

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Sexuální asistence pro lidi se zdravotním postižením

Diplomová práce

Autor: Bc. Eliška Rejfková
Studijní program: N6731 – Sociální politika a sociální práce
Obor: Sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor:	Eliška Rejfková
Studium:	U2009
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Sexuální asistence pro lidi se zdravotním postižením
Název diplomové práce AJ:	Sexual assistance for people with health disability

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat sexuální asistencí pro lidi se zdravotním postižením. Teoretická část práce představí pojem sexuální asistence, a kdo jsou její klienti. Uvede definice lidí se zdravotním postižením a bude se zabývat jejich sexualitou. A nakonec popíše oblasti sociální práce a sociálních služeb, ve kterých se služby sexuální asistence můžou zprostředkovávat a poskytovat. Výzkum se zaměří na spolupráci sexuálních asistentů a sociálních pracovníků. Využita bude kvalitativní výzkumná strategie, sběr dat proběhne prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9. KRHUTOVÁ, Lenka. Autonomie v kontextu zdravotního postižení. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-232-7. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Železnici dne 5. 4. 2022

Bc. Eliška Rejfková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady a připomínky. Rovněž děkuji sociálním pracovnícím a sexuálním asistentkám za jejich ochotu podílet se na mém výzkumu.

Anotace

REJFKOVÁ, Eliška. Sexuální asistence pro lidi se zdravotním postižením. Hradec Králové, 2022, Diplomová práce, Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Tématem diplomové práce je sexuální asistence určená lidem se zdravotním postižením. Teoretická část práce představí pojem sexuální asistence a vysvětlí, kdo jsou její klienti. Uvede definice lidí se zdravotním postižením a bude se zabývat jejich sexualitou. Nakonec popíše oblasti sociální práce a sociálních služeb, ve kterých se služby sexuální asistence mohou zprostředkovávat a poskytovat. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaká je spolupráce mezi sociálními asistentkami a sociálními pracovníci. Využita bude kvalitativní výzkumná strategie, sběr dat proběhne prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova: sexuální asistence, lidé se zdravotním postižením, sociální služby, sociální práce

Annotation

REJFKOVÁ, Eliška. Sexual assistance for people with health disability. Hradec Králové, 2022. Diploma thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts, Institute of Social Work. Thesis supervisor: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

The main topic of this Master thesis is sexual assistance for people with health disability. The theoretical part will introduce the term sexual assistance and specify its clients. It will define health disabilities and consider the sexuality of people with disabilities. Finally, it will also describe specific areas of social work and social service where sexual assistance can be provided. The main aim of the thesis is to find out how the cooperation between social assistants and social workers looks like. It will utilize qualitative research strategy and data collection will be carried out through semi-structured interviews.

Klíčová slova: sexual assistance, people with health disability, social service, social work.

Obsah

Úvod.....	1
Cíl práce a nástin metodiky zpracování	3
TEORETICKÁ ČÁST	5
1 Lidé se zdravotním postižením	5
1.1 Vymezení pojmu mentálního postižení	6
1.2 Vymezení pojmu tělesného postižení.....	9
1.3 Vymezení pojmu duševního postižení	10
1.4 Vymezení pojmu smyslového postižení.....	12
1.5 Vymezení kombinovaného postižení	13
2 Sexualita osob se zdravotním postižením	16
2.1 Sexualita lidí se zdravotním postižením.....	17
2.1.1 Sexualita osob s mentálním postižením	18
2.1.2 Sexualita osob s tělesným postižením	19
2.1.3 Sexualita osob se sluchovým a zrakovým postižením	20
2.1.4 Sexualita osob s duševním postižením	21
2.2 Mýty a předsudky o osobách s postižením.....	21
2.3 Sexuální zneužívání osob s postižením	24
2.4 Sexuální výchova u osob se zdravotním postižením	26
3 Sexuální asistence	29
3.1 Vymezení pojmu sexuální asistence.....	29
3.2 Co sexuální asistence nabízí a jak probíhá.....	31
3.3 Vývoj v ČR a v zahraničí	32
3.4 Legislativní podmínky poskytování sexuální asistence	33
4 Sociální práce	36
4.1 Vymezení pojmu sociální práce	36
4.2 Sociální práce s lidmi se zdravotním postižením	37
4.3 Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením.....	38
4.3.1 Služby sociální péče	40
4.3.2 Služby sociální prevence	40
4.4 Rodina a její dítě se zdravotním postižením	41
Shrnutí teoretické části	44

PRAKTICKÁ ČÁST.....	47
5 Výzkumné šetření.....	47
5.1 Formulace hlavního výzkumného cíle a dílčích cílů.....	47
5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	48
5.3 Zvolená výzkumná strategie.....	50
5.4 Výzkumný vzorek	51
5.5 Průběh výzkumu.....	52
5.6 Reflexe etických rizik a rizika zvolené výzkumné strategie	52
6. Popis a interpretace dat	54
5.7 Interpretace vztahující se k DVC1	54
Shmutí k DVC1.....	57
5.8 Interpretace vztahující se k DVC2	58
Shmutí k DVC2.....	60
5.9 Interpretace vztahující se k DVC3	61
Shmutí k DVC 3.....	63
5.10 Interpretace vztahující se DVC4	64
Shmutí k DVC4.....	66
Závěr	67
Zdroje	70
Seznam tabulek	73

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala Sexuální asistenci pro lidi se zdravotním postižením. Můj zájem o téma vyplývá z praxe absolvované u lidí se zdravotním postižením. Domnívám se, že téma sexuální asistence je u nás v České republice stále nové, i když je tu provozována již od roku 2015. Ve společnosti je sexualita u lidí se zdravotním postižením neustále tabuizovaná, proto by se o ní mělo více mluvit. I lidé se zdravotním postižením mají právo na svoji sexualitu. Pro rodiče postiženého člena rodiny je to velké téma a ne všichni rodiče s ním umějí správně zacházet, porozumět jedinci a jeho potřebám. Někteří si myslí, že lidé s handicapem nemají právo na sexuální život, což není pravda, i postižený jedinec může vést plnohodnotný sexuální život, záleží na typu a stupni jeho postižení.

V diplomové práci se zaměřím na lidi se zdravotním postižením. Dle definice Hartl, Hartlová (2015: 442) je zdravotní postižení *„jakákoli porucha duševní nebo tělesná, dočasná, dlouhodobá nebo trvalá, anebo hendikep, který jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života.“* Uvedu všechny typy zdravotního postižení: tělesné, mentální, duševní, smyslové, tedy zrakové a sluchové, a v neposlední řadě kombinované postižení. Je důležité si vyjasnit rozdíly u různých druhů postižení, jelikož s každou cílovou skupinou se pracuje jinak a samozřejmě na každého jedince s postižením se i jinak nahlíží, protože každá osoba je jedinečná, nelze k ní přistupovat jako ke skupině. Tak je tomu i se sexualitou, je třeba, aby lidé s postižením znali svoji sexualitu. Budu se zabývat různými mýty a předsudky o sexualitě u lidí se zdravotním postižením, které i dnes neustále kolují a se kterými se lidé s postižením mohou potýkat. Společnost je například přirovnává k malým dětem, které nemají právo vést sexuální život, anebo si myslí, že v této oblasti budou nezodpovědní. Dle mého názoru lepší informovanost společnosti ohledně sexuality osob s postižením napomůže k pochopení a větší toleranci. Tito lidé se mohou často setkávat se sexuálním násilím, proto jsem do diplomové práce zařadila jednu podkapitolu na toto téma.

Dalším velkým tématem diplomové práce bude sexuální asistence. Sexuální asistenci vykonávají proškolení sexuální asistenti¹, kteří pomáhají lidem se zdravotním postižením, seniorům a seniorkám, a jinak znevýhodněným osobám pracovat s jejich sexualitou a vztahy (Freya). Mými informanty jsou sexuální asistentky, proto je zde potřeba zmínit, co je to sexuální asistence, co obnáší, jaké je v České republice její ukotvení.

Na diplomovou práci se budu dívat optikou sociální práce. Navrátil (in Matoušek, 2012: 184) definuje cíl sociální práce jako podporu sociálního fungování klienta v situaci, která má potřebu skupinovou nebo individuální, a tak je i vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy, které souvisí s výkonem sociálních rolí. Vzhledem k tomu, že mými informanty budou sociální pracovnice, je téma sociální práce v této práci důležité.

¹ V teoretické části diplomové práce pro zjednodušení používám pojem asistent/pracovník/klient, který zahrnuje jak osoby mužského, tak ženského pohlaví.

Cíl práce a nástin metodiky zpracování

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaká je spolupráce mezi sociálními asistentkami a sociálními pracovníci. K dosažení cíle výzkumu dojde kvalitativní metodou. Využiji metodu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory budou probíhat online formou a budou nahrávány na záznamník, poté budou rozhovory přepsány a následně dojde k vyhodnocení výsledků.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. V první kapitole se zaměřím především na charakteristiku cílové skupiny, tedy pojmy mentální, tělesné, smyslové, duševní a kombinované postižení. Vymežím celkově zdravotní postižení. V druhé kapitole se budu zabývat sexualitou u lidí se zdravotním postižením, u každého typu postižení uvedu, jak vnímají sexualitu. Zaměřím se na mýty a předsudky o sexualitě lidí s postižením, se kterými se můžeme setkat. Budu se věnovat sexuální výchově a sexuálnímu zneužívání lidí se zdravotním postižením. V třetí kapitole vysvětlím, co je to sexuální asistence. Uvedu, co sexuální asistence nabízí a jak je poskytována. Zaměřím se na její legislativní podmínky a na to, jak probíhá v České republice a v zahraničí, jelikož se tyto služby mohou v různých zemích lišit. Ve čtvrté kapitole se budu zabývat sociální prací, jejími různými definicemi. Vyjmenuji služby, které mohou využívat lidé z cílové skupiny. Následně se budu zabývat rodinou postiženého člena rodiny. Je důležité vědět, jak rodina vnímá své postižené dítě. Posloupnost teoretické části jsem volila podle důležitosti, ale i podle návaznosti na dané téma, i když sociální práce je velmi důležitá, dle návaznosti bude až čtvrtou kapitolou.

Praktickou část bude tvořit výzkumné šetření. Formuluji zde hlavní výzkumný cíl a jeho dílčí cíle. Definuji zvolenou výzkumnou strategii, tedy kvalitativní výzkum. Shrnu výběr výzkumného vzorku, popíši jeho výzkum a zhodnotím rizika a etická hlediska výzkumu. V další kapitole popíšu a budu interpretovat data, proto každý dílčí výzkumný cíl bude mít svoji kapitolu, na kterou se bude vázat jeho shrnutí.

V dílčích cílech se zabývám tím, jak sociální pracovníci hodnotí spolupráci se sexuálními asistentkami, a naopak, jak sexuální asistentky hodnotí spolupráci se sociálními pracovníci, jak sexuální asistentky a sociální pracovníci vnímají postoj rodiny

k sexuální asistenci a jaký mají sociální pracovníce a sexuální asistentky postoj k legislativnímu ukotvení sexuální asistence. Dílčí výzkumné cíle jsou zvoleny v ženském rodě, jelikož informantkami byly pouze ženy. Na zvolené dílčí cíle se pak váží výzkumné otázky, které jsou uvedeny v transformační tabulce.

Dílčí cíle se váží na teoretickou část, neboť je potřeba, aby čtenář věděl, co je to zdravotní postižení a jaké máme druhy (mentální, tělesné, smyslové a duševní postižení). Dále čtenář potřebuje vědět, co je to sexuální asistence, jak probíhá, kdy vznikla. A v neposlední řadě je třeba znát definici sociální práce, jaké sociální služby jsou určeny pro lidi se zdravotním postižením a jakou roli zde hraje rodina.

Diplomová práce by měla být pohledem na to, jak sexuální asistentky a sociální pracovníce spolupracují. Výsledek výzkumného šetření může být užitečným zdrojem pro budoucí spolupráci těchto informantů. Může i dalším jedincům poskytnout pohled na dané téma.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Lidé se zdravotním postižením

V této kapitole budu charakterizovat pojem zdravotního postižení. Uvedu zde různé druhy, vymezím rozdíl mezi mentálním postižením a mentální retardací. Definuji tělesné a smyslové postižení, u smyslového postižení se budu zabývat zrakovým a sluchovým postižením. U duševního postižení uvedu mezinárodní klasifikaci nemocí, podle které se řídí, a v neposlední řadě se zaměřím na kombinované postižení a jaké mohou být jeho typy.

Vzhledem k tomu, že diplomová práce se nazývá Sexuální asistence pro lidi se zdravotním postižením a zkoumám v ní sexualitu právě osob se zdravotním postižením, se kterými pracují sociální pracovníci a sexuální asistenti, je třeba si definovat pojem zdravotní postižení. Proto je důležité, abychom znali všechny možné druhy postižení, se kterými se sexuální asistenti mohou setkat.

Lidé, kteří jsou v jiné zdravotní kondici, než je považována za normální či obvyklou, se nazývají lidmi se zdravotním postižením. Tito lidé tu vždy byli, jsou a budou přirozenou součástí společenství napříč věkovými kategoriemi, pohlavím, společenským postavením, geografickým územím apod. Přes snahy genetického kódu lidstva a pokroky lékařských, přírodních, technických a jiných věd je pravděpodobné, že nikdy nevymizí nemoci či postižení.

Jednou ze špatných zpráv je to, že dodnes neznáme odpovědi na otázku, co je a není zdravotní „postižení“ a kteří lidé jsou a nejsou zdravotně „postižení“. Kdysi bylo zdravotní postižení například to, že někdo nemá nohu, neslyší nebo nevidí, tyto důvody vedly k tomu, že to je člověk, který není zdravý a nemůže dělat to a ono. Tato konstrukce se však zhroutila s rozvojem poznání. Například když telefonujeme, nepoznáme, že hovoříme s nevidomým či s člověkem, který nemá nohu apod. Naše mysl si snáze najde důvod, co člověk s postižením nemůže dělat, místo toho, aby se snažil hledat možnosti, co člověk s postižením dělat může (Krhutová, 2013: 19–20).

Význam pojmu zdravotní postižení je širší a váže se k různým úrovním fungování člověka, které je ovlivňováno nejen samotným zdravotním stavem, ale také postojovým, architektonickým, kulturním, politickým, ekonomickým, technologickým a jiným prostředím, ve kterém člověk žije (Krhutová, 2013: 23).

Lidé s postižením jsou velmi diferencovanou a nehomogenní skupinou. Mají odlišné a různě kombinované znaky z hlediska: (1) typu postižení – tělesné, smyslové postižení, postižení mentálních funkcí, postižení funkcí řeči a komunikace a kombinované postižení; (2) doby vzniku postižení – vrozené nebo získané postižení; (3) stupně postižení – v rovině fyzické (lehké, středně těžké, těžké a velmi těžké), v rovinách provádění činností a zapojování do životních situací (žádné, lehké, středně těžké, těžké a velmi těžké); (4) přítomnosti nebo nepřítomnosti bolesti a jejího typu, charakteru, intenzity, délky trvání, průběhu, projevů a důsledků; (5) průběhu zdravotních problémů (stacionární, progresivní, kolísavé apod.) (Krhutová, 2013: 24–25).

Zákon č. 108/2006 definuje zdravotní postižení jako „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2017: 112).

Trvalé zdravotní postižení v podobě poškození organismu nebo jeho funkcí negativně ovlivňuje schopnosti člověka existovat a vyvíjet aktivity směrem k prostředí a zároveň zvládat nejrůznější životní úkoly. To znevýhodňuje a poškozuje postavení člověka ve společnosti, kde dochází k poruše jeho vztahu s prostředím, což s sebou přináší psychologické a sociální problémy a dochází k poškození kvality života postižených (Ludíková, 2005: 7).

1.1 Vymezení pojmu mentálního postižení

Odborníci se často potýkají s terminologickými nejasnostmi, mnohoznačností a problémy etického rázu vyplývající ze samotného charakteru mentálního postižení. Co bylo dříve běžně používáno se postupem času stala nadávka: úchyl, debil, dement, imbecil, kretén, psychopat,... Proto se nejnovější trend dotýká i základního pojmu mentální retardace, který je vnímán jako společensky neúnosný. Místo mentální retardace se používají pojmy mentální postižení anebo lidé s mentálním postižením (Valenta, Michalík, Lečbych 2018: 31–32).

Valenta definuje mentální postižení „jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i částečně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 34). Mentální retardace je považována za poměrně nejednoznačný termín a v současnosti existuje omezené množství definic, které mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na sociální prostředí (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 34).

Dle Matouška je mentální postižení souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností. Vyznačuje se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením z nejméně dvou adaptačních schopností, jako je komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, zdraví a bezpečí, sebeurčení, školní výkon, práce a volný čas (Matoušek, 2005: 11)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí, dále jen MKN–10, můžeme mentální retardaci dělit podle stupně, jež jsou určeny na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptačního chování, inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince: F70 Lehká mentální retardace – IQ 50 až 69, dříve debilita; F71 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 až 49, dříve imbecilita; F72 Těžká mentální retardace – IQ 20 až 34, dříve idioimbecilita; F73 Hluboká mentální retardace – IQ od 19, dříve idiocie; F78 Jiná mentální retardace; F79 Nespecifická mentální retardace.

MKN–10 definuje mentální retardaci jako stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílí se na celkové úrovni inteligence. Mentální retardace se může vyskytnout s jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou a nebo se může vyskytnout zcela sama (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 35–36).

Švarcová charakterizuje stupně mentální retardace MKN:

- Do **lehké mentální retardace** patří převážná většina lidí s mentální retardací. U této retardace lidé dosáhnou schopnosti užívání řeči účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a verbálně komunikovat, v dětském věku je však vývoj řeči opožděný. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči,

jako je jídlo, mytí, oblékání, osobní hygiena, a praktických domácích dovednostech. Hlavní potíže se u lehké mentální retardace objevují při teoretické práci ve škole, vzdělávací program tak nejsou schopni zvládnout. Tyto jedince lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické dovednosti. Jejich mentální věk se nachází na úrovni 10–11 let.

- U **středně těžké mentální retardace** mají jedinci výrazněji opožděný rozvoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou individuálně rozdílné. Je u nich opožděna a omezena schopnost soběstačnosti a zručnosti. Ve škole si většina žáků osvojí základy trivia, jako je čtení, psaní a počítání. Jejich mentální věk se pohybuje kolem 4–8 roků. V dospělosti jsou jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, která je pečlivě strukturovaná a je zajištěna pod odborným dohledem. V dospělosti středně retardovaný se jen málokdy uplatní v samostatném životě.
- **Těžká mentální retardace** se podobá středně těžké mentální retardaci, pokud se jedná o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Žáci s těžkou mentální retardací zpravidla školní trivium nezvládají, ale jsou schopni si osvojit mnoho užitečných dovedností. Řada jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Jejich mentální věk se nachází kolem 18. měsíců až 3,5 roku.
- Jedinci s **hlubokou mentální retardací** jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět řeči, požadavkům či instrukcím a v nejlepším případě jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace, jako je úsměv, radost ze společnosti či pláč. Většina jedinců je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Osoby s hlubokou mentální retardací potřebují mít nad sebou stálou pomoc a stálý dohled, bývají inkontinentní, mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Jejich mentální věk je nižší než 18 měsíců.
- **Jiná mentální retardace** se používá pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození. Bývá to většinou u osob nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování či u osob s autismem.

- **Nespecifická mentální retardace** se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, které by pomohly zařadit jedince do dané kategorie (F70–F73) (Švarcová, 2011: 36–41).

1.2 Vymezení pojmu tělesného postižení

Novosod definuje tělesné (lokomoční či pohybové) postižení „*jako omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a pohybového aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputační či deformací části motorického systému*“ (in Michalík, 2011: 186–187).

