

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Michaela Kolářová

Sexuální asistence u osob se zdravotním postižením

Sexual assistance to people with disabilities

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Kateřině Šámalové, Ph.D. za odborné vedení, věnovaný čas a poskytování cenných rad při zpracování diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, bez kterých by výzkum nemohl být zrealizován. Poděkování patří také mé rodině, která mi při psaní práce byla velikou oporou.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 18. prosince 2019

.....
Bc. Michaela Kolářová

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá tématem Sexuální asistence u osob se zdravotním postižením. Jejím cílem je popsat, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách nahlízejí na sexualitu svých klientů a využití sexuální asistence v rámci poskytování pobytových sociálních služeb. Výzkum probíhal na základě polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data jsou rozdělena do 4 kategorií - přístup k sexualitě klientů, způsob naplňování sexuálních potřeb klientů, nahlížení na službu sexuální asistence, způsob podílení organizací na zajištění sexuální asistence.

Výsledky výzkumu ukazují, že ve většině organizací patří sexualita mezi oblasti práce s jejich klienty. Některé organizace vnímají jisté překážky, které jim téma sexuality brání účinně otevřít či rozvíjet. Oproti tomu zkušenosti organizací, které pracují se sexualitou v podobě intimní asistence, přinášejí pozitivní výsledky a jsou dobrým předpokladem pro zavádění tématu aktivní sexuální asistence.

Klíčová slova: osoby se zdravotním postižením, sexualita, sexuální asistence, pomáhající profese.

Abstract

This diploma thesis deals with theme of sexual assistance to people with disabilities. Its aim how social workers and social service workers looks at sexuality their clients and use of sexual assistance within residential social services. The research was based on semi-structured interviews. Obtained data are divided into four categories – access to client sexuality, the way of meeting clients sexual needs, viewing at sexual assistance service, the way organizations participate in providing sexual assistance.

The research results show that in most of organizations sexuality belongs among the areas of work with their clients. Some organizations perceived certain obstacles that prevent them from effectively opening or developing the topic of sexuality. In difference experience of organizations that work with sexuality in the form intimate assistance bring positive results and have good assumption for the introduction of active sexual assistance.

Key words: people with disabilities, sexuality, sexual assistance, helping profession.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 9 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 11 |
| 1 VYMEZENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ..... | 11 |
| 1.1 Typologie zdravotního postižení..... | 14 |
| 1.2 Výskyt a příčiny vzniku zdravotního postižení..... | 15 |
| 1.3 Klasifikace zdravotního postižení..... | 16 |
| 1.3.1. Tělesné postižení..... | 17 |
| 1.3.2. Mentální postižení a jiné duševní poruchy..... | 18 |
| 1.3.3. Smyslové postižení..... | 20 |
| 1.4 Sociální integrace jedinců s postižením..... | 21 |
| 2 SEXUALITA V KONTEXTU ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ..... | 23 |
| 2.1 Vymezení pojmu sexualita..... | 23 |
| 2.1.1. Funkce sexuality..... | 25 |
| 2.2 Sexuální práva a potřeby a jejich legitimita..... | 25 |
| 2.3 Sexualita a sexuální život postiženého jedince..... | 27 |
| 2.3.1. Problémy partnerského a sexuálního života osob se zdravotním postižením.... | 27 |
| 2.3.2. Mýty a předsudky spojené se sexualitou osob se zdravotním postižením..... | 29 |
| 2.3.3. Nahlížení na sexualitu osob se zdravotním postižením..... | 30 |
| 2.3.3.1 Rodiče..... | 30 |
| 2.3.3.2 Opatrovník..... | 31 |
| 2.3.3.3 Člověk s postižením..... | 32 |
| 3 SEXUALITA A JEJÍ MÍSTO V SOCIÁLNÍ PRÁCI..... | 33 |
| 3.1 Pojetí sociální práce vzhledem k problematice..... | 33 |
| 3.2 Práce se sexualitou v sociálních službách..... | 34 |
| 3.2.1. Zavádění práce se sexualitou v rámci organizace..... | 35 |
| 3.2.1.1 Úloha pomáhajících profesí..... | 36 |
| 3.2.1.2 Protokol sexuality..... | 38 |
| 3.2.2. Sexuální výchova a osvěta osob se zdravotním postižením..... | 39 |
| 3.2.3. Vzdělávání pomáhajících profesí..... | 41 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | SEXUÁLNÍ ASISTENCE | 43 |
| 4.1 | Sexuální asistence v zahraničí..... | 44 |
| 4.1.1. | Sexuální asistence ve vybraných evropských státech | 44 |
| 4.1.1.1 | <i>Německo</i> | 44 |
| 4.1.1.2 | <i>Belgie</i> | 46 |
| 4.1.1.3 | <i>Švýcarsko</i> | 47 |
| 4.2 | Zavádění sexuální asistence v ČR..... | 48 |
| 4.3 | Právní stránka sexuální asistence v ČR..... | 51 |
| 4.3.1. | <i>Rozdíly mezi sexuální asistencí a službou sexbyznysu</i> | 52 |
| 4.4 | Pasivní sexuální asistence | 53 |
| 4.5 | Aktivní sexuální asistence..... | 54 |
| 4.6 | Etický kodex sexuální asistence..... | 55 |
| 4.7 | Problematika sexuální asistence v pobytových sociálních službách..... | 57 |
| | EMPIRICKÁ ČÁST | 59 |
| 5 | VÝZKUM | 59 |
| 5.1 | Cíl výzkumu | 59 |
| 5.2 | Výzkumné otázky..... | 59 |
| 5.3 | Metodika | 60 |
| 5.3.1. | <i>Použitá metodika a technika sběru dat</i> | 60 |
| 5.3.2. | <i>Výběr výzkumného souboru</i> | 60 |
| 5.3.3. | <i>Analýza získaných dat</i> | 63 |
| 5.3.4. | <i>Etika výzkumu</i> | 63 |
| 6 | VÝSLEDKY VÝZKUMU | 64 |
| 6.1 | Přístup k sexualitě klientů | 64 |
| 6.1.1. | <i>Vnímání sexuality</i> | 64 |
| 6.1.2. | <i>Projevy sexuality</i> | 66 |
| 6.1.3. | <i>Role sexuality klientů při práci s klienty</i> | 69 |
| 6.2 | Způsob naplňování sexuálních potřeb klientů..... | 71 |
| 6.2.1. | <i>Podpora intimního života klientů</i> | 71 |
| 6.2.2. | <i>Soukromí klientů</i> | 73 |
| 6.2.3. | <i>Komunikace o sexuálních potřebách</i> | 74 |
| 6.2.4. | <i>Podílení se rodiny na sexuálních potřebách klientů</i> | 76 |
| 6.2.5. | <i>Osvěta o vztazích a sexualitě v organizacích</i> | 78 |
| 6.2.6. | <i>Překážky před započítím práce se sexualitou</i> | 80 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 6.3 | Nahlížení na službu sexuální asistence | 82 |
| 6.3.1. | <i>Vnímání aktivní sexuální asistence</i> | 83 |
| 6.3.2. | <i>Informovanost o aktivní sexuální asistenci</i> | 84 |
| 6.3.3. | <i>Finanční dostupnost aktivní sexuální asistence</i> | 85 |
| 6.3.4. | <i>Přínos aktivní sexuální asistence pro klienty</i> | 87 |
| 6.3.5. | <i>Pozornost k aktivní sexuální asistenci v sociálních službách</i> | 88 |
| 6.4 | Způsob podílení se organizací na zajištění sexuální asistence..... | 89 |
| 6.4.1. | <i>Osvěta o sexuální asistenci</i> | 89 |
| 6.4.2. | <i>Intimní asistent v organizacích</i> | 93 |
| 6.4.3. | <i>Žádosti o zprostředkování kontaktu na sexuální asistenty/asistentky</i> | 94 |
| 6.4.4. | <i>Podmínky organizací pro objednání sexuálních asistentů/asistentek</i> | 95 |
| 6.4.5. | <i>Zkušenosti respondentů s aktivní sexuální asistencí v organizacích</i> | 96 |
| 6.5 | Shrnutí kvalitativního výzkumu | 97 |
| 6.5.1. | <i>Přístup k sexualitě klientů</i> | 97 |
| 6.5.2. | <i>Způsob naplňování sexuálních potřeb klientů</i> | 98 |
| 6.5.3. | <i>Nahlížení na službu sexuální asistence</i> | 99 |
| 6.5.4. | <i>Způsob podílení organizací na zajištění sexuální asistence</i> | 99 |
| 7 | DISKUZE | 101 |
| 8 | ZÁVĚR | 105 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 107 |
| | PŘÍLOHY | |

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením

EPSEAS – Mezinárodní platforma sexuální asistence pro osoby se zdravotním postižením

CHB – chráněné bydlení

ICIDH – Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů

IPPF – Mezinárodní federace plánovaného rodičovství

ISBB – Institut pro nezávislost postižených

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MV – Ministerstvo vnitra

PSS – pracovník v sociálních službách

R-R – Rozkoš bez Rizika

Sb. – sbírka

SP – sociální pracovník

SPRSV – Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu

TČ – trestný čin

TS – týdenní stacionář

TZ – Trestní zákoník

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WAS – Světová sexuologická asociace

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Sexualita patří mezi neodmyslitelnou součást života každého jedince, avšak způsob jejího chápání a prožívání je zcela individuální. Naplnění sexuálních potřeb může být z různých důvodů problematické nejen pro zdravé jedince, ale také pro osoby se zdravotním postižením, které mají vzhledem ke svému handicapu podstatně méně možností, jak žít spokojeným sexuálním životem.

V životě osob s postižením sehrávají klíčovou roli kromě rodinného prostředí také poskytovatelé sociálních služeb, zejména pobytová zařízení, která se pro mnohé jedince stávají jejich náhradním domovem. K plnohodnotnému životu klientů v pobytových sociálních službách nepochybně patří jejich sexualita, nicméně je otázkou, do jaké míry se poskytovatelé tématem sexuality svých klientů zabývají.

Jednou z možností, jak mohou pobytová zařízení pomoci těmto jedincům naplnit jejich sexuální potřeby, je sexuální asistence, které se věnuje tato diplomová práce. Na sexualitu a sexuální asistenci nahlíží pohledem sociálních pracovníků a pracovníků v pobytových sociálních službách.

Teoretická část diplomové práce se nejprve zabývá terminologií zdravotního postižení, klasifikací zdravotního postižení, relevantními dokumenty v této oblasti a také sociální integrací osob se zdravotním postižením. Druhá část je věnována sexualitě a sexuálním právům. Značnou část této kapitoly tvoří sexualita zdravotně postižených osob a způsob jejího nahlížení. Sexualitou a jejím místem v sociální práci se zabývá třetí kapitola. Tato kapitola nabízí pohled na práci se sexualitou v sociálních službách, popisuje zavádění práce se sexualitou v rámci organizace, sexuální výchovu a osvětu a v neposlední řadě specifikuje možnosti vzdělávání pomáhajících profesí v oblasti sexuality. Stěžejní téma teoretické části, tedy sexuální asistenci, její výskyt v zahraničí a zavádění této služby v ČR vymezuje čtvrtá kapitola.

Hlavním záměrem empirické části diplomové práce je téma sexuální asistence u osob se zdravotním postižením. Cílem je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách nahlízejí na sexualitu svých klientů a využití sexuální asistence v rámci poskytování pobytových sociálních služeb.

Práce mapuje přístup sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách k sexualitě svých klientů, způsob, jakým naplňují sexuální potřeby svých klientů, nahlížení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na službu sexuální asistence a způsob, jakým se organizace podílejí na zajištění sexuální asistence.

Teoretická část

1 Vymezení zdravotního postižení

Zdravotní postižení lze vymezit jako: „stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady.“ (Vysokajová, 2000, s. 25) Hartl a Hartlová (2010) zdravotní postižení charakterizují jako duševní či tělesnou poruchu, která může být dočasná, dlouhodobá, případně trvalá. Podle Matouška (2008) má zdravotní postižení nepříznivý vliv na kvalitu života převážně ve schopnosti vytvářet a udržovat vztahy s lidmi a také ve schopnosti pracovat.

Terminologie zdravotního postižení úzce souvisí s postavením těchto jedinců ve společnosti (Michalík, 2011). Jak autor dále uvádí, v průběhu historie jsme se mohli setkat s pojmy, které jsou z dnešního pohledu chápány jako hanlivé. Jedním z těchto zastaralých termínů užívaných pro označení zdravotního postižení je invalida, který byl později nahrazen odvozeným výrazem invalidita, jenž označuje snížení pracovní schopnosti v důsledku zdravotního postižení (Krhutová, 2013). Podle Michalíka (2011) byly dříve některé skupiny dětí s postižením nazývány jako „úchylná mládež“. Značného rozmachu se dostalo pojmům idiocie, imbecilita a debilita označující stupně mentálního postižení, které původně charakterizovaly uznávaný termín vycházející z medicínského prostředí (Michalík, 2011). Jak autor dodává, je nezbytné dbát na správné užívání pojmů, jenž souvisí se samotnou podstatou lidského bytí jedinců se zdravotním postižením.

Podle Krhutové (2013) se starší definice zdravotního postižení zaměřují na vady, nedostatky a neschopnosti, které přiklánějí problém na stranu jedince s postižením. Tato definiční vymezení opomíjejí situace, kdy důvod obtížného sociálního fungování nespočívá v samotném postižení na úrovni těla a osobních dispozic jedince, nýbrž v bariérách prostředí (Krhutová, 2013).

Další definice se nesoustřeďují pouze na medicínské či psychologické aspekty zdravotního postižení, ale zahrnují také vzájemnou interakci prostředí, sociálních procesů a zdravotního stavu jednotlivce (Vysokajová, 2000).

V období 70. let 20. století narůstal kritický postoj mezi reprezentanty organizací osob se zdravotním postižením a profesionály v oblasti postižení k dosavadní užívané terminologii zdravotního postižení (Koláčková, Kodymová, 2005). Termíny postižení a handicap byly užívány neurčitým způsobem a zrcadlily lékařský přístup, jenž se nesoustředil na podmínky, ve kterých lidé žijí (Koláčková, Kodymová, 2005).

Jak autorky dále konstatují, pro účely nejasného užívání těchto pojmů schválila Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) v roce 1980 Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů (dále jen ICDH). Nové třídění přináší výstižnější rozlišení mezi termíny vada, postižení a handicap (Koláčková, Kodymová, 2005). Podle Vysokajové (2000) lépe charakterizují spojitost mezi společenskými podmínkami a schopnostmi jednotlivce. Zaměřují se na proces vyplývající z počáteční nemoci, zranění či poruchy a končí zkušeností s handicapem zahrnující také sociální znevýhodnění (Vysokajová, 2000).

Podle Koláčkové a Kodymové (2005) revidovaná verze Mezinárodní klasifikace zdravotních stavů a jejich následků (ICIDH-2) přijatá WHO přináší výrazné změny v dosud užívané terminologii:

- postižením lze chápat problémy, které se týkají tělesných funkcí a tělesných struktur,
- tyto problémy mohou na úrovni jednotlivce způsobit omezení v činnostech,
- rovněž mohou zapříčinit omezení ve společenských aktivitách.

„Vada, porucha (Impairment) je jakákoli ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické stavby či funkce.“ (Vysokajová, 2000, s. 23) Jak autorka dále konstatuje, jedná se o vnější projev, jenž se neohlíží na samotný dopad na funkční schopnosti postiženého jedince nebo jeho integraci do běžného sociálního a pracovního prostředí.

„Znevýhodnění (Handicap) je omezení vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální.“ (Vysokajová, 2000, s. 24)

Handicap lze rovněž vymezit jako ztrátu nebo omezení příležitosti podílet se na společenském životě ve stejné rovině jako ostatní (Švarcová-Slabinová, 2001). Podle Novosada (2011a) se na vzniku handicapu podílí společnost, prostředí případně jednotlivci. Vzniká sekundárně jako důsledek postižení a je výrazně ovlivněn bariérami, postoji společnosti případně neodpovídajícími systémovými mechanismy (Novosad, 2011a).

Rozsah směřované pomoci postiženému jedinci se odvíjí od stupně jeho handicapu (Novosad, 2011a). Vysokajová (2000) konstatuje, že se handicap nemusí vždy projevit, jelikož záleží na kulturních a společenských normách, které daného jedince obklopují. Autorka na příkladech uvádí některé oblasti vzniku handicapu. Může se jednat o handicap v oblasti orientace, fyzické soběstačnosti, pohyblivosti, pracovního uplatnění či sexuální integrace (Vysokajová, 2000).

Pokud zdravotní stav ovlivňují bariéry prostředí, které omezují jednu či více životních aktivit, lze hovořit o disabilitě (Krhutová, 2013). Podle Koláčkové a Kodymové (2005) lze disabilitu přeložit jako znevýhodnění. Její stěžejní definici nalezneme v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2008, s. 9) (dále jen MKF) : „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“

Podle Vysokajové (2000) mohou mezi výše uvedenými pojmy nastat souvislosti. Autorka se domnívá, že v případě onemocnění nebo úrazu může u daného jedince dojít ke vzniku vady či poruchy, na jejímž základě se může rozvinout postižení v oblasti pohybové, smyslové nebo mentální. Samotné postižení může podnítit vznik handicapu v některé z vyjmenovaných oblastí.

Revidovaná verze MKF (2008) zprostředkovává klasifikaci zdraví a stavů vztahující se ke zdraví. Nahrazuje dřívější klasifikaci ICIDH (1980) „následek onemocnění“ a nově zavádí při klasifikaci pojmu „komponenty zdraví“, které rozlišují základní složky zdraví. Je doplňkem Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), která specifikuje diagnózy nemocí, vad a jiné zdravotní problémy (WHO, 2008).

MKF popisuje situace z hlediska funkčních schopností člověka a jejich omezení. Nahlíží na danou osobu z pohledu zdraví, nicméně neopomíjí situace, ve kterých můžou nastat problémy spojené s disabilitou. Tyto problémy se dají podle klasifikace procentuálně kvantifikovat, případně odstranit, tak aby člověk mohl zcela využít své zbytkové zdraví (WHO, 2008).

Dle WHO (2008) tvoří domény MKF zdravotní domény a ke zdraví se vztahující domény. Jsou definovány z hlediska těla, individua a společenských perspektiv ve dvou základních částech tvořené dvěma komponenty

První část pojednává o funkčních schopnostech a disabilitě. Zahrnuje jednak tělesné funkce a struktury, které lze definovat prostřednictvím změn ve fyziologických systémech, případně anatomických strukturách, tak i aktivity a participace specifikované pomocí kvalifikátoru kapacity a výkonu. Kvalifikátor výkonu se zaměřuje na to, co a jakým způsobem člověk realizuje ve svém běžném prostředí. Kvalifikátor kapacity specifikuje lidskou schopnost realizovat úkol nebo činnost. Pro posouzení kvalifikátoru kapacity a výkonu je určena norma, kterou má jedinec bez zdravotních problémů. Snížení nebo omezení charakterizuje odchylku mezi pozorovaným a očekávaným provedením. Při realizaci aktivit a zapojení do životních situací může pro daného člověka snížená aktivita či omezená participace představovat značné obtíže.

Druhá část této klasifikace specifikuje spolupůsobící faktory, které se mohou podílet na vzniku zdravotních problémů a stavech vztahujících se ke zdraví. Zahrnuje faktory prostředí, kam spadá prostředí fyzické, sociální a postojové. Na úrovni jedince se jedná o jeho bezprostřední prostředí zahrnující bydliště, pracoviště, školu, ale také kontakty s blízkým i širším okolím. Druhou úroveň představuje společnost, která je tvořena formálními a neformálními společenskými strukturami, službami a sdružujícími systémy v komunitě. Disabilita je zde chápána jako důsledek složitého vztahu mezi zdravotními problémy a osobními a vnějšími faktory, v nichž člověk žije. Do spolupůsobících faktorů náleží i osobní faktory. Tvoří jej vlastnosti daného jedince, přičemž nejsou součástí jeho zdravotních problémů nebo zdravotního stavu a nejsou předmětem této klasifikace (WHO, 2008).

1.1 Typologie zdravotního postižení

Jak uvádí Vysokajová (2000), výstižná terminologická vymezení zdravotního postižení navazují na druh a rozsah služeb, které jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením. Rovněž podle Krhutové (2013) se jednotlivé definice v praxi odlišují z hlediska systémů podpory, zejména podle toho, které projevy a důsledky zdravotního postižení jsou předmětem pozorování a řešení. Jak autorka rovněž uvádí, jiná definiční vymezení existují pro oblast sociálně politických opatření, oblast zdravotní péče a školský systém. Odlišují se nejen podle vědního zaměření a oboru praxe, ale také z hlediska územního na úrovni států a kontinentů (Krhutová, 2013).

Nejznámější definicí je dle WHO víceúrovňová klasifikace funkčních schopností pocházející z medicínského prostředí: „...*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu.*“ (Novosad, 2009, s. 12).

Další definici uvádí článek 1 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením: „*Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejímu plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“

Pro účely přiznání příspěvku na péči definuje zdravotní postižení také zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v § 16 jako: „...*mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.*“

Zákon č. 189/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů vymezuje zdravotní postižení v § 5 „... *tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem; přitom musí jít o dlouhodobě zdravotní postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok.*“

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů definuje podle § 67 osoby se zdravotním postižením jako: „... *fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány a) invalidními ve třetím stupni (dále jen „osoba s těžším zdravotním postižením“), b) invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo c) zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoba zdravotně znevýhodněná“).*“

1.2 Výskyt a příčiny vzniku zdravotního postižení

Podle Krhutové (2013) nelze vymezit přesné počty osob se zdravotním postižením. V Evropě se pohybují v rozmezí 10-15% (Michalík, 2011). Poslední výběrové šetření osob se zdravotním postižením v ČR k 31. 12. 2012 zaznamenalo celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením (ČSÚ, 2013).

Podle Vágnerové (2014) jsou příčiny vzniku samotného postižení různorodé. Jak autorka dále uvádí, mohou být dané geneticky nebo vlivem vnějšího prostředí v důsledku onemocnění nebo úrazu. Krhutová (2013) mezi nejčastějšími příčinami úrazů zmiňuje dopravní nehody, pracovní úrazy, úrazy při sportovních aktivitách, úrazy ve spojitosti s oběťmi trestných činů či zasažení živelnou katastrofou. Na výskytu postižení se také výrazně podílí užívání drog, kouření, užívání některých léků během těhotenství případně porodní komplikace (Krhutová, 2013).

Podle Krhutové (2013) mohou jednotlivé dopady zdravotního postižení, které mají vliv na fungování postiženého jedince ve společnosti, ovlivňovat faktory prostředí a také osobní faktory. Vágnerová (2014) se domnívá, že veškeré dopady ovlivňují celkový rozvoj a subjektivně prožívané zatížení. V této souvislosti blíže specifikuje, zda se jedná o vrozené nebo získané postižení.

Podle Vágnerové (2014) vrozené případně získané postižení v raném věku omezuje vývoj dítěte od samotného počátku života, nicméně dochází k postupné adaptaci na handicap a není na tolik traumatizující. Novosad (2011a) vymezuje adaptaci jako duševní a sociální proces, v němž dochází k přizpůsobení změněným nebo neobvyklým podmínkám.

Naopak postižení, které vznikne až v pozdějším věku, je pro daného jedince mnohem více traumatizující, jelikož dochází ke srovnávání, uvědomění ztráty a vnímání tohoto stavu za výrazně horší (Vágnerová, 2014). Oproti tomu autorka za výhodu získaného postižení považuje dříve zachovanou zkušenost a některé setrvávající užitečné kompetence, které vrstevníci s vrozeným postižením postrádají.

1.3 Klasifikace zdravotního postižení

V ČR se můžeme setkat s různorodými klasifikacemi zdravotního postižení, které zahrnují situace a stavy zcela nesouměřitelné z hlediska závažnosti a hloubky samotného postižení (Koláčková, Kodymová, 2005). Tato různorodá klasifikační kritéria se setkávají s kritikou zejména u jedinců se zdravotním postižením a je požadováno, aby byla vypracována jednotná definice zdravotního postižení. Nicméně podle autorek je existence těchto klasifikací oprávněná, jelikož se zaměřují na různé aspekty projevů a důsledků zdravotního postižení.

Michalík (2011) za nejznámější klasifikaci považuje model podle převládajícího zdravotního postižení. Tato klasifikace je však velmi obecná, jelikož do každé z uvedených oblastí spadá různorodá skupina stavů, nemocí, postižení a nositelů takového postižení.

V rámci této klasifikace se můžeme setkat s postižením:

- *„tělesným,*
- *mentálním (i postižení duševní a poruchy autistického spektra),*
- *zrakovým,*
- *sluchovým,*
- *řečovým (narušením komunikační schopnosti).“ (Michalík, 2011, s. 34)*

Autor také uvádí další skupiny postižení, které jsou mnohdy opomíjeny:

- *„kombinovaná (kombinace, jednotlivých postižení, zvláště bývá uváděna např. hluchoslepota),*
- *nemocné civilizačními chorobami.“ (Michalík, 2011, s. 34)*

1.3.1. Tělesné postižení

Jedná se o dlouhodobý nebo trvalý stav vznikající v důsledku anatomické, orgánové nebo funkční poruchy, kterou přes veškerou léčebnou péči není možné odstranit či významně zmírnit (Novosad, 2011a).

Podle Vágnerové (2014) tělesné postižení omezuje samostatnost a je překážkou pro osvojení zkušeností. Míra soběstačnosti se odvíjí od zachování přijatelné pohybové funkce horních a dolních končetin (Vágnerová, 2014).

Novosad (2011b) mezi nejčastěji vyskytující se typy tělesného postižení řadí onemocnění vnitřních orgánů především oběhové soustavy, zhoubné novotvary, endokrinní nemoci, onemocnění výživy a přeměny látek. Druhou velkou skupinu tvoří postižení nosného a pohybového ústrojí (Novosad, 2011b).

Novosad (2011b) také blíže specifikuje dvě kategorie tělesného postižení. Jako první uvádí chronické postižení charakterizované dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, který má za následek poškození, narušení nebo výrazné oslabení fyziologických funkcí. Jak dále konstatuje, je rovněž důležité dodržovat stanovenou životosprávu, životní styl a léčebná opatření. Chronické postižení snižuje kvalitu života postiženého a jeho blízkých, ale také výkonnost a dochází k nežádanému utlumení fyzických aktivit. Sekundárně omezuje pohybové schopnosti nebo způsobuje degenerativní změny na nosném a motorickém aparátu (Novosad, 2011b).

Dle Novosada (2011b) do druhé kategorie spadá pohybové postižení nazývané také lokomoční či motorické. Způsobuje trvalé snížení funkční výkonnosti až částečnou nebo úplnou nepohyblivost. Pohybové postižení zásadně ovlivňuje kvalitu života, míru soběstačnosti, komunikační dovednosti a přístup k životním podmínkám (Novosad, 2011c).

1.3.2. Mentální postižení a jiné duševní poruchy

Podle Šišky (2013) lze mentální postižení charakterizovat vrozeným nedostatkem rozumových schopností, tedy inteligencí. Jak autor dále uvádí, mentální postižení podněcuje omezenou schopnost adaptace, učení, myšlení, orientace a má za následek neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje méně než 70 % normy.

Valenta (2011) člení duševní poruchy na mentální retardaci a jiná duševní postižení. Nicméně za širší termín mentální retardace považuje mentální postižení.

V současné době se v řadě publikací můžeme setkat s termínem mentální retardace (Švarcová-Slabinová, 2001). Podle Mezinárodní ligy asociací pro osoby s mentálním handicapem je však doporučeno používat termín člověk s mentálním postižením (Švarcová-Slabinová, 2001).

Podle Švarcové-Slabinové (2001) lze charakterizovat mentální postižení jako trvalý stav, jehož příčinou je organické poškození mozku. Fischer a Škoda (2008) se domnívají, že na vzniku mentálního postižení se podílí vnitřní nebo vnější faktory, případně mohou působit ve vzájemné kombinaci. Za vnitřní faktory se považují poruchy ve struktuře a funkci genetického aparátu. Vnější faktory se vymezují v závislosti na období, ve kterém se projevují. V prenatálním období se může jednat o biologické, chemické případně fyzikální vnější vlivy. Během perinatálního období může dojít k poškození plodu v důsledku nedostatečného zásobení kyslíkem. Mozek se může poškodit také vlivem zánětu v období postnatálním. V případě, kdy postižení vzniká po druhém roce života dítěte, jedná se o demenci nikoliv o mentální postižení (Fischer, Škoda, 2008).

MKN-10 člení mentální retardaci dle výše IQ do čtyř stupňů:

- F70 Lehká retardace (50-69 IQ) – uvažování je na úrovni dětí středního školního věku. Učení je možné na základě respektování jejich limitů. V dospělosti je možné dosáhnout částečně samostatnosti, pracovního začlenění nicméně je vyžadován dohled a opora.
- F71 Středně těžká mentální retardace (35-49 IQ) – uvažování je na úrovni myšlení předškolních dětí. Učení probíhá na základě mechanického podmiňování pomocí čítného opakování. Jsou schopni vykonávat jednoduché pracovní úkony, které nejsou náročné na přesnost a rychlost. Je nutný trvalý dohled.
- F72 Těžká mentální retardace (20-34 IQ) – uvažování odpovídá úrovni batolete. Učení je limitující na bázi dlouhodobého úsilí. Mnohdy se jedná o kombinované postižení a postižení motoriky. Tito jedinci jsou závislí na péči jiných lidí.
- F73 Hluboká mentální retardace (pod 20 IQ) – projevuje se převážně kombinovaným postižením. Úroveň poznávacích schopností je limitována na rozlišení známých a neznámých předmětů. Jde o komplexní závislost na péči jiných lidí (Vágnerová, 2014).

MKN-10 blíže specifikuje následující duševní poruchy a poruchy chování:

- *„F00-09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických*
- *F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek*
- *F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*
- *F30-F48 Afektivní poruchy (poruchy nálady)*
- *F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*
- *F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*
- *F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých*
- *F70-F79 Mentální retardace*
- *F80-F89 Poruchy psychického vývoje*
- *F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání*
- *F99 Neurčená duševní porucha.“ (ÚZIS, 2018).*

1.3.3. Smyslové postižení

Krhutová (2013) blíže specifikuje smyslového postižení jako dlouhodobé nebo trvalé postižení smyslových orgánů a jejich funkcí. Může se jednat o sluchové a zrakové postižení případně kombinované postižení sluchu a zraku (Krhutová, 2013).

Podle Krhutové (2011) dochází při zrakovém postižení k poškození zraku a funkce vidění. Mezi příčiny zrakového postižení, které mohou způsobit oslabení, ztrátu, případně nevyvinutí zraku spadají nemoci, genetické dispozice, případně dopady civilizační a ekologické zátěže (Krhutová, 2011).

Závažnost zrakového postižení se podle lékařské klasifikace pohybuje v rozmezí:

- lehká a střední slabozrakost
- těžká slabozrakosti, praktická slepota
- úplná slepota, bez světlocitu (Krhutová, 2011).

Naopak vady sluchu lze charakterizovat prostřednictvím velikosti sluchové ztráty (Potměšil, 2003). Vzhledem k charakteru sluchového postižení nemusí dojít k poškození všech funkcí, případně k jejich narušení ve stejné míře (Vágnerová, 2014). Podle autorky je rovněž důležité, zda ke sluchovému postižení došlo tzv. prelingválně v období před osvojením jazyka a řeči, případně postlingválně, tedy tehdy, kdy již dítě mluvilo.

