

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hana Lusková

Sexualita lidí s mentálním postižením

Olomouc 2021

Vedoucí práce: doc. PhDr. Vojtěch Regec, PhD.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 14. 6. 2021

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Vojtěchu Regecovi, PhD. za jeho podněty a rady, které mi jako vedoucí mé bakalářské práce poskytoval při jejím zpracování a v neposlední řadě děkuji organizacím Freya a Domov Sulická, v nichž jsem prováděla výzkum pro tuto práci, za jejich vstřícný přístup.

Obsah

Úvod	5
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1.1 Definice mentálního postižení	7
1.2 Rozdělení dle stupně postižení	7
1.3 Práva osob s mentálním postižením	9
2. Sexualita	10
2.1 Základní pojmy v oblasti sexuality.....	11
2.2 Vývoj sexuálního chování	12
2.3 Sexualita a mentální postižení.....	13
3. Sexuální asistence	15
3.1 Vysvětlení pojmů.....	15
3.2 Aktivní sexuální asistence.....	15
3.3 Pasivní sexuální asistence	16
3.4 Etické otázky sexuální asistence.....	16
4. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením	17
4.1 Principy přístupů	17
4.2 Metody sociální práce s osobami s mentálním postižením	19
4.3 Sexuální výchova osob s mentálním postižením.....	20
5. PRAKTICKÁ ČÁST.....	23
5.1 Charakteristika zařízení	23
5.2 Výzkumné otázky.....	24
5.3 Metody výzkumu a metody sběru dat	25
5.4 Výzkumný soubor	25
5.5 Analýza rozhovorů.....	26
5.6 Rozhovor se sexuální asistentkou	28
5.7 Kazuistiky.....	31
ZÁVĚR.....	39
ZDROJE	40
ANOTACE	42

Úvod

Pojem sexualita u mentálně postižených osob je téměř to stejné jako u osob bez postižení. Objevují se zde city, touha po navazování vztahů, intimita, ale také ohrožení ve formě sexuálního zneužití. Bohužel stále není dost věnovaná pozornost sexualitě mentálně postižených lidí ze strany osob, které o ně pečují. Pochopit vztahové a sexuální potřeby lidí s mentálním postižením znamená přijmout jejich vývoj a individuální potřeby. Jedním z nejčastějších mýtů o sexualitě lidí s mentálním postižením je, že jsou to lidé bez potřeby vztahů a sexuálních potřeb. Velkou nepravdou je předpoklad, že to jsou stále jen děti a jejichž mentální úroveň vylučuje, že by snad mohli někdy řešit své sexuální potřeby a třeba se i reálně zamilovat. Toto bylo v minulosti zakořeněno i v sociálních službách, kde lidé s mentálním postižením žili za vysokými zdmi a mělo jim stačit, že dostanou najíst, napít, měli kde spát a procházky trávili na ohraničené zahradě. Další potřeby nikdo ani nereflektoval, tohle pro ně mělo být dostačující. Na osoby s mentálním postižením, kteří jakkoliv projevovali své sexuální touhy, bylo nahlíženo jako na devianty a v některých případech za to byli mnohdy i trestáni. Většina zařízení byla tehdy vyhrazena jen pro jedno pohlaví, což mohlo přinášet další problémy. Asi největším zádrhelem ale byl a vždy zůstane velký nedostatek soukromí v životě lidí s mentálním postižením, neboť většinu času je přítomen někdo další, spolubydlící, rodiče, pracovníci v sociálních službách, apod. Dochází tak k omezování soukromí, ale pečující osoby to takto mnohdy nevnímají.

Tento přístup je zakořeněn dávno v minulosti a je celkem jasné, že velmi negativně ovlivňuje přístup k sexualitě lidí s mentálním postižením i v dnešní době, kdy se stále potýkáme s nerespektující veřejností a předsudky.

Základem práce s uživateli sociálních služeb by tedy měl být respektující přístup pracovníků k lidským potřebám, mezi které patří i potřeby jako jsou vztahy a sexualita.

Cílem této bakalářské práce tedy bude zmapovat problematiku vztahových a sexuálních potřeb u osob s mentálním postižením, stanovit patřičný a profesionální přístup pracovníků v sociálních službách a popsat ty nejvýznamnější metody, na které by se v praxi nemělo zapomínat. Definovat si pojem sexuální a intimní asistence a definovat služby, které mohou sexuální asistenci nebo

nabízet. Zmapovat přístup pracovníků v sociálních službách a informovanost uživatelů sociálních služeb o sexuální asistenci.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Cílem této části bude definovat mentální postižení, dále stupně mentálního postižení, demografické rozdělení mentálního postižení a v poslední podkapitole se věnuje právům lidí s mentálním postižením.

1.1 Definice mentálního postižení

Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10 definuje mentální postižení následovně: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Postižení se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“* (WHO, MKN-10).

Valenta s Müllerem definují mentální retardaci jako *„vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních dovedností s prenatalní (období těhotenství), perinatální (období při porodu a během porodu) a postnatální (období po narození) etiologií“* (Valenta, Müller, 2003, s. 14). Tito autoři přidávají k definici ještě období, kdy může mentální retardace vzniknout.

1.2 Rozdělení dle stupně postižení

V této podkapitole se zabývá stupni mentální retardaci, pásmy IQ v jednotlivých stupních a omezeními způsobenými konkrétním stupněm postižení.

Lehká mentální retardace

Osoby s lehkou mentální retardací mají IQ v pásmu 69-50. Mají opožděný vývoj řeči, ale zvládnou každodenní konverzaci. Plně zvládají péči o svoji osobu, jako je oblékání, hygiena, jídlo a ovládání močového měchýře a střev. Také mají běžné dovednosti v praktickém životě. Problémy u nich nastávají u teoretického učení a také se objevují potíže se čtením a psaním. Uplatní se v málo kvalifikovaných profesích, kde jsou vyžadovány praktické dovednosti. Pokud je jedinec s lehkou mentální retardací emočně a sociálně zralý, zvládají i běžné mezilidské vztahy

a jsou schopni pochopit i instituci manželství, sexuální dovednosti se naučí v souladu s normami společnosti. (Regional residential services society, 1998 in Štěrbová, 2007).

Středně těžká mentální retardace

Osoby se středně těžkou mentální retardací mají IQ v pásmu 49-35. Zde se již projevuje zhoršená schopnost postarat se o svoji osobu, někteří jedinci potřebují celoživotní dohled. Objevuje se opožděný vývoj řeči i schopnost jej vhodně používat. Někteří jedinci se nenaučí mluvit nikdy, jsou ale schopni osvojit si nonverbální komunikaci. Jsou schopni osvojit si základní dovednosti v oblasti čtení, psaní a počítání. V dospělosti mohou vykonávat jednoduché manuální práce, obvykle je ale vyžadován dohled.

V sociální oblasti vykazují schopnost komunikace a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

Přidruženými stavy mohou být epilepsie, tělesné postižení či psychické onemocnění.

V sexuálním chování jsou motivováni odměnou a oceněním, sami nejsou schopni se rychle a správně rozhodnout. (Regional residential services society, 1998 in Štěrbová, 2007).

Těžká mentální retardace

Jedinci s těžkou mentální retardací se pohybují v pásmu IQ 34-20. U těchto osob se objevují poruchy motoriky. K rozvoji motoriky pomáhá včasná rehabilitační péče, pokud se připojí i výchovná a vzdělávací péče, je možnost snížení následků postižení i v oblasti rozumových a komunikačních schopností. (Švarcová, 2003 in Štěrbová, 2007). Sexuální chování nejsou tyto jedinci schopni přizpůsobit společenským normám. (Regional residential services society, 1998 in Štěrbová, 2007).

Hluboká mentální retardace

Osoby s hlubokou mentální retardací mají IQ nižší, než 20. Přidružuje se imobilnost nebo velké omezení motoriky a inkontinence, epilepsie a zrakové či sluchové postižení. Komunikační dovednosti jsou omezeny na reagování a vyhověním velmi jednoduchým instrukcím.

Pokud je zaveden vhodný dohled, může se osoba s hlubokou mentální retardací podílet na domácích úkonech.

Sexuální chování i jedinců s hlubokou mentální retardací je na velmi nízké úrovni, neboť nejsou schopni předvídat konsekvence sexuálního jednání. (Regional residential services society, 1998 in Štěrbová, 2007).

Jiná mentální retardace

Toto vyčlenění je používáno pouze v případě, že klasifikace retardace není možná pomocí obvyklých metod a to především pro přidružené senzorké či somatické postižení. (Štěrbová, 2007)

Nespecifikovaná mentální retardace

Mentální retardace je prokázána, ale pro nedostatek informací není možno zařadit jedince do jednoho z výše uvedených stupňů. Štěrbová uvádí následující případy: mentální defektnost nervového systému, mentální subnormalitu nervového systému, oligofrenii nervového systému. (Štěrbová, 2007)

1.3 Práva osob s mentálním postižením

Jedním z dokumentů je Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (EHCR). Tento dokument obsahuje 59 článků o právech a svobodě. Pro osoby s mentálním postižením bychom mohli jmenovat následující. Právo na život, které každému zaručuje, že jeho život je chráněn zákonem. Dalším právem je zákaz mučení a nelidského zacházení, do kterého můžeme zařadit ochranu osob před nelidským zacházením v zařízeních sociálních služeb a také před sexuálním zneužíváním. V článku osm je definováno právo na soukromí a rodinný život, které se dá aplikovat v případě problémů s dodržováním soukromí v sociálních službách. V jednom z protokolů EHCR je uváděno právo na vzdělání. (European convention on human rights,

Práva jedinců s mentální retardací definuje Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva), kterou ČR přijala v roce 2009. Úmluva je založena na zásadách nediskriminace, samostatnosti a svobody volby a přijetí osob s postižením jako součást lidské diverzity. Státy, které jsou součástí úmluvy, se zavazují, že budou zvyšovat povědomí o osobách s postižením a také bojovat proti předsudkům a stereotypům o osobách s postižením. V některých právech se Úmluva shoduje s EHCR, jedná se například o ochranu před nelidským

zacházením a zneužíváním, právo na život, přístup ke spravedlnosti. (Úmluva osob se zdravotním postižením,

Úmluva má navíc ale také článek o zapojení se do společnosti, který osobám s postižením zaručuje možnost zvolit si, kde budou žít a jaké komunitní služby využijí. Dalším článkem je například článek o osobní mobilitě, který zaručuje kompenzační pomůcky, asistenční služby a možnost bezbariérové dopravy za přijatelnou cenu. S tímto článkem souvisí článek o habilitaci a rehabilitaci, který zaručuje dostupnost rehabilitační péče. Důležitým článkem je článek o zaměstnávání, který podporuje trh práce, kde se uplatní osoby s postižením a umožňují těmto osobám práci ve veřejném sektoru, i možnost soukromého podnikání. Celá Úmluva se tedy týká především antidiskriminačního jednání na základě postižení. (Úmluva osob se zdravotním postižením).