Tělesné postižení může být vrozené nebo získané. Není jasné, které z nich je horší, zda narození dítěte s následným životem s vrozeným postižením nebo často náhlá změna zdravotního stavu a život se získaným postižením. U vrozeného postižení se sociální postavení a psychika člověka vyvíjí odlišně ve srovnání s psychikou lidí, u nichž se zdravotní stav změnil až v průběhu života. Dá se stručně říci, že jedinci s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením mívají k dispozici časový prostor, empirické zkušenosti a škálu podpůrných opatření k tomu, aby se co nejnadhěji adaptovali na svoji reálnou situaci, přijali ji, našli vlastní cestu k seberealizaci a naučili se žít co možná nejplněji. Člověk tuto možnost při náhlé změně své zdravotní i sociální situace nemá. Z toho důvodu je jedním z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku v období úrazu, operace nebo aktuálního průběhu nemoci náhlý přechod zdraví v nemoc a funkční nedostatečnost nebo dokonce postižení. Pro lidi, kterým náhle vznikl zdravotní úraz nebo postižení a jeho následky zůstanou trvalé, to znamená zásah do kvality života a omezení aktivit i příležitostí. Negativně se promítne do sociální, osobní, rodinné a profesní stránky života, kde si vynutí změnu postojů k životu, někdy může vést až k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění z práce nebo postojů sociálního prostředí.

Jedinci s postižením či chronickým onemocněním, kteří jsou poučeni o podstatných aspektech své situace, znají svůj zdravotní stav, jsou vhodně motivováni, mají vytvořený systém hodnot i dostupné cíle, mají podporu blízké osoby a zřetelnou životní perspektivu, s níž se ztotožňují, mnohem lépe spolupracují při všech fázích rehabilitace či adaptace, rychleji se zotavují nebo pracují na stabilizaci svého zdravotního stavu a lépe snášejí bolest či tělesnou nepohodu i aktivněji zvládají nesnáze všeho druhu. Důležitá je zde

sociální opora, tedy spolehlivé a motivující zázemí rodiny a blízkých osob (Novosad in Michalík, 2011: 187–189).

1.3 Vymezení pojmu duševního postižení

Lidé s duševním postižením se vyznačují různými deficity, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a fungování, což může být způsobeno geneticky nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk nachází (Matoušek, 2013: 400). Duševní poruchy lze rozdělit na tzv. velkou a malou psychiatrii. Do první kategorie spadají závažná duševní onemocnění, která vyžadují dlouhodobou léčbu včetně sociální podpory. Do této oblasti se zařazuje schizofrenie a těžší formy afektivních poruch, tato onemocnění výrazně ovlivňují život jedinců a bývají léčena farmaky a někdy je nutná delší či opakovaná hospitalizace. Pod druhou kategorií, tj. „malé psychiatrie“, označujeme oblast neurotických onemocnění, která mohou ovlivnit spíše kvalitu života nemocných (Venglářová, 2013: 189).

Mezinárodní klasifikace nemocí řadí do duševního onemocnění tyto poruchy: F00–F09 **Organické duševní poruchy včetně somatických** obsahují skupinu duševních poruch, seskupených na podkladě společné prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození, které vede k mozkové dysfunkci. Tyto dysfunkce mohou být primární či sekundární. Primární, jako je tomu u nemocí, poranění nebo poškození, které postihuje mozek přímo a selektivně, anebo sekundární, kdy je mozek postižen pouze jako jeden z mnoha orgánů nebo tělesných systémů. Demenci můžeme charakterizovat jako syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kdy dochází k porušení vyšších nervových kortikálních funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Tento syndrom se především vyskytuje u Alzheimerovy choroby a cerebrovaskulárního onemocnění. F10–F19 **Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek** obsahují široké spektrum nemocí různé tíže a různých klinických forem, kdy všichni užívají psychoaktivní substance, které mohou, ale nemusejí být předepsány lékaři. Identifikace psychoaktivní substance je založena na co nejvíce získaných zdrojích, jako jsou např. údaje získané od pacienta, analýza krve nebo jiné tělesné tekutiny, charakteristika somatických a psychických příznaků, klinické znaky a chování, a na dalších důkazech jako drogy v pacientově vlastnictví nebo zprávy od

třetích osob. Do této kategorie lze zařadit poruchy způsobené užíváním alkoholu, opiátů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, halucinogenů, tabáků apod. (MKN–10 2022). F20–F29 **Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy**. Schizofrenie patří mezi nejzávažnější psychické poruchy, toto onemocnění vytváří silnou bariéru v kontaktu s lidmi. Mezi nejzákladnější symptomy patří poruchy vnímání, myšlení a změny osobnosti. K ní se přidávají poruchy emotivity, které se negativně projevují na vztazích s lidmi (Venglářová, 2013: 190). F30–F39 **Afektivní poruchy neboli poruchy nálad**, u nichž je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii. Tato změna je doprovázena změnou v celkové aktivitě. Do této kategorie spadají Bipolární afektivní poruchy, Depresivní fáze, Poruchy nálad apod. F40–F48 **Neurotické, stresové a somatoformní poruchy**. Do této kategorie spadají Fobické úzkostné poruchy, kdy úzkost je vyvolaná v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžné situace nebezpečné. Dále sem spadá Obsedantně-nutkavá porucha, která je typická svými opakovanými vtíravými myšlenkami a nutkavými činy. F50–F59 **Syndrom poruch chování, spojený s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**. Do této kategorie lze zahrnout poruchy příjmu potravy, kdy problémem je přijímání potravy, spadá sem mentální anorexie a mentální bulimie. Dále sem spadají neorganické poruchy spánku, sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí a duševní poruchy a poruchy chování související s šestinedělím. F60–F69 **Poruchy osobnosti a chování u dospělých**. Tento obsahuje rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahů k sobě i druhým. Specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti a trvalé změny osobnosti jsou hluboce zakořeněny, jejich trvalé vzorce chování ukazují neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Jedná se o extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a má vztahy k druhým. F70–F79 **Mentální retardace** (viz. podkapitola vymezení pojmu mentálního postižení). F80–F89 **Poruchy psychického vývoje** se objevují vždy v kojeneckém věku nebo v dětství, daní jedinci trpí postižením nebo opožděním ve vývoji funkcí a mají stálý průběh bez remisí a relapsů. Většinou je opožděna řeč, prostorová orientace a motorická koordinace. Opoždění či poškození je zjištěno velmi časně a postupně se mírní s přibývajícím věkem dítěte, ale drobnější defekty mohou přetrvat až

do dospělého věku. Spadají sem specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, poruchy školních dovedností nebo poruchy motorických funkcí. F90–F98 **Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání**. Do této kategorie lze zahrnout Hyperkinetické poruchy, poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí, tiky a další. F99–F99 **Neurčená duševní porucha** (MKN–10 2022).

1.4 Vymezení pojmu smyslového postižení

Mezi smyslová postižení řadíme zrakové a sluchové postižení, která následně budou představena.

Když se řekne „**zrakové postižení**“, obvykle nám mezi prvními představami naskočí nevidomý člověk. Kdežto osob s nevidomým postižením je mezi lidmi se zrakovým postižením absolutní menšina. Největší počet představují lidé slabozrací, kteří se rovněž v nemalé míře potýkají s důsledky zrakového postižení a mnohdy se setkávají s neporozuměním nebo podceňováním svých potřeb ze strany vidících.

U zrakového postižení se jedná vždy o postižení funkce zraku, které již nelze korigovat do normálního vidění. Klasifikace zrakového postižení a osob se zrakovým postižením je rozdílná z pohledu pedagogiky a z pohledu lékařské vědy. Lékařská klasifikace neuvádí pojem „zbytek zraku“, který je naopak z hlediska typů intervencí v různých pomáhajících profesích nezastupitelný (Krhutová in Michalík, 2011: 275–276). Dle Krhutové „*hloubka zrakového postižení se pohybuje v rozmezí: lehká a střední slabozrakost, zbytek zraku a totální slepota*“ (in Michalík, 2011: 276).

Jako nejčastější pojmy, které charakterizují lidi s postižením zraku, bez rozlišení hloubky postižení, se používají pojmy „zrakové postižení“, „člověk se zrakovým postižením“ a „člověk s postižením zraku“.

Dle sníženého potenciálu zrakové práce hovoříme o lidech: slabozrakých, se zbytkem zraku, nevidomých, s poruchou binokulárního vidění, barvoslepých a s kombinovaným postižením. Míra využití zrakového potenciálu a podpůrných opatření je u každé kategorie lidí a jednotlivců velmi variabilní. I když se může zdát, že jde o stejné druhy potřeb v závislosti na hloubce postižení, v praxi je potřebné přistupovat ke každému člověku s postižením jako k individualitě. Lidé mají mnohdy výrazně odlišné schopnosti

čtení, psaní, prostorové orientace atd. a tomu odpovídající potřeby podpory a pomoci (Krhutová in Michalík, 2011: 276–278).

Krhutová charakterizuje zrakové postižení „*jako důsledek poškození (vady, poruchy) zraku a funkce vidění*“ (in Michalík, 2011: 278). Při porušení zrakového vnímání dochází ke snížení či k chybné schopnosti vizuálního rozpoznávání tvarů, lokalizaci objektů v prostoru, rozlišování objektů, vnímání vzdálenosti, pohybu a hloubky prostoru, vnímání kontrastu a lehkých informací (Krhutová in Michalík, 2011: 278).

Osoby se sluchovým postižením se považují za jednu z méně početných skupin osob s postižením. Zároveň se však jedná o skupinu, která je právě z hlediska přijímání ve společnosti a sebepojetí považována za skupinu s postižením nejtěžším. Lidská společnost je ve svém fungování postavena na slyšení. Vada sluchu se negativně podílí na úrovni komunikačních kompetencí svého nositele (Potměšil in Michalík, 2011: 347).

Dle Potměšila, „*sluch je distanční smysl, který má zásadní význam v procesu psychického vývoje člověka*“ (in Michalík, 2011: 353). Lidská existence je tak založena na vnímání zvuků, jak z hlediska orientace člověka na prostředí, tak i z hlediska procesu jeho socializace.

1.5 Vymezení kombinovaného postižení

Kategorie osob s kombinovaným postižením představuje ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu. V České republice i v zahraničí se používají tato synonyma: vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady (Ludíková, 2005: 8–9).

Slovák chápe kombinované vady jako „*sdržení několika postižení u jednoho jedince, která se ale navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění*“ (in Ludíková, 2005: 9). Kombinované vady taky můžeme chápat jako složitý celek různých podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, které jsou vzájemně podmíněné a podléhají změnám.

Špatně se tak vymezují jednotlivé kategorie – skupiny s kombinovanými vadami, neboť v takto heterogenní komunitě, jakou tvoří osoby s kombinovaným postižením, se obtížně určují společenské faktory pro dělení do jednotlivých kategorií. Lányiová dělí

kombinované postižení do dvou skupin, do první skupiny řadí ty jedince, u kterých dochází k vrstvení postižení. Toto první pojetí vychází z primárního postižení, na které se nabaluje sekundární postižení, jež vzniká v návaznosti na problémy, se kterými se jedinec s postižením setká v kontaktu ve společnosti. Druhou kategorií vymezuje jako skupinu jedinců s více primárními postiženími, kdy v těchto případech může docházet ke vzniku nové kvality (in Ludíková, 2005: 9–10).

Jesenský používá následující členění kombinovaných postižení dle principu dominantního postižení: „*slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení, mentální postižení s tělesným postižením, mentální postižení se sluchovým postižením, mentální postižení s chorobou, mentální postižení se zrakovým postižením, mentální postižení s obtížnou výchovou a postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou*“ (in Ludíková: 10). Ale ani toto dělení neumožňuje zařazení všech případů, které mohou nastat.

Do skupiny tzv. lehce vícenásobně postižených jsou zařazováni ti jedinci, kteří jsou schopni relativně sami zvládat běžný život, integrovat se do společnosti, do daných životních podmínek i prostředí a dosáhnout průměrného života. Tito jedinci mohou chodit do běžných či speciálních škol a mohou získat jistou kvalifikaci a jsou připraveni na pracovní zařízení. Do kategorie vícenásobně postižených jsou začleňováni jedinci s kombinovaným postižením, kteří na základě speciální výchovy a vzdělávání jsou schopni samostatně zvládat pouze základní nebo elementární praktické životní situace a neobejdou se bez výrazné pomoci druhých (Ludíková, 2005: 11–12).

V této kapitole jsem definovala mentální, tělesné, smyslové, duševní a kombinované postižení. Uvedla jsem typy mentálního postižení a jaké má duševní postižení kategorie. U smyslového postižení jsem definovala zrakové a smyslové postižení. A uvedla druhy kombinovaného postižení.

V následující kapitole se zaměřím na sexualitu lidí se zdravotním postižením, jelikož je velmi důležité vědět, jaké mají lidé s postižením možnosti v oblasti sexuality. V první řadě budu definovat pojem sexualita, jelikož ne vždy víme, co si máme přesně pod tímto pojmem představit. Dále se budu zabývat mýty a předsudky, které jsou spojovány s lidmi

s mentálním postižením. Zaměřím se na sexuální zneužívání a sexuální výchovu u osob s postižením.

2 Sexualita osob se zdravotním postižením

V této kapitole vymezím pojem sexualita. Každý si pod pojmem sexualita představí něco jiného. Někdo si pod tímto pojmem může představit přímo sex, jiný sblížení či mazlení. Dále se budu zabývat sexualitou u lidí se zdravotním postižením. Uvedu mýty o sexualitě osob s postižením, jelikož stále v naší společnosti přetrvává názor, že lidé se zdravotním postižením nemohou vést sexuální život. Předsudky se především budou vztahovat k lidem s mentálním postižením, jelikož zejména u nich je sexualita tabuizována. Zaměřím se na sexuální násilí, kde budu přímo definovat zneužívání. Uvedu faktory, které se vyskytují u sexuálního zneužívání. Potom jaké jsou varovné signály u zneužívání lidí se zdravotním postižením a nakonec se budu zabývat sexuální výchovou u lidí s postižením.

Tato kapitola je důležitá k tomu, abychom si ujasnili, co si máme přesně představit pod pojmem sexualita, a jaká je sexualita u osob se zdravotním postižením. Vzhledem k výzkumnému cíli je to důležité, protože sexuální asistenti a asistentky a sociální pracovníci a pracovníci pracují s lidmi se zdravotním postižením, takže musí mít nějaké povědomí o jejich sexualitě.

Pod **sexualitou** si nemusíme představovat pouze pohlavní styk, ale i znalost ženského a mužského lidského těla, nejrůznější sexuální chování, romantiku, emoce, lásku a intimní vztahy. Zahrnujeme sem mentální procesy, chování a fyzické vlastnosti člověka, které samozřejmě souvisejí s pohlavím, erotickou láskou a přitažlivostí, rozmnožováním, genitálním sebeuspokojováním, psychickou a genitální slastí vyplývající z intimního sblížení (Thorová, 2012: 6).

Do sexuality zahrnujeme uvědomělé a neuvědomělé psychické procesy a biologické pudy. Sexuality se nelze zbavit, je lidskou přirozeností a provází člověka po celý život. Dá se říci, že člověk je sexuální bytostí bez ohledu na věk nebo handicap. Sexualita je u každého člověka individuální, má svoji sociální, kulturní, biologickou a zkušenostní složku. Lidskou sexualitu ovlivňuje to, zda se společnost, popřípadě rodina, staví k sexualitě permissivně (přijímá ji) nebo represivně (omezuje ji, potlačuje ji). K vývoji sexuálně kompetentního a sexuálně zodpovědného dospělého člověka přispívá

dostatečný přísun kvalitních informací a přijímání a vhodné zacházení s projevy dětské sexuality. Ty by měl člověk získávat v průběhu dětství přiměřeně věku a handicapu.

Sexualita by neměla být zaměřena na pouhé genitální a orgasmické aktivity (sex). Do sexuality lze zahrnout radost z erotického fyzického a duševního kontaktu, hravost, důvěrnost, intimitu a vlivy prostředí, které ovlivňují sexualitu. Se sexualitou jsme konfrontováni v každém prostředí, jako je rodina, školka a škola, práce, ulice, umění, sport, média, náboženství apod. Sexuální aktivita může být příčinou frustrací, životní nepohody nebo zoufalství, ale zároveň může být i zdrojem lidského štěstí, spokojenosti a životní naplněnosti (Thorová, 2012: 6–7).

Sexualita neplní pouze reprodukční funkci. Díky pokroku vědy můžeme oddělit reprodukční a rekreační část sexuality. Sexualita je stále jako potřeba člověka tabuizována. Ovlivňuje ji kultura, ve které žijeme, ale i ta, která je naší historií. Naplňování sexuálních potřeb bylo vždy podmiňováno společenskými pravidly a představami o tom, co je správné a co zakázané. Sexualita je i stejně hodnotná u lidí s postižením. Existuje však u nich ještě větší variabilita v potřebách a formách, jak je naplnit, než je tomu u zdravé populace (Venglářová, 2013: 17–19).

Sexualita nepřichází náhle s pubertou a ani není vázána na sexuální zralost. Již v děloze můžeme pozorovat u plodu první sexuální reflexy. Sexualita provází člověka od dětství do stáří, nemizí s ukončením reprodukčního věku (Thorová, 2012: 14).

2.1 Sexualita lidí se zdravotním postižením

Člověk i s přítomností zdravotního postižení je za každých podmínek sexuální bytost. Lidé nepřestávají být sexuálními bytostmi ani v momentě těžkého a progresivního postižení. U sexuality se nejedná pouze o sex, jsou s ní spojeny základní lidské potřeby být akceptován a přijímán, vzájemně s druhými sdílet příjemné myšlenky a city a být pro ostatní přitažlivým (Venglářová, 2013: 14).

Lidé se zdravotním postižením, byť individuálně podle stupně a míry svého postižení, mohou být dobrým partnerem, který je sexuálně schopný a má stejné potřeby jako zdravý jedinec. Abychom pochopili citové a erotické potřeby lidí s postižením, musíme akceptovat jejich dosavadní sexuální vývoj, sexuální projevy a zkušenosti. Sexuální chování lidí s postižením se projevuje velmi individuálně, závisí na pohlaví, věku, stupni

a typu postižení a zejména na míře dostupnosti poskytnuté pomoci a podpory. Stejně jako každý zdravý člověk i člověk se zdravotním postižením má sexuální práva a potřeby, které chce vyjádřit a uspokojit (Venglářová, 2013:17-18).

2.1.1 Sexualita osob s mentálním postižením

V dřívějších dobách byla pro lidi s mentálním postižením zřizována velká ústavní zařízení, ve kterých bydlelo mnoho lidí dohromady v obrovských ložnicích. Muži a ženy byli separováni, takže žili odděleným životem, prací i bydlením. Lidem s mentálním postižením chyběly zkušenosti z reality běžného života, ze soužití obou pohlaví dohromady. V takových podmínkách nebylo možné mít partnerský či sexuální život. Ani přístup zaměstnanců se nezabýval tím, že by mohli mít sexuální potřeby, většinou nebyla poskytována žádná podpora v této oblasti. Pokud nastaly nějaké „problémy“, byly „řešeny“ pomocí ergoterapie, farmak, apod. Byla zde snaha eliminovat projevy sexuality.

Postoje k lidem s mentálním postižením se během let mění. Zvyšuje se informovanost veřejnosti, objevuje se snaha o maximální zapojení do společnosti a o zkvalitňování poskytované podpory a péče. Tohle všechno se promítá i do oblastí partnerského a sexuálního života osob s mentálním postižením. Dřívější postoje se od eliminace posouvají k postojům tolerance, přijetí a kultivace partnerských vztahů a sexuality (Kozáková in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 172–174).

