

Univerzita Hradec Králové  
Filozofická fakulta

Diplomová práce

2019

Bc. Markéta Horváthová

Univerzita Hradec Králové  
Filozofická fakulta  
Ústav sociální práce

**Pohled sociálních pracovníků na sexuální asistenci u zdravotně postižených  
osob**

Diplomová práce

Autor: Bc. Markéta Horváthová  
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Forma studia: prezenční  
  
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Hradec Králové, 2019

## Zadání diplomové práce

**Autor:** Markéta Horváthová

**Studium:** U16072

**Studijní program:** N6731 Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce

**Název diplomové práce:** **Pohled sociálních pracovníků na sexuální asistenci u zdravotně postižených osob**

**Název diplomové práce AJ:** View of Social Workers on Sexual Assistance for Disabled People

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak se na sexuální asistenci u osob se zdravotním postižením dívají samotní sociální pracovníci a zodpovědět otázku, zda ji podporují jako službu, která by měla být poskytována v rámci standardně poskytovaných služeb pro cílovou skupinu nebo zda je to v rozporu s jejich morálními postoji a osobní etikou. Diplomová práce se zabývá tématy souvisejícími se sexuální asistencí, a to definicí pojmu sexuálního asistenta/asistentky, osob zdravotně znevýhodněných jakožto potencionálních klientů takové služby a jejich charakteristikou, nahlédnutí do legislativy zabývající se tématem sexuální asistence a etickými otázkami, které se k takové profesi vztahují. Výzkum bude probíhat kvalitativní metodou - polostrukturovanými rozhovory se sociálními pracovníky, které budou elektronicky zaznamenávány pomocí digitálního přehrávače.

DRÁBEK, Tomáš. Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 978-80-260-5281-4. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5. THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. 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, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6.

**Garantující pracoviště:** Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

**Oponent:** JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

**Datum zadání závěrečné práce:** 29.6.2018

## **Prohlášení**

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně (pod vedením vedoucího práce) a uvedla všechny použité zdroje a literaturu.“

V Hradci Králové dne 1. 7. 2019

## **Anotace**

HORVÁTHOVÁ, Markéta. *Pohled sociálních pracovníků na sexuální asistenci u zdravotně postižených osob*. Hradec Králové: Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, 2018, 71 str. Diplomová práce.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak se na sexuální asistenci u osob se zdravotním postižením dívají samotní sociální pracovníci a zodpovědět otázku, zda ji podporují jako službu, která by měla být poskytována v rámci standardně poskytovaných služeb pro cílovou skupinu nebo zda je to v rozporu s jejich morálními postoji a osobní etikou.

Diplomová práce se zabývá tématy souvisejícími se sexuální asistencí, a to definicí pojmu sexuálního asistenta/asistentky, osob zdravotně znevýhodněných jakožto potencionálních klientů takové služby a jejich charakteristikou, nahlédnutí do legislativy zabývající se tématem sexuální asistence a etickými otázkami, které se k takové profesi vztahují.

Výzkum bude probíhat kvalitativní metodou - polostrukturovanými rozhovory se sociálními pracovníky, které budou elektronicky zaznamenávány pomocí digitálního přehrávače.

**Klíčová slova:** sexuální frustrace, sex, sexuální asistence, handicap, postižení

### **Annotation**

HORVÁTHOVÁ, Markéta. *View of Social Workers on Sexual Assistance for Disabled People*. Hradec Králové: Institute of Social Work, University of Hradec Králové, 2018, 71 pp. Master Thesis.

The main aim of this diploma thesis is to find out how social assistance for people with disabilities is viewed by the social workers themselves and to answer the question whether they support it as a service that should be provided within the standard services provided for the target group or if it is in conflict with their moral attitudes and personal ethics.

This diploma thesis deals with topics related to sexual assistance, by defining the notion of sexual assistant / assistant, persons with disabilities as potential clients of such services and their characteristics, insight into the legislation dealing with the topic of sexual assistance and ethical issues related to such profession.

The research will be a qualitative method - semi-structured interviews with social workers that will be electronically recorded using a digital player.

**Key Words:** sexual frustration, sex, sexual assistance, handicap, disability

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce, panu Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D. za jeho pomoc a dobré rady při psaní této práce. Další poděkování patří mé rodině a přátelům, kteří mne podporovali nejen při psaní práce, ale také v době mého studia.

## OBSAH

Úvod.....	9
1 Dosavadní poznání.....	11
1.1 Vymezení pojmu postižení.....	11
1.1.1 Tělesné postižení.....	12
1.1.2 Duševní postižení.....	13
1.1.3 Mentální postižení.....	14
1.1.4 Smyslové postižení.....	17
1.1.5 Kombinované postižení.....	18
1.2 Sexualita osob se zdravotním znevýhodněním.....	18
1.2.1 Sexualita tělesně postižených.....	20
1.2.2 Sexualita osob s mentální retardací.....	22
1.2.3 Sexualita duševně postižených.....	24
1.2.4 Sexualita osob se smyslovým postižením.....	25
1.2.5 Sexualita seniorů.....	26
1.2.6 Mýty o sexualitě zdravotně handicapovaných.....	27
1.2.7 Sexuální násilí u osob se zdravotním postižením.....	30
1.3 Sexuální asistence.....	31
1.3.1 Druhy sexuální asistence.....	32
1.3.2 Vzdělávání sexuálních asistentů.....	33
1.3.3 Průběh sexuální asistence.....	35
1.3.4 Prostituce a potřeba sexuální asistence.....	36
1.3.5 Etický kodex.....	36
1.3.6 Legislativa a sexuální asistence.....	37
1.3.7 Sexuální asistence v zahraničí.....	38
1.4 Právo vést sexuální život.....	41
2 Postup a výzkumné metody.....	44
2.1 Cíl výzkumu.....	44
2.2 Výzkumné otázky.....	44
2.3 Cílová skupina.....	49



2.4 Metody šetření a zpracování dat.....	49
2.5 Místo výzkumu.....	50
2.6 Výzkumný vzorek.....	51
2.7 Rozhovory a pozorování.....	52
3 Deskripce výsledků.....	57
3.1 Rizika interpretace získaných dat.....	57
3.2 Interpretace výzkumných otázek.....	57
3.2.1 Interpretace výzkumné otázky číslo 1.....	58
3.2.2 Interpretace výzkumné otázky číslo 2.....	60
3.2.3 Interpretace výzkumné otázky číslo 3.....	61
3.3 Interpretace hlavní výzkumné otázky.....	62
Závěr.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
SEZNAM TABULEK	
PŘÍLOHA A	

## Úvod

Má diplomová práce by měla ukázat, jak se na službu sexuální asistence dívají sami sociální pracovníci neboť se domnívám, že ve stávající společnosti panuje spíše negativní postoj k takové službě a názory na ni se dosti liší. Společnost mnohdy není dostatečně informovaná ohledně této služby nebo není informovaná vůbec o existenci těchto služeb a pokud ano, má důvodné pochyby, zda takovou službu klientům nabízet nebo alespoň sdělovat informace že by takové služby mohli využívat v případě zájmu/potřeby. Pochyby jsou samozřejmě na místě, protože se ve valné většině případů nejedná o klienty, kteří jsou schopni sexuální vztah navázat sami ať už je to z důvodu duševní poruchy, mentálního či zdravotního postižení nebo dokonce vysokého věku.

Práce bude rozdělena na tři hlavní kapitoly, kde první kapitola bude obsahovat charakteristiku potencionálních klientů využívajících služeb sexuální asistence, tím mám na mysli definici různých druhů postižení a handicapů, s větším zaměřením na mentálně postižené jedince, protože jsou to většinou právě oni, kteří si službu sexuální asistence nedokážou obstarat sami. Dále základní termíny jako sexuální asistence – co to je, komu je služba určena, zda se za ní platí, kdo ji poskytuje, proč je nabízena, jak jsou takoví pracovníci/pracovnice proškoleni a jaké služby mohou klienti využít a stručná náhled ze strany legislativy.

V druhé kapitole se budu zabývat metodologií. Rozhodla jsem se využít kvalitativní metodu – polostrukturované rozhovory s respondenty z důvodu osobní roviny a možnosti většího otevření se sociálních pracovníků vůči této problematice. Kvantitativní metoda mi nepřišla vhodná, jelikož by neumožňovala dozvědět se o důležitých souvislostech, pochybách a názorech sociálních pracovníků ohledně sexuální asistence.

Třetí a poslední kapitola bude obsahovat souhrn a analýzu zjištění. Záměrem mé diplomové práce je poukázat na to, že práce s cílovou skupinou – osobami se zdravotním postižením – nevyžaduje pouze ukojení základních potřeb k přežití jako je hlad, žízeň, spánek nebo hygienické potřeby, ale i stránky jiné, pro klienty stejně důležité. Sexuální asistence je služba žádaná a potřebná a pokud

klienti nejsou schopni si tuto službu zajistit sami, měly by jim být poskytnuté informace o této službě a následně pomoc navázat kontakt s organizací či sexuálním asistentem/asistentkou, která takové služby poskytuje.

Hlavním cílem tedy je zjistit, jak se na sexuální asistenci u osob se zdravotním postižením dívají samotní sociální pracovníci a zodpovědět otázku, zda ji podporují jako službu, která by měla být poskytována v rámci standardně poskytovaných služeb pro cílovou skupinu nebo zda je to v rozporu s jejich morálními postoji a osobní etikou.

Na závěr bych ráda řekla, že téma sexuální asistence jsem si vybrala z toho důvodu, že mi přijde ve společnosti tabuizované a že se sexuální problematika u zdravotně postižených osob neřeší téměř vůbec nebo se neřeší zcela. Na dané téma jsem ani neslyšela mnoho odborníků mluvit a zastávat se takového typu služby s výjimkou neziskové organizace Rozkoš bez rizika, která tuto službu veřejně propaguje. Téma sexuální asistence u zdravotně postižených je mi ke všemu blízké, protože v rodině máme mladého mentálně postiženého muže a je zcela normální, že v období puberty se u něj začala projevovat sexuální touha a my si začali klást otázku, jak se takový problém dá vyřešit. Na problém jsme nahlíželi za prvé z legislativního rámce, za druhé s ohledem na etiku a morální stránku a za třetí s ohledem na potřeby našeho bližního.

## 1 Dosavadní poznání

V této kapitole se věnuji charakteristice a vysvětlení pojmů a definic, které jsou důležité k pochopení důležitosti celé služby sexuální asistence. Jsou to témata týkající se různých druhů postižení, tedy onemocnění cílové skupiny, pro kterou je služba určena. Zabývám se i samotným tématem sexuální asistence a její historie a působení služby v zahraničí. Zmiňuji se i o sexualitě handicapovaných lidí a vyvracení nejčastějších mýtů o ní.

### 1.1 Vymezení pojmu postižení

Na světě existuje mnoho definic a charakteristik zdravotního postižení. Světová zdravotnická organizace popisuje postižení takto: „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“ (MKF, 2008, s. 9) Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením hovoří zase jinak: „*Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“ (Sbírka mezinárodních smluv, 2010, s. 3)

Ani v České republice se zákony na jednotné definici neshodnou, například v Zákonu o zaměstnanosti se píše, že „*Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány*

- a) invalidními ve třetím stupni (dále jen „osoba s těžším zdravotním postižením“),*
- b) invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo*
- c) zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoba zdravotně znevýhodněná“).*“ (Zákon č. 435/2004 Sb. § 67)

V Zákonu o sociálních službách se myslí „*zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo*

*mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“ (Zákon č.108/2006 Sb. § 3) a ve Školském zákonu se mluví o osobách „s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem“.* (Zákon č. 561/2004 Sb. § 16)

Jednoduše tedy lze říci, že pokud jde o znevýhodnění *„Jedná se o poškození v oblasti integrity organismu v důsledku poruchy či narušení v oblasti somatické, psychické, sociální nebo senzorické.“* (Renotierová, 2005, s. 28)

Pro přehlednost můžeme rozdělit postižení do několika málo kategorií:

Osoby s tělesným postižením

Osoby s duševním postižením

Osoby s mentálním postižením

Osoby se smyslovým postižením

Osoby s kombinovaným postižením

Osoba zdravotně postižená může mít svůj handicap buď získaný (úrazem, nehodou, nemocí, komplikacemi při porodu či v prenatálním období) nebo danou geneticky (autismus a jiné).

### 1.1.1 Tělesné postižení

Lidé s tělesným postižením mají většinou problémy se plně integrovat do společnosti, jelikož jejich postižení bývá vidět na první pohled. Jedná se o vady pohybového a nosného ústrojí (svaly, klouby šlachy nebo kosti) nebo o poruchy a poškození nervového ústrojí. Jde tedy o omezení hybnosti až znemožnění pohybu (Renotierová, 2003). Mohou to být třeba lidé po dětské mozkové obrně nebo po pouřazové amputaci končetin, kteří jsou upoutáni na vozíček nebo mohou mít vrozený rozštěp páteře či jinou ortopedickou vadu nebo degenerativní onemocnění. Takový handicap je omezuje v celé škále vedení plnohodnotného života. Jsou

omezení při výběru povolání, v případě osob na vozíčku jsou limitováni i bezbariérovým vstupem do divadel, muzeí, galerií, hospod, celkově volného pohybu bez osobního asistenta zvláště ve městě, což významně zatěžuje i psychickou stránku člověka, protože se může stát závislým na jiné osobě, a to i v případě potřeby hygienických návyků, a to může být pro některé osoby, které se se svým handicapem nenarodili, ponižující. Okruh přátel je také definován handicapem, protože v případě daného postižení si člověk musí jisté druhy trávení volného času odpustit. Pro příklad mohu uvést mnoho druhů sportu – cyklistika, horolezectví, v některých případech plavání, gymnastika, atd. Pokud potřebuje v pohybu po okolí přítomnost osobního asistenta, je limitován i jeho časem pro klienta, to znamená, že se kdykoliv nemůže zvednout a jít si nakoupit nebo jít do baru apod. Různá omezení spojená s tělesným postižením mohou vést k sociální izolaci, k frustracím a depresím. Problematické se stává i hledání životního partnera, za prvé z pohledu handicapovaného, který by mohl mít pocit, že druhého bude využívat, aby se o něj staral, ale i z pohledu potencionálního partnera, který by se mohl zaleknout zodpovědnosti a závazku vůči novému partnerovi, který není zcela soběstačný.

### 1.1.2 Duševní postižení

*„V oblasti vzniku duševních poruch musíme brát v potaz stránku biologickou (tělesnou), psychickou (duševní), sociální (interpersonální – vztahovou) a dále i přesahovou (transcendentální – duchovní – spirituální). Při tom je u konkrétního jedince třeba zohlednit také čas a prostor a širší okolnosti epochy, místa, kultury, společnosti a doby.“ (Pfyziolmysl, Příčiny vzniku duševních poruch z pohledu psychiatrie)*

Duševní poruchy můžeme rozdělit na takzvanou velkou psychiatrii a malou psychiatrii. (Venglářová, 2013) Do první kategorie řadíme různé psychózy, afektivní poruchy a jiná závažná psychická onemocnění většinou genetického nebo endogenního původu, to znamená takové choroby, které mají vnitřní původ

(mozkové nádory,..). Některá onemocnění velké psychiatrie mohou být i organického původu, jinak řečeno projevy psychózy jsou důsledkem jiného primárního onemocnění či úrazu, například poranění mozku. Léčba bývá dlouhodobá, ne-li celoživotní, v podobě podávání psychofarmak. Lidé s psychotickými stavy mohou trpět halucinacemi a bludy a žijí často mimo realitu. Mohou být paranoidní a nabyt přesvědčení, že je někdo nebo něco pronásleduje, slyšet hlasy či vidět různé věci. (Nakonečný, 2011) „*Mezi základní symptomy patří poruchy vnímání, myšlení a změny osobnosti. Přidávají se poruchy emotivity (emoční oploštělost, nepřiměřené prožívání běžných situací).*“ (Venglářová, 2013, s. 190) Nemocný člověk může mít sklon k samotářství, může být plachý a mít problémy v sociálních situacích. Mezi další projevy duševního onemocnění patří například útlum, zpomalená motorika, slabá vůle nebo nedostatek sebevědomí. Pro depresi je typická ztráta zájmu, energie a radosti ze života oproti mánii, která se projevuje opačně a chování postiženého se jeví jako nevhodné a nespolečenské. (Venglářová, 2013) Do psychóz řadíme schizofrenii, psychotickou depresi, bipolární poruchu, mánie a jiné.

Do druhé kategorie řadíme neuropsychické poruchy, obecně řečeno neurózy. Neurotická onemocnění se projevují nespavostí, špatným trávením, změnou srdečního rytmu, chronickou únavou, neklidem, závratí, svalovým napětím, třesem, tiky, a podobně. Neurózy vznikají při dlouhodobém vyčerpání fyzického a psychického rázu. Mezi neurózy řadíme úzkosti, fobie, panické poruchy. (Nakonečný, 2011)

### 1.1.3 Mentální postižení

„*Mentální retardace se považuje za stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních dovedností.*“ (Štěrbová, 2007, s. 19-20)

Mentální retardace není choroba, která by se dala vyléčit, jedná se o nezvratné poškození centrální nervové soustavy a stává se trvalou součástí života člověka. Pro osoby s mentálním postižením je charakteristické snížení rozumových schopností, tzn. inteligenčního kvocientu, podle kterého se mentální retardace dále člení na šest kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace.