2. Sexualita

Tato kapitola se věnuje sexualitě a její funkci, základním pojmům, historii pohledu na sexualitu a v neposlední řadě také teoretickému pohledu odborníků na sexualitu u osob s mentálním postižením.

Dle Jonese se sexualitou zabývá několik vědních oborů. Patří sem biologie, která sexualitu zkoumá především z fyzického a fyziologického pohledu. Zabývá se tedy fyzickými rozdíly mezi pohlavími, hormony a problematikou oplodnění, ale také genetickou rozmanitostí při rozmnožování. Další z disciplín je medicína, která se zaměřuje na abnormalitu a nemoci, antikoncepci, plodnost a sexuálně přenosné choroby. Pedagogická disciplína se zabývá sexuální výchovou, především u mladých osob. Sociologie se zabývá především genderovými rolemi, sexuální orientací a jak jsou ovlivněny sociálními faktory. Manželstvím, partnerstvím a sexuálním tabu se zabývá antropologie. Některé faktory sexuality můžeme pozorovat také v politologii, jedná se především o práva sexuálních menšin, interrupce a stejnopohlavní svazky. Kriminalita se zabývá sexualitou z pohledu zločinů, jako je znásilnění, zneužívání a další zločiny v oblasti sexuálního chování. (Jones, 2011).

V této kapitole se zabývám především funkcí sexuality, sexuální výchově se věnuji v kapitole o metodách sociální práce s osobami s mentálním postižením.

Šídová pohlíží na sexualitu jako na oblast, do které spadá sexuální výchova, doteky, intimita, sexuální identita, sexuální chování a partnerské, příp. manželské vztahy. Sexualita se dle Šídové neustále vyvíjí, je to neustále se měnící proces. (Šídová, sociální služby, březen 2018). Thorová tuto myšlenku dále rozvádí s tím, že do sexuality patří znalost lidského těla a psychické procesy a tělesný vzhled člověka. (Thorová, 2012).

Venglářová uvádí, že funkce sexuality není pouze reprodukční. Sexualita s sebou přináší také příjemné pocity. (Venglářová, Eisner a kol., 2013). Sexualita u všech osob, ať s handicapem či bez něj, je významnou součástí zdravého života. Šídová dále upozorňuje na to, že nenaplněná sexualita může vést k frustraci a poté k agresivnímu chování. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

2.1 Základní pojmy v oblasti sexuality

Venglářová definuje čtyři základní pojmy. Sexuální chování, identifikaci, orientaci a emoce. Sexuální chování je definováno jako výsledek evoluce. V minulosti bylo považováno za jednu z biologických potřeb, nyní se na něj pohlíží spíše jako na jednání, jež vede k výběru vhodného partnera pro rozmnožování. Sexuální chování zahrnuje zvolení vhodného partnera, flirtování, sblížení až naplnění prostřednictvím pohlavního styku. Do sexuálního chování se řadí i masturbace, přestože většina lidí upřednostňuje párové sexuální chování. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Sexuální identifikace představuje dle Venglářové příslušnost k mužskému či ženskému pohlaví. Přestože je podmíněna biologicky, k jejímu formování dochází také v sociální interakci. Pokud dítě vyrůstá pod příkladem dobře fungujícího vztahu rodičů, získává jistotu v jedné z rolí. V některých případech se může objevit porucha sexuální identifikace, v takovém případě hovoříme o transsexualitě. Dítě s handicapem může mít potíže se sexuální identifikací, nejen, kvůli svým omezeným možnostem, ale také kvůli strachu rodičů. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Venglářová definuje sexuální orientaci jako reakci člověka na erotické signály. Heterosexuální orientace bývá nejčastější, neboť se jedná o podporu reprodukčního chování. Sexuální orientace je trvalý, celoživotní stav a není zvolena člověkem ani podmíněna výchovou jedince. Rozlišujeme orientaci homosexuální, kdy je jedinec přitahován k osobám stejného pohlaví, sexualita heterosexuální, neboli sexuální přitažlivost k opačnému pohlaví a orientaci

bisexuální, kdy je jedinec přitahován k osobám stejného i opačného pohlaví. Homosexuální i bisexuální orientace s sebou samozřejmě přináší těžší adaptaci na tuto roli. Takovým člověk se může setkat se stigmatizujícím jednáním okolí, případně šikanou i násilím z nenávisti. Dalším faktem je, že v homosexuálním vztahu nelze zažít rodičovství v pravém slova smyslu. Zajímavým pojmem je homosexuální chování, které je pouze přechodné a váže se na situaci. Objevuje se především v uzavřených společnostech, jako je například vězení či ústavy. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Sexuální emoci definuje Venglářová jako sexuální vzrušení, které může být ovlivněno nemocí či postižením. Sexuální emoce se objevují i při masturbaci. Venglářová upozorňuje na jediné riziko masturbace, kdy při neobratnosti může dojít k poranění. To se objevuje především u jedinců s hlubokým mentálním postižením. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

2.2 Vývoj sexuálního chování

Venglářová uvádí, že přestože prepubescentní děti chápeme jako děti asexuální, i ony již zažívají sexuální vzrušení a fascinaci jiným jedincem. U dětí se proto objevuje masturbace, kterou Venglářová doporučuje nijak netrestat, neboť to patří ke zdravému vývoji. Naopak, trestání tuto činnost může ještě posilovat. Objevuje se také zkoumání intimních tělesných partií, případně nápodoba dospělého sexuálního chování. U dětí tyto projevy nemají erotický charakter jako u dospělých, jedná se o přirozený projev hravosti. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Venglářová dále uvádí, že vývoj sexuálního chování probíhá v prenatálním a postnatálním období. (Venglářová, Eisner a kol., 2013). Zde se budu zabývat postnatálním obdobím.

Venglářová, Eisner a kol. dělí postnatální vývoj na stupně. První stupeň probíhá od narození do šesti let věku. Do prvního roku věku představuje pro dítě jakoukoliv interakci především fyzický kontakt. To přispívá k formování vlastního já i sebeúcty. Od prvního roku můžeme u dítěte pozorovat stimulaci pohlavních orgánů a zájem o vylučovací procesy. Ve druhém roce vývoj rychle postoupí a v tomto období dítě účelově masturbuje. Do pěti let věku je vyvinuta neuronální síť, která zodpovídá za volní kontrolu močového měchýře, útroh i sexuálních funkcí, přestože ostatní systémy zůstávají velmi citlivé k psychologickým proměnám po celý život. Druhý stupeň trvá od šesti do cca 12 let (končí pubertou). Děti si na 1. Stupni základní školy přestávají hrát na „maminku a tatínka“, tato hra je nahrazena mužsko-ženskou rolí a je

sexualizována. Také často používají vulgarismy, jejichž obsahu ale nerozumí a žádají po dospělém vysvětlení. Dívky se vůči chlapcům mohou v některých situacích chovat výchovně, chlapci je poté odmítají a nechtějí s nimi být ve hře. Komunikace s chlapci ale utváří ženské sebevědomí a dívky kontakt s chlapci hojně vyhledávají. Třetí stupeň trvá od puberty do rané adolescence. Urychluje se tělesný růst a rozvíjejí se sekundární pohlavní znaky. Sexuální chování v tomto období je zbrklé, chybí sebekritičnost a může se objevit špatný odhad dopadů. Střední a pozdní adolescenci doprovází čtvrtý stupeň vývoje sexuálního chování. Věkově je charakterizován od šestnáctého roku věku. Již se rozvíjejí partnerské vztahy, kam patří i sexuální styk. Postupně se rozvíjí schopnost intimity a touhy vytvořit rodinu. (Venglářová, Eisner a kol., 2013)

2.3 Sexualita a mentální postižení

Harfletová a Turnerová ve své studii z roku 2016 uvádějí překážky zdravého sexuálního života u osob s mentálním postižením. Jednou z nich je pohled společnosti, rodičů, ale i zaměstnanců sociálních služeb. Postoj jmenovaných může naznačovat, že osoby s postižením by neměly mít romantický vztah, případně, že by tento vztah měl být nějak omezen. To vede k tomu, že i osoby s postižením k této problematice přistupují obdobně. Další z překážek je nedostatek podpory pro osoby s postižením. Pečující osoby jednoduše nemají dostatek informací k tomu, aby je mohli podpořit v jejich zájmu. Na tuto překážku je v dnešní době reagováno pasivní sexuální asistencí, o které píšu v další kapitole. Poslední uvedenou překážkou jsou sexuální menšiny s mentálním postižením. Téma sexuality i sexuální asistence se dotýká především heterosexuálních mužů s mentálním postižením, již se ale zapomíná na lesby, gaye, bisexuály a transsexuály s mentálním postižením. Tyto osoby nejsou přijímány ani v LGBT komunitě ani v komunitě osob s mentálním postižením. (Harfletová, Turnerová, 2016).

Venglářová dělí specifika sexuality podle závažnosti mentálního postižení. Osoby s lehkou mentální retardací mají sexuální vývoj podobný jedincům bez mentálního postižení. Přesto je nutné u nich rozvíjet osvětu, neboť může docházet k větší promiskuitě a neschopnosti pochopit věrnost v partnerském vztahu či naopak k chorobné žárlivosti. (Venglářová, Eisner a kol., 2013). Thorová doplňuje, že osoby s lehkou mentální retardací mají sexuální potřeby

totožné s běžnou populací, nicméně bez profesionální podpory okolí nedochází k vhodnému uspokojení. (Thorová, 2012).