Lidé s lehkým mentálním postižením mohou žít samostatně, když mají zdatné sociální dovednosti, někdy uzavírají manželství a zakládají rodiny. Lidé s autismem často nedokážou fungovat samostatně a jsou v oblasti sexuality handicapováni stejně jako lidé s postižením. Sociálně méně zdatní jedinci nebo osoby bez sociální podpory okolí, kteří mají lehké mentální postižení, žijí v chráněných bydleních nebo v klasických sociálních domovech. Tito lidé mají totožné sexuální touhy s běžnou populací, ale jejich sexuální život se neobejde bez profesionální podpory. Lidé s mentálním postižením projevují stejně jako běžná populace zájem o masturbaci, většinou si přejí mít partnera a užívají k tomu různé výběrové strategie. **Lidé se středně těžkým mentálním postižením** mají vyhraněnou sexuální orientaci a dokážou masturbovat rukou. Při správném vedení tuto aktivitu vykonávají v soukromí. **Lidé s těžkým mentálním postižením** projevují zájem o masturbaci a o anální oblast. Mezi jejich sexuální projevy patří hra s exkrementy, pomočení se, pokálení se a zavádění předmětů do konečníku. U lidí s těžkým mentálním

postižením dochází k časté masturbaci a dotekové autostimulaci na veřejnosti, aniž by si všímali reakcí okolí. Pokud mají dobré podmínky, jsou schopni dosáhnout orgasmu v přijatelném prostředí. Ve svém sexuálním zaměření nerozlišují mezi osobami, pohlavím a věkem (Thorová, 2012: 40–41).

2.1.2 Sexualita osob s tělesným postižením

Téma sexuality osob s tělesným postižením čelilo do nedávna mnoha předsudkům. Říkalo se, že přítomnost zdravotního postižení člověku neumožňuje mít děti, a pokud je bude mít, tak jejich stav bude stejný, ne-li horší než u jejich rodičů. Situace se však výrazně posunula dopředu, problematika partnerských vztahů, sexuality a rodičovství u osob s tělesným postižením se začíná řešit na vědecké úrovni i aplikovat do praxe (Kozáková, 2013: 33–35).

Spousta faktorů determinuje partnerské vztahy a sexualitu osob s tělesným postižením – zdravotní stav, psychický stav a sociální klima. U zdravotního stavu ovlivňuje především druh, stupeň a doba vzniku postižení. Mezi základní problém se řadí omezení pohybu. Kvalitu života člověka nejčastěji ovlivňuje postižení nebo choroba, která má progredující charakter s tendencí postupného zhoršení. Člověk s postižením se může také potýkat se změnou nálad, citlivosti nebo i změnami osobnosti. Psychický stav může být ovlivněn přítomností postižení. Psychický stav se promítá do osobnosti jedince, důležitá je celková osobnost člověka. Zdravotním postižením může být ovlivněn celkový psychický stav jedince, což může vést ke vzniku celé řady specifických osobnostních rysů, které pak mohou komplikovat navázání a udržení partnerského vztahu. Významným úkolem je sebehodnocení, kde se jedná o nalezení vlastní identity, která předpokládá, že jedinec přijme svou tělesnost, tělesný zjev a roli muže a ženy. Když jedinec nalezne a přijme sebe sama, je schopný vstoupit do partnerského vztahu, ve kterém je schopen přijímat a dávat. Sebehodnocení souvisí se sebepojetím a seberealizací. Přítomnost tělesného postižení nesouvisí pouze se somatickou stránkou, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti a spoluvytváří specifické situace, které mají vliv na společenské postavení člověka s tělesným postižením. Člověk s postižením nemusí vždy vyhovovat současnému ideálu krásy, s tím souvisí otázka atraktivity. Je-li omezen v pohybu, nebude mít možnost udržet si skvělou postavu a vlivem postižení může být některá část těla více či méně deformovaná. Důležitá je i sociální role, která je vázána na nemoc nebo postižení a často

mění sociální roli a pozici člověka. Jako poslední faktor je zde uvedeno sociální klima, které je ovlivněno rodinou, ale i celou společností. Výrazný vliv na partnerský a sexuální život osob s tělesným postižením má okolí, postoje majoritní společnosti, rodinné zázemí, blízké okolí jedince, spolužáci, přátelé, kamarádi, vychovatelé, učitelé atd. (Kozáková, 2013: 35–38).

Jednou z podmínek pro kvalitní a plnohodnotný partnerský vztah lidí s postižením je harmonický sexuální život. Když člověk s tělesným postižením chce žít sexuální život, musí často překonávat psychické a fyzické bariéry. V takové chvíli je nutná trpělivost a velká míra snahy o nalezení optima, které bude oběma partnerům vyhovovat. Mnoho párů, ve kterých je jeden nebo oba s tělesným postižením, žije běžným sexuálním životem. Existují však páry, které mají specifické potřeby a u nichž se můžeme setkávat s problémy. Čím větší je forma tělesného postižení, tím větší bariéry (Kozáková, 2013: 41).

2.1.3 Sexualita osob se sluchovým a zrakovým postižením

Lidé se sluchovým postižením mají obtížnější přístup k informacím z oblasti sexuality, jelikož nemají například možnost, na rozdíl od svých vrstevníků, získávat informace o sexualitě od rodičů, sourozenců nebo vrstevníků. Problematické může být i získávání informací sledováním televize, z písemných materiálů nebo video záznamů určených žákům bez postižení – lze u nich využít odezírání, ale touto schopností není vybaven každý žák se sluchovým postižením (Kozáková, 2013: 65).

V sexualitě lidí se sluchovým postižením je velkým handicapem bariéra v komunikaci. Komunikace může představovat problém při navazování partnerských vztahů, proto také tvoří často sexuální a partnerské dvojice lidé stejného postižení. Výskyt sexuálních dysfunkcí pak souvisí s tělesným omezením a s psychickým stavem (Drábek, 2013: 70).

U lidí se zrakovým postižením hraje důležitou roli rodina, ve které se setkávají s řešením konfliktů a problémů souvisejících s partnerským a manželským soužitím. Dítě tak získává zkušenosti, které se promítají do vytváření jeho partnerských a později i jeho schopností řešit rozličné problémy v partnerském soužití. U jedince s těžkým zrakovým postižením je důležité kvalitní a podnětné rodinné zázemí. Výrazný vliv na jedince se zrakovým postižením mají vztahy mezi sourozenci, kdy se může od svého sourozence,

bez zrakového postižení, učit sociálním vztahům. Snadněji se s ním může dostat do skupiny vrstevníků bez postižení. Důležitou roli hrají i spolužáci a vrstevníci jedince se zrakovým postižením (Kozáková, 2013: 78).

U lidí se zrakovým postižením je rozdíl v sexualitě mezi jedinci s vrozeným postižením a těmi, kteří ztratili zrak vlivem onemocnění či úrazu. V sexualitě jsou jedinci se zrakovým postižením velmi citliví, vnímají partnera sluchem, hmatem, chutí a čichem. U jedinců se získanou vadou zraku probíhá adaptace na nový trvalý handicap (Drábek, 2013: 70).

2.1.4 Sexualita osob s duševním postižením

U lidí s duševním postižením jsou problémy se sexualitou velmi časté. Jejich sexualita může být narušena po stránce kvantitativní – sexuální dysfunkce, tak po stránce kvalitativní – poruchy sexuální identifikace a preference. Psychické onemocnění s sebou nese určité stigma a společnost vyjadřuje negativní postoje k navazování intimních vztahů u lidí s duševním onemocněním.

U organických psychických poruch a schizofrenie může docházet k projevům snížení i zvýšení sexuální aktivity, ale i parafilního chování (porucha sexuální preference). U depresivních poruch dochází k snížení libida a afektivní a neurotické poruchy snižují kvalitu sexuálního života. Mentální anorexie s sebou přináší inhibici sexuality a u mentální bulimie dochází k impulzivnímu rizikovému sexuálnímu chování. Duševní onemocnění tak přináší do sexuální problematiky zdravotně postižených další specifické rozměry. Partnerský a sexuální život u těchto jedinců lze usuzovat na pocitech nedostatečnosti a nespokojenosti s jejich stavem.

Lidi s duševním onemocněním ovlivňují v sexuálním životě psychofarmakologické léčby. Léky negativně ovlivňují uživatelovy sexuální funkce. Například u žen může docházet ke selhání genitální odpovědnosti, kterou může vyvolat psychofarmakologická léčba. Při léčbě demence pak mohou některé léky vést k nabuzení sexuální aktivity (Drábek, 2013: 73–74).

2.2 Mýty a předsudky o osobách s postižením

O lidech se zdravotním postižením kolují nejrůznější tabu, mýty a předsudky. Společnost stále žije pod vlivem sexuálních mýtů, které ovlivňují postoje k sexualitě. Společenské

normy působí velmi silně a jsou součástí hodnotového systému jedinců i skupin (Drábek, 2013: 60).

Drábek uvádí několik mýtů, které se týkají lidí se zdravotním postižením:

- *„Uspokojivé soulože lze dosáhnout pouze s dokonalou erekcí.*
- *Lidé se zdravotním postižením jsou asexuální bytosti.*
- *Intimní kontakt musí vést k pohlavnímu styku.*
- *Zdraví partneři lidí s postižením musí být úchylní.*
- *Lidé s mentálním postižením musí často masturbovat.*
- *Lidé se zrakovým postižením by neměli mít děti.*
- *Lidé se sluchovým postižením jdou v sexu rovnou na věc“* (Drábek, 2013: 60–61).

Přestože každý z těchto výroků může být v určitých případech pravda i nepravda, společnost je stále těmito předsudky velmi silně ovlivněna (Drábek, 2013: 61).

Nejčastější předsudky jsou však spojeny s lidmi s mentálním postižením. I když došlo k výrazným změnám v přístupu k partnerským vztahům a sexualitě u osob s mentálním postižením, nelze říci, že by tato oblast byla naprosto uspokojivě řešena. Lidé s mentálním postižením se nejčastěji setkávají s těmito předsudky:

- *„Lidé s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb“* (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 174). Nejvíce tabu ohledně sexuality lidí s postižením se týká osob s mentálním postižením.
- *„Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud“* (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 174). Donedávna přetrvávalo přesvědčení, že lidé s mentálním postižením mají příliš „vyvinutý“ sexuální pud, tedy jsou hypersexuální.
- *„Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem“* (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 175). Společnost někdy vnímá osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“, které nikdy nedospějí. Z toho tedy vyplývá, že jdou stranou citové a sexuální potřeby.
- *„U každého dospělého člověka s mentálním postižením je plně rozvinuta sexualita, není to přece dítě, ale dospělý“* (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 175). V některých případech lze osoby s mentálním postižením přirovnávat

k dítěti, které nemá sexuální potřeby, a na druhé straně se lze setkat s opačným extrémem, kde se předpokládá, že u všech lidí je plně rozvinuta sexualita (např. i u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením).

- „*Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací*“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 176). I dnes se setkáváme s přesvědčením, že dostatečné zaměstnání aktivitami a fyzické vybití může „odvést pozornost“ od sexuálních potřeb a nebo je utlumit.
- „*Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví*“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 176). V dřívějších dobách přetrvával názor, že nejlepším řešením je oddělit obě pohlaví, aby se předešlo sexualitě u lidí s mentálním postižením.
- „*Osoby s mentálním postižením mají postižení v oblasti sexuality*“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 177). Osobám s mentálním postižením jsou často přičítány sexuální odchylky k mentálnímu postižení. Ty jsou však způsobeny v nepřirozeném prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, nedostatečnou informovaností či traumatizujícími zkušenostmi v průběhu života.
- „*Realizaci podpory v oblasti partnerství a sexuality se zbytečně probouzející sexuální touhy*“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 177). Sexuální touhy se projevují i bez poskytnutí podpory. Je-li podpora poskytována, může je kultivovat a působit v mnoha oblastech preventivně.
- „*Podpora v oblasti partnerských vztahů a sexuality člověka s mentálním postižením není potřebná*“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 177). Období dospívání je i pro lidi s mentálním postižením velmi náročným obdobím, je proto důležité, aby byli včas poučeni o všem, co souvisí s jejich vývojem. Realizací včasné podpory můžeme předejít traumatizujícím zkušenostem plynoucím z brzkého zahájení sexuálního života, předčasnému nebo nechtěnému otěhotnění, promiskuitě, nakažení se pohlavní chorobou či sexuálnímu zneužívání.
- „*Osoby s mentálním postižením nejsou schopny hlubších intimních vztahů, jejich emoční projevy jsou povrchní, infantilní*“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 177). Jedinci s mentálním postižením potřebují adekvátní míru podpory, aby byli schopni vytvářet, udržovat a prohlubovat vztahy, řešit konfliktní situace, naplnit partnerskou roli a převzít určitou míru zodpovědnosti ve vztazích.

- „Pro osoby s mentálním postižením není důležité plánování budoucnosti a sociální rituály, jakými jsou např. svatba“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 178). Člověk s mentálním postižením potřebuje adekvátní podporu při plánování budoucnosti a při prožívání co nejběžnějšího způsobu života i se všemi rituály, které se v životě vyskytují (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, str. 174–178).

2.3 Sexuální zneužívání osob s postižením

Pod pojmem sexuální zneužívání si představíme zavrženíhodné nepatřičné formy sexuálního kontaktu nebo jiného chování se sexuálním podtextem. Jeho cílem je sexuální vzrušení či uspokojení pachatele. Zneužívání dělíme na bez fyzického kontaktu, s fyzickým kontaktem a vyžádání autoerotických aktivit. Do zneužívání bez fyzického kontaktu zařazujeme předkládání různých erotických materiálů, verbální sdělení a poznámky se sexuálním obsahem, exhibování těla pachatele. Do zneužívání s fyzickým kontaktem zařazujeme vaginální či anální soulož, styk mezi stehna, aktivní i pasivní orální a genitální aktivity, osahávání a manipulaci s dalšími částmi těla oběti. Do zneužívání formou vyžádání autoerotických aktivit lze zahrnout nucení k odhalování, svlékání, vykonávání fyziologických potřeb a masturbace.

Veškeré aktivity jsou vynucovány vydíráním, zneužíváním moci v nadřazeném postavení, lstí a využíváním naivity a rozumového handicapu oběti. Sexuální zneužívání se objevuje všude v rodině, v institucích, na pracovišti i na veřejných místech. Zneužívající osobou může být prakticky kdokoliv: rodič, spolužák, přítel, učitel, odborník, lékař apod. Zneužití může být jednorázové a chronické, frekventovaně se opakující.

Zneužití je ještě větší u lidí se zdravotním postižením. Lidé, kteří mají intelektové postižení, jsou kvůli svému handicapu ohroženi ještě výrazněji. Lidé s vývojovými poruchami, jako je mentální retardace, autismus, mozková obrna či epilepsie, mají 4-10krát vyšší riziko sexuálního zneužití než běžná populace (Thorová, 2012: 45–46).

Mezi rizikové faktory sexuálního zneužívání osob se zdravotním postižením je především závislost na péči, kdy je jedinec se zdravotním postižením odkázán při uspokojování svých potřeb na nejbližší okolí a zároveň má minimální společenský kontakt mimo okruh lidí, kteří o něj pečují. Dalším faktorem jsou omezené rozpoznávací a obranné schopnosti,

jedná se o situaci, kdy člověk se zdravotním postižením neprošel žádnou sexuální výchovou, takže není schopen rozpoznat situaci, kdy je sexuálně zneužíván. Může mu dělat potíže rozeznat hranici mezi potřebnou tělesnou péčí a chováním, které má sexuální podtext. Děti s postižením se mohou stát vhodnou obětí sexuálního zneužití, a to zejména pro svou omezenou slovní zásobu, nejsou schopny popsat zneužití, pro nižší vývojovou úroveň, která snižuje riziko prozrazení, tedy pochopení významu sexuální aktivity. Mezi faktory se zařazuje i nízké sebevědomí, děti se zdravotním postižením se v průběhu svého života mohou stát obětí výsměchu, šikanování či ponižování, takže si svoje právo na důstojnost a intimitu nemusí uvědomovat. Jako poslední faktor je zde uvedeno neschopnost samostatného jednání. Toto riziko bývá u jedinců, kteří jsou celý život vedeni k poslušnosti a maximálnímu podrobení se dospělým autoritám (Kozáková, 2013: 98–99).

Lidé s mentálním postižením bez dostatečné osvěty a podpory nedokážou sexuálnímu zneužívání čelit, posoudit míru nebezpečí, nemusí si uvědomovat, že se jedná o chování nepatřičné, neobvyklé a nezákonné. Většinou nevědí, jak se mají bránit, jak reagovat a na koho se mají obrátit. Mnohdy nejsou schopni sexuálnímu zneužívání zabránit, protože tomu nerozumí a nevědí, co se při něm děje. Myslí si, že nemají právo odmítnout sexuální zneužívání nebo jsou nuceni se mu podvolit ze strachu, z potřeby být přijati tím, kdo je zneužívá, nebo jsou na té osobě závislí. Mívají strach oznámit skutečnosti, bojí se o těchto bolestivých prožitcích mluvit otevřeně, mají strach, že jim nikdo nebude věřit a že nebudou bráni vážně. Při útoku převládá pocit bezmoci a strach z osamění a zostuzení v očích druhých lidí, může se proto stát, že o zneužívání nemusí nikdy nikomu říct (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 186).

Je nutné si všimnout varovných signálů, které mohou upozornit na přítomnost sexuálního zneužívání. Mezi ně patří, „*časté poruchy spánku, noční můry, děsy, pomočování, strach z tmy, strach jít na nějaké konkrétní místo nebo být s určitou osobou o samotě, změna povahy, nevhodné vyjadřování náklonnosti, zjištění pohlavní choroby, vaginální výtok, svědění na intimních místech, ztráta nebo naopak náhlý vzrůst chuti k jídlu, nezvyklá změna v chování, objevení modřin apod.*“ (Laaser in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 174–178).

2.4 Sexuální výchova u osob se zdravotním postižením

U sexuální výchovy je záměrem to, aby si jedinec osvojil vedle základních znalostí i soubor dovedností a návyků. Sexuální výchova má vést k vytvoření systému hodnot a vzorců chování, které obsahují prvky lidské sexuality a zároveň nejsou v přímém rozporu s etickými normami, hodnotami a vzorci chování. Vede jedince k akceptaci sebe i druhých, ke schopnosti zharmonizovat své potřeby a uvědomit si svou svobodu i zodpovědnost (Janiš in Kozáková, 2013: 15).

Sexuální výchova by měla probíhat ve třech vzájemně se prolínajících rovinách. První rovina se nazývá kognitivní neboli oblast informativně-poznávací. Každý jedinec by měl být vybaven informacemi a vědomostmi. Pojmová a informační základna, která je vytvořena v útlém věku, dokáže blokovat pozdější neadekvátní informace. Dobře vytvořená základna připravuje vhodnou názorovou a postojovou rovinu i pro dobu, která znamená aktualizaci poznatků. Vybuduje-li se správně a přiměřeně pojmový aparát pro oblast pohlavních orgánů, zvyšuje se tím ochrana před akceptováním různých vulgarismů v pozdější době. Proto je důležité, aby se informace dostaly včas k dítěti. Druhou rovinou je rovina postojová neboli oblast emotivně-postojová, jejímž cílem je vytvořit silné emotivní postoje k získaným informacím, dovednostem, návykům a chování. Ani získané informace a naučené dovednosti či chování nezaručuje schopnost ji správně a aktuálně používat. V této rovině se jedná o tvorbu silných identifikovaných a interiorizovaných postojů, které jsou v současné době jedním z největších problémů sexuální výchovy. Poslední rovinou je rovina výkonová neboli oblast dovedností, návyků a chování. V této rovině se nachází aktivní část sexuální výchovy, v níž jedinec získává adekvátní dovednosti, návyky a chování, které aplikuje v přítomnosti nebo v budoucnosti. Tato část sexuální výchovy je nejvíce zanedbávána (Kozáková, 2013: 15–16).