Příčiny mentálního postižení můžeme rozdělit na vnitřní, tedy dědičné a vnější, které mohou mít vliv na vývoj mentálního postižení a které mohou spustit mentální postižení způsobené genetickou strukturou. Mentální postižení může vzniknout i oplozením poškozeného vajíčka, infekcí, špatnou výživou, intoxikací nebo nemocí ze strany matky, také ale komplikovaným porodem nebo úrazem hlavy v raném dětství v důsledku nitrolebečního krvácení. (Švarcová-Slabinová, 2011)

### **Lehká mentální retardace (IQ 69-50)**

Lehkou mentální retardací je postiženo asi 80-85% osob s mentální retardací. (Švarcová-Slabinová, 2011) Tito lidé bývají většinou plně svéprávní, obvykle nevyčnívají, zakládají rodiny a zvládají těžkosti běžného života. (Thorová, 2012) Osoby s lehkou formou mentální retardace si osvojují řeč opožděně, ale většina z nich zvládá mluvu užívat účelně v každodenním životě. Nedělá jim problémy samostatná péče o sebe sama (strava, hygiena, oblékání, ovládání močového měchýře a střev) ani praktické domácí dovednosti. Mezi hlavní projevy handicapu patří práce ve škole, především čtení a psaní. Jedinci při horní hranici inteligenčního kvocientu lehké mentální retardace mohou získat zaměstnání v oblasti nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. Osoby s tímto konkrétním handicapem jsou schopny naučit se sexuální dovednosti v souladu s normami společnosti a osvojit si vhodné sexuální interakce. (Štěrbová, 2007) Ve společnosti osobu s lehkou formou mentální retardace tudíž nemusíme ani zaznamenat. (Thorová, 2012)



### **Středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)**

Středně těžká forma mentální retardace je diagnostikována asi u 10% mentálně handicapovaných. (Švarcová-Slabinová, 2011) Chápání, používání řeči, péče o sebe sama a zručnost se rozvíjí pomalu a konečné schopnosti těchto oblastí jsou značně omezené, „*někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání*“. (Štěrbová, 2007, s. 21) Každá osobnost je v této skupině silně individuální. „*Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulaci a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.*“ (Štěrbová, 2007, s. 21-22) Lidé se středně těžkým mentálním postižením jsou „*obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled.*“ (Štěrbová, 2007, s. 21) I přesto, že jsou někteří z nich mobilní, fyzicky aktivní a jsou schopni navazovat kontakt s druhými, je téměř nemožné, aby vedli úplně samostatný život. Protože jsou zranitelní, potřebují celoživotní dohled, který může být i v podobě chráněných dílen a chráněného bydlení.

Tato forma mentální retardace mívá často organický původ postižení, vyskytuje se zde dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, tělesná postižení a neurologická onemocnění, zvláště pak epilepsie.

### **Těžká mentální retardace (IQ 34-20)**

Tato kategorie zaujímá asi 5% mentálně postižených a je velice podobná středně těžké mentální retardaci, co se týče příčin handicapu, klinickému obrazu a přidruženým stavům. Nicméně snížená úroveň schopností a dovedností je zde mnohem výraznější a klienti spadající do této skupiny vyžadují stálý dohled, jelikož se u těchto osob objevují poruchy chování v podobě sebepoškozování, agrese, hrou s fekáliemi a nevhodným sexuálním chováním, které nedokáží přizpůsobit společenským normám. (Švarcová-Slabinová, 2011, Štěrbová, 2007)

### **Hluboká mentální retardace (IQ méně než 20)**

Skupina tvoří asi 1% mentálně retardovaných. (Švarcová-Slabinová, 2011)  
Postižené osoby velmi špatně chápou požadavky a instrukce a také jim nejsou zpravidla schopni vyhovět, protože jsou buď zcela imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu. Chápání a používání řeči je při nejlepším omezeno na reagování či nonverbální komunikaci. Nemají schopnost pečovat o sebe sama, bývají inkontinentní a proto vyžadují stálou péči a dohled. Většinou lze určit organickou příčinu postižení, které provází těžké neurologické nebo tělesné nedostatky jako například epilepsie nebo poškození zraku či sluchu, u mobilních pacientů převládají nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch jako je atypický autismus. (Štěrbová, 2007)

### **Jiná mentální retardace**

Tato kategorie se používá pouze v případě nemožné nebo těžko stanovitelné úrovně intelektové retardace kvůli smyslovým nebo tělesným defektům osob s mentálním postižením, například u osob s těžkými poruchami chování. (Štěrbová, 2007)

### **Nespecifikovaná mentální retardace**

Mentální retardace je prokázána, ale nelze klienta zařadit do některé z prvních čtyř výše uvedených kategorií pro nedostatek informací z důvodu defektnosti nervové soustavy, mentální subnormality nervové soustavy, oligofrenii nervové soustavy, a podobně. (Štěrbová, 2007)

#### **1.1.4 Smyslové postižení**

Když se bavíme o lidech se senzoryckým postižením, většinou se má na mysli člověk se zrakovým nebo sluchovým postižením. Osoba, která má handicap v podobě zrakového postižení těžko rozpoznává nebo nerozpoznává vůbec vzdálenosti, jas a tvary objektů a má velmi špatnou prostorovou orientaci. Obvykle stupně postižení zraku můžeme rozdělit na střední a silnou slabozrakost, osobu

s těžce slabým zrakem nebo osobu s praktickou a úplnou slepotou. Pokud je člověku diagnostikováno zrakové postižení, znamená to, že vada je obvykle nezvratná a navrátit původně zdravý zrak není možné žádnými optickými přístroji, léky ani chirurgickou operací.

Pokud se jedná o postižení sluchové, jedná se o osobu, která neslyší vůbec nebo její sluch je z jisté části poškozen. Typická pro rodiny, kde je více než jedna osoba hluchá, němá nebo hluchoněmá, je komunikace prostřednictvím znakové řeči. U smíšených páru, kde jeden je slyšící a jeden neslyšící může být i komunikace pomocí odezírání nebo kombinovaným způsobem – odezíráním i znakovou řečí. (Kozáková, 2013)

Lidé se se senzorickou vadou sluchu nebo zraku mohou narodit, jejich vada je dědičná, nebo mohou smysl ztratit komplikacemi při porodu. Ztráta může být zaviněna i virovým onemocněním, intoxikací nebo užíváním léků ze strany matky. Výjimkou nejsou ani případy, kdy se člověk narodí zcela zdravý a vlivem úrazu nebo jiné choroby oslepne či ohluchne (makulární degenerace, šedý a zelený zákal, cukrovka).

#### 1.1.5 Kombinované postižení

Tato kapitola je patrná sama o sobě. Každé postižení může doprovázet i jiné postižení, které jsem zmínila v předchozím textu. Úraz nebo nehoda může způsobit jak tělesné, tak i smyslové postižení dospělému člověku nebo těžký porod může novorozenci způsobit mentální retardaci spolu s tělesným handicapem. U mentální retardace je běžné, že se vyskytuje spolu s duševním nebo tělesným postižením. (Štěrbová, 2007)

## 1.2 Sexualita osob se zdravotním znevýhodněním

Sexualita patří k základním lidským potřebám stejně jako potřeba jídla a vody, potřeba spánku a ostatních základních fyziologických potřeb. Sexualita se nerovná pouze fyzickému sexu, ale je v ní zahrnuta potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem; potřeba silného citu, sounáležitosti a opory; potřeba spokojenosti a pocitu potřebnosti pro jiné; sexuální uspokojení a v neposlední řadě i rodičovství a potřeba pokračování rodu. (Venglářová, 2013) Sexualita je tedy neodmyslitelně spjata s mezilidskými vztahy a stala se běžnou součástí života společnosti. (Drábek, 2013).

*„Světová zdravotnická organizace definuje sexualitu jako souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.“* (Venglářová, 2013, s. 18) *„Aktivní sexuální život je součástí zdravého životního stylu, včetně stáří nebo člověka s handicapem.“* (Thorová, 2012, s. 13)

Zdravotní postižení má dopad na mnoho sfér života handicapovaného člověka, sexuality nevyjímaje. Drábek ve své knize popisuje problémy lidí se znevýhodněním, které mohou být všem, nehledě na druh postižení, společné. Uvádí problémy s pohyblivostí a komunikací, ztrátu citlivosti, zhoršenou kontrolu nad vyměšováním a vylučováním, snížené kognitivní funkce, změny v chování a myšlení, změny v sexuálních funkcích, užívání medikace, nedostatečné nebo žádné soukromí, strach a vlastní sebeúctu. Nedostatečné sebevědomí k vlastní sexuální atraktivitě je mnohdy větším strašákem než samotné postižení. Všudypřítomné obavy z vlivu postižení na intimní život ho zásadním způsobem ovlivňují a limitují. Negativní psychické prožívání okolností vztahující se k sexuálnímu životu může vést k blokadám či předčasné rezignaci na erotický život. Některá zdravotní postižení dlouhodobého charakteru mohou mít přímý či nepřímý vliv na pokles zájmu o sexuální život. Přímý vliv mají somatická a funkční poškození, které způsobují poruchy erekce a ejakulace, poruchy lubrikace, pokles vzrušivosti nebo orgastických schopností. Nepřímý vliv má na jedince s postižením například mentální retardace. (Drábek, 2013)

### 1.2.1 Sexualita tělesně postižených

Tělesné postižení u početné skupiny s tímto znevýhodněním bývá obvykle neurologického původu. Sexuální funkce bývají narušeny na úrovni mozku, periferních nervů a míchy. Do této skupiny patří jedinci s dětskou mozkovou obrnou, epilepsií, roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou nemocí, periferní neuropatií u diabetiků nebo po cévní mozkové příhodě. (Drábek, 2013)

Základním problémem je omezení pohybu s možnou ztrátou schopnosti verbální komunikace a tím i omezení navazování nových kontaktů a sexuálních vztahů. Kvůli poruchám hybnosti se stává sex těžko proveditelným a je občas potřeba požádat třetí osobu o tzv. asistovaný sex nebo zvolit jiné techniky a polohy. Například u osob s těžkou mozkovou obrnou bývá sex komplikovaný z důvodu spasticity svalů při zvýšené nervozitě nebo psychické zátěži. Tělo se tak mnohdy kvůli špatné koordinaci pohybů stane neovladatelným. (Drábek, 2013; Kozáková, 2013) V případě jedinců odkázaných na vozíček bývají sexuální funkce narušeny ve všech složkách a záleží na tom, zda se jedná o částečné přerušení míchy nebo o úplné, a na topografické výši poruchy. Schopnost dosáhnout ztopoření penisu při přímém dráždění, a tedy i možnosti soulože, je zachována asi u 60% mužů, pouze ale u 15% z nich je zachována i schopnost ejakulace. Schopnost rozmnožování se má velmi malé procento mužů, a s dobou po uplynutí úrazu se plodnost snižuje. Ženy naopak svoji plodnost neztrácejí, stejně jako schopnost dosáhnout orgasmu. (Vrublová, 2005)

Dle Kozákové můžeme faktory ovlivňující sexualitu osob s tělesným postižením rozdělit do tří obecných skupin:

Zdravotní stav

Psychický stav

Sociální klima

#### **Zdravotní stav**

V sexualitě člověka s tělesným postižením je důležitá doba vzniku postižení, zda-li je vrozené, a jedinec se s ním učil žít už od narození, nebo je získané a jedinec

se musel adaptovat na změny, které bohužel postižení do života přináší. (Vrublová, 2005) Neméně významnými faktory jsou druh a stupeň postižení a s tím související úroveň samostatnosti jedince. *"Nejvýrazněji ovlivňuje kvalitu života člověka postižení nebo choroba, která má progredující charakter s tendencí postupného zhoršování. Kromě somatických změn se člověk s TP může často potýkat se změnou nálad, citlivosti nebo i změnami osobnosti. ...Čím těžší forma TP, tím větší bariéry."* (Kozáková, 2013, s. 36 a s. 41) Na sexuální touhu a vzrušení může mít vliv i chronická bolest nebo některé druhy medikace. Co se týče rozptýlení v souvislosti s intimním životem, nejistota kontroly nad vyměšováním a vylučováním se nesmí opomenout.

### **Psychický stav**

Zdravotní postižení má nezpochybnitelný vliv na osobnost člověka. Důležité je, aby takový jedinec nepropadal negativnímu hodnocení, komplexům méněcennosti, egocentrickým sklonům, výčitkám či pocitům viny a zachoval si smysl pro humor. Sebehodnocení sestává z žebříčku hodnot a nalezení vlastní identity, ve které jedinec přijme svůj změněný tělesný stav. Se sebehodnocením souvisí i sociální role, kterou tělesné postižení může významně ovlivnit v různých sférách. Může se jednat o změnu z roli živitele rodiny do objektu potřebující péči a dohled. Ztráta zaměstnání může zapříčinit změnu v okruhu blízkých a přátel. Kvůli svému znevýhodnění musí jedinec často zvažovat i nový způsob trávení volného času.

Se sebehodnocením a psychickým stavem souvisí i obraz vlastního těla a otázka atraktivity. Myslí se tím odlišná tělesná konstituce, narušená motorika omezující běžné činnosti, mimovolní a nekoordinované pohyby, grimasování, nemožnost udržování si vypracované a štíhlé postavy sportem, vlivem postižení může dojít k deformaci některé části těla nebo o netypicky působící postoj těla vlivem spasmů. Fyzický vzhled se u většiny osob podílí na sebevědomí a zvláště v období dospívání nabývá každý tělesný defekt zatěžujícího významu. (Kozáková, 2013) Například u jedinců po úrazech s trvalými následky (amputace) bývají sexuální funkce plně funkční, sexuální dysfunkce jsou ryze psychického rázu

spojené s vnímáním vlastního těla. (Drábek, 2013)

### **Sociální klima**

Sexualitu osob také výrazně ovlivňuje rodina, okolí, majoritní společnost a její postoje. Ráda bych zmínila rodiče a jejich hyperprotekcí a tím i nedostatek soukromí. Handicapovanému často chybí dostatek sociálních a životních zkušeností pro navázání a udržení vztahu s potencionálním partnerem, protože se ho rodiče snaží chránit od zklamání. (Kozáková, 2013)

Osoby s tělesným postižením by měli hledat vhodné možnosti provedení pohlavního styku, alternativní způsoby sexuálního vztahu nebo realizace autoerotiky. (Drábek, 2013) Pro takové jedince bývá velmi důležité užití všech smyslů co se týče intimního vyžití. (Kozáková, 2013)

#### 1.2.2 Sexualita osob s mentální retardací

Venglářová píše, že psychosexuální vývoj lidí s mentálním znevýhodněním se liší od vývoje zdravých jedinců. (Venglářová, 2013) Například zde není kladen takový důraz na pohlavní identitu a někteří jedinci s těžším stupněm postižení se mohou vyvíjet zcela asexuálně. Nicméně projevy sexuality u této skupiny osob jsou vnímány jako nepříjemné a nežádoucí. Mnohdy takové chování plyne z nedostatku soukromí, jak ze strany organizací pečující o klienty tak ze strany rodičů a jejich hyperprotekcí. Příčinou bývá i neinformovanost a snížená schopnost rozpoznat vhodné společenské normy a zvyklosti. Takové projevy chování může obsahovat obnažování a masturbace na veřejnosti, masturbace ohrožující klientovo zdraví (použitím nevhodných nástrojů), agresivní chování vůči ostatním klientům a podobně. (Drábek, 2013) Rodič by měl už od raného dětství informovat svého potomka o sexualitě tak, aby sexuální projevy nabyly sociálně přijatelné podoby.

Osoby s lehkým stupněm mentální retardace se chováním příliš neliší od běžné populace. Pohybují se v kolektivu vrstevníků, zažívají běžné sociální situace a tím vzniká i příležitost navázání partnerských a sexuálních vztahů, manželství i

rodiny. Můžeme se zde setkat s větší promiskuitou, neporozumění principu věrnosti nebo chorobnou závislostí na partnerovi spojenou s žárlivostí a majetnickým přístupem. (Venglářová, 2013)

Lidé se střední mentální retardací mají většinou vyhraněnou sexuální orientaci. Osoby, které se jím líbí, si vybírají. Dokáží se uspokojit sami ručně a při správném vedení se naučí v těchto chvílích vyhledávat soukromí. Většina z nich je schopna dodržovat naučenou sociální normu. (Thorová, 2012) Sexualita může být realizována dvěma způsoby:

1. Nevzniká snaha o sblížení. Přetrvává raná fáze sexuálního vývoje, pudové napětí klient vybíjí při masturbaci. S klientem se o sexualitě nehovoří, pokud sám neprojeví o toto téma zájem.

