

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Markéta Jurková

Sexuální asistence v kontextu sexuality osob se zdravotním
postižením

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

Prohlášení

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

V Olomouci dne: 9. 4. 2018

.....

Markéta Jurková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vždy milé a laskavé vedoucí práce Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph.D. za odborné vedení, dodávání optimismu, který mi nejednou při psaní práce chyběl, poskytnutí naděje a energie, ve chvílích, kdy jsem měla pocit, že nevím kudy dál, za úsměv, kterým mě na každé konzultaci dokázala motivovat. Dále si vážím velké podpory a důvěry rodiny a přátel, bez kterých by psaní diplomové práce bylo o mnoho psychicky náročnější. Jejich citová podpora mě hřála i v nelehkých dnech vyskytujících se v tomto období. Nesmím zapomenout poděkovat také mému příteli Mgr. Michalu Vorlíčkovi, který mě dokázal „vyhecovat“ (ne vždy to bylo pro oba příjemné) a mnohdy doslova „nakopnout“ k dokončení práce, když mi do jejího psaní chyběla chuť a energie. Nesmírně si vážím také času, který Mgr. Jan Dygrin, Ph.D. a Mgr. Michal Vorlíček věnovali k zasvěcení mé osoby do tajů statistického měření.

OBSAH

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Sexualita osob s postižením.....	8
1.1 Vymezení pojmů spjatých se sexualitou.....	9
1.2 Historická východiska sexuality.....	10
1.3 Specifika sexuality u osob s postižením	11
1.4 Právo na sex/sexualitu.....	12
1.4.1 Manželství, těhotenství a rodičovství osob s postižením.....	14
1.5 Sexuální výchova.....	15
1.6 Postoje k sexualitě osob s postižením.....	16
1.6.1 Druhy postojů k sexualitě osob s postižením.....	19
1.6.2 Vývoj postojů k sexualitě osob s postižením	20
1.6.3 Mýty o sexualitě osob s postižením.....	21
2 Osoby se zdravotním postižením a jejich partnerství, rodičovství a sexualita.....	23
2.1 Osoby s mentálním postižením	23
2.2 Osoby s tělesným postižením.....	25
2.3 Osoby se sluchovým postižením	29
2.4 Osoby se zrakovým postižením.....	31
3 Asistence.....	35
3.1 Osobní asistence	36
3.2 Asistent pedagoga.....	37
4 Sexuální asistence	39
4.1 Vymezení sexuální asistence.....	39
4.2 Vzdělání sexuální asistence.....	41
4.2.1 Intimní asistence a sexbyznys	43
4.3 Rozkoš bez rizika.....	44
4.3.1 Poslání, cíle a klientela organizace.....	44
4.3.2 Nabízené služby.....	45
4.3.3 Principy služeb	46
4.4 Potřeba sexuální asistence	47
4.5 Sexuální asistence v zahraničí.....	48
4.5.1 Německo	48

4.5.2	Rakousko.....	49
4.5.3	Holandsko	50
4.5.4	Švýcarsko.....	51
VÝZKUMNÁ ČÁST.....		54
5	Metodologická východiska práce	54
5.1	Cíl práce a výzkumné hypotézy	54
5.1.1	Stanovené hypotézy	54
5.2	Použité metody výzkumu.....	55
5.3	Charakteristika prostředí a souboru	58
6	Prezentace výsledků	59
6.1	Základní identifikační údaje o respondentovi	59
6.2	Povědomí respondentů o sexuální asistenci	61
6.3	Postoje a názory respondentů k sexuální asistenci	65
6.4	Ověření hypotéz.....	71
7	Diskuze.....	77
7.1	Doporučení pro praxi	79
Závěr		81
Seznam použité literatury		84
Seznam grafů		89
Seznam tabulek.....		90
Seznam příloh.....		91

Úvod

Diplomová práce je zaměřena na sexuální asistenci v kontextu osob se zdravotním postižením.

Téma se zabývá v dnešní době stále ještě tabuizovanou problematikou sexuální asistence. Jedním z problémů sexuální asistence je malá informovanost o tomto tématu mezi většinovou společností, ale kupodivu také mezi osobami s postižením. Další záležitostí znesnadňující hladké fungování služby v České republice je oblast legislativní. Další otázkou k řešení je kdo a s jakým vzděláním by měl danou profesi vykonávat, v jakém zařízení či instituci by měla být služba prováděna, aby byla zajištěna diskrétnost jejího využití. V neposlední řadě realizaci sexuální asistence komplikují silně zakořeněné předsudky panující ve většinové společnosti k sexualitě osob s postižením. Situace se však pomalu zlepšuje, což má za důsledek kladnější postoje k jedincům se zdravotním postižením a k jejich samotné sexualitě.

