

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDII**

**SEXUÁLNÍ ASISTENCE OČIMA PEČUJÍCÍCH O
HANDICAPOVANÉ OSOBY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Denisa Plocková**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Matulová**

2025

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**SEXUAL ASSISTENCE FROM THE PERSPECTIVE
CARERS OF PEOPLE WITH DISABILITIES**

Bachelor's thesis

Author: **Denisa Plocková**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové. Veškerou odbornou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

Denisa Plocková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Matulové, za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost, ochotu a možnost osobních konzultací v průběhu zpracování bakalářské práce. Ráda bych poděkovala i všem respondentům, kteří byli ochotní mi poskytnout rozhovor. Poděkování patří i mé rodině za jejich podporu během celého studia.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod	7
Teoretická část.....	8
1 Sexualita	9
1.1 Potřeba sexuality	10
1.2 Vývoj sexuality	12
1.3 Sexuální výchova	13
1.4 Sexuální zneužívání.....	16
1.5 Sexuální dysfunkce.....	18
1.6 Sexuální osvěta jedinců s mentálním postižením	20
1.7 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením..	22
2 Handicap.....	25
2.1 Poruchy sexuálního života u jedinců s tělesným postižením	26
2.2 Poruchy sexuálního života u jedinců s mentálním postižením.....	27
2.3 Poruchy sexuálního života u jedinců se smyslovým postižením	31
2.4 Poruchy sexuálního života u jedinců s duševním onemocněním	32
2.5 Poruchy sexuálního života u seniorů	33
3 Sexuální asistence.....	35
3.1 Co sexuální asistence nabízí a jak konkrétně probíhá	36
3.2 Pravidla sexuální asistence a rozdíl mezi sexuální asistencí a službou sexbyznysu	37
3.3 Sexuální asistence v zahraničí	38
Empirická část	39
4 Cíle výzkumu	40

5	Metodika výzkumného šetření	41
5.1	Metodologie výzkumu.....	41
5.2	Charakteristika respondentů	41
5.3	Zpracování dat	42
6	Vyhodnocení výzkumu.....	43
6.1	Kategorie identifikační údaje	44
6.2	Kategorie sexualita a sexuální potřeba	46
6.3	Kategorie sexuální asistence a sexuální důvěrnosti	49
6.4	Paradigmatický model	52
6.5	Kauzální model.....	53
7	Diskuze.....	54
8	Závěr.....	62
	Abstrakt	64
	Abstract	65
	Seznam použité literatury	66
	Seznam zkratk	72
	Seznam obrázků	73
	Seznam tabulek	74
	Seznam příloh.....	75
	Přílohy	76

Úvod

Téma sexuální asistence a sexuality jako takové je stále jedním z tabuizovaných i přesto, že je sexualita lidskou přirozeností a patří k životu každého z nás. O to více je toto téma tabuizováno u jedinců s mentálním či jiným handicapem a u seniorů. Přitom se díky kvalitní osvětové činnosti, sexuální výchově a sexuální asistenci daří u znevýhodněných jedinců snižovat riziko sexuálního násilí, rizikového sexuálního chování a sexuálního zneužívání.

Cílem teoretické části mé bakalářské práce bylo popsat potřebu a vývoj sexuality, sexuální výchovu, sexuální zneužívání a sexuální dysfunkce. Zaměřila jsem se i na sexuální osvětu jedinců s mentálním handicapem a zmínila Osu zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta. Druhá kapitola se věnovala handicapu a sexuálním poruchám u jednotlivých druhů handicapů a poruchám sexuality u seniorů. Poslední kapitoly se věnovaly sexuální asistenci a sexuálnímu důvěrnictví.

V empirické části jsem chtěla zjistit vztah pečujících osob k sexuální asistenci u handicapovaných klientů. Pro získání dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor a díky otevřenosti všech sedmi respondentů se mi podařilo do problematiky nahlédnout hlouběji a celou ji více pochopit. Na základě získaných dat jsem následně vytvořila paradigmatický a kauzální model. Téma sexuální asistence jsem si vybrala proto, že mě toto téma zaujalo a chtěla jsem o něm zjistit více.

Teoretická část

1 Sexualita

Sexualita je stále jedním z tabuizovaných témat, a to především sexualita lidí s postižením, seniorů a seniorek. Přitom je sexualita lidskou přirozeností, která provází celý náš život. Každý člověk je sexuální bytostí bez ohledu na věk a handicap, proto je sexuální výchova a vzdělání v oblasti sexuality nutností. Je to prevence před sexuálním zneužíváním, nechtěným otěhotněním a sexuálně přenosnými chorobami (Šídová, 2018).

Důležité je zmínit sexuální práva, která Světová sexuologická asociace (WAS) definuje jako:

- Právo na sexuální svobodu
- Právo na sexuální autonomii
- Právo na sexuální soukromí
- Právo na sexuální rovnost
- Právo na sexuální potěšení
- Právo na vyjádření sexuálních citů
- Právo na svobodné sexuální sdružování
- Právo učinit svobodné sexuální rozhodnutí
- Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích
- Právo na komplexní sexuální výchovu

Pouhý výčet práv poukazuje na obtíže při realizaci plnohodnotného sexuálního života u lidí s handicapem či seniorů a seniorek umístěných v sociálních zařízeních (Venglářová a Eisner, 2013).

Definice sexuality existuje velké množství, pro základní orientaci zde uvedu definici podle S. G. Frayserové, kterou ve své knize uvedl Drábek (2013, s.14): „*Lidská sexualita, to je systém sestávající z biologických, sociálních, kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají a prolínají, produkující sexuální vzrušení nebo orgasmus, a které, ač nikoli nutně, jsou spjaté s reprodukcí.*“ Drábek dále přidává i další atribut, a to složku spirituální.

Sexuální chování má různé podoby i funkce. Může se jednat o rozvoj dominance, podporu vlastní sebeúcty, uvolnění napětí či zdroj potěšení (Drábek, 2013). Moderní pojetí sexuálního chování je chápáno jako celistvý proces vyhledávání a výběru sexuálního partnera za účelem zajištění reprodukce. Projevy sexuality souvisí s genitální a erotickou slastí ze styku, sebeuspokojováním, láskou a přitažlivostí. Důležité je také zmínit termín sexuální normality,

kdy souhrnně můžeme říct, že za normální sexuální chování považujeme to, které lidé dělají dobrovolně, nepřináší jim duševní nebo tělesnou újmu a veřejně nepohoršuje (Koliba et al., 2019). Venglářová a Eisner (2013) ve své knize ještě dodávají, že za normální lze považovat i rozhodnutí jedince sexuálně nežít vůbec, nejedná-li se o rezignaci na vlastní potřeby a přání.

V intimní oblasti jsou udávány tři hlavní funkce sexuality: a) individuální – kdy pohlavnost může přinášet člověku uvolnění a rozkoš i v případě, kdy je pouze sám se sebou, b) párová – díky sexuálnímu styku spolu partneři komunikují na hluboce důvěrné úrovni a c) druhová – v důsledku sexuálních styků mají lidé děti (Kozáková, 2022). Zejména individuální funkce je v průběhu dlouhodobého onemocnění nebo zdravotního postižení pro pacienta formou jistého uvolnění a potěšení. Při autoerotice se uvolňuje sexuální napětí, což je jistým druhem terapie (Drábek, 2013).

1.1 Potřeba sexuality



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb (zdroj: vovcr.cz)

Jak vyplývá z Maslowovy pyramidy potřeb, potřeba sexuální je základní lidskou potřebou (nebo také pudem). Při jejím neadekvátním uspokojení vznikají četné komplikace. Může se jednat o psychické napětí či psychické poruchy, snížené sebevědomí, negativní vztah ke svému tělu či agresi, buď vůči sobě (bouchání hlavou o stěnu, kousání rukou), nebo vůči druhým. Sexuální potřeba může být ovlivněna nemocí, léky či věkem jedince (Šídová 2018, Knapová 2019, Kozáková, 2022). Dříve se bohužel stávalo, že k utlumení nahromaděné sexuální potřeby u pacientů s mentálním postižením se využívala medikamentózní léčba. Dnes je tento postup již považován za překonaný. Důraz se klade na kvalitní sexuální výchovu a edukaci v oblasti sexuality klientů (Kozáková, 2022).

Uspokojení sexuální potřeby může mít různé formy (individuální nebo párová) i podoby (masturbace, petting, pohlavní styk). Právě masturbace je častým způsobem uspokojení u lidí s mentálním postižením. I když se jedná o aktivitu jednoho jedince, je důležité dodržovat principy sexuálního chování (neohrozit sebe ani druhé). Proto, pokud u klienta pozorujeme jisté signály značící neuspokojivou masturbaci (dochází ke zraňování, klient nevolí vhodnou dobu nebo místo pro tuto soukromou aktivitu), měli bychom do situace vstoupit a klientovi taktně bezpečnou formu provedení masturbace vysvětlit, případně klientovi zajistit sexuálního důvěrníka či formu sexuální asistence (Venglářová a Eisner, 2013).

Nyní bych zde chtěla zmínit závislost sexuality a sexuálního chování u jedince s mentálním postižením (MP) na hloubce mentálního postižení. Kozáková (2022, s. 39) ve své knize používá definici Matulaye: „*Čím hlubší je postižení, tím méně sexuality osoba projevuje, a čím méně je jedinec postižen intelektuálně, o to obvyklejší je jeho sexuální vývoj.*”

Lehké mentální postižení – lidé s lehkým MP navazují a vytvářejí vztahy běžně, protože oproti lidem s hlubším postižením se pohybují více v kolektivu intaktních vrstevníků. Můžeme se u nich setkat s vyšší promiskuitou či nevěrou spojenou s nepochopením principu věrnosti ve vztahu.

Střední mentální postižení – tito lidé mohou svou sexualitu realizovat ve více variantách, kdy buď: a) nevzniká snaha o sblížení – tito jedinci sexuální napětí vybíjí nejčastěji pomocí masturbace, která ale nemusí být prováděna správně (při častější masturbaci může dojít k poranění, naopak při dlouhodobém neuspokojení dochází k agresi namířené proti sobě či proti okolí); nebo b) snaha o sblížení je patrná – u těchto jedinců vzniká velké riziko nepochopení odmítnutí partnerem a následného vynucování sexu, nebo naopak kvůli nízkému sebevědomí neschopnost odmítnout druhého. Proto je zde velmi důležitá sexuální výchova, která má za úkol předat jasné a srozumitelné informace o lidském těle, rozvíjet dovednosti v projevování náklonnosti, prakticky nacvičit odmítnutí toho, co si jedinec nepřeje nebo mu je nepříjemné a další.

Těžké mentální postižení – lidé s těžkým MP většinou obtížně vyjadřují svá přání a potřeby, proto je nutné intenzivně hledat způsob komunikace vedoucí k uspokojení potřeb. Často u nich chybí chápání souvislosti sexuálního uspokojení s párovou sexualitou. V rámci masturbace je nutné zajistit soukromí a bezpečnost provedení, při styku s jinou osobou sledovat, zda ke styku nedochází nedobrovolně (Venglářová a Eisner 2013, Kozáková 2022).

1.2 Vývoj sexuality

Někteří odborníci se domnívají, že sexuální vývoj začíná již početím. Má na něj vliv prožívání těhotenství, očekávání a samotné přijetí dítěte (Kozáková, 2022). Sexualita se dále vyvíjí s tím, jak rosteme. I u malých dětí můžeme pozorovat zájem o svůj pohlavní orgán, či dokonce onanaci. Dítě bychom v takovém případě neměli za činnost kárat, ale vhodným způsobem vysvětlit, že takové jednání patří do soukromí. K pochopení sexuality a mezilidských vztahů využívá dítě rad rodičů, kamarádů či sourozenců. V dnešní době je i významná role internetu. U dětí s poruchou autistického spektra (PAS) se ale přirozený vývoj sexuality může v určitou chvíli zastavit. Dítě si o informace o sexualitě nemusí říkat samo a je tedy na rodičích, aby dítěti potřebné informace vhodným způsobem poskytli. U dívek začíná pohlavní dospívání přibližně v jedenácti letech, u chlapců ve dvanácti. K pohlavní zralosti u dívek dochází přibližně za 2,5 roku (nástup menstruace), u chlapců to je přibližně za 3,5 roku (dospělá velikost varlat a tvorba spermatu).

Abychom dětské sexualitě porozuměli, musíme brát v potaz vývojové změny charakteristické pro určité vývojové stupně. Venglářová a Eisner (2013) ve své knize rozlišují **čtyři stupně sexuálního vývoje**. **První stupeň** probíhá od narození do šesti let věku. První rok života je pro dítě výhradně fyzickou zkušeností. Základ vztahové struktury dítěte se odvíjí od kvality interakce mezi dítětem pečující osobou. Tvoří se zde základ pro přijetí vlastního já, v širších souvislostech se formuje sebeúcta. Již u ročního dítěte pozorujeme stimulaci genitálu. Není třeba proti tomu bojovat, nepřiměřené tresty totiž činnost spíše posilují. Ve dvou letech dochází k významnému vývoji sexuality. Dítě nyní umí otáčet předloktím a díky tomu je schopné účelně stimulovat genitálie, čímž uvolňuje své napětí. Dítě se učí ovládat svěrače. Neuronální síť, která je zodpovědná za vědomou pozornost a volní kontrolu močového měchýře a sexuálních funkcí, je v podstatě dohotovena v průběhu prvních pěti let života, zůstává ale citlivá k psychologickým proměnám v průběhu života.

Druhý stupeň začíná v šesti letech a končí zhruba ve 12 letech pubescencí. V tomto období je charakteristická potřeba soukromí a autonomie. U dětí na základní škole můžeme pozorovat výměnu rolových her. Hra “na maminku a tatínka” je postupně nahrazena “mužsko-ženskou rolí” a sexualizována. Rozvíjí se sexuální fantazie. Začíná navazování vztahů mezi vrstevníky, které se často neobejde bez konfliktů. Díky osvojování způsobů chování se u dětí utváří a potvrzuje jejich dívčí či chlapecká identita. Čím rigidněji trvají dospělé vztažné osoby na dodržování rolí, tím více se u chlapců objevuje agresivní a dominantní chování a u dívek poddajnost. Proto je důležité zdůrazňovat rovnost pohlaví. Můžeme zde pozorovat i tzv.

skupinkování (chlapci tvoří skupinky s chlapci, dívky s dívkami). Důvod může být ten, že se dívky často cítí omezovány aktivitami chlapců. Ty jsou na ně příliš divoké a dominantní. Dívky se ale chlapcům nestraní úplně. Jsou rády obětovány, chtějí být středem chlapeckého soupeření. I toto chování utváří ženské sebevědomí. Dívky často v interakcích s chlapci zmiňují výchovná napomenutí a dostávají se tak do role “vychovatelky”, kterou chlapci někdy agresivně odmítají. Dívčí morální převahu tak chlapci kompenzují a demonstrují skrze sílu, ke které mohou patřit i sexistické útoky na dívky.

Třetí stupeň probíhá od puberty do rané adolescence, obvykle od třináctého do patnáctého roku života jedince. Toto období je považováno za nejsložitější z celého vývoje. Rozvíjejí se sekundární pohlavní znaky, urychluje se tělesný růst. Sexuální chování se stává zbrklým a bezmyšlenkovitým, hrozí rizikové sexuální chování.

Čtvrtý stupeň spadá do střední a pozdní adolescence, od šestnáctého roku výše. Sexuálního uspokojení je dosahováno masturbací nebo partnerským sexem. Sexuální chování je včleněno do kontextu. Jedinec postupně získává smysl pro vlastní autonomii a touží vytvořit vlastní rodinu.

Adolescence představuje hledání vlastní identity. Jedinec si vytváří své vlastní postoje a zájmy, dosahuje nových vzorců chování (Petlanová Zychová 2020, Venglářová a Eisner 2013, Weiss 2010).

1.3 Sexuální výchova

Sexuální výchova znamená učení se o emocionálních, kognitivních, interakčních, sociálních a fyzických aspektech sexuality. Začíná již brzy v dětství a pokračuje v období dospívání a dospělosti. Cílem je podpora a ochrana sexuálního vývoje. Děti a mladí lidé se postupně seznamují s informacemi a pozitivními hodnotami tak, aby svou sexualitu pochopili a užívali si ji.

„Kluci na prahu puberty potřebují, aby jim někdo vysvětlil, jak se mají chovat k holkám, a naučil je uspokojovat svoje sexuální potřeby legitimně, diskrétně a bezpečně. Většina z nich se to s podporou naučit dokáže.” (Petr Eisner, Potřeba sexuální edukace, Nebuď na nule, c2019).

Současná sexuální výchova je výsledkem mnohaletého historického vývoje. Česká republika patří mezi průkopníky osvěty zaměřené na sexuální výchovu. V období první světové války došlo k rozšíření velkého množství pohlavních nemocí (kapavka, syfilis), což vyvolalo potřebu nového zákona (zákon č. 241/1922 Sb.), který zrušil nevěstince a zakázal jejich nové zřizování. V roce 1917 žádala Spolková rada Pedagogického muzea Komenského v Praze

Memorandum C.K. Zemskou školní radu pro království české o zařazení „O pohlavní výchově mládeže“ do škol. Argumentovala při tom celospolečenskými změnami a nutností akceptovat přirozené projevy člověka jako součást jeho vývoje. O pohlavní výchově dětí se zmínil i tehdejší prezident T.G. Masaryk ve své publikaci „Mravní názory“, kde se zmiňuje o zbytečném tabuizování témat spojených se sexualitou. Ve Střední Evropě ovlivnil vnímání sexuality S. Freud s jeho žáky. V roce 1921 vzniklo v Praze první sexuologické pracoviště na světě. V roce 1934 M. Skořepa vydal knihu nazvanou *Pohlavní výchova naší mládeže*, kde jako základní východisko zdravého a normálního sexuálního života považuje usměrňování probouzejících se pohlavních pudů tak, aby nepůsobily negativně na další jedincův vývoj. Dle M. Skořepy by pohlavní výchova měla plnit tři úkoly:

usměrňovat pohlavní pud tak, aby se příliš nerozvíjel do doby, dokud dítě nedosáhne úplné pohlavní zralosti,

předat poučení o pohlavních věcech – ozřejmit jevy pohlavního dospívání, původ člověka, vysvětlit původ pohlavních chorob, poučit o možných zdravotních i morálních škodách, jež by mohly plynout ze zneužívání či nadužívání pudu a působit na pud pomocí rozumu,

napravovat pohlavní poklesky – zejména onanii a záliby v necudnostech.

Celé toto poučení má mít mravní ráz. Jedince má poučovat především rodina, škola by měla být až na druhém místě. Některé předpoklady, ze kterých autor vycházel nám dnes mohou přijít jako archaické, ve své době byly ale velmi pokrokové. V roce 1935 založil J. Hyníe českou sexuologickou školu. Ta formovala mnohé osobnosti a výrazně ovlivnila společnost. Jeho práce *Dospíváte v muže* byla přeložena do několika světových jazyků. V době druhé světové války se rozvoj zcela zastavil a až do 60. let závisely aktivity týkající se sexuální výchovy spíše na iniciativě jednotlivců. Právě v 60. letech začaly vycházet publikace, které se věnovaly problematice partnerství, rodičovství a sexuality. Jejich autoři si uvědomovali, že sexuální výchova by se měla zabývat jak biologickým a technickým poučením o sexualitě, tak i morálními a citovými aspekty sexuality. Mimo publikací také organizovali přednášky a besedy ve školách. V roce 1960 byla Ministerstvem školství zahájena výchova k rodičovství, na kterou v roce 1972 navázal Věstník Ministerstva školství „*Zásady výchovy k rodičovství na ZDŠ*“, který rozděloval obsah výuky do tří etap podle věku žáků. V první etapě se žáci ve věku 6-10 let v předmětech čtení, pracovní výchova a hudební výchova seznámili se strukturou a fungováním rodiny a sourozeneckých vztahů, naučili se základní znalosti o lidském těle. Část výuky se věnovala prevenci před nemocemi, zdravému životnímu stylu. Dále dětem předávali znalosti o péči o dítě po narození. Děti byly poučovány o neznámých a úchylných lidech a varovali je před stykem s nimi. Druhá etapa (11-12 let) měla za cíl seznámit děti o změnách

souvisejících s pubertou, podávala základní informace o vývoji člověka, prohlubovala znalosti o zdravém životním stylu. Prostor se dával individuálním rozhovorům. Třetí etapa (13-15 let) se věnovala oblastem morálky a estetiky, zdůrazňovala rozdíly v tělesném, duševním a sociálním vyspíváním mezi mužem a ženou. Zdůrazňovala důležitost výběru vhodného životního partnera, vysvětlovala podstatu kamarádství a přátelství. Výše zmiňovaná koncepce etap se využívala až do roku 1983. V 80. letech začali odborníci upozorňovat na nutnost pravdivě a otevřeně informovat o sexualitě dětí ve školách a naráželi na nedostatečnost koncepce etap. Změna přišla se zaváděním manželských a předmanželských poraden v okresních městech. Činnost poraden zajišťovali psychologové společně se sexuology, právníky a porodníky. Díky této spolupráci se témata sexuální výchovy přednášely na školách a sexualita se řešila komplexně. Mezi významná díla vzniklá v tomto období můžeme jmenovat např. *Nechtěně děti*, *Děti a rozvody* či *Děti z rodiny alkoholika*. V 90. letech se projevila snaha řešit sexuální výchovu systémově. Jedním z důvodů byla i tehdy aktuální hrozba AIDS a dalších patologických projevů v chování, jako např. abúzus drog, či nárůst agresivity. Právě tyto hrozby vedly ke snaze vytvoření koncepce sexuální výchovy pro školy, pozornost se věnovala i odborným diskuzím na stránkách časopisů. Aktuálně se v ČR snaží prosadit systémové změny řada společností (Společnost pro rodinu a sexuální výchovu, Asociace manželských poradců a další). Jako významné mezníky vývoje postojů k sexuální výchově Weiss (2010) zmiňuje následující: **vliv psychoanalýzy** – ten posloužil k detabuizaci tématu a popsal význam sexuality pro vývoj jedince a kvalitu jeho života, **rozvoj antikoncepce** – oddělila sexualitu od reprodukce, **sexuální revoluce 60. let** – rozpoutala diskuze na téma sexuality v lidském životě obecně, **objevení rizika HIV/AIDS** – rozvinulo strach z následků promiskuitního chování, znovu zdůraznilo nutnost sexuální výchovy jako vhodné prevence a **různé roviny mediálního vlivu** – lidskou sexualitu ovlivňuje tisk, reklama, fotografie, internet atd.