2. Snaha o sblížení je patrná. Problémy v komunikaci klienta mohou zkomplikovat zjištění, jaké informace a představy má klient o lidském těle, jeho fungování a sexualitě, a mohlo by dojít k nedorozumění. Nedostatečně rozvinuté sociální dovednosti mohou zapříčinit obtíže ve vyjadřování představ a potřeb, nepochopení odmítnutí a následnému vynucování sexu nebo naopak k obavám odmítnout sex kvůli nedostatečnému sebevědomí. (Venglářová, 2013)

U jedinců s těžší formou mentální retardace může dojít k narušení fyzického vývoje a tím i sekundárních pohlavních znaků a pohlavní zralosti. Podle Mandzákové většina těchto jedinců nedisponuje výbojným a aktivním sexuálním chováním, netouží po pohlavním styku a ani ho ke svému životu nepotřebují. *"Nacházejí se v tzv. pregenitalitě, což je podoba dětské sexuality, preferují spíše mazlení, tulení, apod."* (Mandzáková, 2013, s. 48) Thorová zase tvrdí, že *"Masturbace a zájem o anální oblast patří k nejčastějším projevům sexuality u lidí s těžkým mentálním postižením. Hra s exkrementy, pomočení se, pokálení se a zavádění předmětu do konečníku jsou frekventovanými projevy sexuálního chování u osob s těžkým mentálním postižením."* (Thorová, 2012, s. 41) Masturbace a sexuální stimulace často probíhá na veřejnosti. Tito jedinci nerozlišují mezi osobami, pohlavím a věkem ve svém sexuálním zaměření.

Při neuspokojení sexuálních potřeb u jedinců s těžším stupněm mentální retardace může dojít k frustraci a nahromadění sexuální energie, která se projevuje nejčastěji



rychlou změnou nálad, agresivitou, sebezraňováním (bouchání hlavou do stěny), neurotickým a jiným nepřijatelným sociálním chováním (kousání vlastní rukou), stereotypními pohyby, neurotickým slintáním či sexuálními symbolickými náhradami. K tlumení této nahromaděné sexuální energie se stále používají medikamenty, které neumožňují uspokojení sexuální motivace a uvolnění sexuální energie. V dnešní době je navíc tento postup v rozporu s etikou. Masturbací nebo pohlavním stykem nedojde k plnému uspokojení sexuální potřeby, zde se jedná pouze o mechanické uvolnění energie, nikoli k uvolnění psychického napětí, které se zvyšuje. (Mandzáková, 2013)

### 1.2.3 Sexualita duševně postižených

U většiny osob takto znevýhodněných dominuje snížený zájem o sexuální život, až na výjimky jako například u bipolární poruchy, kde je tomu přesně naopak a může se jednat až o excesivní zájem o sex a promiskuitní chování, docházet může i k poruchám sexuální preference. (Drábek, 2013) Takové jednání je pravděpodobně zapříčiněno hormonální nerovnováhou, která se u těchto pacientů vyskytuje ještě před započítím onemocnění a následnou léčbou. (Venglářová, 2013)

Sexualita je negativně ovlivněna nejen chorobou, ale i následnou léčbou medikamenty. Psychofarmaka jako antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika a hypnotika mají mnoho vedlejších účinků. Mezi nežádoucí účinky související se sexualitou patří celkový útlum, přibírání na váze, snížený zájem nebo úplná ztráta zájmu o sex a sexuální život, poruchy erekce u mužů, snížená lubrikace u žen, snížená odpověď organismu na erotické podněty, poruchy orgasmu a snížená apetence. Stimulancia řadíme také mezi psychofarmaka ovlivňující život jedince. Jejich efekt ovlivňuje sexualitu člověka opačným směrem než výše zmíněné skupiny léků a to zvýšenou sexuální touhou a aktivitou. (Venglářová, 2013) Na vývoji sexuálních dysfunkcí má také významný podíl snížené sebevědomí, narušené vnímání sebe sama, pocity nejistoty a osamělosti, pocity nedostatečnosti

a nespokojenosti se svým stavem, sociální izolace a mimo jiné i ekonomický handicap a podobně. Tyto psychogenní faktory zhoršují možnost kvalitně sexuálně žít a pokládají tak živnou půdu pro rozvoj dalších sekundárních sexuálních dysfunkcí. (Drábek, 2013; Venglářová, 2013)

Pacienti se schizofrenií mohou trpět bludy, a to i se sexuální tematikou. Jedná se o žárlivecký blud, kde nemocný je přesvědčen o nevěře svého partnera, nebo o erotomanický blud častěji se vyskytující u žen, ve kterém je nemocný přesvědčen o své neodolatelnosti. Tyto bludy se mohou týkat i představ souvisejících se znásilněním a zneužíváním. Těžké chronické formy psychóz mohou vést až k defektům osobnosti projevující se ztrátou zábrán a následně nevhodným chováním jako je masturbace a obnažování se na veřejnosti, vulgární pokřikování nebo dokonce sexuální zneužívání slabších. (Venglářová, 2013)

U osob trpícími depresí se nejčastěji projevuje snížený zájem o sex (až u 75% pacientů), snížená frekvence sexuálních styků, erektilní dysfunkce a poruchy orgasmu. U osob trpících poruchou bipolárního spektra v manické fázi dominuje zvýšená sexuální energie, zvýšená sexuální touha a zájem o sex, sexuální indiskrétnost a familiárnost, riskantní chování v podobě promiskuity ale i zadlužení a jiné. U mentální bulimie se vyskytuje impulzivní rizikové sexuální chování, u mentální anorexie naopak pokles sexuality. (Drábek, 2013; Venglářová, 2013)

#### 1.2.4 Sexualita osob se smyslovým postižením

Lidé se zrakovým postižením ve svém životě svůj handicap kompenzují ostatními smysly - sluchem, čichem, hmatem a chutí. Jinak tomu není ani co se týče jejich sexuality. Tito lidé jsou velmi citliví a vnímaví a svého sexuálního partnera se snaží "načíst" ostatními funkčnímu smysli. Rozdíly v sexualitě osob se zrakovým postižením můžeme zaznamenat u těch, kteří se se svým handicapem už narodili a adaptovali se na něj už od raného dětství a u těch, kteří jej mají získané úrazem nebo ho mají zapříčiněné chorobou. U jedinců, kteří mají zrakové postižení získané se může objevit dočasná ztráta sexuální chuti. Sexuální dysfunkce se objevují spíše

v souvislosti s onemocněním, které zrakovou vadu způsobilo než-li s postižením samotným. (Drábek, 2013)

U osob se sluchovým handicapem je největší bariérou komunikace. To je i důvod, proč si tito jedinci hledají většinou sexuálního partnera se stejným postižením. Komplikace nastává i v šíření informací o sexualitě, protože je sluchově znevýhodnění nemohou zaslechnout. Stejně jako u zrakového postižení se sexuální dysfunkce objevují spíše sekundárně v souvislosti s psychickým stavem. (Drábek, 2013; Kozáková, 2013)

### 1.2.5 Sexualita seniorů

Stáří sice nelze považovat za zdravotní postižení, ale ve vztahu k sexualitě to jistý handicap je, který má navíc mnoho společných znaků s problematikou zdravotně postižených. (Drábek, 2013)

U žen v období stáří dochází k poklesu ženských pohlavních hormonů, což se projevuje především sníženou lubrikací sliznice pochvy. Snížená lubrikace způsobuje problémy při vniknutí penisu do pochvy a následný bolestivý pohlavní styk, který je hlavní příčinou, proč ženy procházející klimakterickými změnami omezují koitus, ztrácí zájem o sex nebo mají poruchy orgasmu. *"Klimakterium přináší výkyvy nálad, u některých žen se může vyskytnout depresivní prožívání, které výrazně sníží apetenci."* (Venglářová, 2013, s. 172)

*"Hormonální změny mužů, označované jako andropauza, se projevují na rychlosti sexuální reakce (vzrušení) muže."* (Venglářová, 2013, s. 173) Muži potřebují silnější podněty a delší sexuální dráždění, aby došlo ke kvalitní erekci. Sexualita mužů je zaměřená především na výkon nebo-li jinak řečeno na "sexuální sílu" a sexuální dysfunkce jako poruchy erekce a ejakulace jdou "vidět na první pohled", což se odráží v sekundárních sexuálních dysfunkcích.

Kromě hormonálních změn se ke stárnutí ještě přidružují různá onemocnění, která mají také vliv na sexuální funkce. Ze závažnějších onemocnění to bývá obvykle duševní onemocnění - demence, při které pacient buď ztrácí zájem o

sexuální život úplně nebo zcela naopak pociťuje nutkavou potřebu sexuálního uspokojení. Demence působí organické změny mozku a vlivem těchto změn se stává pacientovo chování neadekvátní sociální situaci. Projevem této choroby je například masturbace a obnažování se i na veřejnosti, vulgární pokřikování a zájem o sexuální styk s okolím. Nemocný často reaguje impulzivně, nepozná, kde se právě nachází a nevnímá osoby kolem sebe. Léčba demence v podobě psychofarmak zvyšující hladinu dopaminu může vést k nabuzení sexuální aktivity. Dalším problémem je (v kontextu sexuality), že nemocní mohou mít různé bludy a představy v podobě znásilnění a sexuálního zneužívání. (Drábek, 2013; Venglářová, 2013)

Sexuální život seniorů je ovlivněn mnoha psychickými, fyzickými i sociálními změnami. Fyzické jsou zmíněny výše, mezi sociální patří například úmrtí vrstevníků či partnera a mezi psychické například pohled na seniory jako na asexuální bytosti. (Venglářová, 2013)

Vzhledem k častým sexuálním dysfunkcím je sexualita vyjádřena sounáležitostí, společnou blízkostí a sexuálními nekoitálními aktivitami. (Drábek, 2013) Podle Thorové pravidelnější sexuální život po 70. roce života vede 30% mužů a 20% žen, 40% mužů a 20% žen má v tomto věku sex alespoň jednou za rok. (Thorová, 2012) Udává se, že sexuální vyjádření a život v páru je dobrou prevencí proti depresi a způsob, jak si uchovat životní vitalitu. Vzhledem ke stárnutí populace společnost bude muset sexualitě seniorů věnovat více pozornosti. (Venglářová, 2013)

#### 1.2.6 Mýty o sexualitě zdravotně handicapovaných

Ve společnosti panuje spousta mýtů o sexualitě zdravotně postižených, zvláště jedinců s mentální retardací, ale i ve spojitosti se seniory. Ve stručnosti sem uvedu ty nejrozšířenější, co se týče obecně zdravotně postižených:

Uspokojivé soulože lze dosáhnout pouze s dokonalou erekcí, zdraví partneri lidí s postižením musejí být úchylní, lidé se zdravotním postižením jsou asexuální

bytosti a neměli by mít děti, lidé se sluchovým postižením jdou v sexu rovnou a věc. (Drábek 2013)

Lidé s postižením jsou nepřitažliví, nemají sexuální život, vzbuzují u každého soucit a lítost, neuvědomují si sexuální zneužívání nebo ho necítí, pachatelem sexuálního násilí je cizí divně vypadající člověk. (Kozáková, 2013)

Předsudky konkrétně o mentálně postižených:

**Lidé s mentálním postižením nepocítí sexuální touhu, jsou to velké či věčné děti, tudíž asexuální bytosti.** (Mandzáková, 2013; Thorová, 2012)

Postižený sice může zůstat na mentální úrovni dítěte, ale tělo a s ním spojené potřeby se budou pravděpodobně vyvíjet stejně jako u zdravých jedinců. (Eisner, 2013)

**Lidé s mentálním postižením mají extrémně vyvinutý sexuální pud, jsou hypersexuální.** (Thorová, 2012)

Sexuální pud je u lidí s mentálním postižením stejný jako u lidí bez handicapu. Problém je spíše v nedostatku soukromí a nedostatečné sexuální výchově. Pokud jsou tyto jedinci pod stálým dohledem ať už pracovníků organizace nebo rodičů, nemají jinou možnost než masturbovat a uspokojit své sexuální potřeby na veřejnosti a proto jsou někdy mylně označováni za exhibicionisty a sexuální devianty. (Eisner, 2013; Kozáková, 2013)

**Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací.**

Sexuální potřeby obsahují i city a touhu je vyjádřit, proto nelze takovou potřebu uspokojit nebo utlumit pouhým fyzickým vybitím. (Kozáková, 2013)

**Problémy se sexuálním chováním je třeba zvládnout medikamenty.**

Je třeba si uvědomit, že podávání léků k tlumení sexuálního pudu se dostává do rozporu s etikou. Lepší taktikou je nácvik přijatelného chování v podobě

sexuální osvěty. Farmakoterapie se využívá až v případě nezvladatelného a ohrožujícího jednání. (Eisner, 2013)

**Sexuální výchova není zapotřebí, jelikož sexualita je zcela přirozená součást života. Její realizací by se zbytečně probouzeli v klientech sexuální touhy.** (Kozáková, 2013; Thorová, 2012)

Sexuální touhy by se projevíly nezávisle na sexuální osvětě. Její realizace naopak může pomoci s formováním zdravých sexuálních projevů a chrání jedince před nechtěným těhotenstvím, nakažení se pohlavní chorobou, před sexuálním násilím a zneužíváním. (Eisner, 2013; Kozáková, 2013)

**Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví.** (Kozáková, 2013)

Člověk je sexuální bytost, na nepřítomnosti druhého pohlaví se na tom nic nezmění. Štěrbová udává, že ještě dodnes v některých organizacích dochází k fyzickému zabránění takového chování, k podávání sedativ nebo k izolaci klienta. (Štěrbová, 2009)

**Lidé s mentálním postižením nejsou schopni hlubších intimních a emočních vztahů.** (Eisner, 2013; Thorová, 2012)

Co se týče navazování vztahů, do popředí se dostává spíše problém si vztah udržet. Nasnadě je hned několik důvodů - finanční situace klienta (obou klientů, pokud jsou oba postižení) a zajištění potřebné asistence a zaplacení nákladů za asistenta, sociální situace a režim zařízení, ve kterém klienti pobývají, o to složitější pokud je každý z jiného zařízení. Organizaci schůzky neusnadňují mnohdy ani rodiče, kteří si nepřejí, aby se jejich potomek s někým stýkal a považují jej stále za dítě. Na místě mohou být i obavy z nechtěného těhotenství, nakažlivých pohlavních chorob a podobně. Navázat vztah pro zdravotně znevýhodněného nebývá navíc vůbec snadné, takový jedinec se velmi často pohybuje ve stále stejném okruhu lidí a to většinou nemá možnost změnit. (Eisner, 2013)

### **Lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti.**

V České republice neexistuje žádný zákon, který by zakazoval mentálně handicapovaným mít děti nebo vstoupit do manželství. Tento mýtus je spojen především s obavou, že pokud je jeden nebo oba z rodičů postižený, jejich děti budou také postižené. Taková obava je opodstatněná pouze tehdy, pokud postižení rodičů je dáno geneticky. U většiny mentálně postižených tomu tak ale není. Mentální retardace může vzniknout těsně před porodem, během něho, těsně po něm nebo v raném dětství úrazem, kdy mozek ještě není zcela vyvinutý. (Eisner, 2013)

### **Lidé s mentálním postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého chování a jednání.**

Je důležité říct, že mentální postižení nezbavuje člověka trestní odpovědnosti a neznamená to, že osoba s tímto handicapem je automaticky nesvéprávná. Tito lidé dokážou ovládat své chování a jsou schopni rozumět sociálním a zákonným normám. Jiná diskuse ovšem je, zda-li tito jedinci odpovědnost cítí a jednají podle toho. Vzhledem k výše zmíněné neustálé kontrole jak ze strany rodičů, tak ze strany sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je možné, že klientům nikdo jejich zodpovědnost "nepředal" a tak se sami odpovědní necítí. (Eisner, 2013)

#### 1.2.7 Sexuální násilí u osob se zdravotním postižením

Osoby se zdravotním postižením jsou zranitelnější a nemají možnost se bránit jako zdraví jedinci. Udává se, že míra sexuálního zneužívání u osob se zdravotním postižením je 2,2krát vyšší než u běžné populace, u osob s vývojovými poruchami je riziko vyšší až 4-10 násobně. 83% žen a 32% mužů s vývojovou poruchou jako je například mentální retardace, epilepsie, autismus, mozková obrna bylo během svého života alespoň jednou sexuálně napadeno. Podle Mandzákové více než 90% lidí s tímto postižením zažije v průběhu svého života sexuální zneužití. (Mandzáková, 2013; Thorová, 2012)

Důvodem, proč se oběťmi sexuálního násilí stávají především lidé se sníženými intelektuálními schopnostmi je právě jejich sociální bezmocnost a naivita, důvěřivost, izolace, komunikační deficit, snížená schopnost úsudku, menší důvěryhodnost při nahlášení zneužití, v případě kombinovaného postižení i omezená možnost útěku a obrany. (Mandzánková, 2013; Thorová, 2012) Sexuální násilí je častější u žen s lehkou a hraniční mentální retardací, s těžším stupněm mentální retardace riziko zneužití klesá. Oběti sexuálního násilí velmi často svého pachatele nenahlásí, jelikož jej ve většině případů (97-99%) dobře znají (rodič, pečovatel, příbuzný, zdravotník,..) a bojí se, že by ztratili "benefity" v podobě výlučného vztahu a sociální pozornosti. Tito lidé navíc touží po kontaktu, mají strach ze zostuzení se v očích druhých a následné osamělosti. Osobní zkušenost se sexuálním násilím z pozice oběti může spolu s impulzivností a nízkou anxiétou vést k obrácení rolí, kdy se oběť stane pachatelem (Mandzánková, 2013)