Zájem autorky o problematiku sexuální asistence započal již v prvním ročníku vysokoškolského studia po shlédnutí filmu „Nedotknutelní“, kdy je hlavní představitel filmu nositelem kvadruplegie a s novou manželkou založí rodinu, ve které společně zplodí děti. Ve druhém ročníku jsem se zúčastnila přednášky pana Milana Langera (osoba s těžkým tělesným postižením) z Trendu vozičkářů. Velice se mi líbily jeho názory na sexualitu osob s tělesným postižením a sexuální asistenci. Pan Langer je jednou z osob, která se zasazuje o znovu diskutování tématu sexuální asistence. Jedním z důvodů výběru tématu sexuální asistence byl fakt, že většinová společnost o této problematice nemá dostatek informací, má mylné představy, neví, co se pod daným pojmem skrývá nebo je pro tyto jedince sexualita stále tabu.

Postoj většinové společnosti v České republice (ale ne pouze u nás) k osobám se zdravotním postižením se ubírá stále pozitivnějším směrem, který však ještě není dostačující. Současně by se měl najít způsob informování a přiblížení této problematiky osobám intaktním, čímž by mělo dojít ke zvýšení snahy o „bourání bariér“ (sociálních, psychických, stavebních, komunikačních, ekonomických), většímu pochopení a funkční komunikaci mezi osobami se zdravotním postižením a intaktní společností.

Cílem diplomové práce je v teoretické rovině si představit stěžejní oblasti týkající se sexuality osob s postižením a služby sexuální asistence, praktická část se zaměřuje na zjištění a následný popis povědomí a postojů intaktní společnosti v Olomouckém kraji na oblast sexuální asistence.

Práce se dělí na teoretickou oblast zahrnující čtyři velké kapitoly. Každá z oblastí představuje nosné pojmy pro naši práci. Kapitola první se zaměřuje na sexualitu osob se zdravotním postižením. Nalezneme zde vymezení pojmů týkajících se sexuality, stručnou historii sexuality, specifika, která se mohou vyskytovat u osob s postižením. Zaměříme se také na práva v oblasti partnerství, rodičovství, manželství a sexu. Důležitou podkapitolu tvoří postoje společnosti k sexualitě osob s postižením, jelikož se od nich odráží vývoj pohledu a nutnost řešení otázky sexuality i v dnešní době. Kapitola druhá nás blíže seznámí s konkrétními skupinami osob se zdravotním postižením a řešením jejich specifických problémů. Jelikož není našim cílem představit dopodrobna všechny skupiny osob se zdravotním postižením, zaměříme se především na jedince s mentálním, tělesným, sluchovým, zrakovým postižením a jejich partnerský, manželský, rodičovský a intimní život. Třetí kapitola se věnuje asistenci v obecném měřítku. Sexuální asistenci zde nezmiňujeme, jelikož je této problematice věnována čtvrtá kapitola. Cílem třetí kapitoly je seznámení se s dalšími druhy asistence, tedy osobní a pedagogickou. Pro účely naší práce je více důležitá asistence osobní, jejíž forma je sexuální asistenci bližší. Poslední čtvrtá kapitola teoretické části se věnuje výše zmíněné sexuální asistenci. Zaměříme se na pojetí sexuální asistence v kontextu Mezinárodní organizace IPSA, ale především si uvedeme význam, pojetí, poslání, realizaci sexuální asistence v České republice. Důležitou organizaci v této oblasti je u nás „Rozkoš bez rizika“, jejímž představením se zabývá několik podkapitol. Pro celkovou ucelenost a komplexnější náhled na problematiku se práce zmiňuje o čtyřech zemích a jejich řešení otázky sexuality.