Sexuální výchova zahrnuje soubor informací a poznatků týkající se přípravy na sexuální život, výchovu k partnerským a rodinným vztahům, poučení o antikoncepci, prevenci pohlavně přenosných chorob a řešení psychologických a psychosexuálních problémů jedinců. Hlavním cílem je posílení vlastní identity, dále také věcnost, sociální a etické normy a získání jazykových a komunikačních znalostí. Sexuální výchova pomáhá dětem a dospívajícím porozumět pochodům a změnám v jejich těle a psychice, objevovat vlastní sexualitu. Dívky jsou informovány o průběhu menstruačního cyklu, jsou vychovávány k mateřství. Světová zdravotnická organizace (WHO) společně s Mezinárodní federací pro plánované rodičovství (IPPF) zpracovává stanovy pro sexuální výchovu. Pro Evropu vydala WHO Standardy pro sexuální výchovu, ze kterých se ve vyspělých zemích čerpá. V ČR existují dokumenty vydány

Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, které slouží jako podklad sexuální výchovy v předmětu Výchova ke zdraví (Weiss 2010, Koliba et al. 2019).

1.4 Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání je trestným činem. Zahrnuje řadu sexuálních aktivit, které jsou na druhé osobě vynuceny. Kozáková (2022, s. 50) ve své knize uvádí definici Zdravotní komise Rady Evropy: „*Sexuální zneužívání je jakékoli nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník nebo cizí osoba.*” Sexuální zneužívání má různé podoby. Rozdělit ho můžeme na dotykové a bezdotykové. Do bezdotykového zařazujeme obnažování se před dítětem, sledování svlékajícího se dítěte za účelem vlastního uspokojení či masturbaci před dítětem. Dále sem patří i nucení dítěte sledovat pornografická videa či časopisy. Dotykové rozdělujeme na nepenetrativní – osahávání či líbání dítěte na intimních partiích, dotýkání se genitálu předměty, rukou či genitálem ať už přes oblečení, nebo na nahé tělo a penetrativní – proniknutí do genitálu dítěte prsty nebo předměty, orální nebo anální styk. Dále rozlišujeme komerční sexuální zneužívání, kam řadíme zneužití dítěte k dětské pornografii, prostituci či obchodování s lidmi za účelem pohlavního styku. Všechny tyto situace mají nepříznivý vliv na lidskou psychiku a na kvalitu života postiženého jedince (Kozáková 2022, Štěrbová a Rašková 2016).

A proč je riziko sexuálního násilí u osob se znevýhodněním vyšší? Na tuto otázku se snažila najít odpověď Štěrbová (2016) ve své knize. Jako faktory zvyšující pravděpodobnost sexuálního násilí u handicapovaných jedinců uvádí nižší schopnost rozlišit, zda chování, které je k nim vztaženo je vhodné či nikoliv a neschopnost bránit se, říci „ne”. Ve své knize uvádí, že je potvrzeno, že mentální retardace je rizikovým faktorem pro znásilnění. Mentálně handicapovaní jedinci jsou pro pachatele často vhodnými oběťmi, protože pachatelé věří, že tito jedinci nejsou způsobilí vypovídat a jejich výpověď by byla brána jako nevěrohodná. Proto je zde velmi důležitá prevence a již výše zmíněná sexuální výchova (Štěrbová a Rašková 2016).

Hrdá v knize *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* (2013) zdůrazňuje myšlenku, že pečující osoby, pokud mají podezření na probíhající sexuální násilí, by se nikdy neměly stát vyšetřovateli. Měly by být ochráncem klienta a dbát na to, aby se situace už neopakovala. Pokud by se totiž z dobrého úmyslu do role vyšetřovatele postavily, vedlo by to

k traumatizování postiženého jedince a možnému zkreslení jeho následujících výpovědí. Klienta by tedy vždy měly chránit, taktně dohlížet a nenechávat ho v situacích, kdy by mohlo k něčemu dojít. Při silném podezření pečující po domluvě s kolegy a vedením podá trestní oznámení a celou situaci nadále řeší policie. Pečující může nabít podezření, že k zneužívání dochází v rodině klienta. V tomto případě je rozhodování o nahlášení skutečnosti či samotné řešení často obtížné. Rozhodování usnadní, jedná-li se o klienta mladšího 15 let, avšak nejčastěji je klient již dospělý a v tomto případě je do situace těžké vstoupit. Vše se může dít pouze se svolením klienta, který se sexuálnímu zneužívání nebrání z různých důvodů. Mezi nejčastější důvody patří: klient neprožívá situaci jako ohrožující či nepříjemnou, je nucen mlčet – je mu vyhrožováno, nerozumí tomu, co se děje, nebrání se a necítí se zneužíván, vše akceptuje jako součást pobytu doma a má obavy, že kdyby se vzepřel, domů už jezdit nebude. Pokud přetrvává podezření, že se klient pohybuje v rizikového prostředí, je nutné posílit sexuální osvětu klienta, kdy klienta vhodnou formou informujeme o jeho právu odmítnout vše, co je mu nepříjemné. Dalším krokem je informovat nějakého člena rodiny (mimo domnělého pachatele) o obavách o klienta (Venglářová a Eisner, 2013).

Rozpoznat signály probíhajícího/proběhlého sexuálního zneužívání u handicapovaného jedince může být obtížné, a to díky odlišnému způsobu vnímání, prožívání a chování. Signály mohou být nepřímé a přímé. Mezi nepřímé ukazatele patří: strach z určitých situací, hlavně těch, které zahrnují nahotu, převlékání nebo koupání, nebo naopak přehnaná potřeba udržovat čistotu, strach z určitých osob a vyhýbání se kontaktu s nimi nebo pobytu o samotě v jejich přítomnosti, sexuální projevy: vulgarity, předvádění se, masturbace, nevyžádané obtěžování druhých nebo například změny chování, zvýšená úzkost a plačtivost. Jako přímé ukazatele považujeme přímé svědectví věrohodného jedince, zranění v oblasti genitálu a konečníku a pohlavní choroby či těhotenství (pokud tedy klient nemá jiný pohlavní život) (Štěrbová, 2007).

V případě vyšetřování je potenciální oběť komplexně vyšetřena lékařem, případně psychologem. Vyšetřuje se celkový fyzický a psychický stav oběti, poranění v oblasti genitálu a konečníku. U chlapců se vyšetřuje stav penisu. Lékař musí zvážit, zda si případné poranění nemohl jedinec způsobit sám (masturbací) (Weiss, 2000).

Prevence sexuálního zneužívání: Venglářová prevenci rozděluje na primární, sekundární a terciální. Primární prevenci zaměřuje na minimalizaci možnosti vzniku sexuálního násilí. Zahrnuje v ní výchovu ke zdravému životnímu stylu a zdravému sebevědomí, podání vhodných informací ohledně sexuality a zajištění dostatku soukromí pro realizaci sexuálních aktivit ať už autoerotiky nebo u párů. Sekundární prevence je zaměřena, na již vzniklé situace, které se jeví jako rizikové. Terciální prevence je reakce na situaci, kdy k zneužívání již došlo.

Zaměřuje se na snížení negativního vlivu zneužití a rozvoji posttraumatické poruchy (Venglářová a Eisner, 2013).

1.5 Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce jsou poruchy sexuální schopnosti, potřeby a aktivity. U mužů a žen se vyskytují podstatně častěji než jiné sexuální poruchy (např. parafilie, spadající do sexuálních deviací, transsexualita – porucha pohlavní identity). U mužů se nejčastěji setkáváme s poruchami erekce a s předčasnou ejakulací, u žen s poruchami apetence a s problémy při dosahování orgasmu. Sexuální dysfunkce lze léčit, a to farmakologicky a sexuálním nácvikem. K takovému nácviku patří například tzv. rehabilitace penisu, která včasné obnovuje erekci, ta slouží jako prevence odkysličení penisu, které má za následek apoptózu buněk, jejich fibrotickou přeměnu a následnou erektilní dysfunkci (Šrámková, 2013).

Sexuální dysfunkce jsou často důsledkem různých onemocnění a úrazů. V mládí se jedná nejčastěji o poranění pánve a míchy, ve středním a starším věku o kardiovaskulární a onkologická onemocnění. Včasná diagnostika, úspěšná terapie onemocnění a rehabilitace po úrazech vrací postižené zpět do běžného života, ke kterému sexuální život neodmyslitelně patří. Pro návrat je důležitá dobrá psychická kondice nemocného a podporující partner/partnerka. Každý nemocný by měl dostat od svého lékaře informaci o možném vzniku sexuálních dysfunkcí současně s kontaktem na lékaře specialistu, nejčastěji sexuologa, urologa či androloga (Koliba et al., 2019, Šrámková, 2013).

„Erektilní dysfunkce (ED) znamená trvalou či opakovanou neschopnost dosáhnout a udržet ztopoření dostatečné k realizaci uspokojivého sexuálního styku”. (Štěrbová, 2013, s. 22) Je nejčastější sexuální poruchou, trpí jí 150 milionů mužů po celém světě. Má psychogenní nebo organickou příčinu. Psychogenní příčiny se vyskytují převážně u mladších mužů, důvodem jejich vzniku je často úzkost, strach před selháním, příliš vysoká hladina motivace nebo partnerský nesoulad. Organická příčina je nejčastěji vaskulárního či neurogenního původu, proto se vyskytuje u nemocných léčících se s vysokým krevním tlakem, diabetem mellitem či vysokou hladinou cholesterolu. Může být nežádoucím vedlejším účinkem léčby základního onemocnění. Diagnostikuje se anamnestickým rozhovorem, somatickým vyšetřením, laboratorním vyšetřením a dotazníkovým šetřením. Při rozhovoru se lékař dotazuje nemocného na začátek jeho obtíží – zda byl náhlý nebo pozvolný, jestli ED vznikla v souvislosti s nemocí, úrazem, operací nebo užívanými léky (či jejich změnou). Zajímá ho přítomnost

ranních a nočních erekcí a kvalita erekce při masturbaci. Laboratorně se vyšetřuje krevní obraz a základní biochemické markery a hormonální profil. Dotazníkové šetření je důležité k zjištění závažnosti ED. Erektální dysfunkce se léčí farmakologicky (Viagra, Levitta...) nebo pomocí injekcí do kavernózních těles penisu. Při jinak neovlivnitelné ED jsou k dispozici penilní implantáty (buď v podobě polotuhých silikonových tyčinek, které se voperují na místo kavernózních těles, nebo systémy na hydraulickém základě, které umožňují regulaci erekce pomocí pumpičky trvale umístěné v oblasti pánve).

Priapismus je dlouhotrvající a spontánně neustupující erekce související s možnou hypoxií penisu a jeho intenzivní bolestí. Erektce by neměla trvat déle jak maximálně 4 hodiny, jinak dojde k poškození kavernózních těles. Proto vyžaduje neodkladný léčebný zákrok spočívající v kompresi penisu a mechanickým vytlačení krve z topořivých těles nebo intrakavernózním podáním noradrenalinu.

Předčasná ejakulace je sexuální dysfunkce objevující se vždy nebo téměř vždy během jedné minuty po vaginální penetraci s neschopností oddálit ejakulaci u všech nebo téměř všech vaginálních penetrací. Vede k negativním osobním důsledkům jako je stres, nesnáz nebo frustrace. Terapie spočívá v úpravě frekvence sexuální aktivity (doporučuje se alespoň 2-3krát týdně), lokální léčbě (znecitlivující masti – Mesocain gel) a celkové léčbě (využití vedlejších účinků antidepressiv typu SSRI, kterým je oddálení ejakulace).

Bolesti při souloži mohou mít několik příčin. Nejčastěji se jedná o fimózu (zúžení předkožky) nebo příliš krátkou uzdičku (frenulum breve). V obou případech je nutná chirurgická léčba – obřízka, přetnutí krátké uzdičky kauterem. Vzácně se můžeme setkat s tzv. plastickou indurací penisu. To znamená, že je penis deformován změnami vazivové tkáně. Léčba je svízelná, vyžaduje chirurgický zákrok. Další příčiny diskomfortu mohou být kondylomata, papilomy či herpes.

Porucha sexuální apetence je vymizení či chybění sexuální touhy a zájmu, nedostatek či chybění sexuálních myšlenek a fantazií. Je asi nejčastější sexuální poruchou uváděnou ženami. Jedinec nepocítuje touhu k sexu, nemá motivaci ke snaze o sexuální vzrušení. Tento nedostatek je za hranicí normálního snížení vzhledem k životnímu cyklu či délce vztahu. Může být způsobena poruchami žláz s vnitřní sekrecí, nedostatečným zásobením organismu androgeny, hormonálními změnami během přechodu. Poruchou sexuální apetence se mohou projevit i různé duševní poruchy, zejména deprese. U žen se takto často projevují i vztahové problémy.

Poruchy orgasmu a ejakulace jsou často vrozené, mohou se ale vyskytnout i jako důsledek neurologických problémů či nežádoucí vedlejší účinek některých léků. Jsou

definovány jako neschopnost dosáhnout orgasmu, výrazně zmenšená intenzita prožívání orgasmu a významně zpožděný orgasmus během jakékoli vědomé sexuální aktivity. Sexuální vzrušení je ale u pacientů přítomno ve vysoké míře. Weiss dodává, že významně prodloužená latence orgasmu během heterosexuálních styků může souviset s menšinovou homosexuální orientací partnera. Stejným způsobem se může projevit i přítomnost některé ze sexuálních deviací. **Anejakulace** je porucha ejakulace, při které nedochází k výronu semene. Tato porucha se nejčastěji vyskytuje po úrazech, po chirurgických zákrocích, nebo z farmakogenních příčin (podávání antidepresiv nebo hypertenziv). **Retrográdní ejakulace** je porucha inervace (např. při diabetu), kdy semeno při orgasmu odchází do močového měchýře a nevypuzuje se z uretry ven. Tato porucha představuje problém především ve chvíli, kdy se pár snaží o otěhotnění.

Vaginismus je křečovitě a mimovolně stahování svalstva poševního vchodu, znemožňující průnik penisu do pochvy. Při pokusech o proniknutí vyvolává silně bolestivé pocity. Příčina je obvykle psychogenní. Při léčbě se uplatňuje sexoterapeutický nácvik spojený s postupným uvolňováním poševních stahů.

Poruchy sexuálního vzrušení – rozlišujeme poruchu **genitální**: genitální odpověď na sexuální vzrušení je narušená nebo zcela chybí. Při stimulaci genitálu ženy popisují snížené vnímání vzrušení a minimální tumescenci vulvy nebo vaginální lubrikaci. Subjektivní sexuální vzrušení je však přítomno při negenitálních podnětech. **Subjektivní**: při jakékoli stimulaci dochází k absenci či výraznému snížení přítomnosti pocitů vzrušení. Fyzické reakce – vaginální lubrikace, jsou přítomny. Kombinace genitální a subjektivní poruchy je charakterizována chyběním či výrazně sníženým prožíváním pocitů vzrušení při jakékoli sexuální aktivitě a zároveň narušení či úplná absence genitální sexuální odpovědi. **Přetrvávající genitální vzrušení** je nechtěné, rušivé a spontánní sexuální vzrušení. Vyznačuje se brněním, pálením či pulsováním genitálu bez přítomnosti prožívání sexuální touhy či zájmu. Toto vzrušení přetrvává několik hodin až dní a není zmírněno ani při dosažení orgasmu (Kratochvíl, 2008, Koliba et al., 2019, Šrámková, 2013, Weiss, 2010).

1.6 Sexuální osvěta jedinců s mentálním postižením

Mentálně postižený jedinec, stejně tak jako každý jiný, má právo na sexuální osvětu. Ta spočívá v poskytnutí informací, které jedinci pomáhají objevovat, orientovat se a bezpečně prožívat svou sexualitu. Osvěta umožňuje mnoha lidem s postižením skutečně plnohodnotný život. Eisner (2013) uvádí, že zamlčovat či zkreslovat člověku s postižením potřebné informace

o sexualitě, ať už z jakéhokoliv důvodu, je nezodpovědné a krátkozraké. Výsledkem takového jednání bývá újma na kvalitě jedincova života, neschopnost jedince se správně rozhodnout či bránit se. Pomůcky používané k osvětě jsou nejčastěji filmy na DVD (na YouTube volně přístupné video „O sexu (pro mentálně postižené)”), grafické listy, puzzle, kondomy, vibrátory, hygienické pomůcky, speciální panenky atd.

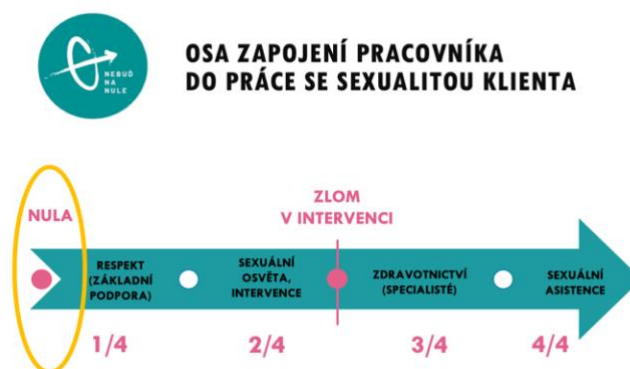
Cíle osvěty: osvěta může být zaměřena na pracovníky, rodiče jedinců s postižením, nebo na jedince samotné. Cílů osvěty je deset, vyhodnotili je Erik Bosch a Ellen Suykerbuyk z Nizozemska (Venglářová a Eisner, 2013).

1. **Zprostředkování informací** – s jedinci se bavíme o tom, co znamená být žena nebo muž, vysvětlujeme jim rozdíl mezi heterosexuálem a homosexuálem, klademe důraz na to, že cizí lidé se jich bez jejich souhlasu nesmí dotýkat.
2. **Posílení sebevědomí** – tento cíl se zaměřuje na poznání a následné vymezení hranic. Je nutné, aby si jedinci uvědomili, pojmenovali a roztřídili vlastní pocity, které v určitých situacích pociťují. Může se jednat například o dotyk od druhé osoby – který je v pořádku a který už ne? Pokud to jedinec dokáže rozeznat, může se lépe bránit nechtěným dotykům.
3. **Vytvoření pozitivního obrazu sebe samého** – základem je vytvoření pozitivního obrazu svého těla, tím vzniká pozitivní obraz sebe samého, který je základním kamenem pro vznik sebedůvěry. Sebedůvěra ovlivňuje identitu člověka.
4. **Navazování a udržování vztahů** – tento cíl je zaměřen na posílení sociálního chování jedince ve vztahu k intimním prožitkům a sdílením sexuality s druhou osobou.
5. **Zacházení s normami a hodnotami** – někteří jedinci s postižením mají potíže žít podle obvyklých norem a hodnot, protože jsou pro ně nesrozumitelné. Do této oblasti patří otázka pornografie, která u některých jedinců může vést k chování překračující hranice, případně k sexuálnímu zneužívání.
6. **Citlivé zacházení s tělem vlastním i partnerovým, péče o tělo** – jedinec se seznámí s hygienou, která je potřebná pro běžnou úpravu zevnějšku, s hygienou při menstruaci, masturbaci a pohlavním styku.
7. **Prevence** – prevence pohlavně přenosných nemocí a ochrana s ní spojená, ochrana před početím a otěhotněním.
8. **Prevence sexuálního zneužívání** – pravděpodobnost sexuálního zneužívání klesá tím, že jedinec je schopen si uvědomit a pojmenovat své intimní zóny a hranice.
9. **Prostor pro rozmanitost** – patří sem téma homosexuality. Je snaha o uspokojení jedinečnosti každého jedince.

10. **Odstranění strachů a tabu** – pomocí osvěty rozptýlujeme mnohé nesprávné strachy. Může se jednat o strach z homosexuality nebo z orgasmu. Důležitá je znalost vlastního těla a jeho potřeb a znalost těla a potřeb druhého, protože právě ta od strachů osvobozuje.

1.7 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením

Každý pracovník, který poskytuje služby lidem s postižením by měl znát svou roli, hranice vztahu a míru svých možností a dovedností v rámci kterých je schopen naplňovat účel sociální péče (Venglářová a Eisner, 2013). Eisner proto vytvořil názornou osu zobrazující zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta.



Obrázek 2 – Pozice „na nule“ (zdroj: Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta 2020, online, cit. 2025-02-01)

Před osou se nacházejí pracovníci, kteří nevnímají práci se sexualitou jako součást služby a svojí práce. Mohou to být pracovníci, kteří téma sexuality přehlíží, na jedince s postižením nenahlíží jako na sexuální bytost se sexuálními potřebami. Projevy sexuality případně trestají, vytvářejí v uživateli dojem, že dělá něco „špatného“. V tomto bodě se mohou nacházet i rodiče, kteří pohlavnost svého postiženého dítěte nepodporují a neotevírají perspektivu možného sexuálního a vztahového života dítěte. Eisner (2020) uvádí, že pracovník na bodě „nula“ do dnešní sociální služby nepatří a neměl by pracovat s lidmi ani nikde jinde.



OSA ZAPOJENÍ PRACOVNÍKA DO PRÁCE SE SEXUALITOU KLIENTA



Obrázek 3 – Pozice základní podpory (zdroj: Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta 2020, online, cit. 2025-02-01)

Na ose se nacházejí pracovníci plně respektující člověka s postižením a s jeho potřebami. Jejich přístup v této oblasti je správný. Z osobních důvodů se ale od této oblasti distancují. Tyto důvody mohou být spojené s náboženstvím nebo těžkou osobní zkušeností (např. znásilnění) a kvůli nim je pro ně oblast sexuality bolestná. Dle Eisnera by tito pracovníci neměli být zaměňováni s pracovníky stojícími na nule a jejich pozice v týmu by měla být vysvětlena do té míry, aby byly jejich reakce srozumitelné jak kolegům, tak uživatelům služeb. Zásadním v této části osy je rozlišení formy a projevu sexuality. Formou se rozumí sexuální orientace, sexuální úchylinky a deviace. Formy, ať už jakékoliv, musí být respektovány. Na rozdíl od forem, projevy už jisté hranice mít musí. Respektovat lze projevy, které neubližují dalším osobám. Tudíž respektujeme formu, ale nikdy nemůžeme tolerovat neakceptovatelné projevy. Dalším bodem je seznamovat jedince s postižením s růzností ostatních lidí. Někdo může fyzický kontakt vítat, jiný ho považuje za nepříjemný.