Sexuální násilí může být jak fyzické (doteky, pohlazení, tělesný kontakt,...), tak psychické (sexuální narážky, sexistické vtipy, dvojsmyslné výrazy,...). Obecně lze konstatovat, že sexuální zneužití jsou všechny sexuální kontakty, které nejsou dobrovolné a rovnocenné. (Štěrbová, 2007) Zneužívaná osoba se obvykle stáhne do sebe, stává se ustrašenou, její sebevědomí a sebehodnocení se sníží. Dalšími projevy mohou být citová labilita, vyhýbání se konkrétním situacím (intimní hygiena, koupání), obava z konkrétních lidí, přehrávání situací se sexuální tematikou (svlékání se, napodobování sexuálních aktivit), nadměrná masturbace, kresby se sexuální tematikou, ztráta nálady a ochoty spolupracovat, záchvaty pláče či hněvu, obtíže s usínáním a noční můry, sexuální napadání jiných lidí, sebepoškození prsou a pohlavních orgánů, pokus o sebevraždu. (Štěrbová, 2007)

### 1.3 Sexuální asistence

Sexuální asistence je služba nabízená od roku 2015 proškolenými sexuálními asistentkami a asistenty, kteří prošli odborným vzdělávacím kurzem, jenž školí tyto absolventy a absolventky v přístupu a komunikaci se zdravotně



handicapovanými v projevech jejich sexuality, v definicích základních charakteristik handicapu a v případě nutnosti i zásadách první pomoci. Tento kurz zajišťuje nestátní nezisková organizace Freya (tento projekt převzala od NNO Rozkoš bez rizika) ve spolupráci se švýcarskou neziskovou organizací InSeBe. Tato služba je určena především pro osoby se zdravotním postižením a seniory, ale i pro jejich blízké a rodinu. Sexuální asistence je nabízena externími pracovníky, to znamená pracovníky mimo pomáhající organizaci nebo domov, kde klient pobývá. Zajišťuje se tím tak jistý druh prevence před navázáním hlubšího emocionálního vztahu či závislosti mezi sexuální asistentkou a klientem a porozumění druhu vztahu neboli smlouvy mezi nimi. (Nadále budu užívat termín klient, protože klienty jsou z 96% heterosexuální muži, i přesto, že si službu sexuální asistence mohou objednat i ženy.) (Šídová, 2013)

Pro sexuální asistenci se používají i jiné názvy, hlavně v zahraničí, kde taková služba už existuje delší dobu. Může to být například sexuální doprovázení, sexuální poradenství, sexuální důvěrník, intimní asistence, surrogacy terapie (náhradní partnerství), dotykový pracovník/ice, Körper-Kontakt-Service (Servis tělesného kontaktu), alternativní zprostředkování partnerů nebo partnerek. V zahraničí tuto službu nabízejí narozdíl od České republiky i lékaři/ky, psychologové/žky, terapeuti/ky, zdravotní sestry/bratři či bývalé nebo současné sexuální pracovníci/ce. U nás to jsou hlavně fyzioterapeutky, pečovatelky a sociální pracovnice, a současné či bývalé sexuální pracovnice. (Freya, Sexuální asistence; Šídová, 2013) (Zprávy aktuálně, Na pozici sexuálního asistenta se přihlásilo 40 lidí. Pomáhat budou nově i dva muži)

### 1.3.1 Druhy sexuální asistence

Sexuální asistenci můžeme rozdělit na dva hlavní druhy - pasivní a aktivní. V pasivní formě se sexuální asistentka věnuje zodpovědnosti k rodičovství (těhotenství a antikoncepce); rozpoznávání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou; vzdělávání klienta v oblasti bezpečnějšího sexu, hygieny a přitažlivého oblékání;

obstarávání a edukaci správného použití erotických pomůcek; vyhledávání pornografie na internetu a vzdělávání klienta v této oblasti; nepřiměřenému sexuálnímu chování a důsledkům sexuálních aktivit (nastavení hranic v sexualitě); učení komunikace o pohlavním styku a rozebrání tématu sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání, umění odmítnout); vysvětlení jak správně masturbovat a jak probíhá pohlavní styk a co mu předchází; pomoci handicapovaným párům se začátkem pohlavního života; tématu jak navazovat partnerské vztahy; poskytnutí poradenství blízkým osobám (rodičům, ošetřovatelům) ohledně sexuality jejich dětí nebo blízkých. Tato služba je shodná se službou intimní asistence, podstatný rozdíl je však v tom, že služba intimní asistence je prováděna zaměstnancem organizace, ve kterém klient pobývá a tudíž není externím zaměstnancem jako pracovník služby sexuální asistence. Intimní asistence není nijak právně ukotveným zaměstnáním v systému profesí, většinou ji vykonávají sociální pracovníci zařízení, kde klient žije nebo tráví čas.

Pod aktivní sexuální asistenci spadají erotické masáže, podpora při sebeuspokojování, doteky, pomoc postiženému páru při pohlavním styku až po samotný sexuální styk. Patří sem i sexuální interakce klientů s pracovníky vykonávající tuto službu a různé sexuální praktiky, na kterých se sexuální asistentka s klientem domluvili. Tato služba by měla být prováděna pouze s rozeznatelným souhlasem klienta. Pokud se sexuální asistence či asistentovi nepodaří takový souhlas získat nemůže služby klientovi poskytnout. Pokud klient sám není schopen projevit vůli, zda se službou souhlasí či nikoli, je považován za právně neschopného klást odpor a poskytnutí služby by bylo z právního hlediska bráno jako zneužití, jelikož takový klient není schopný se bránit. (Šídová, 2013)

### 1.3.2 Vzdělání sexuálních asistentů

Dle různých autorů se požadavky na vzdělání sexuálních asistentek a asistentů liší, v mnoha bodech se ale shodují. Sexuální asistenti/ky by měli například mít speciální vzdělání v pečovatelské a pedagogické oblasti, měli by být

vzdělání i "psychologicky, fyziologicky a mít znalosti z ošetrovatelství, aby mohli s handicapovanými zacházet odpovědně." (Šídová, 2013, s. 127) Měli by mít znalosti i z práva, především trestního (sexuální zneužívání a sebeurčení), občanského a opatrovnického, ale i schopnost vytvořit kontrakt nebo smlouvu. Mezi další dovednosti patří i vědomosti o sexuálních dysfunkcích, o technikách podporující rozvoj sexuality a o novinkách na erotickém trhu.

Zájemci o profesi sexuálního asistenta musejí úspěšně projít dotazníkovým šetřením a následně hodinovým rozhovorem, ve kterém je potřeba zjistit, zda má zájemce jasně vytyčené sexuální hranice a zda si na klientech nebude něco kompenzovat. (Zprávy aktuálně, Na pozici sexuálního asistenta se přihlásilo 40 lidí. Pomáhat budou nově i dva muži) Tuto činnost nesmějí dělat na hlavní pracovní poměr, aby nevznikl ekonomický tlak na sexuální asistenty a aby hlavní motivací nebyla finanční odměna.

V České republice je momentálně 17 aktivních sexuálních asistentů a asistentek, kteří prošli půlročním školením týkající se speciální pedagogiky a poradenství sociálně zdravotních služeb. (Idnes, Sexuální asistenci poskytují v Česku nově i muži. Jsou zatím jen dva; Liberecká drbna, Česko má první dva mužské sexuální asistenty) Školení zahrnovalo i čtyři dny kurzu *Intimní a sexuální asistence u osob s handicapem* pod záštitou švýcarské neziskové organizace InSeBe v rozsahu 32 hodin pod vedením Ericha Hasslera a Evy Zylka, a tři dny kurzu *Od srdce k tělu* pod vedením Catherine Agthe Diserens ze švýcarské organizace SEHP v rozsahu 24 hodin. Následovalo i školení týkající se erotických pomůcek vedené sexuoložkou Nadiou Morand z Francie. Po absolvování těchto školení a podepsání Etického kodexu byl účastníkům vydán certifikát o absolvování kurzu sexuální asistence. (Sexuální asistence, Seznam vyškolených sexuálních asistentek; Sexuální asistentka, Sexuální asistentka) Úspěšní účastníci po absolvování tohoto kurzu mohou sami ještě podstoupit různé certifikace, které jim pomohou rozšířit okruh jejich působnosti v jejich profesi. Jedná se například o kurz tantrických masáží, kurzy týkající se sexuality seniorů, spirituální kurzy zabývající se sexuální energií a podobně. Sexuální asistentky a asistenti by měli navštěvovat supervize a docházet na doplňující školení. Celé toto půlroční školení získalo akreditaci od

ministerstva práce České republiky. (Idnes, Sexuální asistenci poskytují v Česku nově i muži. Jsou zatím jen dva)

### 1.3.3 Průběh sexuální asistence

Sexuální asistent nebo asistentka je nejčastěji oslovena samotným klientem, v menší míře rodinou klienta nebo pracovníky zařízení, které o to požádá klient (z důvodu spáchání trestného činu kuplířství). Klienti na internetových stránkách vyhledají kontakt na sexuální asistenty/ky a sami je osloví buď e-mailem nebo telefonicky. Pokud klient neovládá práci s počítačem nebo není schopný se zorientovat na internetu, pracovníci zařízení mohou klienty navést na webovou stránku Sexuální asistence, kde klient uvidí kontaktní údaje na všechny sexuální asistenty. Každý sexuální asistent má své privátní webové stránky, kde se klient může dočíst, jaké služby asistent nabízí, které naopak nenabízí, zda dojíždí za klienty i do jiných krajů nebo se klienti musí dopravit k nim, cenu služby, a tak podobně. Pokud se klient s asistentem/kou neznají již z předešlého setkání, předchází samotné sexuální asistenci "informační sezení", ve kterém klient představí své potřeby, svůj handicap, popřípadě medikaci a asistent/ka uvede na pravou míru své hranice a zda je schopen či schopna klientova přání a představy vyplnit. Po prvním sezení a předání základních informací se asistent/ka s klientem domluví kdy a kde k asistenci dojde. Sexuální asistenti jsou ochotni za klienty dojet domů, do pečovatelského domu, nebo se sejít někde na hotelu. Všechny náklady související se sexuální asistencí hradí klient, to znamená benzín, jízdenky nebo například pronajmutí pokoje. Toto informativní sezení trvá přibližně 30 minut a cenově se pohybuje v rozmezí 300-500 Kč. Na internetových stránkách některých sexuálních asistentů je napsáno, že pokud proběhne sexuální asistence ihned po prvním setkání, kde se oba domluví na pravidlech a dohodnou se, že k asistenci dojde, tak první schůzku neúčtují a účtují si pouze sexuální asistenci samotnou, jejíž cenu mají všichni sexuální asistenti stejnou, 1200Kč. Tuto cenu si klient platí sám a nedostává žádný příspěvek od zdravotní pojišťovny.

#### 1.3.4 Prostituce a potřeba sexuální asistence

Je pravda, že sexuální asistenti/ky bývají často i ženy nebo muži, kteří pocházejí ze sexbyznysu a sexuální asistenci se začali věnovat proto, aby si zvýšili svůj morální status. Měli bychom brát však v potaz, že tyto osoby tuto profesi berou jako opravdové zaměstnání a podnik, ve kterém pracují, za ně odvádí daně a pojištění. Tímto způsobem tyto osoby mohou dělat to, v čem jsou dobré nebo to, co chtějí dělat a přispět tím i společnosti. Ne každý může práci sexuální/ho asistenta/ky vykonávat. Je potřeba být trpělivý, empatický, umět naslouchat a mít jistý druh vzdělání, o kterém jsem psala o kapitolu výše. Hlavním rozdílem by mezi lidmi ze sexbyznysu a sexuálními asistenty/kami měl být motiv. U osob pracujících v sexbyznysu je to ekonomické hledisko, kdežto u osob pracujících jako sexuální asistent/ka by primárním motivem finance být neměly. Sexuální asistence by měla být vykonávána s úctou a respektem a hlavním motivem by měl být klient, vybudování jeho vztahu ke své vlastní sexualitě, ke svému tělu a k sobě samému a budoucímu partnerovi. Navíc sexuální pracovnice/íci osoby se zdravotním handicapem často odmítají, sexuální asistence tedy zapotřebí je a vzdělání asistentů/ek by mělo zajistit její profesionalitu. (Miluj mě, jestli to dokážeš; Šídová, 2013) *Není možné nadále sexualitu těchto osob přehlížet, protože "Nenaplněná sexualita může vést k fyzickým a psychickým problémům. Lidé mohou být frustrováni, depresivní, cítit úzkost či naopak agresi, která může být zaměřena vůči sobě či vůči druhým lidem. Nenaplněná sexualita může také vést ke snížení sebevědomí a negativnímu vztahu ke svému tělu."* (Sborník příspěvků z 29. Celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů, 2017)

#### 1.3.5 Etický kodex

Etický kodex je stručný souhrn doporučení sexuálními asistentům a

asistentkám, kterými by se měli řídit při jednání s klientelou, aby byly zajištěny služby na co nejvyšší možné úrovni. Všeobecný etický rámec se opírá o zásadu vzájemné úcty mezi poskytovatelem/kou služby a klientem/kou, uvědomění si role třetích osob při realizaci sexuální asistence, respektování intimního charakteru této služby a klienta/ky samotné/ho, dodržování platných zákonů a o zásady ochrany zdraví protagonistů a protagonistek.

Ve stručnosti se pracovník/ce sexuální asistence zavazuje ctít základní etické normy; respektovat autonomii, sebeurčení a důstojnost klienta; neiniciovat, nepodporovat a neudržovat citový vztah s klientelou; dodržovat povinnost mlčenlivosti a být diskrétní v takové podobě jak chápe právo profesní tajemství (platí i pro klientelu); dodržovat základní pravidla tělesné hygieny a nosit čisté oblečení (platí i pro klientelu); chránit sebe i zákazníky/ce před pohlavně přenosnými i jinými chorobami (včetně antikoncepce); získat svobodný a informovaný souhlas klienta/ky a to před každou asistencí (v případě nejasného souhlasu se informovat u třetí osoby - rodiny, pečovatele, ..); identifikovat potřeby klienta/ky a představit své hranice a limity služeb; nepoškodit klienta v žádném směru.

Tento etický kodex je dobrovolným závazkem sexuálních asistentů a asistentek a měl by být zárukou kvality poskytovaných služeb. Byl sepsán neziskovou organizací Rozkoš bez rizika za pomoci zahraniční organizace SEHP, která se věnuje sexuální asistencí ve Švýcarsku. (Freya, Etický kodex)

### 1.3.6 Legislativa a sexuální asistence

V České republice stejně jako v Německu je sexuální asistence brána jako prostituce. V obou případech se jedná o nabídku sexuálních služeb za úplatu a na druhu klientely nebo motivu takového činu nezáleží. Proto pro sexuální asistenci platí stejné podmínky jako pro prostituci - není zakázána, ale ani tolerována. To znamená, že stát nemůže nikomu zakázat, aby prodával své tělo a s ním spojené služby, ale může ji stíhat za doprovodné jevy. Mezi tyto jevy patří například

kuplířství, definované v § 189 trestního zákoníku: "*Kdo jiného přiměje, zjedná, najme, zláká nebo svede k provozování prostituce, nebo kdo kořistí z prostituce provozované jiným, bude potrestán odnětím svobody ...*", nebo prostituce, která je provozována " *v blízkosti školy, školského nebo jiného obdobného zařízení nebo místa, které je vyhrazeno nebo určeno pro pobyt nebo návštěvu dětí*" dle §190 trestního zákoníku. (Zákon č. 40/2009 Sb., § 189-190)

### 1.3.7 Sexuální asistence v zahraničí

Sexuální asistence je oficiálně a legálně nabízena ve Spojených státech amerických, ve Velké Británii, Austrálii, Německu, Švýcarsku, Rakousku, Finsku, Dánsku, Belgii a Itálii. (Vozičkář, Sexuální asistence - Tady a teď?)