V sexuální výchově u osob se zdravotním postižením lze využívat nejrůznější metody a formy práce. Je důležité, aby se na sexuální výchově podíleli i sami jedinci. Při aktivní účasti dochází k trvalejšímu osvojení poznatků. Vhodné je využívat interaktivní formy práce, např. aktivní nácvik sociálních dovedností, hraní rolí, demonstrační metody apod. Pro budoucnost člověka jsou v sexuální výchově vytvářeny dovednosti, vědomosti a postoje, a proto je nutné, aby byly co nejtrvalejší. Sexuální výchovu, osvětu a poradenství je třeba realizovat v rovině všeobecně-preventivní a v rovině individuálně-

preventivní. V první rovině je potřeba ve skupině vytvořit atmosféru vnímání, pochopení, vztah důvěry a bezpečí. Důležité je klást důraz na zásadu názornosti a komunikace, je třeba postupovat pomalými krůčky s následným opakováním, ponechat dostatečný prostor pro diskusi, pracovat s názornými příklady z praxe, uvádět příklady a případové studie, které si jedinec dokáže reálně představit. Pro pedagoga může být náročné mluvit o sexuální výchově, může se setkat s rozpaky a s ostychem. Důležité je, aby lidé s postižením pochopili, že se jedná o soukromé a intimní záležitosti. Druhou rovinou sexuální výchovy je rovina individuální, která klade důraz na poučení jedince s postižením, radu a pomoc v konkrétních oblastech. Poskytuje i poradenskou pomoc pro rodiče a vychovatele. Sexuální výchova lidí se zdravotním postižením by měla probíhat i s rodinou. Rodiče by měli být pro pedagoga rovnoprávným partnerem, konzultantem a poradcem (Kozáková, 2013: 17–18).

Pro lidi s mentálním postižením lze využít následující pomůcky: Reálné panny, jedná se o praktickou pomůcku. Je vhodné, aby se podobaly dospělému člověku a byly dostatečně veliké. Pexeso – Sex a vztahy, jsou to kartičky s jednoduchými kresbami zobrazující jednotlivé fáze vztahu. Lidé s postižením se na nich učí, jaké projevy patří na veřejnost a jaké naopak do soukromí, jak mají vyjádřit, co se jim líbí a co nikoliv. Sexbox „Od hlavy až k patě“, krabice obsahuje 100 velkých obrázkových karet. Listy sexuality, je to 20 oboustranných obrázkových karet s jednoduchými kresbami. Tužka a papír, jedná se o metodu, kdy uživatelé na papír nakreslí obrys těla a červenou barvou vyznačí intimní místa. Hraní scén, tato technika se používá v tématech, jako je např. domlouvání si schůzky, asertivní odmítnutí, reakce na něco, co se mi nelíbí, řešení konfliktních situací apod. (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018: 192). Tyto pomůcky se dají využít i u jiných cílových skupin s postižením.

V této kapitole jsem se zabývala sexualitou lidí se zdravotním postižením. Definovala jsem pojem sexualita. Uvedla jsem sexualitu lidí s mentálním, duševním, tělesným a smyslovým postižením. Zabývala jsem se zneužíváním lidí s postižením, přesně jsem definovala pojem zneužívání, aby si čtenář mohl představit, co tento pojem znamená. Uvedla jsem mýty a předsudky o lidech se zdravotním postižením a především o lidech s mentálním postižením. V poslední podkapitole jsem se zaměřila na sexuální výchovu

lidí se zdravotním postižením. Sexuální výchova je u nich velmi důležitá a dalo by se říci, že někdy se na i zapomíná.

V následující kapitole se budu zabývat sexuální asistencí. Vymeším její definici, kdy vznikla a jaké jsou její druhy (aktivní a pasivní). Zaměřím se na to, jak sexuální asistence probíhá, co nabízí a jaké jsou její možnosti. Představím sexuální asistence u nás v České republice, ale i v zahraničí. Jako posledním tématem se budu zabývat jejími legislativními podmínkami.

3 Sexuální asistence

V této kapitole se věnuji pojmu sexuální asistence. Uvedu, kdo sexuální asistenci v České republice založil a kdy začala být poskytována. Definuji pasivní a aktivní sexuální asistenci. Popíšu, co sexuální asistence nabízí a jak probíhá. Dále se budu zabývat vývojem sexuální asistence v ČR a v zahraničí. Uvedu legislativní podmínky poskytování sexuální asistence.

Tato kapitola je důležitá jak pro hlavní výzkumný, tak i dílčí cíle, proto je potřeba si vyjasnit, co je to sexuální asistence, jak probíhá a pro koho je určena. Sexuální asistenci nemůže využívat každý. Je důležité vědět, jaké druhy sexuální asistence rozlišujeme.

Sexuální asistence v České republice funguje od podzimu roku 2015, kdy bylo proškoleny prvních 5 sexuálních asistentek. O rozvoj sexuální asistence se zasloužila organizace v té době pod hlavičkou ROZKOŠ bez RIZIKA. V roce 2017 došlo k předání tématu organizace Freya. V roce 2019 došlo k proškolení dalších 13 sexuálních asistentů a asistentek, v současné době jich je 18, z nichž dva jsou sexuální asistenti (Freya).

Pokud žena či muž nemohou kvůli svému postižení prožívat vlastní sexualitu bez pomoci druhých, potřebují za určitých okolností sexuální služby. Ty mohou znamenat pomoc různého charakteru, jako je hledání intimního prostoru, zajištění ochranných prostředků až po sexuální styk za úplatu. Tyto služby se nazývají sexuální asistenci (Šídová, 2013: 126).

3.1 Vymezení pojmu sexuální asistence

Sexuální asistenci vykonávají proškolení sexuální asistenti, kteří pomáhají lidem se zdravotním postižením, seniorům a seniorkám, a jinak znevýhodněným osobám pracovat s jejich sexualitou a vztahy. Jedná se o placenou službu. Sexuální asistenti pomáhají jedincům, párům i rodičům osob, které mají nějaké znevýhodnění či handicap. Sexuální asistence je externí služba. Asistenti docházejí do organizací, domovů či domácností klientů. Jsou kontaktováni klienty, pracovníky pomáhajících organizací či rodiči. Pro sexuální asistence se mohou používat i jiné pojmy, jako je sexuální doprovázení, sexuální poradenství, sexuální důvěrník, intimní asistence, surrogacy terapie (náhradní partnerství), dotykový pracovník apod. (Freya).

Dle Šídové (2013: 126) „*sexuální asistentka či asistent je žena či muž, kteří nabízejí podpůrné aktivity pro osoby s handicapem*“. Sexuální asistence pomáhá prožívat jejich sexuální potřeby.

V ČR se můžeme setkat s názvy, jako je sexuální důvěrník/ce, intimní pracovník/ce či konzultant/ka v oblastech sexuality a vztahů. Tito pracovníci jsou zaměstnanci sociálních či zdravotních zařízení, kteří se věnují poradenství a vzdělávání v oblastech sexuality a vztahů u cílových skupin, se kterými pracují. Sexuální důvěrník/ce, konzultant/ka v oblasti sexuality se na rozdíl od sexuálních asistentů nemůže klienta dotýkat, pohlédit jej, obejmout, a nebo jít do sexuální interakce. Obě strany mohou spolupracovat. Odborník může vyhodnotit potřebu sexuální asistence, předá informace klientovi a může pomoci sjednat službu a na setkání ho edukací připravit a doprovázet (Freya).

Sexuální asistence se doporučuje lidem, kteří dokážou dát souhlas se službou sexuální asistence, jsou edukováni o službě a službě sexuální asistence plně porozuměli. Není vhodná pro ty, kteří nedokážou dát souhlas. Doporučuje se, aby než využije službu, byl klient vzdělán v oblasti sexuality a vztahů a znal i jiné možnosti naplňování své vlastní sexuality. Sexuální asistence je pro ty, co nemohou naplňovat svoji sexualitu jiným způsobem (Freya).

Sexuální asistenci dělíme na aktivní a pasivní. **Pasivní sexuální asistence** se týká komunikace, výchovy a pomoci s prožíváním sexuálního života. Tato forma nepřipouští fyzický kontakt s klientem. Pasivní asistence tu už byla v některých zařízeních a organizacích pečujících o zdravotně postižené i před založením sexuální asistence, pouze se o ní nemluvilo na veřejnosti. V některých zařízeních se otevřeně mluví o práci se sexualitou klientů, ale existují i zařízení, kde téma sexualita klientů zůstává nadále tabu a klient zde nemá možnost se v běžném životě potkávat s osobami opačného pohlaví. U **aktivní sexuální asistence** se na rozdíl od pasivní připouští i fyzický kontakt. Hlavním cílem nemusí být vždy pohlavní styk. U aktivní sexuální asistence se může jednat o společnou nahotu, vzájemné dotýkání, pomoc s masturbací, masáže, fyzickou pomoc při pohlavním styku u osob, které se bez ní neobejdou, až po přímý pohlavní styk. Všechno záleží na nastavení hranic jednotlivých asistentů (Vosáhlo, 2015: 17).

3.2 Co sexuální asistence nabízí a jak probíhá

Sexuální asistence nabízí podpůrné aktivity, které jsou určeny lidem se zdravotním postižením, seniorům a seniorkám. Každý sexuální asistent si nastavuje hranice své práce sám, a to podle svého vzdělání, zkušeností a dovedností (Freya).

Sexuální asistent pomáhá prožívat klientům jejich potřeby v oblasti sexuality, aby pochopili vlastní sexualitu. Zahrnuje se do toho například poradenství v oblasti sexuality a vztahů, erotické pomůcky, možnost mluvit o tématech, která je v této oblasti zajímavá, hledání intimního prostoru, možnost dotýkat se poprvé svého těla, nácvik masturbace, doteky, koupel, společná nahota, nákup erotických pomůcek, masáže od klasických po erotické, sexuální interakce, sex atd. Sexuální asistenti umožňují zažít sexualitu pozitivním způsobem, aniž by překročili „hranice“ ostatních. Sexuální asistence tak může fungovat jako prevence zneužívání. Sexuální asistenti učí klienty, jak mají akceptovat své tělo a jak jej přijímat, mít rád, jak posílit motorické a sensorické vnímání. Sexuální asistence zvyšuje jejich kvalitu života. Sexuální asistenti pracují na získání dovedností, které jsou pro člověka s handicapem přínosné a může je v budoucnu využít. Jedná se např. o navazování kontaktů, osvojení si vztahových dovedností, zabývání se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit, umět říct ne, zodpovědnost k rodičovství, rozpoznání fyzických rozdílů mezi ženou a mužem apod. (Freya).

Sexuální asistence má jasná a jednotná pravidla, podle kterých se řídí všechny sexuální asistenti. Sexuální asistent musí mít specializované školení, které se nabízí v ČR. Ti, kterým se podaří kurz úspěšně dokončit, obdrží certifikát o absolvování a jejich jména jsou zveřejněna v seznamu na webu www.freya.live. Odpovědnost za poskytnutí služby je dále jen na samotných asistentech. Sexuální asistenti podepisují etický kodex, kterým se zavazují k dodržování pravidel služby. Asistence začíná úvodní schůzkou, kde se klient seznámí se sexuálním asistentem. Tato schůzka je nutná před tím, než se přejde k poskytnutí sexuální asistence. Na této schůzce může být i přítomna třetí osoba, jako je rodič, kamarád a sociální pracovník, musí s tím však klient souhlasit. Za úvodní schůzku si asistenti účtují 600 Kč/hod. Na této schůzce se domluví možnosti spolupráce a její následná pravidla. Cena asistence je 1400 Kč/hod a k ní mohou být připočteny náklady na cestu. Sexuální asistenti pracují na živnostenský list, organizace Freya za ně neodvádí žádné poplatky. Asistenti mají k dispozici smlouvu, kterou mohou pro svou ochranu

s klienty podepsat. V ČR je proškolen 18 sexuálních asistentů a asistentek, ale ne všichni momentálně poskytují sexuální asistenci (Freya).

Pracovníci pomáhajících profesí mohou bezpečně informovat klienty o sexuální asistenci. Pracovník sdělí klientovi, že na stránkách www.freya.live je zveřejněný seznam speciálně proškolených osob, které se nazývají sexuální asistenti. Klient si sám může vybrat svého asistenta. Klient požádá pracovníka o pomoc při kontaktování sexuálního asistenta, ten s ním probere určité záležitosti a specifikuje, v jakém rozsahu by měla spolupráce probíhat. Pracovník se může zúčastnit první schůzky, záleží na klientovi. Samotná asistence již probíhá bez třetí strany. Klient se rozhoduje sám za sebe, pracovník ho pouze doprovází, informuje, vysvětluje a nenutí (Freya).

3.3 Vývoj v ČR a v zahraničí

Jak již bylo zmíněno, o sexuálních potřebách lidí s handicapem se v České republice příliš nemluví, podobné tabu je i sexualita seniorů nebo dlouhodobě nemocných. Přitom v některých zemích je situace v tomto ohledu úplně jiná. Sexuální asistence v některých zemích vznikala už před rokem 2013, takovými zeměmi jsou Německo, Dánsko, Anglie, Švýcarsko, Nizozemí, ... (Šídová, 2013: 125).

V Evropě zatím nepanuje jednotný pohled na sexuální asistenci a její hranice. Je na ni nahlíženo odlišným způsobem. Podle Waltra sexuální asistenci nemůže vykonávat kdokoliv, musí získat speciální vzdělání, jako jsou oblasti pečovatelské a pedagogické (Walter in Šídová, 2013: 127). Arich „*spatřuje kouzlo sexuální asistence v pomoci lidem s postižením*“ (Walter in Šídová, 2013: 127). Zprostředkují jim první sexuální zkušenosti, učí je, jak mají akceptovat své tělo, jak jej milovat a jak posílit motorické a senzorické vnímání.

V brněnském divadle Brka se dne 21. listopadu 2014 konala debata o sexuální asistenci. Jednalo se o první veřejnou debatu zaměřenou na rozvoj sexuální asistence v ČR. Diskuze probíhala veřejně pro plný sál lidí pod názvem Sexuální asistence. Účelem bylo, aby působila důstojně, lidi zbytečně neprovokovala a nevyvolávala v nich negativní reakce. V té době se řešilo, jaké jsou možnosti, dále etické a právní problémy realizace sexuální asistence v České republice. Sexuální asistence tehdy byla povolena pouze v zahraničí.

Mezi účastníky byli zástupci různých neziskových organizací, studenti vyšších a vysokých škol, lidé na vozíku a další široká veřejnost (Sexuální Asistence.cz: 2019).

V zahraničí existují snahy, aby se ze sexuální asistence stala oficiálně uznaná profese. V **Německu** je zaveden rekvalifikační kurz pro sexuální asistenty. Obsahuje devět modulů a každý z nich trvá čtyři hodiny, po jeho absolvování účastník obdrží certifikát. Ve **Švýcarsku** musí sexuální asistenti absolvovat tříleté pomaturitní studium a musí projít psychoterapií. Jsou zaměstnanci nějakého zařízení anebo docházejí za klienty. Tato služba je proplácena pojišťovnou, příspěvek činí asi 80 eur za službu. Proškolení sexuálních asistentů probíhá i v Dánsku a Holandsku. Ve **Francii** se k tomuto tématu vedly rozsáhlé diskuze. Negativně se k sexuální asistenci stavěl Národní poradní výbor pro etiku, který předjímal určitá rizika. Doporučil tedy zahájit edukaci osob, které budou pečovat o sexualitu postižených mužů a žen. **Dánsko** je jednou ze zemí, kde sexuální asistenci identifikovali už dávno a začali ji řešit na státní úrovni. Dánské ministerstvo sociálních věcí vydalo příručku, kde jsou popsána práva a povinnosti sexuálních asistentů. Tedy právo na užívání sexuality je uzákoněno (Šídová, 2013: 128).

Podrobněji popíšu praxi v Německu. V **Německu** se sexuální asistencí zabývá Organizace pro familia. Tvrdí, že sexualita patří k základním právům na osobní rozvoj člověka. Aktivní sexuální asistence a doprovázení spadají pod Zákon o prostituci. Německé zákonodárství chápe pojem prostituce jako výkon sexuálních činností za předem domluvenou úplatu. Není zde rozlišeno, zda se jedná o komerční nabídku sexuálních služeb určitému okruhu zákazníků nebo zda vykonavatelky disponují nějakou kvalifikací či vzděláním. Na prostituci je nahlíženo, i když se jedná o erotickou masáž za úplatu. Práce sexuálních asistentů není lehká, musí znát právní předpisy, jež chrání práva postižených lidí, kteří jsou vzhledem ke svému postižení zranitelnější. Zákon tak definuje, kdy se může sexuální asistence poskytnout a kdy nikoliv (Šídová, 2013: 130–132).

3.4 Legislativní podmínky poskytování sexuální asistence

Důvodem zavedení služby sexuální asistence je i to, že někteří lidé si mohou sexuální asistenci zaměnit s prostitucí. Prostituce v České republice není povolena a ani se trestně nestíhá. Stát daně od sexbyznysu vybírá, i když oklikou. Vystavuje živnostenské listy na masáže, osobní služby apod. Některé ženy v sexbyznysu přijímají osoby se zdravotním postižením, přestože neabsolvovaly žádné kurzy. Prvním důvodem, proč tenhle přístup

měnit, je to, že sexuální asistenti jsou proškoleni v omezeních lidí se zdravotním postižením, které mohou u klienta nastat a se všemi těmito komplikacemi dopředu počítají. Nevzniká zde ponižující situace, kdy je člověk kvůli svému postižení odmítnut. Za druhý důvod se považuje to, že lidé s těžšími formami handicapu potřebují mnohem víc než jen ochotnou prostitutku. Lidé s postižením potřebují svoji sexualitu objevit, poznat své tělo, své možnosti, a tak i sebe sama (Vosáhlo, 2015: 16–17).

Proškolení sexuální asistenti nemají žádné státem akreditované vzdělání. Školení zorganizovala sama Rozkoš bez Rizika, dle svého uvážení a dle svých osnov. Nevzniká žádná nová profese. Sexuální asistenti podepisují kodex, kterým se zachovává vysoký standard poskytované služby (Vosáhlo, 2015: 16–17).

Spolek Rozkoš bez Rizika se obrátila na Odbor bezpečnosti politiky a prevence kriminality Ministerstva vnitra. Na mezinárodní konferenci o sexuální asistenci v roce 2015 seznámil Mgr. Michal Šmíd (právník Odboru bezpečnostní politiky a prevence kriminality MV) přítomné účastníky s hlavními závěry. Při zpracování stanovisek vycházel z následujících definic: „*Sexuální asistentka je osoba, která poskytuje handicapovaným lidem kromě poradenství v sexuální oblasti i sexuální službu za úplatu*“. „*Intimní asistentka je osoba, která radí handicapovaným lidem v sexuální oblasti, aniž by jim poskytovala sexuální služby za úplatu*“. „*Veškeré služby budou poskytovány zcela dobrovolně*“. Při tvorbě stanoviska byly řešeny pouze právní otázky, stranou byla ponechána hlediska zdravotní a etická (Sexuální Asistence.cz: 2015).

Sexuální asistence může být dle názoru Odboru bezpečnostní politiky a prevence kriminality MV úspěšně realizována již za současné platné právní normy. Musí však obsahovat pět podmínek MV ČR pro spolek Rozkoš bez Rizika:

1. Organizace nebude zastávat roli aktivního prostředníka mezi sexuálními asistentkami a asistenty a handicapovanými osobami. Nebude aktivně vysílat sexuální asistenty za klienty.
2. Aktivity vykonávané sexuálními asistenty by měly pouze zahrnovat osvětové, vzdělávací a školicí činnosti a měly by být v souladu s pravidly pro zpracování osobních údajů.