Teoretická oblast se zaměřuje na realizaci dotazníkového šetření. Obsahuje dvě hlavní kapitoly. První se zaměřuje na metodologická východiska výzkumu. Nalezneme zde stanovené cíle a hypotézy, popsané metody šetření, charakteristiku prostředí a výzkumného souboru. Druhá kapitola přináší prezentaci výsledků výzkumného šetření. Pro lepší přehlednost dělíme výsledky dotazníkového šetření na základní identifikační údaje o respondentovi, povědomí respondentů o sexuální asistenci a postoje/názory respondentů na oblast sexuální asistence. Poslední podkapitola se zabývá ověřením hypotéz pomocí statistických testů pro neparametrická data.

Práce poukazuje, kromě zmíněných cílů, na malé nebo nedostačující množství informací laické veřejnosti o existenci tématu sexuální asistence a v ideálním případě podnítila zájem veřejnosti o tuto sféru, popřípadě motivovala společnost/organizace k osvětové činnosti v oblasti sexuální asistence.

1 Sexualita osob s postižením

Sexualita je bezpochyby přirozenou součástí každého člověka, která jej provází celý život. Její součástí jsou biologické pudy a psychické procesy (ty, jež si uvědomujeme i neuvědomujeme). Postižení neodpírá ani nesnižuje právo na sexualitu a sexuální vyjádření. Pokud je člověku bráněno prožívat svoji sexualitu, což se mnohdy u osob s postižením (především mentálním a fyzickým) děje, mohou se u něj objevit potíže zejména psychické (úzkost, agrese-vůči sobě i okolí, deprese, nízké sebevědomí, negativní vnímání svého těla), ale také fyzické. (Thorová, Jůn, 2012)

Některé pudy a projevy sexuality máme vrozené, avšak nemalou část tvoří sexuální chování naučené. Sexualita neznamená pouze pohlavní styk, jedná se také o znalost lidského těla obou pohlaví, umění chápat a vyjadřovat emoce, lásku (také romantiku). Patří sem mentální procesy, chování (včetně sexuálního chování), fyzické vlastnosti, jež jsou úzce spjaté s přitažlivostí, rozmnožováním, slastí spjatou se sebeuspokojováním či intimním sblíčováním. Naplnění sexuality je přirozenou a důležitou součástí lidského života. Bohužel je ještě stále tabuizovaným tématem (avšak v odborných kruzích a pozvolna i u laické veřejnosti se o něm stále více mluví a přestává být tabu), které je opředeno nejedním mýtem a předsudkem. V naší společnosti žijí stále lidé, kteří přesto, že by chtěli, nemohou naplňovat svoji sexualitu stejně tak jako lidé bez postižení. Tito lidé mají touhy, přání a představy, ale nemají možnost je uskutečnit. Nemohou svoji sexualitu prožívat, mluvit o ni, vzdělávat se a získávat více informací (brání jim v tom jejich postižení). Mnoho osob s postižením má negativní zkušenost s projevováním sexuality. Rodiče či pracovníci zařízení, která osoby s postižením navštěvují tyto projevy mnohdy trestají a zakazují je. Tím vzniká negativní zkušenost s tímto tématem. Smutným faktem je, že lidé s handicapem mají ve 21. století ještě stále méně informací v oblasti sexuality než osoby z většinové společnosti. (Žiju s handicapem, 2016)

Důležitým krokem ke změně by mohlo být uznání práva těchto lidí na prožívání jejich sexuality. Lidem s mentálním či fyzickým postižením jsou často dávána farmaka na utlumení těchto projevů, což je neetické. Z tohoto důvodu by bylo potřebné snížit jejich podávání. Dalším krokem ke zvětšení povědomí a informovanosti o tomto tématu by mělo být vzdělávání osob s postižením, ale také majoritní společnosti v oblasti sexuální výchovy těchto osob. Vzdělávání v této oblasti je nezbytnou ochranou před sexuálním zneužíváním, obtěžováním, pohlavně přenosnými nemocemi

a nechtěným otěhotněním. První velkou změnou by mělo být uvědomění, že tyto osoby nechceme zastrašovat a trestat za projevy jejich sexuality. Většinová společnost by měla osoby s postižením respektovat, dávat jim možnosti a uvědomovat si, že jsou to osoby stejné jako my a mají právo na prožívání své sexuality. Mezi toto prožívání patří například vytváření vztahů, zažívání blízkosti, doteků, intimity a sexu. (Žiju s handicapem, 2016)