#### **Německo**

Aktivní sexuální asistence v Německu je z právního hlediska to samé jako prostituce. "*Pod pojmem prostituce chápe německé zákonodárství výkon sexuálních činností za předem domluvenou úplatou.*" (Šídová, 2013, s. 130) "*Díky Zákonu o regulaci právních vztahů osob v prostituci (Zákon o prostituci, zkráceně též ProstG) je od roku 2002 prostituce chápána jako legální zaměstnání či podnikání. ... Povinnost platit daně existovala i před přijetím Zákona o prostituci.*" (Šídová, 2013, s. 12) Cílem Zákona bylo odstranit právní znevýhodnění osob pracujících v sexbyzbysu, zlepšit jejich pracovní podmínky, začlenit je do systému sociálního zabezpečení, zlepšit příležitosti pro osoby, které se rozhodnou ze sexbyzbysu odejít (tzv. exitové programy) a v neposlední řadě i "vzít kriminálním jevům půdu pod nohama". "*Prostituce v Německu tedy může být vykonávána v zaměstnaneckém poměru i jako samostatně výdělečná činnost, a to od 18 let věku. Osoby ze sexbyzbysu mají právo domáhat se platby za poskytnuté služby (jak u zákazníka, tak u provozovatele podniku), včetně žaloby u soudu.*" (Šídová, 2013, s. 14)

Sexuální pracovnice a pracovníci nebo v tomto případě i sexuální asistentky

a asistenti nemají povinnost se registrovat jako osoby pracující v sexbyzbysu, nemají povinnost získat licence či podstupovat zdravotní prohlídky. Díky Infekčnímu zákonu přijatému v roce 2001 (Zákon o ochraně před infekcemi) mají hygienické úřady (někdy nazývané také jako střediska veřejného zdraví) povinnost zajistit bezplatné anonymní poradenství, prohlídky a testování na pohlavně přenosné choroby, a to i pro migrantky a osoby bez zdravotního pojištění. Tyto úřady mají navíc povinnost skrze terénní pracovníky vyhledávat osoby, které jsou ohroženy zvýšeným rizikem pohlavně přenosných chorob. (Šídová, 2013)

Sexuální asistent nebo asistentka se od sexuální pracovnice či pracovníka odlišuje certifikátem získaným v rekvalifikačním kurzu pořádaném organizací Pro familia, který se skládá z devíti modulů a každý z těchto modulů trvá čtyři hodiny. V tomto kurzu se sexuální asistent či asistentka naučí prevenci, hygieně, první pomoci, roli sexuálního asistenta/ky, znalosti tělesného postižení, rozpoznání různých projevů sexuality, a tak podobně. Vzdělání s možností získat certifikát sexuálního asistenta/ky nabízí i Institut pro nezávislost postižených (ISBB) v Trebelu. (Šídová, 2013)

Ceny sexuální asistence se v Německu pohybují okolo 120€ za hodinu a k tomu se samozřejmě přičítají náklady na cestu či hotel. (Šídová, 2013)

## **Nizozemí**

V některých městech v Holandsku je možné získat sociální příspěvek na sexuální asistenci ve výši až 80€. Tato dotace je ale přiznána jen ve velmi výjimečných případech. *"Základním předpokladem je nutnost přesvědčit příslušné sociální úřady o své sexuální a finanční nouzi. A to je leckdy velice obtížné. Řadu zájemců odradí třeba detailní intimní pohovor, který mnozí považují za ponižující a svým způsobem i diskriminující."* (Vozičkářské noviny, Sexuální asistence v Holandsku) Klient si může vybrat pouze ze tří speciálně proškolených organizací, pokud si vybere jinou organizaci, bude mu zamítnuta žádost o sociální dotaci. Problém je v tom, že ne všechny sexuální asistenti/ky nabízejí všechny sexuální



služby jako je klasický, orální nebo anální sex. Na perverzní praktiky se dotace například vůbec nevztahuje neboť jsou považovány za placený nadstandard. Průměrná cena služeb sexuálního asistenta/ky se pohybuje okolo 80€ za hodinu, zaleží na místě, čase a druhu požadovaných sexuálních praktik. (Vozičkářské noviny, Sexuální asistence v Holandsku)

Co se týče sexuálních pracovníků a pracovníků je situace obdobná jako v Německu, až na výjimku vztahující se k registracím a licencím. Instituce s nabídkou sexuálních služeb musejí mít v držení Obecní licenci pro veřejné domy. (Šídová, 2013)

## **Rakousko**

V Rakousku je situace, co se týče profesionálních sexuálních asistentů/ek, poněkud odlišná. Kodex chování sexuálních asistentek a asistentů říká, že „*Při výkonu certifikované sexuální asistence je jakýkoliv styk sliznice ZAKÁZÁN.*“ (Vozičkářské noviny, Sexuální asistence v Rakousku) V praxi to znamená, že při výkonu služby nesmí dojít k žádnému sexuálnímu styku, ať už k pohlavnímu, análnímu či orálnímu. Ke kontaktu sliznice dochází i při líbání, z toho důvodu není povoleno ani líbání mezi klientem/kou služby a sexuálním asistentem/kou. Služby sexuální asistence jsou zde plně hrazeny ze státní sociální podpory pro handicapované osoby starší 19 let. (Vozičkář, Chut' na sex zaplatí sociálka) (Vozičkářské noviny, Sexuální asistence v Rakousku)

Institut Alpha Nova s podporou štyrské vlády vytvořili učební program LIBIDA, který sestává z 10 samostatných výukových modulů. Kurz stojí 950€ a po jeho úspěšném absolvování účastník/ce získá certifikaci neboli úřední povolení k poskytování služby sexuální asistence. (Vozičkářské noviny, Sexuální asistence v Rakousku)

Ceny sexuální asistence se v Rakousku pohybují okolo 50€ za úvodní sezení trvající přibližně 30 minut, ve které sexuální asistent/ka vyjasní své hranice a klient/ka představí své touhy a očekávání. Samotná sexuální služba stojí okolo

100€/hodinu, nicméně jednotlivé sexuální úkony jsou cenově odstupňovány. V Rakousku se tedy neplatí pouze za čas strávený s asistentem/kou, ale i za konkrétní úkony, které si klient/ka může zvolit. (Vozičkářské noviny, Sexuální asistence v Rakousku)

## Švýcarsko

Ve Švýcarsku je situace podobná jako v Německu. Provozování prostituce a vlastnit erotický podnik je zde legální od roku 1992, trestné je samozřejmě kuplířství. To znamená, že organizace ve Švýcarsku mohou poskytovat klientům/kám kontakt na pracovníci/ka sexuální asistence, ale nesmějí smlouvy zprostředkovávat, schůzky domlouvat a profitovat jakýmkoliv způsobem z poskytnutí takových údajů. To znamená, že veškeré příjmy za službu sexuální asistence patří sexuální asistentce/ovi. (Šídová, 2013)

Vzdělání zde probíhá formou tříletého pomaturitního studia, ve kterém absolventi musí projít psychoterapií. Po úspěšném absolvování studia své povolání vykonávají buď jako zaměstnanci v nějakém zařízení či organizaci nebo docházejí za klienty/kami domů. (Šídová, 2013)

Pojišťovny ve Švýcarsku proplácejí okolo 80€ za službu. (Šídová, 2013)

### 1.4 Právo vést sexuální život

*"Žádný přímý vztah mezi postižením, inteligencí a sexualitou neexistuje."* (Šídová, 2013, s. 134) *"Člověk je za každých podmínek sexuální bytost a to bez ohledu na přítomnost ZP."* (Drábek, 2013, s. 14) Nicméně i přes tyto nepopiratelné fakty se setkáváme s bagatelizací tohoto tématu na úkor zdravotně znevýhodněných. Nejen lékaři, psychologové, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se tématem sexuality svých klientů a pacientů nezabývají. Dokonce i rodiče či opatrovníci samotného postiženého na toto téma většinou

nechtějí se svým dítětem diskutovat. V kontextu odmítání poskytování informací o sexualitě a otevřené komunikace s postiženým vznikají pocity deprese, frustrace a méněcennosti. Právě rodiče by měli být první, kteří informují svého potomka o sexualitě už od raného dětství, aby se takový člověk svou sexualitu naučil projevat v sociálně přijatelné podobě. Rodiče jsou pro postiženého autorita, měli by se vzdělávat v tématu sexuality zdravotně postižených a neměli by propadat hyperprotekcí, jelikož pak dochází k nenaplnění práv sexuality a svobody volby. (Venglářová, 2013)

Sexualita je tabu i v rámci samotných sociálních služeb. I přesto, že organizace a zařízení poskytující sociální služby tvrdí, že nabízí svým klientům plnohodnotný život, naplnění sexuálních potřeb sociální služby zcela opomíjejí. *"Přitom je v dikci zákona o sociálních službách v § 88 uvedeno, že poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, jež umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva."* (Drábek, 2013, s. 31) Na nerespektování lidských práv - sexuálních práv a sexuálních potřeb - v domovech sociálních služeb v České republice upozorňuje i Štěrbová. (Mandzáková 2013) *"Většina zařízení nevytváří podmínky k realizaci sexuálního a partnerského života klientům s těžším MP a tím dochází k porušování jejich sexuálních práv na svobodné vyjadřování sexuality."* (Mandzáková, 2013, s. 91) V některých domovech sociálních služeb dle výzkumu Mandzákové z roku 2011 dochází dokonce k aktivnímu zabraňování styku s opačným pohlavím a to z důvodu prevence nechtěného těhotenství. V rámci prevence před nechtěným oplodněním bylo ve stejném výzkumu zjištěno, že se i v současnosti využívá sterilizace, která je s etikou neslučitelnou formou zabránění početí. (Mandzáková, 2013) Dle Mitlöhnerna *"tabuizovat, odsuzovat, nebo dokonce znemožňovat lidem s mentálním postižením právo na sexuální život je ze strany těch, kdo tak činí, jednáním protiprávním. Je možné pochopit, že okolí osob s mentálním postižením se může dostat a také se dostává do těžkých situací, ale to nic nemění na faktu, který byl právně formulován."* (Mitlöhner in Mandzáková, 2013, s. 30)

**Pro přehled bych zde ráda uvedla několik dokumentů, které se přímo týkají**

### **sexuálních práv osob se zdravotním postižením:**

Všeobecná deklarace lidských práv (Charta OSN, 1948)

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Rada Evropy, 1950)

Evropská sociální charta (Rada Evropy, 1961)

Deklarace práv mentálně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 1971)

Deklarace práv zdravotně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 1975)

Deklarace sexuálních práv (Valencie, Španělsko, 1997)

Úmluva o právech dítěte (OSN, 1989)

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (Valné shromáždění OSN, 1993)

Světový akční plán (1994)

Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF (IPPF, 1995)

Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (1996)

Deklarace sexuálních práv (Valencie, Španělsko, 1997)

Sexuality Position Statement (The Arc of the United States, 2004)

(Kozáková, 2013; Mandzáková, 2013; Štěrbová, 2009)

*"Ze všech výše citovaných rezolucí a deklarací jednoznačně vyplývá, že člověk se ZP má stejná práva jako jakýkoliv jiný občan, tedy i právo na partnerský a sexuální život." (Kozáková, 2013, s. 12) Je třeba si uvědomit, že "Lidé s mentální retardací jsou v trojím obklíčení: jsou lidmi, kteří potřebují nejvíc základního plánovaného vzdělání v oblasti sexuality a kteří ho obdrží nejméně a kteří jsou trestáni společností za to, co ostatní vědí." (Kempton in Štěrbová, 2009, s. 51)*

## 2 Postup a výzkumné metody

V této kapitole se budu věnovat tématům souvisejícím s průběhem výzkumu mé diplomové práce. Vysvětlím zde, proč jsem si zvolila téma sexuální asistence a co bylo cílem mého bádání. Stručně popíšu metody šetření a sběru dat, výběr respondentů jako cílové skupiny mé práce a místo výzkumu.

### 2.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak se na sexuální asistenci u osob se zdravotním postižením dívají samotní sociální pracovníci/ce a pracovníci/ce v sociálních službách. Doufám, že za pomoci tří dílčích výzkumných otázek, které konkrétněji zmiňuji v následující kapitole, se mi podaří zodpovědět svou hlavní výzkumnou otázku, která je zároveň tedy i cílem této závěrečné práce.

Téma sexuální asistence jsem si vybrala z osobních důvodů, jak jsem zmínila již v úvodu. V rodině máme mentálně postiženého mladého muže, pro kterého je toto téma aktuální a pravděpodobně bude aktuální i nadále. Situace sexuální frustrace je prozatím tlumena medikamenty s různými vedlejšími účinky jako jsou například výrazné změny nálad s častou agresí a depresí, celková apatie a přibírání na váze.

### 2.2 Výzkumné otázky

Nejdříve jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku, kterou chci v mé závěrečné práci zodpovědět a následně z toho vyčlenila několik málo dílčích výzkumných otázek, které mi pomohou tento úkol splnit.

#### **Dílčí výzkumná otázka číslo 1**

První dílčí otázka „*Jaká je informovanost pracovníků a pracovníc v sociální*

*oblasti o nově nabízené službě sexuální asistence?“ se zabývá především fakty, které respondenti a respondentky znají ohledně sexuální asistence nabízené ať už v České republice nebo v zahraničí. Zda vědí, že taková služba vůbec existuje, kdo ji nabízí, co je to za typ službu a co konkrétně nabízí. Zda mají tušení, komu je taková služba nabízena a proč. Budu se vyptávat, zda se sami zajímají i o detailnější informace jako jsou například webové stránky, kde mohou najít kontakt na poskytovatele těchto služeb, kolik sexuálních asistentů a asistentek v České republice momentálně působí, kolik stojí taková služba a jestli je více typů forem této služby nebo ji automaticky spojují s pohlavním stykem.*

Je dost možné, že sociální pracovníci a pracovníce v sociálních službách pracující s cílovou skupinou nemají tušení o možnosti využití sexuální asistence nebo tušení mají, ale odmítají se hlouběji zabývat, jak taková služba funguje a s klienty o ní vůbec nemluví a nepodávají jim o takové službě žádné informace například z důvodu domnění, že služba sexuální asistence by nemusela být úplně profesionální. Tato služba v České republice navíc funguje teprve od roku 2015 a dotýká se citlivého tématu jako je sexuální život lidí s handicapem. V nedávné době se toto tabuizované téma začalo poprvé řešit veřejně i přesto, že již předtím existovaly odborné publikace bořící mýty o sexuálním životě handicapovaných jedinců.

Sociální pracovníci/ce a pracovníci/ce v sociálních službách se také mohou domnívat, že sexuální asistenti/ky nejsou dostatečně vzděláni v zacházení s takovou cílovou skupinou nebo že kurz je nedostatečný a mohlo by dojít k ohrožení jak klienta tak poskytovatele sexuální asistence. V případě nějaké kolize, konfliktu by mohlo dojít k ohrožení fyzického stavu u obou aktérů, jednak ze strany klienta jako agresora, protože by se mohl vylekat, druhak za strany aktéra sexuální asistence, kdy nebude s klientem zacházet adekvátním způsobem a mohl by mu následně ublížit i psychicky.

## **Dílčí výzkumná otázka číslo 2**

Co se týče poskytování služby sexuální asistence vyvstávají zde různá etická dilemata, se kterými přijdou do styku jak rodiny handicapovaného člověka, tak

sociální pracovníci a pracovnice v sociálních službách. Tímto problémem se zabývá má druhá dílčí otázka „*Mají sociální pracovníci nebo pracovnice v sociálních službách nějaká etická dilemata, co se týče nabízení služby sexuální asistence? Jaké u nich panují nejčastější obavy?*“

Někteří sociální pracovníci mohou mít obavy z negativních důsledků takové asistence, jelikož někteří klienti nemají žádné sexuální zkušenosti a u některých by to mohlo vyvolat špatné či smíšené pocity nebo dokonce i zhoršení stavu. Klienti to mohou chtít vyzkoušet, ale mohlo by to dopadnout špatně a sociální pracovník/ice s ním bude muset pracovat o to intenzivněji, aby napravila vzniklé „škody“. Některé ze sociálních pracovníc či pracovníků v sociálních službách by mohli službu považovat za nemorální, protože zde chybí partnerský dlouhodobý vztah a jde pouze o sexuální akt. Toto dilema vzniká například u věřících pracovníků, kteří by takovou službu mohli zcela zapovědět a klientům úmyslně zamlčet z přesvědčení své víry.

Sociální pracovníci a pracovnice v sociálních službách také mohou mít problém s informováním o takové službě, protože se snaží chránit své klienti před zneužitím nebo špatnou zkušeností. Mohla by vyvstat obava, že sexuální asistent/ka by mohl nějakým způsobem klienta zneužívat nebo využívat – mohla by ho obírat o peníze, nadsazovat cenu, úmyslně u klienta vyvolat psychickou nebo i fyzickou závislost, aby si do budoucna zajistila zdroj příjmu peněz a to by na psychiku klienta nemělo dobrý vliv. Problém může přijít ale i z opačné strany, ze strany klienta. V takovém vztahu, jaký je mezi klientem a sexuální asistentkou či asistentem, a který funguje na bázi intimního styku, panuje hrozba, že se jeden do druhého zamilují. Jedná se tedy o to, že by klient správně nepochopil, že vztah mezi ním a sexuálním asistentem/kou, který zahrnuje i intimní chvíle, má čistě a pouze obchodní charakter.

V neposlední řadě zřizovatelé sociálních služeb mohou mít strach, jak by klient v tak intimní chvíli mohl zareagovat. Reakce lidí s mentálním nebo duševním onemocněním jsou dopředu nevyzpytatelné, proto zacházení s nimi v takové oblasti, se kterou nepřicházejí do styku denně a není pro ně všední záležitostí, by mělo být více než obezřetné.