Speciální pedagogika pro oblast sluchového postižení v praxi běžně užívá termíny:

- ohluchlost – vzniká v období, kdy dochází k dokončování vývoje mluvené řeči, případně již postihuje vytvořenou mluvenou řeč,
- hluchota – jedná se o vrozenou nebo v časném věku dosaženou ztrátu sluchu,
- zbytky sluchu – označují vrozenou případně získanou neúplnou ztrátu sluchu, která je spojená s chybějící mluvenou řečí případně retardací ve vývoji mluvené řeči,
- nedoslýchavost – charakterizována jako vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu, jenž je příčinou opoždění nebo omezení ve vývoji mluvené řeči (Potměšil, 2003).

1.4 Sociální integrace jedinců s postižením

Integrace vychází z latinského pojetí integer – neporušený (Fischer, Škoda, 2008). Slowík (2016) vymezuje integraci jako nejvyšší stupeň socializace jedince. Opakem je segregace, neboli společenské vyčleňování či společenská exkluze (Slowík, 2016).

Jesenský (1988) integraci definuje jako proces formování jedince probíhající na úrovni kognitivní, konativní a charakterové ve snaze dosáhnout schopnosti cílevědomě, smysluplně a samostatně fungovat.

Slowík (2016) sociální integraci rozumí přirozený proces, v němž dochází k rovnoprávnému začleňování člověka do společnosti. Tento proces může představovat značné komplikace pro některé jedince nebo minoritní skupiny, jakými jsou zejména etnické menšiny nebo osoby s postižením. Tito jedinci se výrazně odlišují od většinové společnosti a nemohou dosáhnout běžným způsobem vysoké míry socializace. Vyžadují aktivní podporu a vytváření vhodných podmínek pro integraci (Slowík, 2016). Jak autor dále konstatuje, smyslem sociální integrace je sjednocení případně spojování v nový celek, kdy dochází mezi menšinovou skupinou a většinovou společností k rozvoji společenského systému, jehož součástí jsou hodnoty a ideje obou stran.

Pro účely zdravotního postižení vymezují Fischer a Škoda (2008) integraci jako úsilí směřující k úplnému zapojení handicapovaného jedince, jeho splynutí, začlenění a zapojení se do života ve společnosti. Toto pojetí se výrazně liší od medicínského přístupu, v němž člověk s postižením zastává roli pacienta a sociálního přístupu, kde je tento člověk považován za objekt péče (Fischer, Škoda, 2008).

V rámci rozvíjející se teorie a praxe integrace se můžeme setkat s pojmem inkluze (Novosad, 2009). Slowík (2016) charakterizuje inkluzi jako nekončící proces, který lidem s postižením umožňuje zúčastnit se všech aktivit ve společnosti do té míry, jakou se účastní lidé bez postižení.

Inkluzivní přístup umožňuje nevyužívat speciální prostředky a postupy. Adekvátní pomoc a podpora přichází jen v nezbytně nutných situacích, čímž dochází ke stěžejnímu posunu od integračního přístupu, jehož podstatou je zajištění speciálních prostředků, podpory a péče pro osoby s postižením, tak aby mohli být zapojeni do činností v jejich běžném společenském životě (Slowík, 2016).

Podle Novosada (2009) se pojmy integrace a inkluze vzájemně doplňují a prolínají. Z toho důvodu je tedy nelze považovat za nezávislé protipóly pro řešení problémů osob se zdravotním postižením.

Slowík (2016) a Novosad (2009) také vymezují některé oblasti směřující k integraci těchto jedinců. Slowík (2016) popisuje oblast školní, pracovní a společenskou. Podle Novosada (2009) patří mezi stěžejní oblasti integrace vedoucí ke kvalitě života lidí s postižením také oblast partnerství a sexuality.

2 Sexualita v kontextu zdravotního postižení

2.1 Vymezení pojmu sexualita

Sexualita je odvozena od latinského výrazu *sexus* – rozdělený, odloučený a *secare* – ořezat, dělit (Mandzáková, 2013). Podle autorky byla tímto v minulosti označována pohlavnost.

Již několik autorů se pokusilo interpretovat pojetí a průběh lidské sexuality. Nepodařilo se jim dojít k jednotnému vymezení, neboť sexualita představuje složitý a interdisciplinární koncept (Kracík, 1992). Většina odborníků se však domnívá, že pojem sexualita, tedy i pojem lidská stránka sexuality, je nadřazen pojmu pohlavnost a úzce se váže na psychiku člověka (Janiš, Marková, 2007).

WHO definuje lidskou sexualitu: „*souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.*“ (Venglářová, 2013, s. 18)

Hartl a Hartlová (2015) chápou sexualitu jako souhrn projevů lidského chování a cítění plynoucí z tělesných a psychických odlišností mezi pohlavími. Jak dále uvádějí, jedná se o anatomické, hormonální a reprodukční rozdíly, ale také rozmanité sociální role, kterých lze dosáhnout prostřednictvím učení.

Sexualita tvoří integrální součást lidské osobnosti, je prvkem společného soužití obou pohlaví, v němž nabývá na významu duševní znak sexuálních projevů (Kracík, 1992). Na sexualitě se podílejí pudy, rozum a společenské faktory, a pokud není narušen jejich vzájemný poměr, probíhá sexuální život bez značných výkyvů (Kracík, 1992).

Podle Šilerové (2003) mají na sexualitu vliv společenská pravidla a normy. Je součástí vnitřní morálky a hodnotového systému každého jedince (Šilerová, 2003).

Thorová (2012) upozorňuje, že sexualita nezahrnuje pouze pohlavní styk, ale také povědomí o ženském a mužském těle, různé formy sexuálního chování, romantiku, emoce, lásku a intimní vztahy. Sexualita obsahuje vědomé a nevědomé psychické procesy a biologické pudy. Je považována za zdroj pro naplnění lidského štěstí, spokojenosti a životní naplněnosti, ale také může být důvodem pro frustraci, životní nepohodu a zoufalství (Thorová, 2012).

Venglářová (2013, s. 18) specifikuje tyto složky sexuality:

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

Součástí sexuality jsou 4 základní komponenty:

- sexuální identifikace – významný proces akceptace vlastního pohlaví zahrnující akceptaci rolí, postojů, motivací a chování vlastního druhu, které dohromady vytváří prvek osobní identity (Spilková, 2013). Autorka dodává, že k formování sexuální identity dochází od raného dětství do 3 let věku dítěte a významně se na ní podílejí biologické a sociokulturní faktory.
- sexuální orientace – biologicky podmíněný celoživotní a neměnný stav převládající erotické a citové preference (Weiss et al., 2010). Během socializačního procesu dochází k osvojení sexuální role a k akceptaci sexuální orientace (Jandourek, 2007). Pro rozeznání sexuální orientace jsou klíčové erotické představy, sny, fantazie a hodnota erotické citové náklonnosti (Weiss et al., 2010).
- sexuální chování – výsledkem evolučního procesu vedoucí k udržení lidského rodu. Je podmíněno nejen biologicky, ale také působením psychosociálních a kulturních vlivů (Venglářová, 2013). Sexuální aktivita mnohdy probíhá jako párová, nicméně některé formy nejčastěji v podobě onanie mohou mít i individuální charakter (Uzel, 2007) Podle Jandourka (2007) sexuální chování značně ovlivňuje sociální status a věk a v malé míře i místo bydliště.
- sexuální emoce – sexuálního chování je nepochybně spjata se sexuálními emocemi, které se vyvíjejí v průběhu puberty a adolescence. Mezi tyto emoce náleží sexuální vzrušení, dosažení orgasmu a satisfakce a především jde o rozvíjení citu zamilovanosti v důsledku erotické fascinace způsobené sexuálním objektem (Weiss et al., 2010). Venglářová (2013) se domnívá, že na sexuální vzrušivost může mít vliv postižení, nemoc a také následná léčba.

2.1.1. Funkce sexuality

Janiš a Marková (2007) považují za základní funkci sexuality funkci reprodukční, jejíž úlohou je prostřednictvím heterosexuálního styku zajistit reprodukci druhu. Jako další uvádějí funkci komunikační, která se odehrává v rámci sexuality a samotného sexuálního styku v procesu sociální komunikace. Sexuální vzrušení a bezprostřední uspokojení je podstatou funkce redukování napětí. Podle prestižní funkce jsou sexuální vztahy nedílnou součástí významného společenského statusu, předpokladem úspěchu a prostředkem pro podnikatelské schopnosti a ovlivňování klientů (Janiš, Marková, 2007).

2.2 Sexuální práva a potřeby a jejich legitimita

Janiš a Marková (2007) vymezují potřebu synonymem pud, motiv a definuje ji jako jeden ze základních termínů lidské motivace. Nakonečný (2011) charakterizuje potřebu jako stav fyzického nebo psychosociálního nedostatku. Zároveň potřebu vymezuje jako zacílené chování vyvolané danou potřebou nebo pohnutkou, která vede k následnému snížení a určitému typu uspokojení doprovázené příjemnou emocí. Pohnutka může způsobit aktivaci sexuálního styku, jelikož sexuální potřeba vzbuzuje trvalejší formu sexuální touhy a má návykový charakter směřující k vyhledávání příležitostí (Nakonečný, 2011).

Venglářová (2013) řadí sexualitu mezi základní lidské potřeby. Sexuální potřeba narůstá na významu v určitém stupni lidského vývoje a může naplňovat některé další funkce spojené s lidskou spokojeností, zábavou, slastí nebo obživou (Janiš, Marková, 2007). Podle Thorové (2012) jsou sexuální a intimní potřeby velmi různorodé. Lidé se odlišují nejen orientací, ale také způsobem naplnění sexuálních projevů a intenzitou touhy spojené s uspokojením sexuálních potřeb.

Drábek (2013) se domnívá, že každý jedinec má právo své fyziologické potřeby naplňovat takovými prostředky, které sám považuje za žádoucí, nicméně výkonem těchto práv nesmí zasáhnout do realizace práv jiných osob.

Podle Richardson (in Weiss et al., 2010) lze rozlišit tři typy základních sexuálních práv. Jedná se o práva náležící k praktikám a jednáním, práva k identitě a ke vztahu. Autorka dodává, že práva k praktikám a jednáním obsahují také právo účasti na sexuální aktivitě.

Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (dále jen IPPF) na svém ústředním zasedání v roce 1995 schválila Chartu sexuálních a reprodukčních práv, která v souladu s lidskými právy vymezuje etický rámec pro naplnění sexuálních a reprodukčních práv. ČR se od roku 1997 společně s IPPF a jejími členskými asociacemi prostřednictvím nevládní neziskové organizace Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu (dále jen SPRSV) zavazuje k naplnění těchto práv:

- „1. Práva na život,*
- 2. Práva svobody a osobní bezpečnosti,*
- 3. Práva na rovnost a ochranu proti všem formám diskriminace,*
- 4. Práva na soukromí,*
- 5. Práva na svobodu myšlení,*
- 6. Práva na informace a vzdělání,*
- 7. Práva rozhodnout se, zda uzavřít sňatek a založit a plánovat rodinu,*
- 8. Práva rozhodnout se, zda a kdy mít děti,*
- 9. Práva na zdravotní péči ochranu zdraví,*
- 10. Práva využívat plodů vědeckého pokroku,*
- 11. Práva na svobodu shromažďování a politickou účast,*
- 12. Práva na ochranu proti mučení a špatnému zacházení.“ (SPRSV, s. 13, 1997).*

Taktéž lékařská sexuologie si klade za cíl naplnit požadavky WHO, které zahrnují téma sexuálního zdraví a Deklaraci sexuálních práv vydané v roce 1999 dle Světové sexuologické asociace (dále jen WAS). Podle WAS jsou sexuální práva definována těmito dílčími právy (Venglářová, s. 17, 2013):

- „1. právem na sexuální svobodu,*
- 2. právem na sexuální autonomii,*
- 3. právem na sexuální soukromí,*
- 4. právem na sexuální rovnost,*
- 5. právem na sexuální potěšení,*
- 6. právem na vyjádření sexuálních citů,*
- 7. právem na svobodné sexuální sdružování,*
- 8. právem učinit svobodné sexuální rozhodnutí,*
- 9. právem na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích,*
- 10. právem na komplexní sexuální výchovu.“*

2.3 Sexualita a sexuální život postiženého jedince

Volfová a Velemínský (2008) se shodují společně s Kozákovou (2013), že nejen zdraví lidé, ale i osoby se zdravotním postižením mají právo žít spokojeným sexuálním životem. Ten se může odlišovat v projevech, možnostech, schopnostech a touze každého jedince, nicméně způsoby naplnění sexuálních aktivit jsou rovnocenné (Volfová, Velemínský, 2008). Podle Eisnera (2013) se na tyto práva vážou také povinnosti, které nelze opomíjet. Jako příklad uvádí povinnost neohrožovat ostatní svou vlastní sexualitou a neomezovat jejich osobní sféru.

Podobný názor zastává také Drábek (2013), podle kterého je člověk za jakýchkoliv podmínek sexuální bytostí, a to i bez ohledu na existenci zdravotního postižení. Domnívá se, že toto tvrzení platí i v situacích těžkého nebo progresivní postižení.

Muswera a Kasiram (2019) uvádějí, že lidé se zdravotním postižením by měli dostávat příležitost, aby s nimi bylo zacházeno jako s dospělými a činili dospělá rozhodnutí o své sexualitě. Jejich právo na sexuální vyjádření by mělo být respektováno.

Pro porozumění citovým a sexuálním potřebám osob se zdravotním postižením je nezbytné, přijmout je jako přirozenou součást jejich života (Thorová, 2012). Toto porozumění vyplývá z přijetí jejich stávajícího vývoje a sexuálních projevů (Volfová, Velemínský, 2008). Jak autoři dodávají, projevy sexuálního chování jsou značně individuální a závisí na pohlaví, věku, stupni postižení a faktorech výchovného prostředí. Štěrbová (in Drábek, 2013) dodává, že přehlížení těchto potřeb směřuje k oslabení duševního zdraví, což má za následek nežádoucí projevy v oblastech sexuální identity, přátelství, sebeúcty, znalostech svého těla a emočního a sociálního růstu.

2.3.1. Problémy partnerského a sexuálního života osob se zdravotním postižením

Podle Jesenského (1988) je každý člověk společenskou bytostí a považuje za nezbytné žít mezi lidmi. K uspokojení této potřeby dochází na základě partnerského života, který je spjat s dalšími významnými potřebami, kterými jsou láska a sexualita.

Partnerský život je stejně významný také pro osoby se zdravotním postižením, nicméně v naplnění této potřeby jsou v různých oblastech znevýhodněni. Tato skutečnost se odráží při výběru partnera a samotném navázání a udržení vztahu (Jesenský, 1988).

Novosad (2009) se domnívá, že zdravotní stav výrazně brání handicapovanému jedinci v nalezení a prožití plnohodnotného vztahu, jehož součástí je také přijatelný sexuální život.

Podle Novosada (2009) nepohyblivost nebo omezená mobilita vytváří překážku při výběru partnera. Obdobně uvádí i některé formy spastické nebo dětské mozkové obrny vyznačující se typickými grimasami, mimovolnými pohyby, problémy spojenými s verbální komunikací, stresem a citovým vypětím. Tyto formy mohou zdůraznit projevy nemoci nebo postižení a ztížit proces seznamování. Problémy s navazováním partnerského vztahu pociťují i osoby se smyslovým postižením, které se obtížněji orientují a komunikují. Také zjevné formy postižení související s deformací a estetickým handicapem znemožňují utváření vztahů (Novosad, 2009).

Jesenský (1988) se zabývá třemi nejčastěji vyskytujícími se vztahovými variantami osob se zdravotním postižením. Jde o vztahy mezi postiženými a zdravými osobami, které jsou patrné převážně u osob se získaným handicapem. Dále jsou to vztahy mezi postiženými osobami stejného druhu. Autor tyto vztahy považuje za velmi rozšířené a dochází především k nim mezi osobami s totožným stupněm postižení. Zmiňuje i vztahy osob s různorodým typem postižení, které se nevyskytují příliš často. V těchto vztazích však dochází k převaze těžšího postižení u mužů a lehčího typu postižení u žen (Jesenský, 1988).

Dalším faktorem, který významně ovlivňuje tvorbu partnerských vztahů, je psychický stav doprovázený pocitem méněcennosti, sebestřednými sklony, nízkým sebehodnocením i obtížnými schopnostmi adaptace (Kracík, 1992). Autor se domnívá, že výskyt psychické zátěže a specifických obtíží u jedinců s postižením podněcuje dlouhodobé frustrace narušující obvyklý proces sexuálních zážitků. Má na mysli zejména problémy spojené s poškozením tělesného vzhledu, problémy v oblasti komunikace, pohyblivosti, dálkové orientace na partnera a problémy spojené se strachem z neúspěchu během pohlavního styku. Negativní psychické prožívání některých okolností, které se vážou na sexuální život, mohou vést k bezprostřednímu blokování až předčasné rezignaci na plnohodnotný sexuálně-erotický život (Drábek, 2013).

Rovněž sociální klima se může významně podílet na tvorbě partnerských vztahů handicapovaných, jelikož souvisí s pohledem společnosti na sexualitu osob se zdravotním postižením (Novosad, 2009). Dle autora je pro optimální sociální klima nezbytné odstraňovat vnější překážky v tvorbě partnerských vztahů, ale zároveň i vnitřní bariéry i předsudky společnosti.

2.3.2. *Mýty a předsudky spojené se sexualitou osob se zdravotním postižením*

Obdobně jako jiné specifické skupiny lidí, tak i lidé se zdravotním postižením se setkávají s nejrůznějšími mýty v souvislosti s citlivou oblastí, jakou je jejich sexualita (Eisner, 2013). Jak autor dále uvádí, ve společnosti, kde problematika osob se zdravotním postižením byla po dlouhá léta tabuizovaným tématem, se můžeme setkat nejen se silně zakořeněnými předsudky, ale i strachem z neznámého.

Taktéž Mandzáková (2013) se domnívá, že v této oblasti existuje snad nejvíce mylných představ, mýtů a předsudků, jelikož mnozí jedinci dosud neuznávají, že každý člověk má sexuální pocity, potřeby a touhy bez zřetele na fyzické nebo duševní schopnosti.

Novosad (2009) předpokládá, že v rámci předsudečného postoje společnosti se vytváří společně s neinformovaností nejen generalizace problematiky zdravotního postižení, ale také generalizace problematiky intimity.

Podle Kracíka (1992) vnímá společnost v převážné míře zdravotně postižené jako bezmocné děti a zaujímá k nim postoje spojené jednak s pocity viny, tak i agresivitou. Sexuální život těchto jedinců je považován za nepřijatelný, vyvolává odpor až zvrhlost, přičemž se předpokládá jejich asexuálnost. Autor se domnívá, že na tento negativní pohled zdravých lidí má vliv nejistý postoj k vlastní sexualitě. Právě konfrontace s vlastní sexualitou může být překážkou při úsilí o změnu negativního pohledu na sexualitu osob s postižením (Drábek, 2013).

Podle Kozákové (2013) se současná situace posouvá ke zkvalitnění životních podmínek osob se zdravotním postižením. Jak dodává, postoje k sexualitě se od dřívější eliminace proměňují v postupnou toleranci, akceptaci a kultivaci. I přes tyto výrazné změny v postojích k sexualitě jsou lidé se zdravotním postižením nuceni překonávat předsudky, vlastní chybné představy a osobní zábrany spojené se sexualitou (Kozáková, 2013).

Eisner (s. 121-127, 2013) vymezuje nejvýznamnější mýty o sexualitě lidí s postižením:

- *„Člověk s postižením, který je např. na úrovni čtyřletého dítěte, nemá žádné sexuální potřeby, ty přece náleží až dospělým,*
- *Většina lidí s mentálním postižením je sexuálně deviantní,*
- *Čím méně má člověk s postižením v hlavě, tím více má v rozkroku. Tito lidé mají obrovský sexuální apetit, nikdy nemají dost,*
- *Lidé s mentálním postižením nejsou schopni mít vztah,*

- *Lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti,*
- *Lidé s mentálním postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého sexuálního života nebo vztahů.“*

2.3.3. Nahlížení na sexualitu osob se zdravotním postižením

Sexualita osob se zdravotním postižením a způsob jejího chápání je ovlivněn postoji několika osob. Může se jednat o rodiče, učitele, pomáhající pracovníky či vedoucí zařízení (Šídová, 2018a). Právě tyto lidé často určují, jakým směrem se bude citový a sexuální život handicapovaných osob vyvíjet. Vůči sexuálním potřebám těchto jedinců mohou uplatňovat své vlastní hodnoty, přesvědčení a hodnocení (Šídová, 2018a).

2.3.3.1 Rodiče

Jak uvádí Štěrbová (2016a), rodina by měla být místem, kde děti a dospívající získávají první informace o sexualitě a jejích formách. Někteří rodiče dětí s postižením se však během vývoje rodiny a jedinců s postižením, ale i bez postižení nacházejí v různých fázích, v nichž se vyrovnávají s existencí zdravotního postižení, přičemž o sexualitu svých dětí nejeví zájem, nebo na ni nahlíží po svém (Štěrbová, 2016a).

Zejména v období pubescence, kolem jedenáctého roku dítěte, kdy dochází k formování osobní identity, pohlavnímu dozrání a sebepřijetí, se mnoho rodičů zabývá otázkou, jakým způsobem bude toto vývojové období prožívat jejich dítě s postižením a také, do jaké míry jim projevy sexuality umožní nebo naopak potlačí (Rohovská, 2018).

Podle Šídové a Rohovské (2018) je sexualita dětí a dospívajících se zdravotním postižením i mezi jejich rodiči stále tabuizovaným a citlivým tématem. Rodiče často svého potomka vnímají jako malé dítě, zejména v případě mentálního postižení (Rohovská, 2018). Náročná péče je v mnoha případech spojena s celkovou vyčerpaností, a tak nezbývá prostor pro otázky sexuality. Rodiče také mohou pociťovat obavy z toho, jak bude jejich dítě zabezpečeno a na místo řešení sexuality, zaměřují svou pozornost na následnou péči (Rohovská, 2018).

Podle Štěrbové (2016a) však někteří rodiče u svých dětí s postižením vnímají sexuální vývoj a schopnost vyjadřovat svou sexualitu, nicméně si nejsou vždy jisti, jak své dítě podpořit. Setkávají se s pochybnostmi v oblasti hygieny, masturbace, obnažování a vhodných doteků. Také poukazují na nedostatek informací nezbytných k sexuálnímu vzdělávání a nejsou si jisti, zda jim odborníci v této otázce mohou pomoci.

Od lékařů, včetně sexuologů, gynekologů, pedagogů a psychologů očekávají faktické rady, jak postupovat, ale na místo toho se u těchto profesionálů setkávají s nedostatkem zkušeností s projevy sexuálního chování u těžce zdravotně postižených dětí (Štěrbová, 2016a).

Někteří rodiče mohou pocítovat stud o sexuálních otázkách mluvit a na odborníky se obracejí až tehdy, kdy sexualita jejich dětí představuje značný problém, se kterým si neví rady. Jejich bezradnost taktéž prohlubují i negativní pohledy okolí (Štěrbová, 2016a).

Podle Eisnera (2013) existuje v současnosti stále více rodin, které přes všechny obavy a přetrvávající mýty usilují o to svým dětem poskytnout co nejširší možnosti k realizaci sexuálních a vztahových potřeb. Často se na tento správný přístup váže podpora organizace, která poskytuje vzdělávací nebo sociální služby (Eisner, 2013).

2.3.3.2 Opatrovník

Podle Eisnera (2013) se role rodiče a opatrovníka značně prolíná zejména tehdy, pokud je jedinec s postižením zbaven svéprávnosti, tudíž se opatrovníkem mnohdy stává jeho rodič. Může se jím stát také sociální pracovník organizace poskytující tomuto jedinci sociální služby, případně veřejný opatrovník určený soudem.

Eisner (2013) se u těchto opatrovníků setkává s nesprávným pochopením své role a kompetencí. Tito lidé se mylně domnívají, že mají právo o osobách s postižením rozhodovat, jelikož vědí sami nejlépe, co je pro ně vhodné. Svá rozhodnutí činí dle svého vlastního úsudku, na místo rozhodnutí pro klienta a dle jeho představ.

S vymezením správné role opatrovníka se při konkrétní situaci může pojít konflikt, zejména tehdy, pokud je opatrovníkem rodič. Jde o situace, kdy opatrovník neoprávněně rozhoduje o tak citlivých věcech, zda bude mít jeho opatrovanec sexuální styk. Dle autora je učinění takového rozhodnutí nežádoucí, jelikož sex není právním úkonem a jediný, kdo o něm může rozhodovat je pouze sám klient. Proto je důležité, aby se opatrovník pohyboval pouze v mezích svých skutečných pravomocí, komunikoval o možnostech, postupech a jednal v souladu se zájmem opatrovance tak, aby svým jednáním neomezoval jeho potřeby i práva (Eisner, 2013).

2.3.3.3 Člověk s postižením

Z hlediska náhledu na sebe samotného v oblasti sexuality záleží jednak na stupni postižení, specifických schopnostech vyplývajících z daného postižení, ale také na přístupu rodiny, vzdělávacích institucích, případně poskytovaných sociálních službách (Eisner, 2013).

Podle Eisnera (2013) člověk s postižením, zejména mentálním, snáze podlehne nátlaku chybného přístupu, jenž mu odepírá právo na realizaci sexuálních potřeb. Již Kracík (1992) upozorňoval, že společenské bariéry, které se v rámci těchto potřeb utvářejí, znemožňují osobám s postižením a jejich rodinám sdělit své obtíže a dosáhnout účinné pomoci. Dle slov Štěrbové (in Drábek, 2013) jsou však tyto legitimní potřeby v posledních letech pomalu zohledňovány, přičemž současný stav sociální práce i sociálních služeb směřuje ke zkvalitnění podmínek partnerského a sexuálního života osob se zdravotním postižením.

3 Sexualita a její místo v sociální práci

3.1 Pojetí sociální práce vzhledem k problematice

Podle Truhlářové (2008) je sociální práce ve velké míře propojena s působením rodinné a sexuální výchovy, zejména při případové práci. Mnoho obtíží, které mohou klienti pociťovat, pramení z rodinného prostředí či vztahových a sexuálních problémů (Truhlářová, 2008).

Levická a Truhlářová (2009) považují za jednu ze stěžejních úloh soudobé sociální práce přispět k udržení či zlepšení kvality života, kterou nepochybně ovlivňuje také kvalita sexuálního života, přítomnost partnera či případné nedostatky v těchto oblastech. Domnívají se, že právě sociální pracovníci se u svých klientů setkávají s řadou problémů z oblasti lidské sexuality. Je tedy patrné, že v rámci realizace dobré praxe by měl rozsah získaných vědomostí z oblasti sociální práce naplňovat také předpoklady pro podporu klientů v jejich partnerských vztazích a sexualitě (Drábek, 2013).

Sociální pomoc se mnohdy orientuje na jedince ze specifické a ohrožené skupiny populace, kam nepochybně spadají i osoby se zdravotním postižením. Jejich problémy se nedotýkají pouze oblasti sociálního zabezpečení, architektonických bariér či pracovního uplatnění, ale i oblasti intimních vztahů, kde je více než žádoucí nabídnout v zájmu klienta pomocnou ruku (Drábek, 2013). Podle Kozákové (2008) potřebují tyto osoby mnohem větší míru podpory a pomoci oproti jedincům bez postižení.

Kalíba (in Drábek, 2013) v této souvislosti zdůrazňuje, že úsilím sociální práce a jednotlivých sociálních služeb je vyvíjet cílenou poradenskou podporu v oblasti partnerství a sexuality osob se zdravotním postižením, neboť mezilidské vztahy společně se sexualitou náleží mezi základní aspekty lidství. Také Novosad (2009) se domnívá, že poskytovaná podpora osobám se zdravotním postižením, která se dotýká několika oblastí ovlivňujících kvalitu jejich života, by měla také obsáhnout oblast sexuality. Pokud by totiž nebyla pokryta veškerá úskalí v životě člověka se zdravotním postižením, nebylo by možné dosáhnout kvalitních sociálních služeb, kam nepochybně spadá i oblast sexuality (Drábek, 2013).

3.2 Práce se sexualitou v sociálních službách

V dřívějších obdobích byly osoby se zdravotním postižením běžně umísťovány do velkých ústavních zařízení, která se v mnohém nepodobala rodinnému životu. Společným znakem těchto zařízení byl oddělený život, práce i bydlení. Jestliže nastaly problémy v oblasti sexuality, řešily se prostřednictvím ergoterapie či farmak. V těchto zařízeních chyběla realizace sexuální výchovy, přičemž bylo snahou eliminovat projevy sexuality (Kozáková, 2018).

U několika pracovníků z nekoedukovaných zařízení přetrvávaly obavy z toho, že společný život mužů a žen by přinesl nečekané obtíže spojené s narušením denního režimu, problémy s antikoncepcí či nežádoucím otěhotněním. Citová deprivace, sexuální frustrace či náhradní autoerotické a homosexuální praktiky ze strany klientů byly pracovníky mnohdy podceňovány (Kozáková, 2018).

Podle Eisnera (2015) se však vliv této nedávné historie promítá i do současnosti. I když se dle jeho slov mnohé v sociálních službách zlepšilo, stále se úroveň práce se sexualitou v jednotlivých organizacích výrazně liší.

Jak uvádí Šídová (2018b), některé organizace sociálních služeb se sexualitou klientů nezabývají, jelikož mohou být ovlivněny přetrvávajícími mýty a předsudky či vlastní výchovou, normami a postoji, které vůči sexualitě zaujímají a tyto postoje se promítají i při práci s klienty. Šídová (2018a) se zároveň domnívá, že pro pracovníky v sociálních službách může být někdy obtížné pracovat se sexualitou klientů, jelikož se konfrontují se svým vlastním studem a hodnotami. Obzvláště u církevních organizací se práce se sexualitou mnohdy střetává s náboženskými hodnotami a celkovými obavami z tohoto kontroverzního tématu a jeho obhájením před náboženskou komunitou (Eisner, 2015).

Podpora by měla být samozřejmou součástí i při práci s intimitou a soukromím, které mnohdy organizace sociálních služeb nesplňují z důvodu nevhodného prostředí, materiálních i technických podmínek (Eisner, 2015). Právě nedostatkem soukromí a intimity vznikají u osob se zdravotním postižením dlouhodobé návyky sdílených prostor, nahoty či sexuálního uspokojení. Výsledkem je, že ty osoby vnímají sexualitu jako věc veřejnou, kterou jsou nuceni sdílet s ostatními. Projevuje se to masturbací na veřejnosti, nerozeznáním intimních zón na svém či cizím těle a sdílením intimních informací s cizími lidmi (Eisner, 2015).

Podle Šídové (2018a) jsou naopak některé organizace tomuto tématu otevřenější a hledají způsob, jak lze sexualitu svých klientů naplnit. Poskytují poradenství, vzdělávání, zajišťují erotické potřeby, zprostředkovávají sexuální asistenci, realizují akce za účelem seznamování a navazování vztahů mezi klienty a usilují o to, aby osobní prostor klientů zaručoval možnost pro soukromí a naplňování jejich sexuality (Šídová, 2018a). Autorka však upozorňuje, že v těchto organizacích bývá častým podnětem pro otevření tématu vztahů a sexuality skutečnost, že zde dochází ze strany klientů k obtěžování personálu či ostatních klientů a samotná práva klientů v oblasti sexuality se dostávají do popředí až ve druhé fázi.