1.1 Vymezení pojmů spjatých se sexualitou

Velkým problémem a ztížením pro „bourání“ hranic tabu sexuality je nejednotnost v chápání některých zásadních pojmů a jejich nedostatečné vymezení, jehož příčinou by mohlo být tabuizování tohoto tématu, následné přebírání pojmů ze zahraničí a neochota vytvoření ekvivalentů v mateřském jazyce. (Janiš, Marková, 2007)

Sexualita je pojmem odvozeným z latinského slova *sexus*, což znamená rozdělený, odloučený; a *secare*-ořezat. Již Cicero sexualitu chápal především jako pohlavnost. V definicích sexuality (tak jako mnohé definice) se odrážejí sociální, ekonomické a politické vztahy a podmínky. Vysvětlit pojem sexualita se pokoušelo mnoho autorů. Díky interdisciplinárnímu charakteru sexuální problematiky se nepodařilo dojít k jednotnému termínu. Sexualitu lze však vymežit z pohledu jednotlivých oborů. Sociální vědy na tento pojem nahlížely naturalisticky. Dagmar Marková vyjadřuje názor, že do poloviny 20. století panoval pohled na sexualitu, jako na základní lidskou potřebu, která se spojuje s pudem a slouží k rozmnožování. (Janiš, Marková, 2007)

Slovník cizích slov (1995) představuje sexualitu jako fyzické vztahy mezi dvěma pohlavími.

Sexuologie na sexualitu nahlíží jako na pevné spojení s našimi předky (evolučními), bez ohledu na kulturní působení. Je pozůstatkem pudu a zároveň přirozenosti, jejich spojením dochází k reprodukci, která je považována za společenský cíl a naše těla jsou k jeho plnění nastavená. (Zvěřina, 1992)

Psychologie užívá tento pojem pro oblast osobnosti, která má vztah k sexuálnímu chování. Hartl (1993) uvádí vymezení sexuality jako souhrn projevů chování člověka a citění, které plyne z tělesných a psychických rozdílů mezi pohlavími (hormonální, anatomické, reprodukční, sociální role, způsob fyziologického uspokojování).

Pro srovnání uvádíme pohled Rozinajové (1980), která nahlíží na sexualitu více duchovně. Zdůrazňuje především hodnoty, city, potřeby a postoje. Přiklání

se ke skutečnosti, že sexualita pomáhá formovat osobnost, vyjadřuje vzájemnou lásku mezi pohlavími a nejedná se tedy pouze o pohlavní styk (rozmnožování). Toto pojetí zastává také Janiš a Marková (2007), kteří kladou důraz na chápání sexuality také v užším smyslu (důležité jsou především zážitky, prožívání), ne pouze biologické funkce rozmnožování.

Světová zdravotnická organizace považuje sexualitu za základní aspekt jedincova bytí, provázející ho po celý život. WHO souhlasí s výše uvedenými myšlenkami a ztotožňuje se s koncepcí, podle níž sexualita není spjata pouze s pohlavními orgány, ale obohacuje a vytváří bytost somatickými, intelektuálními, emočními a sociálními aspekty. Pokud bychom předchozí řádky měli shrnout, můžeme sexualitu chápat jako součást osobnosti, aspekt společenského soužití mezi pohlavími s hlavním důrazem na duševní stránku sexuálních projevů. (Kracík, 1992)

V uvedených definicích můžeme pozorovat rozdíly v zaměření pozornosti zdůrazňující pohlavnost (rozmnožování), jiné však obsahují především stránku duševní (popř. duchovní). (Mandžáková, 2013)

1.2 Historická východiska sexuality

Mnohé publikace uvádí sexualitu jako tabuizované téma. Avšak ne ve všech historických obdobích byla sexualita tabu, příkladem může být text vzniklý kolem prvního tisíciletí nazývaný „Kámásútra“, která sloužila jako vzdělávací manuál v oblasti sexuality a blízkých vztahů. Nejednalo se o pouhý popis sexuálních poloh, tato publikace obsahovala také informace o vztazích, rodinném životě a lásce. Trestání (především dětí) za projevy sexuality započalo okolo druhé poloviny 18. století. Děti byly brány jako bytosti nesexuální, nebyly jim poskytovány žádné informace z oblasti sexuality a jejich přirozené sexuální projevy byly považovány za patologii, na kterou bylo nahlíženo negativně. Na počátku 20. století se situace začala zlepšovat a sexualita byla pomalu přijímána za přirozenou součást jedince (ve světě k této osvětě dochází okolo 50. a 60. let, u nás se situace začala zlepšovat od 90. let). Bohužel k odmítavým a negativním postojům společnosti přispěly nesmyslné mýty, názory a také lékařské práce (např. o škodlivých vlivech masturbace na lidské zdraví). Švýcarský lékař Samuel Tissot vytvořil na počátku 18. století publikaci „Onanie, pojednání o nemocech způsobených masturbací“, kde popisuje, že masturbace způsobuje oslabení fyzických sil, rozumových schopností a paměti, je příčinou některých bolestí hlavy a neurologických poruch. Americký lékař John Kellog na počátku 19. století prosazoval velice razantní, nehumánní