OSA ZAPOJENÍ PRACOVNÍKA DO PRÁCE SE SEXUALITOU KLIENTA



Obrázek 4 – Pozice sexuálních důvěrníků (zdroj: Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta 2020, online, cit. 2025-02-01)

V této části osy jsou pracovníci nejčastěji označováni jako „Sexuální důvěrníci“. Pracovníci jsou proškoleni a rozhodnutí poskytovat poradenství v souladu s vlastními hranicemi. Je ideální, pokud jsou v organizaci alespoň dva takoví důvěrníci – muž a žena. Ti

pak řeší problematiku s klienty dle jejich preferencí (chce-li klient řešit problematiku s mužem nebo se ženou). Nutné je, aby si pracovník dokázal dobře nastavit a uhlídat hranice práce s klientem a uměl dobře a srozumitelně komunikovat svou roli. Pracovníci vždy zůstávají oblečení, nic nedemonstrují na svém vlastním nahém těle, ani na nahém těle klienta. Problematiku řeší pomocí metod a speciálních pomůcek. Pokud klientova problematika sahá dál a klient potřebuje nácvik s fyzickým kontaktem, vyšetření genitálií atp., není v kompetenci důvěrníka takové zakázky řešit. Důvěrník může klienta nasměrovat do druhé poloviny osy, sám tam ale už nevstupuje.



Obrázek 5 – Pozice specialistů (zdroj: Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta 2020, online, cit. 2025-02-01)

Ve třetí čtvrtině osy se k práci se sexualitou dostávají lékaři. Sexuologové a gynekologové mohou pracovat s nahým tělem klienta (provádět vyšetření). Doporučení pro organizace je zde takové, aby měly seznam vstřícných a profesionálních lékařů v regionu, na které je možnost se obrátit.



Obrázek 6 – Pozice sexuální asistence (zdroj: Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta 2020, online, cit. 2025-02-01)

Tam, kde problematiku klienta nevyřeší ani lékař (sice může být přítomen nahotě klienta, ale nemůže používat své vlastní tělo), by mohla být řešením sexuální asistence. Sexuální asistent nebo asistentka totiž mohou pro řešení problematiky používat své vlastní tělo k uspokojení potřeb klienta (Eisner, 2020). Více o sexuální asistenci bude popsáno níže.

2 Handicap

***Znevýhodnění** (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli či plnil úlohy, které jsou pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální. Handicap je úzce vázán na sociální existenci člověka ve společnosti. Za určitých podmínek tedy může být jedinec s určitým druhem postižení v jistém společenském prostředí handicapován méně než v jiném* (Slowík, 2016, s. 27). Míra handicapu je u každého jedince individuální. Závisí na druhu a stupni postižení, době vzniku i osobnostních vlastnostech jedince.

***Vada, porucha, defekt** (impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce* (Slowík, 2016, s. 26). Tyto vady a poruchy můžeme rozlišit podle typu na orgánové a funkční, podle intenzity na lehké, střední a těžké a podle doby vzniku na vady a poruchy vrozené, nebo získané.

***Postižení** (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální* (Slowík, 2016, s. 27).

Podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením se osobami se zdravotním postižením rozumí „osoby mající dlouhodobé tělesné, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které ve spojení s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“. (Osoby se zdravotním postižením, Evropská komise, c2024).

Druhy zdravotního postižení lze rozdělit do následujících kategorií:

- **Tělesné postižení**
- **Mentální postižení**
- **Smyslové postižení**
- **Duševní onemocnění**
- **Kombinované postižení**

Následující kapitoly jsou věnovány poruchám sexuality a sexuálního života u vybraných druhů postižení.

2.1 Poruchy sexuálního života u jedinců s tělesným postižením

Do této skupiny zařazujeme jedince, kteří mají poruchu hybnosti různého stupně. Jsou to jedinci s neurologickým onemocněním (po cévních mozkových příhodách (CMP), epileptici, jedinci s Parkinsonovou nemocí, roztroušenou sklerózou, dětskou mozkovou obrnou (DMO) nebo se spinální svalovou atrofií (SMA)). Dále jedinci po úrazech s trvalými následky (např. úrazy s nutností amputace končetin), jedinci po úrazu mozku, periferních nervů a míchy a jedinci po úrazu pánve. Drábek (2013) ve své knize uvádí, že u osob s **roztroušenou sklerózou** se sexuální potíže vyskytují až u 65-90 %. U jedinců s **epilepsií** zase dochází k snížení zájmu o sexuální život obecně, a to především z důvodu nežádoucích vedlejších účinků medikace.

Dětská mozková obrna je trvalé, nikoliv však neměnné postižení hybnosti a postury. Etiologie je komplexní a multifaktoriální. Jedná se o vrozené tělesné postižení, jehož příčinou je poškození centrální nervové soustavy v prenatálním (toxoplazmóza, herpetická infekce, rubeola, působení drog a alkoholu) či perinatálním (prematurita doprovázená komplikacemi – intrakraniální krvácení, cerebrální infarkt) období (Hanková a Vávrová, 2017). U osob s DMO se může při snaze o pohlavní styk vyskytnout překážka v podobě prudké spasticity dolních končetin nebo svalů v oblasti kyčle (Drábek, 2013).

Spinální svalová atrofie (SMA) je skupina geneticky podmíněných onemocnění vyznačujících se progresivní ztrátou α -motoneuronů v předních míšních rozích. Hanková a Vávrová se zaměřují na III. typ SMA – chorobu Kugelberga-Welanderové, která je nejmírnější formou SMA. Jedinci s tímto typem SMA mohou být dlouho asymptomatictí, svalová slabost se projeví až později, a to mezi 2. až 15. rokem života. Svalová slabost a atrofie se objevuje nejčastěji v oblasti boků a hýždí. Právě ta je příčinou sexuální dysfunkce (Hanková a Vávrová 2017, Drábek, 2013).

U osob **po amputaci končetin** bývají sexuální funkce obvykle zachovány, avšak problém se sexualitou nastává v poruše vnímání vlastního těla (Drábek, 2013).

U jedinců **po úrazu a poranění míchy** dochází k ochrnutí pod místem přerušení míchy, ztrátě citlivosti a poruše vegetativních funkcí. Dle výšky postižení rozdělujeme nemocné na **tetraplegiky** s ochrnutím všech končetin (poranění nad segmentem T1 míchy), **paraplegiky** s ochrnutím dolních končetin (poranění pod segmentem T1 míchy) a **pentaplegiky** s ochrnutím i bránice (poranění segmentů míchy C3 a výše). Tito jedinci mohou přežít jen díky plicní ventilaci. Při poranění míchy rozlišujeme u jedince tři fáze. Ihned po úrazu je jedinec v **první fázi** – fázi míšního šoku. Tuto fázi provází úplná zástava reflexní aktivity pod místem přerušení míchy. Penis bývá v parciální erekci, ta se děje z důvodu pasivního městnání krve v topořivých

tělesech díky paralytické vazodilataci, která přichází po přerušení vazokonstrikčních vláken z anterolaterálního traktu míchy. Pokud je po úrazu penis erigovaný, značí tak úplné přerušení míchy a špatnou prognózu. První fáze trvá od několika hodin do několika týdnů. Ve **druhé fázi** se objevuje reflexní aktivita a spasticita na dolních končetinách. Při stimulaci žaludu a těla penisu dochází k reflexní erekci. **Třetí fáze** se charakterizuje návratem jedince k sexuálnímu životu. V této fázi je důležitá podpora a spolupráce partnera/partnerky jedince. Po úrazu míchy dochází u jedinců obou pohlaví ke změně sexuální apetence (ta je snižena), erektilní schopnosti u mužů a dosažení orgasmu. Mění se erotogenní zóny – do popředí se dostávají oblasti nad místem ochrnutí (ušní lalůčky, prsní bradavky, ústa). Orgasmus u mužů neprovází ejakulace a postižení ho popisují jako tlak v hlavě. Ženy popisují orgasmus jako teplo v podbřišku (Šrámková, 2013, Šrámková, 2015). Faltýnková (2012) zdůrazňuje, že lidé s poškozením míchy mají předpoklady se stát stejně kvalitními rodiči jako ostatní vrstevníci. Hanková (2020) zase ve své studii zjistila, že lidé s vrozeným tělesným postižením mají zkušenosti s partnerskými vztahy, přičemž jejich protějšek obvykle nedisponuje žádným zdravotním omezením.

Po **úrazu pánve** dochází až u 23-80 % mužů k erektilní dysfunkci. Problémy mohou mít ale i s ejakulací, ztrátou citivosti v perianogenitální oblasti a bolestí během sexuální aktivity (Šrámková 2013, Drábek 2013, Šrámková 2015).

2.2 Poruchy sexuálního života u jedinců s mentálním postižením

Mentální postižení je zastřešující výraz pro poruchy charakterizující se sníženým intelektem a sníženou schopností adaptace, vyskytující se před dosažením dospělosti. Není to nemoc, ale trvalý stav, který je způsoben neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. Mentální postižení se posuzuje podle inteligenčního kvocientu (IQ), struktury inteligence a schopnosti adaptability. Vývoj mentálních schopností se u jedince rozchází s tělesným vývojem a se sexuální zralostí. Proto se u jedinců s mentálním postižením častěji setkáváme s problémovým sexuálním chováním, které lze v některých případech označit za rizikové a které se ve svých důsledcích může stát trestným. Velkou roli zde hraje sexuální výchova. Ta je pro jedince důležitá jak v oblasti edukace – rozvíjení zodpovědnosti, specifčnosti sexuality, tak v oblasti prevence před neplánovaným těhotenstvím, sexuálně přenosnými chorobami nebo sexuálním násilím (Švarcová-Slabinová, 2006, Koliba et al., 2019, Štěrbová a Rašková, 2016).

„**Mentální retardaci** lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.” (Valenta et al., 2018, s. 34). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí se mentální retardace rozděluje do šesti kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. **Etiologie** je variabilní a komplikovaná. Je dána celou řadou exogenních a endogenních faktorů. Dle časového hlediska můžeme rozlišit faktory působící prenatálně, perinatálně a postnatálně. V případě **prenatálních příčin** se jedná o specifické genetické příčiny (chromozomální aberace), intrauterinní infekce, hypoxie plodu atp. Nejčastější genetickou vadou způsobující mentální retardaci je trizomie 21. chromozomu, tzv. Downův syndrom (jedinec má namísto dvou chromozomů chromozomy tři). V **perinatálním období** může vývoj CNS a mozku dítěte poškodit mechanické poškození mozku, nedostatek kyslíku, nedonošenost, nízká porodní hmotnost nebo nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka. V **postnatálním období** se jedná o traumata postihující CNS, specifické záněty a infekce mozku (primární a sekundární encefalitidy), krvácení do mozku nebo nádorová onemocnění (Švarcová-Slabinová, 2006, Valenta et al., 2018).

Důležité je zmínit i termíny, se kterými budu níže pracovat. **Mentální věk** je průměrná úroveň inteligence pro osobu určitého věku. **Intelligenční kvocient IQ** je podíl mentálního věku ku věku chronologickému, počítá se dle vzorce: $IQ = (\text{mentální věk} / \text{chronologický věk}) \times 100$. Švarcová-Slabinová (2006) využívá tabulku klasifikace IQ dle Wechslera (viz níže).

IQ	Klasifikace inteligence	Procenta v populaci
130 a výše	značně nadprůměrná	2,2
120-129	nadprůměrná	6,7
110-119	mírně nadprůměrná	16,1
90-109	průměrná	50,0
80-89	podprůměrná	16,1
70-79	hraniční inferiorita	6,7
69 a níže	slabomyslnost (mentální retardace)	2,2

Tabulka 1 – Klasifikace IQ dle Wechslera, modifikováno autorkou

Lehká mentální retardace: IQ 50-69, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let

Jedinci s lehkou mentální retardací většinou dokáží účelně užívat řeč v každodenním životě, dokáží udržovat konverzaci, mluvu si ale osvojují opožděně. Obtíže se objevují při školní výuce – problémy se čtením a psaním. V takovém případě jedincům velmi pomáhá individualizovaná výuka, která se zaměřuje na jedincovy kvality a schopnosti a která kompenzuje jeho nedostatky. Většinu jedinců lze zaměstnat v práci, která vyžaduje spíše praktické nežli teoretické schopnosti. V rámci partnerských vztahů a sexuality žijí lidé s lehčími typy mentální retardace zcela běžným partnerským a sexuálním životem. Podporu mohou potřebovat například při výchově dětí, při péči o domácnost nebo při hospodaření s penězi (Kozáková, 2022, Švarcová-Slabinová, 2006).

Středně těžká mentální retardace: IQ 35-49, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let

U těchto jedinců je výrazně opožděn vývoj a rozvoj chápání a používání řeči. U některých jedinců je možné pozorovat rozvinutí se k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti. U jiných je potřebná dopomoc při běžných denních činnostech. V dospělosti jsou tito jedinci s odborným dohledem schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. V partnerských vztazích a sexualitě vytváří tito lidé sociální i partnerské vztahy a v dospělosti mohou s podporou žít relativně samostatně. Někteří jedinci vyhledávají pouze partnerský vztah, ve kterém s druhým tráví čas při společenských aktivitách, pociťují pocit blízkosti druhého člověka. Jiní chtějí své vztahy posunout dál – manželství, rodičovství. U těchto jedinců je zapotřebí větší a intenzivnější podpora (Kozáková, 2022, Švarcová-Slabinová, 2006).

Těžká mentální retardace: IQ 20-34, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let

Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky. Tento stav vyžaduje trvalou podporu druhé osoby. U některých jedinců se řeč nevyvine vůbec, u jiných jsou značná omezení. Lidé s tímto postižením chápou jen základní souvislosti a učení je velmi limitované. Touha po partnerském vztahu se u lidí s těžšími typy mentální retardace nemusí objevit, stejně tak potřeba párových sexuálních aktivit. Sexuální potřeby si tito jedinci uspokojují autostimulací (Kozáková, 2022, Švarcová-Slabinová, 2006).

Hluboká mentální retardace: IQ je nižší než 20, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 roky

Většina jedinců jsou imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu. Jsou trvale odkázáni na pomoc druhé osoby. Jsou často inkontinentní, nedokáží ani základní sebeobsluhu. Často se u nich vyskytují přidružená postižení jako je epilepsie, atypický autismus, poruchy zraku a sluchu. Tito jedinci obvykle nemají potřebu partnerství či rodičovství, stejně tak jako potřebu

realizace párových aktivit nebo pohlavního styku (Kozáková, 2022, Švarcová-Slabinová, 2006).

Jiná mentální retardace: tato kategorie se užívá pouze tehdy, je-li stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvykle používaných metod nemožné, či zvláště nesnadné. Může to být z důvodu přidruženého senzorického nebo somatického poškození – u nevidomých, neslyšících, u osob s autismem nebo u těžce tělesně postižených osob (Švarcová-Slabinová, 2006).

Nespecifická mentální retardace: mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací potřebných k zařazení pacienta do jedné ze shora uvedených skupin (Švarcová-Slabinová, 2006).

Downův syndrom: jak již bylo zmíněno výše, jedná se o nejčastější početní chromozomální vadu, která je způsobena nadbytečností 21. chromozomu. Jedinci mají typický vzhled a jsou mimo této vady často postiženi i mentální retardací, a to nejčastěji lehkou až středně těžkou. Dalšími zdravotními komplikacemi jsou vrozené srdeční vady, zhoršený zrak a sluch, vyšší riziko výskytu leukémie a hypotyreóza. Vada se dá odhalit od 11. do 13. týdne těhotenství, v rámci prvotrimestriálního screeningu. Na ultrazvukovém vyšetření se zjišťuje šíjové projasnění a přítomnost nosní kosti. U Downova syndromu (DS) je šíjové projasnění široké a nosní kost není přítomna. K vyloučení diagnózy DS u plodu je ženám nad 35. let doporučen odběr plodové vody s vyšetřením buněk v ní obsažených. V poslední době se taktéž uplatňuje tzv. neinvazivní testování volné DNA plodu, která se objevuje v krvi matky. Toto testování zachytí DS (ev. i jiné chromozomální vady plodu) se spolehlivostí 98-99 % (Vlčková, 2023, Uvírová, 2023).

„Downův syndrom je považován za náhodný jev v průběhu buněčného dělení a jediný prokázaný faktor související se zvýšením pravděpodobnosti jeho vzniku je především vyšší věk matky – nad 35 let. Výjimkou jsou vzácnější případy translokace, kdy je chromozom 21 spojen s jiným chromozomem a jeden z rodičů může být přenašečem této aberace, i když sám je naprosto zdravý a většinou o této abnormalitě ve svém karyotypu vůbec neví.” (Uvírová, 2023, Výskyt a příčiny Downova syndromu, EUC, c2022).

V rámci práce se sexualitou je nejdůležitější oblastí sexuální výchova takto postižených jedinců. Národní společnost pro Downův syndrom (NDSS) zdůrazňuje, že lidé s Downovým syndromem procházejí stejnými fyzickými a hormonálními změnami spojenými s pubertou jako jejich vrstevníci. Je proto důležité poskytovat jim sexuální výchovu přizpůsobenou jejich vývojové úrovni, která zahrnuje informace o tělesných změnách, vztazích, rozhodování a

prevenci pohlavně přenosných nemocí (Walker-Hirsch, 2022).

2.3 Poruchy sexuálního života u jedinců se smyslovým postižením

Do této skupiny zařazujeme jedince se zrakovým, sluchovým a kombinovaným postižením, ať už vrozeným, či získaným. Štěrbová (2019) poukazuje na fakt, že **neslyšící jedinci** mají méně informací z oblasti sexuality než jejich vrstevníci. Jako jeden z možných důvodů uvádí, že děti se sluchovou vadou nemají možnost získat informace týkající se sexuality například tím, že zaslechnou rodiče, a to zejména v případě, že je znakový jazyk jejich prvním jazykem (jsou neslyšící od narození, tudíž nemusí umět odezírat). Jedním z řešení nedostatku informací jsou publikace určené pro děti se smyslovým postižením. Mgr. Věra Pavličková je autorkou dvojdielné publikace *Sexuální výchova pro neslyšící děti*, která je na internetu volně dostupná ve formátu PDF. V těchto publikacích otevírá témata týkající se sexuality a sexuální výchovy dospívajících a následně dospělých jedinců – od narození neslyšících dvojčat, Jana a Jany. Šrámková (2013) definuje čtyři hlavní příčiny ztráty sluchu – genetické, chorobné procesy postihující ucho, léky a fyzické trauma. Za získané poruchy sluchu mohou odpovídat některá infekční onemocnění, dlouhodobém působení hluku, akustickém traumatu či po požití ototoxických léků. Hluchota může v některých případech vést ke komunikační bariéře, která představuje problém při snaze navázat partnerský vztah. Šrámková uvádí, že je to jedním z důvodů, proč stejně postižení tvoří soudržné sexuální dvojice. Výskyt sexuálních dysfunkcí podle ní souvisí s psychickým stavem a somatickými komorbiditami. Při plánování koncepce je vhodné podstoupit konzultaci u genetika a případně zahájit časnou prenatální diagnostiku.

Sexualita u jedinců se **zrakovým postižením** se liší dle původu postižení – je-li vrozené, či získané. U vrozených vad zraku charakteru slepoty mají jedinci kompenzačně vyvinuty ostatní smysly – sluch, hmat, čich a chuť, které v sexualitě hrají důležitou roli. V prepubertálním období a v období časně puberty je nejdůležitějším pilířem edukace na téma sexuality. Tuto edukaci mohou provádět rodiče, lékaři nebo učitelé ve speciálních školách, které jedinci navštěvují. I zrakově postižení jedinci často tvoří páry se stejně postiženými jedinci, není tomu tak ale vždy. Sexuální dysfunkce objevující se u jedinců se zrakovým postižením jsou nejčastěji: ztráta nebo snížení sexuální apetence, poruchy orgasmu a poruchy vzrušivosti. Stejně jako u jedinců s vrozeným poškozením sluchu je u jedinců s vrozeným poškozením zraku plánujícím koncepci vhodné provést genetické vyšetření za účelem stanovení případného rizika pro potomky. Příčinami získané ztráty zraku mohou být například: úraz, diabetická retinopatie či tapetoretinální degenerace. U jedinců po ztrátě zraku probíhá adaptační proces na

trvalý handicap. V tomto období se objevuje i fáze deprese, která je spojena se sociální izolací a ztrátou sexuální chuti. Pokud byl jedinec premorbidně sociosexuálně zadaptovaný, po smíření se s handicapem znovu obnovuje svůj sexuální život. Šumníková (2012) uvádí, že vyrovnat se s negativními postoji okolí může být často pro nevidomého větším problémem než přijmout postižení samotné. Tyto postoje jsou totiž často zaměřeny na to, co nevidomý dělat nemůže či neumí. Sexuální dysfunkce se objevují v závislosti na onemocnění, které ke ztrátě zraku vedlo. Nejčastěji se jedná o erektilní dysfunkci u diabetiků (Štěrbová 2019, Šrámková 2013, Drábek 2013, Šumníková 2012).

2.4 Poruchy sexuálního života u jedinců s duševním onemocněním

U jedinců s duševním postižením se poruchy s vlastní sexualitou vyskytují poměrně často. Může se jednat jak o poruchy kvantitativní (sexuální dysfunkce), tak i o poruchy kvalitativní (poruchy sexuální identifikace a preference) (Drábek, 2013).