U jedinců se středním mentálním postižením se můžeme setkat se sexualitou ve dvou verzích. První z nich je, když nevzniká snaha o sblížení. V tomto případě přetrvává raná fáze vývoje a sexuální napětí je uvolňováno masturbací. V tomto případě je třeba myslet na to, aby klient mohl svoji potřebu uspokojit, ale zároveň nedošlo k poranění. Při druhé verzi je patrná snaha o sblížení. Vzhledem k tomu, že u mentální retardace středního stupně je ztížená komunikace, není snadné vykomunikovat, jaké představy má klient o sexuálním chování a lidském těle. Klient nemusí pochopit odmítnutí a poté si sex vynucuje. Pokud je naopak submisivní, k sexu svolí, aniž by jej chtěl. (Venglářová, Eisner a kol., 2013). Thorová uvádí, že osoby se střední mentální retardací jsou schopni vyřešit svoji potřebu masturbací. Mají vyhraněnou sexuální orientaci. Dále doporučuje vhodné vedení, které napomůže tomu, že nebudou masturbovat na veřejnosti. (Thorová, 2012).

Těžké mentální postižení s sebou přináší nepochopení spojitosti párové sexuality se sexuálním uspokojením. Pokud k sexuálnímu kontaktu dojde, doporučuje Venglářová, aby bylo zajištěno, aby se spolubydlící nestávali svědky sexuálních styků a také, zda je kontakt žádoucí z obou stran. (Venglářová, Eisner a kol., 2013). Thorová dále doplňuje, že u osob s těžkým mentálním postižením patří k nejčastějším sexuálními projevy masturbace a zájem o anální oblast. Stává se, že k sexuálními projevy dochází i na veřejnosti, neuvědomují si a nereagují na to, že je toto chování nevhodné. Pokud jsou schopni uspokojit svoji potřebu v soukromí, dávají tomu přednost. Masturbují také s různými předměty, je tedy vhodné nabídnout jim pomůcky, které zabrání případnému zranění. Sexuální orientace osob s těžkým mentálním postižením obvykle není vyhraněná. (Thorová, 2012).

Venglářová dále popisuje rizika sexuálního chování u osob s mentálním postižením. Jedná se především o obnažování, které je spojené se sexuálním uspokojováním na veřejnosti. Pochopení intimity je vyšší formou psychiky. S tím se navíc spojuje to, že osobám s mentálním postižením bylo již v dětství pomáháno, tam, kde to jiné děti zvládly samy. Pochopení studu tedy nemají ani naučené. Pro řešení problému se nabízí situaci zanalyzovat a zjistit, proč k problému dochází. Vhodné je trénovat, proč je nevhodné se určitým způsobem chovat na veřejnosti. Toto je možné pouze do stupně středního mentálního postižení. U osob s těžkou a hlubokou mentální retardací je nutné reagovat na každý jednotlivý incident. Dalším problematickým projevem jsou

nevhodné sexuální projevy. Osoby s mentálním postižením někdy nechápou, že druzí mají jiné potřeby, než oni. Pracovník by měl tyto projevy omezovat a učit klienta, kdy jsou doteky nevhodné. Dále se mohou objevit intimní projevy k rodičům. (Venglářová, Eisner a kol. 2013).

3. Sexuální asistence

Tato kapitola se zabývá poměrně novou službou pro osoby s mentálním postižením. Vysvětluje pojmy sexuální a intimní asistence a jaké konkrétní služby pro osoby s mentálním postižením tato asistence poskytuje. Sexuální asistence vyvolala mnohé kontroverze z etického hlediska, na které je zaměřeno v třetí podkapitole. Poslední podkapitola se věnuje zákonnému ukotvení sexuální a intimní asistence.

3.1 Vysvětlení pojmů

„Sexuální asistentka či asistent je žena nebo muž, kteří nabízejí podpůrné aktivity pro osoby s handicapem. Pomáhají jim prožívat jejich sexuální potřeby. Služba se obecně nazývá sexuální asistencí či sexuálním doprovázením. Existují i jiná označení, mj. Körper-Kontakt-Service (Servis tělesného kontaktu), alternativní zprostředkovávání partnerů/partnerek, surrogacy terapie (náhradní partnerství) a práce jako dotykový pracovník/pracovnice.“ (Šídová, Poláková, Malinová a kol., str. 65). Zde uváděné alternativní názvy odebírají pejorativní název „sexuální asistence“. Tento název může evokovat práci žen, které poskytují sexuální služby za úplatu. Sexuální asistence je ale mnohem víc, než jen uspokojení biologické potřeby. Sexuální asistence pomáhá rozvíjet vztahy lidí s postižením a podporuje je v běžných romantických záležitostech. Pokud dojde k sexuálnímu styku mezi klientem a asistentkou, je to vždy po několikátém setkání, kdy se osoby navzájem poznávají.

3.2 Aktivní sexuální asistence

Tato forma představuje jakékoliv činnosti, při kterých jsou účastníci aktivní. Jedná se o pomoc při masturbaci, erotické masáže nebo pomoc páru, ve kterém jsou osoby s postižením při pohlavním styku. Některé asistentky nabízejí i sexuální styk, případně jiné sexuální praktiky dle klientových preferencí. (Šídová, Poláková, Malinová a kol.)

3.3 Pasivní sexuální asistence

Do této formy se zařazuje obstarání ochranných prostředků či erotických pomůcek pro osoby s postižením. Sexuální asistenti poskytující pasivní formu ale také mohou pořádat vzdělávací semináře pro osoby s postižením, poskytují poradenství v oblasti sexuality u lidí s handicapem, ale také jejich rodinám či předávají kontakty na sexuální asistentky. (Šídová, Poláková, Malinová a kol.)

3.4 Etické otázky sexuální asistence

Dle Šídové a kolektivu se objevují názory, že uvolnění sexuální touhy může u mužů s mentálním postižením snížit agresivní projevy. Pokud se zabýváme rozdílem mezi prostitucí a aktivní sexuální asistencí, je zde předkládán názor, že aktivní sexuální asistence je intimnější a individuálně se věnuje potřebám každého člověka. Sexuální asistence také nemusí být jednorázová, ale asistentka se s klientem může setkat vícekrát, čímž mu pomáhá sexualitu chápat. Sexuální asistentky mají také vzdělání, aby porozuměly individuálním potřebám klientů. Aby se předešlo problémovým situacím, doporučuje Šídová a kolektiv, aby se pasivní sexuální asistenci věnovali zaměstnanci sociálních služeb a sexuální asistenci v aktivní formě pouze sexuální pracovníci (asistenti). Stejní autoři dále uvádí, že většinou klientelou sexuálních asistentek jsou muži. Proto je pasivní i aktivní sexuální asistence zaměřena především na mužskou část populace. Bohužel problematice sexuality žen s postižením je věnována okrajová pozornost a především se jedná o poradenství o antikoncepci či jak předejít sexuálnímu zneužití. Autorky dále považují za velmi významné vymezení, že klient musí dát srozumitelně souhlas s aktivní sexuální asistencí. Pokud k tomu nedojde, může to být považováno za sexuální zneužití. Sexuální asistence u lidí s mentálním postižením tedy přináší velké dilema, především u osob s těžkou nebo hlubokou mentální retardací. (Šídová, Poláková, Malinová a kol.)

Sexuální asistentky mají doporučení řídit se etickým kodexem. Na svých webových stránkách ho uvádí organizace Freya. V kodexu se asistentky mj. zavazují, že budou respektovat klientovu osobnost. Dále je zde stanoveno, že sexuální asistentky musí projít školením u organizace Rozkoš bez rizika, která ale za asistentky nijak neručí. Během asistence se pracovnice zavazuje, že bude ctít etické normy, jako je respekt k autonomii, důstojnosti a jedinečnosti klienta. Sexuální asistentka se řídí mlčenlivostí, tak jak ji definuje zákon o sociálních službách.

Asistentka i klient by měli dodržet běžnou hygienu, některé asistentky nabízejí klientům pomoc s hygienou, pokud to nezvládnou sami. Konkrétně u osob s mentálním postižením je zde uvedeno, že je třeba podrobně zmapovat klientovy potřeby a přání a to ve spolupráci s kompetentním partnerem. Může se jednat o rodinné příslušníky nebo o pracovníky sociálních služeb, kteří klienta dobře znají. Pokud není možné dosáhnout klientova souhlasu, asistentka se může zeptat zákonných zástupců klienta. (Freya, 2015). Nabízí se ale otázka, zda je možné skutečně a absolutně určit potřeby osoby s mentálním postižením.

Zaměříme-li se na právní ukotvení, poradna Rozkoše bez rizika uvádí, že v České republice není poskytování sexuální služeb za úplatu nelegální, tedy ani sexuální asistence není postavena mimo zákon. O trestný čin se jedná pouze, pokud kontakt mezi sexuální asistentkou a klientem sjednává třetí osoba. Sociální pracovníci toto ošetřují tak, že klientovi pouze předají seznam sexuálních asistentek, žádné schůzky ale nesjednávají. Důležité také je, aby nedošlo k mravnímu ohrožení dětí, což je od roku 2010 trestný čin. Sexuální asistence tedy nesmí být poskytována v místech, které jsou určeny pro návštěvy nebo pobyt dětí. (Šídová, Poláková, Malinová a kol.)

4. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením

Poslední kapitola teoretické části se zabývá sociální prací s osobami s mentálním postižením. Zde budou představeny obecné principy práce s touto cílovou skupinou, dále jednotlivé metody, bude zaměřena také na sexuální výchovu osob s mentálním postižením a na práci se sexualitou s uživatelem sociálních služeb.

Podkapitola o sexuální výchově se zabývá sexuální výchovou jedinců s mentálním postižením. Představuje oblasti, které by sexuální výchova měla zahrnout. Antikoncepce, sexuálně přenosné choroby, sexuální zneužívání a sexuální násilí, výchova k uvědomění si hranic v mezilidských vztazích.

4.1 Principy přístupů

„Služby nemají řídit život uživatele, ale pomoci mu, aby ho mohl co nejvíce řídit sám.“
(Matoušek, str. 113, 2010). Předchozí věta pregnantně popisuje princip moderní sociální práce

s osobami s mentálním znevýhodněním. Dle Matouška je současným trendem v práci s lidmi s mentálním znevýhodněním, aby mohli žít život, co nejvíce podobný životu lidem bez znevýhodnění. Sociální pracovníci k uživatelům sociálních služeb vedou k samostatnosti, a podpora v konkrétních situacích je pouze ve chvíli, kdy je uživatel nezvládá. Pracovníci přenechávají prostor jeho kreativitě při hledání řešení. Dále Matoušek popisuje, že ideální způsob poskytování kvalitní sociální práce by bylo, kdyby klient využíval více služeb, mezi kterými by si vybíral. Služba by měla být koncipována ne jen podle medicínské diagnózy, ale pracovník by měl podrobně klientovi schopnosti a adaptační dovednosti. Aby nedocházelo k upřednostňování potřeb služby před potřebami uživatele, měla by hodnocení dělat jiná organizace. (Matoušek, 2010).