### Dílčí výzkumná otázka číslo 3

Má třetí a poslední dílčí otázka „*Mají uživatelé sociálních služeb prostor/dostatek soukromí pro uspokojení vlastní sexuality nebo je jim upírána?*“ se vztahuje k sexualitě jako lidské přirozenosti a základní lidské potřebě. Zajímá mě, zda lidé pracující v sociální sféře považují sexuální život za součást života, po kterém člověk pudově touží, když se mu jej nedostává. Běžným standardem stacionářů, ústavů a dalších institucí, které se věnují problematice handicapovaných jedinců, bývá zajištění dostatečného příjmu zdravé potravy a tekutin, základní hygieny a spánku. To jsou bezesporu ty nejdůležitější základní potřeby a předpoklady k přežití člověka. Nicméně jsou tu i jiné potřeby, bez kterých člověk přežije, jako je třeba sexuální pud. Řada těchto institucí slibuje při poskytování sociálních služeb důsledné dodržování lidských práv, základních svobod a zachování důstojnosti, individuální přístup k uživatelům služeb a respektování jejich potřeb. Dle odborné literatury však tyto uživatelé trpí nedostatkem soukromí. Proto jsem zařadila tento problém jako dílčí otázku, jelikož úzce souvisí s tématem sexuální asistence. Chci prozkoumat, jak se na tuto lidskou přirozenost dívají sami sociální pracovníci a pracovníce v sociálních službách, zda si myslí, že by služba sexuální asistence měla být nabízena externě v rámci standardních služeb sociální péče nebo zda je to záležitost rodiny, zda tuto situaci neřeší vůbec nebo podávají tlumící medikaci a jak se aktuálně potýkají s problémem nedostatku privátního prostoru.

### Transformační tabulka hlavního cíle do výzkumných otázek

<b>Hlavní výzkumná otázka:</b> „ <i>Jak se na sexuální asistenci dívají sociální pracovníci/ce a pracovníce/ci v sociálních službách?</i> “	
<b>Dílčí výzkumné otázky</b>	<b>Tazatelské otázky</b>
	Slyšel/a jste někdy o sexuální asistenci? Pokud ano, tak co? Kdo ji zastřešuje? Jaké jsou druhy asistence? Kolik sexuálních asistentů působí v ČR? Kolik tato služba stojí?



<i>Jaká je informovanost pracovníků a pracovníc v sociální oblasti o nově nabízené službě sexuální asistence?</i>	Komu by taková služba podle Vás měla být nabízena a proč a komu naopak nikoliv?
	Jak by podle Vás měli být sexuální asistenti proškolení? Co by takové školení či kurz měl zahrnovat?
<i>Mají sociální pracovníci nebo pracovníce v sociálních službách nějaká etická dilemata, co se týče nabízení služby sexuální asistence? Jaké u nich panují nejčastější obavy?</i>	Vidíte zde nějaké překážky či rozpor s etikou v poskytování sexuální výpomoci handicapovaným osobám, popřípadě s Vaším osobním morálním postojem?
	Kdo si myslíte, že by tuto službu měl nabízet? Jaká kritéria by podle Vás měl splňovat?
	Někteří lidé sexuální asistentky srovnávají s prostitutkami, jaký na to máte názor Vy?
	Jak se na službu sexuální asistence koukáte Vy osobně jako člověk? Jaký na ni máte celkově názor?
<i>Mají uživatelé sociálních služeb prostor/dostatek soukromí pro uspokojení vlastní sexuality nebo je jim upírána?</i>	Jakým způsobem se podle Vás dnes řeší sexuální frustrace u handicapovaných osob? Pokud máte osobní zkušenosti, povězte mi je prosím.
	Jak řešíte problém s osobním prostorem klienta? V literatuře jsem se dočetla, že instituce starající se o klienty nemají/neposkytují dostatek soukromí klientům, co se týče sexuálního uspokojení.
	Dnes se hodně hovoří o sexualitě jako lidské přirozenosti a základním lidském pudu. Jaký na to máte názor?

Zdroj: Vytvořeno autorkou

Mojí hlavní výzkumnou otázkou tedy je „*Jak se na sexuální asistenci dívají sociální pracovníci/ce a pracovníce/ci v sociálních službách?*“ První dílčí výzkumná otázka, která má za úkol zjistit úroveň informovanosti o službě, zní „*Jaká je informovanost pracovníků a pracovníc v sociální oblasti o nově nabízené*

*službě sexuální asistence?“ Druhá dílčí výzkumná otázka zabývající se etikou a morálními postoji vůči službě sexuální asistence zní „Mají sociální pracovníci nebo pracovníce v sociálních službách nějaká etická dilemata, co se týče nabízení služby sexuální asistence? Jaké u nich panují nejčastější obavy?“ A třetí dílčí výzkumná otázka týkající se ne/dostatku soukromí a sexuální frustrace zní „Mají uživatelé sociálních služeb prostor/dostatek soukromí pro uspokojení vlastní sexuality nebo je jim upírána?“*

### 2.3 Cílová skupina

Respondenti-sociální pracovníci/ci a pracovníci/ce sociálních služeb se skládají jednak z organizací pečujících o zdravotně handicapované, ale i z organizací, kteří nemají s cílovou skupinou sexuální asistence nic společného a nemají s prací s ní žádné zkušenosti a to z důvodu možných předsudků panujících na veřejnosti jak odborné tak laické.

Původní plán byl dotazovat se pouze sociálních pracovníků a pracovníc, nicméně během výzkumu jsem zjistila, že názory, pohledy a odpovědi pracovníků/ic v sociálních službách jsou stejně přínosné, jelikož jsou taktéž v denním kontaktu se zdravotně postiženými, pro které je služba sexuální asistence určena.

### 2.4 Metody šetření a zpracování dat

Abych se co nejlépe přiblížila zodpovězení hlavní výzkumné otázky, zvolila jsem kvalitativní výzkum. Na výběru sehrála významnou roli i důležitost rozhovoru, aby se sociální pracovníci/ce a pracovníci/ce sociálních služeb mohli rozprávět a díky těmto výpovědím jsem se mohla dopátrat i jiných zjištění než těch, která předpokládám. Typ rozhovoru jsem zvolila polostrukturovaný, pro lepší orientaci, a protože mi přijde v takovém šetření nejvhodnější. Nevýhodou je časová

náročnost jak rozhovorů samotných, jejich přepis a následná analýza, tak i navození důvěry mezi mnou a zpovídanými respondenty. Bylo potřeba zajistit, aby se nebáli mluvit otevřeně a upřímně o poměrně tabuizovaném tématu a aby mi sdělili co nejvíce podstatných informací pro můj výzkum.

Všechny respondenty jsem nejdříve seznámila s tím, kdo jsem, odkud jsem, co a proč dělám, zhruba jak dlouho bude trvat náš rozhovor a ujistila je o naprosté anonymitě jejich identity vůči mé práci. Požádala jsem je, zda si mohu náš rozhovor nahrát z důvodu autenticity a kvality zpracování při pozdější analýze. Každý z respondentů s takovým postupem souhlasil.

## 2.5 Místo výzkumu

Místo průběhu rozhovoru bylo pokaždé jiné. Záměrně jsem vybírala místa, kde se nesoustřeďuje vysoký počet lidí kvůli tématu mé diplomové práce – mohlo by to zkreslit odpovědi respondentů a respondentek, kdyby si mysleli, že je někdo může zaslechnout nebo že mohou potkat někoho jim známého. Občas ale rozhovor proběhl i na rušném místě, jelikož si respondent/ka zde se mnou domluvili schůzku. Jednou to bylo i v baru v odpoledních hodinách. Naštěstí nás nikdo nerušil a rozhovor se nahrál kvalitně, čehož jsem se obávala nejvíce, jelikož bar byl poměrně plný lidí a sousední stoly byly dost hlučné. Jiný rozhovor proběhl opět v odpoledních hodinách v parku, kde bylo hodně lidí s dětmi. Nakonec jsem navrhla se přesunout na klidnější místo v parku, abych zamezila rozptýlení respondenta kolemjdoucími a rodinami sedícími poblíž, až se budu ptát na otázky intimnějšího rázu.

Všechny rozhovory se udály odpoledne mezi 15. a 21. hodinou, pravděpodobně z pracovní vytíženosti v dopoledních hodinách z obou stran, jak z mojí, tak ze strany respondentů. Žádné rozhovory neprobíhaly ani o víkendu. Bylo tomu asi tak, že o víkendu chtěli respondenti trávit čas s rodinou a neobtěžovat se dojížděním do města kvůli rozhovoru nebo celkově zodpovídáním otázek, které se týkají jejich práce.

Některé rozhovory proběhly i u mě doma. Jeden respondent a jedna respondentka ke mně přišli domů a rozhovor proběhl u mě. Pro mě to byla vítaná varianta, jelikož jsem nemusela nikam chodit, nebyli jsme nikým rušení a respondenti to měli cestou z práce. Samotný rozhovor nebyl nikdy delší než 35 minut.

Vzhledem k tomu, že žijeme v 21. století, stalo se mi, že někteří respondenti a respondentky, zvláště ti, kteří nebydleli v Královehradeckém kraji, chtěli rozhovor uskutečnit skrze videochat. Vyšla jsem jim vstříc, jelikož jsem v tom žádný zásadní problém neviděla. Důležité pro mě bylo, že splňovali kritérium mého výzkumného vzorku. Při těchto rozhovorech nastávaly občas komplikace ze začátku rozhovoru, že jsme jeden druhého neslyšel. Po doladění mikrofonu ale vše běželo jak má.

## 2.6 Výzkumný vzorek

Můj výzkumný vzorek se skládá z mužů a žen pracujících v sociální oblasti buď jako sociální pracovníci/ce nebo pracovnice/ci v sociálních službách. Většinu jsem znala osobně už před výzkumem, ale jsou zde i tací, s kterými jsem udělala rozhovor na doporučení známých, jelikož věděli, že sháním právě tento typ lidí. Téměř nikdo neměl problém odpovídat na mé otázky, až na jednoho respondenta, který než se zcela otevřel, chvíli mu to trvalo. S odmítnutími jsem se setkala také. Byli to lidé doporučení mými známými. Pravděpodobně protože mě neznali, nechtěli se o takto delikátním tématu bavit. Většinou se vymluvili na to, že o tom nic nevědí a že by rozhovor byl k ničemu.

### Složení výzkumného vzorku

jméno/označení	pohlaví	věk	zkušenosti s handicapem	pozice
R1	muž	31-40	ano	PSS
R2	žena	41-50	ano	PSS

R3	žena	21-30	ano	SP
R4	muž	21-30	ne	PSS
R5	žena	31-40	ne	SP
R6	žena	31-40	ne	SP
R7	žena	21-30	ano	PSS
R8	žena	21-30	ano	SP
R9	muž	41-50	ano	PSS
R10	žena	21-30	ano	SP

Zdroj: *Vytvořeno autorkou*

## 2.7 Rozhovory a pozorování

V této kapitole bych ráda stručně shrnula průběh rozhovorů s jednotlivými respondenty a respondentkami, místo setkání a pozorování jejich reakcí na mé dotazy. Zahrnu sem i velmi strohou definici obsahu jejich práce.

Všechny rozhovory se odehrávaly v květnu a červnu v odpoledních hodinách a probíhaly v Královéhradeckém kraji. Pokud se některý z mých respondentů momentálně nacházel v jiném kraji a nebylo možné se s ním v nejbližší době setkat osobně, rozhovor byl proveden přes videochat pomocí sociální sítě Facebook a zaznamenán pomocí diktafonu na mobilním zařízení.

Všichni účastníci rozhovoru byli informováni o naprosté anonymitě, dobrovolnosti a účelu pořízení nahrávky.

### **R1**

Pracovník v sociálních službách, muž, 31-40 let

S respondentem číslo jedna se znám již několik let. Svou praxi vykonává v zařízení určené pro seniory. Jeho náplní práce je obstarávání základních potřeb jako je třeba zajištění osobní hygieny uživatelů služeb, pomoci s příjmem potravy, oblékání seniorů nebo pobyt na čerstvém vzduchu a být nápomocen u jiných

volnočasových aktivit. S plánováním termínu rozhovoru nebyl žádný problém, sešli jsme se na zahrádce jednoho baru, kde téměř nikdo nebyl. Na mé dotazy odpovídal velmi otevřeně, hovořit na téma sexuální asistence se nebránil. Uvolněnou atmosféru si zdůvodňuji tím, že se s respondentem známe dlouho a o mém výzkumu pro závěrečnou práci věděl předem. Navíc o tématu sexuality mentálně postižených jsme se bavili již dříve, jelikož v rodině tento problém aktivně řešíme.

## **R2**

Pracovnice v sociálních službách, žena, 41-50 let

S touto respondentkou se znám také dlouho, tudíž atmosféra probíhala ve stejném duchu jako s respondentem číslo jedna. Jediný rozdíl vidím v tom, že se respondentka předtím aktivně o sexuální asistenci nezajímala, pouze o ní zaslechla a po rozhovoru se mě na mnoho věcí doptávala a žádala více informací včetně webových stránek a podobně. Respondentka číslo dvě pracuje s mentálně a zdravotně handicapovanými osobami, náplň práce je obdobná jako u respondenta číslo jedna. Z pozorování respondentky se mi zprvu zdálo, že na toto téma příliš hovořit nechce. Možná proto, že jsme spolu dříve na toto téma nikdy nehovořily a dlouho jsme se neviděly. Oslovila jsem ji až na základě potřeby rozhovoru a nakonec s rozhovorem svolila i přesto, že se jí zdálo že není kompetentní k tomu cokoliv říct. Nakonec se respondentka po chvíli otevřela a ke konci, zvláště v části, kdy se vyptávala na tuto službu, byla zcela uvolněná. Rozhovor probíhal v prostorách restaurace, kde bylo trochu rušno, ale slyšely jsme se dobře a rozhovor se nahrál v dobré kvalitě.

## **R3**

Sociální pracovnice, žena, 21-30 let

Respondentku číslo tři znám zhruba dva roky. Vybrala jsem si ji záměrně, jelikož jsem o ní věděla, že když poprvé slyšela o sexuální asistenci, přirovnala ji k jakémusi druhu prostituce. Rezolutně tuto službu odmítala. Proto jsem do svého výzkumu chtěla zahrnout osobu, které na tuto službu bude mít jiný než pozitivní nebo neutrální pohled. Nicméně tento názor se změnil. Jednalo se nejspíše o prvotní

reakci neinformovanosti a s postupem času, kdy se o této službě dozvěděla více, jak se ukázalo v rozhovoru, už k této službě nemá negativní postoj. Respondentka číslo tři pracuje s osobami s duševním postižením a jak sama říká, sexuální frustrace se u klientů objevuje převážně z důvodu vedlejších účinků podávané medikace, ale aktivně ji sama řešit nemůže. Větší problém vidí ve ztížených podmínkách uživatelů služeb navázat partnerský vztah z důvodu onemocnění. Rozhovor probíhal skrze videochat, jelikož respondentka již nežije ani nepracuje v Královehradeckém kraji.

#### **R4**

Pracovník v sociálních službách, muž, 21-30 let

Respondenta číslo čtyři znám tři roky. V zaměstnání se věnuje cílové skupině lidí jak s fyzickým tak mentálním handicapem. Spolu s klienty vytváří různé výrobky a akce pro veřejnost. Sexuální frustrace klientů podle něj není jeho záležitostí, ale rodiny. Tam by i měli řešit prostor. Na osvětu na pracovišti nemají časovou kapacitu. Rozhovor probíhal u respondenta doma a díky tomu, že bydlíme blízko, jsme na to měli dostatek času i soukromí.

#### **R5**

Sociální pracovnice, žena, 31-40 let

Respondentka číslo pět pracuje s lidmi bez domova. Obsahem její práce je pomáhat klientům řešit jejich bytovou i životní situaci včetně poradenství co se týče hospodaření s financemi, dluhové pasti nebo hledání si zaměstnání. S touto respondentkou se blíže neznám, rozhovor s ní jsem udělala na doporučení mé známé, respondentky číslo šest, která mi na ni předala kontakt. Respondentce jsem vysvětlila, proč rozhovor chci dělat, za jakým účelem a proč bych si ho ráda nahrála. V případě anonymity souhlasila. Atmosféra byla na profesionální úrovni. Na mé dotazy odpověděla, ale sama se příliš nerozpovídala. Mohlo to být i tím, že s její profesí, kterou vykonává v azylovém domě, to přímo nesouvisí nebo i tím, že rozhovor probíhal trochu netradičně – cestou z práce respondenty domů, tudíž za chodu.

## **R6**

Sociální pracovnice, žena, 31-40 let

Respondentka číslo šest má mnoho znaků společných s respondentkou číslo pět. Pracují obě s lidmi, kteří ztratili domov. Náplň práce je tedy velmi podobná ne-li stejná, i přesto, že nepracují ve stejném zařízení. Tuto respondentku znám osobně od svých desíti let, tudíž atmosféra byla téměř rodinná a rozhovor probíhal u mě doma v kuchyni.

## **R7**

Pracovnice v sociálních službách, žena, 21-30 let

S respondentkou číslo sedm proběhl rozhovor také přes videochat, jelikož byla časově velmi vytížená a tento způsob se jí zdál nejlepší. Respondentku znám téměř 15 let, takže atmosféra nabyla opět rodinného charakteru. Do výzkumu jsem ji zařadila, jelikož vím, že ona i její rodina jsou silně věřící a zajímal mě její osobní názor na tuto službu. Tato respondentka pracuje v obdobném zařízení jako respondent číslo jedna a náplň její práce je pochopitelně velmi podobná.

## **R8**

Sociální pracovnice, žena, 21-30 let

S touto respondentkou se z nám ze studií, pracuje stejně jako respondentka číslo tři s osobami s duševním postižením. Rozhovor probíhal pomocí videochatu skrze sociální síť Facebook, jelikož respondentka byla jednak časově vytížená a domluvit rozhovor s ní nebyla lehká věc a za druhé nežije ani nepracuje na území Královehradeckého kraje. Vzhledem k tomu, že se známe, byl průběh rozhovoru přátelský a nic nebránilo o tématu sexuality hovořit otevřeně.