Abychom mohli zjistit případné problémy v oblasti sexuality, musíme s pacientem hovořit taktně a v soukromí. Základní otázky směřované k pacientovi by se měly týkat těchto oblastí: sexuální aktivita jedince, antikoncepce, obtíže a problémy v intimním soužití, současná změna frekvence v zájmu o sexuální život s ohledem na onemocnění, oblasti prevence (samovyšetřování prsů u žen, gynekologické kontroly, vyšetření prostaty a samovyšetřování varlat u mužů). Cílem podpůrných rozhovorů je vyjádření pochopení pacienta, přínos informací o stresorech, které zhoršují sexuální funkce i diskuze ohledně působení dlouhodobé hospitalizace a farmakoterapie. Sestra podporuje pacienta k tomu, aby problémy probral jak s ošetřujícím lékařem, tak i s partnerem (Petr a Marková, 2014).

Sexuální dysfunkce jsou u pacientů užívajících psychofarmaka poměrně časté. V případě užívání antidepresiv a anxiolytik se může jednat o sníženou sexuální touhu, prodlouženou dobu k dosažení orgasmu nebo zvýšení prahu sexuální dráždivosti. Antipsychotika mimo již výše zmíněné problémy navíc zhoršují vzrušivost a erekci. Šrámková (2023) zmiňuje, že je vždy důležité zohlednit benefit ordinovaného psychofarmaka na léčbu duševního onemocnění v souladu s možnými nežádoucími účinky na sexualitu.

Venglářová a Eisner (2013) se ve své publikaci zaměřují na sexuální dysfunkce u vybraných duševních onemocnění. Například u pacienta trpícím poruchou s bludy se vyskytují i bludy se sexuální tematikou. Může se jednat o žárlivý blud, kdy je jedinec chorobně přesvědčen o nevěře svého partnera, nebo o expanzivní blud, kdy se jedinec přeceňuje a

v neposlední řadě o erotomanský blud, kdy je jedinec přesvědčen o své neodolatelnosti. Častěji můžeme tyto bludy pozorovat u žen. Za závažné považujeme bludné představy o zneužívání či znásilnění. Toto údajné zneužívání nebo znásilnění mohou nemocnému jedinci páchat buď nadpřirozené bytosti (mimozemšťani), nebo i skutečně existující lidé (zdravotnický personál). Pacient je o bludech přesvědčen, jejich nevyvratitelnost někdy podtrhují i dotykové halucinace, kdy nemocný skutečně cítí dotyk na jeho pohlavních orgánech. Jedná se ale o halucinaci, tudíž o poruchu vnímání. Řešením takové situace je v první řadě hledání možností, jak u pacienta obnovit pocit důvěry v okolí. Nesmíme ale zapomínat na možnost, že k nějakému nechtěnému sexuálnímu kontaktu doopravdy dochází. Petr a Marková (2014) přidávají specifika sexuálních dysfunkcí u dalších psychiatrických onemocnění. U deprese se setkáváme se sníženým zájmem o sex, sníženou schopností navazovat vztahy, erektilními dysfunkcemi a poruchami orgasmu. Naproti tomu u manické fáze afektivní poruchy je sexuální energie, zájem o sex i sexuální indiskrétnost zvýšená. Nemocní jedinci vykazují rizikové chování, jsou familiární a mají vyšší potřebu sociálních kontaktů.

2.5 Poruchy sexuálního života u seniorů

Sexualita seniorů je často tabuizovaným tématem, je ale důležité tuto problematiku zmínit.

Senior – pochází z latinského slova senex a znamená starší, starý. Jako stáří se označuje věk nad 65 let. Ve věku 65-74 let jsou jedinci označováni jako mladší senioři, 75-84 let je označováno jako pravé stáří a jedinec nad 85 let je velmi starý senior (Šrámková, 2013).

Ve stáří dochází k úbytku pohlavních hormonů. Ten způsobuje změnu tělesného vzhledu, nárůst kardiovaskulárních nemocí a narušení psychických i sexuálních funkcí. Pokles hladiny testosteronu pozorujeme již od 35. roku věku, každoročně klesá o 1-2 %. Nízká hladina testosteronu představuje zdravotní problém a v kombinaci s dalšími onemocněními (např. kardiovaskulárními nebo osteoporózy) snižuje délku a kvalitu života (Šrámková, 2023). Koliba ještě dodává, že snižující se hladina testosteronu nemá vliv na mužskou potenci (Koliba et al., 2019).

Venglářová upozorňuje na to, že senioři patří do znevýhodněné skupiny obyvatel a jsou ohroženi sexuálním násilím. Zmiňuje, že cílem ošetrovatelského personálu v zařízeních, kde senior pobývá, má být zajištění důstojného chování. Senior zde žijící má pro realizaci svých potřeb změněné podmínky. Nejlepší prevencí problémů a konfliktů je zajištění soukromí a

individualizace péče. Mezi základní projevy **sexuálních dysfunkcí** u mužů označuje: poruchy erekce a ejakulace (nedostatečná, opožděná nebo zcela chybějící) a poruchy apetence. U žen to jsou: poruchy orgasmu, bolestivý styk a nezáměr až odpor k sexuálnímu styku. Cílem léčby sexuálních dysfunkcí je obnova uspokojivého sexuálního života (Venglářová a Eisner, 2013).

Nejčastější **poruchy sexuálního chování** ve stáří jsou pedofilie a exhibicionismus. Exhibicionismus pozorujeme u mužů dementních, mentálně zaostalých nebo u psychotiků. Expozicí genitálu projevují sexuální neobratnost v přístupu k objektu. Za pedofilní chování můžou v některých případech organické změny v mozku. V jiných případech se toto chování objevuje u jedinců, kteří své pedofilní sklony v mládí popřeli a potlačili. Silný pedofilní zájem se projeví ve chvíli, kdy jedinec není schopen dosáhnout kompenzace v manželském svazku (Šrámková, 2013).

Dále bych chtěla zmínit problematiku obtěžování pracovníků v přímé péči pacientem. Celý problém vzniká, jsou-li překročené osobní hranice dané pracovníce. Citlivost na překročení hranic vnímá každá pracovníce jinak, je dána zkušenostmi, osobností i aktuální náladou. Cílem dlouhodobého profesionálního vztahu mezi pacientem/klientem a ošetřujícím personálem je nastavení a nepřekročování určitých hranic. Ošetřující personál by měl jednat jako tým, stanovit si pravidla a dodržovat je. Venglářová více specificky zmiňuje oblasti, kterých se nastavení hranic má týkat. Jsou to: oboustranné doteky – vždy provádět pouze účelné doteky. Při péči narušujeme intimní zónu pacienta, při neúčelných dotecích může pacient nabýt dojmu, že i my máme zájem na intimním, nikoliv profesionálním dotýkání. Další oblastí jsou doteky v rámci společenského kontaktu – zde zmiňuje, že podání ruky je samozřejmostí, ale polibek na tvář již překračuje normy kontaktu s cizím (nebo nepříbuzným) člověkem. V případě, že klient chce vést rozhovor na intimní téma, musí pracovník zhodnotit, zda jde o oblast jeho kompetence, nebo se ho pacient jen snaží vyvést z míry. Ať už právě rozhovorem nebo snahou o osahávání může klient směřovat k uspokojení svých sexuálních potřeb. Nejčastějším problémem je neadekvátní žádost o intimní péči, kdy se pacient dožaduje o pomoc s péčí o genitálie či jiná intimní místa i přesto, že by to zvládl sám. Pokud má personál ověřené, že pacient zvládne danou péči sám, je nutné ho vést k samostatnosti. Venglářová uvádí příklad, kdy klient žádá, aby ho personál myl na genitáliích. Hybnost rukou má ale zachovanou, tudíž je vhodnou intervencí pacientovi pomoci s přesunem do sprchy, podat mu žínku a nechat ho, aby se omyl sám. Většina ošetřujícího personálu dokáže situace řešit sama. Komunikace s pacienty musí být jasná (např.: „Nesahejte na mě. Můžete mě chytit za ruku, jinde ne.”) (Venglářová a Eisner, 2013).

3 Sexuální asistence

Sexuální asistence (SA) je placená služba, v ČR fungující od roku 2015, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti klientům se zdravotním handicapem, seniorům a jinak znevýhodněným jedincům, kteří se službou dokáží dát souhlas. K dnešnímu dni (02/2025) je dle školící organizace Freya, z.s. aktivních 12 sexuálních asistentů – 10 asistentek a 2 asistenti (Seznam asistentů*ek, FREYA). Cílem SA je pracovat se sexualitou a vztahy jedinců se znevýhodněním. SA je externí službou – asistentky nebo asistenti nejsou zaměstnanci organizací pro osoby se znevýhodněním. Za klienty tedy docházejí. Kontaktování jsou zpravidla samotnými klienty, pracovníky organizace nebo rodiči. **Sexuální asistent/ka** pomáhá klientům pochopit vlastní sexualitu, prožívat potřeby v oblasti sexuality. Provádí poradenství jak o sexualitě, tak o erotických pomůckách. Sexuální asistent/ka se může klienta dotýkat, pomáhat mu s nácvikem masturbace, provádět sexuální interakce – tedy i sexuální styk. Petlanová Zychová uvádí, že SA zvyšuje kvalitu života lidí s postižením a že SA může u klienta fungovat jako prevence sexuálního zneužívání. Asistent/ka totiž edukuje klienta o důsledcích sexuálních aktivit, vede ho k zodpovědnosti k rodičovství, učí ho, aby uměl říkat „ne“ (Petlanová Zychová, 2021, O sexuální asistenci, FREYA). Oproti tomu **sexuální důvěrník** je pouze konzultant v oblasti sexuality a klienta se dotýkat nesmí. Definici sexuálního důvěrníka (tedy pracovníka s pozicí sexuálního důvěrníka) přináší Eisner a Šimáčková (2023, s. 2):

„Sexuální důvěrník je označení pro pracovní pozici odborníka v sociálních službách, školství, případně zdravotnickém zařízení, který se v rámci své náplně práce zabývá tématem sexuality, vztahů a rodičovství lidí se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním na úrovni poskytování sexuální výchovy, osvěty, intervence a poradenství.“

Eisner a Šimáčková (2023, s. 6) dále přidávají definici **sexuálního poradce**, tedy pracovníka, který působí v rámci sociálních služeb a školství na základě absolvování příslušného vzdělání a výcviku. Tento pracovník je kompetentní k vytváření protokolu sexuality a dalších koncepčních a metodických materiálů souvisejících se sexualitou a vztahy lidí s handicapem. Sexuální poradce neztrácí svou profesi ani při změně zaměstnání (tak jako sexuální důvěrník) a přenáší si své kompetence na další působiště.

„Sexuální poradce pro specifické cílové skupiny lidí s postižením je označením samostatné profese zabývající se poskytováním sexuální osvěty, intervence a poradenství lidem se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním. Jde o novou profesi, která představuje chybějící článek mezi běžnými pracovníky ve školství či sociálních službách a sexuology ve zdravotnictví.“

3.1 Co sexuální asistence nabízí a jak konkrétně probíhá

Veškeré úkony, které sexuální asistent/ka provádí, probíhají po vzájemném souhlasu. Sexuální asistent/ka si sám nastavuje hranice služeb, které bude poskytovat. Neznamena to tedy, že každý asistent poskytuje pohlavní styk. Sexuální asistent/ka podporují své klienty v přijetí svého těla, posilují jejich motorické a senzorické vnímání. Pracují na tom, aby člověk s handicapem získal dovednosti, které může v budoucnu využít. Velkou úlohu hrají v prevenci sexuálního násilí. Služba SA musí být srozumitelná, transparentní a kvalitní a má jasná a jednotná pravidla. Sexuální asistenti/ky se zavazují dodržování pravidel služby podpisem Etického kodexu. Samotná asistence začíná úvodní schůzkou, na které se asistent s klientem domluví na další spolupráci a pravidlech (nebo se nedomluví a další spolupráce neproběhne – může to být např. z důvodu, že sexuální asistent/ka nenabízí služby, které klient vyžaduje). Na úvodní schůzce může být přítomna třetí osoba – rodič, kamarád, pracovník, a to v případě, že si to klient přeje. Úvodní schůzka probíhá v neutrálním prostředí a je účtována částkou 600 Kč/hod (300 Kč/30 min). Cena asistence je pak 1400 Kč/hod. Pokud asistent/ka za klientem cestuje, účtuje si k ceně asistence ještě náklady na cestu. Jako ochrana klienta před vznikem závislosti na službě je frekvence sexuální asistence stanovena na max. 1x měsíčně (Jak konkrétně sexuální asistence probíhá, FREYA). Sexuální asistentka Vladana Augstenová v rozhovoru s Cerqueirovou (2022) uvádí, že svým klientům pomáhá rozvíjet potencional sexuality a intimního života. Zaměřuje se na práci se sexuální energií a na mentální terapii. Mimo jiné zmiňuje příběh klienta trpícím DMO, který měl spastické celé tělo a ležel celý život na boku. Po zahájení asistence (intimních masáží), se jim podařilo narovnat paže a prsty na rukou a částečně povolit nohy.

Asistenti/ky pracují na živnostenský list a organizaci Freya, z.s. neodvádí žádné poplatky. Služba sexuální asistence nabízí sexuální asistenci aktivní a pasivní.

Pasivní sexuální asistence: zahrnuje obstarávání ochranných a podpůrných prostředků (erotické pomůcky, pornografická díla apod.) pro jedince s handicapem. Jedná se i o zprostředkování kontaktu s asistentkou. V České republice se pro asistenta/ku vykonávající pasivní sexuální asistenci používá termín intimní asistent/ka.

Aktivní sexuální asistence: jsou všechny formy asistence, při nichž jsou asistenti aktivně vtaženi do sexuální interakce. Jedná se o například pomoc s masturbací nebo pomoc pohybově handicapovanému páru při pohlavním styku. Patří sem i erotické masáže (Šídová et al., 2013).

3.2 Pravidla sexuální asistence a rozdíl mezi sexuální asistencí a službou sexbyznysu

Společnost Freya z.s. má na svých stránkách zveřejněná pravidla, která musejí klienti a klientky vůči sexuálním asistentům a asistentkám dodržovat (Pravidla pro zákazníky a zákaznice. Jak se chovat k sexuálním asistentům a asistentkám, FREYA).

1. *Respektujte hranice služby sexuální asistence.*
2. *Respektujte hranice sexuálních asistentů/asistentek a domluvu s nimi.*
3. *Komunikujte s respektem a důstojností.*
4. *Prosím dodržujte vykáni, pokud se nedomluvíte jinak.*
5. *Neptejte se na intimní a osobní věci.*
6. *Vyvarujte se nevhodného oslovení a hanlivých, urážejících slov.*
7. *Respektujte seznam služeb, které daný asistent/ka nabízí.*
8. *Dodržujte stanovenou dobu mezi jednotlivými setkáními.*
9. *Respektujte osobní čas a prostor asistentek/asistentů a nekontaktujte je z jiných důvodů, než je sjednání služby.*
10. *Nepište jim dlouhé e-maily o sobě a respektujte jejich osobní čas, vše si povíte na osobní schůzce.*
11. *Nepožadujte osobní a intimní fotografie.*
12. *Nesmlouvejte s nimi o ceně služby, ta je dána pravidly sexuální asistence.*

Hlavním rozdílem mezi sexbyznysem a sexuální asistencí je fakt, že sexuální asistence je péčí a pomocí lidem s handicapem, zatímco běžná sexuální práce (prostituce) je spíše o finančním modelu. Šídová (2013) uvádí, že skoro polovině žen umožňuje práce v sexbyznysu přežít. Peníze z něho získané jim pomáhají řešit problémy s bydlením a zajištěním vlastních dětí. Obě tyto služby sice mohou končit placeným pohlavním stykem, ale sexuální asistence je zaměřena na prožívání a individualitu handicapovaného jedince. Jde o porozumění mezi klientem s handicapem a sexuální asistentkou/asistentem a budování vztahu, založeného na důvěře. Dalším rozdílem je vzdělanost a proškolenost sexuálních asistentů a asistentek. Ti mohou edukovat nejen samotné klienty s postižením, ale i jejich rodiny či pracovníky v zařízeních, které se o klienty starají. Šídová dále zmiňuje, že sexuálními asistentkami se často stávají ženy, které dříve pracovaly v sexbyznysu (Rozdíly mezi sexuální asistencí a službou sexbyznysu, FREYA, Šídová et al., 2013, Koliba et al., 2019).

3.3 Sexuální asistence v zahraničí

V roce 1973 vznikla ve Spojených státech amerických Mezinárodní asociace profesionálních sexuálních náhradníků, která umožnila první legalizovanou sexuální asistenci pro osoby s handicapem. V tomto období se stejné služby objevily i v Nizozemsku. Ve Švýcarsku se v roce 1992 spolu se sexuální asistencí legalizovalo i provozování prostituce a vlastnění sex klubu, sexuální asistence je zde podpořena i finančními příspěvky, které proplácí pojišťovna. Později se přidávaly i další státy. (Koliba et al., 2019) Šídová (2013) však podotýká, že prosazení vzdělávání a zavedení sexuální asistence ve Švýcarsku nebylo snadné. Švýcarská organizace Corps Solidaires byla totiž často konfrontována odlišnými názory zainteresovaných osob na etnické aspekty sexuální asistence. Ve Švýcarsku zajišťuje kurzy vzdělávání institut InSeBe. Do těchto kurzů se ale nemůže přihlásit každý, zájemci a zájemkyně musí projít výběrem (Hanková a Vávrová, 2017).

Opačný přístup můžeme vidět v Dánsku, kde potřebu sexuální asistence identifikovali a začali řešit na státní úrovni. Dánské ministerstvo sociálních věcí dokonce vydalo příručku, v níž popisují práva a povinnosti sexuálních asistentů/asistentek a uzákoňují právo na užívání si sexuality (Hanková a Vávrová, 2017).

V Německu spadá aktivní sexuální asistence pod zákon o prostituci, a je tedy ukotvena v legislativě. Organizace Pro Familia společně se sdružením Kassandra zde v roce 2013 realizovala projekt, z něhož vyšlo pět žen a dva muži s potřebným vzděláním. V tomto kurzu se účastníci mimo jiné naučí první pomoc, prevenci, postavení a role sexuálního asistenta, znalost tělesných postižení a jiné. Problémem v Německu je nedostatek sexuálních asistentek, ty pak za klienty jezdí dlouhé trasy a služba se tím prodražuje (Šídová, 2013, Hanková a Vávrová, 2017). Asociace Kassandra nabízí v nepravidelných intervalech školení na sexuální asistenci i dnes. Dle jejich webových stránek proběhne další školení na podzim roku 2025. Získávání kvalifikace probíhá s odbornou podporou organizace Pro Familia Nürnberg (Sexuální práce, Kassandra e.V., c2025).

Kozáková (2022) dále zmiňuje, že v zemích jako je Španělsko, Argentina, Francie, Velká Británie a Itálie není prostituce právně ukotvena. Na vědeckém a politickém poli se zde diskutuje o možnostech legitimace poskytování sexuální asistence jedincům se zdravotním postižením (Kozáková, 2022).

Empirická část

4 Cíle výzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit přístup pečujících osob k sexuální asistenci u handicapovaných klientů.

Dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zmapovat přístup pečujících osob k sexuálním potřebám klientů.

Cíl č. 2: Posoudit faktory, které ovlivňují projevy sexuality handicapovaných klientů.

Cíl č. 3: Identifikovat překážky vedoucí k naplnění sexuální potřeby.

Cíl č. 4: Zmapovat přístup k antikoncepčním metodám u klientů.

Cíl č. 5: Zhodnotit znalosti v oblasti sexuální asistence u pečujících osob.

Cíl č. 6: Zjistit pozitivní a negativní zkušenosti se sexuální asistencí.

5 Metodika výzkumného šetření

5.1 Metodologie výzkumu

Pro získání dat a následné vypracování empirické části mé bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda pomocí strukturovaných rozhovorů. S respondenty jsem se spojila po předchozí domluvě s ředitelkou zařízení, kde výzkum probíhal. Původně jsem chtěla situaci mapovat i v jiném zařízení, tam mi ale výzkum nepovolili. Po konzultaci s vedoucí práce jsem tedy výzkum prováděla se zaměstnanci pracujícími na odlišných pozicích ve stejném zařízení. Pro sběr dat byl použit vlastní rozhovor, kdy respondenti odpovídali na předem stanovené otázky. Rozhovory se uskutečnily se 7 respondenty (6 žen a 1 muž) přímo v zařízení, kde pracují. Rozhovory proběhly v únoru 2025.

5.2 Charakteristika respondentů

Všichni respondenti pracují s různě těžce mentálně handicapovanými klienty. Dalším kritériem byla dobrovolná účast a ochota spolupracovat s výzkumem. Před zahájením rozhovorů jsem respondentům sdělila téma mé bakalářské práce a cíle výzkumu. Respondenti s nahráváním rozhovorů pro následné přepsání verbálně souhlasili před zahájením rozhovoru. Respondenti byli ujištěni, že rozhovory jsou anonymní a v bakalářské práci se nevyskytnou žádná jména.

5.3 Zpracování dat

Rozhovor obsahoval 18 otázek týkajících se projevů sexuality u handicapovaných klientů a znalostí sexuální asistence. Otázky jsem následně rozdělila do kategorií a podkategorií. Pro lepší přehlednost jsem vytvořila schémata v programu Xmind. Následně byl vytvořen paradigmatický a kauzální model.

Shromážděná data se rozdělují do kategorií pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Prvním analytickým krokem je otevřené kódování, při kterém pečlivě studujeme získané údaje, kategorizujeme je a porovnáváme mezi sebou. Zjišťujeme rozdíly mezi jednotlivými odpověďmi na otázky. Axiální kódování navazuje na otevřené a získané údaje skládá dohromady a vytváří spojení mezi kategoriemi a podkategoriemi. Pomocí axiálního kódování vytváříme základ pro selektivní kódování. Při selektivním kódování vybíráme jednu centrální kategorii, která je následně systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím. Následně se vytváří paradigmatický model (Kutnohorská, 2009).