kroky k zabránění masturbace, kterou považoval za větší katastrofu než mnohé smrtelné epidemie. Dle jeho názoru masturbace byla velkým hříchem, jež vedl k neplodnosti. Proto se zasazoval o „léčbu“ masturbace následujícími způsoby. Ženám ordinoval poleptání ženského klitorisu chemikáliemi (např. fenol), které měli odstranit vzrušení (některé způsobovali puchýře); studené koupele; aplikaci dráždivých látek na sexuální orgány a v „nejtěžších“ případech přímo odstranění klitorisu. Chlapce doporučoval svazovat, aplikovat elektřinu či provést obřízku. Tyto praktiky se zdají být podobné spíše mučení ve středověku, než lékařským metodám v 19. století. (Kellog, 1888)

V dnešní době jsme si jisti, že se jednalo o mylnou představu, masturbace nezpůsobuje škodlivé účinky, spíše naopak, uvolňuje psychické a sexuální napětí osobám, u kterých je běžné sexuální uspokojení dosažitelné obtížněji, díky jejich postižení či nemoci (ale také u intaktní populace). Zmíněné drastické chování zajisté přispělo k dlouhodobému trestání projevů sexuality, jež bylo prováděno v dobré víře, nicméně se stalo tíhou, kterou si s sebou nese společnost na cestě k pozitivnějšímu pohledu na sexualitu obecně, speciálně pak na sexualitu osob s postižením. Sigmund Freud vytvořil teorii psychosexuálního vývoje, kde nahlíží na projevy dětské sexuality jako na normální jev. Velkým přínosem byly výzkumné práce amerického biologa Alfreda C. Kinsey, který dopodrobna popsal sexuální chování mužů a žen. (Thorová, Jůn, 2012)

Uzel (2007) uvádí myšlenku, že v Evropě proběhly tři sexuální revoluce. První revoluce spjatá se sexualitou probíhala v prvním tisíciletí našeho letopočtu. Zásadní vliv sehrálo rozšíření křesťanství, jež přineslo párovou monogamii a později akceptaci sexu až po uzavření manželství. Zrodila se zde také myšlenka, která tvrdí, že muži sex milují, proto jej vyhledávají a ženy milují muže, proto jsou k němu svolné. Druhá revoluce (druhá polovina 16. století) zanechala v lidské společnosti touhu po rozkoši. Třetí sexuální revoluce se uskutečnila ve 20. století (60. a 70. léta), kdy přinesla do společnosti ženskou antikoncepci. Ženská antikoncepce dopomohla k rovnoprávnějšímu postavení žen v oblasti sexuality (sex není vázán pouze na manželství, těhotenství).

1.3 Specifika sexuality u osob s postižením

Není jednoduché vymezit normalitu sexuálního chování, určit hranice toho, co je normální a toho, co již normální není. Uzel (2007) na normalitu v kontextu sexuality zastává názor, že normalita by neměla být objektem vědeckého zkoumání, jelikož kritéria jejího posuzování se odrážejí od hodnocení, a tudíž nemůže být nikdy

zcela objektivní. Ideální stav normality by neopisoval přirozenost člověka (rozpor s povahou lidské existence - neustále se mění = proměnlivost, tvárnost), která se v sexualitě nachází.