3. Na základě požadavku osoby s postižením (resp. rodiče či opatrovníka) se můžou poskytovat osobní údaje všech osob, které byly v oblasti sexuální asistence proškoleny. Osobní údaje jsou poskytovány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zejména tedy po předchozím informovaném souhlasu sexuálního asistenta.
4. Za poskytnutí kontaktních údajů na sexuálního asistenta nebude Rozkoš bez Rizika požadovat žádný hmotný prospěch, nebude usilovat o žádnou zpětnou vazbu od osob s postižením, ani od sexuálních asistentů. Nesmí se tázat handicapovaných, zda využili službu sexuální asistence a v jaké kvalitě.
5. Osvětové, vzdělávací a školící akce a činnosti strany organizace Rozkoše bez Rizika by měly být vykonávány takovým způsobem, aby v klientech nevyvolávaly aktivní zájem o provozování prostituce, aby nebylo naplněno jednání svádění (Sexuální Asistence.cz: 2015).

V této kapitole jsem se zabývala sexuální asistencí. Vysvětlila jsem, co to je za službu, kdo jsou sexuální asistenti a jaké druhy sexuální asistence máme – pasivní a aktivní, co sexuální asistence nabízí a jak je poskytována. Zaměřila jsem se na sexuální asistenci v České republice a v dalších evropských zemích, jako je Německo, Dánsko, Francie a Švýcarsko, a na jejich zaškolení. Zabývala jsem se legislativními podmínkami poskytování sexuální asistence u nás v ČR.

V následující kapitole se budu věnovat sociální práci. Vymeším sociální práci a uvedu její různé definice. Zaměřím se na sociální práci vykonávanou pro lidi se zdravotním postižením. Dále představím sociální služby, které lidé se zdravotním postižením mohou využívat.

4 Sociální práce

V poslední kapitole teoretické části se budu zabývat definicí sociální práce a sociálních služeb. Uvedu zde různé definice sociální práce. Charakterizují sociální práci s lidmi se zdravotním postižením. Zaměřím se na sociální služby, které lidé se zdravotním postižením navštěvují, může se jednat o pobytové, terénní a ambulantní služby. A důležitou roli pro sociální práci hraje i rodina.

Ve vztahu k hlavnímu a dílčím cílům práce je kapitola důležitá k tomu, abychom si představili práci sociálních pracovníků v sociálních službách. Mými informanty jsou sociální pracovníci, kteří pracují s lidmi se zdravotním postižením.

4.1 Vymezení pojmu sociální práce

Sociální práce je pro lidi se zdravotním postižením nesmírně důležitá, hraje u nich velkou roli. Může ovlivnit jejich životy tím, že poznají nové lidi, kteří mají stejná nebo podobná postižení jako oni. Sociální práce se realizuje v sociálních službách. Sociální pracovník na první schůzce s klientem zjišťuje, jaké má klient potřeby. Poté dochází k vyhotovení plánu intervence, který se průběžně vyhodnocuje a mění. Všichni lidé s postižením nemusí být automaticky klienty sociální práce.

Dle Matouška můžeme chápat sociální práci jako společenskovední disciplínu a oblast praktických dovedností, jejími hlavními cíli je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá o sociální solidaritu a o ideální naplňování individuálního lidského potenciálu (Matoušek, 2003: 200–201).

Osobně se ztotožňuji s definicí od Navrátila (in Matoušek, 2012; 184), který definuje cíl sociální práce jako „*podporu sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinová, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí*“.

Dle Ondruškové, Oláhové a Vaverčkové můžeme chápat práci jako profesi založenou na praxi a akademickou disciplínu. Ústřední pro sociální práci jsou principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společné zodpovědnosti a respektování rozmanitosti. Sociální práce se zabývá lidmi a strukturami, které jsou podepřené o teorii sociální práce,

společenské vědy, humanitní a místní poznatky, jejímž cílem je podněcovat životní změny a zlepšovat blahobyť (2012: 9).

Sociální práce je vysoce specializovanou pomáhající činností, jejímž cílem je zvyšovat nebo stabilizovat kvalitu života lidí, u kterých je tato kvalita omezena nebo ohrožena. Je vykonávána kvalifikovanými sociálními pracovníky, díky kterým přináší zlepšování situace ohrožených osob a přispívá k jejich optimálnímu fungování ve společnosti. Sociální práce je postavena na základních hodnotách, jako je koncepce lidských práv a sociální spravedlnost (Profesní komora sociálních pracovníků, z.s.).

Sociální práce dle Úlehly se opírá o tři opěrné body. Prvním opěrným bodem jsou zákony, předpisy, povinnosti a možnosti, které z nich vyplývají. Jsou to tedy normy, které jsou závazné, mohou být psané či nepsané. Druhým bodem jsou způsoby klienta. Patří sem způsoby chování, jednání, postoje, myšlení, přání, názory, styly života, přesvědčení, které z člověka dělají klienta. Důvod, proč se člověk stane jedincem, je, že se jeho způsoby nesrovnávají s normami. Třetím bodem je odbornost pracovníka. Jedná se o umění být prostředníkem mezi klientem a normami. Pracovník musí pracovat sám na sobě. Posláním sociální práce dle Úlehly je vést dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co si přeje sám klient (2009: 24–25).

4.2 Sociální práce s lidmi se zdravotním postižením

Sociální práce se řadí k jednomu z nejdůležitějších, nikoli však jedinému nástroji pomoci a podpory lidem se zdravotním postižením. Význam sociální práce pro lidi s postižením je někdy přeceňován a jindy nedoceněn. Sociální práce vychází z různých rovin: „*jako praktická činnost, jako samostatná profese s profesními standardy, jako vědní obor s vlastní teoretickou a výzkumnou základnou a jako vzdělávací disciplína*“ (Krhutová, 2013: 129). Každá z nich má svůj specifický předmět činnosti a svou vlastní rovinu praxe, všechny se protínají v intervencích sociální práce, která směřuje k podpoře a pomoci lidem, kteří se ocitají v nepříznivé životní situaci a nedokážou si sami pomoci (Krhutová, 2013: 129).

Pro teorii a praxi sociální práce je důležitá reflexe, nutně nemusí znamenat, že každý člověk s postižením nebo každá rodina s členem s postižením patří mezi cílovou skupinu sociální práce. Jako celek lidé s postižením patří mezi zranitelné skupiny obyvatelstva,

každý nemusí vstoupit do oblasti působení sociálního pracovníka (Krhutová, 2013: 129–130).

V sociální práci se jedná o sociální práci s těmi z populace lidí s postižením, kteří se intervencí účastní, a tyto intervence zahrnují práci společně s lidmi s postižením. Sociální pracovníci se musí umět zaměřit na celek. Intervence v oblasti sociální práce se ve vztahu k lidem s postižením musí umět zaměřit současně na různé aspekty a cíle a je nutné porozumět aspektům a souvislostem zdravotního postižení. Umět „vidět situaci klienta v celku“ je v oblasti zdravotního postižení velmi náročný požadavek. Sociálním pracovníkům často chybí elementární vzdělanostní průprava, která je zde potřeba.

V sociální práci je kladen velký důraz na empatii a porozumění situace klienta. Empatii chápeme jako vcítění, kdy se předpokládá, že se sociální pracovník dokáže vžít do klientovy situace, to vede k úspěšné práci s klientem. Empatický člověk je ten, který je autentický, otevřený, umí dávat zpětnou vazbu. Předpokládá se, že když rozumí sám sobě, rozumí i druhým. Málokdy se v sociální práci setkáváme s přístupem, kdy sociální pracovník „ví“, co je pro klienta „dobré“. Schopnost vcítění je u lidí se zdravotním postižením obtížné, proto si řada sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči potřebu autonomie u lidí s postižením vysvětluje po svém. Důležitou roli zde hraje čas sociálního pracovníka, jako kapacita, pracovní podmínky a další aspekty.

Podpora sebekontroly a individuální participace klientů je velmi náročná na čas. V sociálních zařízeních je z mnoha důvodů problematizováno soukromí klientů, tzv. kontrola informací, nevměšování se do druhých, zajištění chráněného prostoru pro vlastní potřebu. Je důležité porozumět názorům, cílům a aspiracím klientů, umožnit jim angažovat se v zásadním rozhodování o péči a běžných záležitostech každodenního života apod. (Krhutová, 2013: 130–332).

4.3 Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením

Právníká a faktická úprava sociálních služeb do konce roku 2006 nejdříve vycházela ze zákonů přijatých na sklonku osmdesátých let dvacátého století. V té době se na sociální politiku a oblasti sociálních služeb nahlíželo odlišným způsobem, a to především v oblasti svobody rozhodování jedinců a demokratických principů fungování veřejné správy. Od počátku devadesátých let docházelo k významným inovacím při praktickém

poskytování sociálních služeb, jenomže základní model stále vycházel ze státně paternalistického a socialisticky direktivního způsobu uvažování.

Hlavním cílem současné právní úpravy má být vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb lidí. Zákon o sociálních službách představuje určitý rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci v určitém druhu nepříznivé sociální situace. Pod pojmy podpora a pomoc se rozumí takové spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života mají odpovídat úrovni rozvoje společnosti. Cílem tohoto zákona je podporovat sociální soudružnost a sociální začleňování ve společnosti.

Formy poskytované pomoci musí splňovat dostupnost, efektivitu, kvalitu, bezpečnost a hospodárnost. Mezi měřítka kvality sociálních služeb patří: zásada ochrany lidských práv uživatele, zásada individualizace služeb, zásada odbornosti a zásada provozního zabezpečení (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018: 131–133).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí sociální služby pro lidi se zdravotním postižením, které můžeme dělit na sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence. Sociální poradenství zahrnuje základní a odborné poradenství. Sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, aby mohly řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Zahrnuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb a poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni tyto činnosti zajistit (Zákon č. 108/2006). Odborné sociální poradenství poskytují specializované poradny, které se dělí podle jevu nebo podle cílové skupiny (Smékalová, 2011: 19). V dalších podkapitolách budou uvedeny služby sociální péče a sociální prevence (Zákon č. 108/2006).

Formy poskytování sociálních služeb mohou být terénní, ambulantní nebo pobytové, u jednotlivých služeb mohou být tyto formy kombinovány tak, aby byly maximálně efektivní. V pobytových službách jsou klienti ubytováni v sociálních zařízeních (např. týdenní stacionáře). Za ambulantní služby se považují ty služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena či je dopravována (např. denní stacionář). Terénní služby se poskytují osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí (např. osobní asistence) (Smékalová, 2011: 19).

4.3.1 Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám se zdravotním postižením zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit jim zapojení do běžného života. Zároveň se snaží lidem zajistit plnohodnotný život (Smékalová, 2011: 19). Podle zákona o sociálních službách řadíme do služeb pro lidi se zdravotním postižením tyto služby:

Osobní asistence je terénní služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba není časově omezena, poskytuje se v přirozeném sociální prostředí osob. **Pečovatelská služba** se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Je to terénní a ambulantní služba. **Podpora samostatného bydlení** je terénní službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem je podpora osob, které žijí v jejich vlastní domácnosti. **Centra denních služeb** jsou ambulantní službou, která pomáhá osobám při zajištění péče o svoji osobu a posílení svých schopností a dovedností. **Denní stacionáře** jsou též ambulantní službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc v oblasti osobní péče a soběstačnosti, včetně posilování jejich soběstačnosti. V **týdenních stacionářích** jsou poskytovány pobytové služby osobám, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Služby jsou poskytovány pouze v pracovních dnech, ve dnech pracovního klidu tyto osoby zůstávají doma. **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují pobytové služby. Jedná se o zabezpečení trvalé péče a tohle zařízení nahrazuje domácí prostředí. **Chráněné bydlení** je pobytovou službou. Služba osobám poskytuje relativně samostatný život v běžném prostředí vlastní domácnosti. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení (Králová, Rážová, 2009: 72–94).

4.3.2 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osobám, které jsou izolovány od společnosti z důvodu krizové sociální situace, životních návyků nebo způsobu života a sociálně znevýhodňujícího prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby. Cílem sociální prevence je pomáhat osobám k překonání jejich

nepříznivé životní situace a chránit tak společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Smékalová, 2011: 19). Dle zákona o sociálních službách rozlišujeme pro lidi se zdravotním postižením tyto služby:

Raná péče je terénní službou, ale může být doplněna ambulantní formou služby. Je poskytována rodičům dítěte do 7 let, které má zdravotní postižení a nebo je ohrožen jeho vývoj v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** jsou ambulantní službou, popřípadě terénní. Tato služba je určena osobám, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. **Sociálně terapeutické dílny** jsou ambulantní službou, která je určena osobám, které nemohou být umístěny na otevřeném ani chráněném trhu práce. Účelem je pravidelná a dlouhodobá podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností, probíhající prostřednictvím sociální pracovní terapie. **Sociální rehabilitace** je soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných úkonů nezbytných pro samostatný život. Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, popřípadě pobytových služeb (Králová, Rážová, 2009: 94–107).

4.4 Rodina a její dítě se zdravotním postižením

Rodiče jsou prvními vychovateli dítěte, na jejich životní zkušenosti a jejich postojích záleží, jak dítě přijmou a co mu budou ochotni dát. Rodiče stojí před velkým rozhodnutím, jak velkou „osobní obětí“ jsou ochotni svému postiženému dítěti poskytnou (Šelner, 2012: 145).

Rodina poskytuje postiženému dítěti ochranu, klid a bezpečí a je první společností, ve které se nachází. Rodiče, především matka, jsou zodpovědní za předání prvních životních zkušeností a pocitů. Rodina v té době potřebuje odbornou pomoc, jedná se o vysvětlení příčin postižení a zbavení se osobního pocitu, že to zavinili oni.

Čím větší je postižení dítěte, tím jsou „zásahy“ do rodinného života komplikovanější. Situaci zhoršuje i skutečnost, že byt, ve kterém rodina žije, je nevyhovující. Matky jako samoživitelky se mohou setkat s finančními problémy a společenskou izolací, neboť na kontakty není čas.

Středem pozornosti se v rodině stává dítě s postižením a ostatní členové rodiny se mu musí přizpůsobit. Původní plány a představy o budoucnosti rodiny se rozplývají. Matka i otec se v průběhu několika měsíců smiřují s myšlenkou, že mají postiženého člena rodiny. Proces je velmi bolestivý, jelikož dítě na nich bude závislé celý život. Pozitivní přístup rodičů je pro ně a pro postižené dítě velmi důležitý. Učí se nové poznatky, pedagogické postupy, pravidla denního života a určitou strukturu.

Rodiče si často kladou následující otázky: Jaká terapie a pomoc může zlepšit kvalitu života postiženého dítěte? Jak bude vypadat budoucnost mého dítěte? Jakou pomoc potřebuji já jako matka a otec, naše rodina a kde ji můžeme najít? Kdo nám může pomoci z rodiny? Čeho se naše dítě bojí a co má rádo? Jak se naše dítě učí apod.?

Sourozenci v rodině se musí naučit vypořádat se se situací a postoj k postiženému sourozenci je často ovlivněn vzorem rodičů. Podle toho, jak se k postiženému chovají, jak o něm mluví, a nebo jej podporují. Od toho se odvíjí postoj k sestře nebo bratrovi, může být pozitivní či negativní (Šelner, 2012: 145–148).

Rodiče se bez pomoci a podpory různých odborníků neporadí. Bez podpory a vysvětlení, bez věcné informace nebo pomoci v péči o postiženého rodiny mohou zůstat bezradné nebo jejich dobře míněné snahy nemají patřičný efekt, který by měly mít. Podpora spočívá v tom, aby rodiče realisticky akceptovali dítě a aby pomohli i sobě. Mezi odborníky, kteří jsou do práce s rodinou zařazeni, patří učitelé, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, lékaři, terapeuti apod.

V procesu poradenství se prolíná spousta rovin. Jde především o jedince, ale i o prostředí, ve kterém rodina žije. Do poradenství rodičů postiženého dítěte ze strany odborníků patří tyto aspekty: schopnost akceptovat rodiče, porozumět jejich problému, zachovat odbornou objektivitu, akceptovat právo na opačný názor, zachovat rovnováhu obou stran, rodiče by měli sami navrhnout řešení, pokud se setkáme s odmítáním, je potřeba změnit postup či metodu (Šelner, 2012: 149–151).

V poslední kapitole teoretické části jsem se zabývala sociální prací, která je důležitá pro výzkumnou část diplomové práce, neboť mými informanty jsou sociální pracovníci. Vymezila jsem pojem sociální práce. Zaměřila jsem se na sociální práci s lidmi se zdravotním postižením, ne každý člověk s postižením však musí nutně být klientem

sociální práce. Uvedla jsem zde služby, které mohou využívat lidé se zdravotním postižením, jednalo se o služby sociální péče a služby sociální prevence. Zabývala jsem se rodinou s postiženým dítětem, jak ho vnímá rodina a jakí odborníci jim mohou pomoci.

Shrnutí teoretické části

Cílem teoretické části předložené diplomové práce bylo uvedení do problematiky sexuální asistence poskytované lidem se zdravotním postižením. Tato část slouží jako podklad pro výzkumné šetření.

Diplomová práce je zaměřena na lidi se zdravotním postižením. Je třeba si říci, že lidé s postižením tu vždy byli, jsou a budou, proto bychom o nich měli vědět alespoň nějaké informace. Lidi se zdravotním postižením můžeme rozdělit na lidi s tělesným, mentálním, smyslovým, duševním a kombinovaným postižením. Dle Valenty chápeme mentální postižení jako vývojovou poruchu rozumových schopností, která se projevuje sníženými kognitivními, řečovými, pohybovými a sociálními schopnostmi. Mentální postižení dělíme na lehké, středně těžké, těžké a hluboké. Tělesné postižení může být vrozené nebo získané. U vrozeného tělesného postižení se sociální postavení a psychika člověka vyvíjí jinak, než u lidí, kteří ho získali v průběhu let. Lidé s duševním postižením se vyznačují různými deficity, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a fungování, často to bývá způsobeno geneticky nebo nevhodným prostředím, ve kterém žijí. Mezi smyslové postižení řadíme zrakové a sluchové postižení. Lidé se zrakovým postižením tvoří absolutní menšinu ve společnosti. Nemusí se nutně jednat o člověka, který je nevidomý. Lidé se sluchovým postižením se považují ve společnosti za skupinu s nejtěžším postižením, je to dáno tím, že mají svůj specifický jazyk, tedy znakovou řeč. Kombinované postižení chápeme jako sdružení několika postižení u jednoho jedince. Každý jedinec je jedinečný vzhledem k svému postižení a s každým je nutné pracovat individuálně.