Jak dodává Eisner (2015) sociální služby by měly obdobně jako rodiny umět odpovídat na základní potřeby člověka, mezi které patří také podpora a vytváření možností pro uspokojení sexuálních a vztahových potřeb.

3.2.1. Zavádění práce se sexualitou v rámci organizace

Na počátku práce se sexualitou by mělo být z rozhodnutí organizace patrné, do jaké míry se otázkou sexuality a vztahů klientů bude zabývat. Je nezbytné, aby se organizace zaměřila nejen na personální, technické a organizační zajištění, ale také na rámec konkrétních poskytovaných služeb a celkové poslání organizace. Důležitou úlohu zde sehrává také prostředí, ve kterém se služby nacházejí (Eisner, 2013).

V případě, kdy se zřizovatel či vedení organizace rozhodne pracovat se sexualitou, měl by nejprve sjednotit tým z hlediska přístupu k sexualitě osob s postižením, dále zjistit potenciál pracovníků a zajistit nezbytné kompetence pro výkon práce se sexualitou, stanovit rámec a obsah služeb v oblasti sexuality, vytvořit protokol sexuality v rámci dobré praxe organizace (viz podkapitola Protokol sexuality), zajistit jasné sdělení nabídky klientům a veřejnosti. V neposlední řadě by mělo dojít k poskytování samostatné služby či zahrnutí práce se sexualitou do současných poskytovaných služeb. Jednotlivé kroky lze provést souběžně, případně se mohou přizpůsobovat aktuálnímu stavu organizace či potřebám klientů (Eisner, 2013).

3.2.1.1 Úloha pomáhajících profesí

Štěrbová (2016b) se domnívá, že také profesionál může být zatížený svým osobním postojem k některému sexuálnímu tématu, což mu znemožňuje otevřeně nazírat na problémy klienta. Podle Drábka (2013) by měl otevřenou podporu poskytovat pouze takový pracovník, který se v tomto tématu cítí bezpečně a nedělá mu potíže o sexuálním jednání srozumitelnou formou hovořit. Rovněž by se měl umět vyrovnávat s eventuálními pochybnostmi v lidské sexualitě a mezilidských vztazích. Vyrovnanost vnitřního světa včetně sexuality je pro pomáhající profese důležitým předpokladem pro rozvoj dovedností komunikovat s klienty o jejich sexualitě (Štěrbová, 2016b).

Risenová (in Drábek, 2013) se zabývá třemi zdroji překážek, které se objevují u pomáhajících pracovníků při práci se sexualitou:

- omezenost osobní normy – nezkušený pracovník si tváří tvář svému klientovi a jeho sdělením pokládá otázky typu „*Dělal jsem někdy něco takového jako můj klient?*“ Také má náklonnost k porovnávání svých zážitků s těmi klientovými, přičemž své zážitky považuje za normu.
- strach – u pracovníka se objevují obavy z možných následků hovoru o sexuálním tématu, které se mohou projevit zadržnutím hlasu, změnou dechu a zčervenáním.
- neobratnost – nastává během pojmenovávání sexuální tematiky a kladení otázek. Pracovník zvažuje, zda klientovo sdělení pojmenuje jeho slovy, případně zvolí slova spisovná. Také se obává toho, aby svými dotazy klienta nezranil či nepůsobil příliš dotěrně.

Podle Eisnera (2015) by měl být základním předpokladem pro práci se sexualitou v sociálních službách samozřejmý přístup pracovníků ke klientům jako k pohlavním bytostem, jenž mají vztahové a sexuální potřeby. Úkolem pracovníků je aktivní podpora klientů v jejich pohlavní roli a zvyšování příležitostí pro její uchopení a prezentaci. Pracovníci by měli mít pochopení pro to, že mnohé projevy klientů jsou sexuálně motivovány a pokud přesahují sociální a zákonné normy, je z jejich strany žádoucí adekvátně na klienta reagovat a zprostředkovat mu srozumitelné hranice, které by neměl přesáhnout. I poskytovaná podpora má své hranice, které by pracovník neměl překročit. (Eisner, 2015).

Proto Eisner (2013) jako účinnou pomůcku vytvořil jednoduchou osu, která určuje potenciál pracovníka a jeho zapojení do práce se sexualitou:

Obrázek 1 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta



Zdroj: Eisner (2013, s. 51)

- Před osou – Na nule – pracovníci nevnímají práci se sexualitou jako součást sociální služby a své práce. Neuznávají své klienty jako pohlavní bytosti s právem na projevy a uspokojení sexuálních potřeb.
- První čtvrtina osy – Respekt – pracovníci respektují klienty jako pohlavní bytosti a adekvátně reagují vůči projevům a uspokojení jejich sexuálních potřeb. Napomáhají jim orientovat se nejen ve svém chování a potřebách, ale také v sociálních i zákonných normách. Klienti tak pocítují bezpečí a důvěru a mohou se na pracovníky obracet se svými zakázkami.
- Druhá čtvrtina osy – Řešení konkrétních zakázek – pracovníci již dokážou řešit konkrétní zakázky klientů. Tuto nadstandardní pozici vykonávají na základě svobodného rozhodnutí, nikoliv pod nátlakem, který mnohdy vzniká ze strany klienta, jeho rodičů či samotné organizace.
- Polovina osy – Zlom – práce s klienty probíhá formou sezení, povídání, užití pomůcek či fyzickou přítomností např. při nácvičce masturbace, užívání antikoncepce a problémech s hygienou. Z hlediska zachování intimity a jasných hranic je žádoucí, aby práci v druhé polovině osy prováděl pracovník z jiné organizace, který klientům neposkytuje žádné další služby.
- Třetí a čtvrtá čtvrtina osy – Služby – do hranice mezi třetí a čtvrtou osou spadá služba asistované soulože, při které asistent napomáhá lidem s postižením nastavit pozici při milování nebo napomáhá s kopulačními pohyby. Na konci této osy se nachází služba sexuální asistence (Eisner, 2013).

3.2.1.2 *Protokol sexuality*

Protokol sexuality vytvářejí organizace za účelem sjednocení názorů pracovníků na oblast partnerství a sexuality osob s postižením (Kozáková, 2018). Jedná se o jedinečný dokument, který je výsledkem vzájemné diskuze pracovníků v kontextu potřeb klientů. Stávajícím i nově příchozím pracovníkům slouží jako účinná pomůcka pro orientaci v postoji a strategii organizace v oblasti neintimních, intimních a sexuálních vztahů. Protokol přináší klientům i jejich rodičům informace o účelu a postupech dané organizace při řešení konkrétních situací v oblasti sexuality. Stejnou oporu v něm naleznou i pracovníci, kterým ukládá, jaké postoje mají při určité situaci v organizaci zaujmout a na koho se v případě potřeby mohou obrátit.

Přijetím tohoto dokumentu se organizace zavazují naplňovat právo klienta na sexuální život, realizovat individuální sexuální potřeby, poskytovat odbornou a asistenční podporu, přičemž klienti i personál mají možnost se v této oblasti vzdělávat (Kozáková, 2018).

Štěrbová (in Eisner, s. 86, 2013) rozděluje protokol sexuality na 12 oblastí, ke kterým se vážou také práva a povinnosti pracovníků a klientů, zodpovědnosti a kompetence. Mezi tyto oblasti patří:

- *„Sociosexuální vzdělávání.*
- *Soukromí.*
- *Masturbace.*
- *Intimní pomůcky a materiály.*
- *Informovaný souhlas, svolení (se sexuálním vyjádřením).*
- *Vrstevnické a přátelské vztahy.*
- *Vzájemné sexuální vyjádření.*
- *Regulace porodnosti.*
- *Těhotenství a rodičovství.*
- *Sexuálně přenosné nemoci.*
- *Sexuální zneužívání.*
- *Obtěžující sexuální chování.“*

Dalším příkladem je protokol sexuality, jehož kořeny nalezneme v Nizozemsku, ale v praxi ho využívají například i některé německé organizace. Protokol je rozdělen na dvě části:

Část A obsahuje:

- veřejný závazek organizace, její pojetí sexuality a vztahů,
- rozsah konkrétní sociální služby ve spojitosti se sexuálními a vztahovými potřebami klientů,
- kompetence a zodpovědnosti pracovníků a kritéria potřebné pro určení kompetencí při práci se sexualitou,
- práva a povinnosti klientů a pracovníků, vnitřní pravidla při práci se sexualitou,
- pojetí sexuální osvěty v organizaci, stanovení postupů a pomůcek.

Tato část protokolu je určena vedením organizace a vedoucím služeb.

Část B obsahuje:

- odpovídající reakce na projev klienta, stanovení hranic,
- klientovo soukromí a intimitu,
- asistenci během hygieny – v oblasti genitálií a dalších intimních zón,
- možnosti realizace pohlavního života klientů v organizaci,
- rodičovství klientů,
- prevenci před zneužíváním.

Tato část protokolu je určena pracovníkům přímé péče (Eisner, 2013).

3.2.2. *Sexuální výchova a osvěta osob se zdravotním postižením*

McCabe, Cummins a Deeks (in Štěrbová, 2016a) uvádějí, že lidé se zdravotním postižením mají nižší znalosti v oblasti sexuality, také se u nich objevují negativní pocity ve spojitosti se sexuálním životem a někteří z nich neměli pohlavní styk.

Nedostatečná informovanost v otázkách sexuality způsobuje u těchto jedinců sníženou možnost rozhodování. Většinou mají zkušenosti s tím, kdo a jakým způsobem se jejich těla dotýká, nicméně nevědí, že existuje možnost volby a mnohdy i nevědí, zda se nestanou terčem zneužití. Jejich neznalost se váže na projevy sexuálního chování i jednání, které může být vůči okolí považováno za nevhodné nebo dokonce trestné. Často neznají hranice v chování k ostatním lidem (Štěrbová, 2016a).

Zejména v zařízeních sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením se mnohdy pracovníci setkávají u svých klientů s chováním, které je vyhodnoceno jako nevhodné či dokonce trestné. Může se jednat například o situace, kdy klient usiluje o fyzický kontakt se členy personálu, přičemž se nejedná o pomoc s hygienou, klienti také požadují po pracovnících řešení osobních situací, pracovníci se stávají svědky sexuálních praktik klientů, klienti masturbují na veřejnosti či sledují pornografický materiál a ke sledování podněcují i ostatní klienty (Štěrbová, 2014).

Štěrbová (2016a) v této souvislosti uvádí, že pracovníci přímé péče často disponují nižší dovedností vyhodnotit situaci jako nebezpečnou, což jim zabraňuje učinit správné rozhodnutí. Potýkají se s nejistotou, zda, případně kdy a jakým způsobem mají zasáhnout ve prospěch klienta. Jejich omezené komunikační dovednosti také znemožňují, aby klientům předali potřebné informace. Autorka dodává, že pokud dostávají klienti informace, kterým nerozumí, jsou pro ně bezcenné. Potřebují získávat informace ve vhodnou dobu, na což by měl být připraven každý pracovník v pomáhající profesi (Štěrbová, 2016b).

Podle Štěrbové (2016a) vzdělání v tématu sexuality napomáhá ke zvýšení schopnosti rozhodovat o sexuálním životě, tedy i k navazování sexuálních vztahů. Vzdělání přispívá i k prevenci před neplánovaným otěhotněním, chrání před pohlavními nemocemi, ale také před sexuálním zneužitím osob se zdravotním postižením.

Drábek (2013) se domnívá, že rizikem sexuálního zneužití je ohrožen jedinec s jakýmkoliv typem postižení, nicméně vyšší riziko ohrožení vnímá u osob s mentálním postižením. Osoby s mentálním postižením tedy na rozdíl od jiných vyžadují mnohem větší míru ochrany a učení se vhodným projevům v sexuálním chování, které jim napomáhají v rozvoji partnerských vztahů, ale také je chrání před sexuálním zneužitím (Štěrbová, 2014).

Lumley a Miltenberger (in Štěrbová, 2016a) zdůrazňují, že tito jedinci by měli být schopni vyhodnotit situaci jako nebezpečnou, naučit se reagovat tak, aby ze situace co nejlépe unikli a tuto skutečnost oznámili pověřené osobě. Podle Štěrbové (2019) je osvojení těchto dovedností stejně významné i pro jedince s jiným typem postižení.

Podle Mandzákové (2013) spočívá těžiště sexuální výchovy u osob s mentálním postižením v podobě interaktivní skupinové a zážitkové práce, která může být zdrojem pro výměnu zkušeností, ale také napomáhá ke zmírnění obav a předsudků. U témat zaměřených na zlepšení dovedností v této oblasti doporučuje používat videonahrávky, fotografie, obrázky a ilustrace.

Realizace sexuální osvěty je další z možností, jak se sociální služby mohou podílet na zvýšení příležitostí klientů naplnit své sexuální potřeby. Osvěta může být určena jednotlivcům, párům nebo skupině osob. Proto, aby mohla osvěta v organizaci probíhat, je nutné vymezit bezpečný prostor pro práci, jasně vymezit role jednotlivých účastníků i pracovníka, zjistit úroveň účastníků a sladit vzájemný slovník. Pro podporu příjmu a zpracování informací je vhodné použít názorné obrazové pomůcky, jako jsou karty, grafické listy, dále filmy na DVD, speciální panenky a z běžně dostupných výrobků lze využít kondomy, vibrátory a hygienické potřeby. Důležité je dbát na maximální možné zapojení účastníka a vést ho k zodpovědnosti či informované volbě (Eisner, 2013).

Eisner (2013) při poskytování osvěty doporučuje organizacím sociálních služeb navázat spolupráci také s rodiči klientů, neboť sjednocení obou prostředí, ve kterých se jedinec s postižením pohybuje, napomáhá ke správnému pojetí sexuality. Klíčovou roli zde však hraje i samotné vzdělávání pomáhajících pracovníků (Eisner, 2013).

3.2.3. Vzdělávání pomáhajících profesí

Podle Levické a Truhlářové (2009) během pregraduální a postgraduální přípravy sociálních pracovníků není věnována dostatečná pozornost tématu lidské sexuality. Marková a Lukšík (in Drábek, 2013) upozorňují, že sociální pracovníci si mnohdy nejsou jisti ve svých kompetencích a možnostech pomoci v oblasti sexuality svých klientů. Aby se cítili dostatečně kompetentní, například při vedení rozhovorů na téma sexuality, měli by mít dostatečné teoretické znalosti a potřebné dovednosti (Levická, Truhlářová, 2009).

Podle Drábka (2013) jsou akreditované kurzy vzhledem k vyskytujícím se nedostatkům ve vzdělávání jedinou vhodnou a dosažitelnou možností, jak získat potřebné informace pro poskytování podpory v této oblasti. V současné době existuje již několik akreditovaných vzdělávacích programů, které se zaměřují na celoživotní vzdělávání v oblasti partnerských a sexuálních vztahů osob se zdravotním postižením (Drábek, 2013).

Drábek (2013) považuje za důležité také další vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Podle Kozákové (2008) je vhodné, aby se základního kurzu zúčastnili všichni zaměstnanci dané organizace, kteří pracují s lidmi se zdravotním postižením. Aby bylo dosaženo kvalitních sociálních služeb, je nezbytné v tomto tématu poučit a informovat všechny pomáhající pracovníky (Štěrbová in Drábek, 2013). Jak autorka dodává, pracovníci by měli vědět, že mohou nalézt oporu v tištěných informacích, audiovizuálních zdrojích, ale i v organizacích, které v této oblasti poskytují podporu.

Organizace Freya jako jediná nabízí od roku 2016 komplexní služby v oblasti sexuality a vztahů. Zakladatelkami této organizace jsou ženy, které dříve spolupracovaly v Rozkoši bez Rizika (dále jen R-R). Freya se zaměřuje na poradenství a vzdělávání pomáhajících profesí, pečujících osob v oblasti sexuality lidí se zdravotním postižením, osob závislých na péči v pobytových sociálních službách a seniorů či seniorek. Jejím úsilím je podpora a porozumění významu vztahů a prožívání sexuality cílových skupin. Rovněž se zaměřuje na snížení stigmatu a předsudků v oblasti sexuality a poukazuje na nutnost systémových změn (freya.live). V rámci své činnosti nabízí otevřené kurzy, školení v organizacích zdravotních a sociálních služeb a mimo jiné stojí za rozvojem Sexuální asistence v ČR (viz podkapitola Zavádění sexuální asistence v ČR) (Tisková zpráva, 2017).

Dalším průkopníkem v této oblasti je od roku 2019 nově vzniklý zapsaný spolek Nebuď na nule, který sdružuje a propojuje sexuální důvěrníky v ČR. Spolek vznikl na bázi dlouhodobě využívané a osvědčené Osy zapojení pracovníka do práce se sexualitou. Úsilím tohoto spolku je standardizovat práci se sexualitou v sociálních službách, pořádat osvětovou a vzdělávací činnost, poskytovat podporu organizacím, které již se sexualitou pracují, ale také napomáhat organizacím jasně oddělit tuto oblast činnosti od služby sexuální asistence (Nebuď na nule, © 2019).

4 Sexuální asistence

Pokud osoby se zdravotním postižením nemohou prožívat svou sexualitu bez pomoci druhých, potřebují za určitých okolností sexuální asistenci (Šídová, 2018c). Autorka sexuální asistenci vnímá jako šanci, která těmto jedincům napomáhá překonat a kompenzovat jejich individuální omezení. Podle Hewitt-Taylorové (in Hanková, Vávrová, 2016) právě fyzické limity způsobují u osob se zdravotním postižením nutnost asistence také v sexuální oblasti.

Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolení sexuální asistenti a asistentky, kteří napomáhají osobám se zdravotním postižením, seniorům či seniorkám, ale i jinak znevýhodněným osobám pracovat se svou sexualitou (freya.live). V zahraničí se můžeme také setkat s pojmy jako sexuální doprovázení, sexuální důvěrníci a dotykový pracovníci a pracovnice (Šídová, 2018c).

Sexuální asistence umožňuje osobám se zdravotním postižením prozkoumat jejich sexualitu v bezpečném prostředí, které lze zaručit pouze tehdy, pokud sexuální asistenti a asistentky procházejí školením a jsou pečlivě vybírány specializovanými organizacemi (Limoncin et al., 2014). Mezinárodní platforma sexuální asistence pro osoby se zdravotním postižením (dále jen EPSEAS) sdružuje osoby a neziskové organizace, které napomáhají v oblasti sexuální asistence nejen osobám se zdravotním postižením, ale i seniorům a seniorkám (epseas.eu).

EPSEAS vychází z přesvědčení, že lidé se zdravotním postižením mají právo na sexuální zážitky, a proto je důležité jim v této oblasti poskytovat pomoc, aby mohli žít sexuálním životem podle svých představ. Zároveň zohledňuje jejich sexuální potřeby a sexuální zkušenosti. Služba sexuální asistence může těmto jedincům napomoci k získání nebo zlepšení dovedností v mezilidských vztazích, intimních či partnerských vztazích (epseas.eu). Také jim zprostředkovává první sexuální zkušenosti, učí je vnímat své tělo a podporuje jejich senzorní vnímání (Arich in Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

Důvody, proč se lidé se zdravotním postižením obracejí na možnost sexuálního doprovázení, nejsou příliš odlišné od svobodných jedinců bez postižení. Chtějí zažít rozkoš a realizovat své tělo jako prostředek slasti (Vernaldi in Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

Fafejta (2016) uvádí, že v případě osob s mentálním postižením bude veřejnost či úřady nahlížet na sexuální asistenci jako na zneužití těchto osob nikoliv jako na službu. Zároveň upozorňuje, že osoby s mentálním postižením mohou na sexuální asistenty/asistentky pohlížet jako na své partnery. Dle jeho názoru však cílem sexuální asistence není poskytování pravidelných sexuálních služeb, ale jde především o uvědomění svého vlastního já včetně uvědomění si své sexuální orientace a také toho, jak lze sexuální žít a najít si partnera.

V Evropě na sexuální asistenci a její hranice neexistuje jednotný názor, jelikož experti na tuto oblast nahlízejí různým způsobem (Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013). Walter (in Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013) se domnívá, že tuto profesi nemůže vykonávat kdokoli, a proto je nutné získat speciální vzdělání v oblasti pečovatelské a pedagogické. Důležité jsou i znalosti z psychologie, fyziologie a ošetrovatelství (Banash in Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

4.1 Sexuální asistence v zahraničí

Podle Hankové a Vávrové (2016) sahají kořeny sexuální asistence do 80. let minulého století. Šídová (2018d) dodává, že tato služba probíhá v zahraničí již 15 let. Mezi země, které jsou otevřené sexuální asistenci, patří Německo, Nizozemí, Švýcarsko, Rakousko, Itálie, Francie, Dánsko a některé regiony USA (Šídová, 2018d). EPSEAS na svých webových stránkách zmiňuje i Belgii a Španělsko (epseas.eu).

4.1.1. Sexuální asistence ve vybraných evropských státech

4.1.1.1 Německo

Sexuální asistence v této zemi je upravena zákonem o prostituci. Znění toho zákona nerozlišuje, zda jde o komerční nabídku sexuálních služeb určené konkrétnímu okruhu zákazníků - např. mužům s postižením, anebo zda vykonavatelky dosáhly určitého vzdělání či kvalifikace. Tento zákon také definuje, za jakých okolností je možné sexuální asistenci poskytnout a kdy nikoliv. Touto otázkou se zabývá hlavně u osob s těžkým postižením, u kterých není zcela jasné, zda sexuální asistenci vyžadují. Zákon zohledňuje ochranu jejich svobody na vlastní rozhodnutí, i když v očích druhých to může vypadat jako nekonvenční či nerozumné (Šídová, Poláková, Malinová et al. 2013).

Aktivní sexuální asistence (blíže podkapitola Aktivní sexuální asistence) by se měla odehrávat pouze na základě rozeznatelného souhlasu. Sexuální asistenti/asistentky pro výkon své profese musí znát právní předpisy, které chrání práva zdravotně postižených osob. Tito jedinci jsou vlivem svého handicapu více zranitelní, a proto je nutné dohlížet na to, aby nedocházelo k sexuálnímu zneužívání. Pokud se sexuálním asistentům/asistentkám nepodaří sjednat u osob s těžkým postižením jejich vůli, jsou tyto osoby podle zákona o prostituci považovány za právně neschopné klást odpor, což znamená, že nejsou ve stavu, ve kterém by byli schopni se samy vyjádřit a bránit své hranice (Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

Na sexuální asistenci v Německu se nahlíží z několika úhlů pohledu. Na jedné straně je přirovnávána k prostituci a na straně druhé je považována za přirozený terapeutický výkon. Německo usiluje o hledání obecně přijatelného kompromisu, který by vyhovoval všem zainteresovaným (Vozíčkářské noviny, 2019).

Dalším aspektem, který ovlivňuje pohled na sexuální asistenci je náboženství. Německo rozdělují tři směry pohledu, a to katolický jih, protestantský sever a nové spolkové země, které jsou v zásadě ateistické. Ústavní péče je zajišťována převážně církevními organizacemi, což je považováno za stěžejní problém sexuální asistence v Německu. Katolické a evangelické ústavy odmítají jakoukoliv formu asistovaných intimních služeb a jejich vnitřní předpisy přímo zakazují osobám poskytující sexuální asistenci vstupovat do zařízení (Vozíčkářské noviny, 2019).

Organizace Pro familia je od roku 1952 předním sdružením pro sexualitu, partnerství a plánování rodiny, čímž vytváří největší poradenskou síť v Německu. V současné době sdružuje přes 4000 členů a provozuje celkem 180 poradenských center. Tato organizace se zabývá tématy, jako je antikoncepce, těhotenství, sexuální násilí, ale zaměřuje se i na sexualitu osob s tělesným a mentálním postižením a problematiku sexuální asistence (profamilia.de).

Pro familia nabízí rekvalifikační kurz pro sexuální asistenty/asistentky, který obsahuje celkem 9 modulů a každý z nich trvá 4 hodiny. Po úspěšném absolvování obdrží asistenti/asistentky certifikát. Kurz se zaměřuje na prevenci, hygienu, poskytnutí první pomoci, sexualitu, roli sexuální asistence a znalost různých typů postižení (Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

Také institut pro nezávislost postižených (dále jen ISBB) v německém Trebelu nabízí vzdělávání pro sexuální asistenty/asistentky, kteří obdrží certifikát ISBB (Vidurová, 2014).

4.1.1.2 Belgie

Myšlenka sexuální asistence se v této zemi objevila na konci roku 2000. V roce 2008 byla ve Flandrech na žádost institucí a profesionálních pečovatелů osob se zdravotním postižením s podporou Vlámského odborného centra pro podporu sexuálního zdraví založena nezisková organizace Aditi (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2017). Tato organizace se zaměřuje na poskytování poradenství, usiluje o věcnou a praktickou podporu osob se zdravotním postižením i seniorů pomocí zajištění sexuální asistence. Pro poskytovatele sociálních služeb nabízí školení a vzdělávání v této oblasti. Aditi ve spolupráci se zkušenými odborníky usiluje o veřejné povědomí sexuální asistence a její přijetí ve společnosti (epseas.eu).

V roce 2014 se působnost této organizace rozšířila i na oblast Valonska a pokrývá tak sever i jih země. Organizace každý rok dostává zhruba 700 žádostí, z nichž 300 žádostí o sexuální asistenci je od rodičů či samotných handicapovaných jedinců, kteří žijí v ústavu. Dalších 400 žádostí se týká zprostředkování informací a institucionální podpory v této oblasti. Cena za sexuální asistenci se pohybuje v rozmezí 100 Eur za hodinu a k tomu se připočítávají také náklady na dopravu (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2017).

Podmínkou pro výkon této profese je nezbytná existence hlavního zaměstnání a to z toho důvodu, že sexuální asistenci je možné vykonávat pouze sekundárně. Snahou je zabránit, aby sexuální asistence nebyla poskytována pouze z finančních důvodů. Sexuální asistenti/asistentky jsou vybíráni na základě pohovorů, kde prokazují své vize ohledně sexuality a znalosti jednotlivých typů zdravotního postižení. Pokud v této části pohovoru uspějí, účastní se školení pořádané organizací Aditi, které probíhá 4x do roka (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2017).

Z počátku má každý nový poskytovatel sexuální asistence přiděleného zkušeného sexuálního asistenta, který slouží jako kontaktní osoba. Poté, co noví sexuální asistenti a asistentky získají potřebné znalosti, organizace jim přiděluje s přihlédnutím k jejich kvalitám žádosti jednotlivých klientů. Aditi také zprostředkovává pro všechny sexuální asistenty a asistentky vzájemná setkání, kde si mohou vyměňovat své zkušenosti například v tématu nastavení hranic při práci s klienty (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2017).

Organizace Aditi usiluje o navázání kontaktu s prostituční komunitou, která by odpověděla na požadavky osob s funkčním postižením. Ovšem v této komunitě existuje jen málo mužů a žen, kteří by se přidali k řadám sexuálních asistentů. Důvodem může být povinné školení a také méně výhodná povaha činnosti (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2017).

4.1.1.3 Švýcarsko

Francouzsky mluvící část Švýcarska je dobrým příkladem pro iniciativy vedoucí k poskytování služby sexuální asistence. V této části Švýcarska byly založeny dvě organizace, které zajišťují výcvik budoucích sexuálních asistentů a asistentek. Historie sexuální asistence se v této zemi datuje posledních 40ti let, ve kterých došlo k rychlému vývoji sociálních praktik v oblasti sexuality. Do popředí se dostává otázka antikoncepce, uznání sexuality jako základní lidské potřeby a jako dimenze sebepotvrzení. Tento vývoj směřoval k integraci, posílení postavení a emancipaci zdravotně postižených osob. K těmto změnám docházelo vlivem širšího pohledu na rovnost práv všech občanů, ale i v souvislosti s prosazováním individuálních norem v oblasti sexuálního chování. Cíle sexuální asistence jsou v souladu s hodnotami zplnomocnění, integrace a kvality života osob se zdravotním postižením (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2017).

Počátky organizace SEHP se datují až po kongres o sexualitě a tělesném postižení, který se konal v Ženevě v roce 1986. V roce 2006 tato organizace vytvořila koncept pro sexuální asistenci. O čtyři roky později v roce 2010 bylo dokončeno školení o sexuální asistenci a bylo uděleno celkem 10 certifikací pro výkon této profese (sehpc.ch).

Ve francouzsky mluvícím Švýcarsku podporuje SEHP spolupráci s asociací Corps Solidaries, která vznikla v roce 2009 (epseas.eu). Počátky zavedení a vzdělávání v této profesi nebyly pro švýcarskou organizaci Corps Solidaries příliš snadné, jelikož se často konfrontovala s odlišnými názory zainteresovaných osob na etické aspekty této služby (Hanková, Vávrová, 2016). Rada kraje Essonne během jednání o postavení zdravotně postižených osob přijala usnesení, v němž se zabývala úvahami o vzdělávání profesionálů, tedy průvodců sexualitou osob s těžkým zdravotním postižením. Nicméně k otázce placených sexuálních asistentů se staví odmítavě. Navrhuje však spustit program edukace osob, které budou o sexualitu klientů pečovat a také je v této oblasti vzdělávat (Antonová, 2013).

Corps Solidaries napomáhá lidem se zdravotním postižením v jejich sexuálním životě, spolupracuje s organizacemi s podobnými cíly, sdružuje certifikované sexuální asistenty/asistentky, které i nadále proškoluje a vytváří platformu pro jejich výměnu (epseas.eu).

Podle Antonové (2013) sexuální asistenti/asistentky musí ve Švýcarsku absolvovat tříleté pomaturitní studium a také projít psychoterapií. Autorka dodává, že tuto profesi vykonávají v rámci určitého zařízení nebo mohou docházet do domácností klientů, přičemž pojišťovny proplácejí zhruba 80 euro.

Od roku 1992 se tématem sexuální asistence rovněž zabývá organizace InSebe (insebe.ch). Podle Zahradníkové (in Hanková, Vávrová, 2016) tato organizace v rámci sexuálního vzdělávání realizuje kurzy, jejichž součástí je celkem 90 hodin přímého školení a 30 hodin domácích úkolů. Ovšem zájemci a zájemkyně o tuto profesi musí projít výběrem.

Ve Švýcarsku probíhá vzdělávání v oblasti sexuální asistence prostřednictvím výběrového řízení na základě výzvy k podání žádosti. Sexuální asistence je vhodná pro ty jedince, kteří jsou schopni naslouchat, jsou schopni doteků, mají vymezené hranice a pozitivní postoj k vlastní sexualitě. Aby zájemci a zájemkyně postoupili do další fáze výběrového řízení, musí prokázat odvážnost, jemnost a schopnost solidarity. Součástí výběrového řízení jsou hloubkové rozhovory se sexuologickým pedagogem a také osobami se specifickým tělesným postižením za účelem zjištění motivace zájemců pro výkon této profese a posouzení jejich prohlášení s principy, cíly a etickými aspekty této služby. Pro výkon této profese je nezbytné prokázat čistý trestní rejstřík a mít stálé zaměstnání, neboť i ve Švýcarsku není umožněno vykonávat sexuální asistenci jako hlavní zaměstnání (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2017).