Sexualita člověka potřebuje být chápána, pochopena a v neposlední řadě akceptována jako součást rysů života člověka, které jsou pro tuto osobu charakteristické. Přístup a pochopení sexualitu se u každého jedince může lišit, jelikož na hodnocení sexuality u osob s postižením (především mentálním) je nahlíženo jako na jeho výjimečnost a jedinečnost spjatou s individualitou daného člověka. Respektování individuality je pro práci se sexualitou (a také mateřstvím či rodičovstvím) a osobami s postižením nezbytné. Je třeba brát v potaz jejich individuální touhy, očekávání, schopnost prožívat vztahy, což nám žádné „zaškatulkování“ do kategorie (např. osob s mentálním postižením) neposkytne. Hloubka a míra postižení funkcí je u každé osoby s postižením odlišná. Každý člověk s postižením je osobností, jež je jedinečná, má své potřeby, vývojový potenciál, ale také problémy, které je potřeba řešit. (Mandzáková, 2013)

U osob s mentálním postižením je sexualita mnohdy zlehčována či přehlížena v návaznosti na jejich pobyt v sociálních službách. Pro mnohé z těchto osob bývají pobytové sociální služby prostředím, kde stráví celý život. Je jim zde poskytována veškerá pomoc i služby (např. sociální rehabilitace, sociální poradenství, ošetrovatelská péče, ubytování, úklid, stravování). Nedostatkem personálu na velká pobytová zařízení vzniká časový tlak, kvůli kterému personál zařízení nemůže ke každému klientovi přistupovat individuálně a do hloubky. Je tedy zřejmé, že najít v takovýchto případech čas na poskytování informací a vzdělávání v oblasti sexuality, je pro personál zařízení téměř nadlidský úkol, nehledě na skutečnost, že v nedávné minulosti v těchto zařízeních panoval spíše trend utlumení těchto projevů u klientů. (Mandzáková, 2013)

1.4 Právo na sex/sexualitu

Je nepochybné, že právo na sex má každá lidská bytost. Ač pro laika by se tyto dva pojmy společně mohli jevit jako neexistující vztah. Právní normy jasně vymezují pravidla, která se musejí dodržovat (v opačném případě hrozí sankce). Většina lidí dokáže svou sexualitu udržet pod kontrolou, pokud však „vyhraje“ primární potřeba nad nadvládou ducha, může se sexualita vymykat mimo hranice přijatelné pro společnost. To platí především u osob s mentální postižením (pokud se s nimi o tomto tématu nemluví

a nejsou v něm vzdělávány), které svoje sexuální potřeby mohou začít projevovat na ulici či jiných veřejných místech. (Mandzáková, 2013)

Lidská práva mají všichni lidé. Jedním z lidských práv je také právo na sexualitu. Neexistuje tedy důvod, proč by osobám s postižením mělo být toto právo odepřeno/potlačeno (což se mnohdy například farmakologickým způsobem děje). Odsuzování, tabuizování či znemožňování sexuálního života je jednáním protiprávním. Právo na sexualitu v sobě nese dosažení co nejvyšší možné kvality sexuálního života a zdraví (možnost poradenství v otázkách reprodukce, sexuality, respektování svobodné volby partnera, vstupu do manželství), tedy právo na spokojený a bezpečný sexuální život. Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením uvádí, že v zájmu státu by mělo být vytvoření zákonů, které tyto osoby nediskriminují (a to ani v manželství, v sexuálním životě, rodičovství) a také podporování plné účasti osob se zdravotním postižením na vytvoření rodinného života. (Mitlöchner, 2004)

Sexualita této skupiny osob zůstávala do nedávna stranou zájmu. Dnes můžeme sledovat pomalý vzestup, a to také díky odstartování diskuzí na téma sexuální asistence. Trestní právo říká, že pokud je jedním účastníkem sexuálního kontaktu osoba, jež je nositelem postižení, jedná se o zneužití závislosti osobou bez postižení. (Mandzáková, 2013)

Trestněprávní normy mají za cíl chránit nejvyšší lidské hodnoty, tedy svobodu člověka (ochrana soukromí a před násilím, svobodné rozhodování - také o své sexualitě), pokud takového chování nepůsobí škodu druhé osobě či nezpůsobuje ohrožení zájmu společnosti. (Šulová, 2011)