Matoušek jako jeden z cílů sociální práce s lidmi s mentálním znevýhodněním uvádí inkluzi těchto osob do společnosti. Vzhledem k tomu, že socializace probíhá především v dětském věku, je třeba začleňování do běžné společnosti provádět od raného dětství. Osoby s mentálním postižením potřebují učit rozvíjet své schopnosti a dovednosti v kolektivu osob bez postižení. Pokud to nezvládnou sami, přichází sociální pracovník, který nabídne vhodný program pro učení. V neposlední řadě je velice důležité, aby probíhala osvěta společnosti. Cílem je, aby veřejnost pohlížela na osoby s postižením jako na lidi, se kterými můžou žít.

Venglářová popisuje principy přístupů v sexuální výchově s osobami s mentálním postižením. Zdůrazňuje důležitost respektu vůči klientově sexualitě. Je nutné přihlížet k tomu, že každý má jiné potřeby a jiné způsoby jejich naplňování. Dalším principem je učení zodpovědnosti za své sexuální chování. Je důležité učit klienty, že mohou uspokojit své potřeby, ale s ohledem na partnera i zákony. Venglářová dále doporučuje učit klienty projevy sexuality přizpůsobit normám společnosti, tak, aby nedocházelo k nevhodným projevům na veřejnosti nebo vůči personálu. Dále uvádí, že rodičovství nepatří do primárního cíle sexuální výchovy. Svůj názor rozvíjí tím, že je třeba myslet na ochranu potenciálních dětí. Dále uvádí, že zahraniční výzkumy dokazují, že většina potomků se osobám s mentální retardací rodí v situaci, kdy být rodiči nechtějí nebo také o případy sexuálního násilí. Sexuální výchova by tedy měla vést především k poučení o antikoncepci a pravidelným gynekologickým prohlídkám. S tímto souvisí také péče o vlastní zdraví a prevence sexuálně přenosných chorob. Posledním principem je prevence sexuálního násilí, o kterém jsem již psala v předchozí kapitole. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Také Thorová uvádí principy přístupů k sexualitě osob s mentálním postižením, kteří jsou uživateli sociálních služeb. Jako první doporučuje smíšené pobytové služby, tedy takové služby, kde jsou ubytováni muži i ženy. V těchto službách mají klienti dostatečné soukromí a jejich sexualita je absolutně akceptována. Druhým principem je respekt k jedinečnosti klientovy sexuality. Je nutné do klientova rozhodnutí a způsobu života neprojektovat vlastní hodnoty kulturní zvyklosti, ale respektovat jeho zvyklosti, jež vytvářejí jeho životní příběh. Další princip představuje možnost o sexualitě hovořit. Klient by měl mít možnost o tomto tématu mluvit s někým, komu důvěřuje, zároveň je ale nutné respektovat intimitu tématu. Posledním principem je přístup, který podporuje právo uživatele na sexuální život. Thorová doporučuje zakotvit tento přístup v oficiálním dokumentu. (Thorová, 2012).

4.2 Metody sociální práce s osobami s mentálním postižením

Matoušek a kol. představují následující metody a techniky sociální práce. Jednou z hlavních metod sociální práce s osobami s mentálním postižením je **asistence**. Tato metoda představuje pomoc uživateli s věcmi, které již sám nezvládne. Důležité je zaměřit se na to, co klient opravdu nezvládne a činnosti, v nichž je samostatný, by měl pracovník podporovat. K asistenci patří nejen to, že pracovník pomáhá klientovi v činnostech, které sám nezvládne, ale pomáhá mu také například organizovat a plánovat své aktivity a nácvik činností v běžném životě (např. cesta do práce). (Matoušek a kol., 2005).

Další metodou je **individuální práce**. Matoušek a kol. ji definují následovně: *„Individuální práce cíleně usiluje o dosažení určitých změn v životě uživatele. Směřuje k tomu, aby si klient osvojil specifické dovednosti, jež – podle jeho možností a přání – zvýší míru jeho samostatnosti.“* (Matoušek a kol., 2005). Dle uvedené citace se můžeme domnívat, že individuální práce se překrývá s asistencí a v určitých oblastech je to také pravda. Důležitým rozdílem ale je, že individuální práce usiluje o dosažení trvalých změn v životě klienta. K individuální práci patří také individuální plán klienta. Ten vytváří vždy klíčový pracovník klienta, účastní se dle možností klient a klientovi blízké osoby. V plánu je vytyčen dlouhodobý cíl, který je dále rozdělen na dílčí cíle. U každého cíle je určeno, kdy se tento cíl vyhodnotí a kdo je za něj zodpovědný. (Matoušek a kol., 2005).

Jinou metodou je **skupinová práce**. Dle Matouška a kol. má tato metoda dva důležité aspekty. Prvním z nich je to, že klienti se učí komunikovat v rámci skupiny, zlepšují se v sociálních dovednostech a mohou rozvíjet přátelské, příp. partnerské vztahy. Druhý aspekt představuje společné hledání řešení problému. Vzhledem k tomu, že klientů je ve skupině více, mohou si navzájem předávat rady, jak v určité situaci postupovat. (Matoušek a kol., 2005).

Další metodou je **pracovní terapie**. Tato metoda rozvíjí klientovy dovednosti pomocí pracovních činností. Pracovní terapie má určitý řád, který klienti musí dodržovat a tím rozvíjí pracovní návyky. Matoušek a kol. doporučují, aby se používala pro přechod z institucionálního zařízení do běžného bydlení, což ale praxi moc neodpovídá. (Matoušek, 2005).

Komunitní podpora představuje vytváření místa k životu, kde jsou společně osoby s postižením s osobami bez postižení. Komunita má svoji vlastní dynamiku, zdraví lidé nahrazují osobám s postižením asistenty a každý člověk přináší do komunity svoje schopnosti a dovednosti. Komunitní práce může probíhat za pomoci individuálního plánu i bez něj s pomocí běžných aktivit. (Matoušek, 2005).

Poslední metodou je **péče**. Tento model k rozvoji klientů příliš neprospívá, je zaměřen především na uspokojení primárních potřeb. Chybí zde významné aktivity, které by přispívaly ke klientově seberealizaci. Aktivity jako je kreslení, zpívání apod. jsou využívány spíše k vyplnění volného času klienta. (Matoušek, 2005).

4.3 Sexuální výchova osob s mentálním postižením

Rizika sexuálního života by se měla objevovat nejen u osob s mentálním postižením, ale i u osob zdravých.

Sexuální výchova osob s mentálním postižením by měla zahrnovat poučení o tom, co je sex a masturbace, jaká jsou rizika sexuálního života a co jsou to pohlavně přenosné nemoci, představení druhů antikoncepce a vysvětlení pojmů otěhotnění, porod a interrupce.

Dle Uhlířové je vhodné do sexuální výchovy zahrnout také gynekologii a preventivní prohlídky. Doporučuje klientkám vysvětlit, jak gynekologická prohlídka probíhá a jak často, jak se na ni vhodně připravit a co může žena se svým gynekologem řešit. Dále je doporučeno zaměřit se také na menstruační cyklus. Vysvětlit, co je menstruace, proč je součástí ženského těla a také co je menopauza. Pracovníci by měli klientkám představit vhodné hygienické pomůcky při menstruaci. (Uhlířová, 2016). Naproti tomu Thorová doporučuje následující projít s klienty následující oblasti

v sexuální výchově. Jaké jsou fyziologické rozdíly mezi jednotlivými pohlavími, ale také rozdíly v genderových rolích. Doporučuje se zaměřit na pozitivní i negativní aspekty sexuality. Dalším tématem je intimní partie těla a intimní tělesné aktivity a v poslední řadě jsou uváděny základy hygieny a zdravotní péče. (Thorová, 2012).

Štěrbová se v sexuální výchově věnuje rizikům sexuálního života, především sexuálnímu zneužívání a násilí. Je nutné si uvědomit, že jedinci s mentálním postižením jsou ve větším ohrožení, než osoby zdravé. Dle Štěrbové je jedním ze způsobů, jak zamezit riziku sexuálního zneužití u osob s mentální retardací, důsledné dodržování jejich práv, které jsou obsaženy v legislativě a platných dokumentech. Osoby s mentálním postižením, které jsou uživateli pobytové sociální služby, se mohou stát oběťmi sexuálního zneužívání či násilí i ze stran pracovníků této služby. Pokud pomineme sexuální násilí, kdy agresor takto jedná vědomě a úmyslně, je podle Štěrbové důležité, aby si pracovníci jasně uvědomovali hranice při poskytování služby. (Štěrbová, 2007).

Sexuální násilí se dělí na dotykové a bezdotykové. Mezi dotykové formy se řadí osahávání, vynucená soulož. Do bezdotykového zneužívání patří např. exhibicionismus, nucení osoby pozorovat agresora při masturbaci, promítání erotických či pornografických materiálů. K sexuální výchově jedinců s mentálním postižením patří také pojmenování intimních míst těla každého člověka a vysvětlení, že těchto míst se nesmí nikdo dotýkat, pokud to člověku není příjemné. Uhlířová a kol. doporučují klientům také vysvětlit pojem konsentu a také to, že i pokud člověk souhlasí, ale jen pod nátlakem či ze strachu, se sexuálním stykem, stále se jedná o znásilnění. Klienty je také nutné poučit, co dělat, pokud k sexuálnímu násilí dojde. Doporučit, komu se člověk může svěřit, může se jednat o někoho blízkého nebo je také možné předat seznam poraden pro oběti domácího násilí. Vysvětlit, proč je nutné jít k lékaři, který udělá podrobnou zdravotní právu, která se poté předává také policii pro zahájení trestního stíhání. (Uhlířová a kol., 2016)

Dalším z rizik sexuálního chování jsou sociální sítě, internetové seznamky a internet obecně. Sociální sítě i seznamky mohou být velmi nebezpečné v oblasti sexuálního násilí. Je důležité klientům vysvětlit, jaké tyto stránky skrývají nebezpečí a že je nutné si na internetu hlídat soukromí. (Uhlířová a kol., 2016). Thorová definuje specifika zneužívání osob s mentálním postižením. Tyto osoby jsou snadno zneužitelné, neboť si často ani neuvědomují, že jsou zneužívány. Dalším důvodem je, že jsou na pečujících osobách, které často bývají zneužívány,

závislí. Jsou více submisivní a jsou naučeni poslouchat autority. Mají omezené schopnosti uvažování, proto jsou snadněji zmanipulovatelní. Jejich svědectví také často není přikládána věrohodnost. (Thorová, 2012)

U osob s mentálním postižením se v oblasti sexuální výchovy využívá empowerment, který popisuje Chamberlinová. Jedním z jeho principů je poskytnout klientovi moc se rozhodnout, čímž se snižuje závislost na okolí. Další princip je přístup k informacím a zdrojům. Tento princip se odvíjí od předpokladu, že k informovanému souhlasu musí mít osoba dostatek informací. K tomuto principu můžeme zařadit i vědomí a porozumění svým právům. Pracovníci také rozvíjejí klientovu schopnost asertivity a kritického myšlení. Klient má také možnost určit si, kterým dovednostem se chce učit a naučit se vyjádřit svůj vztek společensky akceptovatelnou formou. (Chamberlinová in Milfait, ed., 2013).