Sexualitu každý z nás chápe trochu jinak, někdo si pod tímto pojmem představí mazlení, držení za ruku, romantiku, sex apod. Sexualita je přirozenou součástí každého jedince, bez ohledu na věk a typ postižení. Setkáváme se s ní již od malička a provází nás celý život. I člověk s postižením je sexuální bytostí. Sexuální chování u lidí se zdravotním postižením je velmi individuální, závisí na věku, stupni postižení, pohlaví a na dostupnosti poskytnuté pomoci a podpory. Lidé s mentálním postižením jsou více akceptováni v dnešní době a oblast sexuality se dostává do podvědomí společnosti. U lidí se zdravotním postižením jejich sexualita často závisí na typu postižení, ale i tito lidé

mohou žít plnohodnotný sexuální život a mohou i zakládat rodiny. Musí však umět překonat psychické a fyzické bariéry. U lidí se sluchovým postižením se můžeme setkat s neinformovaností v oblasti sexuality. Je pro ně často problematické dostat se k informacím, jelikož nejsou vybaveni schopností odezírání. Často se setkáváme s tím, že jedinec se sluchovým postižením má i partnera/ku se stejným typem postižením. U lidí se zrakovým postižením hraje důležitou roli rodina, sourozenci a vrstevníci, jelikož díky nim mohou lépe pochopit, co je to sexualita. Tito jedinci jsou velmi vnímaví a citliví. Sexualita lidí s duševním postižením může být často narušena, je to dáno jejich psychickým onemocněním. Někteří mohou mít zvýšenou nebo sníženou sexuální aktivitu, je to velice individuální, takže se mohou potýkat s velkými problémy. Mýty a předsudky týkající se lidí se zdravotním postižením jsou velmi známé, především se ve velké míře stahují na lidi s mentálním postižením. U lidí se zdravotním postižením se často říká, že jsou asexuálními bytostmi, že zrakově postižení by neměli mít děti nebo, že lidé s mentálním postižením nemohou mít hlubší citové vztahy. Lidé se zdravotním postižením jsou vystavováni sexuálnímu zneužívání, snadno se stávají obětí, jelikož neodhadnou, co je a co není správné a ani nejsou schopni se bránit. Lidé s vývojovými poruchami mají větší riziko, že budou sexuálně zneužiti než zdravá populace. Mezi rizikové faktory sexuálního zneužívání patří především závislost na péči, omezené rozpoznávací a obranné schopnosti, nízké sebevědomí a neschopnost samostatného jednání. U lidí se zdravotním postižením je důležitá osvěta v oblasti sexuality. Sexuální výchova by měla být poskytnuta všem jedincům s postižením. Jde u nich použít různé metody, formy a praktické pomůcky.

Sexuální asistenci jako službu v ČR máme od roku 2015, kdy ji založila ROZKOŠ bez RIZIKA. Dnes spadá pod hlavičku Freya. V současné době je proškolen 18 sexuálních asistentek/asistentů. Sexuální asistence je určena lidem se zdravotním postižením, seniorům a seniorkám. Tato služba je placena a za klientem dojíždí, buď do zařízení anebo do jeho domu. Za sexuální asistentku či asistenta považujeme ženu či muže, kteří nabízejí podpůrné aktivity pro lidi se zdravotním postižením. Sexuální asistenti jsou proškoleni v oblasti sexuality, absolvují vzdělávací kurz. Sexuální asistenci můžeme dělit na pasivní, která se týká komunikace, výchovy a pomoci s prožíváním sexuálního života, kdežto u aktivní sexuální asistence se připouští i fyzický kontakt, nemusí však nutně dojít k pohlavnímu styku. Sexuální asistence se snaží o to, aby klienti pochopili svoji sexualitu.

Sexuální asistence je i v jiných zemích, kde vznikla ještě dříve než v ČR. Můžeme ji najít např. v Německu, Švýcarsku, Francii a v Dánsku. V Německu se sexuální asistencí zabývá Organizace pro rodinu. Sexuální asistence není nijak právně ukotvena, může se stát, že ji společnost bude zaměňovat s prostitucí, která v ČR není povolena, ale ani není zakázána. Sexuální asistenti musí podepsat kodex, který jim říká, co mohou poskytovat a co nikoliv. Zároveň se sexuální asistence musí řídit podmínkami stanovenými Ministerstvem vnitra ČR.

Sociální práce pro lidi se zdravotním postižením hraje důležitou roli v jejich životech. Dle Matouška se jedná o společenskou disciplínu a oblast praktických dovedností. Cílem sociální práce je zvyšovat a stabilizovat kvalitu života lidí, u kterých je omezena nebo ohrožena. Sociální práce s lidmi s postižením je velice náročná, jedná se zde o nástroj pomoci a podpory. Nutně nemusí znamenat, že každý jedinec s postižením musí být klientem sociální práce. V sociální práci je velmi důležitá empatie a porozumění situace klienta. Sociální služby pro lidi se zdravotním postižením dělíme na sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence. Sociální služby mohou mít formu terénní, ambulantní a pobytovou. Lidé se zdravotním postižením mohou navštěvovat tato zařízení např. denní centra, týdenní stacionáře, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, osobní asistenci apod. Rodina pro dítě s postižením hraje důležitou roli, je to první společnost, se kterou se setká. Rodině mohou pomoci různí odborníci, jako jsou sociální pracovníci, lékaři, psychologové, speciální pedagogové apod.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření

V této kapitole budu formulovat hlavní výzkumný cíl a dílčí cíle. Dílčí cíle pak budou transformovány do tazatelských otázek, které znázorním v transformační tabulce. Poté bude představena zvolená výzkumná strategie, tedy kvalitativní výzkum a charakterizován polostrukturovaný rozhovor. Následně vymezím výzkumný vzorek, kterým jsou sociální pracovníce, které pracují v sociálních službách s lidmi se zdravotním postižením (mentálním, tělesným, smyslovým, kombinovaným a duševním), a sexuální asistentky. Představím rizika výzkumu, etické hledisko výzkumu a průběh sběru dat.

5.1 Formulace hlavního výzkumného cíle a dílčích cílů

Hlavním cílem mého výzkumného šetření **je zjistit, jaká je spolupráce mezi sexuálními asistentkami a sociálními pracovníci**. Hlavní výzkumný cíl je dále rozdělen na čtyři dílčí cíle.

Hlavní výzkumný cíl: Jaká je spolupráce mezi sexuálními asistentkami a sociálními pracovníci. Hlavní výzkumný cíl je dále rozdělen na čtyři dílčí cíle.

Dílčí výzkumný cíl 1: Zjistit, jak sociální pracovníce hodnotí spolupráci se sexuálními asistentkami. Cílem je zjistit, z jakého důvodu sexuální asistentky kontaktují sociální pracovníce, zda je vůbec kontaktují, v čem si myslí, že spolupráce funguje a v čem naopak nefunguje, jaká vnímají pozitiva ve spolupráci, v čem vnímají výhody pro klienty, když budou spolupracovat, a v čem je spolupráce popřípadě ovlivnila.

Dílčí výzkumný cíl 2: Zjistit, jak sexuální asistentky hodnotí spolupráci se sociálními pracovníci. Tento dílčí cíl je podobný jako dílčí cíl 1, kdy cílem je zjistit, z jakého důvodu je sociální pracovníci kontaktují, jaká vnímají pozitiva ve vzájemné spolupráci, co si myslí, že na spolupráci funguje či nefunguje, a jaké vnímají výhody pro klienty, když budou spolupracovat.

Dílčí výzkumný cíl 3: Zjistit, jak sexuální asistentky a sociální pracovníce vnímají postoj rodiny k sexuální asistenci. Cílem je zjistit, jak probíhá spolupráce s rodinou postiženého klienta/klientky, jak sexuální asistenci vnímá rodina, zda je někdy rodina kontaktovala

ohledně sexuální výchovy, kdo přesně kontakt inicioval, a jestli je někdy kontaktoval sám klient kvůli sexuální asistenci a v čem chtěl pomoci.

Dílčí výzkumný cíl 4: Zjistit, jaký mají sociální pracovníce a sexuální asistentky postoje k legislativnímu ukotvení sexuální asistence. Cílem je zjistit, z jakého důvodu si myslí, že by sexuální asistence měla být zlegislativována, v čem vnímají význam zařazení sexuální asistence do sociálních služeb, kým by měla být sexuální asistence proplácena a z jakého důvodu, a jestli na ni dosáhnou všichni klienti.

5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Transformační tabulka znázorňuje převedení dílčích cílů do tazatelských otázek.

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl	Dílčí výzkumné cíle	Výzkumná technika	Tazatelské otázky
Jaká je spolupráce mezi sexuálními asistentkami a sociálními pracovníci.	<u>Dílčí výzkumný cíl 1:</u> Zjistit, jak sociální pracovníce hodnotí spolupráci se sexuálními asistentkami.	Rozhovor	<u>TO 1</u> Z jakého důvodu vás kontaktovala sexuální asistentka?
			<u>TO 2</u> V čem si myslíte, že funguje spolupráce sociálních pracovníků se sexuálními asistentkami?
			<u>TO 3</u> Jaká vnímáte pozitiva spolupráce se sexuálními asistentkami?
			<u>TO 4</u> Z jakého důvodu nefunguje spolupráce se sexuálními asistentkami?
			<u>TO 5</u> V čem vnímáte výhodu pro klienta, když sociální pracovníce a sexuální asistentky spolupracují?
			<u>TO 6</u> V čem vás ovlivnila spolupráce se sexuálními asistentkami?
			Rozhovor

<p><u>Dílčí výzkumný cíl 2:</u> Zjistit, jak sexuální asistentky hodnotí spolupráci se sociálními pracovníci.</p>		Z jakého důvodu vás kontaktovala sociální pracovnice?
		TO 8 V čem si myslíte, že funguje spolupráce se sociálními pracovníci?
		TO 9 Jaká vnímáte pozitiva spolupráce se sociálními pracovníci?
		TO 10 Z jakého důvodu nefunguje spolupráce se sociálními pracovníci?
		TO 11 V čem vnímáte výhodu pro klienta, když sociální pracovnice a sexuální asistentky spolupracují?
<p><u>Dílčí výzkumný cíl 3:</u> Zjistit, jak sexuální asistentky a sociální pracovnice vnímají postoj rodiny k sexuální asistenci.</p>	Rozhovor	TO 12 Jak probíhá spolupráce s rodinou postiženého klienta/klientky?
		TO 13 Jak si myslíte, že vnímá sexuální asistenci rodina?
		TO 14 Kontaktovala vás někdy rodina ohledně sexuální výchovy svého postiženého člena rodiny? Kdo přesně to inicioval?
		TO 15 Kontaktoval vás sám klient kvůli sexuální asistenci? Požádal vás o její zajištění? V čem chtěl pomoci?
<p><u>Dílčí výzkumný cíl 4:</u> Zjistit, jaký mají sociální pracovnice a sexuální asistentky postoj k legislativnímu ukotvení sexuální asistence.</p>	Rozhovor	TO 16 Z jakého důvodu, si myslíte, že by sexuální asistence měla být zlegislativována?
		TO 17 V čem vnímáte význam, kdyby sexuální asistence byla zařazena do sociálních služeb?
		TO 18

			Kým by podle vás měla být sexuální asistence proplácena? Z jakého důvodu? Dosáhnou všichni klienti na sexuální asistenci?
--	--	--	---

5.3 Zvolená výzkumná strategie

Pro potřeby této diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je proces, při kterém dochází k hledání a k porozumění založeném na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje texty, informuje o názorech účastníků a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. Na začátku výzkumu výzkumník vybírá téma a určí základní výzkumné otázky, které může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Kvalitativní výzkum se tak někdy může považovat za emergentní nebo pružný typ výzkumu. V průběhu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale i hypotézy a nová rozhodnutí, jak modifikovat zvolený výzkumný plán (Hendl, 2016: 47–48).

Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění, které vnáší vhled do co největšího množství dimenzí určitého problému. Používá se zde induktivní logika. Na začátku výzkumu probíhá pozorování a sběr dat, následně výzkumník pátrá po pravidelnostech, které existují v těchto datech, po jejich významu, formuluje předběžné závěry. Závěrem kvalitativního výzkumu mohou vzniknout nové hypotézy nebo nové teorie (Disman, 2011: 126).

Posláním kvalitativního výzkumu „*je porozumění lidem v sociálních situacích*“ (Disman, 2011: 289). Ve výzkumu o redukci dat rozhodují zkoumané osoby, které nám sdělují své znalosti, zkušenosti, pocity a postoje. Výzkumníkovou hlavní úlohou je nalézt významné struktury v množině všech proměnných (Disman, 2011: 290).

Hlavní techniku pro výzkum jsem zvolila rozhovor. Povedu polostrukturovaný rozhovor, u kterého jsem si připravila tazatelské otázky a následně se mohu doptávat informantů. U polostrukturovaného rozhovoru je vhodné použít upřesnění a vysvětlení účastníka, což znamená, že necháme informanta vysvětlit, jak danou věc myslí. Necháme si správně

ověřit, že jsme ji správně pochopili a vyložili, klademe mu různé otázky (Miovský, 2006: 160).

5.4 Výzkumný vzorek

Jako výzkumný vzorek pro tento výzkum jsem zvolila sociální pracovnice, které pracují s lidmi se zdravotním postižením a sexuální asistentky. Sociální pracovnice pocházejí z těchto zařízení: Domov pro osoby se zdravotním postižením (Kunovice), Dům pro seniory – lidé se znevýhodněním (Brno), Diakonie Praha ČCE – lidé s postižením, Domov Kamélie – lidé s mentálním a kombinovaným postižením (Křížany). Celkem se mého výzkumného šetření účastnilo 7 informantek, 4 sociální pracovnice a 3 sexuální asistentky. Výběr informantů jsem volila podle ochoty se výzkumu zúčastnit.

Tabulka 2: Soubor informantek

Číslo informantky	Typ informantky	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Zkušenost s lidmi se zdravotním postižením
I1	Sexuální asistentka	Věk na přání informantky neuveden.	VŠ	3 roky	Nikdy s lidmi s postižením nepracovala.
I2	Sexuální asistentka	39 let	SŠ	6 let	Má zkušenost s lidmi se zdravotním postižením.
I3	Sexuální asistentka	34 let	SŠ	3 roky	Pracuje v sociální oblasti.
I4	Sociální pracovnice	43 let	VŠ	20 let	X
I5	Sociální pracovnice	55 let	SŠ	12 let	X

I6	Sociální pracovnice	47 let	VŠ	16 let	X
I7	Sociální pracovnice	34 let	VŠ	2.5 roku	X

5.5 Průběh výzkumu

Sběr dat pro výzkum probíhal od prosince 2021 do února 2022. Nejdříve jsem oslovila sexuální asistentky a asistenty, které jsem si vyhledala na webových stránkách v organizaci Freya, kterým jsem následně napsala informační email. Do různých organizací, které pracují s lidmi se zdravotním postižením, jsem poslala email, zda mají zkušenost se sexuální asistencí a informovala jsem je o své diplomové práci. Rozhovory probíhaly přes online platformu, jako je Skype a WhatsApp. Informanty jsem předem upozornila na to, že rozhovor bude probíhat anonymně, pouze pro účel mé diplomové práce. Rozhovory jsem nahrávala na mobilní telefon, dopředu jsem se jich zeptala, zda jim to nebude vadit. Rozhovory trvaly v rozmezí 30–45 minut. Následně rozhovory byly přepsány a vyhodnoceny dle dílčích cílů.

5.6 Reflexe etických rizik a rizika zvolené výzkumné strategie

Ve své diplomové práci jsem se mohla setkat s různými riziky. Jedním z nich je vybrat správné prostředí, kde bude rozhovor probíhat. Jelikož jsem vedla rozhovory přes online platformu, uskutečňovala jsem je v domácím prostředí, kde jsem měla klid a nikdo mě u toho nerušil. U informantek se mohlo stát, že je někdo z rozhovoru může vyrušit. Dalším rizikem, se kterým jsem se mohla setkat, mohlo být to, že se z nějakého důvodu rozhovor nebude moci uskutečnit, např. nepůjde proud, během rozhovoru vypadne internet. Jako riziko jsem považovala i to, že informantky nepochopí otázku, kterou budu muset následně vysvětlit. A riziko, se kterým jsem se i setkala, bylo to, že informantky budou chtít za rozhovor zaplatit, s tím jsem samozřejmě nepočítala a překvapilo mě to.

Informantky jsem ujistila, že rozhovor je anonymní a údaje budou zpracovány pouze pro účel diplomové práce. Informantek jsem se předem zeptala, zda jim nebude vadit, když rozhovor budu nahrávat na mobilní telefon. Mohlo se stát, že s tím nebudou souhlasit. Tím by to bylo pro mě ztížené, jelikož bych neměla jejich doslovné odpovědi. Zvolené téma výzkumu může být pro některé informantky citlivým tématem, proto jejich odpovědi mohly být neúplné či jsem je mohla uvést do rozpaků. Brala jsem na to zřetel

a s odpověďmi informantek jsem nespíchala, aby měly čas si odpovědi rozmyslet a zamyslet se nad nimi. Nevýhodou výzkumu bylo i to, že rozhovory jsem prováděla pouze s ženami, muži by na dané téma mohli mít jiný pohled.

Získané poznatky nelze vztáhnout na celou společnost, jelikož výzkum probíhal pouze ve čtyřech zařízeních a se třemi sexuálními asistentkami. Platí proto pouze pro tento konkrétní kontext, přesto však mohou být přínosné a zajímavé

6. Popis a interpretace dat

V následujících podkapitolách se budu zabývat interpretací dat, která jsem získala v průběhu výzkumného šetření. Tato kapitola je rozdělena do čtyř podkapitol, které se skládají z dílčích cílů. Dílčí cíle jsou provázeny jednotlivými tazatelskými otázkami. Na konci každé interpretace vztahující se ke konkrétnímu dílčímu cíli následuje shrnutí. Budu zde používat pojmy informantka, jelikož jsem výzkum prováděla pouze se sociálními pracovníci a sexuálními asistentkami. Interpretace budou doplněny doslovnými citacemi informantek, které budou uvedeny uvozovkami a kurzívou. Použiji zde metodu otevřeného kódování. Kódování představuje proces, díky kterému jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a následně jsou opět složeny novými způsoby (Strauss, Corbinová, 1997: 39).

5.7 Interpretace vztahující se k DVC1

Dílčí výzkumný cíl 1: **Zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí spolupráci se sexuálními asistentkami.**

Cílem bylo zjistit, zda sociální pracovníci někdy byly kontaktovány sexuálními asistentkami, v čem si myslí, že s nimi spolupráce funguje či nefunguje, jestli vnímají nějaká pozitiva spolupráce, jaké vnímají výhody pro klienty, a v čem si myslí, že je ovlivnila spolupráce se sexuálními asistentkami. K získání odpovědí pro první dílčí výzkumný cíl bylo použito následujících 6 tazatelských otázek.

Tazatelská otázka 1: Z jakého důvodu vás kontaktovala sexuální asistentka/asistent?

Všechny sociální pracovníci uvedly, že se nikdy neseťkaly s tím, že by je kontaktovala sexuální asistentka či asistent. „*Nikdy mě nekontaktovala sexuální asistentka*“ (I7). Jedna z informantek uvedla, že jim sexuální asistentka nabídla školení o sexuální asistenci „*Hledali jsme školení pro naše pracovníky a sexuální asistentka nám nabídla školení*“ (I6). Z odpovědí jsem se dozvěděla, že to jsou právě sociální pracovníci, které kontaktují sexuální asistentky na žádost klienta, buď si je klient vyhledá sám a pak potřebuje pomoci se zprostředkováním, nebo když o této službě vědí sociální pracovníci či jiní pracovníci v sociálních službách, je nabídnuta klientovi. Sociální pracovníci s klientem proberou možnost sexuální asistence, následně kontaktují sexuální asistentku, a když je potřeba, jsou přítomni i na první schůzce. „*Nikdy mě sexuální asistentka nekontaktovala, službu si*

vyžádá klient sám, nebo mu je nabídnuta, když má sexuální chování“ (I4). Další informantka uvedla, že za ní přišel klient, že by si chtěl objednat prostitutku, informantka následně hledala vhodnější variantu. Už předtím se dozvěděla o sexuální asistenci z článku, takže se ji pokusila najít a narazila na organizaci Freya. „Klient za mnou přišel, jelikož zvažoval možnost prostituce, následně jsem hledala vhodnější variantu [...] dříve jsem již slyšela o sexuální asistenci, takže jsem si na webových stránkách našla organizaci Freya“ (I7).