Právem každé osoby je svobodně se rozhodovat o svém životě, tedy i o sexuálním a reprodukčním. Zároveň je třeba jednat ohleduplně k právům ostatních osob. Je potřeba si v sexuálních vztazích uvědomit rozdíl mezi vztahem dvou osob s postižením (především mentálním/popřípadě se stejným rozsahem postižení) nebo vztahem mezi partnery, z nichž jeden je osobou s postižením (problémem je zejména mentální postižení) a druhý bez postižení. Pokud se jedná o druhý případ, (osoba s postižením ve vztahu s osobou bez postižení) je potřeba si uvědomit, že pokud je především mentální zdraví jedince na špatné úrovni a nechápe či neuvědomuje si tato osoba sexuální chování druhých osob ve vztahu k sobě, může se toto jednání jevit či dokonce opravdu být trestným činem (př. znásilnění). (Mitlöchner, 2004)

1.4.1 Manželství, těhotenství a rodičovství osob s postižením

Všeobecná deklarace lidských práv (1948) upravuje základní lidská práva, která náleží všem osobám bez rozdílu, tedy i osobám s postižením. V článku 16 této deklarace se uvádí právo plnoletých mužů a žen uzavřít manželství a následně založit rodinu. Tento vztah by měl být založen na rovnoprávnosti muže a ženy. Stát drží zvláštní ochranu nad osobami nacházejícími se ve stavu mateřství a rodičovský, z čehož je patrné, že rodina je základ společnosti a má nárok na státní ochranu. (Všeobecná deklarace lidských práv, 2015)

Také osobám s postižením patří právo na partnerský život, a to i přesto, že ne všichni jsou schopni partnerské vztahy navázat, udržet a realizovat je. Zbavovat osoby práva na partnerský život by neodpovídalo lidským právům. Přesto se omezování tohoto práva, především v pobytových zařízeních většího typu, stále vyskytuje. Uvedme si například zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením pro muže, které je na okraji města (takzvaně na samotě u lesa), kde někteří muži stráví převážnou část svého života a nemají možnost navázat vztah se ženami. Trendem posledních několika let je transformace velkých zařízení sociálních služeb na menší zařízení, připomínající spíše „rodinné“ prostředí. I toto napomáhá, po mnoha letech, kdy byly tyto osoby zbaveny možnosti navázat partnerský vztah, dát šanci k samostatnému soužití s partnerem, včetně relativně nezávislého života ve většinové společnosti (např. v rámci chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení je poskytována podpora směřující k co největší možné samostatnosti klienta, tedy i partnerů v jedné domácnosti.). Nestačí pouhé vytvoření vhodných podmínek, je třeba klienty připravit na všechno, co je s partnerským životem spojené. (Slowik, 2009)

Postoje k rodičovství osob s postižením jsou ve společnosti vnímány rozporuplně. Nejvíce negativní postoje jsou zaujímány k jedincům s mentálním postižením. Jejich rodičovství není vnímáno kladně. Většinová společnost (mezi nimi také odborníci) neakceptuje možnost osob s mentálním postižením mít dítě. Obavy a negativní přístup plynou především z nejistoty péče o dítě (zodpovědnost, potřeba pomoci druhých lidí v péči o vlastní osobu). Pokud se jedná o rodičovství ostatních skupin osob s postižením, majoritní společnost jej tolik nezamítá. Někteří jedinci se staví i k těmto ostatním skupinám z části nedůvěřivě, avšak díky absenci mentálního deficitu se jedná o zcela plnoprávné jedince, kteří by si měli sami rozhodnout o rodinném životě (sami vědí, zdali nároky na výchovu a péči o dítě jsou schopni zvládnout nebo je jejich postižení natolik limitující, že si na výchovu netroufnou). (Divišová, 2009)

1.5 Sexuální výchova

Se sexuální výchovou se ve srovnání s osobami s postižením u intaktní společnosti můžeme setkat již v celkem rozsáhlé podobě (na základní škole, střední škole, časopisy pro mladistvé). Stejně jako edukace (učení a výchova) v otázkách partnerského a rodičovského života, by měla být sexuální výchova součástí informací, které klienti mohou získat v institucionálních zařízeních (tento problém vzniká především v pobytových zařízeních s velkým množstvím klientů- př. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem). o potřebě realizace sexuální výchovy není sporu, jak jsme již výše zmínili, osoby s postižením (včetně osob s mentálním postižením) mají sexuální potřeby. Problém vyvstává u otázky (na kterou se mnohá většinová společnost ptá), proč realizovat tuto výchovu a tím i podněcovat jejich sexuální touhy, přání, potřeby. Odpověď se zdá být celkem snadná, avšak její realizace již poněkud náročnější. Sexuální touhy, city, potřeby se osobám s postižením (stejně tak jako všem ostatním lidem) nevytvářejí na základě sexuální výchovy. Sexuální výchova by měla poskytovat informace, které pomohou jedinci pochopit své tělo (včetně procesů a změn, které se týkají sexuálního života a změn v dospívání) a ukázat cestu, jak s ním pracovat. Měla by podporovat co nejplnohodnotnější sexuální život osob s postižením. (Mandzáková, 2013)