4.2 Zavádění sexuální asistence v ČR

Nezisková organizace R-R pracuje od roku 1992 se sexuálními pracovníky a pracovníci a pod její působnost spadá i prevence sexuálně přenosných chorob (rozkosbezrizika.cz). V roce 2013 se tato organizace na stážích v německých organizacích poprvé dozvídá o sexuální asistenci, kde byl v té době vyškolen první pracovník a 8 nových pracovník, které se zaměřují na sexualitu zdravotně postižených osob, seniorů a seniorek (Šídová, 2018c).

V tomtéž roce R-R poprvé otevírá téma sexuality u osob se zdravotním postižením na mezinárodní konferenci Ze sexbyznysu na trh práce, kde byla součástí jedné z přednášek sexuální asistence (Šídová, Pšenicová, 2015). Ihned poté vydala R-R text s názvem „Od sexuálních služeb k sexuální asistenci“, který poskytl informace o sexuální asistenci a jejím fungování. Vzápětí se na organizaci obracela média, organizace pracující s handicapovanými jedinci, rodiče handicapovaných dětí a také samotní handicapovaní jedinci (Šídová, Pšenicová, 2015).

R-R se v rámci strategického plánování rozhodla tomuto tématu více věnovat a za účelem zjištění současného stavu této problematiky ve společnosti, zmapovala zájem o téma intimní asistence a sexuality osob s postižením mezi poskytovateli sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením (Šídová, Pšenicová, 2015).

Šídová (2018c) uvádí, že při zavádění sexuální asistence si uvědomili, že se jedná o velmi silné a neřešené téma, neboť navázat vztahy a důstojně prožívat sexualitu může být pro osoby se zdravotním postižením velmi obtížné, ať žijí ve svém bytě, s rodiči nebo v pobytovém zařízení. Sexuální asistenci nepovažuje za řešení, ale jako možnost pro osoby, které nemohou naplnit svou sexualitu. Tato služba napomáhá v edukaci a opětovném získání vztahu ke svému tělu a také posiluje sebevědomí, což usnadňuje navazování vztahů (Tisková zpráva, 2017).

Na podzim v roce 2014 odstartovala R-R ve spolupráci se švýcarskou organizací InSebe projekt Právo na sex (insebe.ch). Tento projekt získal finanční podporu od Ministerstva financí ČR a zároveň měl předat potřebné zkušenosti ohledně sexuální asistence v zahraničí (Vidurová, 2015). Projekt si kladl za cíl přiblížit některé země, kde je práce se sexualitou handicapovaných osob na vyšší úrovni a také předal potřebné know-how ze zahraničí ohledně vzdělávání intimních a sexuálních asistentů/asistentek (Šídová, Pšenicová, 2015). Pro ČR byl oporou sexuální asistent Erich Hassler, sexuální asistentky Eva Zylková a Nina de Vries a také sexuální pedagožka Catherine Diserens, kteří předali své zkušenosti se zaváděním sexuální asistence ve Švýcarsku a Německu (Šídová, 2018c). V rámci projektu prošlo školením prvních 5 sexuálních asistentek, přičemž 4 z nich doposud pracují (Šídová, 2018d).

První české sexuální asistentky se například zúčastnily schůzky a školení na téma komunikace s osobami s mentálním postižením s Ninou de Vries, neboť je považována za průkopnici sexuální asistence v Německu. Zároveň absolvovaly odborné stáže v zařízeních pro osoby s mentálním postižením. V říjnu 2015 byly slavnostně pasovány do této profese, podepsaly

etický kodex sexuální asistence a obdržely certifikát nezbytný k výkonu této profese (Hanková, Vávrová, 2016).

Šídová (2018d) také uvádí, že při výběru žen se soustředili na to, aby měly dobře zvládnutou svou vlastní sexualitu, dokázaly si správně nastavit hranice práce, navázat kontakt a také zvládly pracovat s tělem a práce se sexualitou je bavila. Cílem bylo minimalizovat rizika, která se pojila se zavedením této kontroverzní služby a tak byly vybrány ženy, které měly zkušenost s prací s tělem a R-R s nimi již spolupracovala (sexualniasistence.cz). Sexuální asistence je pro tyto ženy, které chtějí zůstat v sexbyznysu, určitou příležitostí a nadále jim umožňuje rozvíjet své znalosti a dovednosti (Šídová, Pšenicová, 2015).

Následně došlo k zavedení odborné terminologie, sepsání etického kodexu (viz podkapitola Etický kodex sexuální asistence), také byl založen informační web k tomuto tématu a v neposlední řadě byla uspořádána první česká konference o sexuální asistenci a školení pro pracovníky a pracovnice z pomáhajících profesí (Šídová, Pšenicová, 2015).

Sexuální asistence tedy v ČR funguje od listopadu 2015 (Šídová, 2018d). Od doby jejího zavedení se postoj společnosti postupně mění, jelikož vznikají videa, filmy a dokumenty o sexuální asistenci či sexualitě osob s postižením. Ke změně postojů také přispěl dokumentární film režisérky Dagmar Smrčinové „Miluj mě, jestli to dokážeš“ (sexualniasistence.cz). V roce 2017 bylo téma sexuální asistence předáno organizaci Freya. Tato organizace nadále rozvíjí sexuální asistenci, usiluje o bezpečnou práci sexuálních asistentek a asistentů a také o profesní naplňování této služby. V současné době nabízí kurz s názvem Sexuální asistence - její možnosti a limity, který je určen rodičům postižených jedinců, pracovníkům pomáhajících profesí, kteří pracují s lidmi se zdravotním postižením, ale i studentům sociálních oborů (freya.live).

Podle Šídové (2018d) proběhlo od roku 2015 přes 500 asistencí. Až 60% klientů sexuální asistence má největší zájem o sexuální interakce. Klienti také vyžadují doteky, edukaci, masáže a povídání (Šídová, 2018d). Na podzim 2018 bylo zahájeno další školení, jehož účelem bylo proškolit kromě sexuálních asistentek také sexuální asistenty a zároveň snížit náklady na službu a zajistit její větší dostupnost tak, aby byla alespoň v každém regionu jedna sexuální asistentka či asistent (Šídová, 2018c). Do kurzu se přihlásilo celkem 40 zájemců, z nichž certifikát převzalo pouze 11 žen a 2 muži (ČTK, 2019). Polovina účastníků tohoto kurzu je z pomáhajících profesí, což dodává službě nový rozměr (Hroch, 2018). Od roku 2019

poskytuje sexuální asistenci celkem 15 žen a 2 muži (ČTK, 2019). V roce 2020 připravuje Freya další vzdělání pro nové sexuální asistenty a asistentky (freya.live).

4.3 Právní stránka sexuální asistence v ČR

V souvislosti se zavedením sexuální asistence si R-R nechala vypracovat dva právní posudky od Ministerstva vnitra (dále jen MV) a Nejvyššího státního zastupitelství, zda je sexuální asistence v souladu s právním řádem ČR (Šídová, Pšenická, 2015).

Na mezinárodní konferenci o sexuální asistenci, konané v roce 2015, seznámil právník odboru bezpečnostní politiky a prevence kriminality MV Michael Šmíd přítomné účastníky se stanoviskem, které vychází z těchto definic:

- Sexuální asistentka je osobou, která poskytuje handicapovaným jedincům poradenství v sexuální oblasti a sexuální služby za úplatu.
- Intimní asistentka je osobou, která radí handicapovaným jedincům v sexuální oblasti, přičemž jim neposkytuje služby za úplatu.
- Veškeré služby budou poskytovány na základě dobrovolného rozhodnutí handicapovaných jedinců, nikoliv proti jejich vůli (Lecnarová, 2015).

Podle Lecnarové (2015) se můžeme setkat s různými způsoby, jakými přistupují jednotlivé státy k prostituci. V ČR je uplatňován aboliční přístup, který nepovažuje prostituci za trestný čin (dále jen TČ) s výjimkou § 190 trestního zákoníku (dále jen TZ) – prostituce ohrožující mravní vývoj dětí. Na základě aboličního přístupu není prostituce komplexně regulována, ale ČR se soustřeďuje na postihování doprovodných jevů, které souvisejí s prostitucí – TČ kuplířství. Právník Michael Šmíd se zabýval otázkou, zda v rámci realizace projektu intimní a sexuální asistence není naplněna skutková podstata TČ kuplířství (Lecnarová, 2015).

Definice kuplířství podle § 189 TZ č. 40/2009 Sb. zní:

„(1) Kdo jiného přiměje, zjedná, najme, zláká nebo svede k provozování prostituce, nebo kdo kořistí z prostituce provozované jiným, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až na čtyři léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch, nebo

b) jako člen organizované skupiny.“

Jako TČ kuplířství není však trestné takové jednání, které je spíše pomocného a utvrzovacího charakteru. Mezi takováto jednání spadá například poskytování ochranných prostředků a pomůcek, sjednání preventivních lékařských vyšetření, osvětová a vzdělávací činnost o sexuálních technikách (Lecnarová, 2015).

Dle závěru odboru bezpečnostní politiky a prevence kriminality MV lze projekt sexuální asistence úspěšně realizovat na základě současné právní úpravy, ovšem organizace Freya (dříve R-R) musí splnit 5 následujících podmínek:

- nebude v roli aktivního zprostředkovatele kontaktu mezi sexuálními asistenty/asistentkami a handicapovanými osobami,
- aktivity vztahující se k sexuálním asistentům a asistentkám zahrnují pouze osvětové, vzdělávací, školicí činnosti a zpracování nezbytných osobních údajů,
- podle požadavku handicapované osoby, rodiče či opatrovníka se poskytují pouze údaje o vyškolených sexuálních asistentech/asistentkách prostřednictvím seznamu těchto osob, přičemž veškeré osobní údaje jsou poskytovány podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů na základě předchozího informovaného souhlasu sexuálního asistenta/asistentky,
- organizace nebude vyžadovat od handicapovaných osob žádný hmotný prospěch za poskytnutí kontaktu na sexuální asistenty/asistentky a také od nich nebude vyžadovat zpětnou vazbu,
- osvětovou, vzdělávací a školicí činnost může organizace provádět pouze takovým způsobem, aby v účastnících nevyvolala aktivní zájem o provozování prostituce (Lecnarová, 2015).

4.3.1. Rozdíly mezi sexuální asistencí a službou sexbyznysu

Odborníci spatřují rozdíly mezi sexuální asistencí a komerční prostitucí především v motivaci. Hlavním motivem pro poskytování sexuálních služeb na běžném trhu je finanční zisk (Vidurová, 2015). Sexuální asistence stejně jako prostituce může skončit placeným sexuálním stykem, nicméně rozdíl je v tom, že sexuální asistence se zaměřuje na prožívání a individualitu jedince. Není vždy o jednorázovém sexuálním uspokojení, ale i o postupném seznamování se sexualitou, nastavení hranic, domlouvání pravidel, nácviku a poznávání doteků (freya.live).

Ne všechny sexuální asistentky/asistenti nabízejí sexuální interakce, tudíž na ni nelze nahlížet jako na prostituci (sexualniasistence.cz). Sexuální asistenti/asistentky při poskytování svých služeb zohledňují konkrétní osobnost a její handicap, neboť odlišné potřeby mají lidé, kteří svou sexualitu objevují, lidé po úrazech, lidé s poruchou autistického spektra a lidé s mentálním postižením (freya.live).

Sexuální asistenti/asistentky procházejí školením, kde se učí, jak mají pracovat s lidmi s postižením, jak s nimi o sexualitě komunikovat a jak ji nacvičovat. Na rozdíl od sexuálních pracovníků mohou edukovat nejen klienty, ale i jejich rodinné příslušníky, pracovníky v zařízeních, kteří pracují s lidmi s postižením (freya.live).

4.4 Pasivní sexuální asistence

Z terminologického hlediska přímo vyplývá, že sexuální asistence je zastřešujícím pojmem pro řadu podpůrných služeb, ať už pasivních či aktivních (Hanková, Vávrová, 2016). Podle Fafejty (2016) se před zavedením sexuální asistence objevovala v ČR pouze pasivní sexuální asistence. Pro označení pasivní sexuální asistence se používá pojem intimní asistence (Paggio, 2015)

Tato služba se od aktivní sexuální asistence liší tím, že je nabízena pomáhajícími organizacemi a vykonávají ji například sociální pracovníci/pracovnice či pracovníci/pracovnice v sociálních službách. V různých organizacích nazývají intimní asistenci odlišně (Šídová, 2015). Organizace Freya na svých stránkách uvádí, že kromě intimního asistenta/asistentky se můžeme setkat s označením sexuální důvěrník/důvěrnice nebo konzultant/konzultantka, kteří se věnují poradenství a vzdělávání v oblasti sexuality a vztahů. Sexuální asistenti/asistentky se na rozdíl od těchto pracovníků mohou klientů dotýkat, tedy hladit je, objímat či poskytnout sexuální interakci. Sexuální důvěrník či konzultant tuto činnost vykonávat nemůže. Tyto strany však mohou spolupracovat. Pokud odborník/odbornice vyhodnotí potřebnost sexuální asistence, předá klientovi/klientce potřebné informace a také může pomoci službu sjednat a na setkání ho v rámci edukace připravit a doprovázet (freya.live).

Pasivní sexuální asistent/asistentka učí handicapované jedince rozeznávat fyzické rozdíly mezi mužem a ženou, komunikovat o pohlavním styku, napomáhá jim v obstarávání sexuálních pomůcek a učí je tyto pomůcky správně používat. Dále informuje o možnostech antikoncepce, zabývá se zodpovědností k rodičovství, nepřiměřeným sexuálním chováním, schopností říci ne, masturbací, pomáhá při hygieně, oblékání a nastavování hranic. Také se zaměřuje na prevenci sexuálního násilí, kam spadá znásilnění, nucení k sexu a k sexuálním praktikám (Paggio, 2015). Za sexuální asistenci lze považovat také i další služby, jako sexuální poradenství, seznam kontaktů na sexuální asistenty/asistentky či semináře, pokud jsou cílené na osoby se zdravotním postižením (Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

4.5 Aktivní sexuální asistence

Walter (in Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013) definuje aktivní sexuální asistenci jako všechny formy sexuální asistence, při kterých jsou všichni spolupracovníci aktivně vtáhnuti do sexuální interakce. Jde o externí službu, což znamená, že sexuální asistenti/asistentky nejsou zaměstnanci domovů či organizací pro osoby se zdravotním postižením. Do těchto domovů, organizací nebo domácností klientů docházejí a jsou obvykle kontaktováni samotnými klienty, pracovníky pomáhajících organizací či rodiči (freya.live).

Každý asistent/asistentka si nastavuje hranice své práce sám/sama, a to na základě získaného vzdělání, zkušeností a dovedností. Společně s klienty vytváří prostor pro rozvíjení zkušeností, a klienti si tak mohou vyzkoušet nové věci, doteky, smyslnost, nahotu, kontakt s druhým člověkem, blízkost, něžnost a utvářet vztah k sobě a ke svému tělu (freya.live).

Kromě výčtu aktivit u pasivní sexuální asistence nabízí sexuální asistenti/asistentky navíc také nácvik masturbace, koupel, erotické masáže, sexuální interakce, kam spadá i pohlavní styk. Sexuální asistenti/asistentky mohou napomáhat páru, který vlivem svého postižení potřebuje asistenci při pohlavním styku v začátku intimního života (Paggio, 2015).

Organizace Freya na svých stránkách uvádí jasná a jednotná pravidla pro poskytování této služby:

- Sexuální asistenti/asistentky se zúčastňují specializovaného školení a po jeho úspěšném absolvování obdrží certifikát.
- Seznam proškolených sexuálních asistentů/asistentek je zveřejněný na webových stránkách Frey (ti, kteří poskytují sexuální asistenci a nejsou uvedeni na tomto webu, neprošli školením této organizace).

- Sexuální asistenti/asistentky podepisují etický kodex.
- Služba je zahájena úvodní schůzkou klienta/klientky a sexuálního asistenta/asistentky, na které společně domluví možnosti spolupráce a její pravidla. Úvodní schůzka je účtována částkou 500 Kč/hod (250 Kč / 30min). V případě souhlasu klienta/klientky může tato schůzka probíhat za přítomnosti třetí osoby, tedy rodiče, kamaráda/kamarádky a pomáhajícího pracovníka/pracovnice. Na této schůzce se mohou rozhodnout, že v další spolupráci již nebudou pokračovat například z toho důvodu, že sexuální asistent/asistentka neposkytuje služby, které klient vyžaduje. Pokud se však domluví na spolupráci, může proběhnout sexuální asistence.
- Sexuální asistence je účtována částkou 1200 Kč/hod (lze připočíst i náklady na cestovné).
- Sexuální asistenti/asistentky svou činnost vykonávají na základě živnostenského listu, tudíž Freye neodvádí žádné poplatky.
- Sexuální asistenti/asistentky mohou pro svou ochranu podepsat s klienty/klientkami smlouvu, kterou mají k dispozici (freya.live).

4.6 Etický kodex sexuální asistence

Etický kodex sexuální asistence vznikl na základě inspirace ze Švýcarska a Německa (sexualniasistence.cz). Jde o doporučený dokument určený sexuálním asistentům/asistentkám, jehož dodržování napomůže poskytovat služby na co nejvyšší úrovni (freya.live).

Tento dokument naplňuje zásadu vzájemné úcty mezi klientem/klientkou a poskytovatelem/poskytovatelkou služby, zohledňuje roli třetích osob (rodina klienta/klientky, osobní asistent/ky) při realizaci služby a směřuje k absolutnímu respektování intimního charakteru služby. Profesionální sexuální asistenci definuje jako pravidelnou, příležitostnou či přechodnou službu, jež podléhá svobodnému souhlasu, dodržování platných zákonů a zásadě ochrany veřejného zdraví všech protagonistů/protagonistek (freya.live).

V etickém kodexu je také uvedeno, že sexuální asistenti/asistentky se kromě řádného proškolení v kurzu pro sexuální asistenty/asistentky zúčastňují pravidelných supervizí a speciálních doplňkových školení, která jim poskytují potřebné informace (freya.live).

Etický kodex sexuální asistence popisuje nabídku a poskytování služeb následujícím způsobem:

- Sexuální asistent/asistentka se nejprve s klientem setká na úvodní schůzce, na které společně rozhodují o každé nabídce. Schůzka probíhá v maximálně možném neutrálním kontextu. Při této schůzce nedochází k samotnému poskytování služby, a pokud to umožňuje handicap, odehrává se bez prostředníka.
- Potřeby osob s mentálním postižením či duševním onemocněním by měly být zmapovány ve spolupráci s partnerem/partnerkou či rodinou, pracovníky z pomáhajících profesí, kteří mohou podat stanovisko o stavu klienta/klientky za účelem poskytování služby.
- Na začátku každého setkání s klientem/klientkou definuje sexuální asistent/asistentka možnosti a omezení svých služeb bez jakéhokoliv nátlaku. Ve výjimečných případech může sexuální asistent/asistentka přerušit již dohodnuté služby, jestliže se pro něj/ni nebo pro klienta/klientku stanou nepřiměřené či nevhodné.
- Jestliže je zřejmé, že není možné dosáhnout svobodného souhlasu nebo o tom sexuální asistent/asistentka pochybuje, informuje se u rodiny klienta/klientky či zákonných zástupců. Komunikaci mezi sexuálním asistentem/asistentkou a klientem/klientkou či jejich rodinou mohou nahradit či usnadnit třetí osoby (např. osoba z pomáhajících profesí)
- Sexuální asistent/asistentka usiluje o získání slovního či mimoslovního opakovaného potvrzení požadavku klienta/klientky. Na tomto základě klientovi/klientce nabízí s nejlepším vědomím a svědomím službu, které se mu/jí jeví jako nejvhodnější a využívá prostředků a pomůcek nejlépe odpovídající na potřeby klienta/klientky.
- Žádná sexuálně-tělesná praktika se předem nevylučuje. Po celý průběh služby je od každého klienta/klientky nezbytné aktivně vyžadovat svobodný a informovaný souhlas, aby si sexuální asistent/asistentka byl/a jistý/á, že služba je klientem/klientkou vyžadována.
- Sexuální asistent/asistentka musí být pozorný/á k tomu, aby v rámci poskytování svých služeb neinicioval/a, nepodporoval/a či neudržoval/a citový vztah.
- Sexuální asistent/asistentka/ by se měl/a primárně soustředit na spokojenost a rozvoj klienta/klientky a zároveň zohledňovat svoje vlastní limity (freya.live).

Součástí etického kodexu sexuální asistence jsou také stanoviska vůči klientům, komunikace a mlčenlivost, atmosféra a praktické záležitosti, oblast hygieny, schůzky a odměna za poskytování služby (freya.live).

4.7 Problematika sexuální asistence v pobytových sociálních službách

Pro obyvatele ústavů je zcela obtížné nebo vyloučené navazovat sexuální kontakty nebo si pozvat sexuální doprovod, aniž by se o tom dozvěděl personál či spolubydlíci. Vlivem nedostatku soukromí mají tyto osoby omezenou možnost žít nerušeně a nepozorovaně svou vlastní sexualitu, stejně tak mají omezenou možnost nevnímat sexualitu svých spolubydlících (Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

Šídová, Poláková, Malinová et al., (2013) na základě poznatků organizace Pro familia uvádějí, že vedoucí domovů by v zásadě neměli omezovat možnost klientů žít ve svých pokojích sexuálním životem. Měli by respektovat právo na svobodné rozhodnutí klientů, komu dovolí, popřípadě zakáží vstup do svých pokojů. Klienti mají právo si vyhledat a pozvat sexuálního asistenta/asistentku. Svoboda v možnostech sexuálního rozvoje klientů by měla být omezena hranicemi pouze tehdy, pokud by sloužily k ochraně zájmu ostatních klientů či personálu a pokud by takovéto jednání omezovalo ostatní spolubydlíci nesnesitelným způsobem v jejich životních zvyklostech. V případě sexuální asistence je důležité nastavit taková pravidla, aby vyhovovala všem zúčastněným stranám (Šídová, Poláková, Malinová et al., 2013).

Také Horecký (in Šídová, 2018c) uvádí, že pokud se například klient domova pro osoby se zdravotním postižením rozhodne využít služby sexuální asistentky či prostitutky, poskytovatel takovéto sociální služby by měl být klientovi nápomocen jeho rozhodnutí zrealizovat a danou službu zprostředkovat i v takovém případě, kdy s tím nemusí souhlasit, jelikož i tato situace má svůj etický rozměr a někteří pracovníci se s ním mohou potýkat.

Podle Šídové (2018c) se pomáhající pracovník/pracovnice může o sexuálních asistentech/asistentkách bezpečně informovat a dále spolupracovat následujícím způsobem:

- Sdělí klientovi/klientce, že je na internetu zveřejněný seznam proškolených osob, které nabízejí sexuální asistenci.
- Klient/klientka si sám z tohoto seznamu vybere sexuálního asistentka/asistentku.
- Klient/klientka požádá pomáhajícího pracovníka/pracovnici, aby s jeho zvoleným asistentem/asistentkou probrali určité záležitosti, dále specifikuje rozsah probíhající spolupráce a pomáhající pracovník/pracovnice může pomoci sexuálního asistentka/asistentku zkontaktovat.

- Pracovník/pracovnice mají možnost se první schůzky zúčastnit. Na této schůzce se klient/klientka poprvé setká se sexuálním asistentem/asistentkou a vytváří kontrakt. Samotná sexuální asistence však probíhá bez přítomnosti třetích osob.
- Role pracovníka/pracovnice je taková, že klienta/klientku pouze doprovází, informuje, vysvětluje, nenutí a rozhodnutí ponechává na klientovi/klientce (Šídová, 2018c).

Šídová (2018d) uvádí, že lidé z pomáhajících profesí se při zavedení této služby obávali, zda je bezpečná a zda jsou sexuální asistentky řádně vyškoleny. Šídová (2018b) k tomu dodává, že tato služba získává postupně důvěru i ze strany pomáhajících organizací, které ji začínají zprostředkovávat pro své klienty. Jako přínos této služby vnímá především snížení agresivity osob se zdravotním postižením. Přínos spatřuje také ve sníženém množství případů zneužívání klientů i klientek vůči sobě navzájem a zamezení projevů sexuálního podtextu vůči pomáhajícím profesím v sociálních službách.

Empirická část

5 Výzkum

5.1 Cíl výzkumu

Výzkumná část diplomové práce se zabývá tématem sexuální asistence u osob se zdravotním postižením. Cílem práce je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách nahlízejí na sexualitu svých klientů a využití sexuální asistence v rámci poskytování pobytových sociálních služeb. Diplomová práce mapuje přístup sociálních pracovníků a pracovníků ve vybraných pobytových sociálních službách k sexualitě svých klientů, způsob, jakým naplňují sexuální potřeby svých klientů, nahlížení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na službu sexuální asistence a způsob podílení organizací na zajištění sexuální asistence.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách nahlízejí na sexualitu svých klientů a využití sexuální asistence v rámci poskytování pobytových sociálních služeb?

Dílčí výzkumné otázky:

VO1: Jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách přistupují k sexualitě svých klientů?

VO2: Jakým způsobem sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách naplňují sexuální potřeby svých klientů?

VO3: Jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají službu sexuální asistence?

VO4: Jakým způsobem se organizace podílejí na zajištění sexuální asistence?

5.3 Metodika

5.3.1. *Použitá metodika a technika sběru dat*

V empirické části diplomové práce je použit kvalitativní výzkum, který vychází z důkladného popisu zkoumaného jevu v jeho přirozeném sociálním prostředí (Hendl, 2016). Veškerá data byla získána pomocí metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Podle Miovského (2006) se v rámci polostrukturovaného rozhovoru vytváří určitá schémata obsahující specifické okruhy otázek, jejichž pořadí lze měnit v závislosti na zvoleném okruhu. Zároveň dané téma zkoumá více do hloubky vzhledem ke zvolenému cíli a stanoveným výzkumným otázkám (Miovský, 2006).

Rozhovor obsahoval celkem 25 otázek, které jsou uvedeny v příloze č. 1. Samotné rozhovory probíhaly v průběhu října a listopadu 2019. Jejich průměrná délka dosahovala 45 minut.

5.3.2. *Výběr výzkumného souboru*

Pro účely diplomové práce byly pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb vybrány prostřednictvím účelového výběru týdenní stacionáře (dále jen TS) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) v Praze a v Jihočeském kraji. Výběr výzkumného souboru tedy probíhal na základě předem stanovených kritérií. Byli vyhledáni ti jedinci, kteří tato kritéria splňovali a zároveň byli ochotni se výzkumu zúčastnit (Patton in Miovský, 2006).

Prvním kritériem bylo oslovit pouze vybraná pobytová zařízení pro osoby se zdravotním postižením, a to TS a DOZP. Jako druhé kritérium bylo stanoveno místo poskytování sociální služby. Konkrétně se tedy výzkum zaměřil na organizace v Praze a v Jihočeském kraji. Třetím kritériem byla pracovní pozice, kterou respondenti v těchto organizacích vykonávají. Pro účely výzkumu byli prostřednictvím vedení organizací či vedoucích služeb osloveni sociální pracovníci, kteří v těchto pobytových sociálních službách pracují.

Vzhledem k citlivosti tématu a mnohdy i z časových důvodů docházelo ze strany poskytovatelů v těchto krajích k častému odmítnutí, případně žádost o realizaci výzkumu zůstala bez odpovědi. Z tohoto důvodu probíhal další výběr prostřednictvím metody sněhové koule, kdy respondenti ze zúčastněných organizací zprostředkovali kontakt na další potenciální respondenty (Vojtíšek, 2012).

Původním záměrem bylo oslovit pouze sociální pracovníky (dále jen SP), nicméně během výzkumu mi byli doporučeni ve 3 organizacích také pracovníci v sociálních službách (dále jen PSS), vedoucí zdravotních služeb a pedagog. Důvodem pro zařazení těchto pracovníků do výzkumného souboru byl fakt, že se tématem sexuality svých klientů v organizacích zabývají a jejich zkušenosti se pro výzkum ukázaly jako přínosné.

Všichni respondenti tedy splňovali hlavní kritérium, a to pracovní pozice v pobytové sociální službě pro osoby se zdravotním postižením s výjimkou pedagoga, který působí ve školské instituci, jejíž součástí je i poskytování pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením.

Na základě telefonického kontaktu a e-mailem bylo osloveno celkem 21 organizací, přičemž s realizací výzkumu souhlasilo 8 z nich. Některé z organizací poskytují současně více pobytových sociálních služeb např. DOZP a chráněné bydlení (dále jen CHB), a proto byla i tato pobytová služba zařazena do výzkumného souboru. Respondenti tak hovořili o zkušenostech z obou pobytových služeb, případně o zkušenosti z jedné z nich.

Tabulka 1 Charakteristika respondentů

| Respondent | Pohlaví | Druh zařízení | Cílová skupina | Pracovní pozice | Délka praxe |
|--------------|---------|------------------|---|-----------------|-------------|
| Respondent 1 | muž | TS | Osoby s tělesným a kombinovaným postižením, 14-35 let | PSS | 6 let |
| Respondent 2 | muž | Školské zařízení | Osoby s tělesným a kombinovaným postižením, 6-35 let | Pedagog | 16 let |
| Respondent 3 | žena | DOZP | Osoby s mentálním a kombinovaným postižením, starší 3 let | SP | 5 let |
| Respondent 4 | žena | DOZP | Osoby s mentálním a kombinovaným postižením, starší 3 let | PSS | 2,5 roku |
| Respondent 5 | žena | TS | Osoby s těžším mentálním a kombinovaným postižením, 19-35 let | SP | 29 let |

| Respondent | Pohlaví | Druh zařízení | Cílová skupina | Pracovní pozice | Délka praxe |
|---------------|---------|---------------|--|----------------------------|-------------|
| Respondent 6 | žena | DOZP | Osoby s těžkým tělesným a kombinovaným postižením, 3 - 64 let | Vedoucí zdravotních služeb | 22 let |
| Respondent 7 | muž | DOZP | Osoby s těžkým tělesným a kombinovaným postižením, 3 - 64 let | SP | 15 let |
| Respondent 8 | žena | TS CHB | Osoby s mentálním a kombinovaným postižením, od 5 let Osoby s mentálním postižením, od 18 let | SP | 7 let |
| Respondent 9 | žena | CHB | Osoby s mentálním postižením, 18-80 let | SP | 20 let |
| Respondent 10 | žena | DOZP | Osoby s mentálním a kombinovaným postižením, od 3 let | SP | 5 let |
| Respondent 11 | žena | DOZP | Osoby s tělesným a kombinovaným postižením, 11-64 let | SP | 20 let |
| Respondent 12 | žena | CHB | Osoby s tělesným a kombinovaným postižením, 16-64 let | SP | 13 let |
| Respondent 13 | žena | DOZP CHB | Osoby s mentálním postižením, od 18 let | SP | 2 roky |
| Respondent 14 | žena | DOZP | Osoby s mentálním postižením, od 18 let | SP | 11 let |

Zdroj: vlastní výzkum, webové stránky organizací

Výzkumu se zúčastnily celkem 3 organizace z Prahy (2 TS a 1 DOZP), dále bylo vždy po jedné organizaci ze Středočeského kraje (DOZP a CHB), Libereckého kraje (DOZP), Pardubického kraje (DOZP a CHB), Plzeňského kraje (DOZP a CHB) a Jihočeského kraje (TS a CHB). Z těchto organizací se výzkumu zúčastnilo celkem 14 respondentů, přičemž převažovaly ženy. Nejvíce respondentů převažovalo z Prahy, dále po dvou respondentech bylo ze Středočeského kraje, Libereckého kraje, Plzeňského kraje a Pardubického kraje a pouze jeden respondent byl z Jihočeského kraje.