Venglářová upozorňuje na nesprávné postupy pracovníků při sexuální výchově. Mezi ně řadí situaci, kdy tým není jednotný v názoru na sexualitu. Dále sem patří diskriminace (především v oblasti sexuální orientace), překračování hranic, používání výrazů, kterým klient nerozumí. (Venglářová, Eisner, 2013). Thorová doporučuje vhodné postupy sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. Jedním z hlavních pilířů je zaměření se na vzdělávání nejen uživatelů, ale i na personál služby, ve které je klient umístěn. Sexuální výchovu a slovník při ní používaný je nutné vždy přizpůsobit mentálním schopnostem klienta. Pokud se klient na určité věci dotazuje pracovníků přímé péče, není důvod, aby je také pracovníci v sociálních službách nevzdělali. Pokud je otázka složitá, např. z etického hlediska, je možné, aby mu na ni později odpověděl psycholog či klíčový sociální pracovník. Je ale nutné si uvědomit, že klient se na takto intimní téma bude dotazovat především osob, kterým důvěřuje. (Thorová, 2012).

5. PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části práce je zmapování sexuality u lidí s mentálním postižením, a to jak obecně, tak s cílem zjistit sexuální edukaci a sexuální a intimní asistenci v pobytových službách a v komunitních domech určených pro lidi s postižením. V rámci praktické části práce bude nejprve charakterizováno zařízení, které je určeno pro pobyt mentálně postižených jedinců. Dále zde budou provedeny rozhovory se sociálními pracovníky zařízení, přičemž tyto rozhovory budou sledovat problematiku sexuality u lidí s postižením. Následně zde budou zpracovány a prezentovány kazuistiky tří klientů, u kterých je mimo jiné sledována jejich sexualita. V této části práce bude také proveden a realizován rozhovor s pracovnící poskytující sexuální asistenci.

5.1 Charakteristika zařízení

Výzkum této práce byl realizován v Domově Sulická v Praze, v domově pro osoby se zdravotním postižením v Praze. Kromě bydlení pro osoby mentálně postižené nabízí domov především služby, jako zprostředkování zaměstnání a pomoc při zaměstnání, aktivizaci, aktivizační kavárnu, stravování a snoezelen. Dalšími službami jsou pomoc při kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, pomoc při hygieně, pomoc při zvládnání běžných denních úkolů, pomoc při zajištění chodu domácností a další.

V domově pro osoby se zdravotním postižením je v praxi aplikován přístup zaměřený na člověka, který se odráží ve všech oblastech práce tohoto zařízení. Tento přístup staví na respektu k individualitě každého člověka, na dodržování jeho nezadatelných práv a hájení jeho zájmů a na podpoře samostatnosti. V zařízení se pracuje konceptem multismyslové místnosti Snoezelen, realizuje se zde bazální stimulace, rozvíjí se koncept uspokojování individuálních potřeb uživatelů služby od duchovních potřeb, přes seberozvojové, až po oblast sexuálních potřeb.

Ubytování je poskytováno v tomto zařízení ve čtyřech lokalitách – 2x v Praze Krči, přičemž hlavní sídlo organizace je ulice Sulická, dále pak spadá pod domov chráněné bydlení v domku v Praze – Lahovicích a chráněné bydlení v běžných bytech na Praze – Černý Most.

Cílem zařízení je podpora dětí s mentálním postižením, aby byli v dospělosti co nejméně závislí na sociálních službách, umožnit jim vzdělávání a podpořit je v získávání a udržení sociálních vztahů. Cílem služby u dospělých jedinců je získat, prohloubit a udržet co nejvyšší

míru soběstačnosti a nezávislosti na poskytování sociálních služeb, umožnit a dále rozvíjet prosazování vlastní vůle, která povede ke spokojenosti, nezávislosti a zodpovědnosti, aktivní zapojení uživatele v péči o sebe a domácnost, podpora uživatele služby v začleňování se do společnosti včetně jeho pracovního uplatnění.

V seniorském věku jde o respektování životního příběhu jedince, o zprostředkování jeho kontaktu se společenským prostředím, o poskytnutí kvalitního propojení zdravotnických a sociálních služeb a o podporu klientů v udržování jejich soběstačnosti a samostatnosti.

5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou určeny pro sociální pracovníky zařízení pro mentálně postižené jedince. Zkoumají se zde sexuální potřeby a projevy klientů, uspokojování sexuálních potřeb a skutečnost, zda mají klienti v zařízení příležitost k sexuálním projevům.

Otázky:

1. Jaké jsou sexuální potřeby a projevy jedinců s mentálním postižením?
2. Do jaké míry jsou sexuální potřeby uspokojovány?
3. Mají klienti zařízení dostatek soukromí k sexuálním aktivitám?
4. Jaká je míra znalostí mentálně postižených v oblasti sexuální výchovy?
5. Jakým způsobem je u mentálně postižených realizována osvěta v oblasti sexuální výchovy?
6. Jaký mají mentálně postižení klienti přístup k partnerství a manželství?

Dále byly pokládány otázky doplňující otázky ke zpracování kazuistik vybraným klientům domova pro mentálně postižené, kteří budou prezentováni v rámci zpracovaných kazuistik, budou pokládány volně s ohledem na téma práce a na to, jak bude rozhovor aktuálně probíhat. V rámci pokládaných otázek klientům bude sledována jejich znalost z oblasti partnerství, rodičovství a sexuality, jejich partneri (minulí i současní), jejich sexuální aktivita a skutečnost, zda již někdy využili služeb sexuální asistence, nebo zda by těchto služeb v budoucnu využili.

5.3 Metody výzkumu a metody sběru dat

Zvolenou výzkumnou metodou je kvalitativní výzkum. Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, J., 2008, s. 48).

Získaná data pro kvalitativní výzkum budou ze strukturovaných rozhovorů (otázky viz kapitola 2.2) a ze studia interních materiálů organizace o klientech, na základě čehož budou zpracovány kazuistiky vybraných klientů s mentálním postižením. V rámci studia dokumentů klienty budou poskytnuty tyto dokumenty: osobní dokumentace s lékařskou zprávou, psychologické vyšetření, osobní anamnéza, aj. Polostrukturovaný rozhovor pak bude realizován s pracovníci poskytující služby sexuální asistence.

5.4 Výzkumný soubor

Pro rozhovory byli vybráni pracovníci domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří s mentálně postiženými pracují, a to sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, dále jen pracovníci a aktivizační pracovníci.

Pro kazuistiky byli vybráni na základě předešlého rozhovoru a doporučení tři klienti, jejichž materiály a dokumenty byly poskytnuty pro účely zpracování kazuistik. Současně pro doplnění informací uvedených v kazuistikách, které se vztahují k sexuálním potřebám a aktivitám, což je pro tuto práci stěžejní, byly provedeny rozhovory s těmito klienty. Pro výběr informantů byly důležité především jejich komunikační schopnosti a ochota spolupráce klienta. Informanti byli ve věku 20 – 30 let. Každý z informantů byl na rozhovor upozorněn pracovníkem, předem osloven a dal k rozhovoru souhlas. Dále byl ujištěn, že data jsou anonymní a jména budou smyšlená.

Rozhovor s klienty, který sloužil jako součást podkladů pro zpracování kazuistik, probíhal v pokojích nebo ve společenské místnosti, kde nikdo jiný nebyl. Důležité bylo, aby byli informanti ve známém prostředí, kde se cítí bezpečně. Pro záznam hovoru byl použit diktafon. V rámci výzkumu bylo pro zpracování kazuistik nahlédnuto do osobních materiálů a dokumentace klientů. Jednalo se o lékařskou zprávu, psychologické vyšetření či osobní anamnézu. Tyto dokumenty byly poskytnuty na základě uzavření písemné dohody s klientem s tím, že veškeré informace budou v práci prezentovány anonymně.

Rozhovory s pracovníky, aktivizačními pracovníky a sociálními pracovníky pak probíhaly v kancelářích těchto pracovníků nebo ve společenské místnosti, kde tomuto nebyl přítomný žádný klient.

Rozhovor s pracovnící poskytující služby sexuální asistence proběhl v prostorách organizace Freya, která na základě písemné i telefonické žádosti zprostředkovala rozhovor s konkrétní sexuální asistentkou.

5.5 Analýza rozhovorů

Rozhovorů se účastnili dva pracovníci, sociální pracovník a vedoucí zařízení. Všem těmto čtyřem pracovníkům byly položeny stejné otázky – viz výše. Analýza rozhovorů bude zpracována dle jednotlivých kladených otázek, a jak se k tomuto jednotliví pracovníci vyjadřovali.