Paradigmatický model vypadá takto:

PŘÍČINNÉ PODMÍNKY <—> JEV <—> KONTEXT <—> INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY
<—> STRATEGIE JEDNÁNÍ <—> INTERAKCE <—> NÁSLEDKY (Kutnohorská, 2009)

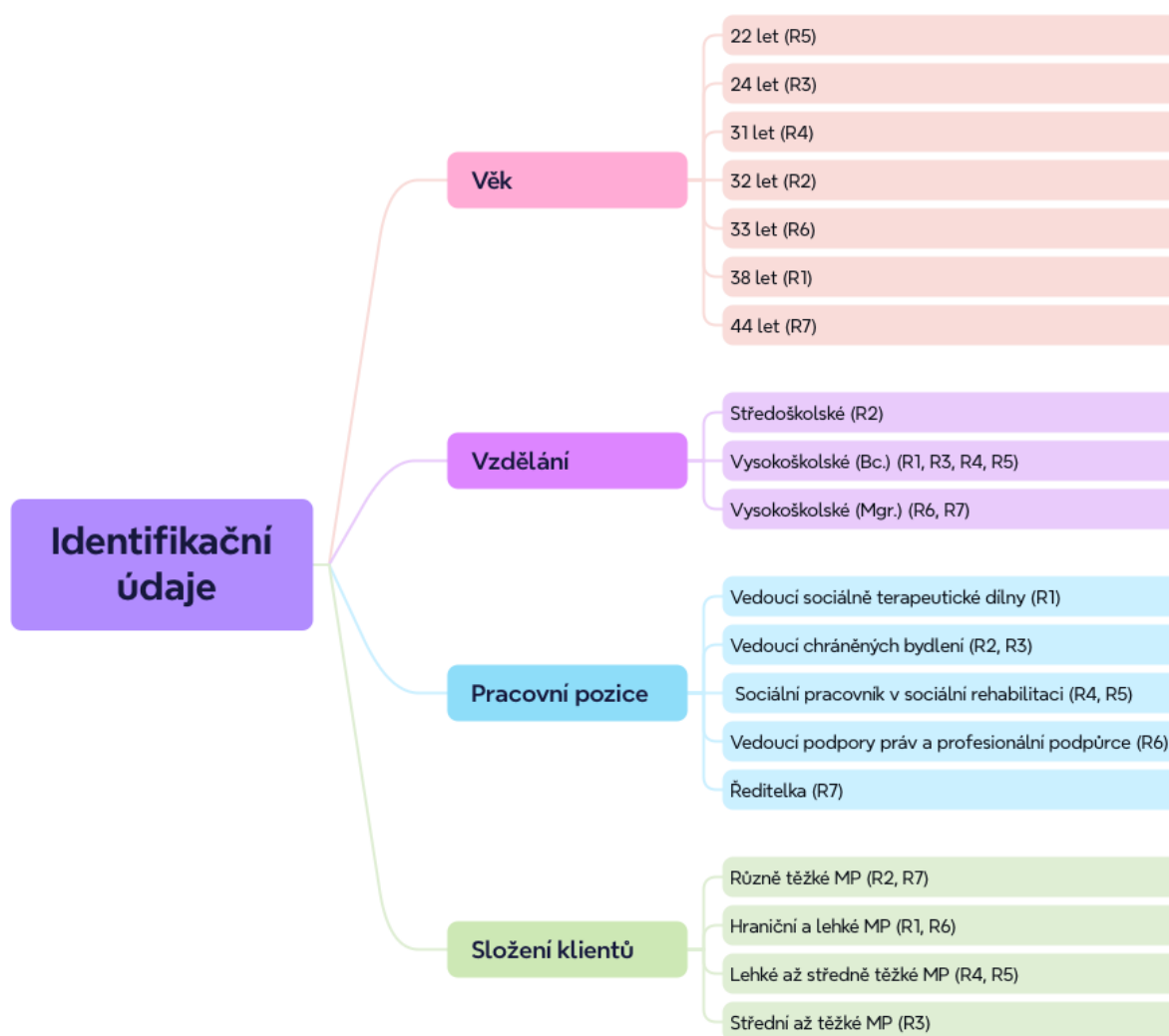
6 Vyhodnocení výzkumu

Získaná data z rozhovorů byla rozdělena do třech hlavních kategorií a 13 podkategorií.

Kategorie	Podkategorie
Identifikační údaje	Věk
	Vzdělání
	Pracovní pozice
	Složení klientů
Sexualita a sexuální potřeba	Projevy
	Provádí edukaci – pomůcky
	Překážky v naplnění sexuální potřeby
	Dochází u klientů k vzájemným intimním kontaktům? – ochrana před početím
	Sexuální zneužívání
Sexuální asistence a sexuální důvěrnictví	Termín sexuální asistence
	Edukace klientů o možnosti SA
	Sexuální důvěrnictví – jak často probíhá
	SD – benefity

Tabulka 2 – Přehled kategorií a podkategorií

6.1 Kategorie identifikační údaje



Obrázek 7 – Identifikační údaje

Do prvního schématu jsem zařadila 4 otázky, které následně vytvořily 4 podkategorie.

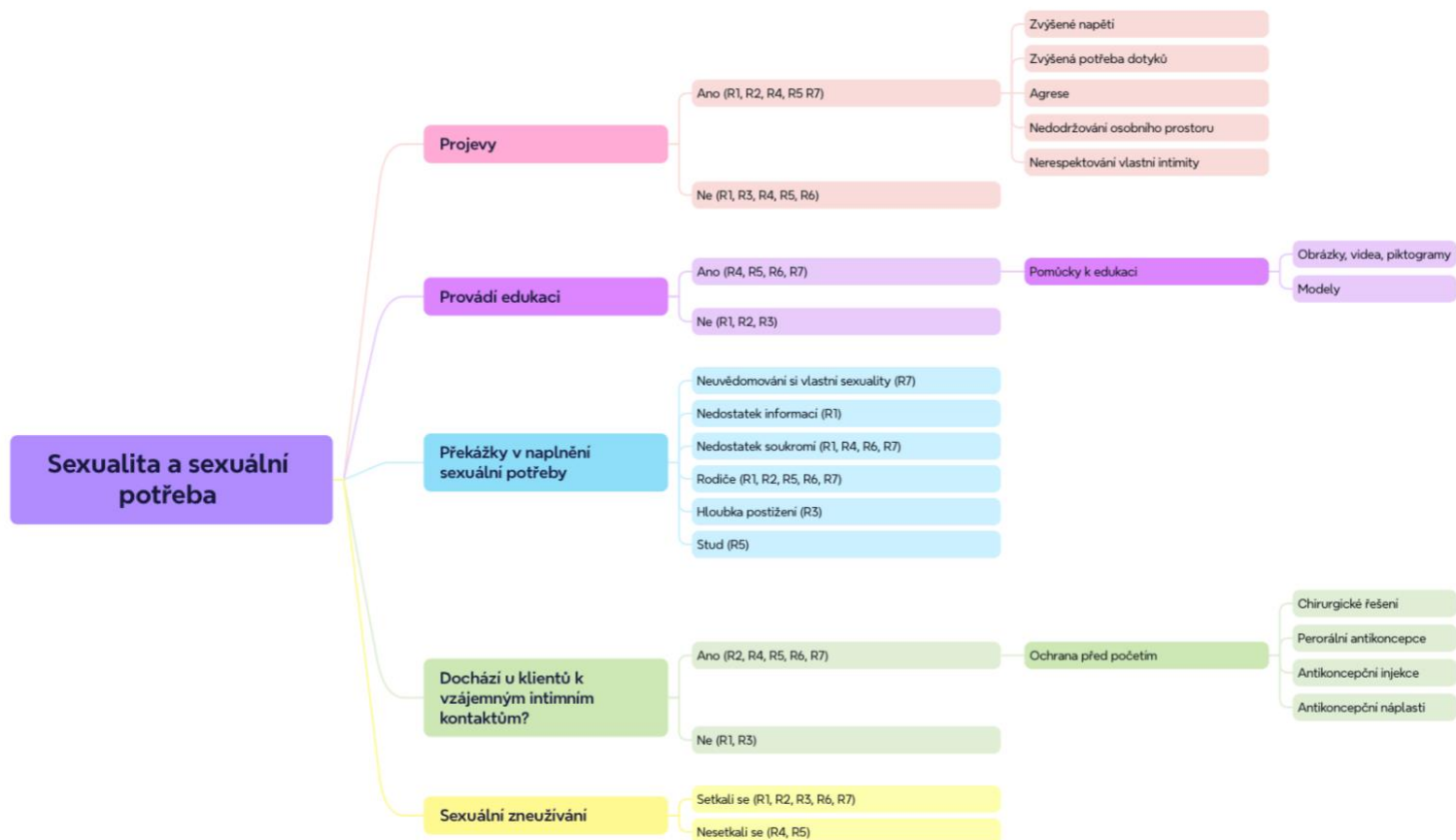
V první otázce jsem zjišťovala věk respondentů. Věkové rozmezí bylo od 22 do 44 let.

Dále jsem se zaměřila na nejvyšší dosažené vzdělání. Vzdělání jsem rozdělila do 3 kategorií, a to na středoškolské, vysokoškolské s dosažením titulu bakalář a vysokoškolské s dosažením titulu magistr. Jedna respondentka uvedla, že má středoškolské vzdělání a kurz sociálního pracovníka, 4 respondenti mají vysokoškolské bakalářské vzdělání a 2 respondentky vysokoškolské magisterské vzdělání.

Další podkategorie se věnovala pracovní pozici respondentů. Jedna respondentka pracuje jako vedoucí sociálně terapeutické dílny, 2 respondenti jako sociální pracovníci v sociální rehabilitaci, a zároveň se právě tito pracovníci věnují i sexuální osvětě a v budoucnu mají v plánu být sexuálními důvěrníky. Dvě respondentky pracují jako vedoucí chráněného bydlení, každá v jiné části Hradce Králové. Jedna respondentka je profesionálním podpůrcem klientů se znevýhodněním a zároveň je vedoucí podpory práv klientů. Poslední respondentka je ředitelkou organizace, kde výzkum probíhal.

V poslední podkategorii jsem se věnovala složení a rozdělení klientů dle hloubky mentálního postižení. S klienty s různě těžkým mentálním postižením pracují dvě respondentky. Další dvě respondentky se věnují lidem s hraničním a lehkým mentálním postižením, s klienty s lehkým až středně těžkým postižením pracují další dva respondenti. S klienty se středně těžkým až těžkým postižením pracuje jedna respondentka.

6.2 Kategorie sexualita a sexuální potřeba



Obrázek 8 – Sexualita a sexuální potřeba

Do této kategorie jsem zařadila otázky týkající se oblasti sexuality a sexuální potřeby jako takové. Nejprve jsem zjišťovala, jestli respondenti u svých klientů sexualitu pozorují. Zde se všichni respondenti shodli, že je to u každého klienta individuální. Právě díky individualitě jsem zařadila odpovědi některých respondentů do obou podkategorií. Jedna respondentka pracující s klienty se středně těžkým až těžkým mentálním postižením, uvedla, že u jejích klientů sexuální projevy nepozoruje skoro vůbec, a právě ke hloubce postižení přisuzuje nezájem o navazování sexuálních vztahů a nezájem o sexualitu jako takovou. R3: „*Dokážou se o sexualitě bavit, ale je jim z toho trapně.*” První respondentka dále uvedla, že se setkává jak s hypersexualitou až třeba i agresí, která může pramenit z nedostatečného uspokojení sexuální potřeby, tak i s asexualitou, kdy klient nemá žádné sexuální potřeby a téma sexuality je pro něho tabu. R1: „*Můžu říct, že za celou mou praxi jsem se neseetkala s dvěma jedinci se stejnými projevy.*”

Jako konkrétní projevy neuspokojené sexuální potřeby respondenti zmiňovali zvýšené napětí, které se projevuje vyšší agresivitou a snahu o nepřiměřený kontakt s personálem nebo s ostatními klienty. Nepřiměřenému kontaktu pracovníci brání hned v začátcích takového chování. Pracovník i klient dodržují určitá pravidla, mezi nejzásadnější v této oblasti patří omezení fyzického kontaktu na minimum. S klientem si mohou podat ruku, plácnout si, ale objetí či jiný fyzický kontakt je zcela nepřipustný. Jedna respondentka také zmínila, že někteří klienti nedokáží ze začátku respektovat svou vlastní intimitu a uzavřený prostor. Tyto projevy se ale dají řešit v rámci dní tak, aby nedocházelo k nějakému dalšímu obnažování.

Dále jsem se respondentů dotazovala, jestli přímo oni provádějí edukaci v oblasti sexuality a vztahů. Čtyři respondenti edukaci provádějí a nejčastěji využívají pomůcky jako jsou videa, obrázky nebo piktogramy. Dva respondenti vedoucí preventivní programy dále využívají i modely (model ženského těla a model penisu). R4: „*Máme i gumový model těla, kde ženám například ukazují, jak se zavádí tampón, nebo jak bych si samovyšetřila prsa.*” R5: „*Máme model penisu, říkáme mu “Ludva”, takže na něm ukazujeme hygienu, navlíkání kondomu.*” Tři respondentky přímou edukaci neprovádějí a klienty odesílají k sexuálním důvěrníkům. V chráněných bydleních mají klienti k dispozici edukační knížky nebo obrázky.

V osmé otázce jsem se respondentů ptala, jestli jsou pro ně sexuální projevy překážkou při poskytování péče. Na tuto otázku mi všichni respondenti odpověděli, že ne, že pokud se projevy vyskytnou, zarazí je již v prvopočátku. Z tohoto důvodu jsem tuto otázku ani nezařadila do schématu, odpovědi byly totiž všechny totožné.

Nejčastějšími překážkami v naplnění sexuální potřeby jsou dle respondentů nedostatky soukromí a informací, neuvědomování si vlastní sexuality. R7 uvedla: „*Když jim ukazujeme*

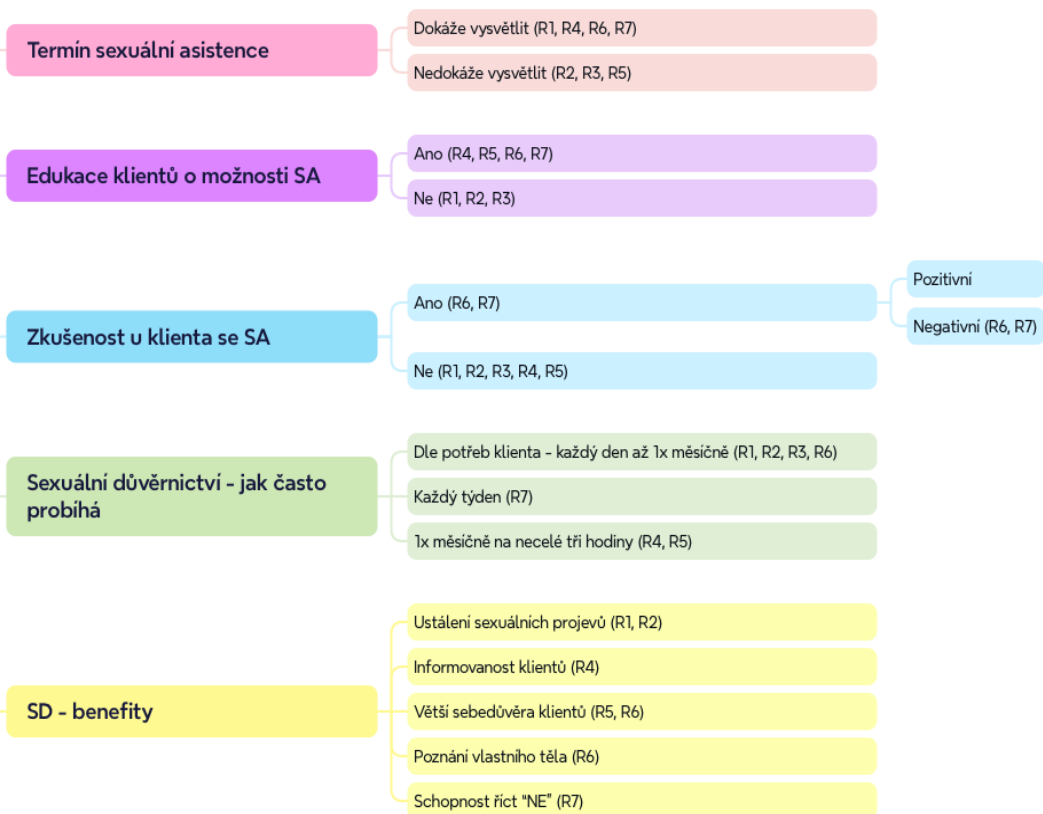
postavy jako vývoj člověka, tak většina z nich se identifikuje jako dítě, nikoliv jako dospělý muž či žena.” Jako další překážku respondenti uváděli rodiče klientů, kdy se rodiče k jedincům chovají jako k dětem nebo je nechávají žít v omylu. Příklad uvedla R4: *„Měla jsem klienta, kterému maminka tvrdila, že když si bude sahat na penis, tak mu upadne.”* R7: *„Některé ženy žijí v tom, že když dají chlapovi pusu tak otěhotní a umřou.”* Respondentka pracující s lidmi s těžším mentálním postižením uvedla, že překážkou v naplnění sexuální potřeby je u jejích klientů právě hloubka postižení. R5 zmínil jako překážku stud, který jeho klienty často doprovází.

Dále jsem zjišťovala, zda u klientů dochází k intimním vztahům. R2 uvedla, že ano, že v jejich chráněném bydlení spolu bydlí i páry a intimní život spolu mají. Následně jsem se tedy doptávala, jak řeší ochranu před nechtěným početím, kdy respondentka uvedla, že momentálně mají sexuálně aktivní jednu klientku, která v minulosti podstoupila chirurgický zákrok (sterilizaci), a jinou, která je již po klimakteriu, a tudíž do jiného stavu přijít nemůže. Jako další antikoncepční metody byly zmiňovány antikoncepční injekce, náplasti nebo perorální antikoncepce. R6 řeší se svými klientkami finanční stránku antikoncepce. Druhou stránku v této oblasti zmínila R7, která uvedla, jak pracují s klientkami, které by otěhotnět chtěly. *„Ne vždy je možné klientkám s mentálním postižením vysvětlit důsledky těhotenství a mateřství na úrovni pochopení. My těm klientkám necháme udělat i genetické testy na kterých vidí, že to opravdu není dobrý nápad, protože u řady klientek je riziko, že budou mít postižené dítě i 90 %.”*

Poslední otázkou zahrnutou do této oblasti byla otázka na sexuální zneužívání u klientů. Pět ze sedmi respondentů uvedlo, že se s nějakou formou sexuálního zneužívání u svých klientů setkalo. Jednalo se jak o zneužívání v rámci jiného zařízení, kdy uživatel byl zneužíván jiným uživatelem, tak i o zneužívání v rámci kyberprostoru. R3: *„Jednou jsem se setkala s tím, že naší klientce posílal klient z jiného zařízení nahé fotky a chtěl po ní, aby mu je ona poslala taky, ona ale hned ustoupila, zalekla se toho.”* R7: *„Někdy to jsou traumata z dětství, která pak s klientem řeší jak sexuální důvěrník, tak i psychoterapeut, psychiatr a sexuolog. Někteří jedinci jsou tímto traumatem postiženi nadosmrti a je to pro ně nezpracovatelná věc.”* Sexuálnímu zneužívání předcházejí pomocí edukací a preventivních programů.

6.3 Kategorie sexuální asistence a sexuální důvěrnosti

Sexuální asistence a sexuální důvěrnosti



Obrázek 9 – Sexuální asistence a sexuální důvěrnosti

Poslední kategorií je kategorie věnující se sexuální asistenci a sexuálnímu důvěrnictví. První otázkou v této kategorii byla otázka na znalost termínu sexuální asistence. Všichni respondenti termín znají, proto jsem ve schématu rozlišila, jestli umí termín vysvětlit. R1 vysvětluje termín sexuální asistence takto: *„Vysvětlila bych to, jako že proškolené pracovnice v oboru sexuálního byznysu poskytují placené služby jedincům s handicapem.“* R4 sexuální asistenci vysvětluje takto: *„Je to to, že můžu na toho klienta sahat a on může sahat na mě.“* Respondentka 6 se zmínila, že v rámci studia na vysoké škole měla o sexuální asistenci přednášku přímo od organizace FREYA. R7 uvedla svůj pohled na termín sexuální asistence: *„My sexuální asistenci vnímáme jako přímou pomoc při masturbaci nebo realizaci pohlavního styku, nebo přímou instruktáž páru, kdy asistent je přítomen pohlavnímu styku druhých osob.“*

Další otázka se věnovala rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní. Do schématu jsem tuto otázku nezařazovala, jelikož v organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta. R1 na otázku odpověděla takto: *„Pracujeme s osou, podle mě je důležité, aby každý pracovník věděl, kam v ose patří a kam až může jít, protože i když se cítím na to, že bych dokázala poskytnout víc osvěty, nebo nějakého poradenství, tak si myslím že mi to nepřínáleží v rámci mé pracovní pozice.“* R2 vypověděla, že se s klienty na bydlení snaží témata sexuality neřešit vůbec, protože jí to nepřijde správné vůči tomu, že s nimi na bydlení tráví čas. R3: *„Vím, že se u nás v organizaci pracuje s osou což spadá jak kdyby do pasivní asistence.“* R4 a R5 rozdíl mezi aktivní a pasivní sexuální asistencí vysvětlit nedokázali. R7: *„My pracujeme s osou a sexuální asistenci se snažíme zcela vyhnout a udělat všechno proto, aby sexuální asistence nebyla potřeba.“*

O možnosti sexuální asistence edukují své klienty čtyři respondenti, tři respondentky ne. Všichni zmínili, že se zaměřují na to, aby klientovi zmínili i rizika, která sexuální asistence obnáší. R4 i R5: *„Ano, řeknu mu, že tu ta možnost je, co obnáší, ale dál si to případně klient musí zařídit sám.“* R6: *„Já jim řeknu, že tu jsou možnosti, jakými lze řešit jejich sexuální potřeba, ale většina chce vztahové záležitosti, což sexuální asistence nenabízí.“* R7: *„My jim říkáme, že je možné si sjednat nějaké sexuální služby, ale rozhodně to není první volbou.“*

V další otázce jsem zjišťovala, jestli v organizaci nějakou formu sexuální asistence nebo sexuálního důvěrníka využívají. Tím, že v organizaci využívají pouze sexuální důvěrníky, nezařazovala jsem tuto otázku do schématu.