5.3.3. *Analýza získaných dat*

Veškerá data získaná v průběhu rozhoru byla pro větší přehlednost přepsána. Jejich analýza proběhla pomocí metody otevřeného kódování, která v datech nachází prostřednictvím kódů určitá témata vztahující se k novým vzniklým myšlenkám. Následně byly tyto kódy dle podobnosti přiřazeny do kategorií a podkategorií (Hendl, 2016). V rámci výzkumu vznikly 4 kategorie, které byly totožné se stanovenými výzkumnými otázkami – přístup k sexualitě klientů, způsob naplňování sexuálních potřeb klientů, nahlížení na službu sexuální asistence a způsob podílení organizací na zajištění sexuální asistence.

5.3.4. *Etika výzkumu*

Před zahájením samotného rozhovoru byli respondenti seznámeni s účelem a podmínkami výzkumu. Za účelem zachování anonymity byly respondentům při zpracování výsledků v empirické části diplomové práce náhodně přiděleny číslice. Všichni respondenti svým podpisem souhlasili s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním výhradně pro účely diplomové práce. Informovaný souhlas je uvedený v příloze č. 2.

6 Výsledky výzkumu

Následující kapitola zobrazuje výsledky kvalitativního výzkumu. Jednotlivé kategorie obsahují několik podkategorií, které jsou pro větší přehlednost znázorněny pomocí obrázků.

6.1 Přístup k sexualitě klientů

Tato dílčí výzkumná otázka mapuje pohled sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na sexualitu svých klientů. Dále zjišťuje, s jakými projevy sexuality se pracovníci u svých klientů setkávají a jak na tyto projevy reagují. V neposlední řadě specifikuje, jakou roli pro ně sehrává sexualita klientů při práci s klienty.

6.1.1. Vnímání sexuality

Obrázek 2 Vnímání sexuality



Zdroj: vlastní výzkum

Téměř všichni respondenti vnímají sexualitu svých klientů jako základní lidskou potřebu anebo přirozenou součást života. Někteří svá tvrzení doplňují následujícími výpověďmi.

„Určitě, proč ne, pokud s tím všichni souhlasí, protože na chráněném bydlení jsou schopní klienti, kteří si umějí říct ano či ne v tomto směru.“ (Respondentka č. 9)

Respondent č. 7 uvádí: „V podstatě tyhle lidi mají potřeby jako běžná populace. Pakliže někdo nepochopí, že je potřeba dojít k naplnění sexuálních potřeb u klientů, tak je to špatně. Je to jedna ze základních lidských potřeb, bytí a v tom momentě to srovnávám s jídlem, pitím, se sluníčkem, světlem.“

„Tak samozřejmě jsou to lidé jako všichni ostatní, takže nějakou sexualitu mají. Dokonce si myslím, že to pro některé může být výrazné téma i tím, že mají nějaký handicap.“ (Respondent č. 2)

„Toto téma považuje organizace zcela za přirozené a přistupuje k němu stejně jako k jiným oblastem života člověka. Kdo z nás třeba chvíli strádá v této životní oblasti, tak ví, že mu něco chybí, tak proč se na to nepodívat úplně stejně u člověka s mentálním postižením.“ (Respondentka č. 14).

„Já to vnímám jako podstatnou složku a jednu ze základních životních potřeb. To, že jsme se začali teď čerstvě tomuto tématu věnovat, tak je to z toho důvodu, že už si myslím, že je to pět minut po dvanácté.“ (Respondentka č. 3)

Od některých respondentů také často zazníval názor, že jejich klienti nemají povědomí o své sexualitě, což uvádí například respondentka č. 13: „Určitě tam není třeba někdy daná, nemají ji někdy ani otevřenou a vůbec o ní neví. Myslím si, že tam chybí dost osvěta, že je potlačovaná.“ (Respondentka č. 13)

Obdobného názoru je i respondent č. 1: „Pro klienty je sexualita často velmi křehké téma, které obtížně otevírají a vidí v něm spíše na povrch a ne do hloubky, protože jim spousta informací chybí.“ Dle jeho slov je pro mnohé jejich rodiče obtížné toto téma otevírat.

„Jsem přesvědčena o tom, že každý si může sexualitu prožívat, jak potřebuje. Byla bych ráda, aby i klienti měli možnost své potřeby prožívat a zároveň porozuměli tomu, co se s jejich tělem děje. Já mam tu zkušenost, že takhle nepřístupují ke svým postiženým dětem rodiče.“ (Respondentka č. 8)

V organizaci, kde působí respondentka č. 5, se u svých klientů se sexualitou nesetkávají v takové míře jako u běžné populace. Jsou zde i klienti s poruchou autistického spektra, kteří nevyhledávají kontakt primárně za účelem sexuality. „Oni si neuvědomují nějakou tu sexualitu, ani to, že se s nimi něco děje. Neví, že se tomu dává tento význam.“

V teoretické části se můžeme dočíst, že sexualita osob se zdravotním postižením je stále tabuizovaným a citlivým tématem, což zmiňovali i někteří respondenti při odpovědi na první otázku. *„I když se všeobecně tuší, tak je to docela tabu. Myslím si, že je to téma, které si zaslouží pozornost.“* (Respondent č. 2) Obdobného názoru je i respondentka č. 3: *„...je to prostě pořád tabu. Sexuální potřeby člověka s mentálním postižením jsou něco jako miň nebo to neexistuje.“*

6.1.2. Projevy sexuality

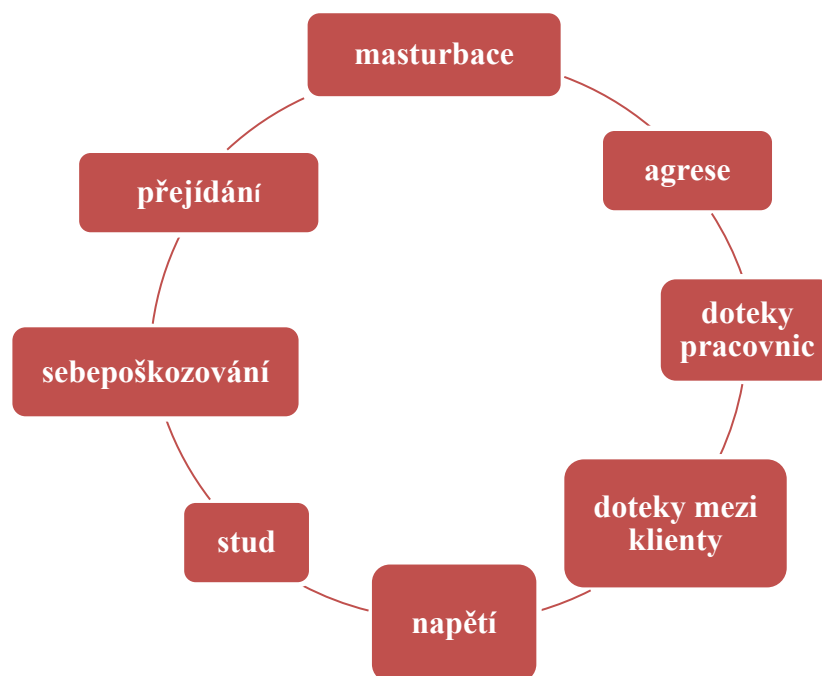
Téměř všichni respondenti se při své práci setkali či setkávají u svých klientů s různými formami sexuálních projevů. Zkušenosti se sexuálními projevy chybí pouze 4 respondentům. Jde o respondenta č. 2, který pracuje na pozici pedagoga. Také další 3 respondentky nemají přímé zkušenosti se sexuálními projevy svých klientů.

Respondentka č. 10 se dozvídá o projevech sexuality skrze problémové chování na základě zprostředkovaných informací od pracovníků z přímé péče. Respondentka č. 12 se domnívá, že u klientů chráněného bydlení pravděpodobně probíhá sebeuspokojování, nicméně tuto potřebu vykonají v soukromí na svých pokojích. Také respondentka č. 5 se ve své běžné praxi neseťká se sexuálními projevy svých klientů. *„Možná nějakou potřebu mají, ale jestliže ta potřeba je, tak ani zdaleka my to úplně nevypozorujeme, protože se tady opravdu neseťkáme s tím, že by přímo v tom společenství někdo najednou začal masturbovat, úplně takhle, když to řeknu na tvrdo.“* Zároveň se domnívá, že téhle jinakosti mohou napomáhat léky. Pouze u jedné klientky, která má poruchu autistického spektra a zároveň je nevidomá, občas pracovníci vidí, jak má ruku v kalhotách. *„Možná, že nějakou libost v tu chvíli pocítuje, ale rozhodně si nemyslíme, že by to bylo za účelem nějakého uspokojení sexuálních potřeb. Spíše vyhledává další stimuly, takže tu nevidomost si kompenzuje jinak.“* Jiné klientce se líbí zejména mužští pracovníci, a také jim to dává jim najevo. Veškerou péči vyžaduje výhradně od těchto pracovníků, dokonce by je upřednostnila i při koupání. *„Netroufnu si říct, že je zamilovaná, ale je vidět, že se jí líbí ti muži a je ráda v jejich přítomnosti. Takže my docela řešíme projevy takového impulzivního chování, ale spíše zatím hledáme něco jiného. Možná jste mi dala nějakou zpětnou vazbu, že by to třeba mohlo mít nějaký sexuální podtext.“* (Respondentka č. 5)

Další 2 respondentky sice uvedly, že zkušenosti se sexuálními projevy mají, ale nejsou tak časté oproti zkušenostem pracovníků v přímé péči. Respondentka č. 8: „*Tím, že já nejsem v té přímé péči s klienty, tak mně se to stalo párkrát za těch 7 let, co tady pracuji.*“ Respondentka č. 14 zmínila svou dřívější zkušenost z pozice pracovníka v sociálních službách: „*Pokud jste v přímé péči s klienty v intervenci opakovaně, tak se mezi vámi vytváří nějaký důvěrnější vztah. Klienti mají určité své rituály, které víceméně provádějí, a na tom asistentovi je, aby je provázel životem a vymezoval hranice, co je ještě přijatelné a co už je někde za hranicí normy.*“

Následující obrázek popisuje nejčastější projevy sexuality tak, jak je uvedli respondenti.

Obrázek 3 Projevy sexuality



Zdroj: vlastní výzkum

Polovina respondentů se u svých klientů setkává s masturbací. Například respondentka č. 8 popisuje následující zkušenost: „*Ted' mě napadá klient, kterého vzrušuje, když se věší prádlo. On vidí, jak se do toho fouká a u toho uspokojuje. To mě třeba hodně překvapilo.*“

Podle respondentky č. 6 nepoučení klienti nebo ti, kteří nejsou schopni vnímat poučení, masturbují za přítomnosti pracovníků.

Naopak respondentka č. 3 se setkává s klienty, kteří mnohdy nedávají najevo to, že potřebují masturbovat. „*Jeden klient si bere plyšáky, staví je naproti sobě a před nimi se svlíká. Není to tak, že by přišel a řekl, že si potřebuje „vyhonit“. Když má tu potřebu, tak jde a zavře se do pokoje. Akorát dělá u toho to, že krade ostatním klientům jejich věci a s těmi se třeba ukájí, tak řešíme tohle.*“

Respondenti mají časté zkušenosti také s agresivním chováním klientů v důsledku nedostatečně uspokojených sexuálních potřeb. „*Máme tu i hluboce mentálně postižené klienty, tak tam to může být s nějakými projevy agrese, což se pak řeší ve spolupráci se sexuologem a psychiatrem.*“ (Respondentka č. 6) „*Máme tady dvě mladé klientky a tam si myslím, že se objevuje ta agresivita. Obě dvě tu frustraci uspokojují přejídáním, která posléze přechází v agresi.*“ (Respondentka č. 13)

Někteří respondenti považují za projevy sexuality i to, že se jich klienti často dotýkají. „*Setkávám se s tím i dnes na té manažerské pozici, že klienti přijdou a mají tendenci třeba pohladit vlasy, pohladit po ruce, políbit do vlasů.*“ (Respondentka č. 14)

Například respondentka č. 4 tyto projevy dříve nebrala tak, že by mohly mít sexuální podtext: „*...třeba, že jedna klientka si na nás sedá, sedá si nám na klín.*“ Také respondentka č. 3, která působí ve stejné organizaci, uvedla, že klienti mají často potřebu dotýkat se pracovníků na různých částech těla: „*My za projevy sexuality vnímáme i to, že přijde klient a lehne si Vám na prsa.* Dodává, že se to snaží vštěpovat všem pracovníkům, aby s tím pracovali.

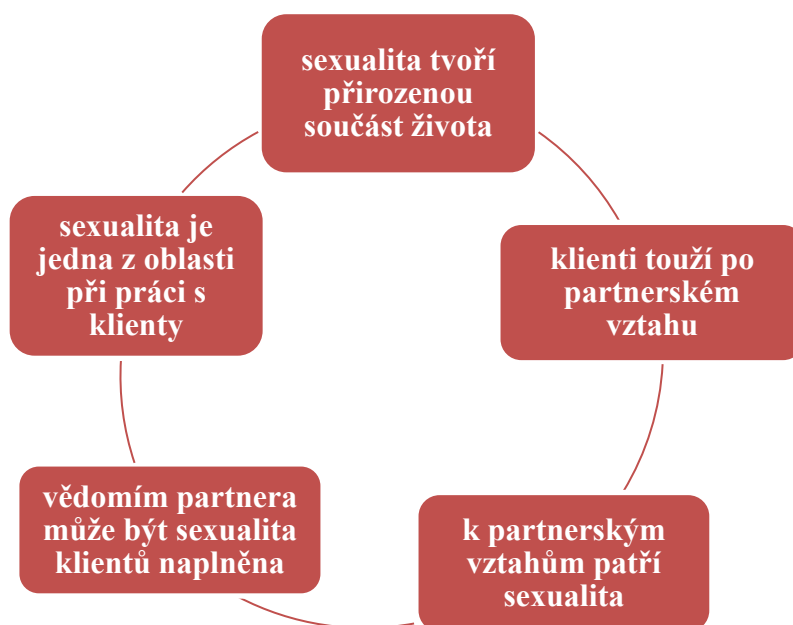
Také podle respondentky č. 8 jsou klienti u nich v organizaci hodně kontaktní a potřebují alespoň obejmout, což některé pracovnice dokážou a některé nikoliv. Respondentka za přínosné považovala účast všech pracovníků na kurzu organizace Freya, kde si malovaly to, jaké doteky jsou pro ně zakázané, které doteky nemají rády a co ještě zvládnou. „*Třeba za ruku vzít klienta to ano, když jim dá ruku na rameno to ano, ale třeba kdyby se dotýkal hlavy, tváře nebo některé pracovnice nesnesou i sahání na zadek, nohy a stehna. Měly jsme to tak nějak docela podobně, že celý ten tým se v tom docela shodnul.*“

Mezi dalšími projevy respondenti také uvedli doteky mezi klienty, stud, napětí sebepoškozování a přejídání. Respondentka č. 8 zmínila i situaci, kdy se klient zamiloval do jedné pracovnice a tu začal obtěžovat. Obtěžování posléze probírali na supervizi.

Součástí této otázky bylo také zodpovědět, jak respondenti na tyto projevy reagují. Všichni respondenti, kteří mají zkušenost se sexuálními projevy svých klientů, jim tyto potřeby umožňují vykonávat v soukromí na pokojích tak, aby byla zachována jejich důstojnost. „*Tam už tu hranici vymezují příjemně, řekla bych asertivně, aby se ten člověk necítil uražený nebo znevažovaný, aby se necítil vychovávaným dítětem. Vždy je důležité volit slova nebo formulaci věty, tak aby tomu porozuměl.*“ (Respondentka č. 14). Poměrně často také zaznívalo, že projevy musí být společensky únosné a je potřeba respektovat ostatní.

6.1.3. Role sexuality klientů při práci s klienty

Obrázek 4 Role sexuality klientů při práci s klienty



Zdroj: vlastní výzkum

Tato podkategorie se lehce prolíná s první podkategorií, jelikož řada respondentů opakovaně zmínila, že sexualitu svých klientů považuje za přirozenou součást života. Téměř všichni respondenti se v souvislosti s touto otázkou zamýšleli nad významem partnerských vztahů, neboť se u svých klientů často setkávají s touhou po partnerském vztahu, ke kterému nepochybně patří také sexualita.

„Často se setkáváme s klienty, kteří se dostávají do našeho zařízení nemotivovaní, nevyrovnaní se svou životní a zdravotní situací. Nalezení partnera včetně partnera sexuálního přispívá k jejich vyrovnaní se se situací.“ (Respondentka č. 11)

Podle respondentky č. 8 se téma partnerských vztahů výrazně promítá při individuálním plánování. *„Když jsme tenkrát dělali takový sezení, kde si klienti vystřihávali a lepili různá lepoprela, tak asi tak 90 % z nich tam mělo, že chtějí mít vztah, chtějí mít k někomu citovou, případně i tělesnou vazbu apod.“*

Také respondentka č. 9 uvedla, že klienty zajímají jednak partnerské, tak i nepartnerské vztahy: *„... třeba jenom jde o ten sex.“*

Podle některých respondentů může být pouhým vědomím partnera sexualita klientů naplněna, aniž by docházelo například k sebeuspokojování nebo k pohlavnímu styku. *„U toho klienta s mentálním postižením postačí třeba jenom to vědomí a pocit, že někoho mám a tam třeba ta sexualita končí a vůbec žádné sebeuspokojování, je to hodně individuální.“* (Respondentka č. 13) *„Lidé s mentálním postižením mají to pojetí té sexuality trochu jiné. Oni si pod pojmem sex nebo milování představí, že se s někým hladí nebo drží za ruku nebo vedle sebe jenom leží. Takže spousta z nich vlastně nemá vůbec o pohlavní styk a kopulační pohyby zájem.“* (Respondentka č. 3) Také respondent č. 7 popisuje, že v jejich organizaci mají jednak těžké fyzické, tak i mentální postižení. Klienti potřebují velikou míru dopomoci a představa pohlavního styku by byla pro ně velmi těžká. *„Pakliže já mluvím támhle o klientech, kdy každý bydlí na jiné budově a potřebují se držet za ruce, tak oni nic jiného nepotřebují v tomhle momentě, protože je pro ně důležité něco jiného.“*

Pro mnoho respondentů však sexualita svých klientů sehrává důležitou roli, a proto je to i jedna z oblastí, které se při své práci věnují. Velmi často to zdůvodňovali tím, že kromě základních činností, je pro ně stejně klíčové pomoci klientům rozvíjet jejich oblast sexuality.

„Já učím ZSV, tak tam do těch hodin se to nějakým způsobem dostává. Možná i tím, že jsem sám na vozíku, tak mam pocit, že bych se s nimi o tom měl více bavit a možná mě můžou vnímat i víc jako člověka, který jim bude rozumět a je na podobný lodi, ne asi na stejný.“ (Respondent č. 2)

„Ta sexualita je jednou z oblastí, ale je to velmi podstatný, protože je to pudová záležitost a i u lidí, kteří mají nějaký mentální handicap, tak naopak ta pudovost vystupuje do popředí, takže je to něco, nad čím se nedají zavírat oči.“ (Respondentka č. 3)

„Tak, já si myslím, že je to třeba 50 % celkového úspěchu, abychom se s nimi někam posunuli. Nejdřív musí mít uspokojené ty základní potřeby, jako najíst se, napít se a sexualita.“ (Respondentka č. 4)

„Já to nerozlišuji, já to mám úplně stejně, když si vezmeme vyhlášku a úkony péče, které provádí asistent, tak by mi měl i pomoci i abych se našel třeba ve své oblasti sexuální identity a rozvíjel jí, pokud chci.“ (Respondentka č. 14)

6.2 Způsob naplňování sexuálních potřeb klientů

Tato dílčí výzkumná otázka se zabývá tím, jak pracovníci v rámci poskytované sociální služby podporují intimní život klientů, zda mají klienti dostatek soukromí pro naplňování svých sexuálních potřeb, jakým způsobem pracovníci o sexuálních potřebách s klienty komunikují, jak je to pro ně náročné a jak často s nimi o těchto potřebách komunikují. Součástí této dílčí výzkumné otázky je také zmapovat, jak se na naplnění sexuálních potřeb podílejí rodiny klientů, zda mají pracovníci jejich podporu. Zaměřuje se i na to, jestli v jednotlivých organizacích probíhá osvěta o vztazích a sexualitě, jestli v této souvislosti pracovníci spatřují nějaké překážky, které museli překonat, než s tímto tématem začali pracovat, eventuálně co jim se v současné době brání se tomuto tématu věnovat.

6.2.1. Podpora intimního života klientů

Obrázek 5 Podpora intimního života klientů



Zdroj: vlastní výzkum

Ve všech organizacích s výjimkou organizace, kde působí respondentka č. 5, probíhá podpora intimního života. Dle slov respondentky zatím nevyplynula ze strany klientů potřeba se tímto tématem začít více zabývat. *„Máme zde klienty, kteří si více uvědomují svoji mužskost a ženskost, ale nevidíme, že by měli nějaké tlaky a v podstatě v té společnosti lidí by něco sexuálního řešili.“*

Vzhledem k tomu, že řada respondentů shodně uvedla, že jejich klienti touží po partnerském vztahu, snaží se je proto podporovat v navazování partnerských vztahů nejen v rámci organizace, ale i mimo ni. V některých organizacích se například setkávají s partnerským soužitím klientů: *„Tak my tady v zařízení mámě několik párů, kteří žijí vyloženě normální sexuální partnerský život, takže za to jsme rádi. Snažíme se, když se tady nějaký pár vytvoří, aby opravdu měli možnost mít spolu ten pokoj a sexuálně žít.“* (Respondentka č. 8) *„Občas se setkáváme s úsměvnými historkami, které by se stejně tak dobře mohly odehrát na vysokoškolské koleji, ale stanou se v zařízení sociálních služeb. Vím o případech, že si klient s partnerem mimo sociální službu najali pokoj v penzionu. Klienti však nemají povinnost tuto skutečnost nám sdělovat.“* (Respondentka č. 11)

Oproti tomu se v jiných organizacích respondenti nesetkávají u svých klientů s posunem ke vzájemnému soužití. *„Máme pouze takové to chození. Každý bydlí v jiném objektu, dokonce i v jiném městě a randí, schází se.“* (Respondentka č. 14). Obdobnou zkušenost uvedla i respondentka č. 12: *„Oni podle mě neumí nebo nemají ten příklad žít, neumí udělat ty ústupky. Tam je podle mě ideální vztah u nich, když každý má své.“*

Podpora partnerských vztahů probíhá i na základě umožnění návštěv na pokojích ve vymezeném čase se souhlasem spolubydlících. *„V podstatě to souvisí nejen se vztahem těch dvou lidí, ale je potřeba respektovat i tu potřebu toho člověka, s kterým ten druhý sdílí pokoj, protože tam třeba docházelo k tomu, že byli na té posteli a objímali se víc, než bylo zdrávo a pak byli nepříjemný vůči tomu spolubydlícímu.“* (Respondent č. 1)

Vzhledem k tomu, že respondenti u svých klientů často vnímají potřebu sebeuspokojování, umožňují ji naplňovat v soukromí na pokojích nebo při koupeli. *„Netráví během dne na pokoji skoro nikdy čas jen tady v těch případech. Pak jim necháváme čas při koupeli, takže když vidíme, že se klient vzruší, necháváme ho tam a přicházíme třeba za 10 minut.“* (Respondentka č. 4)

Z odpovědí některých respondentů také vyplynulo, že klienti mohou mít na svých pokojích předměty s erotickou tematikou jako DVD, časopisy nebo fotografie. „*Setkali jsme se s tím, že tady mají kluci porno časopisy, porno kazety, to víme, ale to si myslím, že je normální u chlapa.*“ (Respondentka č. 12) „*Můžou si na svém pokoji, nebo když jsou na pokoji se spolubydlícím a oba se dohodnou, pustit nějaké porno kazety, můžou mít na svých pokojích fotografie i třeba nějakých spoře oděných děvčat.*“ (Respondentka č. 6) Společně s respondentem č. 7 také hovořila o možnosti klientů navštěvovat běžné sítě sexshopů a možnosti využívat tantrické masáže, které jsou částečně finančně podporovány ze strany organizace.

6.2.2. Soukromí klientů

Z výzkumu vyplynulo, že v každé organizaci mají maximálně dvojlůžkové pokoje, přičemž všechny organizace disponují i jednolůžkovými pokoji. Většina respondentů vnímá soukromí klientů za dostatečné vzhledem k výše zmíněným příkladům podpory intimního života. „*Snažíme se tomu nějakým způsobem čelit a provádět uživatele, jak si říct o to, že potřebují soukromí, jak to respektovat, jak to dopřát tomu spolubydlícímu.*“ (Respondentka č. 14) Obdobného názoru je i respondentka č. 13: „*Já si myslím, že mají, protože mají ty pokoje, opravdu jsou v domácnostech, tady to není žádné ústavní zařízení, tady to bylo dříve ústavní zařízení. V případě potřeby mají tu možnost samostatné domácnosti.*“

Respondentka č. 6 například zmínila, že dříve měli k dispozici intimní klidový pokoj určený výhradně pro potřeby klientů v oblasti sexuality. Až bude nenaplněná kapacita, tak tento pokoj znovu využijí pro tyto účely, dodává.

Pouze 3 respondenti vnímají soukromí svých klientů za nedostačující vzhledem k poměrně většině dvojlůžkových pokojů. „*To je velký problém nejen pro naplňování sexuálních potřeb, to je jako na internátu, když máte spolubydlícího a chcete si přivést návštěvu na noc. Tak je to problematický.*“ (Respondentka č. 3) Respondentka č. 10 například zmínila, že na dvojlůžkových pokojích sice mají k dispozici paravány, ale zajistit klientům adekvátní soukromí je problematické. „*Pakliže bydlíte ve dvou a teď tam chodí personál jo, tak v tom momentě nemáte. Představte si, že většina těch pokojů, dnes už tedy všechny nejsou zamčené. Dřív to bylo jinak, ale zase to vychází z toho, že asi víc upřednostňujeme bezpečí klienta před touto podporou.*“ (Respondent č. 7)

6.2.3. Komunikace o sexuálních potřebách

Obrázek 6 Komunikace o sexuálních potřebách



Zdroj: vlastní výzkum

Pro většinu respondentů je velmi důležité při komunikaci o sexuálních potřebách se svými klienty si získat jejich důvěru a zaujímat otevřený postoj. „Většinu těch klientů znám dlouho, protože se mnou volně mluví, tak je to vzhledem i k mému věku, kdy chodí a s důvěrou to, co potřebují, sdělí. Vědí, že můžou přijít, že se můžeme pobavit o všem.“ (Respondent č. 7)

Mnoho respondentům napomáhá při komunikaci o sexuálních potřebách protokol sexuality. Z výzkumu však vyplynulo, že tento dokument má zpracovaný pouze polovina organizací. Jedna z těchto organizací tento dokument nazývá namísto protokol sexuality podpora v oblasti sexuality. Každá z těchto organizací má v tomto dokumentu uvedeno, že s klienty o jejich sexuálních potřebách mohou komunikovat jednak běžní pracovníci, tak i intimní asistenti, kteří řeší již konkrétní zakázky klientů v rámci poskytování intimní asistence (viz podkapitola Intimní asistent v organizacích).

O potřebnosti tohoto dokumentu v sociálních službách hovořila například respondentka č. 14: *„Vycházíme z praxe, klienti sexualitu řeší a stávalo se nám, že v té spolupráci narazili na asistenta, který už měl svou hranici a nemohl jít už v tom rozhovoru dál a to je ukotveno v našem dokumentu Podpora v oblasti sexuality, kde se píše, nechci se dál bavit, ale pomůžu, odkážu na někoho, kdo se bude bavit dál a to je ten náš konzultant v oblasti sexuality.“* (Respondentka č. 14)

Součástí této otázky bylo také zjistit, jak je pro respondenty komunikace o sexuálních potřebách náročná. S výjimkou respondentky č. 5, která s klienty prozatím o sexuálních potřebách nekomunikuje, všichni respondenti shodně uvedli, že komunikace pro ně náročná není. Spíše je vždy důležité zvolit vhodný komunikační nástroj, aby klienti informacím porozuměli. *„Nepoužívám žádné odborné výrazy. Dokonce když jsem řekla prezervativ, tak klienti nevěděli, co to je. Jdeme na to úplně jednoduchou cestou, je to guma a nestřídám ty názvy, aby se jim to nemotalo.“* (Respondentka č. 13) Respondentka č. 10: *„Z hlediska té komunikační vybavenosti toho klienta musím hledat jazyk, kterému rozumí. Někdy se ovšem stane, že ten klient tomu vůbec nerozumí.“* Respondentka č. 3: *„Spousta našich klientů potřebuje alternativní formu komunikace, takže je to o hledání správného komunikačního nástroje a neustálém ověřování, zda klient porozuměl mně a já jemu.“*

Podle některých respondentů může být mnohdy obtížné komunikovat o sexuálních potřebách zejména s klienty s těžším mentálním postižením: *„Vy se můžete pomocí piktogramu domnívat, že se bavíte nebo komunikujete na téma vztahy a sex, ale je to vlastně složitý.“* (Respondentka č. 3) Obdobný názor zastává i respondentka č. 5: *„Samozřejmě jsou nějaké podpůrné obrázky, piktogramy, ale nejsem si úplně jistá, jak dalece to ten klient pojme, jestli pojme obrázky, fotky, jestli vůbec mu to něco říká. Zase to jeho vnímání může být jiné nebo zúžené, on to prostě nevnímá ani jako sexualitu.“*

V rámci této podkategorie měli respondenti uvést, jak často s klienty o sexuálních potřebách komunikují. Převážná část respondentů zmínila, že vzhledem ke své pozici, kterou v organizaci vykonávají, není komunikace o sexuálních potřebách příliš častá. Spíše se jedná o nahodilá setkání, což popisuje například respondentka č. 14: *„Vysloveně já na své pozici moc často s klienty o sexuálních potřebách nekomunikuji. Spíše jsou to taková náhodná setkání a já nemám úplně v náplni práce pravidelný kontakt s uživatelem.“*

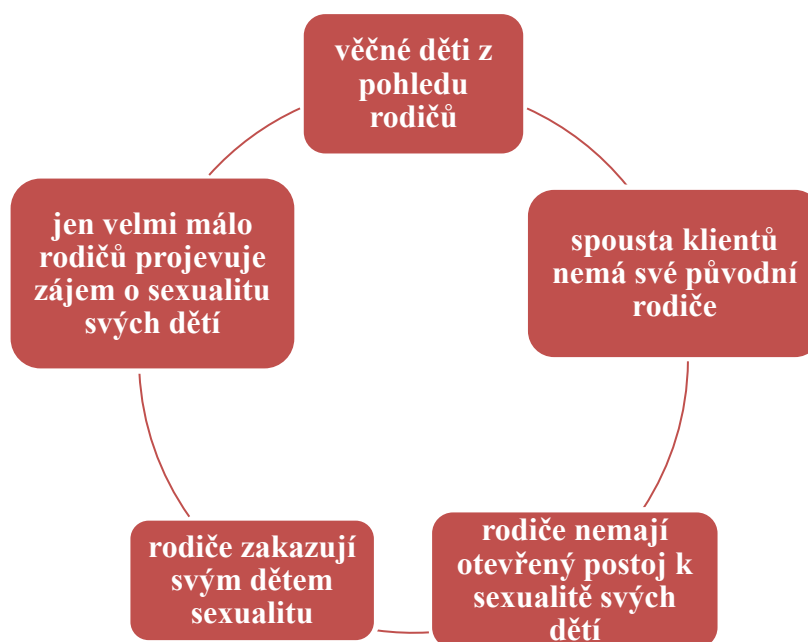
„Naši klienti si umí poradit, vědí, co a jak, takže komunikují pouze tehdy, když mají nějaký problém. Když bych měla říct četnost, tak 1x za čtvrt roku třeba.“ (Respondentka č. 9)

„Je tady víceméně hodně žen a ty to mají zázděné, ještě z ústavní péče. Jsou to takové ústavní seniorky a myslím si, že už to neotevřou vzhledem k věku a vzhledem k tomu, že byly v ústavní péči.“ (Respondentka č. 13).