1. Jaké jsou sexuální potřeby a projevy jedinců s mentálním postižením?

Sexuální potřeby lidí s mentálním postižením jsou dle názoru dotazovaných zaměstnanců domova stejné, jako u zdravých lidí s tím, že u některých těchto jedinců jsou více umocněny. Je to způsobeno, jak uvádí pracovník, mnohdy často tím, že oni neumí tyto potřeby nějak tlumit, maskovat, že je to prostě v danou chvíli nevhodné. Pracovník uvádí: „*Jako zcela běžně někoho „přistihnu“ při masturbaci, dotýkání se genitálií před dalšími lidmi nebo při močení před zraky ostatních klientů.*“ Sociální pracovnice jako další sexuální projevy klientů uvádí osahávání, petting, zmíněnou masturbaci nebo dokonce obtěžování malých dětí. „Toto je skutečně problém“ uvádí ředitelka domova. „*Neojediněle jsme pranýřováni za to, že naši klienti masturbují na*

veřejnosti nebo někoho sexuálně obtěžují. Bohužel jsou terčem takového obtěžování děti, neboť pedofilie je u některých mentálně postižených naprosto běžná.“

2. Do jaké míry jsou sexuální potřeby uspokojovány?

Na tomto se všichni dotázaní pracovníci domova shodli, že tu míru uspokojení sexuálních potřeb nelze jednoznačně určit, neboť u každého jedince je toto pochopitelně individuální a každý má ty potřeby jinak, jinak je vnímají, jinak ovlivňují jejich žití. Nikdo neuvádí, byť jsou v tomto někteří klienti velmi otevření, do jaké míry jsou potřeby naplněny. Samozřejmě je pochopitelné, že jen pár klientů má, nebo mělo nějakého sexuálního partnera. A zde je také velmi subjektivní hovořit o tom, že se sexuálním partnerem byly jejich potřeby uspokojeny. Pracovník uvádí: *„Je to individuální. Řekl bych, že mnohým stačí jejich masturbace.“* *„Ženám, jak mi řeknou, stačí ta jejich platonická láska, jejich zamilovanost. Ženy jsou víc na city, mnohdy jim stačí jen ten pocit, že někoho milují, i když to není opětováno,“* uvedla sociální pracovnice.

3. Mají klienti zařízení dostatek soukromí k sexuálním aktivitám?

Na tuto otázku shodně všichni oslovení pracovníci v rozhovoru uvádějí, že klienti domova mají dostatek soukromí k sexuálním aktivitám. Sociální pracovnice uvádí, že *„řada klientů je sice na pokoji s někým jiným, ale nemyslím si, že by si nenašli chvíli soukromí pro uspokojení svých sexuálních potřeb.“* Pracovník uvádí, že ví o tom, že klienti masturbují a uspokojují si své sexuální prostředí a je jim toto pochopitelně akceptováno.

4. Jaká je míra znalostí mentálně postižených v oblasti sexuální výchovy?

Míra znalostí mentálně postižených v oblasti sexuální výchovy je dle dotázaných pracovníků bohužel jen základní, mnohdy ani ta základní znalost není reálná. S problematikou sexuální výchovy se v praxi často pracovníci domova setkávají, problém je třeba hledat již v dětství, kdy nebyly tyto lidé z jakýchkoli důvodů o sexualitě správně a dostatečně informováni. Vedoucí domova k tomu uvádí: *„Problém je i v rodině. Máte starší rodiče, nejsou zvyklí o tom mluvit, dítěti žádné poznatky nedají, sex pokládají za tabu. Pak si k tomu ještě přidají, že je jejich dítě mentálně postižené a že žádné takové potřeby mít nebude a nebude mít rodinu a jaké pak mohou předat informace v této oblasti?“* Sociální pracovnice doplňuje, že: *„Hodně informací*

získají od svých spolubydlicích, klientů, kamarádů. Ale jaké to jsou informace? Často zkreslené, někdo se před někým vytahuje, co ví, co zažil, co dělal a přitom to jsou jen nějaké výplody fantazie, zkreslené informace, které neodpovídají skutečnosti. A to nejde jen o sexualitu jako takovou, ale třeba i o představy o rození dětí, o rodičovství, o partnerství.“

5. Jakým způsobem je u mentálně postižených realizována osvěta v oblasti sexuální výchovy?

Sociální pracovnice uvedla, že s ohledem na typ služby a věk klientů neprobíhá v tomto zařízení sexuální výchova systematicky. Spíše se témata partnerství, manželství a asexualitý prolínají v různých činnostech a diskuzích jiného charakteru. Pracovník uvedl: *„Dělaly se u nás ale taky přednášky, bylo to celkem hojně navštěvované, i když tedy nevím, co a do jaké míry si z toho klienti vzali a zda to bylo pro ně přínosné. Ale přednášky tu byly.“*

Osvěta v této oblasti je každopádně dle názoru dotazovaných nedostatečná. V první řadě by měly tyto informace předávat dětem, i těm mentálně postiženým, rodiče. Ředitelka domova uvádí: *„Samozřejmě osvětu dávají klientům i vychovatelé, sociální pracovníci a další odborníci, které naše zařízení navštěvují. Je to ale především na dotaz. Klienti se často zeptají na různé věci, sexuální tematiku nevyjímaje, zvláště pokud jde o ty, co nemají se problémem zeptat na cokoli. A vy jim odpovíte. To je také předávání informací, osvěta.“*

6. Jaký mají mentálně postižení klienti přístup k partnerství a manželství?

„Málokdo ho má reálný. Často jsou to představy o romantické lásce a o bezchybném manželství“ uvádí pracovník. Všichni pracovníci, se kterými byl realizován rozhovor se však shodnou na tom, že představy o partnerství a manželství pochopitelně u mentálně postižených jedinců jsou, ale jsou zkreslené. Z praxe vidíme, že mentálně postižené ženy vnímají celou problematiku tak, že tím, že jsou postižené, nemají právo na manželství a partnerství. U mužů to takto vnímáno není. *„Po partnerském vztahu však touží většina našich klientů“* uvádí sociální pracovnice.

2.6 Rozhovor se sexuální asistentkou

Za účelem realizace rozhovoru s nejmenovanou sexuální asistentkou byla písemně a následně telefonicky oslovena organizace Freya, která sexuální asistenty školí, a která po představení tématu a cíle práce za předchozího souhlasu konkrétní sexuální asistentky zprostředkovala na své půdě rozhovor s touto sexuální asistentkou. Rozhovor proběhl dne 6. ledna 2020 od 15hod. K rozhovoru byl dán souhlas a sexuální asistentka, se kterou byl rozhovor realizován byla ujistěna o své anonymitě a o seznámení s prací, pro kterou byl rozhovor poskytnut.

Otázky a přepis odpovědí na tyto otázky jsou uvedeny níže.

1. Jak byste charakterizovala profesi sexuální asistentky?

„Sexuální asistence je služba, která je placená a vykonávají ji zkušené sexuální asistentky (a nově máme i dva muže). Je určena lidem s postižením, ať už zdravotním, tak s mentálním. Pomáháme lidem objevit svou sexualitu, pomáháme asistovat při pohlavním styku dvou handicapovaných jedinců, některé asistentky poskytují u klientů, kde to jde a je zájem i sexuální styk. Ale v zásadě jde o nalezení prostoru pro vlastní intimitu, o doteky, masáže, náscvik masturbace, o společnou nahotu apod. Vždy záleží na tom, jaký asistent službu vykonává a jaké má své limity. Někteří asistenti mají limit v tom, že neposkytují sex v žádné z podob, jiní mají limit v tom, že službu své sexuální asistence nejsou schopni poskytnout lidem s mentálním postižením nebo s autismem. Limity jsou různé, podle toho, jak to kdo cítí, což je pochopitelné.“

2. Jak dlouho tuto činnost vykonáváte a z jakého důvodu?

„Sexuální asistentkou jsem skoro 2 roky, od doby, kdy jsem absolvovala kurz u organizace Freya a stala jsem se tedy certifikovanou asistentkou. A z jakého důvodu? Nějak se mi líbilo propojení té sexuální stránky a sociálních služeb. Jsem empatická a sociálně zaměřená, a vím, že i hendicapovaní jedinci mají své potřeby a celkově mě ten nápad nadchl, neboť přišel v době, kdy jsem hledala po rozchodu s přítelem nejen domov, ale také novou práci (nějak se to semlelo vše dohromady, najednou) a četla jsem o sexuální asistenci článek v nějakém časopise a řikala jsem si, že to by bylo něco pro mě, i když se na to lidé dívají často různě a nepochopí to. Myslím, že je to záslužná činnost. Vidím to na svých klientech. A to mě

současně i nabíjí. Nevím, co bude za rok, dva a později, ale právě teď jsem spokojená a je to pro mě vysněnou prací, neměnila bych.“

3. Jak jste se k této profesi dostala a kde získáváte informace, vzdělání pro výkon této profese?

„Jak jsem již řekla, jednou jsem četla článek v časopise, hledala jsem práci, toto mě nadchlo. Našla jsem si na internetu další informace o této práci a přihlásila se do organizace Freya, která vede v tomto kurzy, poradenství a koučink. Pak to šlo už samo. Tam jsem taky získala všechny informace, prošla jsem kurzem, vzdělala jsem se v této oblasti. Tato organizace také zveřejňuje na svých stránkách speciálně proškolené sexuální asistentky“

4. Jaké služby klientům poskytujete? A jaká je cena?

„Cena je stanovena na 1200 Kč za hodinu. Plus náklady na cestu. Samotné sexuální asistenci musí předcházet úvodní konzultace, kde si asistentka zjišťuje, čím a jak může klientovi pomoci, co od ní očekává a naopak, co ona mu může nabídnout. Tato konzultace stojí 500 Kč. Jinak služby jsou různorodé, vždy se to odvíjí individuálně od konkrétního klienta. Může to být jen rozhovor, poradenství, nebo naopak masáž, doteky, mazlení, použití sexuálních pomůcek, vlastní nahota obou osob nebo dokonce i sex.“

5. Jaké jsou limity vaší práce?

„Donedávna to byl pohlavní styk a práce s mentálně postiženými, nyní v sobě vidím posun, takže zkouším pracovat i s mentálně postiženými, kde bych nešla do pohlavního styku. Mám ale zdravotně postižené klienty, kde není hranicí ani sex, ale je to opravdu individuální.“

6. U jakých klientů vykonáváte sexuální asistenci?

„Já osobně u zdravotně postižených a seniorů, mužů i žen. V některých případech také u mentálně postižených jedinců, vždy záleží na typu diagnózy. V tomto si vybírám. Mentálně postižené často poučuji o jejich erotogenních zónách, co se jim líbí a co ne.“

7. Jak se staví rodina a přátelé k tomu, jakou profesi vykonáváte?

„To víte, z počátku to byl šok, nebyli informováni, pořád si to pletli z prostitucí. Později to začali akceptovat. Delší dobu to trvalo, než jsem se svěřila dceři, co vykonávám. Myslím, že to pochopila. Ale nějak veřejně to do světa nehlásím. Ve škole, kam chodí dcera, to učitelky nevědí a to chci, aby to tak zůstalo. Mám teď 4 měsíce nového přítele a od počátku jsem mu řekla, jako profesi vykonávám. Když jsem mu vše dopodrobna vysvětlila, zdá se, že to pochopil, a nemá s mou prací problém, nedělá žárlivé scény a nijak v tom nevidí klasickou prostituci. Je taky humanisticky orientovaný, takže chápe potřebu lidí s handicapem a smysl této služby. Občas si děláme legraci, zda se nechce stát také sexuálním asistentem. Ale nechce.“

8. Setkáváte se s předsudky vůči této profesi, a jak na to reagujete?

„S předsudky se pochopitelně setkáváme. Lidé si myslí, že jsme obyčejné prostitutky a ještě rozzlobenější jsou, když si to spojí jako sociální službu, která je hrazena z příspěvků, co dostávají zdravotně postižení od státu. Nemá smysl s tím bojovat, už jsem si na to zvykla. Navíc ne každá sexuální asistentka poskytuje pohlavní styk. Kdo má v rodině nějakého zdravotně postiženého a ví, co to obnáší nebo si blíže nastuduje princip naší služby, tak to pochopí.“

5.7 Kazuistiky

ADAM

Adam, 27 let. Muž útlé postavy. Působí sebejistě a přátelsky.