## **R9**

Pracovník v sociálních službách, muž, 41-50 let

S respondentem číslo devět se znám zhruba 10 let a dlouho jsme se neviděli, jelikož se odstěhoval z Hradce Králové a pak se sem v nedávné době zase vrátil.



Rozhovor se udál v parku na lavičce, kde jsme si domluvili sraz. Atmosféra byla příjemná, byli jsme nerušeni, akorát oba unavení nejspíše počasím a pozdní hodinou setkání. Tento respondent přichází do styku převážně se seniory i přesto, že zařízení, ve kterém pracuje je určeno i mladší uživatelům sociálních služeb. Jeho náplň práce je charakterem stejná jako u respondentů číslo jedna, dvě a sedm.

## **R10**

Sociální pracovnice, žena, 21-30 let

Respondentku číslo deset znám také ze školy, nyní pracuje s uživateli návykových látek. Rozhovor proběhl u mě doma a byl poměrně stručný. Je to dáno určitě tím, jak řekla sama respondentka, že téma sexuální asistence se jí v její praxi nedotýká, tudíž k tomu vyjádřila své názory a postoje a pouze se doptala na některé detaily, které ji zajímaly. Odpovědi byly přímé, stručné, ale věcné.

### 3 Deskripce výsledků

V této části se věnuji analýze výsledků rozhovorů a z nich získaných dat a informací od respondentů. K analýze a zpracování dat jsem si přehrála všechny rozhovory zaznamenané mobilním zařízením, a důležité pasáže, které se vztahovaly k mým dílčím výzkumným otázkám, jsem přepsala a přiřadila je k dílčí otázce.

#### 3.1 Rizika interpretace získaných dat

Je důležité zmínit, že téma sexuální asistence je ožehavé téma, které je v České republice nové a může se stát, že někteří lidé o tomto tématu nechtějí diskutovat. U dvou mých respondentů jsem z pozorování vycítila, že jim některé otázky nejsou zcela příjemné, proto mohlo dojít k přeformulování odpovědi respondenty tak, aby se vyhnuli přímé odpovědi a tím i zkreslení odpovědi na dílčí otázku. Dalším rizikem je i fakt, že jsem se s většinou respondentů znala osobně. Nicméně toto riziko považuji spíše za přínos, jelikož právě tito respondenti se zdáli nejvíce uvolnění a nebáli se hovořit otevřeně neboť věděli, že zachovám jejich anonymitu a nahrávky budou použity pouze pro zpracování mé závěrečné práce. U respondentů, s kterými jsem se příliš dobře neznala, bylo vidět, že v jistých situacích přemýšlejí, jak odpovědět profesionálně nebo jak odpovědět tak, aby nevypadali „hloupě“, tudíž se nejednalo o spontánní odpověď, ale o jistým způsobem upravenou odpověď.

#### 3.2 Interpretace výzkumných otázek

Zodpovězení hlavní výzkumné otázky „*Jak se na sexuální asistenci dívají sociální pracovníci/ce a pracovnice/ci v sociálních službách?*“ předcházejí tři dílčí výzkumné otázky a to interpretace výpovědí respondentů na otázky týkající se za prvé informovanosti ohledně sexuální asistence, jelikož hlavně informovanost a

znalost faktů může vytvořit plnohodnotný názor na problematiku sexuality handicapovaných osob. Lidé, kteří nejsou dostatečně informováni mohou tuto službu považovat za jakýsi druh prostituce a vykořisťování sociálně slabších. Za druhé názor na sexuální problematiku handicapovaných osob nepochybně vytvářejí i osobní postoje a názory v životě pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků. V tomto směru se nejedná tedy pouze o profesionální hledisko, kde se zaměstnanec zařízení bojí o uživatele služby, ale i o osobní dilema, zda klienta podpořit ve využití této služby a aktivně mu ji nabídnout. A za třetí zodpovím i otázku, zda mí respondenti považují sexualitu za přirozenou potřebu, která by neměla být upírána ani postiženým lidem, jelikož to může být forma diskriminace.

### 3.2.1 Interpretace výzkumné otázky číslo 1

Výzkumná otázka číslo jedna se týká informovanosti o službě sexuální asistence. Respondentů a respondentek jsem se ptala, zda již slyšeli o sexuální asistenci. Všichni o službě slyšeli. Na konkrétnější typ otázek ale už většina respondentů nebyla schopna odpovědět. Nikdo z nich nevěděl počet asistentů, organizaci, která ji zajišťuje, jak je služba hrazena ani druhy sexuální asistence. Pouze R3 zmínila, že: „*Důležitá je informovanost všech, aby všichni věděli, že tady ta možnost je, že není za co se stydět, že sexuální pudy máme všichni a je třeba je nějak uspokojit.*“

Zeptala jsem se, zda vědí, jakým školením sexuální asistenti/ky procházejí nebo jak by podle nich sexuální asistenti/ky měli být proškolení. R2 odpověděla: „*To právě nevím, jak je proškolený. Měl by to být vyškolený člověk. .... Určitě musí být diskrétnost na prvním místě, pak si myslím, že by měl mít nějaké psychologické testy, aby sám neměl nějaké sexuální problémy nebo úchylinky a myslím si taky, že by měl mít nějaké zkušenosti s tou cílovou skupinou než začne dělat tuto oblast. Měl by mít vzdělání a zkušenosti. Neměl by to dělat člověk z ulice. ... Takový člověk musí být empatický, nedělat to univerzálně.*“ R9 řekl: „*Měli by být prověřeni, proškolení, hygiena hlavně. Neměla by to být holka z ulice, ne prostitutka, ale*

*sociální pracovníce, člověk, kterej ví...ty lidi můžou mít třeba vady srdce. ... Hodily by se mi na to zdravotní sestřičky.“ R3: „Není to jenom práce s tělem, měl by něco vědět o těch cílových skupinách. Umím si představit sociálního pracovníka.“*

Když jsem se ptala, komu by služba měla být určena a komu naopak ne, R2 řekla: *“Určena by měla být těm, kteří fyzicky potřebují pomoc, ale mentálně jsou schopni si uvědomovat rizika...aby byl svéprávný, věděl, o čem je řeč. Třeba psychická porucha by někomu mohla ublížit, ale i tomu asistentovi. Může dojít k agresí...Tam třeba jenom nějaká osvěta.“* Naopak R8 měla jiný názor: *„Těm, kteří mají lehčí formu mentálního postižení... Nevím. Když bude mít chuť. Myslím si, že všem.“* R3 trápil problém s informovaným souhlasem: *“Aby klient byl svéprávný, aby to bylo schválený, po odsouhlasení opatrovníka. Ale pro všechny, co splňují právo na sebeurčení. Prostě rozumí tomu, co se jim děje, aby mentální retardace nebyla hluboká...“*

### **Shrnutí výzkumné dílčí otázky číslo 1**

Všichni respondenti kromě R2 se shodli na tom, že služba má být určena tedy jak fyzicky, tak mentálně i duševně postiženým, ale i seniorům. Nicméně informovanost o službě samotné byla špatná. Každý něco zaslechl, ale konkrétnější informace, i přesto, že pracuje s cílovou skupinou, nevěděl nikdo. Všichni se shodli na tom, že o sexuální asistenci neznají fakta, vědí toho málo a ve volném čase se tomu sami nevěnují. Každý ale řekl, že by uvítal minimálně letáček na svém pracovišti, který by o této službě klienty informoval:

R2: *„V propagačním letáku, když je tam odkaz na psychologa, logopeda, by mohl být odkaz na pracovníka co s tímhle pracuje. Jde taky o poptávku a proškolený lidí, není možný nabízet něco, co nemůžou splnit.“* R9: *„Mělo by to tam bejt v těch službách nabízený...najíst se, osprchovat a co dál?“* R3: *„Všude by mohl být nějaký leták. Když je klient nějak frustrovanej tak mu hnedka dávat leták.“* R10: *„Informovanost je nulová. Něco se dočteme v novinách, na internetu, ale ze strany zaměstnavatele nám to nikdo nějak nepodbíží. Navíc když s cílovou skupinou ani nepracujeme, tak nám je to asi ted'kom jedno. Až to budem potřebovat, tak si informace najdeme.“*

Jako jediná R8 přišla do styku se sexuální asistentkou osobně. Měla klienta, za kterým sexuální asistentka docházela do zařízení, kde pobýval. R8: „*Jedna paní mu tam chodila vypomáhat...vysloveně sexuálně.*“

### 3.2.2 Interpretace výzkumné otázky číslo 2

Má druhá výzkumná otázka se zabývala etickými dilematy a obavami z nabízené služby. Pokud jsem se ptala, zda respondenti spatřují nějaká rizika z užívání těchto služeb, R2 odpověděla: „*Nevýhoda je v tom, že si ke komukoliv můžou udělat vztah, ten kdo prostě nemá ty hranice, nemá možnost se seznámit s lidma a oni mají tu tendenci se k někomu upnout.*“ R9 reagoval: „*Určitě by tam mohlo něco vzniknout, klient se přimkne, bude to brát s láskou...*“ nebo R8 vyjádřila obavy, že „*Člověk, kterej má v sobě skrytý psychický problémy může klienty týrat, finančně je zneužít, fyzicky napadnout.*“ R3 dodala: „*Hlavně říct, že to nemá nic společnýho s citovou vazbou. .. Ten člověk je citově vyprázdněnej, tak to tam může vzniknout. .... pak jsou tu lidé se sexuálníma úchylkama, kteří za to dostanou ještě zaplaceno. Důležitěj je čistěj trestní rejstřík a měla by proběhnout nějaká psychologická diagnostika, jestli v pozadí není nějakěj sexuální nezdravej motiv a taky jestli jsou psychicky odolní.*“ R3 se zmínila i o obavě agrese z akumulované sexuální agrese ze strany klientely k sexuálním asistentům a že by se s tím mělo pracovat preventivně. Zároveň zmínila že „*prostituce je braná pořád jako něco pejorativního*“. R5 se obávala finanční náročnosti služby: „*Aby se klienti nedostali do nějakýho začarovanýho kruhu, aby nespádli do dluhů.*“ R9 také spatřoval problém v nabízených službách sexuálních asistentek: „*Třeba takový sado maso by se nemělo dělat. To už se mi vymyká z mejch představ sociálních služeb.*“

Respondenti reagovali i na přirovnání s prostitucí, R2: „*Pasivní doprovod, tam problém nevidím, ale u toho aktivního. Sama bych to nechtěla dělat nebo aby to dělaly moje děti. Už to přesahuje moje hranice, ale každý to má jinak. ... Já sama bych to ale dělat nemohla...morálně.*“ R8 řekla: „*Nevidím žádný rozdíl mezi*

*prostitutkama a sexuálníma asistentkama, jen pro ty sexuální asistentky ta práce může bejt taková čistší a asi i bezpečnější. ... Já bych do toho určitě nešla. Někdo na to prostě má, třeba ty bývalý prostitutky, ty to třeba baví. ... Nemám vůči nim předsudky.“ R3 řekla: „Vím, že sexuální asistent není prostitut/prostitutka. Rozdíl vidím v tom účelu, smyslu, že tam je ta motivace jiná. Není to spojený s nějakou sprostěrnou, když to tak řeknu, což u prostituce může bejt.“ R1: „Myslím, že je to jistej druh prostituce, ale nemám nic proti prostitutkám, je to práce jako každá jiná.“ R7: „Tohle já neumím posoudit, z toho mála co vím. Nemyslím si, že je to vyloženě prostituce, ale má to hodně společnýho, nabízej sex za peníze.“*

### **Shrnutí výzkumné dílčí otázky číslo 2**

Někteří sexuální asistentky opravdu srovnávají s prostitutkami, ale nemyslí to ve špatném slova smyslu nebo nějak urážlivě. Obavy ze zneužívání klientů zde padly, ale na druhou stranu i strach o samotné sexuální asistenty a asistentky. Respondenti často zmiňovali i strach ze vzniku citového vztahu ze strany klienta. Co se týče celkového názoru na službu všichni do jednoho měli pozitivní náhled, neshledala jsem žádný negativní postoj k nabízené službě. Ohledně morálního či etického postoje, každý z respondentů poukazoval pouze na to, že by službu sexuální asistence on sám osobně dělat nemohl, ale že osoby, které tuto činnost vykonávají nijak neodsuzuje.

### **3.2.3 Interpretace výzkumné otázky číslo 3**

Třetí a poslední výzkumná otázka se zabývala problematikou nedostatku prostoru soukromí a sexuální frustrace. R2 tvrdila, že: *“V sociálních službách to funguje tak, že pokud by někdo měl náznak nějaké potřeby, tak by se mu minimálně vyhradila místnost na relaxaci, kde by ten člověk byl sám a dostal průchod těm citům. Může se to stát při rehabilitaci, při masáži, doteku, že se ten člověk vzruší prostě. ... Ta možnost dneska už je, hledá se nějaké východisko. Poskytnout mu soukromí, aby nebyl na veřejnosti. ... Mají právo na svoji sexualitu. ... Rodiče*

*nechávají děti, co jsou na plínách, rozbalený, ať se můžou, co jsou schopní, nějak uspokojit. Nenadávaj jim, netrestají je, nepomůžou jim, ani to nemůžou, ale hlídají je, aby u toho nebyl mladší sourozenec... Ale nechtějí, aby si na to ty děti zvykaly, aby to nechtěli na veřejnosti.“ R9 o frustraci: „Když se sprchuje, tak se vzruší, že jo. Jeho frustraci nikdo tady neřeší, je to odlehčovací centrum a jsou tu tak na tři měsíce, takže my to neřešíme.“ Zkušenost s medikací má R8: „Pokud mají frustrace, tak jsem zažila i tlumicí léky, ale dáváme i prostor ve speciálních místnostech.“ a R10: „Jo, medikace využíváme u některých pacientů, ale ne vždycky.“ R7 vzhledem k práci se seniory problematiku sexuální frustrace neřeší: „Uznávám, že sexuální frustrace by se měly řešit, ale u nás se to moc nevyskytuje, takže to ani neřešíme.“ R4 tvrdí, že je to věc rodiny: „My o tom víme, ale tohle je záležitost rodiny. My se tady o ty klienty staráme, pořádáme různé akce, ale tohle tady neřešíme.“*

### **Shrnutí výzkumné dílčí otázky číslo 3**

Co se týče lidské přirozenosti a potřeby sexuality, pouze jediný respondent nesouhlasil s tím, že se jedná o potřebu, a to R9, který řekl: *“Já jsem četl něco z takový knížky, kde je napsáno, že to potřeba není. Není to potřeba úplně.“*

Moje obavy, které pramenily z načtené literatury ohledně nedostatku soukromí a užívání tlumicí medikace k potlačení sexuálního pudu se nepotvrdily. Všichni respondenti tvrdily, že prostor klientům dávají a medikace byla zaznamenána pouze u dvou respondentek. Na druhou stranu je pravda, že problémy sexuální frustrace se příliš neřeší, jelikož to daná zařízení nepovažují za svůj problém.

### **3.3 Interpretace hlavní výzkumné otázky**

Pomocí dílčích výzkumných otázek jsem si mohla odpovědět na mou hlavní výzkumnou otázku – *„Jak se na sexuální asistenci dívají sociální pracovníci/ce a pracovnice/ci v sociálních službách?“* Moje zjištění je takové, že jako pomocnou

službu potřebným ji vítají, ale příliš o této službě nevědí a jejich názor je tak utvářen na domněnkách, na tom co někde zaslechli nebo na přečtení si stručného článku na internetu. Každý z respondentů měl na sexuální asistenci jako na službu pozitivní názor popřípadě neutrální, jelikož neznali bližší detaily. Vzhledem k malé informovanosti ani nikdo z nich aktivně tuto službu klientům nenabízel ani o ní nepodával informace i přesto, že s cílovou skupinou sexuální asistence pracuje. Problém sexuální frustrace a sexuální asistence, která by mohla pomoci tuto frustraci odstranit nepokládali za svou povinnost řešit a přikládali to záležitosti rodiny. Co se táče morálního postoje, nikomu tato služba nepřišla nějakým způsobem nevhodná, urážlivá nebo sprostá, ale podobnost s prostitucí zde spatřovali.



## Závěr

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak se na sexuální asistenci dívají lidé, kteří pracují v oblasti sociální péče. Pomocí tří dílčích výzkumných otázek jsem si vytvořila představu, jak tyto osoby na nově nabízenou pomoc nahlízejí.

V teoretické části jsem se zabývala základními pojmy a charakteristikami onemocnění, kterými trpí cílová skupina sexuální asistence, aby bylo jasné, proč právě tyto lidé takovou službu potřebují. Následně jsem nastínila i jejich sexualitu, její projevy a problémy sexuální frustrace vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, vyvracela jsem zažité mýty o sexualitě handicapovaných osob a velmi stručně se zmínila o legislativním rámci v souvislosti se sexuální asistencí.