Pouze 3 respondenti komunikují s klienty poměrně častěji: „Třeba s jednou klientkou komunikují zhruba 1x týdně.“ (Respondentka č. 4). Obdobnou zkušenost má i respondent č. 1. Pouze respondentka č. 3 zmínila, že s klienty o sexuálních potřebách komunikuje téměř každodenně: „Mně to zabírá docela dost času, protože se na mě obrací všichni ti vedoucí s těmi tématy a já je pak distribuji mezi ty sexuální důvěrníky a sama vedu ty konzultace taky a zároveň se na mě obrací sexuální důvěrníci někdy s prosbou o radu.“

6.2.4. Podílení se rodiny na sexuálních potřebách klientů

Obrázek 7 Podílení se rodiny na sexuálních potřebách klientů



Zdroj: vlastní výzkum

Mnoho respondentů se u většiny rodičů, případně i opatrovníků, setkává s tím, že přistupují ke svým potomkům jako k věčným dětem a opomíjí jejich sexuální potřeby: „Zrovna teď jsem přijímala klientku 33letou, ženu s Downovým syndromem, ale právě takovou kontaktní. Byla na prvním jednání s maminkou a maminka, když jsem nakousla téma antikoncepce apod.

„No ne prostě. Moje holčička, ta vůbec takovéhle věci nedělá.“ Jo, tak tímhle tím způsobem a musím říct, že to je fakt běžný přístup.“ Uvedla svou zkušenost respondentka č. 8.

Respondenti poměrně často nevnímají u rodičů otevřený postoj k sexualitě svých dětí vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivé téma, na které nahlíží s obavami a ostýchají se o něm hovořit.

Dle slov respondentů někteří rodiče či opatrovníci svým dětem sexualitu zakazují. *„Měli jsme klienta, kterému se líbily ženy. On se přihlásil na cvičení, které vedly ženy, protože mu to dělalo dobře a jeho máma, když to zjistila, tak to ne, půjdeme k doktorovi, tohle mu zařiznu a já říkám: „Prosím Vás, o kom se to bavíte?“ Tak na mě koukala.“* (Respondent č. 7)
Respondentka č. 4: *„Například jedna matka s tím má hrozný problém, a když telefonuje, že chce mluvit se synem, tak jí sdělím, že teď to nepůjde, protože má svou chvilku a ona mi řekne, že si „honi“, to si děláte srandu, ať to nedělá.“* Také respondentka č. 10 má obdobnou zkušenost s některými opatrovníky: *„Máme opatrovnici, která dokonce zakazuje klientce nebo až moc koriguje její nakupování šperků a různých voňavek a tak, prostě tu sexualitu se snaží nějakým způsobem utlačit.“*

Dle názoru některých respondentů existují i mezi rodiči určité výjimky, kteří se zájmem chtějí podporovat sexuální potřeby svých dětí. *„Dvěma maminkám jsme zprostředkovali kontakt s Petrem Eisnerem, jako s konzultantem, který má spoustu zkušeností, než jsme s těmi konzultačními činnostmi začali my a nechceme rozhodně tu jeho roli suplovat, jenom jsme je zkontaktovali a zprostředkovali jim setkání.“* (Respondentka č. 3)
I podle respondentky č. 6 existuje pár rodičů, kteří se zájmem řeší sexualitu svých dětí dříve, než vznikne nějaký problém: *„Takže ti přijdou za klíčovým pracovníkem, ten je odkáže za mnou nebo za kolegou a pak řešíme, co můžou udělat oni a co můžeme udělat my. My třeba řekneme, můžeme tady mít vibrátor, tak koupíte ho Vy nebo chcete, aby Vaše dcera si ho vybrala s námi, tak potom není problém komunikovat s tou rodinou.“*

V některých organizacích však respondenti s rodinou o sexuálních potřebách nekomunikují. Respondentka č. 11 a respondentka č. 12 to zdůvodňují tím, že jejich klienti s rodinou většinou nejsou v kontaktu nebo již své původní rodiny nemají: *„Pokud chtějí klienti začít žít a hospodařit spolu, informujeme o tom v případě jejich zájmu rodinu.“* Také podle respondentky č. 14 nemá převážná část klientů vzhledem ke svému vysokému věku původní rodinu: *„Mají za sebou třeba 20,40 let v ústavní péči, kdy už ta rodina nefunguje nebo historicky nikdy nefungovala nebo už neexistuje.“*

6.2.5. Osvěta o vztazích a sexualitě v organizacích

Obrázek 8 Formy osvěty o vztazích a sexualitě v organizacích



Zdroj: vlastní výzkum

Osvětová činnost o vztazích a sexualitě probíhá celkem v 7 organizacích. Pouze v organizaci, kde působí respondentka č. 5, se na osvětu nezaměřují. Osvěta v těchto organizacích probíhá nejčastěji v podobě individuálních konzultací s klienty. Respondenti společně s klienty probírají témata seznamování, partnerských vztahů a sexuality, rizika zneužití na sociálních sítích a poměrně často se dostávají na témata antikoncepce i masturbace.

Respondenti se také zaměřují i na osvětu skrze účast na kurzech o sexualitě osob se zdravotním postižením. Cílem výzkumu nebylo zmapovat, o jaké kurzy se jedná, ale sami respondenti se většinou spontánně zmiňovali o kurzu Petra Eisnera – Sexualita a vztahy osob s postižením I. „Všichni pracovníci mají postupně možnost absolvovat kurz sexuality level I., aby si věděli rady, co nedělat, aby si věděli rady, na koho se mohou v organizaci obrátit.“ (Respondentka č. 6) Také respondentka č. 3 uvedla, že se kurzy snažili pojmout komplexně: „Proškolili jsme zhruba 70 % zaměstnanců, tedy nejen pracovníky přímé péče, ale i údržbáře, kuchaře a zdravotní sestry.“ Zároveň se podělila o svou zkušenost s tímto kurzem: „Líbí se mi, že on pracuje více s tou osou a teď založili i unii Nebud' na nule. Tak to mně dalo taky moc.“ (Respondentka č. 3)

O svou zkušenost s tímto kurzem se podělila také respondentka č. 14: „*Na té ose sexuality nás prováděl, jak to každý z nás má a kdo se v té ose dostal hodně daleko a byl ochoten mluvit více o této oblasti, to jsou ti naši konzultanti v oblasti sexuality. Dostalo se tam více lidí, ale absolvovat to školení a stát se konzultantem opravdu všichni nechtěli.*“

Za další formu osvěty někteří respondenti považují i realizaci skupinových setkání. Tato setkání nejčastěji probíhají formou besed s klienty. „*Ted' s vybranými klientkami jsem měla například besedu o sexuálním obtěžování.*“ (Respondentka č. 10) Také v organizaci, kde působí respondent č. 2, probíhá osvěta v rámci pořádaných besed každé třetí úterý v měsíci. Tyto besedy vzešly z iniciativy rodičů před několika lety: „*S tehdejším panem ředitelem a psychologem jsme svolali takovou schůzku lidí, které by to mohlo zajímat. Jeden z výstupů teda byl, že jsme založili besední kroužky, které jsou vysloveně dobrovolné. Po hříchu musím říct, že rodiče, od kterých ta iniciativa vzešla, tak se do toho moc nezapojili.*“ Dle jeho slov na besedy dochází převážně klienti, avšak zájem z jejich strany taktéž upadá. „*Možná se to už trochu okoukalo.*“ Na besedách se pouštějí například filmy s tematikou sexuality a partnerství osob s postižením, zúčastnili se i manželé, kteří povídali o své životní zkušenosti s handicapem, proběhla beseda na téma hledání si partnera/partnerky a také beseda o komunikaci v partnerských vztazích, dodává respondent.

Naopak respondentka č. 3 sdělila, že jsou s osvětou teprve na začátku, jelikož téma sexuality otevřeli na jaře tohoto roku: „*Vydáním protokolu sexuality to začalo bujet, protože jsme si toho začali více všímat.*“ V organizaci však pořádají rovněž besedy pod vedením dvou sexuálních důvěrníků. Tyto besedy se těší velkému zájmu zejména mladých klientů. „*Jedná se o prostor, ve kterém můžeme hovořit na témata jako vztah, ale i láska seznamování, mužské a ženské role. Zatím je to taková ořukávačka. Ještě jsme se nedostali k těm tvrdým technikáličím.*“ Zmínila se respondentka.

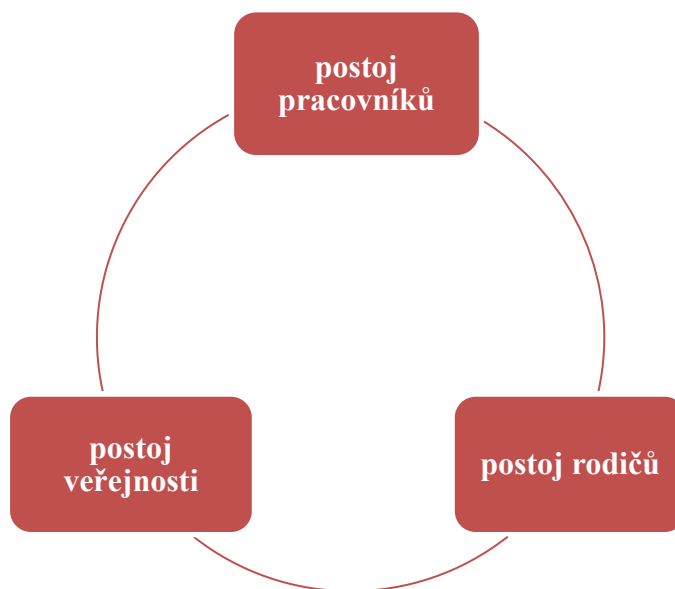
V některých organizacích probíhá osvěta o vztazích a sexualitě i skrze sdílení s odborníky z řad pomáhajících profesí. Několik respondentů se zmínilo například o spolupráci s Petrem Eisnerem. „*Byl tady v rámci těch besed.*“ Zmínil respondent č. 2. Také respondentka č. 12 zmínila spolupráci s Petrem Eisnerem: „*Doporučil nám hezké video o sexualitě, tak jsme ho poslali těm našim klientům, ale stejně se rozešli. Když má každý z těch partnerů jiné požadavky, tak si myslím, že žádný výsledek to až tak nemělo.*“

Rovněž respondent č. 7 se zmínil o spolupráci s Petrem Eisnerem při zavádění protokolu sexuality. „Chceme, aby pan Eisner školil i personál a taky rodiče. Jenže když pozvete někoho, aby přišel, tak Vám nepřijde nikdo maximálně dvě, tři matky. Vy zaplatíte spoustu peněz, protože ani pan Eisner není zadarmo a ti rodiče z mého pohledu nemají zájem a to není jen o tu sexualitu. O tu sexualitu už většinou žádný.“

Některé organizace navazují spolupráci i s dalšími neziskovými organizacemi, jak uvedla respondentka č. 6: „Kdysi jsme jeli do jedné neziskové organizace s našimi klienty, povídat, školit na diskusní klub o tom, jak to děláme u nás. Spíše využíváme něco, co je mimo, aby se mohli jiné tváře dozvědět.“ Respondentka jako přínosnou považuje i účast na konferenci v Pardubicích o sexualitě a sexuální asistenci. Obdobnou zkušenost uvedla i respondentka č. 14: „Účastníme se různých diskusních setkání, kulatých stolů, když je pořádá organizace Freya, tak jsme tam pozvaní nebo když MPSV dělá nějaké diskusní setkání právě k sexualitě.“

6.2.6. Překážky před započítím práce se sexualitou

Obrázek 9 Překážky před započítím práce se sexualitou



Zdroj: vlastní výzkum

Za nejčastější překážku před započítím práce se sexualitou respondenti považovali postoje některých pracovníků v přímé péči. „*No, tak jelikož jsem dlouhodobý pracovník, tak toto téma bylo všude v takovýchto organizacích tabu, ale už se to prorazilo. Samozřejmě nejvíc jsme naráželi u běžných pracovníků.*“ (Respondentka č. 9) Naopak respondentka č. 4 se domnívá, že je téma sexuality mezi kolegy stále málo známé „*Oni to tak neberou, že musí být vykoupáný, ale že potřebují nějakou sexualitu, tak to ne. Takže by ta osvěta měla být větší, protože jeden, dva lidi to nezachrání.*“ Respondent č. 2: „*Přiznám se, že ani všichni kolegové na to nemají jednotný názor. Setkal jsem se s pohledem, proč to otevírat, proč tu Pandořinu skříňku otevírat, proč to těm lidem připomínat a nějak to zesilovat tu otázku.*“

Také respondentka č. 6 za největší překážku považovala smýšlení nejen některých pracovníků v přímé péči, ale i pracovníků v managementu organizace, kteří pochybovali především o využitelnosti protokolu sexuality: „*Začali jsme od nižšího managementu až k aktivním klíčovým pracovníkům, kdy jsme spolupracovali, tvořili jsme z původního protokolu sexualitu, který byl něco jako etický kodex, tedy pár vět, které nic neznamenaly, všechny chránily a nic moc se s tím nedělalo do takových těch praktických věcí.*“ Respondentka zároveň dodala svou pozitivní zkušenost: „*No je pravda, že to není tak moc využíváný, jako co to stálo práce, ale stálo to za to. My už dneska víme, jak postupovat, víme, co dělat a teď neřešíme „ježiši, ona potřebuje do sexshopu“ může, nemůže. My víme jasně, že jsme si stanovili v pravidlech, že může. Klientka si sama vybere a my ji tam jenom odtlačíme a je to.*“

Naopak v organizaci, kde působí respondentka č. 14, vzešla iniciativa pro práci se sexualitou od pracovníků v přímé péči: „*Někomu v té spolupráce s klienty na téma sexuality bylo dobře, někomu míň a někomu vůbec.*“ Dle jejích slov probíhaly v managementu debaty, jak to téma uchopit: „*My to možná probereme se svojí kamarádkou, ale co lidi s postižením, mají tady kamaráda, se kterým to proberou, orientují se v tom, co se v nich odehrává, jestli jsou třeba muž a žena, vědí to, jaké mají prožívání. Oni potřebují nějakého důvěrníka, s kým to budou probírat a ten důvěrník toho musí být schopen reagovat a tak vznikl i náš příslušný dokument Podpora v oblasti sexuality.*“

Jako další překážku respondenti zmiňovali postoj některých rodičů k sexualitě svých dětí. Například podle respondentky č. 11 zejména rodiče nově nastupujících klientů nejsou připraveni na to, že jejich dítě může navázat v organizaci partnerský vztah, který může vyústit i ve vztah sexuální, a proto je potřeba si s nimi o tom promluvit.

Poměrně často se respondenti setkávají i s překážkami ze strany veřejnosti: „*Ona za mnou přišla paní vedoucí a ptala se mě, jak si myslím, že na nás budou nahlížet z venku, že děláme takovéhle věci a já jsem jí řekla, že si budou myslet, že jsme nějaký uchyláci doslova jako. Takže si myslím, že je to hrozně zkreslený, že vůbec ani nevědí o čem to je a toho jsem se hodně bála a je tomu tak i u těch rodičů. Setkávám se s názory typu „Vy tam s nimi děláte nějaké sexuální věci.“* (Respondentka č. 4)

Také respondent č. 2 zmínil svou následující zkušenost: „*Setkal jsem se s tím, že někteří lidé to nepochopili nebo překrucovali a ozývaly se u pana ředitele nějaký hlasy právě typu, že zprostředkováváme sexuální služby, což je naprosto absurdní, nemyslitelný. Tak proto jsem v tom trochu opatrný, protože cítím ty obavy, abychom z tohohle nebyli nařčeni.“*

Součástí této podkategorie bylo také zmapovat, jestli v organizacích, kde je téma sexuality spíše tabuizované, respondenti spatřují nějaké zábrany, které jim neumožňují se tomuto tématu věnovat. Podle respondentky č. 8 je to zejména postoj pracovníků v přímé péči, ale i postoj managementu organizace: „*Třeba ty náměty, které nám Freya předala, jak se s tou sexualitou dá pracovat a že se dá napsat ten protokol sexuality, tak to musím říct, že se těm ženským do toho moc nechce. Je to tak na půl rozdělený ten tým.“* Respondentka č. 5 uvádí: „*Možná ta cílová skupina, tady není taková potřeba toto téma otevírat a bavit se o něm, protože za prvé jak, oni to budou vnímat a myslím si, že oni tomu nebudou ani rozumět, protože ta jejich mentální úroveň je úplně někde jinde.“*

6.3 Nahlížení na službu sexuální asistence

Tato výzkumná otázka zjišťuje, jak pracovníci vnímají službu sexuální asistence, jaká je jejich informovanost o aktivní sexuální asistenci, zda nějaké informace postrádají, případně zda by uvítali nějaký seminář, který by doplnil jejich stávající znalosti o této službě. Výzkumná otázka se zaměřuje i na to, jak pracovníci vnímají finanční dostupnost aktivní sexuální asistence pro své klienty. Rovněž mapuje, v čem by podle jejich názoru mohla být služba pro klienty přínosná a proč by poskytovatelé sociálních služeb měli věnovat pozornost aktivní sexuální asistenci.

6.3.1. Vnímání aktivní sexuální asistence

Obrázek 10 Vnímání aktivní sexuální asistence



Zdroj: vlastní výzkum

U většiny respondentů převládá pozitivní vnímání služby sexuální asistence. Považují ji za veliký pokrok a jednu z možností, jak mohou osoby se zdravotním postižením uspokojovat své sexuální potřeby. „Já jsem rád, že existuje a těší mě, že Česká republika se mi zdá v tomhle docela otevřená.“ (Respondent č. 2)

„Je dobře, že tady vznikla, že se nám tady v republice podařilo proškolit, propagovat sexuální asistenci a jsme rádi, že se dozvídáme, že i v některých zařízeních sociálních služeb jsou i klienti, kteří jí chtějí využívat.“ (Respondentka č. 6)

Podle respondentky č. 10 by však neměla být sexuální asistence zcela samozřejmostí: „Běžný člověk také nemá nárok svým způsobem na sex. Já taky nedostávám od státu na nějakého gigola peníze, když si mě někdo nevšimne. Bylo by třeba výhodné, kdyby mohl sexuální asistenci doporučovat sexuolog jako vzdělávací konzultaci, tak to ano třeba.“ Zároveň se domnívá, že pro osoby s mentálním postižením, které mnohdy nerozumí obsahu obrázků, se tato služba jeví jako výhodná.

Jiný názor na tuto službu zastává respondentka č. 5: „Sexuální asistence je vhodná pro ty, kteří jsou schopni si o tu službu říct. Určitě si myslím, že je to dobrá podpůrná věc pro lidi po úraze s poruchou míchy, ale mentálně jsou na tom dobře. Nejsem si jistá, jak člověk s mentálním postižením, je schopen tohle pochopit.“ Domnívá se, že by poskytnutí této služby mohlo u klientů vyvolat neustálou potřebu masturbace. (Respondentka č. 5)

Někteří respondenti ve spojitosti se sexuální asistencí hovořili také o obavách z kuplířství: *„My u spousty našich klientů vidíme, že ten člověk by měl potřebu nějakého sexuálního kontaktu. Klidně se sexuální asistentkou, ale on není schopný udělit slovní souhlas nebo si o tu službu říct a my vlastně nemůžeme ten kontakt zprostředkovat, protože by se mohlo jednat o kuplířství.“* (Respondentka č. 3)

„No, dobrozdání Ministerstva vnitra, je to hrozně hezký, ale je to jenom do té doby, než se někdo v politickém spektru vymění a bude na mě zlý. Já se chci o tom bavit vážně, tohle beru jako legrandu a účastnit se toho nechci. Nechci, aby mě někdo zavřel jenom proto, že jsem byl hodnej a dělám, že neumím číst.“ (Respondent č. 7)

„Je to obrovské tabu a vnímám obrovskou obavu, že někdo bude nařčený z něčeho nezákonného nebo pochybného.“ (Respondent č. 2)

Respondenti tyto obavy zmiňují především v souvislosti s nedostatečnou právní úpravou sexuální asistence a apelují na to, aby ČR sexuální asistenci zlegalizovala. *„Je to stále taková ta otázka, že když Vám řeknu, že za toho klienta napíšu mail, tak zprostředkuji něco třeba nějakou masáž, ale ve skutečnosti se tam dějí opravdu jiné věci, že to ještě není státem úplně ošetřený. Ještě to tedy nikdo nenapadl.“* (Respondentka č. 13) *„Chci, aby to bylo dané normou. Pakliže mi někdo dokáže, že tomu tak bude a já něco zprostředkuji tak, aby mně něco nehrozilo, tak to potom ano, pak tomu rozumím.“* (Respondent č. 7)

6.3.2. Informovanost o aktivní sexuální asistenci

Z výzkumu vyplynulo, že převážná část respondentů považuje informovanost o sexuální asistenci za dostačující, jelikož spolupracují s organizací Freya: *„Měli jsme tady školení od organizace Freya, která nám tu sexuální asistenci docela hodně přiblížila.“* (Respondentka č. 9) Respondent č. 7: *„Byli jsme v kontaktu s paní Šídovou, protože jsme jezdili na různé besedy a byli jsme i na MPSV, kde bylo takovéhle školení o sexuální asistenci.“* Respondentka č. 3 považovala také za přínosnou účast na kurzu s názvem *Od srdce k tělu*, kde se školila první skupina sexuálních asistentek.

Z výzkumu také vyplynulo, že pouze 5 respondentů nemá o této službě dostatek informací: *„Zároveň si myslím, že je nemají hlavně naši klienti.“* (Respondentka č. 11) *„Tak já kdyby to bylo na mně, určitě bych do toho šla hlouběji, protože ten kurz, který jsme absolvovaly, byl zatím takový první nástřel. Šla bych do toho ještě hlouběji.“* (Respondentka č. 8)

Dle slov dalších 3 respondentů zatím nevyplynula potřeba ze strany klientů se tímto tématem začít zabývat.

V rámci této podkategorie měli respondenti zmínit, zda nějaké informace doposud postrádají, na což odpověděly pouze 2 respondentky. *„To, co já postrádám, je jak se věnovat lidem opravdu s těžkým mentálním postižením nebo třeba s nízkofunkčním autismem, kde ta sexualita má úplně jiné rysy.“* (Respondentka č. 3) Respondentka č. 8: *„Chtěla bych třeba vědět více o tom protokolu sexuality a víc se do toho ponořit tak, aby individuální práce s tím klientem tomu přinesla to ovoce, které si myslím, že by určitě přinesla.“*

Na otázku, zda by respondenti uvítali seminář na téma sexuální asistence, odpovědělo 11 respondentů kladně. *„Mohl by být součástí nějaké akce pro klienty. Jistě by bylo užitečné, aby věděli, kde se mohou na sexuální asistenty obrátit.“* (Respondentka č. 11) Respondentka č. 4 by považovala za přínosné setkání se sexuální asistentkou. Respondentka č. 13 uvedla, že by si chtěla oživit příklady ze života o sexuální asistenci. Respondent č. 7 dodává: *„Nevím, jestli seminář pro mě, ale pro ty ostatní pracovníky určitě ano.“*

Zbývající respondenti nepovažují seminář za potřebný vzhledem k poměrně dostatku získaných informací, což dokládá například respondentka č. 14: *„Spíš jsem se na těch diskusních setkání setkávala s tím, že ta oblast je mnohdy ještě v plenkách někde i v těch organizacích je tabu a jsem ráda, že my jako organizace jsme dál.“*

Pouze respondentka č. 5 shodně uvedla: *„Myslím si, že my tady tu asistenci úplně nepotřebujeme.“*

6.3.3. Finanční dostupnost aktivní sexuální asistence

V této podkategorii měli respondenti uvést, jak nahlízejí na finanční dostupnost aktivní sexuální asistence pro své klienty. Pouze 4 respondenti neměli povědomí o finanční částce za tuto službu.

Zbývající respondenti vnímají částku za sexuální asistenci jako poměrně vysokou vzhledem k tomu, že řada klientů nedisponuje velkými finančními prostředky po uhrazení nákladů na sociální službu. Respondenti v této souvislosti také zmínili, že překážkou dostupnosti může být také neochota některých rodičů či opatrovníků uvolnit finanční prostředky na zprostředkování této služby.

„Z mé zkušenosti vím, že jsou tady klienti, kteří mají sexuální potřeby, ovšem jejich příjem je takový, že jsou rádi, když zaplatí i ty léky z těch 15 % co jim má zbýt, čili dostanou 100,- na týden.“ (Respondentka č. 10) Respondentka č. 3 k tomu dodává: „Tak než si našetříte na tu sexuální asistentku, aniž by Vám to musela maminka nebo veřejný opatrovník povolit, tak to trošku trvá, ale zároveň jsme tu diskuzi nemuseli vést a rodičů, kteří by byli ochotní říct, ať si teda Karel nebo Maruška užije, tak takových moc není a ti uživatelé s tou částkou volně disponovat nemůžou no.“ Respondentka č. 9: „Dříve jeden klient využíval služby prostitutky, kterou mu hradil otec, který již zemřel a ten klient na to nemá teď peníze a víme, že by to bylo potřeba a nebyl by problém s ním do takového nevěstince zajet, ale bohužel nás brzdí finance.“

Respondentka č. 14 se zmínila o možnosti řešení nedostatku finančních prostředků: *„Takže potom nějaké fundraisingové aktivity třeba, které by jim přinesli možnost si dopřát sexuální asistenci.“* Takovouto možnost například již v jedné organizaci nabízejí: *„Naše nadace přišla s nabídkou, že může finančně podpořit někoho, kdo by měl zájem na prvním sezení, kdy se klient seznámí s asistentkou. Takže to mi přijde hodně osvícené, ale taky vím, že to ještě nikdo nevyužil.“* (Respondent č. 2) Dle jeho slov není problém spíše ve finanční dostupnosti, ale v tom se k této službě odhodlat. Také respondent č. 7 se domnívá, že zvýšením příspěvku na péči se stává sexuální asistence dostupnější. Také podle respondentky č. 12 by si sexuální asistenci mohli někteří klienti dovolit, jelikož pracují.

Respondentka č. 13 zmínila zkušenost s jedním klientem, který v organizaci využívá sexuální asistenci a vždy si na ni ušetří. Zároveň dodává: *„Máme tady ještě jednoho pána, kterému bych to i přála, protože ten by chtěl nějakou přítelkyni, ale nemá na to finance. Tady nastává okamžik, pokud poznají to potěšení a nebudou mít na další potěšení, tak jestli u nich nevznikne ještě větší frustrace, než kdyby ho nepoznali.“*

6.3.4. Přínos aktivní sexuální asistence pro klienty

Obrázek 11 Přínos aktivní sexuální asistence pro klienty



Zdroj: vlastní výzkum

Dle slov respondentů může být sexuální asistence pro klienty přínosná převážně po psychické stránce zvýšením jejich sebevědomí. Podle respondentky č. 12 by mohla být v tomto směru přínosná hlavně pro muže. Respondentka č. 6: „*Sami sebe budou mít radši, protože zjistí, že někdo jejich tělo přijímá celé a není to jenom o pečování.*“ Respondentka č. 14 zmiňuje: „*Možná tím stoupám já jako člověk sám ve svých očích a tím pádem si víc věřím a víc toho dokážu i v jiné oblasti.*“

Jako další přínos respondenti vnímají potlačení agresivního chování některých klientů. V této souvislosti však respondentka č. 4 zmínila: „*Máme tady spoustu klientů, kteří mají agresivní chování, takže pro ně by to určitě bylo. Jenže zase já mám fakt klienta, který je agresivní, možná ten souhlas by dal, ale já bych nevystavovala tu asistentku tomu klientovi, spíš bych měla strach o ní, protože vím, že ten klient je nevyzpytatelný a neudělala bych to.*“ Obdobného názoru je i respondentka č. 5: „*Sexuální asistentka by se o něco snažila a mohlo by se to taky obrátit proti ní, že ten klient by jí jednu pinknul a asi by se hodně divila, najednou je to neřízená střela. Říkám, nemám s tím zkušenosti, jak by ten klient reagoval.*“

Podle některých respondentů by sexuální asistence mohla klientům napomoci v nácviku specifických dovedností v oblasti sexuality zejména při masturbaci a zažití pohlavního styku. „*Někteří klienti nevědí, co sami se sebou. Pak někdy stačí se, když to řeknu se sexuálně*

uvolnit.“ (Respondentka č. 9) Respondentka č. 3 k tomu dodává, že je spousta jejich klientů odkázána na autoerotiku nebo placenou službu. Zároveň sní o zdravé partnerce, což je podle jejího názoru nereálné. Domnívá se, že někteří klienti by tedy mohli využít sexuální asistenci a zažít opravdový sex s reálnou ženou: *„Lidi s mentálním postižením, kvadruplegií po různých úrazech mají veliký traumata z toho, že se nerealizují sexem. Ta sexuální asistentka, když je podle mě zaměřená i víc tak jako do hloubky, tak dokáže spoustu těch bloků rozpustit.*“ Také respondentka č. 6 uvádí: *„Myslím si, že by se mohli naučit něco, co my jim nemůžeme fyzicky předvést, protože o tom pohlavním styku hodně diskutujeme zejména s děvčaty a u těch chlapců, tak to může být častější a jednodušší co se týká masturbace.*“

V této souvislosti respondenti zmínili, že by sexuální asistencí mohlo dojít k zamezení obav některých klientů z pohlavního styku: *„Tím, jak mají nějaký handicap, tak si často nedokážou představit, jestli se třeba během toho pohlavního styku nemůže něco stát. Častá otázka od nich je jestli se můžou nějak zaseknout.*“ (Respondent č. 1) Respondent č. 2 k tomu dodává: *„Vyzkouší si něco bez rizika, ztrapní se. Taky to spousta těch lidí má hlavě, že by se před tou partnerskou zesměšnil.*“ Tento respondent se společně s respondentkou č. 8 shoduje v tom, že by si využitím sexuální asistence klienti lépe nacházeli partnera.