Tazatelská otázka 2: V čem si myslíte, že funguje spolupráce sociálních pracovníků se sexuálními asistentkami? Informantky vnímají fungování spolupráce na otevřenosti jak sociálních pracovníků, tak i sexuálních asistentek. Jedna z informantek se domnívá, že je pouze zprostředkovatelem služby. „Já si myslím, že jsme pouze zprostředkovatelé služby“ (I5). Další z informantek bere sexualitu jako přirozenou fyziologickou potřebu. „Hlavně to je o té otevřenosti a tom, že si lidé jsou vědomi, že je to základní fyziologická potřeba“ (I6). Informantka se domnívá, že spolupráce funguje na všech možných úrovních, je zde možnost, aby na první schůzce byl s klientem i sociální pracovník, který pak následně může klientovi všechno znovu zopakovat nebo dovysvětlit, kdyby něčemu nerozuměl. „Se sexuální asistentkou jsme domluvili první schůzku, která proběhla na veřejnosti, na schůzku jsem klienta doprovázela.“ (I4).

Tazatelská otázka číslo 3: Jaká vnímáte pozitiva spolupráce se sexuálními asistentkami? Spolupráci se sexuálními asistentkami informantky vnímají velmi pozitivně, především v tom, že pomohou se sexualitou klienta, především v jeho vzdělání a obohatí život klienta. Dle jedné informantky je důležité, aby sociální pracovníce a sexuální asistentka měly podobný pohled na tuto zakázku. „Myslím si, že je důležité, abychom já jako sociální pracovník a sexuální asistentka měly stejný pohled na tu službu, abychom měly podobný pohled na zakázku a styl spolupráce“ (I7). Výhoda spolupráce je i to, že si klient může o sexuální asistenci se sociální pracovníci popovídat, v případě nejasností si doplnit potřebné informace, se kterými si nemusí být jistý.

Tazatelská otázka číslo 4: Z jakého důvodu nefunguje spolupráce se sexuálními asistentkami? Většina informantek nemá pocit, že by spolupráce se sexuálními asistentkami nějak nefungovala. Dle sociálních pracovníků jsou pouze zprostředkovatelé této služby a dál se již moc nezabývají jejím uskutečněním, záleží to především na

postižení klienta a zda s touto službou přišel sám klient, a nebo mu byla nabídnuta, třeba z důvodu špatného sexuálního chování. „*Nemůžu říci, že by spolupráce nefungovala, většinou zprostředkujeme pouze kontakt a pak už spolupráce neprobíhá*“ (I4). Většina informantek mi na tuhle otázku úplně nedokázala odpovědět, jelikož jak už jsem zmínila, jsou pouze zprostředkovatelem sexuální asistence, pouze ve výjimečných případech dále spolupracují, například při nevhodném sexuálním chování klienta.

Tazatelská otázka číslo 5: V čem vnímáte výhody pro klienta, když spolu sociální pracovníci/ce a sexuální asistentky spolupracují? Informantky uvádějí, že výhodou spolupráce sociálních pracovníků a sexuálních asistentek je pro klienta to, že klient nemusí sám tuto službu zařizovat, ale pomohou mu pracovníci. „*Výhoda je to pro klienta v tom, že sexuální asistenci nemusí zařizovat sám, jsme mu nápomocný*“ (I6). Informantka uvádí i to, že díky spolupráci sociálních pracovníků a sexuálních asistentů se klient naučí uspokojovat své potřeby, aby nedocházelo k tomu, že by osahával další zaměstnance. „*Pro pracovníky sociálních služeb je sexuální asistence přijatelná, jelikož klient může uspokojit svoje sexuální potřeby, dříve se stávalo, že klient osahával pracovníky, kterým to bylo nepřijemné*“ (I4). Dále uvádí, že vzájemná spolupráce může pomoci klientovi prožívat plnohodnotnější život. Další z informantek se domnívá, že vzájemná spolupráce může být pro klienta užitečná v tom, že si může s pracovníci o sexualitě popovídat, nebude mít k tomu žádné zábrany, když ví, že sociální pracovníce je tomuto tématu plně otevřená.

Tazatelská otázka číslo 6: V čem Vás ovlivnila spolupráce se sexuálními asistentkami? Informantka uvádí, že ji spolupráce se sexuální asistentkou neovlivnila. „*Ničím mě neovlivnila, ale je pro mě důležité, když uživatelé služeb mohou tuto službu využít*“ (I4). Další z informantek se domnívá, že ji sexuální asistence ovlivnila už jen tím, že tato služba existuje. Jelikož dokáže pomoci klientovi s jeho sexualitou. Jedna z informantek poukazuje na to, že nejenže to ovlivnilo ji samotnou, ale i celý tým sociálních pracovníků. „*Nejenže to ovlivnilo mě, ale ovlivnilo to celý náš tým sociálních pracovníků, že to není žádná promiskuita, a že to jde. Klientovi stačily asi 3 setkání a už byla naplněna skutková podstata*“ (I6). Pracovnice vnímají velmi dobře, že klient překonal obavy ze samotného procesu, jak to bude probíhat, naučil se potřebné věci. Informantka uvádí, že ji spolupráce se sexuální asistencí ovlivnila dost, jelikož se o téma sexuality u klientů zajímá, vnímá

sexuální asistenci jako edukaci o sexu, sexualitě, lidském tělu, ví, že sexuální asistence není pouze o sexuálním aktu.

Shrnutí k DVC1

Z odpovědí informantek vyplývá, že sexuální asistentky nekontaktují sociální pracovníce. Ve většině případech je to právě naopak, sexuální asistentky jsou kontaktovány sociálními pracovníky, především proto, aby zprostředkovaly kontakt klientovi. Službu sexuální asistenci si vyhledají klienti sami, anebo jim je přes sociální pracovníky nabídnuta.

Z odpovědí lze shrnout, že spolupráce se sexuálními asistentkami funguje na všech možných úrovních. Sexuální asistentky umožní sociálním pracovníkům být na první schůzce s klientem. Sociální pracovníce vnímají spolupráci hlavně postavenou na otevřenosti obou stran, kdy si mohou otevřeně promluvit o klientovi, klient by jim měl však dát souhlas, jelikož je to právě on, kdo tyto služby využívá. Někteří však spolupráci se sexuálními asistentkami úplně nevnímají, spíše sami sebe vnímají jako zprostředkovatele.

Sociální pracovníce spolupráci se sexuálními asistentkami vnímají velmi pozitivně, jelikož díky této službě mohou sexuální asistentky pomoci klientovi s jeho sexualitou, vypořádat se s problémy, které ho mohou v této oblasti trápit. Z výpovědí vyplývá, že je důležité, aby sociální pracovníce a sexuální asistentky měly podobný názor na danou problematiku, to přispívá k vzájemné spolupráci, která je přínosná pro klienta.

Z odpovědí je zřejmé, že řada sociálních pracovníků se domnívá, že spolupráce se sexuálními asistentkami nemá v čem nefungovat. Ale u většiny informantek jsem se úplně nesešla s dostatečnou odpovědí.

U tazatelské otázky číslo 5 je patrné, že pro klienta je důležitá spolupráce sociálních pracovníků a sexuálních asistentek, už jenom pro to, že klient má důvěru v sociálního pracovníka, může se mu svěřit se svým sexuálním životem, nebo jak sexuální asistence probíhala, má tedy možnost si o tom s někým pohovořit.

Z odpovědí na poslední otázku vyplývá, že sociální pracovníce byly ovlivněny už jenom tím, že ta služba existuje, dříve se o sexualitě lidí s postižením příliš nebo vůbec

nemluvalo. Je to pro ně přínosné. Často to neovlivnilo jenom jednu sociální pracovníci, ale celkově celý tým, i když někteří na začátku byli proti sexuální asistenci.

5.8 Interpretace vztahující se k DVC2

Dílčí výzkumný cíl 2: **Zjistit, jak sexuální asistentky hodnotí spolupráci se sociálními pracovníci.**

Cílem bylo zjistit, z jakého důvodu sociální pracovníce kontaktují sexuální asistentky, jak vnímají fungování spolupráce se sociálními pracovníci a v čem si naopak myslí, že spolupráce s nimi nefunguje. Zda vnímají nějaká pozitiva ve spolupráci a výhody pro klienty, když budou spolupracovat.

Tazatelská otázka číslo 7: Z jakého důvodu vás kontaktovala sociální pracovníce?

Z výpovědí informantek vyplývá, že sociální pracovníce kontaktují sexuální asistentky, protože tyto služby si vyžádal sám klient. „*Sociální pracovníce mě kontaktují, protože chtějí klientovi vyjednat službu*“ (I1). Jedna z informantek uvádí, že se moc často nestává, že by byla kontaktována sociálními pracovníci, především ji kontaktují sami klienti, zatímco sociální pracovníce pouze na žádost klientů, aby nedocházelo ke střetu zájmu. „*On nás kontaktuje klient, aby tam nedocházelo ke střetu zájmu. Pokud ten klient z nějakého důvodu nemůže komunikovat, tak nás pak většinou kontaktují sociální pracovníce, ale je to vždy na přání klienta.*“ (I3). Z výpovědí vyplývá, že sama sociální pracovníce nikdy nemůže kontaktovat sexuální asistentky, aniž by o tom klient nevěděl. Mohou službu klientovi nabídnout třeba v případě, že má sexuální chování, obtěžuje například pracovníky služby nebo ostatní klienty/klientky. „*Jednou se mi stalo, že mě kontaktovala sociální pracovníce, že klient se dožaduje sexuálních interakcí na ostatních klientkách, což nebylo opětované. Takže klientovi nabídli tuto službu a kontaktovali mě. Klientovi služba sexuální asistence pomohla.*“ (I2). Sociální pracovníce většinou kontaktují sexuální asistentky z důvodu nevhodného chování klienta, po předchozí domluvě s klientem.

Tazatelská otázka číslo 8: V čem si myslíte, že funguje spolupráce se sociálními pracovníci?

Z výpovědí informantek plyne, že spolupráce se sociálními pracovníci funguje, když si klient není schopen zajistit službu sám, tehdy se sociální pracovníci stávají zprostředkovatelem služby. Většina kontaktů přichází přes sociální pracovníce.

„Funguje pouze v případě, pokud klient není schopen si tuto službu zajednat sám“ (I1). Informantka uvádí, že spolupracovala v jednom zařízení se sociální pracovníci, mluvily tam o zpětné vazbě, jak sexuální asistence zafungovala a jak byl klient spokojený. Sexuální informantka se domlouvala na pravidelných intervalech setkávání se sociální pracovníci i s klientem.

Tazatelská otázka číslo 9: Jaká vnímáte pozitiva spolupráce se sociálními pracovníci?

Jedna z informantek vnímá pozitiva spolupráce se sociálními pracovníci v tom, že jim jsou schopny říci, jaké má klient postižení a jakým nevhodným chováním se projevuje vůči dalším klientům či pracovnícím, na tom pak sexuální asistentky pracují. Z jiné výpovědi je patrné, že informantka vnímá výhodu spolupráce v tom, že když si službu nemůže zajistit sám klient, může se obrátit o pomoc na sociální pracovníci. „Vnímám výhodu v tom, že když si ti klienti nedokážou zajistit službu sami, tak jim pomůže sociální pracovníce, v tom je ta spolupráce dobrá“ (I1). Poté jedna z informantek poukazuje na to, že spolupráce sexuálních asistentek a sociálních pracovníků přinese do zařízení úlevu, zklidní se napjatá situace v zařízení, přestanou stížnosti od pracovníků služby a klientek, že jsou obtěžovány klientem.

Tazatelská otázka číslo 10: Z jakého důvodu nefunguje spolupráce se sociálními pracovníci?

Informantka se domnívá, že spolupráce se sociálními pracovníci nefunguje z toho důvodu, že nemají povědomí o sexuální asistenci, neprošly žádným školením, které organizace Freya nabízí či o ní vůbec neslyšely. „No já si myslím, že spolupráce nefunguje, jde tam především o ty klienty, [...], aby se dozvěděli, že ta služba existuje a že ji mohou případně využít“ (I3). Dále informantka uvádí, že někdy sociální pracovníce mají nad sebou vedení, které si nepřeje, aby se sexuální asistence v zařízení poskytovala. Z další výpovědi vyplývá, že se informantka setkala s tím, že sociální pracovníce jsou nepřátelské, mají jiný postoj k této službě nebo se sexuální asistenci nesouhlasí. „Tam, kde jsem byla, v těch zařízeních službu sexuální asistence respektují, i když s ní třeba nesouhlasí, většinou mám však dobrou zkušenost s pracovníky“ (I2). Pouze jedna z informantek konstatuje, že se nikdy neseetkala s nespoluprací se sociálními pracovníky. Může to být způsobené tím, že v zařízeních, ve kterých poskytovala sexuální asistenci, mají pracovníky, kteří jsou nakloněni a otevření této službě.

Tazatelská otázka číslo 11: V čem vnímáte výhodu pro klienta, když sociální pracovníce a sexuální asistentky spolupracují? Informantky se shodují, že spolupráce se sociálními pracovníky je důležitá pro zprostředkování služby pro klienty, když si klient není schopen zajistit službu sám, ale potřebuje k tomu další osobu. „*Sociální pracovníce mi zavolají a společně domluvíme termín pro klienta*“ (I1). Informantka uvádí, že jinak dále s nimi nekomunikuje, služba probíhá pouze na zprostředkování. Další výhodou spolupráce informantka vnímá v tom, že klient je pak spokojenější, jak po fyzické, tak i po mentální stránce, zlepši to i jeho pohybové schopnosti.

Shrnutí k DVC2

Z odpovědí informantek vyplývá, že sociální pracovníce jsou především zprostředkovatelé služby, protože tuto službu mohou nabídnout klientovi. Následně mu ji pomohou vyhledat. Pokud však je klient schopný si tuto službu zajistit sám, sexuální asistentky nepřichází do kontaktu se sociálními pracovníci.

Fungování spolupráce se sociálními pracovníci vnímají informantky v tom, že sociální pracovníce zprostředkují služby, často pak už nedochází k další spolupráci, když to klient nepotřebuje. Pokud spolupráce se sociálními pracovníci pokračuje, řeší se především stav klienta a jeho spokojenost se službou.

Positiva spolupráce se sociálními pracovníci vnímají informantky v předávání informací o klientově stavu či jeho sexuálním chování, kdy může docházet k obtěžování v zařízení.

U tazatelské otázky číslo 10 je patrné, že spolupráce nefunguje, pokud sociální pracovníce a pracovníci nemají dostatečné povědomí o sexuální asistenci, vytvářejí si k ní předsudky. Většina sociálních pracovníků tuto službu nevnímá jako přínosnou pro klienty, v zařízení se mohou klienti setkat s nepochopením jejich sexuálního života.

Z odpovědí na poslední otázku vyplývá, že spolupráce je především důležitá ve zprostředkování služby pro klienty. Pokud jsou sociální pracovníce nakloněny k této službě, je to přínosné pro klienty především v tom, že se zlepši kvalita jejich života, klienti jsou po fyzické i psychické stránce spokojenější.

5.9 Interpretace vztahující se k DVC3

Dílčí výzkumný cíl 3: **Zjistit, jak sexuální asistentky a sociální pracovnice vnímají postoje rodiny k sexuální asistenci.**

Cílem je zjistit, jak probíhá spolupráce s rodinou postiženého klienta či klientky. Jak podle sociálních pracovníků a sexuálních asistentek rodina vnímá sexuální asistenci. Zda je někdy kontaktovala rodina ohledně sexuální výchovy a kdo přesně kontakt inicioval nebo zda je někdy kontaktoval sám klient ohledně sexuální asistence a v čem chtěl popřípadě pomoci.

Tazatelská otázka číslo 12: Jak probíhá spolupráce s rodinou postiženého klienta/klientky? Informantky měly na tuhle otázku odlišné názory. Dle výpovědí informantek z řad sociálních pracovníků vyplývá, že většinou spolupráce s rodinou klienta v oblasti sexuality neprobíhá. Jedna z informantek uvedla, že to je soukromá záležitost klienta, rodina v tom vůbec nefiguruje. Další informantka se domnívá, že rodiče někdy považují své dospělé postižené dítě stále za malé dítě, sexuální osvěta v takové rodině úplně chybí. *„Myslím si, že někdy ta rodina má toho svého dospělého stále za pětileté dítě“* (I6). Rodičům se musí vysvětlit, co to je sexuální asistence, co obnáší, že se nejedná o prostitutku, ale že sexuální asistentka je proškolená. Dle jedné informantky je spolupráce s rodinou obtížná a musí se s ní jednat velice opatrně, musí se vysvětlit, že jejich dítě je již dospělé a má své sexuální potřeby. *„Spolupráce s rodinou musí být velice opatrná. Je to cesta na tenkém ledě [...] musíme jim říkat, že to je dospělý člověk, který má své potřeby“* (I6). *„Musí se vysvětlovat, co je sexuální asistence“* (I7). Z výpovědí informantek z řad sexuálních asistentek vyplývá, že hodně záleží na rodině, zda umožní svému dospělému dítěti sexuální asistenci. *„Dokonce se mi stalo, že mě kontaktovali rodiče nebo sourozenci klienta“* (I2). Setkávají se s pozitivním i negativním přístupem rodiny k této službě. Informantky se setkávají s kladným přístupem často až po provedení služby, když je následně rodina kontaktuje a informuje o zlepšení stavu dítěte. Někteří rodiče nechtějí znát podrobnosti o průběhu, vlastně na to nemají právo, ale jedna z informantek komunikovala s rodinou o průběhu a změně chování klienta. Často se informantka setkává s tím, že klient by sexuální asistenci chtěl, ale rodina mu ji neumožní, nemůže si ji sám zaplatit, jelikož je závislý na péči rodiny. Pouze jedna z informantek nemá žádnou zkušenost s rodinou. *„Zatím jsem neměla kontakt s rodinou“* (I1).

Tazatelská otázka číslo 13: Jak si myslíte, že vnímá sexuální asistenci rodina? Z výpovědi informantek vyplývá, že rodiny sexuální asistenci vnímají velmi různě. Záleží to na hodnotách a předsudcích rodiny, jak se staví k sexuálním potřebám svého postiženého dospělého dítěte. „Je to hodně individuální, někde to berou jako běžnou věc, kterou člověk potřebuje [...] někdy však tuto službu zakážou“ (I2). Informantky se setkávají s tím, že když jednou do rodiny přijdou a rodina vidí poté změnu u svého dítěte, rodina sexuální asistenci začne vnímat pozitivně, je k ní otevřenější a může ji vnímat jako přínos pro klienta. „Až sexuální asistence proběhne, tak pak ji vnímají dobře, nejdříve mají obavy, jak to bude probíhat, s kým tam bude, co je to za paní“ (I6). Jedna informantka se domnívá, že chybí širší povědomí o sexuální asistenci a že spousta rodin o této službě neví. „Myslím si, že rodina kolikrát nemá o sexuální asistenci žádné povědomí“ (I5). Většina informantek si myslí, že to není téma, o které by se rodina chtěla zajímat.