Rodinná anamnéza

Adam se narodil do úplné rodiny. Má starší sestru. Narodil se z třetího těhotenství, matka však jednou potratila. Matka dlouhodobě trpí hypertenzí a cukrovkou, otec i sestra nemají žádné zdravotní potíže. Otec byl v jeho dětství často v zahraničí na služebních cestách, s rodinou byl spíše o víkendu.

Osobní anamnéza

Adam má 27 let. Ve čtyřech letech měl při autonehodě těžký úraz, při kterém došlo k poškození mozku. Adam absolvoval dvě operace mozku. Povinnou školní docházku absolvoval formou integrace dle individuálního vzdělávacího plánu na základní škole v místě svého bydliště. V Praze vystudoval odborné učiliště s provozním zaměřením.

Zdravotní stav

Adamův zdravotní stav ovlivnila nehoda a komplikované operace mozku. Aktuálně má Adam omezenou hybnost končetin, trpí epilepsií a zpomaleným psychomotorickým tempem. Jeho intelekt se nachází v pásmu lehké mentální retardace.

Pobyt v zařízení a kontakt s rodinou

V domově žije Adam od sedmi let, přičemž pokoj aktuálně sdílí s mladým mužem podobného věku. Dříve bydlel se dvěma chlapci. Je rád, že není na pokoji sám, chce si s někým povídat. V domově se Adamovi líbí a je zde oblíbený. Toto sám potvrzuje v rozhovoru. Pokud jde o kontakt s rodinou, uvádí Adam, že máma k němu jezdí každý týden, někdy i dvakrát týdně. S otcem se vidí jen občas, když je doma, stále mnoho cestuje. Se sestrou se vidá sporadicky. Také jej navštěvuje jeho babička, která bydlí kousek od něj, ale je už stará a špatně chodí, tak k němu nemůže tak často, jak by si oba přáli. Mimo domov má kamarády ze školy i jiné kamarády.

Zájmy a volný čas

Adam tráví svůj volný čas nejraději mimo domov, ač se mu v domově líbí. Tím, že je mimo domov má větší pocit volnosti, kterou občas potřebuje. Chodí rád ven a nakupovat, rád sleduje filmy nebo je na internetu.

Partneři, vztahy, sexuální výchova a sexuální zkušenosti

Adam uvádí, že měl 18 partnerek, některé jen krátce na pár týdnů, některé vztahy měl i rok. Aktuálně má o dva roky mladší přítelkyni, seznámili se spolu mimo domov a je zdravá. Jsou spolu měsíc. S partnerkou mají pravidelný pohlavní styk, používají ochranu, kterou mu kupuje jeho matka. Pokud jde o sexuální výchovu, má Adam základní znalosti, ví co je sexuální styk,

mateřství, partnerství, ale jeho znalosti jsou pouze povrchní. Ačkoli se vyhýbá některým výrazům, je schopen o sexualitě hovořit velmi otevřeně.

K prvnímu pohlavnímu styku u něj došlo v 16ti letech. S některými partnerkami měl pohlavní styk, s některými prožíval jen platonické lásky. Se svou aktuální partnerkou provozuje orální i pohlavní styk. Orgasmu dosahuje. Pravidelně několikrát týdně masturbuje, tajně kouká na pornografické filmy. Služeb sexuální asistentky dosud nevyužil, ví o této službě a kdyby potřeboval, jistě by těchto služeb využil.

Interakce při rozhovoru

Adamova slovní zásoba je chudší, mívá problémy se vyjádřit, špatně skloňuje, mnohdy neumí najít správný výraz pro to, co chce říct. Je však vstřícný a ochotně při rozhovoru spolupracoval. Někdy odpovídá velmi jistě, jindy méně jistě či jsou jeho odpovědi nepřesné.

Budoucnost

Adam by rád žil ve vlastním bytě, chtěl by mít manželku a děti.

IVANA

Ivana, 23 let, plnoštíhlá, dlouhé tmavé vlasy. Rychle navazuje kontakt, hovoří zmateně, je velmi spontánní, má zkreslené vnímání reality, infantilní chování.

Rodinná anamnéza

Ivana pochází z neúplné rodiny, má mladšího sourozence. Rodiče se rozvedli, když byly bratrovi dva roky. Matka, ani otec, o ni nejeví zájem. Vychovávali jí prarodiče, na její výchově se podílela také teta, která ji měla v opatrovnictví.

Osobní anamnéza

Ivana má 23 let. Narodila se matce z prvního těhotenství, které probíhalo naprosto bez komplikací. Má mladšího bratra. Pochází z neúplné rodiny, rodiče se po dvou letech od narození bratra rozvedli. Povinná školní docházka byla u Ivany o dva roky odložena. Navštěvovala

základní školu praktickou a poté jednoletou a následně dvouletou praktickou školu. Aktuálně se učí v oboru provoz domácnosti. Chtěla by se vyučit také v tkalcovství.

Zdravotní stav

Ivaniny intelektové schopnosti se nacházejí v pásmu středně těžké mentální retardace.

Pobyt v zařízení a kontakt s rodinou

Ivana žije v domově 17 let. Na pokoji je s další dívkou v podobném věku. Chce být na pokoji s někým, chce si povídat. Dříve byla v pokoji s více spolubydlícími nebo žila sama, ve dvou jí to vyhovuje nejvíc. Má ráda společnost, ale také své soukromí. V domově se jí líbí, je tady spokojená.

S matkou a otcem se nestýká, jezdí za babičkou jednou až dvakrát za měsíc. V kontaktu je také s tetou, která ji měla v opatrovnictví, ta za ní občas přijede. Nikdo jiný ale Ivanu v domově nenavštěvuje, ani z příbuzných, ani kamarádi.

Zájmy a volný čas

Ivana má ráda hudbu, film a ráda vyšívá. Ráda si hraje taky s panenkami, které ji navozují pocit živého dítěte a má ráda omalovánky. Když je u babičky, která má na zahradě zvířata, věnuje se králíkům a hraje si se psem. U babičky pomáhá s nádobím. Kamarády mimo domov nemá, s nikým se ve volném čase nestýká.

Partneři, vztahy, sexuální výchova a sexuální zkušenosti

Ačkoli chodila Ivana se třemi partnery, prožívá spíše platonické vztahy. Vždy se jednalo spíše o počátky vztahů. Svou první lásku poznala na prázdninách v Čechách. Líbali se a drželi za ruce, nebyli však nikdy sami, pracovnice je hlídala. Pohlavní styk neměla. V současné době nikoho nemá.

Znalosti sexuální výchovy má takové, co probírali ve škole. Viděla filmy o mateřství. Má hlubší znalosti v oblasti partnerství, mateřství. Nerada používá výrazy z oblasti sexuality. Neustále opakuje určité definice. Erotické filmy neviděla, nejsou vhodné pro děti a je tedy patrné, že se za

dítě považuje. Na druhou stranu věří, že by zvládla péči o dítě a jeho výchovu. Její představy jsou však nereálné. O službách sexuální asistence neslyšela, vůbec neví, proč by to měl někdo využívat.

Interakce při rozhovoru

Ivana má chudou slovní zásobu, často opakuje určitá slova. Problematicky vyjadřuje své myšlenky, špatně skloňuje. Někdy nerozumí otázce nebo odpovídá na úplně jinou otázku. Určité slovní výrazy, především týkající se sexuální výchovy, jsou pro ni neznámé a v tu chvíli mění dokonce téma rozhovoru.

Ivana není zcela samostatná, potřebuje dohled. Má nereálné představy.

Budoucnost

Ivana by chtěla mít manžela a děti. Chtěla by být zamilovaná. Chtěla by pracovat ve tkalcovství, ale musí to nejdřív vystudovat.

MONIKA

Monika, 23 let. Střední postavy, tmavé krátké vlasy. Na první pohled přátelská.

Rodinná anamnéza

Monika pochází z úplné rodiny, má ještě dvě starší nevlastní sestry, které se narodily matce z předešlých vztahů.

Osobní anamnéza

Monika má 23 let. Těhotenství její matky s ní bylo rizikové a ukončeno v 7. měsíci předčasným porodem. Monika byla kříšena, ve 4. Měsíci s ní matka začala cvičit Vojtovu metodu. Monika byla několikrát v léčebnách určených pro děti a v lázních. Mateřskou školu navštěvovala v místě bydliště, povinnou školní docházku měla 2x odloženou. Navštěvovala základní praktickou školu a poté ještě absolvovala 2 roky praktické školy. V současné době dochází do chráněné dílny. Při výkonu svého povolání se věnuje vyšívání a ručním pracím.

Zdravotní stav

Monika má MO – spastickou diparézu, anémii a strabismus. Její intelektové schopnosti odpovídají pásnu lehké mentální retardace.

Pobyt v zařízení a kontakt s rodinou

Monika žije v domově 4 roky, předtím byla v jiném zařízení. V pokoji je s jednou dívkou stejného věku a toto jí vyhovuje. Nechce být sama na pokoji, protože má úzkosti a deprese. Monika špatně nese jakoukoli změnu, i v případě nového klienta nebo změny personálu, jinak se jí ale v domově líbí. Se svou rodinou se vidí pravidelně, jezdí 2x do měsíce domů nebo ji navštěvuje matka, teta nebo babička. Také za ní docházejí dvě kamarádky ze základní školy.