6.3.5. Pozornost k aktivní sexuální asistenci v sociálních službách

Mnoho respondentů se domnívá, že sexuální asistence je jednou z možností, jak lze komplexně obsáhnout sexuální potřeby klientů a zároveň tím přispět ke kvalitě poskytovaných sociálních služeb. Pozornost této službě je důležité věnovat i z toho důvodu, aby poskytovatelé sociálních služeb měli povědomí o současných trendech. *„ Pakliže chci dělat celostně takovouhle práci, tak bych k tomuhle měl přihlížet. Zákon č. 108 Vám řekne jasně, že musíte poskytnout ubytování, stravu, péči, to jsou tři body, které tam musíte obsáhnout, ale sexualitu tam nikde nemáte, takže v podstatě se tomu nikdo nemusí věnovat.*“ (Respondent č. 7)

Respondent č. 2 k tomu dodává: *„Spousta těch organizací si nechce komplikovat život. Je pro ně jednodušší tvářit se, že to není, on to nikdo nevykřikuje. Ten strach tam převládá vzhledem k tomu, že je to pro spoustu lidí problematické téma.*“

Někteří respondenti opakovaně zmínili, že pozorností k sexuální asistenci by se zamezilo agresivnímu chování některých klientů *„Pořád se to točí kolem toho. Člověk není uspokojený, není šťastný a tyhle lidi potřebují být v klidu, mají stejné potřeby, ne-li větší, než my.*“ (Respondentka č. 4)

Jako přínosný se ukázal i protichůdný pohled 2 respondentek na sexuální asistenci v sociálních službách. Podle respondentky č. 11 by větší pozornost měli sexuální asistenci věnovat ti poskytovatelé, jejichž klienti nemohou navazovat běžné vztahy a nejsou kompetentní si zajistit sexuálního asistenta. Respondentka č. 10 uvádí: „*Něco jiného je člověk s mentálním postižením, který se neumí rozhodnout ve prospěch opravdu něčeho dobrého a zhodnotit tu situaci jo, takže tam je to fakt trošku jinak.*“

6.4 Způsob podílení se organizací na zajištění sexuální asistence

V rámci této výzkumné otázky byli pracovníci dotazováni, jestli se v jednotlivých organizacích zaměřují na osvětu o sexuální asistenci a také co předcházelo tomu, než se tématu sexuální asistence začali věnovat. Smyslem této výzkumné otázky bylo také zjistit, zda jednotlivé organizace mají k dispozici intimního asistenta a jak vypadá náplň jeho činnosti. Výzkumná otázka se také zabývá tím, zda se pracovníci setkávají u klientů a jejich rodin s žádostmi o zprostředkování kontaktu na sexuální asistenty/ky a pokud ano, co je k tomu přivádí. Také zjišťuje, za jakých podmínek by organizace umožnily klientům objednat sexuální asistenty/asistentky a jaká je dosavadní zkušenost pracovníků se službou sexuální asistence v jednotlivých organizacích.

6.4.1. Osvěta o sexuální asistenci

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že pouze ve 3 organizacích osvěta o sexuální asistenci zatím neproběhla. Respondentka č. 5 opět zmiňovala, že toto téma není v organizaci potřebné. Respondentka č. 11 a respondentka č. 12 se na osvětu vzhledem k nedostatku informací nezaměřují. Pouze respondentka č. 8 by osvětu uvítala: „*Přitom jsme koukali na seznam sexuálních asistentek a nemuselo by to jít až tak daleko, jsou to profesionálky, takže seznámit rodiče s touhle možností, ale na druhou stranu pan ředitel zná dost dobře ty rodiče, bohužel jako já, že by tomu asi naklonění nebyli. Tady v tom je mi těch klientů líto, protože si myslím, že ty dopady potom, když se s tou sexualitou nenaučí pracovat, jsou na tolik velký, že by právě přinesly velkou úlevu i pro ty rodiče doma.*“

Zbývající organizace již mají zkušenosti s osvětou o sexuální asistenci. Následující obrázek zachycuje nejčastější formy osvěty v těchto organizacích, tak jak jej zmínili respondenti.

Obrázek 12 Osvěta o sexuální asistenci



Zdroj: vlastní výzkum

Na osvětovou činnost se respondenti nejčastěji zaměřují skrze intimní asistenci (viz podkapitola Intimní asistent v organizacích). Tito respondenti zároveň zmínili, že intimní asistence je součástí interní dokumentace, tedy protokolu sexuality či podpory v oblasti sexuality. Součástí těchto dokumentů je i téma aktivní sexuální asistence.

Například respondentka č. 3 uvádí: „V tom protokolu sexuality je i popsáno, co má ten člověk udělat ve smyslu klíčový pracovník nebo sexuální důvěrník, kdyby ten klient projevil zájem a dal vědomý a dost konkrétní souhlas nebo požadavek, že tohle chce, tak jak má postupovat a také jak tuto službu bezpečně domluvit.“ Respondentka č. 4 doplnila, že mají v organizaci k dispozici i interní složky, kam jejich koordinátorka sexuálních důvěrníků zasílá veškeré informace pracovníkům, jak o intimní asistenci, tak i o aktivní sexuální asistenci. Tentýž způsob využívají i v organizaci, kde působí respondentka č. 6.

Podle některých respondentů proběhla také osvěta na základě skupinových setkání. V organizaci, kde pracuje respondentka č. 9, pořádají pro klienty 1x za 2 měsíce tzv. schůze obyvatel, kde téma sexuality a možnost sexuální asistence již zaznělo. V některých organizacích proběhlo setkání se sexuální asistentkou, což dokládá respondent č. 2: „Měli jsme tu v rámci těch besed Lucii Šídovou se sexuální asistentkou. Zmínili se o možnosti sexuálních pomůcek.“

Také v organizaci, kde působí respondent č. 7, se pracovníci setkali se sexuální asistentkou: „*Tady proběhla taková zběsilost, že ona s nimi bude souložit. Tak jsem říkal, že nepochopili přesně, o co jde.*“

Někteří respondenti se zaměřují také na individuální pohovory s klienty o možnosti sexuální asistence: „*My spolupracujeme s klienty naší služby, takže tomu konkrétnímu člověku nabídneme, když já asistenci na tu komunikaci vycítím, je tu konzultant. Pokud to nestačí, nabízí asistenci jako další druh sociální služby, pomoc s jejím vyhledáním a komunikaci s tou asistentkou.*“ (Respondentka č. 14) Respondentka č. 6: „*Když já se dozvím od svých kolegyně třeba, že vědí o tom, že by klientka chtěla sex, tak pak s tou jednotlivou klientkou a s jejím klíčovým pracovníkem nebo jenom s klíčovým pracovníkem a potom s klienty můžeme individuálně pohovořit, že to existuje.*“

Někteří respondenti také zmínili, že osvětu jim víceméně dělají i klienti, kteří aktivní sexuální asistenci využili (viz podkapitola Intimní asistent v organizacích).

V případě, kdy se respondenti v daných organizacích zaměřují na realizaci osvěty o sexuální asistenci, měli také zodpovědět, co předcházelo tomu, než se tématem začali zabývat. Od většiny z nich zaznělo, že podnětem bylo jednoznačně zavedení tématu sexuality a účast na několika školeních. „*Vytvořily se tady všechny ty protokoly, jak se chránit, jak chránit klienty, jak chránit zaměstnance vzájemně a přitom jsme se dozvěděli, co nesmíme už dělat my a díky tomu jsme se dostali i k tomu, že existuje sexuální asistence a pak nás to tak jako bavilo, zajímalo, takže jsme jeli na několik školení.*“ (Respondentka č. 6)

Také respondentka č. 9 se podělila o svou zkušenost: „*Chtěli jsme vědět ty možnosti, abychom je nabídli klientům a zajímalo nás, o čem to je, protože kdo má představu, jak jsme se bavili, že je to prostitutka, ale pak jsme zjistili, že jsou to i pomáhající, aby tomu klientovi poradili, třeba kam si má dát ruku atd., co s tím má dělat jo, že to není o tom samotném sexu.*“

Podle respondenta č. 1 a respondenta č. 2 téma sexuální asistence vyplynulo z pořádaných besed o sexualitě a vztazích. Téma sexuality včetně sexuální asistence se však v organizaci více nerozvíjí: „*Když to řeknu zcela úplně upřímně, tak já si myslím, kdybych zítra řekl, že ty besedy končí, tak prostě skončí a vůbec nic dál se dít nebude. Je tady okruh lidí, kterým to přijde dobrý, ale v podstatě si myslím, že dneska už je to spíše moje iniciativa.*“ (Respondent č. 2) Respondent č. 1 k tomu dodal: „*Myslím si, že kdyby ta osvěta byla větší, že by určitě o tu sexuální asistenci měli klienti zájem.*“

V rámci této podkategorie měli respondenti také uvést, s jakými reakcemi se u klientů a jejich rodin při realizaci osvěty o sexuální asistenci setkávají. Respondenti se většinou setkávají u klientů s poněkud různorodými reakcemi. „Zase ti mladší klienti jsou většinou zvědaví, takže ano, ale co jsou starší klienti, tak jak jsem říkala, bylo to tabu, takže se o tom nechtějí ani bavit.“ (Respondentka č. 9) Respondentka č. 14: „Někdo si to rád vyslechne jenom jako informaci. Někdo si to ani nevyslechne, protože je to nezajímá. Někdo odejde a mlčí, vůbec se k tomu nevyjadřuje a potom si s odstupem času vyhledá toho svého nejbližšího asistenta a začne to s ním řešit.“ Respondentka č. 6: „Ty chlapce to zajímalo, ale u těch děvčat se většinou setkávám s tím, já vlastně nechci se učit o tom sexu, nechci nejdřív zkoušet ten sex, já chci spíš nejdřív nějaký vztah, takže my spíš hledáme seznamky.“ Respondent č. 1 zmínil: „Někdo je na ty besedy nahnáný houfně, což si myslím, že není úplně dobře. Setkal jsem se s tím, jo dneska je beseda, nazdar běž, ať tady nesedíš a něco děláš. Jenomže ten člověk k tomu přišel jako slepý k houslím a v podstatě pak tu situaci neuměl uchopit. Pak tam jde někdo, kdo má zájem a většinou nám to neříkají. Pak se tam jde jen někdo zasmát, aby tu situaci trochu zlehčil.“

Respondenti se převážně shodují, že rodiče informace o sexuální asistenci spíše odmítají. „My když jsme nabízeli osvětu pro rodiny ty kurzy, kde byla tématem i sexuální asistence od té Frey, tak se nám přihlásila jedna maminka z těch všech rodičů. Takže ten postoj je, buď že ty informace mají, čemuž jako moc nevěřím nebo je spíš odmítají, případně chtějí trávit čas něčím jiným, než chodit k nám na kurzy o sexuální asistenci.“ (Respondentka č. 3)

„Já tady z jejich strany tu poptávku necítím. Ono hlavně ti středoškoláci, kterých se to týká, jsou tady na tom týdenním stacionáři, tak jsou tady sami za sebe. Sem hodně dovážejí rodiče děti, které jsou tu na základní škole.“ (Respondent č. 2) Respondent č. 1 k tomu dodává: „My se s rodiči v podstatě vidíme ty pátky, když sem jezdí ty klienty vyzvedávat a je to takové, že často pospíchají a pak u těch komplexních hodnocení nebo nějakých schůzek na tohle není prostor právě kvůli tomu, že je to téma, které je tak intimní.“ Jako možnost téma otevřít spatřuje především na pravidelných školách v přírodě, kam jezdí s nově nastupujícími klienty i jejich rodiče. Respondent č. 7: „Rodina klientů tyhle věci popírá, více méně je nepřijímá a blbě se jim vysvětluje, že to patří do nějakého života.“

6.4.2. *Intimní asistent v organizacích*

Již v předchozích podkategoriích se autorka práce dotkla tématu intimní asistence. Z výzkumu je patrné, že se na intimní asistenci zaměřuje pouze polovina organizací. Ve 3 organizacích intimním asistentem nazývají sexuální důvěrníky a pouze v 1 organizaci tuto činnost vykonává sexuální konzultantka. V každé z těchto organizací autorka hovořila přímo s respondenty, kteří intimní asistenci koordinují, případně tuto činnost sami vykonávají.

Někteří respondenti se v souvislosti se zavedením intimní asistence spontánně zmiňovali o absolvování návazného kurzu Petra Eisnera – Sexualita a vztahy osob s postižením II.: „*Tam už se konkrétně učí rozvinout tu komunikační dovednost s člověkem s postižením i třeba formou pomůcek, přes které bude s tím člověkem komunikovat.*“ (Respondentka č. 14)

Také respondentka č. 4 se podělila o svou zkušenost s tímto kurzem: „*Samozřejmě ostatní kolegyně, jsou to výborné pracovnice přímé péče, ale na tom školení například jedna paní řekla: „Proč bych ho měla učit honit, když si neumí vyčistit zuby.“ Přitom neznamená, že když si neumí vyčistit zuby, že nemá sexuální potřebu.*“

Například respondentka č. 10 zmínila: „*Přesto, že máme 20 důvěrníků, se nám nedaří najít důvěrníky, kteří jsou aktivní, protože někteří z nich nejsou aktivní, tak jak bychom si představovali.*“ Naopak respondentka č. 14 zmínila, že mají zatím jednu konzultantku: „*Smyslem je, aby jich bylo více, aby byl aspoň muž a žena, aby si mohli uživatelé naší služby vybrat, jestli jim je příjemnější ty otázky rozebírat s osobou ženy nebo s osobou muže.*“

Respondenti jako intimní asistenti nejčastěji zmiňovali, že jejich úlohou je na základě podnětů pracovníků v přímé péči mapovat potřeby klientů v této oblasti a řešit s nimi konkrétní zakázky. Většinou s klienty probírají témata jako rozeznávání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou, partnerské vztahy, masturbaci, komunikují o pohlavním styku, o možnosti sexuálních pomůcek a pomáhají tyto pomůcky obstarávat. Pro práci s klienty převážně využívají obrázky, piktogramy a videa.

„*Začne to tak, že jdeme za klientem, bavíme se s ním o vaření, o počasí, nemůžu na něj vůbec vybafnout, že si někde honil u plotu, to jako ne. Takže tři sezení, záleží, jak klient vydrží, to je vše individuální.*“ (Respondentka č. 4)

Respondentka č. 3 zmiňuje, že velmi často dostává upozornění od vedoucího dané domácnosti nebo od pracovníků v přímé péči, že se klient zajímá o některá z těchto témat: *„Rád by si koupil erotický časopis, ale neví, kam pro to jít nebo by chtěl vědět, jak probíhá sex v erotickém filmu, jak masturbovat a neví jak, takže na to toho sexuálního důvěrníka upozorní, ale málokdy se nám stane, že by přišel klient sám a řekl, já bych se o tom tématu chtěl něco dozvědět. Zatím se to bohužel neděje.“*

„Tak já tu mám psychoterapii – pískoviště herní, tady si hraju s hračkami, takže i přitom se můžeme dostat k nějaké komunikaci o sexualitě, i když spíš o těch partnerských vztazích.“

(Respondentka č. 6) Také respondentka č. 13 hovoří o své náplni práce: *„Já většinou využívám pomůcky jako DVD pro osoby s mentálním postižením, což je na tohle výborný, protože jak chcete lidem vysvětlovat, co to je sex, masturbace a tam je to tak nádherně ukázáno. Když už se s tím klientem dostanu tak daleko, že chápe nebo nejdřív začínáme na obrázcích, ať si uvědomí, co by chtěl a pak přistoupím právě na to pouštění toho videa, pak si o tom povídáme.“*

6.4.3. Žádosti o zprostředkování kontaktu na sexuální asistenty/asistentky

Smyslem této podkategorie je zmapovat, zda se již v některých organizacích na respondenty obrátili klienti nebo jejich rodiče s žádostí o zprostředkování kontaktu na tuto službu. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů takovou zkušenost zatím nemá.

S žádostí o zprostředkování kontaktu se setkalo tedy pouze 5 respondentů. Respondent č. 5 se s takovou žádostí setkal pouze na besedě o sexuální asistenci. Na respondentku č. 6 se obrátila jedna klientka, která chtěla se svým chlapcem využívat sexuální asistenci: *„...ale pak já nevím, buď se rozešli, nebo to nevyužili.“* Také respondent č. 7 se setkal s žádostí jednoho klienta a jeho rodičů o zprostředkování kontaktu na sexuální asistenci: *„Tenhle případ vzniknul zrovna z toho, že ten klient byl agresivní, tak jsme to řešili s tím klíčovým pracovníkem a říkali jsme si, jestli to nemůže být ta agresivita z téhle oblasti, když to tak vychází, řádně naštvanej mužskej a on skutečně absolvoval sexuální asistenci (něco někde) a teďka se úplně zklidnil.“* (Respondent č. 7) Zároveň společně s respondentkou č. 6 dodávají, že i u některých dalších klientů se setkali s těmito požadavky, nicméně jejich rodina není ochotná tuto službu financovat.

Respondentka č. 13 má obdobnou zkušenost s klientem, který dříve zažil sexuální život a teď mu schází: „*Tak než, aby si najmul nějakou prostitutku, takže já jsem ho odkázala na Freyu, že tady taková možnost je, že si vybere a všechny asistentky nedělají všechno. Bylo to nabídnuto a zprostředkováno námi, protože on by ten mail sám nezvládl odeslat.*“

Respondentka č. 14 k tomu dodává: „*Mám zkušenost, že o tom zatím někdo další přemýšlí, ale spíš ne jako o sexuální asistenci, ale spíš ve smyslu najdu si holku, takže to ten člověk nemá ještě ujasněné, a když s ním mluvíme, tak spíše chce stálou partnerku.*“ S čímž se shoduje i respondentka č. 13: „*Máme tady jednoho pána, kterému bych to i přála, protože ten by chtěl nějakou přítelkyni, ale nemá na to finance. Úplně se mi nechce mu to nabízet, jestli by nepropadl ještě do větší deprese, když si to nemůže finančně dovolit.*“

6.4.4. Podmínky organizací pro objednání sexuálních asistentů/asistentek

I přesto, že se většina respondentů zatím nesešla s žádostí o zprostředkování kontaktu na sexuální asistenty/asistentky, byli respondenti dotazováni, za jakých podmínek by v daných organizacích umožnili svým klientům objednat sexuální asistenty/asistentky.

Převážná část respondentů se shodla, že by se klientům v tomto ohledu snažili být nápomocní a zajistit podmínky pro objednání této služby. „*Kdyby se k tomu klient rozhodl, že by to chtěl zkusit, tak si myslím, že i když se k tomu staví náš pan ředitel trochu záporně, že by nebyl proti tomu, abych v tom byla nějak nápomocná.*“ (Respondentka č. 8)

Respondenti se shodovali, že důležitou podmínkou je, aby první impuls byl ze strany klienta, který by sám, případně z dopomocí zkontaktoval sexuálního asistenta/asistentku. „*Takže bylo by ideální, kdyby on třeba zvládl telefonovat nebo tu asistentku najít na internetu. Právě proto, že moc našich uživatelů, kteří by byli zdatní ve vyhledávání na internetu, nemáme, tak jsme vytiskli z toho portálu ty fotky s tou charakteristikou, poskytují, neposkytují. Je to k dispozici konkrétně u mě.*“ (Respondentka č. 3)

Respondentka č. 6 však za důležitou podmínku považuje, aby klient zkontaktoval sexuálního asistenta/asistentku sám: „*To si myslím, že je u nás důležitá podmínka, přes kterou bychom zatím nešli.*“ S čímž se shoduje i respondent č. 7: „*Z mého pohledu se snažíme, abychom riskovali co nejmíň, protože takováhle velká podpora typu hele tak já půjdu a támhle ti koupím pani, tak tam zase já narážím na jednu věc, protože já můžu být někdo, kdo toho člověka někam uvádí a pak se mi může stát, že řeknou to, že jsem pasák.*“

Respondenti se také shodovali v tom, že by klient musel mít vlastní finanční prostředky na uhrazení této služby, případně by bylo nutné vyjednat úhradu s opatrovníkem. „*Pak se z toho stane obří proces, že o tom bude vědět paní na vrátnici, kde se musí zapsat ta návštěva, tak to jsme se snažili ošetřit tak, aby v tomto případě to nebylo třeba nutný a pak, aby se z toho nestala pikanterie.*“ (Respondentka č. 3)

Vzhledem k tomu, že řada organizací má převážně dvojlůžkové pokoje, vnímají někteří jako problematické technické zázemí pro poskytování této služby: „*Tam by byl veliký problém, kde to poskytovat, takže těžko bychom byli v našich současných podmínkách schopni zajistit adekvátní prostory a nějakou intimní zónu.*“ (Respondentka č. 5)

„*To bychom museli nějak vymyslet, aby na tom pokoji mohl být klient sám, jelikož žádný šmajchl kabinet tady nemáme, aby mohli mít soukromí.*“ (Respondentka č. 3) „*Budeme se určitě snažit tomu člověku najít soukromí, pokud by neměl jednolůžkový pokoj, tak jak to udělat, aby v tom pokoji byl na ten poměrný časový úsek sám a mohla se ta sexuální asistence odehrát.*“ (Respondentka č. 14) Respondentka zároveň dodala, že klient, který v organizaci sexuální asistenci využívá, má svůj vlastní pokoj.

Pouze v organizaci, kde působí respondent č. 1 a respondent č. 2 není možné se umožněním sexuální asistence zabývat: „*Tady to ani nemůže být.*“ Domnívá se respondent č. 1. Respondent č. 2 k tomu dodává: „*Myslím si, že pro spoustu rodičů by to mohlo být jak to říct, když by někde kolovalo, že se zabýváme třeba zprostředkováním sexuální asistence, tak to je nemyslitelné.*“ Zároveň si nedokáže představit, že by organizace klientům umožnila objednávat sexuální asistenci. „*Možná jedině kdyby přišel zákon, že to ty organizace řešit musí. Tak pak si myslím, že by to možná nastalo.*“

6.4.5. Zkušenosti respondentů s aktivní sexuální asistencí v organizacích

Vzhledem k tomu, že se řada respondentů zatím nesetkala s tím, že by u nich v organizaci proběhla aktivní sexuální asistence, nemají tedy v tomto směru zatím žádné zkušenosti. Pouze 2 respondentky v jedné organizaci, mají přímou zkušenost s průběhem této služby a další 2 respondenti mají zkušenost pouze zprostředkovanou skrze klienty, kteří sexuální asistenci využili či využívají v soukromí mimo poskytování pobytové sociální služby. Všichni tito respondenti se shodli v tom, že tito klienti jim víceméně pomáhají v osvětové činnosti o této službě.

„Tady ten náš bývalý klient pracoval u nás v kavárně a byl ubytovaný na našem programu na samostatném bydlení, tak ten se v tom hodně angažuje a vím, že to službu využíval a využívá. Dokonce se zúčastnil i naší besedy o sexuální asistenci.“ (Respondent č. 2)

„U toho našeho klienta, co má tu zkušenost, tak tam do toho vstupuje rodina, samozřejmě o spoustě věcí mě informují, rozhodně ale já nebudu ten, kdo by šel a kdo by na ně žaloval. Tu osvětu nám víceméně dělá, protože říká, že je to super. To jsou takové ty osvícené rodiny a těm držím hrozně moc palce, ti kluci jsou pak šťastnější.“ (Respondent č. 7)

Také obě dvě respondentky mají u svého klienta pouze pozitivní zkušenost se zprostředkováním sexuální asistenci v dané organizaci. *„On by se k tomu jen tak nedostal a opravdu ví, co to je za dobrou věc pro něj, protože jí v minulosti zažil. Byl překvapený, co se všechno dělo, nedělo. Chce se rád o tom pobavit, sdílet tu radost a zjistit plno věcí.“ (Respondentka č. 13)* Respondentka č. 14 dodává: *„On toho byl plný i na místech, která k tomu nejsou vhodná, ventiloval ten svůj zážitek. Máme tady různé vzdělávací kurzy pro lidi s postižením, které nevyužívají jenom naši klienti, ale i jiní poskytovatelé sociálních služeb a on ten svůj zážitek začal líčit všem v podstatě jako na přednášce.“* Bylo tedy důležité mu vysvětlit, co je ještě adekvátní sdílet s ostatními lidmi. O své zkušenosti s touto službou se víceméně podílí na následných konzultacích se sexuální konzultantkou, dodává respondentka č. 13. Obě respondentky se však shodují, že má klient díky možnosti využívat sexuální asistenci mnohem větší sebevědomí.

6.5 Shrnutí kvalitativního výzkumu

V rámci této podkapitoly jsou představy hlavní výsledky kvalitativního výzkumu prostřednictvím jednotlivých kategorií.

6.5.1. Přístup k sexualitě klientů

Řada respondentů vnímá sexualitu svých klientů jako jednu ze základních životních potřeb a přirozenou součást života. Z hlediska projevů sexuality se respondenti u svých klientů nejčastěji setkávají s masturbací a poměrně časté jsou i agresivní projevy chování vzhledem k nedostatku uspokojených sexuálních potřeb. U veřejných projevů se snaží reagovat tak, aby byla zachována důstojnost klientů a tyto potřeby vykonávali v soukromí. Většina respondentů se u svých klientů setkává s touhou po partnerském vztahu, k němuž nepochybně patří i přijatelný sexuální život. Výzkum ukázal, že u některých klientů může být pouhým vědomím partnera sexualita naplněna, aniž by docházelo k sebeuspokojování

nebo pohlavnímu styku. I přesto sehraává pro většinu respondentů sexualita klientů při jejich práci klíčovou roli, a proto spadá i mezi oblasti práce, kterým se při poskytování pobytové sociální služby věnují.

6.5.2. Způsob naplňování sexuálních potřeb klientů

Řada respondentů podporuje intimní život svých klientů tím, že jim umožňuje navazovat partnerské vztahy nejen v rámci organizace, ale i mimo ni. Jelikož se respondenti často u svých klientů setkávají s masturbací, snaží se jim tuto potřeby umožnit v soukromí na pokojích nebo při koupání. Většina respondentů vnímá soukromí svých klientů za dostačující, nicméně někteří tuto oblast vzhledem k naplňování intimního života považují za problematickou, a to z toho důvodu, že organizace disponují převážně dvojlůžkovými pokoji.

Při komunikaci s klienty o sexuálních potřebách je pro respondenty důležité získat si důvěru klientů a také mít k tématu sexuality otevřený postoj. Sjednotit komunikaci o sexualitě napomáhá polovině organizacím protokol sexuality. Pro všechny respondenty není komunikace o sexuálních potřebách náročná, avšak pro vzájemné porozumění je důležité dbát na srozumitelnou formu komunikace. Řada respondentů vzhledem ke své pozici, kterou v organizaci vykonávají, nekomunikuje s klienty o sexuálních potřebách na rozdíl od pracovníků v přímé péči příliš často. Někteří se však ke komunikaci dostávají častěji skrze intimní asistenci.

Respondenti se většinou shodují v tom, že rodiny klientů a mnohdy i opatrovníci sexualitu svých dětí nepodporují a dokonce jim projevy sexuality zakazují. Existují mezi nimi určité výjimky, které uznávají, že k plnohodnotnému životu patří i sexualita. Všechny organizace s výjimkou jedné se zaměřují na osvětovou činnost v tématu sexuality a vztahů nejčastěji v podobě individuálních konzultací s klienty a skupinových setkání. Jako prospěšné se ukázaly i absolvované kurzy na dané téma a sdílení s dalšími odborníky z řad pomáhajících profesí. Respondenti za největší překážku před započítím práce se sexualitou nejčastěji považují přístup pracovníků v přímé péči a v některých organizacích i postoj managementu. Jako významná překážka se ukázal i přístup rodinných příslušníků. Výzkum také ukázal, že někteří respondenti stále vnímají jisté překážky v tom, aby mohli téma otevřít či rozvíjet.

6.5.3. *Nahlížení na službu sexuální asistence*

Většina respondentů nahlíží na sexuální asistenci jako na příležitost, jak mohou klienti uspokojovat své sexuální potřeby. Často se však mezi respondenty objevují obavy z kuplířství, a proto apelují na zlegalizování této služby. Převážná část vnímá informovanost o sexuální asistenci za dostačující a nebrání se dalšímu vzdělávání v podobě seminářů na toto téma.

Většina z nich však vnímá další problematické místo, kterým je financování této služby. Převážná část respondentů se domnívá, že po úhradě nákladů na sociální služby a mnohdy i neochotou rodiny investovat do sexuální asistence, se tato služba stává pro většinu klientů nedostupná. Domnívají se, že by sexuální asistence klientům výrazně napomohla po psychické stránce především ke zvýšení sebevědomí a také by potlačila agresivní projevy chování. Pozornost k sexuální asistenci v sociálních službách je tedy dalším krokem k tomu, jak lze obsáhnout sexuální potřeby klientů a poskytovat tak kvalitní sociální služby.

6.5.4. *Způsob podílení organizací na zajištění sexuální asistence*

Z výzkumu je patrné, že se na osvětovou činnost o sexuální asistenci zaměřuje pouze 5 organizací. Osvěta nejčastěji probíhá v podobě intimní asistence, která je ukotvena v Protokolu sexuality v daných organizacích, jehož součástí je i téma aktivní sexuální asistence. V některých organizacích již proběhla také skupinová setkání na toto téma. Pro řadu respondentů bylo stěžejní impulsem zabývat se sexuální asistencí již zavedené téma sexuality. Jako inspirativní se pro respondenty ukázala i účast na školeních a spolupráce s odborníky v této oblasti. U klientů realizace osvěty o sexuální asistenci vyvolává především různorodé reakce. Někteří jej oceňují, jiní se ostýchají a jiní téma nechtějí otevírat vzhledem k tomu, že v rodinách byla a u některých stále je sexualita jako taková tabuizovaným tématem. Výzkum však ukázal, že pouze 4 organizace mají k dispozici intimního asistenta, který společně s klienty řeší nejčastěji témata partnerských vztahů, pohlavního styku, masturbace a obstarávání sexuálních pomůcek. Jako podstatné se jevílo tedy zmapovat, zda se tyto i ostatní organizace setkávají s žádostí o zprostředkování kontaktu na sexuální asistenty/asistenty. Takovouto zkušenost má pouze 5 respondentů. Zde byly důvody poněkud různorodé. I přesto, že se většina respondentů nesešla s žádostí o zprostředkování kontaktu na tuto službu, shodovali se v tom, že by sexuální asistenci umožnili, ale první impuls musí přijít ze strany klienta. Zkušenosti s touto službou však mají pouze 4 respondenti.

Dva respondenti mají zprostředkovanou zkušenost a dvě respondentky dokonce přímou zkušenost. Všichni se shodují, že tito klienti, kteří sexuální asistenci využívají, jsou cenným příkladem pro realizaci osvětové činnosti a někteří z nich i potvrdili názory ostatních respondentů v přínosu této službu.

7 Diskuze

Diplomová práce se zabývá tím, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách nahlízejí na sexualitu svých klientů a využití sexuální asistence v rámci poskytování pobytových sociálních služeb. Práce mapuje přístup pracovníků k sexualitě svých klientů, způsob, jakým naplňují sexuální potřeby svých klientů, jak nahlízejí na službu sexuální asistence a také způsob, jakým se organizace podílejí na zajištění sexuální asistence.

Podle Venglářové (2013) je sexualita základní lidskou potřebou a lze ji považovat za stejně hodnotnou součást i v životě osob se zdravotním postižením. Ukázalo se, že i mnoho respondentů vnímá sexualitu svých klientů obdobným způsobem. Většina respondentů se u svých klientů setkává se sexuálními projevy nejčastěji v podobě masturbace. Pouze v jedné organizaci, jak uvedla respondentka č. 5, se sexuálními projevy svých klientů nese setkávají, tudíž sexualitě nepřikládají při své práci pozornost. Nicméně velmi často se zabývají impulzivními projevy chování svých klientů. Během samotného rozhovoru respondentku napadla myšlenka, že by mohly mít tyto projevy sexuální podtext.