Tazatelská otázka číslo 14: Kontaktovala Vás někdy rodina ohledně sexuální výchovy svého postiženého člena rodiny? Kdo přesně to inicioval? Z výpovědi informantek sociálních pracovníček vyplývá, že je nikdy žádná rodina neoslovila ohledně sexuální výchovy svého postiženého člena. „Nikdy mě nikdo nekontaktoval“ (I7). Z jedné výpovědi je zřejmé, že rodina si neuvědomuje, že by jejich děti mohly mít nějakou sexuální potřebu, která by jim mohla přinést úlevu či zklidnění. „Rodina si často neuvědomuje, že by jejich dětem sexualita mohla přinést nějakou úlevu“ (I5). Z výpovědi informantek sexuálních asistentek se dozvídáme, že nejčastěji je kontaktují rodiče, především maminky dospělých dětí s postižením. Informace o sexuální asistenci se dozvídají z článků nebo o tom někde slyšeli. „Nejčastěji se setkávám s tím, že mě kontaktují rodiče, především maminky...“ (I3). Informantky mají zkušenost, že rodiče chtějí, aby asistentky probraly s klientem jejich nevhodné chování, masturbaci, kterou provádí na veřejnosti, osahávání kolemjdoucích apod. Rodiče chtějí, aby jejich dospělé dítě vědělo, co se považuje za sexuální chování, které je přirozené a které není, co znamená násilí, přirozené projevy při navazování vztahu atd.

Tazatelská otázka číslo 15: Kontaktoval Vás sám klient kvůli sexuální asistenci? Požádal vás o její zajištění? V čem chtěl pomoci? Z výpovědi informantek sexuálních asistentek plyne, že se nejčastěji setkávají s tím, že je kontaktuje sám klient. „To, že mě klienti kontaktují, tak to je nejčastější, takhle by to správně mělo být“ (I3). Když informantky

kontaktuje třetí osoba, potřebují souhlas klienta. Jedna informantka uvádí, že ji klienti kontaktují ve většině případů, když chtějí pohlavní styk. „*Většinou mě kontaktují samotní klienti, a ve většině případů jde o pohlavní styk*“ (I1). Z jedné výpovědi vyplývá, že rodiče a klient mají úplně odlišné představy o službě, rodiče pro něho chtějí něco jiného, než si klient představuje. Klienti ve většině případů chtějí pomoci se sexuálním životem, jak správně masturbovat. Z výpovědí informantek sociálních pracovníků je zřejmé, že je klient nikdy nekontaktoval ohledně sexuální asistence. Ve většině případů jim tato služba byla nabídnuta, z důvodu nevhodného sexuálního chování nebo klienti vyhledávali jiné společnosti na internetu (prostitutky). „*S touto službou jsme přišli my, jelikož klient vyhledával nějakou společnost na internetu, bylo mu vysvětleno, že je to nebezpečné, nabídli jsme mu sexuální asistenci jako bezpečnou službu a na jeho přání jsme ji zkontaktovali*“ (I6).

Shrnutí k DVC 3

Z výpovědí informantek vyplývá, že sociální pracovníci nespolupracují s rodinou dospělého postiženého člena ohledně sexuality. Někteří se domnívají, že je to soukromá věc klienta, do čehož by rodina neměla vůbec zasahovat. Když dojde ke spolupráci, musí být sociální pracovníci velmi opatrní, jelikož někteří rodiče neradi slyší, že jejich dítě má sexuální potřeby jako zdravý jedinec. Sexuální asistentky se setkávají s pozitivním i negativním přístupem rodiny k sexuální asistenci. Rodina někdy chce znát informace o průběhu schůzky a někdy zase ne. Rodina pak obvykle vnímá změnu u klienta v jeho chování, jak mu asistence pomohla, takže k ní poté zaujmou kladný postoj.

Z výpovědí informantek plyne, že rodina sexuální asistenci vnímá velmi individuálně. Někteří to vnímají jako přínos pro klienta, a jsou k této službě otevřenější. Na druhou stranu se mohou setkat s negativním přístupem rodiny k sexuální asistenci, kdy rodina svému dospělému postiženému dítěti službu neumožní.

Podle výpovědí některých informantek sociálních pracovníků je zřejmé, že je nikdy rodina nekontaktovala kvůli sexuální výchově svého postiženého člena rodiny, zatímco sexuální asistentky se často setkávají s tím, že je kontaktuje někdo z rodiny, především to jsou matky dětí. Nejčastějším důvodem kontaktování je nevhodné sexuální chování jejich postiženého dospělého dítěte.

Z výpovědí jiných informantek sexuálních asistentek je zřejmé, že je ve většině případech kontaktují sami klienti s prosbou o zajištění sexuální asistence. Kdežto oslovené sociální pracovnice se nikdy neselekaly s tím, že by za nimi přišel klient a měl by zájem o sexuální asistenci.

5.10 Interpretace vztahující se DVC4

Dílčí výzkumný cíl 4: **Zjistit, jaký mají sociální pracovnice a sexuální asistentky postoj k legislativnímu ukotvení sexuální asistence.**

Cílem je zjistit, z jakého důvodu si myslí, že by sexuální asistence měla být zlegislativována, v čem vnímají význam, kdyby byla zařazena do sociálních služeb a kým by podle nich měla být proplácena, z jakého důvodu a jestli na tuto službu dosáhnou všichni klienti.

Tazatelská otázka číslo 16: Z jakého důvodu si myslíte, že by sexuální asistence měla být zlegislativována? Z výpovědí informantek vyplývá, že by sexuální asistence měla být zlegislativována, každá na to má ale svůj vlastní názor. Jedna z informantek uvádí, že by na tuto službu měl být nějaký příspěvek. „*No určitě by měla být zlegislativována, myslím si, že je to důležité pro klienty*“ (I4). Další informantka uvádí, že sexuální asistence je nějak posvěcena, i když není nikde uzákoněna. Domnívá se, že by sexuální asistence měla být uznána jako profese, jelikož za sexuální asistentku se může vydávat každý. Ne všichni však mají školení přímo od organizace Freya. „*Myslím si, že by bylo dobré ustanovit přímo tu konkrétní pozici sexuální asistence z toho důvodu, že za sexuální asistentku se může považovat kdokoliv*“ (I2). V sexuální asistenci nejde jenom o pohlavní styk, jak uvádí informantka, ale je propojena i se spoustou oborů, jako je medicína, psychologie, rehabilitace, proto je důležité mít vzdělání v oblasti sexuální asistence. Z jiné výpovědi informantky vyplývá, že si nemyslí, že by měla být sexuální asistence zlegislativována, domnívá se, že každý má právo svoji sexualitu nějakým způsobem řešit a naplňovat ji. Dále si myslí, že každý by se měl naučit se svoji sexualitou zacházet a umět ji ovládat. Z výpovědi informantky vyplývá, že služba sexuální asistence není protizákonná a bere ji jako přirozenou službu.

Tazatelská otázka číslo 17: V čem vnímáte význam, kdyby sexuální asistence byla zařazena do sociálních služeb? Z výpovědí informantek se dozvídám, že některé by ji

zařadily do sociálních služeb. Výhodu především vnímají v edukaci o sexuální asistenci postižených klientů, neboť klienti většinou v této oblasti nejsou vzdělaní. „*No myslím si, že by bylo fajn zařadit sexuální asistenci do sociálních služeb, především by se to mělo týkat edukace o sexualitě*“ (I3). Informantka si myslí, že kdyby byla sexuální asistence zařazena do sociálních služeb, vědělo by o ní více pracovníků sociálních zařízení a nebyla by tak tabuizována. „*Bylo by to výhodnější, bylo by to dostupnější, a především by se vědělo o sexuální asistenci*“ (I4). Informantka vnímá sexuální asistenci jako edukační službu o sexuální výchově, ale domnívá se, že není vhodné některým klientům tuto službu nabízet, z důvodu například nepřipravenosti se o tomto tématu bavit. „*Myslím si, že sexuální asistence zařazená do sociálních služeb by měla spoustu výhod, klienti by byli především edukováni o sexualitě, ale na druhou stranu si myslím, že je tenká hranice mezi požádáním a nabídkou sexuální asistence*“ (I7). Vnímá přínos především v tom, že klienti sociálních služeb budou vědět, co je to pohlavní styk, nebo pojmy jako je menstruace, masturbace apod.

Tazatelská otázka číslo 18: Kým by podle Vás měla být sexuální asistence proplácena? Z jakého důvodu? Dosáhnou všichni klienti na sexuální asistenci? Z výpovědí informantek je zřejmé, že některé jsou pro proplácení sexuální asistence, některé však jsou jiného názoru. Dle názorů informantek lze vyvodit závěr, že sexuální asistence by měla být hrazena zdravotní pojišťovnou, jelikož na tuto službu nedosáhnou všichni klienti. „*Sexuální asistence by měla být proplácena zdravotní pojišťovnou*“ (I4). Informantky se shodují, že na sexuální asistenci nedosáhnou všichni klienti. Jedna z informantek vnímá sexuální asistenci jako nadstandardní službu, na kterou si klienti musí sami našetřit, jelikož není životně důležitá. „*Na sexuální asistenci nedosáhnou všichni klienti, ale řekneme, že je to nadstandardní služba*“ (I2). Kdyby byla sexuální asistence proplácena, mohlo by docházet k zneužívání služby. Z některých výpovědí vyplývá, že by měla být proplácena edukace v oblasti sexuální výchovy. „*Myslím si, že by měla být proplácena edukace o sexuální výchově, někteří klienti nevědí, že existují nějaké sexuální pomůcky nebo se poraní při masturbaci, tak v tomto ohledu bych vnímala význam*“ (I3). Jelikož klienti v sociálních službách nejsou edukováni v oblasti sexuální výchovy, nevědí, co je správné a co ne, co mohou dělat na veřejnosti a co by měli dělat v soukromí.

Shrnutí k DVC4

Z výpovědí většiny informantek je zřejmé, že by sexuální asistence měla být zlegislativována, ne všechny se však shodly. Sexuální asistenci může dělat kdokoliv a mnohdy ani není správně proškolen, školení uskutečňuje organizace Freya. Na internetu se dá najít spousta sexuálních asistentek, které nemají školení od Freya, což pro klienty může být nevhodné, poněvadž neproškolená sexuální asistentka nemá dostatečné informace.

Informantky se domnívají, že sexuální asistence by měla být zařazena do sociálních služeb, některé s tím úplně nesouhlasí, jelikož si myslí, že to je každého klienta soukromá věc. Především by zařadily sexuální asistenci, aby edukovala klienty v oblasti sexuality.

Z výpovědí některých informantek vyplývá, že jsou pro proplácení sexuální asistence zdravotní pojišťovnou, poněvadž všichni klienti nemusí na tuto službu dosáhnout. Jiné jsou především toho názoru, že sexuální asistence by neměla být proplácena, ale měl by si na ni klient ušetřit. Mohlo by zde dojít ke znehodnocení služby. Všechny se shodují v tom, že by sexuální asistence měla být proplácena v oblasti sexuální výchovy.

Závěr

Tématem diplomové práce byla sexuální asistence pro lidi se zdravotním postižením. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaká je spolupráce mezi sociálními asistentkami a sociálními pracovníci. Pro naplnění tohoto cíle byly stanoveny čtyři dílčí cíle, a to zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí spolupráci se sexuálními asistentkami (DVC1), jak sexuální asistentky hodnotí spolupráci se sociálními pracovníci (DVC2), jak sexuální asistentky a sociální pracovníci vnímají postoj rodiny k sexuální asistenci (DVC3) a jaký mají sociální pracovníci a sexuální asistentky postoj k legislativnímu ukotvení sexuální asistence (DVC4). Jako techniku výzkumu jsem si zvolila kvalitativní výzkum a využila jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru. Téma jsem si vybrala z důvodu praxe s lidmi s postižením a především proto, že sexuální asistence je v České republice stále opomíjena a někteří lidé k ní mají negativní přístup nebo o ní vůbec nevědí.

Hlavního výzkumného cíle a dílčích výzkumných cílů se podařilo dosáhnout. Jen jsem předpokládala větší spolupráci a zkušenosti sociálních pracovníků se sexuálními asistentkami a naopak. Takže jsem se dozvěděla, že spolupráce s nimi není až tak obvyklá, jak jsem si původně myslela. Většina klientů si dokáže sexuální asistenci zajistit sami, ale je to i dáno tím, že většina sociálních pracovníků nemá zdání o tom, že sexuální asistence existuje, takže je zde potřeba větší osvěta o této službě. I tak jsem ráda, že jsem tento výzkum uskutečnila, možná to pomůže sociálním pracovníkům více se zamýšlet nad sexualitou svých klientů a popřípadě jim nabídnou tuto službu, která řadě klientů může pomoci.

Z výzkumu jsem se dozvěděla, že informantky sociální pracovníci se nikdy nesetkaly s tím, že by je kontaktovaly sexuální asistentky. Je to právě naopak, sociální pracovníci na žádost klienta kontaktují sexuální asistentky. Sociální pracovníci se především stávají zprostředkovatelem služby. Sexuální asistentky ani nemusí přijít do styku se sociálními pracovníci, pokud si klient dokáže službu zajistit sám. Sociální pracovníci i sexuální asistentky vnímají spolupráci velmi pozitivně. Sociální pracovníci si nemyslí, že by spolupráce se sexuálními asistentkami nefungovala, naopak sexuální asistentky vnímají problém v tom, že když k této službě nejsou nakloněny sociální pracovníci, tedy s ní nesouhlasí, neztotožňují se s touto službou, spolupráce nebude fungovat. Sociální

pracovnice i sexuální asistentky se shodují, že vzájemná spolupráce je pro klienta důležitá především v tom, že sociální pracovnice znají jeho zdravotní stav, klient k nim má pak větší důvěru a otevřenost. Sociální pracovnice vnímají sexuální asistenci přínosnou pro ně i pro klienty.

Informantky sociální pracovnice nemají zkušenost se spoluprací s rodinou týkající se sexuality jejich postiženého klienta. Sexuální asistentky se setkávají jak s pozitivním, tak s negativním přístupem rodiny k sexuální asistenci. Když proběhne sexuální asistence u postiženého člena rodiny, rodina ji většinou začne vnímat velmi dobře, jelikož to jejímu členu prospělo. Rodina klienta obvykle nekontaktuje sociální pracovnice ohledně sexuální výchovy jejich postiženého člena. Kdežto informantky sexuální asistentky se setkávají s tím, že je kontaktuje někdo z rodiny kvůli zajištění sexuální výchovy. Nejčastěji sexuální asistentky kontaktují sami klienti, pokud jim to jejich možnosti dovolí.

Informantky se domnívají, že by sexuální asistence měla být ukotvena v zákoně, především z důvodu vzdělávacího, aby nedocházelo k tomu, že sexuální asistenci budou poskytovat i neproškolené asistentky. Sexuální asistenci by zařadily do sociálních služeb, především z edukativního důvodu. Na proplácení služby se informantky neshodují, některé by byly pro proplácení zdravotní pojišťovnou, jiné jsou toho názoru, že by si na sexuální asistenci měli klienti sami našetřit.

Teoretická část navazovala na praktickou, v které byly definovány a vysvětleny veškeré potřebné pojmy a informace, důležité pro čtenáře k praktické části. První kapitola se zabývala lidmi se zdravotním postižením, neboť čtenář potřebuje znát, jaké jsou druhy postižení. V druhé kapitole jsem uvedla sexualitu lidí se zdravotním postižením. Třetí kapitola se zabývala sexuální asistencí, jelikož mými informantkami byly sexuální asistentky. Především zde bylo uvedeno legislativní ukotvení sexuální asistence, což se váže na čtvrtý dílčí výzkumný cíl. Poslední kapitola teoretické části se zaměřila na sociální práci, poněvadž dalšími informantkami byly sociální pracovnice, které pracují v sociálních službách pro lidi se zdravotním postižením. Zde pak byla uvedena kapitola zaměřující se na rodinu s postiženým dítětem, na kterou se váže třetí dílčí výzkumný cíl. V teoretické části byla uvedena i další témata, která se úplně neváží na výzkum, ale vnímala jsem je jako důležitá vzhledem k tomu, že sexuální asistence pro lidi se

zdravotním postižením je velmi rozsáhlé téma. První i druhý dílčí výzkumný cíl se váží ke všem tématům v teoretické části. Cíle praktické části byly naplněny.

Přínos své diplomové práce vnímám v tom, že mohu přiblížit sexuální asistenci lidem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Ozřejmit, jak probíhá práce se sexuálními asistentkami a sociálními pracovníci, jelikož téma sexuální asistence je stále v České republice nové a ne všichni o téhle službě vědí. I spousta sociálních pracovníků a pracovníků může mít k sexuální asistenci nějaké předsudky či stereotypy. Diplomová práce je určena sociálním pracovníkům a pracovnícím a sexuálním asistentům a asistentkám, ale i všem studentům sociální práce a široké veřejnosti, které tohle téma zajímá. Díky výsledkům výzkumu se mohou lépe navzájem pochopit a spolupracovat pro dobro klientů. Zatím žádná dostupná literatura se nezabývala sexuální asistencí v sociálních službách, a proto jsem ráda, že jsem se o ní mohla zmínit v této diplomové práci.

Dle mého názoru je sexuální asistence stále považována za nové téma, které je tabuizované, proto by bylo vhodné zkoumat další náměty, jako je např. spokojenost klientů, kteří využívají služby sexuální asistence. Dále lze zjišťovat informovanost osob se zdravotním postižením v sociálních zařízeních, jaké mají povědomí o službě sexuální asistence jednak samotní klienti, ale i sociální pracovníci.

Zdroje

Knížní zdroje

DISMAN, Miroslav. 2011. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

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

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HENDL, Jan. 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. 2013. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024436807.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy...* Olomouc: ANAG, c. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-807-263-559-7.

KRHUTOVÁ, Lenka. 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert. ISBN 978-80-7326-232-7.

LUDÍKOVÁ, Libuše. 2005. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich. 2012. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MICHALÍK, Jan. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

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

ONDRUŠOVÁ, Zlatica, Michal OLÁH a Viera VAVREČKOVÁ. 2017. *Rozvojové trendy sociální práce*. Ostrava: Vysoká škola sociálně správní. ISBN 978-80-87291-22-1.

SMÉKALOVÁ, Eleonora. 2011. *Sociální služby: úvod do tématu pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2929-8.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

ŠELNER, Ivo. 2012. *Fenomén člověk s postižením*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc. ISBN 978-80-87623-06-0.

ŠÍDOVÁ, Lucie, Jana POLÁKOVÁ a Hana MALINOVÁ. 2013. *Ze sexybyznysu na trh práce?: přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. [Brno]: Rozkoš bez rizika. ISBN 978-80-260-4963-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. 2012. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Vyd. 1. [i.e. 2.]. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy. ISBN 978-80-87690-08-6.

ÚLEHLA, Ivan. 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-36-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. 2018. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-037-82.

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

Internetové zdroje

Sexuální Asistence.cz: Je to 5 let. Ohlédnutí zpět. Rozvoj sexuální asistence v ČR [online]. 2019 [cit. 2022-02-08]. Dostupné z: <http://www.sexualniasistence.cz/je-to-5-let-ohlédnutí-zpet-rozvoj-sexualni-asistence-v-cr-hned/>

Sexuální Asistence.cz: Projekt intimní a sexuální asistence z pohledu trestního práva – není tento projekt v rozporu s trestným činem kuplířství? [online]. 2015 [cit. 2022-02-08]. Dostupné z: <http://www.sexualniasistence.cz/projekt-intimni-a-sexualni-asistence-z-pohledu-trestniho-prava-neni-tento-projekt-v-rozporu-s-trestnym-cinem-kuplirstvi/>

VOSÁHLO, Aleš. *Vozíčkář - časopis nejen pro sedící: Když se odvážné přání vyplní* [online]. 2015, **XXIV**(5), 16 - 18 [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: http://vozickar.com/wp-content/uploads/2013/08/Voz05_2015_web.pdf

Profesní komora sociálních pracovníků, z.s.: Co je to sociální práce? [online]. [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <http://www.pksp.cz/co-je-socialni-prace>

Zákony pro lidi: 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

Freya: O sexuální asistenci [online]. [cit. 2022-02-07]. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence>

MKN-10 2022: F00-F99 - Poruchy duševní a poruchy chování [online]. [cit. 2022-02-07]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka, str. 48

Tabulka 2: Soubor informantek, str. 51