Zájmy a volný čas

Monika ráda a hodně čte, především romantické příběhy. Navléká ráda korálky a poslouchá u toho hudbu. S kamarády mimo domov se nestýká. Občas používá internet.

Partneři, vztahy, sexuální výchova a sexuální zkušenosti

Monika měla několik platonických vztahů. Má život plný představ lásky a romantiky, což ovlivňuje především její četba. V současné době partnera nemá, ale platonicky miluje jednoho ženatého muže.

Pokud jde o sexuální výchovu, orientuje se v základních pojmech, ale chybí jí hlubší pochopení. Nemá problém se zeptat pracovníků nebo sestřiček na to, co by jí případně zajímalo z této oblasti.

Monika nemá žádné sexuální zkušenosti a ani po nich netouží, jak uvádí. Užívá hormonální antikoncepci, ale pouze na úpravu menstruace a její zmírnění. Masturovat nezkoušela, přičemž jí to na sobě, ale ví, že to lidé dělají a neodsuzuje to.

O sexuální asistenci neslyšela, ale chápe, že ji muži potřebují a určitě by se jim to líbilo, když by mohli těchto služeb využít. Slyšela jednou o klientovi domova, že měl svou sexuální asistentku, ale nic víc o tom neví, ani co sexuální asistentka přímo s lidmi dělá.

Interakce při rozhovoru

Monika spolupracuje ochotně, je velmi komunikativní, i když její slovní zásoba je chudší. Je schopná soustředit se na otázky a odpovídá k věci. Těší ji podílet se na rozhovoru a být centrem zájmu.

Budoucnost

Monika by chtěla mít manžela a maximálně jedno dítě, ale jen kdyby na tom manžel trval. Sama se na dítě necítí, nedokázala by se o něj postarat a domnívá se, že to s jejím zdravotním stavem není dobré a možné. Chce pracovat, tam kde pracuje, i do budoucna. Ráda by žila v samostatném bydlení s asistenční službou.

KAREL

Karel, 24 let. Vyšší zavalité postavy, usměvavý, přátelský, někdy lehce výstřední.

Rodinná anamnéza

Karel pochází z neúplné rodiny, rodiče se rozvedli, když se narodil. Má mladší nevlastní sestru. S otčímem nevychází, s matkou je v kontaktu.

Osobní anamnéza

Karel má 24 let. Již od raného dětství zaostával ve vývoji. Navštěvoval často léčebné pobyty. Mateřskou školu navštěvoval v místě bydliště, poté navštěvoval základní praktickou školu a 2 roky praktické školy. V současné době pracuje v chráněné dílně, kde vyrábí hřebeny.

Zdravotní stav

Karlovy intelektové schopnosti odpovídají pásmu lehké mentální retardace.

Pobyt v zařízení a kontakt s rodinou

V zařízení žije 5 let. Na pokoji je sám a to mu vyhovuje. V minulosti v jiném zařízení žil na pokoji s jinými spolubydlícími a i když je přátelský, má rád svůj prostor. V kontaktu je s matkou a se strejdou, který žije sám. Toho někdy navštěvuje, dokonce i na víkend. Matku navštívit doma nemůže, nesnesou se s jejím současným partnerem.

Zájmy a volný čas

Karel má rád fotbal. Fotbal mu připadá „chlapský“, a že se má pak s kým o něm bavit. Rád se prochází mimo domov a zajde si sednout do kavárny nebo do parku. Má kamaráda ze školy, se kterým si občas zajdou na fotbal. Je aktivní na internetu, často internet prochází, sociální sítě však nemá.

Partneři, vztahy, sexuální výchova a sexuální zkušenosti

Karel měl 2 partnerky. Má problém s tím, že ty, které se mu líbí, jej nechtějí a on nechce zase ty, co by chtěly jeho. První styk měl v 15ti letech. Pak dlouho nikoho neměl. V 19ti letech chodil rok a půl s dívkou, ale neklapalo jim to. Od té doby je sám. V sexuální výchově se orientuje, zná až nadstandardně různé pojmy a praktiky, pokud jde o manželství, mateřství a partnerství, má spíše výrazně zkreslené představy. Pravidelně masturbuje. Služeb sexuální asistence nevyužil, ale přiznává, že by ho to zajímalo. Možná se někdy o toto bude zajímat a této službě využije. Zná kamaráda, co těchto služeb využil a velmi si to pochvaloval. Jeho samotného to dosud nenapadlo, ale nevylučuje to.

Interakce při rozhovoru

Karel je veselý, komunikativní, je rád, že si může s někým promluvit. Mluví nad rámec rozhovoru a kladených otázek, ale nijak to nestěžuje rozhovor.

Budoucnost

Karel by chtěl mít partnerku, nemusí přímo manželku, ale nechce žít sám. Chtěl by žít v samostatném bytě.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku vztahových a sexuálních potřeb u osob s mentálním postižením, skládá se ze dvou důležitých částí, a to části teoretické a části praktické.

Již jedenáct let se pohybuji v sociálních službách a prošla jsem několika organizacemi, kde se buď k sexualitě osob s mentálním postižením přistupovalo jako k něčemu, co je naprosto proti přírodě, nebo byly veškeré projevy těchto osob ignorovány. Důvodem, proč jsem si vybrala téma sexuality u osob s mentálním postižením, bylo to, že mi nebylo jasné, proč by i tito lidé neměli mít možnost projevit své sexuální touhy, vždyť je to přirozené.

V teoretické části této bakalářské práce jsem se zabývala definicemi mentálního postižení, sexualitě a její funkci a teoretickému pohledu odborníků na sexualitu u osob s mentálním postižením.

V praktické části se pak zaměřuji na pohled pečujících osob a informovanost osob s mentálním postižením. Sexuální potřeby osob s mentálním postižením jsou dle dotazovaných stejné, jako u zdravých lidí s tím rozdílem, že v některých případech jsou více umocněny. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že neumí tyto potřeby nějak tlumit. V zařízení, kde byl výzkum realizován, bylo zjištěno, že klienti domova mají dostatek soukromí k sexuálním aktivitám. Co se týče informovanosti osob s mentálním postižením a jejich sexuální výchově je znalost mnohdy jen základní. Problém je často v rodině u starších rodičů. Informace tak často získávají od svých spolubydlících či kamarádů. V tomto zařízení byly často i přednášky na toto téma, které dle sdělení pracovníků byly i hojně navštěvované, avšak osvěta v této oblasti zdá se mi stále nedostatečná.

Co se sexuální asistence týče, tak i z rozhovoru se sexuální asistentkou je evidentní, že někteří ze sexuálních asistentů mají problém poskytnout své služby právě osobám s mentálním postižením.

Během rozhovorů s uživateli v Domově Sulická bylo zjištěno, že každý vnímá sexualitu odlišně a pokud byli informováni o sexuální asistenci, bylo to většinou z úst kamarádů, nikoli odborníků.

Otázkou pro mě tedy zůstává, zda není nutné více edukovat pečující osoby o metodách práce se sexualitou s osobami s mentálním postižením a sexuální asistenci.

ZDROJE

Literatura

VENGLÁŘOVÁ, M., Eisner, P. a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, s.r.o., 2013. 208 stran. ISBN 978-80-262-0373-5

ŠTĚRBOVÁ, D.: *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2007, 101 str. ISBN 978-80-244-1689-2

MATOUŠEK, O., Koláčková, J., Kodymová, P, (eds): *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s.r.o., 2010, 352 stran. ISBN 978-80-7367-818-0

MILFAIT, R. (ed): *Lidská práva osob s postižením, nevyлéčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu „Euthanasie“*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2013.

ISBN 978-8086057-85-9

Gynekologická prohlídka: Už vím! Srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením.

Česká republika: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2016. ISBN 978-80-906224-5-6.

Život ženy: Už vím! Srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením. Česká republika: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2016. ISBN 978-80-906224-1-8.

Sexuální násilí: Už vím! Srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením. Česká republika: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2016. ISBN 978-80-906224-9-4

Láska, sex a já: Už vím! Srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením. Česká republika: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2016. ISBN 978-80-906224-3-2

Publikace

Šídová, L., Poláková, J., Malinová, H. a kol.: *Ze sexbyznysu na trh práce? Přenos znalostí v oblasti legálního opuštní prostitute a jeho dopad na trh práce*. 2018, Sportpropag.as. ISBN 978-80-260-4963-0

Články

ŠÍDOVÁ, Lucie. Sexualita jako základní životní potřeba. *Sociální služby*. 2018, XX.(Březen), 2.

Internetové zdroje

Etický kodex. *Freya* [online]. [cit. 2018-05-28]. Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence#eticky%20kodex>

Šance dětem [online]. [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/klasifikace-mentalniho-postizeni-a-podpora-ditete.shtml>

European convention on human rights, [online], [cit. 27. 5. 2018 v 10:35], dostupné z: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.

Harflett, N., Turner, S.: *Supporting people with learning disabilities to develop sexual and romantic relationships*. Bath: National Development team for inclusion. [online], [cit. 27. 5. 2018 v 10:35], dostupné z: <file:///C:/Users/FOD/Desktop/ndti%20report%20-%20relationships.pdf>

JONES, J. R. Human Sexuality - Unit I. In: *Www.cuyamaca.edu* [online]. 2011 [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: https://www.cuyamaca.edu/people/jr-jones/human-sexuality/HS_Unit_1_20110228.pdf

ANOTACE

Jméno a příjmení: Hana Lusková

Katedra: Ústav speciálněpedagogických studií

Vedoucí práce: doc. PhDr. Vojtěch Regec Ph.D

Rok obhajoby: 2021

Název práce: Sexualita lidí mentálním postižením

Název práce v angličtině: Sexuality of people with mental

Anotace práce: Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku vztahových a sexuálních potřeb u osob s mentálním postižením, skládá se ze dvou důležitých částí, a to části teoretické a části praktické.

Klíčová slova: Sexualita, vztahy, mentální postižení, domov pro osoby s mentálním postižením, sexuální výchova

Anotace práce v angličtině: This bachelor thesis focuses on the issue of relationship and sexual needs of people with mental disabilities, consists of two important parts, namely the theoretical part and the practical part.

Klíčová slova v angličtině: Sexuality, relationships, mental disabilities, home for people with mental disabilities, sexual education

Rozsah práce: 42

Jazyk práce: český jazyk