Dále mě zajímalo, jestli mají respondenti se sexuální asistencí u svých klientů nějakou zkušenost. Dvě respondentky uvedly, že ano. Dále jsem se tedy dotazovala, jestli je jejich zkušenost pozitivní či negativní. V obou případech se jednalo o zkušenost negativní. R6 uvedla příklad jejího klienta: *„Mám bohužel negativní zkušenost, kdy klient byl na asistenci extrémně*

závislý. U klienta nebyla rozumná finanční gramotnost, takže se potom dostával do exekucí a jiných finančních problémů.” I R7 uvedla zkušenost se SA: *„Měli jsme jednoho klienta, kterému rodina sjednala sexuální asistentku. Po asistenci u něho došlo k radikální změně v chování, kdy předtím jsme pozorovali opakované pnutí, při kterém si sahal do rozkroku, ale ne tak, že by docházelo k nějaké masturbaci, spíš si to tam jako “porovnával”. Po asistenci se začal dožadovat, abychom na něho sahali my, bral naše ruce a chtěl si je dávat do rozkroku. Takže jednou viděl, že na něho cizí člověk může takto sahat a následně to chtěl i po nás. A to byl důvod k tomu, aby přestal být naším klientem.”*

Předposlední otázka se týkala edukací, které sexuální důvěrníci pro klienty provádějí. Zajímalo mě, jak často edukace probíhají. Čtyři respondenti se shodli, že je to individuálně dle potřeb nebo intelektu klienta. Edukace mohou probíhat u klienta i každý den, někdy však stačí třeba jen 1x měsíčně. Dva respondenti vedoucí preventivní programy v rámci sociální rehabilitace uvedli, že programy pořádají 1x měsíčně na necelé tři hodiny. R4 upřesnila, jak je to s povinností klientů účastnit se programů: *„Některá témata jsou doporučena pro všechny klienty, jako třeba osobní prostor, kamarádství a partnerství. Pak ale u témat jako je antikoncepce nebo sex a partnerství se klientů individuálně ptám, jestli se programu chtějí zúčastnit. Máme domluvu, že pokud by jim bylo něco nepříjemné nebo by se nechtěli účastnit, nemusí a mohou odejít. Stejně tak kdyby někdo chtěl něco řešit individuálně, můžou. Jinak jsou totiž skupinky po 4-5 členech.”* R7 uvedla, že nejčastěji jsou u klientů edukace každý týden. Je to z toho důvodu, aby klienti získané informace nezapomínali.

Jako poslední mě zajímaly benefity, které sexuální důvěrnictví klientovi přináší. Dvě respondentky se shodli, že je to ustálení sexuálních projevů. R1: *„Ve chvíli, kdy dojde fakt k nácviku a najde se cesta ke spokojenosti toho člověka a on je spokojenější, je pak schopen udržet projevy tam, kde nemají být. Nácvikem myslím třeba to, když se řeší, jak a kde masturbovat.”* Další zmiňovanou oblastí bylo zvýšení informovanosti klientů ohledně sexuality. R5 a R6 se nezávazně na sobě shodli, že jako největší benefit u klientů pozorují větší sebedůvěru. R5: *„Klienti si mnohem víc věří, mnohem víc vzbuzují zájem, sami objevují, že nejsou ty malý děti, jak jim říkali rodiče.”* Poslední respondentka zmínila, že díky dlouhodobé podpoře, kterou klienti díky důvěrnictví získávají, pozoruje vyšší schopnost klientů říkat “NE”, což považuje za velmi důležité.

6.4 Paradigmatický model

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání	Následky
Nedostatek informací a soukromí	Různorodost projevů sexuality	Neuvědomování si vlastní sexuality	Individuální přístup	Organizace preventivních programů	Lepší porozumění vlastní sexualitě a vztahům
Vliv rodičů a přítomnost studu		Nedostatečné znalosti o vztazích a intimitě	Využití pomůcek pro edukaci	Důvěra, podpora soukromí a vytváření bezpečného prostředí	Snížení nežádoucích sexuálních projevů
Hloubka mentálního postižení		Omezené zkušenosti se soukromím	Podpora ze strany personálu	Edukace personálu o přístupu k sexualitě klientů	Prevence sexuálního zneužívání
Identifikace sama do období dítěte/dětského těla					
Znalost termínu “sexuální asistence” všemi respondenty	Sexuální asistence a sexuální důvěrnictví jako nástroj pro naplnění a podporu sexuálních potřeb klienta	Pracovníci organizace využívají „Osu“ k definování svých hranic při práci se sexualitou klientů	Respekt ze strany personálu ke klientům	Individuální edukace klientů o možnostech sexuální asistence a jejích rizicích	Zvýšení sebedůvěry klientů
Handicap klienta omezující navázání intimních vztahů		Různé přístupy k sexualitě klientů (od úplného vyhýbání se až po aktivní edukaci)	Osobní přesvědčení ohledně etiky sexuální asistence	Preventivní programy zaměřené na témata jako osobní prostor nebo vztahové dovednosti	Schopnost klientů stanovovat si hranice a říkat „NE”
		Negativní dopady SA, jako nevhodné chování po asistenci nebo finanční problémy			

Tabulka 3 - Paradigmatický model

6.5 Kauzální model



Obrázek 10 – Kauzální model

Kauzální model zobrazuje přístup pečujících osob k sexuální asistenci. Úplně stěžejním bodem této problematiky je znalost pracovníků termínu sexuální asistence. Organizace dále přímo formuje přístup pečujících osob k sexuální asistenci díky využívání osy zapojení pracovníka do sexuality klienta, kde je sexuální asistence až posledním bodem osy. Pracovníci poskytující sexuální osvětu edukují své klienty o možnosti a rizicích sexuální asistence, a s tím se pojí i zvýšená potřeba nastavovat hranice, které chrání klienty i pracovníky před nežádoucími situacemi. Přístup k sexuální asistenci ovlivňují i negativní zkušenosti, které u pracovníků vedou k odmítání přímé asistence jako nástroje podpory.

7 Diskuze

Tato část bakalářské práce se věnuje interpretaci a zhodnocení výsledků výzkumného šetření ve vztahu k hlavnímu a dílčím cílům, které byly stanoveny na začátku práce. Výzkum byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů, které umožnily hlubší vhled do problematiky přístupu pečujících osob k sexuálním potřebám osob s handicapem, zejména pak k tématu sexuální asistence.

Otázky rozhovoru byly koncipovány tak, aby odpovídaly stanoveným cílům a zároveň umožnily respondentům otevřeně sdílet své postoje, zkušenosti a názory. Otázky jsem rozdělila do jednotlivých kategorií a podkategorií v rámci souvislostí s cíli práce. Takto byly z celkových 18 otázek vytvořeny tři kategorie a 13 podkategorií. První kategorie se zabývala identifikačními údaji respondentů. Zjišťovala jsem věk, vzdělání, pracovní pozici a složení klientů, se kterými jednotliví respondenti pracují. Druhá kategorie se věnovala sexualitě a sexuální potřebě jako takové. Tázala jsem se na projevy sexuality ze strany klientů, zjišťovala jsem, jestli jednotliví respondenti přímo provádí edukace a případně jaké k ní využívají pomůcky. Další podkategorií v této oblasti byla otázka na jednotlivé překážky v naplnění sexuální potřeby. Dále zde byla zařazena otázka zjišťující, jestli u klientů dochází k vzájemným intimním kontaktům a jak klienty chrání před početem. Poslední otázkou v této oblasti byla otázka na sexuální zneužívání. Poslední kategorií byla samotná sexuální asistence a sexuální důvěrnost. Otázky se týkaly termínu sexuální asistence, edukace klientů o možnosti sexuální asistence. Dvě poslední otázky se věnovaly sexuálnímu důvěrnosti a jeho benefitům. Vzhledem k otevřenosti respondentů a širší získaných informací lze říci, že výzkum přinesl cenná data, která umožňují formulovat konkrétní závěry i doporučení pro praxi.

V bakalářské práci jsem si stanovila jeden hlavní cíl a 6 dílčích cílů, které budou nyní níže zhodnoceny.

Hlavní cíl práce: Zjistit přístup pečujících osob k sexuální asistenci u handicapovaných klientů.

Sexuální asistenci se zabývala kategorie číslo 3. Dle zjištěných informací lze říci, že sexuální asistence je u mentálně handicapovaných jedinců nevhodnou formou řešení sexuální potřeby. Obě dvě respondentky, které se setkaly s tím, že jejich klient využil sexuální asistenci, měly se sexuální asistencí negativní zkušenosti. U jednoho klienta šlo o problémy v oblasti financí, u druhého se jednalo o následné porušování pravidel organizace (snaha o doteky v intimních oblastech) a jeho následné vyloučení z organizace.

Lze tedy říci, že přístup pracovníků k sexuální asistenci jako k nástroji pro řešení sexuálních potřeb u klientů s mentálním handicapem je negativní. Dle výsledků mého výzkumu, se pracovníci k sexuální asistenci staví jako k poslední možnosti saturace sexuální potřeby. Jistou roli zde hraje i fakt, že organizace pracuje s Osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta, kde je sexuální asistence posledním bodem osy.

Horváthová (2019) ve své diplomové práci naopak zjistila, že 9 z 10 jejích respondentů si myslí, že sexuální asistence je vhodná pro jedince jak s fyzickým, tak i s mentálním či duševním handicapem. Já osobně se ale přikláním k výsledku mého šetření, a to tedy k tomu, že sexuální asistence není u jedinců s mentálním handicapem vhodnou formou řešení sexuálních potřeb.



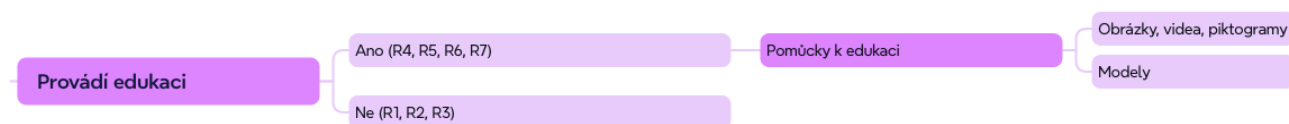
Dílčí cíl č. 1: Zmapovat přístup pečujících osob k sexuálním potřebám klientů.

Sexualitě a sexuální potřebě se věnovala druhá kategorie. Všichni respondenti byli tématu sexuality otevření a někteří z nich přímo provádějí edukace týkající se sexuální osvěty handicapovaných klientů. Díky tomu, že organizace pracuje s Osou zapojení pracovníka do sexuality klienta, je celkový přístup k sexuálním potřebám klientů velmi kladný. Respondenti respektují sexuální potřebu svých klientů jako základní biologickou potřebu a jsou ochotni napomáhat k její saturaci. Zmapování klientovy sexuality začíná již v prvním kontaktu s ním. Respondentka, která je ředitelkou organizace kde výzkum probíhal, zmínila, že již při prvotním kontaktu s novým klientem si všímají toho, jestli se klient chová jako dospělý a svou sexualitu si tedy uvědomuje, či jako dítě, které si své sexuality vědomo není.

Důkazem kladného vnímání sexuality je nebagatelizování tématu respondenty a jejich ochota provádět osvětovou činnost. Právě edukace byla další zkoumanou oblastí v této kategorii. Zjišťovala jsem, kdo edukaci provádí a jaké k ní využívá pomůcky.

Štanclová (2017) ve své bakalářské práci zmiňuje, že pohled sociálních pracovníků pracujících v denním stacionáři pro mentálně postižené na sexuální potřeby klientů je kladný a jejich postižení nijak neovlivňuje sexualitu. I já ve svém výzkumu zjistila kladný přístup k sexualitě handicapovaných klientů, na rozdíl ale od Štanclové, jedna má respondentka pracující s klienty s těžším typem mentálního postižení zmínila, že právě hloubka postižení je úměrná míře projevů sexuality klientů.

Domnívám se, že práce s Osou zapojení pracovníka do sexuality klienta je vhodnou formou, jak pracovat se sexualitou u klientů s mentálním handicapem. Edukace je totiž stěžejní v rámci řešení případných problémů a předem navázaná důvěra ze strany klienta k zaměstnanci je výhodou.

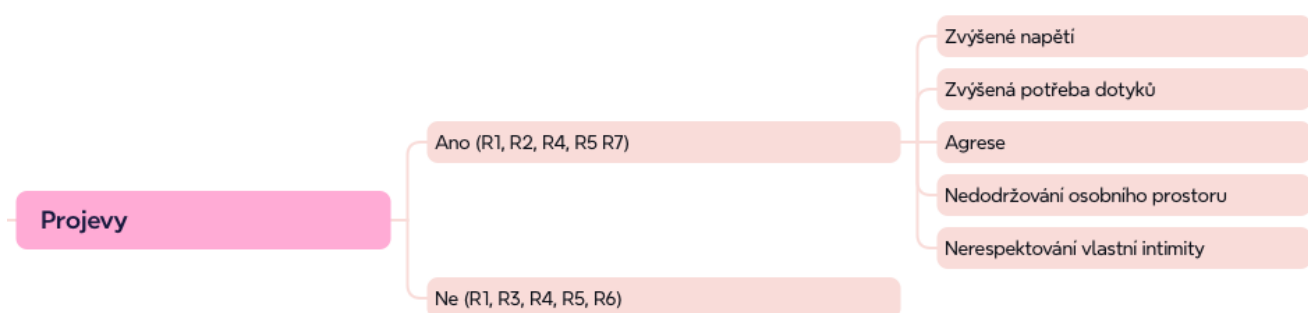


Dílčí cíl č. 2: Posoudit faktory, které ovlivňují projevy sexuality handicapovaných klientů.

Dalším cílem navazujícím na první dílčí cíl bylo zjistit, jaké jsou faktory ovlivňující projevy sexuality. Z rozhovorů vyplynulo, že se respondenti setkávají s různými projevy sexuality, kdy někteří klienti nevyjadřují sexualitu vůbec a jiní jsou naopak hypersexuální. Respondenti se nezávazně na sobě shodli, že projevy jsou velmi individuální a že se v rámci své praxe nesetkali se dvěma stejnými. Dle mého názoru je tomu tak z mnoha důvodů, ať už je to hloubka postižení, tak i rodinná situace a vztah rodič X dítě, kdy rodič je mnohdy jediným zdrojem informací pro handicapované dítě.

Sexuální projevy často ovlivňuje nevědomost klientů a jejich nedostatečná informovanost. Někteří klienti nejsou při příchodu do organizace dostatečně edukováni o možnostech saturace sexuální potřeby, a proto je neuspokojená sexuální potřeba někdy vyjádřena až agresí. Nejčastěji se ale jedná o zvýšenou potřebu dotyků a nedodržování osobního prostoru.

Nepřiměřené projevy sexuality jako masturbace na veřejnosti či velice vulgární výrazy či nevhodné dotyky směřované od klientů k sociálním pracovnícům ve chvíli, kdy o ně pečují zmiňuje Štanclová (2017). Já zjistila, že s těmito projevy se setkávají i mí respondenti. Jejich řešením je důkladné nastavení a dodržování hranic mezi klientem a pracovníkem. I zmiňované nerespektování vlastní intimity s možným následným obnažováním až masturbací na veřejnosti lze řešit v rámci dnů tak, aby to klient pochopil a k podobným projevům již nedocházelo.



Dílčí cíl č. 3: Identifikovat překážky vedoucí k naplnění sexuální potřeby.

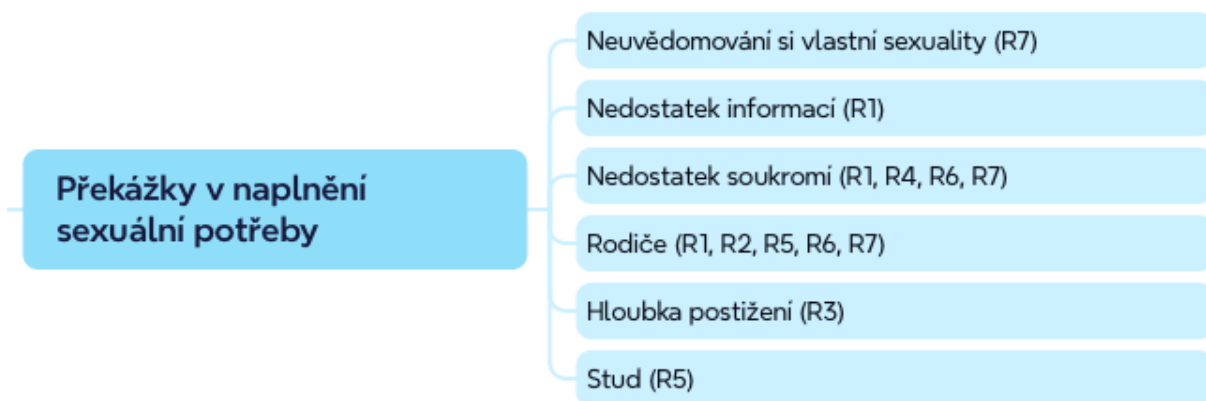
Nejčastěji zmiňovanou překážkou vedoucí k naplnění sexuální potřeby byl nedostatek soukromí. Dospělí klienti přicházející do organizace často ještě nikdy předtím neměli samostatný pokoj, ve kterém by se mohli zamknout a mít své soukromí. V extrémním případě zmiňovaným jednou respondentkou spal 35letý klient dokonce s rodiči v posteli v ložnici.

Rodiče klientů byli další nejčastěji zmiňovanou překážkou. Ti se často dle respondentů, k již dospělým klientům chovají jako k malým dětem, nepřipouštějí si, že jejich mentálně handicapované dítě by mohlo mít i sexuální potřeby. Často tak nechávají své děti žít v bludech a polopravdách. Příkladem je blud o tom, že si chlapci nesmí sahat na penis, protože když budou, upadne jim. U dívek zase že pokud dají muži pusu, otěhotní a umřou. Mě osobně překvapilo, jak velkou roli hrají v sexualitě klientů právě rodiče. Myslela jsem si, že ony zmiňované bludy jsou již minulostí a sexualita jedinců s handicapem již není tak moc tabuizována. Proto se přikláním k myšlence, že v rámci organizace by měli být na prvním místě klienti a jejich rodiče až na místě druhém. Klient, i s mentálním handicapem, je dospělým jedincem majícím právo na sexualitu.

Respondenti dále zmínili stud a nedostatek informací, který jejich klienty v této oblasti ze začátku provází. Díky pravidelným edukacím a podpoře ze strany pracovníků se úspěšně daří překážku v podobě studu odbourávat. Edukace jsou u klientů prováděny pravidelně, dle jejich potřeb.

Hloubku postižení jako překážku v naplnění sexuální potřeby zmínila jedna respondentka.

Další zmiňovanou odpovědí bylo neuvědomování si vlastní sexuality a stavění se do role dítěte. Toto chování vyzorují pracovníci již při prvotním kontaktu s klientem. Respektem a komunikací na úrovni si klienti postupně svou sexualitu a dospělost uvědomují a stávají se dospělým jedincem uvědomujícím si své biologické potřeby.



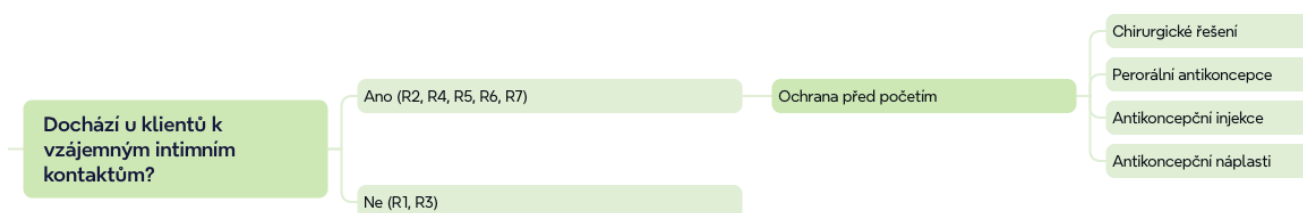
Dílčí cíl č. 4: Zmapovat přístup k antikoncepčním metodám u klientů.

Díky tomuto dílčímu cíli jsem se dozvěděla, že u některých klientů dochází k vzájemným intimním kontaktům. Klienti s těžším typem mentální retardace romantické vztahy nenavazují. Zároveň mi všichni respondenti odpověděli, že vztahům u svých klientů nebrání a podporují klienty v nalezení vhodného protějšku.

Jako ochranu před početím respondenti zmiňovali perorální antikoncepci, antikoncepční injekci, antikoncepční náplasti nebo chirurgické řešení.

Celkový přístup pracovníků k antikoncepčním metodám byl dle mého názoru velmi racionální, individualizovaný jednotlivým klientkám na míru dle jejich schopností i možností. Nesetkala jsem se například s názorem, že by respondenti podporovali medikamentózní potlačení sexuálních potřeb u svých klientů jako možnost řešení nevhodných projevů. Jedna respondentka však uvedla, že čas od času mají klientky, které užívají hormonální antikoncepci, a přitom nevědí na co. Myslí si, že to jsou třeba vitaminy. Myslím si, že rodiče by klientkám neměli zatajovat, proč nějaké léky užívají a jaké mají účinky. I přes hloubku mentálního postižení by jim měla být informace sdělena tak, aby jí rozuměly.

Štanclová (2017) ve své práci zmiňuje, že pokud by vznikl vztah mezi klienty, měla by mu být věnována jistá pozornost, kdy největší obavou je nechtěné početí. Já v mém výzkumu zjistila, že v organizaci, kde výzkum probíhal, dělají klientkám genetické testy v případě, že mají podezření na klientčinu touhu stát se matkou. Tyto testy následně odhalí riziko výskytu stejného nebo i těžšího handicapu, který je spojen s mentálním handicapem matky.