V praktické části mé závěrečné práce jsem prováděla výzkum pomocí kvalitativního šetření - polostrukturovaných rozhovorů, které byly nahrávány mobilním zařízením pro pozdější analýzu. Hlavní výzkumná otázka zde byla rozdělena do dílčích výzkumných otázek a ty následně do otázek tazatelských. Poté proběhla analýza získaných dat, jejichž výsledky jsem shrnula ve třetí části mé diplomové práce.

Jako největší problém shledávám neinformovanost jak veřejnosti laické, tak i zástupce sociálních služeb o nabídce této služby. Mí respondenti si vytvořili názor na základě toho, co zaslechli nebo že někde viděli titulek článku. Nikdo z nich o sexuální asistenci příliš nevěděl a ze své vlastní vůle se ani nezajímal, přestože sám pracoval s cílovou skupinou.

Druhým stěžejním problémem shledávám i stále se neřešící situaci sexuální frustrace u klientů. Sociální pracovníci i pracovníci v sociálních službách tento problém chvályhodně již neřeší medikací, ale na druhou stranu ji neřeší vůbec a pokládají tuto tabuizovanou věc za záležitost rodiny i přesto, že se shodli až na jednoho respondenta na tom, že sexualita je součástí běžného života. Nicméně jako další plus shledávám, že klientům sociálních služeb je poskytnuto soukromí k uspokojování sama sebe. Domnívala jsem se, že tomu je naopak. Tento předpoklad vznikl na základě odborné literatury využité v teoretické části mé závěrečné práce.

(Drábek, 2013; Mandzáková 2013)

V neposlední řadě bych ráda, kdyby se jak veřejnost tak odborníci více zajímali o rozdíly mezi sexuální asistencí a prostitucí. Pravdou sice zůstává, že se jedná o nabídku sexuální výpomoci za finanční odměnu, ale pravidlem by mělo být, že při poskytování sexuální asistence finanční odměna není hlavním motivem. Hlavním motivem by měla být pomoc jednotlivci nebo párům poznat svou vlastní sexualitu a nediskriminovat je tím, že jim toto upřeme, protože se jedná o příliš soukromou a intimní věc.

Ráda bych se zmínila i o tom, že by měly být rozptýleny obavy ohledně zneužívání klientů a nedostatečně proškoleném personálu. Sexuální asistence jako sociální služba v České republice působí zhruba od roku 2016, ale dělá velké pokroky. Tyto obavy ale z mého pohledu vznikají na podkladě výše zmíněné neinformovanosti. Lidé netuší, že sexuální asistenti a asistentky musí projít půlročním kurzem, dotazníkovým šetřením a hodinovým rozhovorem. Nevědí ani to, že sexuální asistent nesmí být finančně na této profesi závislý a nesmí ji vykonávat jako hlavní výdělečnou činnost.

Jak teoretický tak praktický přínos této diplomové práce spatřuji v „poučení“ o službě sexuální asistence veřejnosti ale i lidem, kteří doma mají handicapovanou osobu, lidem, kteří s nimi pracují, ale i handicapovaným lidem samotným. Klíčovým přínosem by mělo být pro klienty bezesporu zkvalitnění života, aby se co nejvíce přiblížili životu, který chtějí žít a běžnému životu ve společnosti, ve které žijí; pro sociální vědy, aby byli obeznámeni s existencí takových služeb a zvyšovaly svoje standardy kvality služeb, které poskytují; a pro společnost, aby si uvědomili, že i lidé, kteří jsou postižení, se tolik svými potřebami od jiných neliší a aby měli snahu pochopit cílovou skupinu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

### **Knižní zdroje:**

DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013, 98 s. ISBN 978-80-260-5281-4.

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

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 122 s. ISBN 978-80-244-3680-7.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013, 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

*Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložil Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2008, 270 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 10. revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018, 249 s., [cit. 2018-07-25]. ISBN 978-80-7472-169-4. Dostupné také z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011, 863 s. ISBN 978-80-7387-443-8.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 34 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1083-4.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

*SBÍRKA MEZINÁRODNÍCH SMLUV*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2010, 34 s. ISSN 1801-0393. Dostupné také z:  
[www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf)

*Sborník příspěvků z 29. Celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2017. ISBN 978-80-905252-5-2.

ŠÍDOVÁ, Lucie, Jana POLÁKOVÁ a Hana MALINOVÁ. *Ze sexybyznysu na trh práce?: přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. Brno: Rozkoš bez rizika, [2013], 192 s. ISBN 978-80-260-4963-0.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 102 s. ISBN 978-80-244-1689-2.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov, spol., 2009, 88 s. ISBN 978-80-7415-005-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. *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, 2012, 116 s. ISBN 978-80-87690-08-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013, 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Sexualita: přirozená potřeba : malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2005, 62 s. ISBN 80-7204-406-0.

Zákon č.108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách § 3

Zákon č.435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti § 67

Zákon č. 561/2004 Sb. Školský zákon § 16.

Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník § 189

Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník § 190

Dokument Dagmar Smržové *Miluj mě, jestli to dokážeš*, 2016

### **Internetové zdroje:**

ČESKÁ TELEVIZE. Handicapovaní a sex: Společenské tabu drolí nová služba.

[online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z:

<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/1513692-handicapovani-a-sex-spolecenske-tabu-droli-nova-sluzba?fbclid=IwAR0xcO6Q2ACEVVj6efd5wuY2q-SRydZp0CUfRhSi0TV0jQ6gkTsL9BQ5SwE>

ČESKÉ NOVINY. V ČR je 15 sexuálních asistentek a dva asistenti pro postižené.

[online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/v-cr-je->

15-sexualnich-asistentek-a-dva-asistenti-pro-postizene/1720508?fbclid=IwAR3RDvFGRvXLOp1tSZKqhkUtZX8jTOhCr2P-AdcG9pQ7sWqboh0-hqKbvJc

DENÍK. Sexuální asistentky pro postižené a seniory? V Česku jich přibývá. [online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: [https://www.denik.cz/zdravi/sexualni-asistenti-pro-postizene-a-seniory-v-cesku-jich-pribyva-20190211.html?fbclid=IwAR1EwN4AOV\\_SDaSfSLCogtcrlnIXq5HOo0DDq6YLDZuJg-LH4ZG8xLIKUo](https://www.denik.cz/zdravi/sexualni-asistenti-pro-postizene-a-seniory-v-cesku-jich-pribyva-20190211.html?fbclid=IwAR1EwN4AOV_SDaSfSLCogtcrlnIXq5HOo0DDq6YLDZuJg-LH4ZG8xLIKUo)

FREYA. Etický kodex. [online]. [cit. 2.9.2018]. Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence#eticky%20kodex>

IDNES. Sexuální asistenci poskytují v Česku nově i muži. Jsou zatím jen dva. [online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sexualni-asistenti-zdravi-pomoc-handicapovani.A190211\\_152659\\_domaci\\_liny?](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sexualni-asistenti-zdravi-pomoc-handicapovani.A190211_152659_domaci_liny?)

IPSA. [online]. [cit. 2.11.2018]. Dostupné z: <http://www.surrogatetherapy.org/>

LIBERECKÍ DRBNA. Česko má první dva mužské sexuální asistenty. [online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: [https://www.libereckadrbna.cz/zpravy/spolecnost/17730-cesko-ma-prvni-dva-muzske-sexualni-asistenty.html?fbclid=IwAR3kiW\\_lbAPQwVKsBI0IEAssHXewZdjhpOwOBwvAUGJzfTZomio8VfYwVdA](https://www.libereckadrbna.cz/zpravy/spolecnost/17730-cesko-ma-prvni-dva-muzske-sexualni-asistenty.html?fbclid=IwAR3kiW_lbAPQwVKsBI0IEAssHXewZdjhpOwOBwvAUGJzfTZomio8VfYwVdA)

NOVINKY. O sexuální asistenci pro postižené a seniory roste zájem. Nově ji vykonávají i muži. [online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/497119-o-sexualni-asistenci-pro-postizene-a-seniory-roste-zajem-nove-ji-vykonavaji-i->

[muzi.html?fbclid=IwAR2Zj654FLgPxSPJzFm5OCfJU\\_Lt1kf857xwQFcjD\\_ivjg3k5rhELY9dgwA](https://www.facebook.com/IwAR2Zj654FLgPxSPJzFm5OCfJU_Lt1kf857xwQFcjD_ivjg3k5rhELY9dgwA)

PFYZIOLMYSL. Příčiny vzniku duševních poruch z pohledu psychiatrie. [online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: [pfyziolmysl.upol.cz/?p=2494](http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=2494)

RÁDIO WAVE. V Česku začali pracovat dva sexuální asistenti. „Přijímám lidi takové, jací jsou,“ říká Daniel. [online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/v-cesku-zacali-pracovat-dva-sexualni-asistenti-prijimam-lidi-takove-jaci-jsou-7777464?fbclid=IwAR18KcF0YkHI9T5NQIP9tn7he8vJZNvB9oPYsrp4rnY2WfuS8dulPT1e5u4>

SEXUÁLNÍ ASISTENCE. Seznam vyškolených sexuálních asistentek. [online]. [cit. 2.9.2018]. Dostupné z: <http://www.sexualniasistence.cz/seznam-vyskolenych-sexualnich-asistentek/>

SEXUÁLNÍ ASISTENTKA. Sexuální asistentka. [online]. [cit. 2.9.2018]. Dostupné z: <http://www.sexualni-asistentka.cz/menucertifikat01.php>

TLC TRUST. [online]. [cit. 2.11.2018]. Dostupné z: <http://tlc-trust.org.uk/>

VOZÍČKÁŘ. Chut' na sex zaplatí sociálka. [online]. [cit. 2.11.2018]. Dostupné z: <http://www.vozickar.com/chut-na-sex-zaplati-socialka/>

VOZÍČKÁŘ. Sexuální asistence - Tady a teď?. [online]. [cit. 2.11.2018]. Dostupné z: <http://www.vozickar.com/sexualni-asistence-tady-a-ted/>

VOZÍČKÁŘSKÉ NOVINY. Sexuální asistence v Holandsku. [online]. [cit. 2.11.2018]. Dostupné z: <https://vozickarskenoviny.cz/clanek/sexualni-asistence-v-holandsku/>

VOZÍČKÁŘSKÉ NOVINY. Sexuální asistence v Rakousku. [online]. [cit. 2.11.2018]. Dostupné z: <https://vozickarskenoviny.cz/clanek/sexualni-asistence-v-rakousku/>

ZPRÁVY AKTUÁLNĚ. Na pozici sexuálního asistenta se přihlásilo 40 lidí. Pomáhat budou nově i dva muži. [online]. [cit. 30.6.2019]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/sex-nemusi-byt-tabu-ani-pri-postizeni-v-cesku-pribylo-13-sex/r~ecc2b8fc2e3111e9813eac1f6b220ee8/?fbclid=IwAR3u6zrChM18oSr1Kf77uocH9YXg-Mtu8n1xjiSE-aMY1T-S56INYeCkC-k>



## SEZNAM TABULEK

Transformační tabulka hlavního cíle do výzkumných otázek .....47

(Zdroj: *Vytvořeno autorkou*)

## PŘÍLOHA A

### Rozhovor s R8

Ok, tak nahrávám. Jak už víš, mám práci na téma sexuální asistence, tak se začnu pomalu ptát. Neboj se, všechno je anonymní. Nahrávka bude nahraná jen pro moje potřeby, jak víš.

...

Slyšela jsi někdy o sexuální asistenci?

*Slyšela...bylo to ještě na škole. Pouštěli jsme si nějaký videa.*

Věděla bys třeba konkrétnější informace, kdo tu službu zastřešuje, počet asistentů, odkdy služba existuje...?

*Jo, nevím přesně odkdy, ale kolik jich je... Není jich tak moc, ne?*

Není no, přesně tak.

*Není no. Třeba že jich je málo, a že to většinou dělají ty holky, co jsou ty prostitutky. Ale viděla jsem jednu video s nima, někde na youtube. Oni jako to dělají hrozně rádi jo, ty sexuální asistentky, protože oni jako třeba ty postižený, oni na ně nejsou jako zlí. Oni je to všechno učej, a vůbec jak ten sex má probíhat, jo, nebo jim pouštěj video. A některý jsou zraněný, jsou zneužívaný třeba manželem nebo někým. Je to pro ně takovej osvobozující pocit, dělají co je baví.*

Věděla bys třeba na jaký druhy se sexuální asistence dělí?

*Sexuální asistence na jaký druhy se dělí. Tyjo, to nevím.*

Tak dělí se na aktivní a pasivní....

*Jo, pasivní, aktivní. tak to jo. Pasivní je jenom to povídání, pouštění těch videí. Jo jasně.*

Jak se třeba řeší sexuální frustrace u osob s postižením v dnešní době?

*Hele, tak u ženskejch jsou to nitroděložní tělíška, jako že jim to daj, aby neotěhotněly a u chlapů je, myslím si, že je tlumí lékama. Dávaj jim léky, aby je utlumili, třeba tak to dělali v ústavu ve ..... (vynecháno kvůli anonymitě respondenta) a nebo je třeba nechaj. Jako oni je nemůžou vyrušit, když onanujou. My jsme měli kluka, kterýho na zahradě vzrušoval kámen, jako socha a on si dělal dobře na tom kameni a oni ho museli nechat a nemohli ho vyrušit.*

Mají klienti teda nějaký soukromí, nějaký svůj prostor?

*Dávaj jim prostor nebo to dělaj tak, že v ústavu ve ..... (vynecháno kvůli anonymitě respondenta), jsou speciální místnosti, kde jim pouštěj videa, aby viděli, jak to všechno probíhá a pak se třeba do někoho zamilujou, nějaký chlap se zamiluje do holčiny, která třeba taky trpí mentálním postižením. Ale je to složitější, ty holčiny maj většinou nitroděložní tělíška, berou různý antikoncepce, takže je to takle ošetřený, ale vzdělavaj je no. Jsou i takový kodexy, sexuální kodex, mělo by to bejt na našich stránkách.*

Ohledně tý služby, komu si myslíš, že by měla bejt nabízena a proč a komu naopak ne?

*Tak myslím si, že ta sexuální asistence pro ty klienty s mentálním postiženým by měla být nabízená těm s lehčí formou nebo střední, ale s tou těžší.. Já nevím no, já jsem o tom nikdy nepřemýšlela...když bude mít člověk chuť..Myslím si že všem.*

Vnímáš sexualitu jako základní lidskou potřebu?

*Určitě.*

Takže by se měla nabízet jako standardní služba, třeba pomocí externích pracovníků?

*Myslím, že by to nebylo špatný. Vím, že v ústavu měl jeden pacient sexuální asistentku, která mu tam chodila vypomáhat, vysloveně sexuálně.*

Vidíš nějaký rozpor s etikou v poskytování..

*Nějaký dilemata myslíš jo?... (odmlka)*

Třeba s tvým osobním morálním postojem?

*Já bych do toho určitě nešla, jo. Pro mě by to bylo takový proti srsti. Ale jak říkám, někdo prostě na to má, třeba ty bývalý prostitutky nebo tak. Chtějí to dělat, baví je ten sex, nemám vůči nim předsudky žádné, jo, to vůbec ne.*

A třeba ze strany klientů, že jim by mohlo něco hrozit?

*Mohli by je finančně zneužívat a obírat o peníze nebo by je mohli i týrat. Může to být člověk co má v sobě psychický problémy, může to být nějaký schizofrenik skrytej, kterej by mu mohl ublížit... nebo se může zamilovat a bude z toho nešťastnej.*

Vidíš nějaký rozdíl mezi sexuálníma asistentkama a prostitutkama?

*Hele...já v tom nevidím žádný rozdíl, akorát možná tam vidím rozdíl v tom, že ty prostitutky můžou být napadený nějakýma úchylákama, a ty sexuální asistentky, pro ně může být ta práce taková čistší, ty lidi s mentálním postižením, ty jim moc neublížej, myslím si, psychicky nebo tak.*

Co si myslíš, že by sexuální asistent měl splňovat, aby mohl dělat tuhle profesi?

*Hele měl by projít školením. Měl by mít do toho chuť, spousta lidí by do toho nešla a spousta lidí by do toho šla za peníze. Nějakej kurz sexuálního asistenta a vzdělání určitě taky.*

Celkovej pohled na službu máš teda jakej?

*Pro některý klienty je to určitě přínosný, jo. Zvlášt pro ty, který se potřebujou někde na něčem vybít a prostě tu touhu na něčem přebít. Ale pro některý je to nebezpečný v tom, že můžou narazit na ženskou, která je schizofrenička a může jim ublížit, fyzicky je napadnout, finančně je zneužít, týrat tyhlencty klienty a může je to taky nějak psychicky postihnout. To je těžký no. Jako já si nemyslím, že je to něco špatnýho, ale musej to dělat lidi, který do toho chtěj jít a maj na to chuť.*

Myslíš třeba vzhledem k tvojí profesi, měla by tato služba být určena i pro lidi s duševním postižením?

*Určitě jo, protože to jsou třeba lidi, který po těch práškách jsou na tom úplně špatně a proč by se taky neměli sexuálně vzdělávat. Maj doživotní problémy, nemůžou si najít partnera, nemůžou mít sex. To je taky těžký jo.*

Děkuju za Tvůj čas, kdybys měla nějakej dotaz nebo se chtěla na něco doptat, tak můžeš klidně teďkom ....