Projevy sexuality osob s těžším mentálním postižením se v roce 2011 v Domovech sociálních služeb (dále jen DSS) na Slovensku zabýval výzkum Mandzákovej (2013). V rámci tohoto výzkumu bylo u 452 klientů na základě přímého nezúčastněného pozorování odbornými pracovníky zaznamenáno celkem 3 457 sexuálních projevů, přičemž se jednalo o 2 273 projevů na úrovni tzv. dětské sexuality (68, 80%) a 980 projevů sexuality druhé úrovně (28,40%), mezi kterými pracovníci nejčastěji uvedli masturbaci (8,8 %). Z výzkumu je tedy patrné, že sexuální potřeby mají i osoby s těžším mentálním postižením.

Pro zbývající respondenty se sexualita klientů při jejich práci významnou roli, neboť se setkávají u svých klientů s touhou po partnerském vztahu, ke kterému patří i sexualita. U některých klientů je však pouhým vědomím partnera sexualita naplněna, nicméně i přesto patří mezi oblasti práce s klienty.

Klienti jsou podporováni v navazování partnerských vztahů nejen uvnitř organizace, ale i mimo ni. Eisner (2013) upozorňuje, že projevy masturbace jsou pracovníky v pobytových sociálních službách mnohdy zakazovány. Z výzkumu však vyplývá, že se tato potřeba dostává do popředí ve většině organizací, které se jim snaží v tomto směru zajišťovat adekvátní soukromí. Jako účinné se ukázaly vymezené časové úseky, kdy si klienti mohou na základě dohody se spolubydlícím brát na své pokoje návštěvy či tento prostor využívají

pro naplňování svých sexuálních potřeb. Někteří respondenti vnímají v tomto směru soukromí za stále nedostačující. Rohovská (2018) v této souvislosti poukazuje na zřízení intimní klidové místnosti, kterou lze útulně vybavit tak, aby zde klienti našli své soukromí. Z výzkumu vyplynulo, že tuto místnost měla dříve k dispozici pouze 1 organizace.

Řada respondentů upřednostňuje při osvětové činnosti především individuální rozhovory s klienty, ale někteří se zaměřují i na skupinová setkání (Thorová, 2012). Za velmi přínosný lze považovat pozitivní přístup několika respondentů ke vzdělávání v tématu sexuality ve spolupráci s odborníky z řad pomáhajících profesí především v rámci absolvovaných kurzů Petra Eisnera či organizace Freya, ale také diskusních setkání s těmito odborníky, kteří napomáhají organizacím se zaváděním osvětové činnosti.

Pro polovinu organizací však bylo nezbytné před tím, než téma zavedli, vypracovat si protokol sexuality. Dle názoru většiny respondentů výrazně napomáhá při komunikaci o sexuálních potřebách. Tento dokument není pro organizace povinný, nicméně jedním z doporučení v závěru diskusního setkání MPSV konaného v lednu 2019 za účasti poskytovatelů sociálních služeb a odborníků v této oblasti bylo povinné zavádění protokolu sexuality v pobytových sociálních službách a nutnost se otázce sexuality klientů věnovat (MPSV, © 2019). Domnívám se, že tento krok je přímo žádoucí, byť sjednocuje postup organizací při práci se sexualitou a napomáhá při zavádění poradenství a vzdělávání klientů v rámci intimní asistence.

Šídová (2018a) zmiňuje, že pro samotné pracovníky může být obtížné pracovat se sexualitou klientů, jelikož jim v tom zabraňuje především stud či hodnotový systém. Také tento výzkum ukázal, že řada respondentů považovala jako významnou překážku před tím, než s tématem sexuality začali pracovat odmítavý přístup nejen pracovníků v sociálních službách, ale i pracovníků v řadách managementu. Jako inspirativní se ukázal přístup jedné z organizací, kde potřeba práce se sexualitou vzešla od pracovníků v přímé péči, kteří se při komunikaci o sexuálních potřebách svých klientů cítili nejistí. Za další překážku respondenti považovali přístup většiny rodičů a mnohdy i opatrovníků. Shodují se, že značná část popírá sexualitu svých dětí a projevy sexuality jim dokonce zakazují. Ukázalo se, že i tyto dva důvody sehrávají velmi významnou roli v tom, proč některé z organizací téma sexuality obtížně otevírají či dále rozvíjí například v podobě intimní asistence.

Otázkou sexuální asistence se zabývala ve svém výzkumu Klimešová (2018), která na základě dotazníkového šetření zmapovala názory sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a zdravotně-sociálních pracovníků na zavedení této služby v ČR. Oslovila 116 poskytovatelů sociálních služeb pracujících s cílovou skupinou a také 4 psychiatrické nemocnice. Zpětně získala celkem 135 platných dotazníků. Z jejího výzkumu vyplynulo, že celkem 103 respondentů (76%) je pro zavedení sexuální asistence, u 20 respondentů (15 %) se vyskytovala odpověď nevím. Ve stejném poměru odpovědělo 5 respondentů (4 %), že není vhodné sexuální asistenci zavádět a v odpovědi jiné 5 respondentů uvedlo, že se sexuální asistence jeví jako vhodná pro ty, kteří jsou schopni si o ni říct a pochopí její význam. Pouze 2 respondenti (1%) byli pro její zavedení u osob s tělesným postižením.

Také v tomto výzkumu převládá pozitivní vnímání této služby, jelikož většina respondentů oceňuje její zavedení. U některých se v souvislosti s aktivní sexuální asistencí objevují obavy z kuplířství, a proto požadují zlegalizování této služby. Tyto požadavky také zazněly ve výzkumu Cermanové (2017), která provedla polostrukturované rozhovory se 4 pracovníky v pobytových sociálních službách a 1 pracovníkem ve speciální škole v Libereckém kraji a v Královéhradeckém kraji.

Řada respondentů považuje informovanost o sexuální asistenci za dostačující vzhledem k tomu, že usilují o vzdělávání nejčastěji v podobě různých diskusních setkání s předními odborníky. Potřeba větší informovanosti v tématu vyplynula spíše od respondentů, kteří zatím nemají o sexuální asistenci dostatek informací. Nebrání se dalšímu vzdělávání na některých z nabízených kurzů organizace Freya.

Téměř většina respondentů spatřuje přínos aktivní sexuální asistence především po psychické stránce, neboť u řady klientů by došlo ke zvýšení sebevědomí, ale také v zamezení agresivních projevů chování v důsledku nedostatečně uspokojených sexuálních potřeb.

Jako negativum však převážná část respondentů vnímá financování této služby. Pro spousta klientů se po úhradě nákladů na sociální službu stává aktivní sexuální asistence nedostupná. Velikou úlohu zde sehrává rodinné prostředí, byť samotní respondenti velmi často poukazovali na neochotu rodinných příslušníků tuto službu finančně podpořit. Jako inspirativní se ukázal přístup 1 organizace, která prostřednictvím své nadace nabízí klientům finanční podporu při prvním sezení se sexuálním asistentem/asistentkou, nicméně tuto možnost zatím nikdo nevyužil.

Většina respondentů se domnívá, že by poskytovatelé sociálních služeb pozorností k aktivní sexuální asistenci komplexně obsáhli potřeby klientů, nicméně výzkum ukázal, že pouze 5 organizací se zaměřuje na osvětovou činnost, přičemž jen 4 organizace téma dále rozvíjí prostřednictvím intimní asistence ukotvené v protokolu sexuality. Intimní asistenti procházejí návaznými kurzy a společně s klienty se věnují poradenství v otázkách masturbace, partnerských vztahů, pohlavního styku, ale i možnosti sexuálních pomůcek za využití obrázků, piktogramů a DVD. Přesto se však některým organizacím stále nedaří najít další pracovníky, kteří by v tomto směru byli aktivní.

Většina respondentů se shoduje, že by klientům umožnili objednání sexuálních asistentů/asistentek. Pouze v 1 organizaci k tomu nejsou nakloněni, tuto situaci by řešili pouze tehdy, pokud by to ukládal zákon. Zbývající respondenti se většinou shodovali, že by první impuls musel být ze strany klienta. Nicméně v některých organizacích se jevílo jako obtížné zajištění technického zázemí, kde by se samotná asistence měla odehrát.

Zkušenosti s aktivní sexuální asistencí mají pouze 4 respondenti, přičemž 2 z nich mají zkušenost pouze zprostředkovanou. V prvním případě se jedná o bývalého klienta a v tom druhém aktivní sexuální asistenci zajišťuje rodina klienta. Jen 1 organizace má přímou zkušenost s probíháním aktivní sexuální asistence u svého klienta, který si na sexuální asistentku vždy ušetří. Bylo však nezbytné mu ze strany intimního asistenta poskytnout pomoc se zkontaktováním sexuální asistentky, neboť klient by sám tuto činnost nezvládl. Zkušenosti všech 4 respondentů jsou jedinečně pozitivní a napomáhají jim v realizaci osvětové činnosti směrem k ostatním klientům a jsou také dobrým příkladem praxe pro ostatní poskytovatele sociálních služeb.

Limitem výzkumu je především nízká velikost zkoumaného vzorku a také jeho nízká reprezentativnost. Vzhledem k citlivosti daného tématu lze za další limit považovat nízkou ochotu organizací zúčastnit se výzkumného šetření. Z tohoto důvodu byla autorka práce vázána těmi organizacemi, které účast na výzkumu neodmítly. Došlo tedy k rozšíření výzkumného souboru z původních 2 krajů na 6 krajů v ČR.

8 Závěr

Diplomová práce se zabývala tématem Sexuální asistence u osob se zdravotním postižením. Teoretická část nejprve vymezila terminologii, klasifikaci zdravotního postižení a relevantní dokumenty v této oblasti. Další kapitola popsala sexualitu a sexuální práva, přičemž značná část této kapitoly byla věnována sexualitě osob se zdravotním postižením. Třetí kapitola se věnovala sexualitě a jejímu místu v sociální práci. Zaměřila se na zavádění práce se sexualitou v sociálních službách, sexuální výchovu a osvětu a také možnosti vzdělávání pomáhajících profesí v této oblasti. Závěrečná kapitola představila téma sexuální asistence, její výskyt v zahraničí a zavádění v ČR.

Cílem empirické části bylo zmapovat, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách nahlízejí na sexualitu svých klientů a využití sexuální asistence v rámci poskytování pobytových sociálních služeb. Výzkum probíhal na základě polostrukturovaných rozhovorů se 14 respondenty z 8 pobytových sociálních služeb (DOZP, TS, CHB), přičemž nejvíce respondentů bylo z Prahy. Získaná data byla následně představena pomocí 4 kategorií – přístup k sexualitě klientů, způsob naplňování sexuálních potřeb klientů, nahlížení na službu sexuální asistence a způsob podílení organizací na zajištění sexuální asistence.

V rámci přístupu k sexualitě klientů se ukázalo, že řada respondentů vnímá sexualitu jako přirozenou součást života, a proto je to i jedna z oblastí, které se při jejich práci věnují. Klienti jsou podporováni v navazování partnerských vztahů, častá je i podpora individuální masturbace v soukromí. Soukromí je však v některých organizacích považováno za stále problematické. Respondenti často poukazují na chybějící osvětu v rodinném prostředí, a proto se věnují osvětové činnosti nejčastěji v podobě individuálních rozhovorů. V tématu se dále vzdělávají. Spolupracují s předními odborníky a někteří využili i dostupné kurzy o sexualitě. Některým organizacím však stále brání přístup pracovníků a mnohých rodičů či opatrovníků téma sexuality jejich klientů účinně otevřít či rozvíjet.

Nahlížení na aktivní sexuální asistenci je převážně pozitivní. V souvislosti se zprostředkováním sexuální asistence v organizacích se objevovaly ze strany respondentů časté obavy z kuplířství, a proto zaznívaly požadavky na zlegalizování této služby. Někteří respondenti mají možnost se v tématu dále vzdělávat, jiní by tuto možnost uvítali, jelikož nemají dostatek informací. Jako stinná stránka se ukázala finanční dostupnost aktivní sexuální asistence, i přesto respondenti vnímají jistá pozitiva, které by klientům absolvování této služby přineslo.

Na osvětovou činnost o sexuální asistenci se však zaměřuje jen 5 organizací, z toho 4 také v podobě intimní asistence, která napomáhá klientům lépe porozumět jejich sexualitě. Respondenti (s výjimkou 2) se shodují, že by jejich organizace tuto službu umožnili svým klientům objednat, ale první impuls musí být ze strany klienta. V některých organizacích se ukázalo jako problematické technické zázemí, kde by se samotná služba měla odehrát. Přímou zkušenost se zprostředkováním aktivní sexuální asistence má pouze 1 organizace, v dalších 2 organizacích se jedná o zprostředkované zkušenosti. Jejich zkušenosti dokazují, že tato služba napomáhá jejich klientům zvyšovat sebevědomí a zamezit agresivním projevům chování.

Diplomová práce může být přínosná pro ostatní poskytovatele pobytových sociálních služeb, kteří pracují s cílovou skupinou osob se zdravotním postižením, neboť sjednotit přístup všech pracovníků a pomoci klientům a jejich rodičům či opatrovníkům uchopit téma sexuality, je více než žádoucí. Autorka práce považuje za nezbytné vzdělávání organizací v podobě dostupných kurzů v tématu sexuality osob se zdravotním postižením, zavádění protokolu sexuality do praxe organizací a dle jejich možností zvažovat vzdělávání pracovníků v intimní asistenci, která přináší pozitivní výsledky. Rovněž je žádoucí, aby organizace věnovaly pozornost k aktivní sexuální asistenci a v daném tématu se vzdělávaly, poskytovaly osvětu směrem ke klientům a jejich rodinným příslušníkům, neboť jak dokazují výsledky tohoto výzkumu, služba sexuální asistence má svůj význam a i přes mnoho obav je přínosná.

Seznam použité literatury

ANTONOVÁ, B., © 2013, *Sexuální asistence po francouzsku* [online]. Vozíčkář. [cit. 2019-11-02]. Dostupné z: <http://www.vozickar.com/sexualni-asistence-po-francouzsku/>

BELGIAN ADVISORY COMMITTEE ON BIOTHICS. 2017. *Opinion no. 74 of 13 November 2017 on sexual assistance for persons with disabilities*. [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/opinion_74_web.pdf

CERMANOVÁ, T., 2017. *Sexualita osob se specifickými potřebami a otázka sexuální asistence v ČR*. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Pedagogická fakulta.

ČSÚ. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>

ČTK. © 2019. *V ČR je 15 sexuálních asistentek a dva asistenti pro postižené*. [online]. [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/v-cr-je-15-sexualnich-asistentek-a-dva-asistenti-pro-postizene/1720508>

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

EISNER, P., 2013. Mýty a předsudky o sexualitě lidí s postižením. In: VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P., et al. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. s.120-129. ISBN 978-80-262-0373-5.

EISNER, P., 2013. Nahlížení účastných osob na člověka s mentálním postižením. In: VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P. et al. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. s.129-134. ISBN 978-80-262-0373-5.

EISNER, P., 2013. Práce se sexualitou v rámci organizace. In: VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P., et al. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. s. 43-91. ISBN 978-80-262-0373-5.

EISNER, P., 2013. Osvěta. In: VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P., et al. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. s. 93-116. ISBN 978-80-262-0373-5.

- EISNER, P., 2015. *Sexualita lidí s postižením a jejich aktuální možnosti v České republice*. [online]. [cit. 2019-09-10]. Dostupné z: <https://rozkosbezrizika.cz/petr-eisner-sexualita-lidi-s-postizenim-a-jejich-aktualni-moznosti-v-ceske-republice/>
- EPSEAS. *Who are we?* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.epseas.eu/en/page/192>
- EPSEAS. *Vision and Goals*. [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.epseas.eu/en/page/180>
- FAFEJTA, M., 2016. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. 240 s. ISBN 978-80-262-1030-6.
- FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FREYA. *O Freye*. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs/o-nas/o-freye>
- FREYA. *O sexuální asistenci*. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence>
- HANKOVÁ, M., VÁVROVÁ, S., 2016. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0012-5.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HROCH, J., 2018. *Do kurzu sexuální asistence pro handicapované se hlásí i muži. „Začíná další etapa,“ říká lektorka*. [online]. © 1997-2019 iROZHLAS. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/sexualni-asistence-duchodci-postizeni-freya-handikap-kurz-sexualni-asistentky_1811250703_och

InSebe. © 2014-2019. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.insebe.ch/>

JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál. 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.

JANIŠ, K., MARKOVÁ, D., 2007. *Příspěvek k základům sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 77 s. ISBN 978-80-7041-621-1.

JESENSKÝ, J., 1988. *K partnerským vztahům zdravotně postižených: Genetická prevence, sexualita a partnerské vztahy zdravotně postižených a jejich výchova k uvědomělému rodičovství. Materiály odborného semináře pořádaného FV SI*. Praha: Horizont. 227 s. ISBN neuvedeno

KLIMEŠOVÁ, M., 2018. *Sexualita osob s postižením a problematika sexuální asistence*. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

KOZÁKOVÁ, Z., 2008. Sexuální výchova osob se zdravotním postižením. In: VOLFOVÁ, I., KOZÁKOVÁ, Z., VELEMÍNSKÝ, M. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton. s. 42-73. ISBN 978-80-7387-129-1.

KOZÁKOVÁ, Z., 2013. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 121 s. ISBN 978-80-244-3680-7.

KOZÁKOVÁ, Z., 2018. *Partnerské vztahy a sexualita osob s mentálním postižením*. In: VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., et al. *Mentální postižení*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 172-193. ISBN 978-80-271-0378-2.

KRACÍK, J., 1992. *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Karolinum. 115 s. ISBN 80-7066-626-9.

KRHUTOVÁ, L., 2011. Lidé se zrakovým postižením a pomáhající profese. In: MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 269-346. ISBN 978-80-7367-859-3.

KRHUTOVÁ, L., 2013. Lidé se zdravotním postižením. In: MATOUŠEK, O., et al., *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. s. 387-389. ISBN 978-80-262-0366-7.

LECNAROVÁ, P., 2015. *Projekt intimní a sexuální asistence z pohledu trestního práva – není tento projekt v rozporu s trestným činem kuplířství?* [online]. [sexualniasistence.cz](http://www.sexualniasistence.cz). [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <http://www.sexualniasistence.cz/projekt-intimni-a-sexualniasistence-z-pohledu-trestniho-prava-neni-tento-projekt-v-rozporu-s-trestnym-cinem-kuplirstvi/>

LEVICKÁ, J., TRUHLÁŘOVÁ, Z., 2009. Miesto a význam informácií z oblasti lidské sexuality v praxi sociálního pracovníka. In Mitlöhner, M. (ed.) *Sborník referátů ze 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice*. Brno: SPRSV. s. 80–82.

LIMONCIN, E., et al., 2014. *The Psychosexual Profile of Sexual Assistants: An Internet-Based Explorative Study*. Plos one. 9 (6), 1-6, doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4053354/pdf/pone.0098413.pdf>

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

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MICHALÍK, J., 2011. Charakteristika zdravotního postižení. In: MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-5.

Intimní vztahy a sexualita uživatelů v pobytových sociálních službách.

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: registr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=F8F853FE1F81956FF5CB854019D06558.noDe1?SUBSESSION_ID=1576590069863_1

MPSV. © 2019. *Intimní vztahy a sexualita uživatelů v pobytových sociálních službách*. [online]. [cit. 2019-12-12]. Dostupné z: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2019/02/DS_19_01_16_intimn%C3%AD-vztahy_z%C3%A1pis.pdf

- MUSWERA, T., KASIRAM, M., 2019. Understanding the sexuality of persons with intellectual disability in residential facilities : perceptions of service providers and people with disabilities. *Social Work/Maatskaplike Werk* 55(2), 197-204. doi: 10.15270/55-2-715.
- NAKONEČNÝ, M., 2011. *Psychologie: přehled základních oborů*. 863 s. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-443-8.
- NEBUĎ NA NULE, z. s. © 2019. *O nás*. [online]. [cit. 2019-09-25]. Dostupné z: <http://www.nebudnanule.cz/>
- NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- NOVOSAD, L., 2011a. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- NOVOSAD, L., 2011b. Lidé s tělesným postižením. In: MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- PAGGIO, V., 2015. *Tabu: sexuální asistence. Rozhovor s Lucií Šídovou*. [online]. R-R. [cit.2019-11-15]. Dostupné z: <https://rozkosbezrizika.cz/tabu-sexualni-asistence-rozhovor-s-lucii-sidovou/>
- POTMĚŠIL, M., 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc. Univerzita Palackého. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
- PRO FAMILIA. *Über pro familia*. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.profamilia.de/>
- ROHOVSKÁ, P., 2018. Rodina pečující o dítě s postižením aneb Jak řeší/neřeší jeho sexualitu? In: *Sociální služby: odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 5. s. 16-19 ISSN 1803-7348. Dostupné také z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/kveten.pdf
- Rozhovor s Lucií Šídovou – Sexuální asistence se stala legitimní profesí*. 2018. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <http://www.sexualniasistence.cz/rozhovor-s-lucii-sidovou-sexualni-asistence-se-stala-legitimni-profesi/>

- R-R. *O nás*. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://rozkosbezrizika.cz/kdo-jsme/>
- SEHP. © 2019. *L'association Historique*. [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://sehp.ch/association/>
- SPRSV. © 2017. *Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF*. 1997. [online]. Praha: SPRSV. 63 s. [cit. 2019-04-24] Dostupné z: http://www.planovanirodiny.cz/storage/Charta_sex_a_repr_prav_1997.pdf
- SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
- SPIPKOVÁ, J., 2013. Psychosexuální vývoj a jeho poruchy. In: VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P. et al. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. s.27-35. ISBN 978-80-262-0373-5.
- ŠÍDOVÁ, L., POLÁKOVÁ, J., MALINOVÁ, H., 2013. *Ze sexbyznysu na trh práce?: Přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. Brno: Rozkoš bez Rizika. s. 186. ISBN 978-80-260-4963-0.
- ŠÍDOVÁ, L., 2015. *Sexuální asistence: přednáška*. [online]. R-R. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/22578839-Sexualni-asistence-prednaska-mgr-lucie-sidova-2015.html>
- ŠÍDOVÁ, L., PŠENICOVÁ, B., 2015. *Rozhovor: Lucie Šídová o dvou letech projektu Právo na sex a zavádění sexuální asistence v ČR*. [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/Rozhovor.pdf
- ŠÍDOVÁ, L., ROHOVSKÁ, P., 2018. Pojd'me se bavit o sexualitě a vztazích. In: PROUZA, J., (ed.) 8. *Moravský regionální kongres k sexuální výchově*. Olomouc: SPRSV. s 84-86. ISBN 978-80-905696-7-6.
- ŠÍDOVÁ, L., 2018a. *Sexualita lidí s hendikepem*. In: Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 19- 21. ISSN 1803-7348. Dostupné také z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/duben.pdf
- ŠÍDOVÁ, L., 2018b. *Sexualita jako základní životní potřeba*. In: Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 18-20. ISSN 1803-7348. Dostupné také z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/Sexualita1.pdf

ŠÍDOVÁ, L., 2018c. *Sexuální asistence, služba, která vrací lidem chuť do života*. In: Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 40-42. ISSN 1803-7348. Dostupné také z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/clanek1.pdf

ŠÍDOVÁ, L., 2018d. *Sexuální asistence*. [online]. Zpravodaj národního centra podpory pro transformaci sociálních služeb. [cit. 2019-09-27]. Dostupné z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/Zpravodaj-15.pdf

ŠILEROVÁ, L., 2003. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Praha: Grada. 103 s. ISBN 80-247-0291-6.

ŠÍŠKA, J., 2013. Lidé s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, O., et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. s.393-394. ISBN 978-80-262-0366-7.

ŠTĚRBOVÁ, D., 2014. Osoby s mentálním postižením a potřeba sexuální výchovy. In: *Sociální služby: odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 18-21. ISSN 1803-7348. Dostupné také z: <http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/SS%206,7-2014%20s18-21%20final.pdf>

ŠTĚRBOVÁ, D., 2016a. Rodina a jedinec s mentálním postižením a sexualita. In: ŠTĚRBOVÁ, D., RAŠKOVÁ, M., et al. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 81-89. ISBN 978-80-244-5025-4.

ŠTĚRBOVÁ, D., 2016a. Sexuální výchova a osoby s mentálním postižením a osoby s autismem. In: ŠTĚRBOVÁ, D., RAŠKOVÁ, M., et al. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 103-119. ISBN 978-80-244-5025-4.

ŠTĚRBOVÁ, D., 2016a. Sexuální zneužívání, včetně zneužívání osob s mentálním postižením. In: ŠTĚRBOVÁ, D., RAŠKOVÁ, M., et al. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 21-33. ISBN 978-80-244-5025-4.

ŠTĚRBOVÁ, D., 2016b. Sexualita a komunikace ve zdravotnictví a v sociálních službách a osoba s mentálním postižením. In: ŠTĚRBOVÁ, D., RAŠKOVÁ, M., et al. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě II: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením – z empirického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 65-77. ISBN 978-80-244-4993-7.

ŠTĚRBOVÁ, D., 2019. *Sexuální výchova osob s postižením*. [online]. Šance dětem. [cit. 2019-09-15]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/sexualni-vychova-u-osob-s-postizenim.shtml>

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2001. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.

THOROVÁ, K., 2012. Obecné informace o sexualitě. In: THOROVÁ, K., JŮN, H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy. s. 6-14. ISBN 978-80-260-2759-1.

THOROVÁ, K., 2012. Vzdělávání personálů a klientů. In: THOROVÁ, K., JŮN, H., *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy. s. 75-78. ISBN 978-80-260-2759-1.

TISKOVÁ ZPRÁVA. 2017. *Sexuální asistence funguje již rok v České republice*. 2017. [online]. [cit. 2019-09-25]. Dostupné z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/SA.pdf

TRUHLÁŘOVÁ, Z., 2008. Odras sexuální výchovy v praxi sociální práce. In: MITLÖHNER, M., (ed.) *Sborník referátů z 16. celostátního kongresu k sexuální výchově v České republice*. Praha: SPRSV. s. 142-143. ISBN 978-80-86559-99-5.

UZEL, R., 2007. Lidská sexualita. In: UZEL, R., MITLÖHNER, M., *Vybrané otázky lidské sexuality: texty k sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 7-55. ISBN 978-80-7041-609-9.

ÚZIS ČR. © 2018. *MKN-10: Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

- VALENTA, M., 2011. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. In: MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. Lidská sexualita a její změny. In: VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P. et al. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. s.13-24. ISBN 978-80-262-0373-5.
- VIDUROVÁ, A., 2014. *Sexuální asistence- tady a teď?* [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: <http://www.vozickar.com/sexualni-asistence-tady-a-ted/>
- VIDUROVÁ, A., 2015. *Sexuální asistence i v České republice?* In: Sociální služby odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 16-17. ISSN 1803-7348.
- VOJTÍŠEK, P. 2012. *Výzkumné metody* [online]. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní. [cit. 2019-11-12]. ISBN 978-80-905109-3-7. Dostupné z: http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9_metody.pdf
- VOLFOVÁ, I., VELEMÍNSKÝ, M., 2008. Sexuální zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami. In: VOLFOVÁ, I., KOZÁKOVÁ, Z., VELEMÍNSKÝ, M. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton. s. 13-36. ISBN 978-80-7387-129-1.
- VOZÍČKÁŘSKÉ NOVINY. 2019. Sexuální asistence v Německu. [online]. [cit. 2019-10-25].
- VYSOKAJOVÁ, M., 2000. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.
- WEISS, P., et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- WHO. 2008. *MKF*. [online]. Překlad Jan PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. Praha: Grada. 280 s. [cit. 2019-02-05]. ISBN 978-80-247-1587-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>

Legislativa:

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 189/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Přílohy

Příloha č. 1 – Vzor polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č. 1 – scénář polostrukturovaného rozhovoru

Představení tazatele, seznámení s cílem diplomové práce a výzkumnými otázkami, prohlášení informovaného souhlasu

Úvodní otázky

Pracovní pozice respondenta

Délka praxe v organizaci

Přístup k sexualitě klientů

1. Jak vnímáte sexualitu klientů?
2. S jakými projevy sexuality se u svých klientů setkáváte?
3. Jak na tyto projevy reagujete?
4. Jakou roli pro Vás sehrává sexualita klientů při práci s klienty?

Způsob naplňování sexuálních potřeb klientů

5. Jak je v rámci poskytované sociální služby podporován intimní život klientů?
6. Mají klienti dostatek soukromí pro naplňování svých sexuálních potřeb?
7. Jakým způsobem komunikujete o sexuálních potřebách klientů? Jak je to pro Vás náročné?
8. Jak často s klienty o sexuálních potřebách komunikujete?
9. Jak se na naplnění sexuálních potřeb podílejí rodiny klientů? Máte jejich podporu?
10. Realizujete ve Vaší organizaci osvětu zaměřující se na vztahy a sexualitu klientů? Pokud ano, jak vypadá?
11. Má Vaše organizace zpracovaný protokol sexuality?
12. Jaké překážky jste museli překonat, než jste začali se sexualitou pracovat? (Co Vám v současné době brání se tomuto tématu věnovat?)

Nahlížení na službu sexuální asistence

13. Jak vnímáte aktivní sexuální asistenci?
14. Máte dostatek informací o aktivní sexuální asistenci? Je něco, co postrádáte?
15. Uvítal/a byste v současnosti nějaký seminář, který by doplnil Vaše stávající znalosti o této službě?
16. Jak hodnotíte finanční dostupnost aktivní sexuální asistence pro své klienty?
17. V čem by podle Vás mohla být aktivní sexuální asistence pro klienty přínosná?
18. Proč by podle Vás měli poskytovatelé sociálních služeb věnovat pozornost aktivní sexuální asistenci?

Jak se organizace podílejí na zajištění sexuální asistence?

19. Zaměřujete se na osvětu zabývající se sexuální asistencí? Pokud ano, jak probíhá? Komu je určena?
20. Co předcházelo tomu, než se Vaše organizace začala zabývat tématem sexuální asistence?
21. S jakými reakcemi se u klientů a jejich rodin při realizaci osvěty setkáváte?
22. Má Vaše zařízení k dispozici intimního asistenta/ku? Jak vypadá náplň jeho/její činnosti?
23. Obracejí se na Vás klienti nebo jejich rodiny s žádostí o zprostředkování kontaktu na sexuální asistenty/ky? Pokud ano, co je k tomu přivádí?
24. Za jakých podmínek by Vaše organizace umožnila klientům objednat sexuální asistenty/ky?
25. Jaká je Vaše dosavadní zkušenost s aktivní sexuální asistencí ve Vaší organizaci?

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s rozhovorem

Informovaný souhlas s rozhovorem

Já,, jsem byl/a seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumu Bc. Michaely Kolářové, který je součástí diplomové práce "Sexuální asistence u osob se zdravotním postižením" na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Rozumím jim a souhlasím s účastí na tomto výzkumu.

Jsem si vědom/a toho, že mohu od účasti na výzkumu kdykoliv odstoupit. Moje účast na výzkumu je dobrovolná.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumníci a s přepisem a analýzou výsledného zvukového záznamu. Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a rozhovor kdykoliv ukončit.

Dávám své svolení výzkumníci, aby materiál, který jsem jí poskytl/a, použila za účelem sepsání diplomové práce. Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než-li k interpretaci výsledků šetření.

V..... DATUM.....

PODPIS