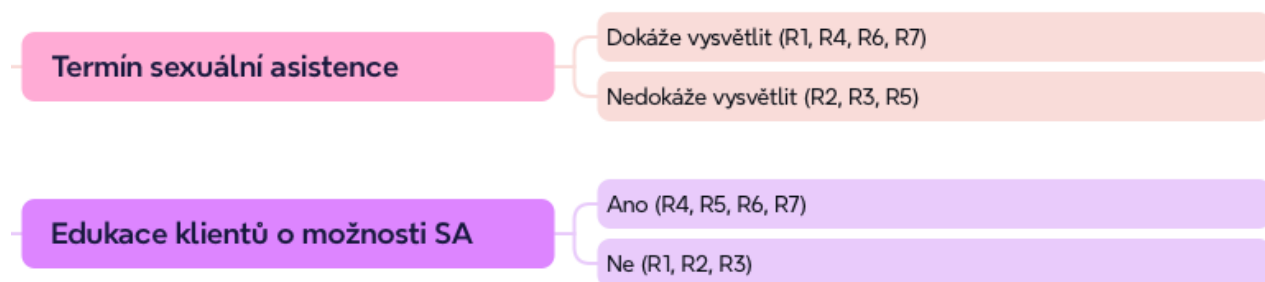
Dílčí cíl č. 5: Zhodnotit znalosti v oblasti sexuální asistence u pečujících osob

Sexuální asistenci se zabývala třetí kategorie. Z mého výzkumu vyplynulo, že termín sexuální asistence znali všichni respondenti. Vysvětlit ho ale dokázali jen někteří respondenti, konkrétně čtyři ze sedmi. Jedna respondentka se zmiňovala, že dokonce měla v rámci studia na vysoké škole přednášku od organizace FREYA, která jim sexuální asistenci představovala. Jeden respondent mi odpověděl, že termín sexuální asistence zná, ale snaží se okolo něho chodit obloukem.

Tím, že v zařízení pracují s Osou zapojení pracovníka do sexuality klienta, kde je sexuální asistence až posledním bodem osy, jsem předpokládala, že znalosti sexuální asistence budou omezené. Lze tedy říci, že znalosti služby sexuální asistence jsou přiměřené k ohledu na smýšlení a vedení organizace, kde je sexuální asistence brána jako poslední možnost pro saturaci sexuálních potřeb mentálně handicapovaných klientů.

Dále jsem chtěla zjistit, jestli pracovníci edukují klienty, ev. jejich rodiče, o možnosti sexuální asistence. Horváthová (2019) ve své diplomové práci uvádí, že nikdo z jejích respondentů nepodával klientům informace o možnosti využití služby sexuální asistence. Mí čtyři respondenti uvedli, že ano, ale že vždy zmíní rizika, která jsou se službou spojená.

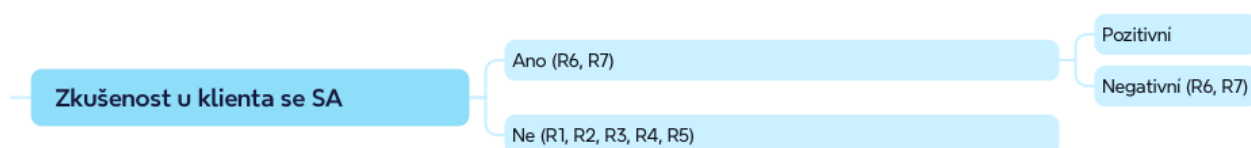
Dle mého názoru není služba sexuální asistence vhodná pro klienty s mentálním handicapem. Klienti takto handicapovaní si nemusí a často ani neuvědomují rozdíl mezi sexuální pracovníci a například sociální pracovníci, která jim poskytuje pouze sociální služby. Myslím si, že by sexuální asistence mohla být pro jedince s mentálním handicapem jistým blokem v budoucí snaze o navázání partnerského vztahu.



Dílčí cíl č. 6: Zjistit pozitivní a negativní zkušenosti se sexuální asistencí

Poslední dílčí cíl se zaměřil na zkušenosti se sexuální asistencí. Se sexuální asistencí u svých klientů měly zkušenost dvě respondentky. Obě dvě měly zkušenost negativní. V jednom případě se jednalo o nepřiměřený vztah klient X asistentka, kdy klient asistence zakupoval různé dárky a dostával se tak do finančních problémů. V druhém případě se jednalo o změnu v chování, která po asistenci nastala směrem k personálu zařízení.

Domnívám se, že negativní zkušenosti se službou pramení z neopodstatněného využití služby klientem, jehož rozumové vlastnosti nejsou na úrovni, kdy by si předem uvědomoval rizika se službou spojená. Je proto, dle mého názoru, důležité klientovi poskytnout kvalitní sexuální osvětu, podporu a soukromí potřebné k realizaci jeho sexuálních potřeb.



8 Závěr

Bakalářská práce Sexuální asistence očima pečujících o handicapované osoby byla rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a empirickou.

V teoretické části jsem se v první kapitole zabývala sexualitou, sexuální potřebou, jejím vývojem, sexuální výchovou, sexuálním zneužíváním a sexuálními dysfunkcemi. Zabývala jsem se také sexuální osvětou jedinců s mentálním postižením a Osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením. V druhé kapitole jsem se zabývala handicapem jako takovým, jeho teoretickému vyčlenění a následně poruchám sexuality u jednotlivých druhů postižení, onemocnění a poruchám sexuality u seniorů. V poslední kapitole jsem se zabývala sexuální asistencí. Zmínila jsem, co sexuální asistence nabízí, jak probíhá a jaké má pravidla. V poslední části jsem se zmínila o sexuální asistenci v zahraničí.

Empirickou část tvořil jeden hlavní a šest dílčích cílů. Hlavní stanovený cíl byl zjistit přístup pečujících osob k sexuální asistenci u handicapovaných klientů. Díky dílčím cílům jsem zmapovala přístup pečujících osob k sexuálním potřebám klientů, posoudila faktory, které ovlivňují projevy sexuality handicapovaných klientů, zmapovala jsem přístup k antikoncepčním metodám klientů, zhodnotila jsem znalosti v oblasti sexuální asistence u pečujících osob a zjistila negativní zkušenosti se sexuální asistencí.

Původně jsem chtěla výzkum provádět ve více zařízeních, bohužel mi ale výzkum v druhém zařízení zamítli, takže výzkum nakonec proběhl se sedmi respondenty pracujícími ve stejném zařízení. Myslím si ale, že jsem díky rozličným pracovním pozicím a otevřenosti všech respondentů získala zajímavé a obohacující výsledky.

Z výsledků empirické části je zřejmé, že přístup pečujících osob k sexuální asistenci u mentálně handicapovaných klientů je negativní. Je to tak hlavně z důvodu negativních zkušeností se sexuální asistencí a pozitivní zkušeností se sexuálním důvěrnictvím a sexuální osvětou jedinců s mentálním handicapem. Díky sexuálnímu důvěrnictví se daří u mentálně handicapovaných jedinců nastavovat bezpečné hranice, budovat schopnost říkat “NE” a podporovat jejich sebedůvěru a informovanost. Já osobně se přikláním ke straně sexuální osvěty a sexuálního důvěrnictví, než ke straně sexuální asistence. Zároveň si ale myslím, že je sexuální asistence vhodnou formou řešení sexuálních potřeb u jedinců s fyzickým handicapem, jak vrozeným, tak i získaným, nebo u seniorů, kteří jsou díky jasným pravidlům částečně uchráněni před možnou ztrátou financí, ke které by mohlo dojít v případě, že si sjednají nějakou formu prostituce. Největší problém v poskytování sexuální asistence mentálně handicapovaným klientům spatřuji v jejich kognitivním deficitu, který jim neumožňuje se racionálně, s ohledem

na následky, pro sexuální asistenci jako vhodnou formu saturace sexuální potřeby, rozhodnout.

Na základě zjištěných informací jsem vytvořila kauzální model, který dokládá vztah mezi pečujícími osobami a sexuální asistencí.



Abstrakt

Autor:	Denisa Plocková
Instituce:	Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové
Název práce:	Sexuální asistence očima pečujících o handicapované osoby
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Matulová
Počet stran:	94
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2025
Klíčová slova:	sexuální asistence, sexualita, potřeba sexuality, sexuální dysfunkce, vývoj sexuality, handicap, osvěta jedinců s mentálním postižením

Bakalářská práce se zabývá pohledem pečujících osob na sexuální asistenci u mentálně handicapovaných klientů.

Teoretická část pojednává o sexualitě a její potřebě, vývoji sexuality, sexuálním dysfunkcím a sexuálnímu zneužívání. Dále se zabývá handicapem a poruchami sexuálního života u vybraných druhů handicapů. V poslední části objasňuje sexuální asistenci, její pravidla a mapuje sexuální asistenci v zahraničí.

Empirická část zachycuje výsledky výzkumného šetření, které bylo uskutečněno pomocí rozhovorů se sedmi respondenty. Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit přístup pečujících osob k sexuální asistenci u handicapovaných klientů, přístup k sexuálním potřebám klientů, identifikovat překážky, které vedou k nenaplnění sexuální potřeby, zmapovat přístup k antikoncepčním metodám u klientů, zhodnotit znalosti v oblasti sexuální asistence a zjistit pozitivní a negativní zkušenosti se sexuální asistencí.

Abstract

Name and surname of the author:	Denisa Plocková
Institution:	Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Non–medical Studies
Title:	Sexual assistance from the perspective carers of people with disabilities
Supervisor:	Mgr. Jana Matulová
Number of pages:	94
Number of attachments:	3
Year of defense:	2025
Keywords:	sexual assistance, sexuality, need for sexuality, sexual dysfunction, sexual development, disability, education of individuals with intellectual disabilities

This bachelor's thesis focuses on the perspectives of caregivers on sexual assistance for clients with intellectual disabilities.

The theoretical part discusses sexuality and the need for sexual expression, the development of sexuality, sexual dysfunctions, and sexual abuse. It also addresses disability and disorders of sexual life related to selected types of disabilities. The final section explains the concept of sexual assistance, its regulations, and provides an overview of sexual assistance practices abroad.

The empirical part presents the results of a research investigation conducted through interviews with seven participants. The aim of this qualitative research was to explore caregivers' attitudes towards sexual assistance for clients with disabilities, their approach to the clients' sexual needs, to identify barriers preventing the fulfillment of these needs, to map access to contraceptive methods among clients, to evaluate caregivers' knowledge in the area of sexual assistance, and to examine both positive and negative experiences with sexual assistance.

Seznam použité literatury

- CERQUEIROVÁ, Andrea, 2022. Jako sexuální asistentka pomáhá seniorům. Bojujeme s předsudky, říká Augstenová. Online. Dostupné z: <https://www.denik.cz/sex-a-vztahy/rozhovor-sexualni-asistentka.html>. [cit. 2025-02-02].
- DRÁBEK, Tomáš, 2013. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice. ISBN 978-80-260-5281-4.
- EISNER, Petr, 2020. *Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta (člověka s postižením)*. Online. In: Nebuď na nule. Dostupné z: <https://www.nebudnanule.cz/osa-zapojeni-pracovnika-do-prace-se-sexualitou-klienta/>. [cit. 2025-02-01].
- EISNER, Petr, 2020. *OSA ZAPOJENÍ PRACOVNÍKA DO PRÁCE SE SEXUALITOU KLIENTA 2020*. Online. NEBUĎ NA NULE unie sexuálních důvěrníků České republiky. Dostupné z: <https://www.nebudnanule.cz/osa-zapojeni-pracovnika-do-prace-se-sexualitou-klienta/>. [cit. 2025-02-01].
- EISNER, Petr a ŠIMÁČKOVÁ, Hana, 2023. Sexuální důvěrník. Online. *Nebuď na nule*. S. 2,6. Dostupné z: <https://www.nebudnanule.cz/wp-content/uploads/2023/11/Brozura-Sexualni-duvernik.pdf>. [cit. 2025-02-02].
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, 2012. *Desatero moudrého vozíčkáře*. Online. Česká asociace paraplegiků. Dostupné z: https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Desatero_moudreho_vozickare_CZEPA.pdf. [cit. 2025-01-24].
- FREYA. *O sexuální asistenci*. Online. Freya. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence#co%20je%20sa>. [cit. 2025-02-02].

- HANKOVÁ, Magdalena, 2020. PARTNERSKÉ VZTAHY OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM: OD TABU K REALITĚ. Online. *FREYA*. S. 1-3. Dostupné z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/th.pdf. [cit. 2025-02-01].
- HANKOVÁ, Magdalena a VÁVROVÁ, Soňa, 2017. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Grada. ISBN 978-80-271-9589-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/partnerske-vztahy-2970/>.
- HORVÁTHOVÁ, Markéta, 2019. *Pohled sociálních pracovníků na sexuální asistenci u zdravotně postižených osob*. Online, Diplomová práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ikpo7b/>. [cit. 2025-04-23].
- KNAPOVÁ, Jaroslava, 2019. Sexuální potřeby. Online. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka*. Roč. 2019, č. 1, s. 3.7. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page00.html>. [cit. 2024-10-19].
- KOLIBA, Peter; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta, 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2039-0.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka, 2022. *Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6233-2.
- KRATOCHVÍL, Stanislav, 2008. *Sexuální dysfunkce*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2476-8.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Grada. ISBN 978-80-247-6654-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/vyzkum-v-osetrovatelstvi-1825/>.
- PETLANOVÁ ZYCHOVÁ, Věra, 2020. Co je sexualita a její vývoj u dítěte. Online. *Alfabet*. Roč. 2020, č. 1, s. 1. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/dite-se->

[zdravotnim-postizenim/co-je-sexualita-a-jeji-vyvoj-u-ditete/](#). [cit. 2024-10-20].

- PETLANOVÁ ZYCHOVÁ, Věra, 2021. *Co je služba sexuální asistence?* Online. ALFABET. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/vzdelani-a-integrace/co-je-sluzba-sexualni-asistence/?> [cit. 2025-02-02].
- PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- ŠÍDOVÁ, Lucie, 2018. Sexualita jako základní životní potřeba. Online. *Sociální služby*. Roč. 2018, č. 1.díl, s. 18-19. Dostupné z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/sexualital.pdf. [cit. 2024-10-19].
- ŠÍDOVÁ, Lucie; POLÁKOVÁ, Jana a MALINOVÁ, Hana, [2013]. *Ze sexbyznysu na trh práce?: přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. [Brno]: Rozkoš bez rizika. ISBN 978-80-260-4963-0. Dostupné také z: <http://www.rozkosbezrizika.cz/ke-stazeni/soubory/publikace-r-r-ze-sexbyznysu-na-trh-prace/detail>.
- SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-9426-1. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/specialni-pedagogika-2894/>.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4453-7.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, [2015]. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-162-9.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2023. *Mužské stárnutí z pohledu sexuologa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3525-7.

- ŠTANCLOVÁ, Eliška, 2017. *Postoj sociálních pracovníků v denních stacionářích pro osoby s mentálním postižením v Pardubickém kraji k sexuální asistenci*. Dostupné také z: <https://library.upol.cz/arl-upol/cs/esg/?repo=upolrepo&key=709414651>.
- ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2007. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Skripta. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1689-2.
- ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2019. *Sexuální výchova u osob s postižením*. Online. Šance dětem. 2023. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/sexualni-vychova-u-osob-s-postizenim#Jak%20je%20to%20v%20rodin%C3%A1ch,%20kde%20jsou%20d%C4%9Bti%20se%20zdravotn%C3%ADm%20posti%C5%BEn%C3%ADm>. [cit. 2025-01-11].
- ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2018. Vztahy a osoby s postižením. Online. *8. moravský regionální kongres k sexuální výchově*. Roč. 2018, s. 87-92. Dostupné z: https://doi.org/https://www.freya.live/files_public/elfinder/sbornik.pdf. [cit. 2024-10-17].
- ŠTĚRBOVÁ, Dana a RAŠKOVÁ, Miluše, 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5025-4.
- ŠUMNÍKOVÁ, Pavlína, 2012. *Dítě se zrakovým postižením*. Online. Šance dětem. 2023. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/dite-se-zrakovym-postizenim>. [cit. 2025-01-24].
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přepracované. Speciální pedagogika. Praha: Portál. ISBN [80-7367-060-7](https://www.portall.cz/kniha/80-7367-060-7).

- UVÍROVÁ, Magdalena, 2023. *Downův syndrom – příčiny, projevy a cílená péče*. Online. EUC. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/downuv-syndrom-priciny-projevy-a-cilena-pece/>. [cit. 2025-02-01].
- VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin, 2018. *Mentální postižení: 2., přepracované a aktualizované vydání*. Grada. ISBN 978-80-247-3050-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/mentalni-postizeni-4593/>.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a EISNER, Petr, 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-5.
- VLČKOVÁ, Zdeňka, 2023. *Downův syndrom se dá odhalit*. Online. GHC GENETICS. Dostupné z: <https://www.ghcgenetics.cz/aktuality-a-media/aktuality/downuv-syndrom-se-da-odhalit>. [cit. 2025-02-01].
- WALKER-HIRSCH, Leslie, 2022. *Relationships & Sexuality*. Online. National Down Syndrome Society (NDSS). Dostupné z: <https://ndss.org/resources/relationships-sexuality>. [cit. 2025-02-01].
- WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
- WEISS, Petr, 2000. *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. Praha: Grada. ISBN [80-7169-795-8](#).
- WEISS, Petr; BRICHČÍN, Slavoj; DUNOVSKÝ, Jiří; FIFKOVÁ, Hana a KOLÁŘSKÝ, Aleš, 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Psyché. Praha: Grada Publishing. ISBN [8024709295](#).
- *Osoby se zdravotním postižením*, c2024. Online. Evropská komise. Dostupné z: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/persons-disabilities_cs. [cit. 2025-01-29].

- *Maslowova pyramida potřeb*, 2019. Online. In: Zdravověda. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/tech/547/page01.html>. [cit. 2024-10-18].
- *Sexuální práce*, c2025. Online. Kassandra e.V. Dostupné z: <https://www.kassandra-nbg.de/cs/sex-work-from-a-z-cz/>. [cit. 2025-02-03].

Seznam zkratek

CMP – centrální mozková příhoda
CNS – centrální nervová soustava
DMO – dětská mozková obrna
DNA – Deoxyribonukleová kyselina
DS – Downův syndrom
ED – erektilní dysfunkce
IQ – inteligenční kvocient
IPPF – Mezinárodní federace pro plánované rodičovství
MP – mentální postižení
NDSS – Národní společnost pro Downův syndrom
OSN – organizace spojených národů
PAS – porucha autistického spektra
SA – sexuální asistence
SD – sexuální důvěrnictví
SMA – spinální svalová atrofie
WAS – Světová sexuologická asociace
WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Maslowova pyramida potřeb.....	10
Obrázek č. 2 – Pozice „na nule“.....	22
Obrázek č. 3 – Pozice základní podpory.....	23
Obrázek č. 4 – Pozice sexuálních důvěníků.....	23
Obrázek č. 5 – Pozice specialistů.....	24
Obrázek č. 6 – Pozice sexuální asistence.....	24
Obrázek č. 7 – Identifikační údaje.....	44
Obrázek č. 8 – Sexualita a sexuální potřeba.....	46
Obrázek č. 9 – Sexuální asistence a sexuální důvěnictví.....	49
Obrázek č. 10 – Kauzální model.....	53

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Klasifikace IQ dle Wechslera.....	28
Tabulka č. 2 – Přehled kategorií a podkategorií.....	43
Tabulka č. 3 – Paradigmatický model.....	52

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Souhlas s výzkumným šetřením.....	76
Příloha č. 2 – Otázky pro rozhovor.....	77
Příloha č. 3 – Přepsané rozhovory s respondenty.....	78

Přílohy

Příloha č. 1 – Souhlas s výzkumným šetřením

Vážená paní
Mgr. Kateřina Drábková Bíbusová
ředitelka
Brožíkova 451, Hradec Králové 500 12

V Hradci Králové dne 10.2.2025

Žádost o povolení výzkumného šetření v Asalto, o.p.s.

Vážená paní ředitelko,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Denisy Plockové narozené 19.12.2002, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zmapovat přístup pečujících osob k sexualitě handicapovaných klientů, zjistit znalosti pečujících osob v oblasti sexuální asistence a jejich postoj.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymních rozhovorů, otázky k němu jsou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, vedoucí práce. Výsledky šetření Vám v případě zájmu rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Denisa Plocková
Ve Stromovce 713/2,
Hradec Králové

Mgr. Jana Matulová
Ústav nelékařských studií
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
Tel. 49 58 16 423

Vyjádření vedení instituce:

☒ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Datum:

10.2.2025

Podpis a razítko



Příloha č. 2 – Otázky pro rozhovor

1. Kolik vám je let?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)
5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snižena/zvýšená/konkrétní projevy)
6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?
7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (video, piktogramy, fotky)
8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?
9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů? (nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)
10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?
11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?
12. Znáte termín sexuální asistence?
13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)
14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?
15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?
16. Máte se sexuální asistencí zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)
17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?
18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?

Příloha č. 3 – Přepsané rozhovory s respondenty

Respondentka 1

1. Kolik vám je let?

„38”

2. Jaké máte vzdělání?

„Bakalář v oboru sociální a charitativní práce.”

3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?

„Momentálně pracuji jako koordinátor zaškolování a vedoucí sociálně terapeutické dílny, v Asaltu pracuji již 20 let, vždy na různých pozicích, momentálně na této pozici úplně nově.”

4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)

„My máme lidi především s lehkým mentálním postižením, někteří jsou i s kombinovaným postižením. Všichni jsou dospělí. Využívají terapeutické dílny, kde se věnují různým pracem.”

5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snížena/zvýšena/konkrétní projevy)

„Ano, vnímám. U každého jedince je to hodně individuální a setkávám se jak s hypersexualitou a agresí spojenou s neuspokojením sexuální potřeby až po asexualitu, kdy ten člověk žádné projevy nemá. Můžu říct, že za celou mou praxi jsem se nesetkala s dvěma jedinci se stejnými projevy.”

6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?

„Já přímo ne, ale spolupracujeme s organizací Nebud' na nule a s klienty provádí edukace sexuální důvěrníci. Já, pokud nějaké sexuální projevy u klienta pozoruji, doporučím mu konzultaci přímo s důvěrníky. Pokud v dílně nastane situace, kdy na klientovi vidím nějaké nepohodlí, tak máme určitý systém řešení, kdy používáme věty jako například: „Vidím, že teď bys něco potřeboval, chceš být sám? Co děláš, kdy se ti tohle stane?”, ale nejsme ti, kteří se sexualitou pracují do hloubky.”

7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (video, piktogramy, fotky)

„Neprovádíme edukaci, takže žádné pomůcky nevyužíváme.”

8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?

„Pokud k nějakým projevům dojde, může to být nějaká snaha o mazlení se buď s námi, nebo mezi sebou, nebo různé poplácávání, snažíme se odvést pozornost, upozornit na to, že jsme v práci a tady to takhle nefunguje. Nedáme jim pro takové projevy prostor.“

9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů? (nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)

„Nejčastěji je to nedostatek informací, nedostatek soukromí i rodiče.“

10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?

„Ne.“

11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?

„Setkala, ale ne v naší organizaci. Bylo to v ústavní péči, pracovníci o tom věděli a dělo se to uživatel X uživatel.“

12. Znáte termín sexuální asistence?

„Ano, znám. Vysvětlila bych to, jako že proškolené pracovnice v oboru sexuálního byznysu poskytují placené služby jedincům s handicapem.“

13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)

„Pracujeme s osou, podle mě je důležité, aby každý pracovník věděl, kam v ose patří a kam až může jít, protože i když se cítím na to, že bych dokázala poskytnout víc osvěty, nebo nějakého poradenství, tak si myslím že mi to nepřínáleží v rámci mé pracovní pozice.“

14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?

„Já ne.“

15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?

„Využíváme sexuálního důvěrníka.“

16. Máte se sexuální asistenci zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)

„Přímo nemám.“

17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?

„Je to hodně individuální, řídí se to dle potřeb klienta i jeho intelektu, někdy jsou edukace každý den a někdy je to třeba jednou za měsíc.“

18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?

„Hlavně je to ustálení projevů sexuality. Ve chvíli, kdy dojde fakt k nácviku a najde se cesta ke spokojenosti toho člověka a on je spokojenej, je pak schopen udržet projevy tam, kde nemají být. Nácvikem myslím třeba to, když se řeší, jak a kde masturbovat.“

Respondentka 2

1. Kolik vám je let?

„32”

2. Jaké máte vzdělání?

„Zdravku střední a kurz pracovníka v sociálních službách.”

3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?

„Vedoucí chráněných bydlení, 5 let.”

4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)

„Úplně hodně různý, u nás máme klienty od 30 do 70, muži i ženy, přímo u nás na vile je jich 8, každý má svůj pokoj. Tělesně postižený nikdo, všichni mentálně a taky různě.”

5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snižena/zvýšena/konkrétní projevy)

„Rozhodně ano. Je to hodně individuální. U někoho se to projevuje, že mu stačí nějaké doteky, někdo je zběhlejší a potřebu si umí řešit od A do Z, ale některý v tom potřebují nějakou podporu ze strany pracovníků.”

6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?

„Na chráněném bydlení edukace probíhají, ale tím, že tam ti klienti žijou již několik let, nejsou tam edukace na denní bázi. Ale jinak máme sexuální důvěrníky, ke kterým posíláme ty případy, které my si tam už nedokážeme korigovat sami.”

7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (video, piktogramy, fotky)

„My máme jen různé knížky.”

8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?

„My se všeobecně snažíme projevy nebo doteky minimalizovat, to je jedna z našich zásad v práci. Pokud k dotekům dojde a klient si neuvědomí, kde je hranice, rychle to od nás následně pochopí.”

**9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů?
(nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)**

„U nás v bydlení nejsou. Napříč ale můžu říct, že bývají překážkou rodiče.“

10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?

„Ano, máme tam i páry. Ohledně ochrany před početím je to většinou podchyceno již z minulosti (některý to mají řešeno chirurgicky, jiná klientka je již po přechodu) anebo to není potřeba, protože ty potřeby takový nemají vůbec.“

11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?

„Setkala. Předcházíme mu právě edukacemi.“

12. Znáte termín sexuální asistence?

„Znám, ale úplně nevím, jak bych ho vysvětlila.“

13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)

„Pracujeme s osou, já osobně se snažím s klienty témata ohledně sexuality neřešit vůbec, nepřijde mi to správné vůči tomu, že s nimi na bydlení trávím čas.“

14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?

„My to v praxi nepotřebujeme, takže ne.“

15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?

„Sexuálního důvěrníka.“

16. Máte se sexuální asistencí zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)

„Nemám zkušenost.“

17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?

„Velmi individuálně, člověk od člověka.“

18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?

„Když to využívaj, tak je vnímáme. Nejčastěji je to ustálení sexuálních projevů.“

Respondentka 3

1. Kolik vám je let?

„24”

2. Jaké máte vzdělání?

„Mám bakaláře v oboru zdravotně sociální péče.”

3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?

„Vedoucí chráněného bydlení, dva a půl roku.”

4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)

„My tam máme věkovou skupinu od 30 do 60. U nás máme většinou klienty se střední až těžkou mentální retardací.”

5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snížena/zvýšená/konkrétní projevy)

„U našich klientů ne. Dokážou se o sexualitě bavit, ale je jim z toho trapně. Projevy potřeby nemají.”

6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?

„Edukace provádíme, ale jsou převážně o vztazích a kamarádství a vysvětlení rozdílů mezi tím.”

7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (video, piktogramy, fotky)

„U nás na bydlení máme různé knížky nebo obrázky.”

8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?

„Žádné projevy nepozoruji, myslím si že je to hloubkou postižení.”

9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů? (nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)

„Naši klienti sexuální potřebu nevyjadřují, tudíž nemohu říct.”

10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?

„Nedochází. Klienti vztahy nevyhledávají anebo jim nerozumí. Pokud by ale nějaký vztah mít chtěli, nebudu jim v tom bránit.”

11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?

„Jednou jsem se setkala s tím, že naši klientce posílal klient z jiného zařízení nahé fotky a chtěl po ní, aby mu je ona poslala taky, ona ale hned ustoupila, zalekla se toho. Řešily jsme to spolu tím, že jsem jí pomohla napsat zprávu, že ona toto nehledá a že tohle nechce. Že prahne čistě po přátelství, ne po sexuálním vztahu.“

12. Znáte termín sexuální asistence?

„Termín znám, vím že se rozděluje na pasivní a aktivní, vysvětlit ho ale asi úplně nedokážu.“

13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)

„Vím, že se u nás v organizaci pracuje s osou což spadá jak kdyby do pasivní asistence.“

14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?

„Já ne.“

15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?

„Pouze při potřebě sexuálního důvěrníka.“

16. Máte se sexuální asistencí zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)

„Já ne.“

17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?

„Edukace jsou pouze v případě nutnosti, ohledně sexuality to u našich klientů moc často není, spíš právě ohledně přátelství.“

18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?

„Úplně nevím, tím že naši klienti převážně sexuální potřebu nemají, nemohu mluvit třeba o ustálení projevů nebo tak.“

Respondentka 4

1. Kolik vám je let?

„Je mi 31.“

2. Jaké máte vzdělání?

„Mám bakalářské vzdělání ve speciální pedagogice.“

3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?

„Pracuji jako sociální pracovník v sociální rehabilitaci a teď to budou tři roky. A do budoucna se chci naplno věnovat sexuálnímu důvěrnictví.“

4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)

„Máme klienty od 18 let, horní věková hranice není omezena. Já v té sociální rehabilitaci provádím jak tu sexuální osvětu, tak vedu i běžné programy sociální rehabilitace, kde připravujeme lidi na práci nebo samostatné bydlení, celkově osamostatnění se. Handicapovaní jsou mentálně, a to od lehkého až po středně těžké mentální postižení.“

5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snížena/zvýšena/konkrétní projevy)

„Je to hodně individuální, máme klienty, u kterých je vidět že by si chtěli najít partnera, ale máme i klienty u kterých žádné projevy nejsou.“

6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?

„Ano, máme různá témata. Některá jsou doporučena pro všechny klienty, jako třeba osobní prostor, kamarádství a partnerství. Pak ale u témat jako je antikoncepce nebo sex a partnerství se klientů individuálně ptám, jestli se programu chtějí zúčastnit. Máme domluvu, že pokud by jim bylo něco nepříjemné nebo by se nechtěli účastnit, nemusí a mohou odejít. Stejně tak kdyby někdo chtěl něco řešit individuálně, můžou. Jinak jsou totiž skupinky po 4-5 členech.“

7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (video, piktogramy, fotky)

„Hodně využíváme obrázkové karty, máme i gumový model těla, kde ženám například ukazují, jak se zavádí tampón, nebo jak bych si samovyšetřila prsa.“

8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?

„Někteří klienti nedodržují osobní prostor a přijdou moc blízko, nebo říkají moc osobní věci. My to musíme zarazit, říct jim že tohle se neříká, hned to řešíme.“

**9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů?
(nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)**

„U jedné klientky, která bydlí v chráněném bydlení, ale ne v naší organizaci, jsme řešili problém s nedostatkem soukromí potřebným k uspokojení sexuální potřeby.“

10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?

„Tím že jsme ambulantní služba, tak úplně ne. Pokud ale přijde pár a dají si pusy, drží se za ruce, nevadí nám to. Klientky edukujeme ohledně antikoncepce.“

11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?

„Já osobně ne.“

12. Znáte termín sexuální asistence?

„Znám, je to to, že můžu na toho klienta sahat a on může sahat na mě.“

13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)

„Pracuji s osou. Rozdíl mezi aktivní a pasivní asi úplně vysvětlit nedokážu.“

14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?

„Ano, řeknu mu, že tu ta možnost je, co obnáší, ale dál si to případně klient musí zařídit sám.“

15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?

„Sexuálního důvěrníka.“

16. Máte se sexuální asistencí zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)

„Ne, nemám.“

17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?

„Většinou jsou edukace jednou měsíčně na necelé tři hodiny.“

18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?

„Mně tohle celý přijde jako strašně důležitý, protože hodně klientů má často omezené informace, i kvůli rodičům, a žijí třeba v omylu. Měla jsem klienta, kterému maminka tvrdila, že když si bude sahat na penis, tak mu upadne. Takže největšími benefity je informovanost klientů.“

Respondent 5

1. Kolik vám je let?

„22”

2. Jaké máte vzdělání?

„Mám bakaláře v oboru sociální pracovník.”

3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?

„Pracuji jako sociální pracovník na sociálních rehabilitacích a zaučující se sexuální důvěrník.”

4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)

„Jsou to klienti s lehkým až středně těžkým mentálním znevýhodněním, od 18 do 65 let.”

5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snižena/zvýšena/konkrétní projevy)

„Jak u koho, ale rozhodně vnímám. Někdo má třeba problém se druhého vůbec dotknout, někdo za vámi přiběhne a bude se chtít objímat.”

6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?

„Ano, jsou to preventivní programy právě na sociálních rehabilitacích.”

7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (videa, piktogramy, fotky)

„Máme model penisu, říkáme mu “Ludva”, takže na něm ukazujeme hygienu, navlíkání kondomu. Pak máme různé obrázky nahého těla. Spousta uživatelů nedokáže nakreslit sebe samého nahého, nedokáží si vybavit, jak vypadají nazi. Z toho nám vznikají různé závěry, že třeba nemají možnost, kde by se nazi viděli.”

8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?

„Ne, pokud nějaké projevy jsou, vše hned vyřešíme.”

9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů? (nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)

„Nejčastěji rodiče, opatrovníci nebo okolí. Dále pak i samotný stud o této potřebě mluvit.”

10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?

„Dochází k nám jeden pár; ti se drží za ruce, objímají se. I s muži řeším oblast antikoncepce.”

11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?

„Já osobně ne, ale různé příběhy jsem slyšel. Zneužívání předcházíme preventivními programy.“

12. Znáte termín sexuální asistence?

„Termín znám, ale snažím se okolo něho chodit docela obloukem.“

13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)

„Určitě jsem to už slyšel, ale rozdíl vám teď neřeknu.“

14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?

„Můžu klientům říct, že tady existuje ta možnost, ale vždy vysvětlím, co to obnáší.“

15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?

„Sexuálního důvěrníka.“

16. Máte se sexuální asistencí zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)

„Ne.“

17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?

„Edukace jsou většinou jednou měsíčně, někdy ale i víckrát. Skupinky jsou po 3-5.“

18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?

„Klienti si mnohem víc věří, mnohem víc vzbuzují zájem, sami objevují, že nejsou ty malý děti, jak jim říkali rodiče.“

Respondentka 6

1. Kolik vám je let?

„33”

2. Jaké máte vzdělání?

„Magisterský titul právo a sociální práce.”

3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?

„Pracuji jako vedoucí podpory práv a profesionální podpůrce, devět a půl roku.”

4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)

„Jako profesionální podpůrce pracuji s většinou klientů, kteří mají lehké nebo hraniční mentální postižení. S hlouběji postiženými ne, především z důvodu toho, že ten vztah profesionálního podpůrce je schvalován soudem, je na základě smlouvy, musí tam být vzájemná důvěra a ti lidé musí mít zachovanou určitou hodnotu těch kognitivních funkcí. Já pro klienty dělám finanční poradenství, pomoc při komunikaci se správními úřady, doprovod a asistence v bankách. Vlastně všude tam, kde selhávají z důvodu svého postižení.”

5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snížena/zvýšena/konkrétní projevy)

„Já s nimi sexualitu řeším taky, protože s nimi řeším finance. Takže s nimi řeším od antikoncepce po nákup kondomů, hygienických potřeb nebo erotických pomůcek.”

6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?

„Já sice mám kurz sexuality, ale spíš to řeší sexuální důvěrník. Pokud se mě klient zeptá, poskytnu mu svůj názor, zároveň ale zdůrazňuji, že je to neutrální pohled a že se jen podle něho nemůžou řídit dál. Mohu je varovat, pokud se rozhodnou mít nějaké nebezpečné styky. Já spíš řeším až když se stávají oběťmi nebo mají nějaké problémy v této oblasti.”

7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (videa, piktogramy, fotky)

„Pro někoho jsou vhodnější různé piktogramy, někomu zase stačí rozhovor,”

8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?

„Já při práci se svými klienty nepozoruji žádné takové překážky.”

9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů? (nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)

„Asi nejčastěji je to nedostatek soukromí a mnohdy i rodiče.”

10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?
„Někteří moji klienti navazují vztahy zcela běžně, jiní ne. Já s klientkami řeším antikoncepci a její finanční stránku. Některé klientky užívají perorální antikoncepci, jiné mají náplasti nebo chodí na antikoncepční injekce.“

11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?
„Ano. Bohužel u některé klientky opakovaně, některé s tím přišly jako s traumatem z dětství. V posledních letech se zvyšuje problematika zneužívání přes kyberprostor.“

12. Znáte termín sexuální asistence?
„Znám a vím, co znamená termín sexuální asistence. Měli jsme v rámci studia na vysoké škole organizaci FREYA, která nám sexuální asistenci vysvětlovala.“

13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)
„Vím, my ale pracujeme s osou.“

14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?
„Já jim řeknu, že tu jsou možnosti, jakými lze řešit jejich sexuální potřeba, ale většina chce vztahové záležitosti, což sexuální asistence nenabízí.“

15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?
„Sexuálního důvěrníka. Mně se líbí ten koncept, kde je jasně stanovená hranice, není tam ten kontakt, je tam vysvětleno, jakým způsobem to pro toho člověka má být bezpečný.“

16. Máte se sexuální asistencí zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)
„Mám bohužel negativní zkušenost, kdy klient byl na asistenci extrémně závislý. U klienta nebyla rozumná finanční gramotnost, takže se potom dostával do exekucí a jiných finančních problémů.“

17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?
„To je individuálně dle potřeb klienta.“

18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?
„Hlavně bych zmínila navázání větší důvěry a pochopení vlastního těla.“

Respondentka 7

1. Kolik vám je let?

„44”

2. Jaké máte vzdělání?

„Jsem speciální pedagog bakalář a sociální pedagog magistr.”

3. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?

„Jako ředitelka, 21 let.”

4. Jaké je složení vašich klientů? (věk, druh postižení, jaké služby využívají – denní stacionář, škola, chráněné bydlení)

„Jsou to z 90% lidé s intelektovým znevýhodněním, kdy je asi 40% lidí v pásmu lehké mentální retardace, zbytek je horní pásmo středně těžké mentální retardace. Zbytek jsou lidé s kombinovaným postižením – přidruženou demencí, duševním onemocněním, PAS. Primárně se snažíme, aby všichni naši klienti šli do sociální rehabilitace, která se zaměřuje na přípravu na práci, samostatné bydlení atd. Trvá 2-5 let. Asi 80% všech klientů navštěvující sociální rehabilitaci jsou do budoucna schopni se osamostatnit od rodiny a začít samostatně žít.”

5. Vnímáte sexualitu a sexuální potřeby u svých klientů? (nevnímám/je snížena/zvýšena/konkrétní projevy)

„První, co u klientů přicházejících do sociální rehabilitace vnímám je absolutní neuvědomění si dospělosti. Naše služba je pro klienty 18+, průměrný věk nově příchozích je 22-24 let a naprosté minimum z nich se cítí být jako dospělá osoba. Odpovídá tomu i jejich oblečení, kdy mají na sobě různé dětské prvky, jednorožce atd. I sami o sobě mluví jako děti. Když jim ukazujeme postavy jako vývoj člověka, tak většina z nich se identifikuje jako dítě, nikoliv jako dospělý muž či žena. Co se projevů týče, někteří klienti ze začátku nedokážou respektovat nějakou svou vlastní intimitu, nějaký uzavřený prostor, ale tyhle projevy se daří řešit v rámci dní tak aby nedocházelo třeba k nějakému obnažování.”

6. Provádíte edukace týkající se sexuálních potřeb u svých klientů či přímo sexuální výchovu ve svém zařízení?

„Ano, máme k tomu vyškolené pracovníky.”

7. Jaké k tomu využíváte pomůcky? (video, piktogramy, fotky)

„Využívají různé pomůcky, jak videa a obrázky, tak i textové prospekty nebo modely.”

8. Jsou pro vás projevy sexuality ze strany klientů překážkou při poskytování péče?

„Vše je o nastavení pravidel a hranic, kdy klienti většinou v rámci dní pravidla pochopí a respektují je. Pokud by byly nějaké nepřiměřené projevy ještě před zahájením spolupráce s klientem, spolupráci vůbec nezahájíme. V bydleních se hodně řeší to, aby klienti nepovažovaly pracovnice za svoje holky, aby ta práce tam neměla vůbec žádný sexuální podtext.”

**9. Jaké vnímáte překážky v naplňování sexuálních potřeb vašich klientů?
(nedostatek soukromí, věk nebo postižení pacienta)**

„Nedostatek soukromí a hodně rodiče. Někteří klienti spali třeba do 35 let s rodiči v ložnici v posteli nebo nikdy nespali v pokoji kde si mohli zavřít dveře. Některé ženy žijí v tom, že když dají chlapovi pusu tak otěhotní a umřou. Nebo berou hormonální antikoncepci a neví na co. Rodiče jim třeba tvrdí, že to jsou vitamíny.“

10. Dochází u vašich klientů k vzájemným intimním kontaktům event. k sexuálnímu styku? Pokud ano, jakým způsobem chráníte klientky před nechtěným početím?

„Ano, může k nim docházet. Nechtěné otěhotnění preventujeme vhodnou formou antikoncepce. Trochu specifickou oblastí je na druhé straně práce s klientkami, které chtějí otěhotnět. Ne vždy je možné klientkám s mentálním postižením vysvětlit důsledky těhotenství a mateřství na úroveň pochopení. My těm klientkám necháme udělat i genetické testy na kterých vidí, že to opravdu není dobrý nápad, protože u řady klientek je riziko, že budou mít postižené dítě i 90%.“

11. Setkali jste se se sexuálním zneužíváním u klientů? Jakým způsobem mu předcházíte?

„Ano, někdy to jsou traumata z dětství, která pak s klientem řeší jak sexuální důvěrník, tak i psychoterapeut, psychiatr a sexuolog. Někteří jedinci jsou tímto traumatem postiženi nadosmrtně a je to pro ně nezpracovatelná věc.“

12. Znáte termín sexuální asistence?

„Ano, my sexuální asistenci vnímáme jako přímou pomoc při masturbaci nebo realizaci pohlavního styku, nebo přímou instruktáž páru, kdy asistent je přítomen pohlavnímu styku druhých osob.“

13. Víte, co znamená rozdělení sexuální asistence na aktivní a pasivní? (V organizaci pracují s osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta)

„My pracujeme s osou a sexuální asistenci se snažíme zcela vyhnout a udělat všechno proto, aby sexuální asistence nebyla potřeba.“

14. Edukujete zaměstnance, klienty, (rodiče) o možnosti SA?

„My jim říkáme, že je možné si sjednat nějaké sexuální služby, ale rozhodně to není první volbou.“

15. Využíváte nějakou formu sexuální asistence, nebo formu sexuálního důvěrníka?

„Sexuálního důvěrníka.“

16. Máte se sexuální asistenci zkušenosti? Jaké? (např.: zlepšení kvality života pacienta...)

„Měli jsme jednoho klienta, kterému rodina sjednala sexuální asistentku. Po asistenci u něho došlo k radikální změně v chování, kdy předtím jsme pozorovali opakované pnutí, při kterém si sahal do rozkroku, ale ne tak, že by docházelo k nějaké masturbaci, spíš si to tam jako „porovnával“. Po asistenci se začal dožadovat, abychom na něho sahali my, bral naše ruce a chtěl si je dávat do rozkroku. Takže jednou viděl, že na něho cizí člověk může takto sahat a následně to chtěl i po nás. A to byl důvod k tomu, aby přestal být naším klientem.“

17. Pokud využíváte formu sexuálního důvěrníka, kde a jak často edukace probíhá?

„Nejčastěji je to každý týden, tak aby ti klienti ty informace nezapomínali.“

18. Jaké benefity pro klienta vnímáte při využívání sexuálního důvěrníka?

„Díky dlouhodobé podpoře, kterou klienti díky důvěrnickví získávají, pozorujeme vyšší schopnost klientů říkat „NE“, což je hrozně důležité.“