Uveďme si příklad, v čem by sexuální výchova mohla být prospěšná osobám s mentálním postižením. Tyto osoby mají díky svému deficitu ztíženou možnost získat informace a vědomosti, které by mohli přispět k utvoření pozitivního postoje ke svému tělu, proto je třeba jim správné informace adekvátní formou poskytnout (k informovanosti dopomáhá také sexuální asistence). Dále se potýkají s nejasností v možnosti kladení otázek týkajících se sexuality (komu, kdy, jak je klást, nalezení osob, kterým mohou věřit a svěřit se jim)); s nesnadným přístupem ke knihám, které by mohli číst zcela sami (nízké čtenářské schopnosti); s kritikou či trestem za „otevření“ takového tématu; s málo příležitostmi k vytváření a praktikování vhodného sexuálního chování (je třeba zvyšovat sebevědomí, nezávislost, sociální dovednosti, osvojení přijatelného sexuálního chování). Mezi významné složky sexuální výchovy patří ochrana (rozpoznání chování vedoucího k sexuálnímu zneužití, znásilnění), uvědomění si práva říkat „NE“, v situacích, které jim nejsou příjemné (plus existence intimní zóny), prevence proti nechtěnému těhotenství a sexuálně přenosnými chorobami. Mezi další důvody potřebnosti sexuální výchovy patří naplnění všech složek péče (komplexní péče) v instituci, zvýšení kvality života (rozvíjení

a projevování emocí), snížení agresivity klientů, v rámci uvolnění/uvědomění si sexuální energie, péče o svůj zevnějšek, zlepšení upravenosti a hygieny. (Kempton, 1998)

1.6 Postoje k sexualitě osob s postižením

Sexualita osob s postižením (především mentálním) staví tyto jedince do těžké situace. Musejí překonávat nejednu překážku a potýkat se s postoji a názory (ne vždy pozitivními) společnosti. Pohled většinové společnosti na tuto oblast se pomalu mění k lepšímu. Před 15-20 lety byl v popředí trend zabránění jejich sexuálním tužbám. (Mandzáková, 2013)

Na začátek je třeba vymezit si význam pojmu postoje. Na postoje lze podle Čápa (1997, s. 86) nahlížet jako na „*specificky získané dispozice, které zahrnují: poznání příslušného objektu, jeho citové hodnocení, výzvu k jednání.*“ Pro srovnání uvádíme také pohled Hartla (1993), který tvrdí, že postoje jsou sklony chovat se v dané situaci daným způsobem (reagovat stejným způsobem na osoby, situace, na sebe). Postoje velkou měrou ovlivňují naše chování, nejsou vrozené, získáváme je učením a můžeme tedy připisovat velký význam sociokulturnímu prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. V zaujímání určitých postojů hraje nemalou roli společnost. Jednotlivé postoje buďto posiluje nebo odmítá, což má vliv na přejímání názorů jedince od společnosti, bez jeho vlastní zkušenosti. Názory se pak mohou stát stereotypními a rigidními. Postoj se vytváří delší dobu a ovlivňuje jej několik faktorů, jako jsou hodnotová orientace jedince, hodnoty uznávané v okolním prostředí, množství informací o problematice, které se vážou k objektu postoje a také zkušenosti daného člověka (životní i profesní). (Kozáková, 2013)

Postoj v sobě skrývá tři základní složky, které se projevují buď navenek anebo uvnitř člověka. Emocionální (citová) a kognitivní (poznání a hodnocení situace) složka postoje jsou součástí jeho vnitřního projevu a behaviorální složka tvoří část vnější. Behaviorální dimenze obsahuje konkrétní aktivity, pohybové a fyzické odezvy na objekt postoje. Jedná se tedy o reakce a projevy na konkrétní situace, jež můžeme pozorovat. Kognitivní složka v sobě zahrnuje představy, vědomosti, znalosti lidí o problematice, která se týká daného postoje (jeho objektu). Podstatné je množství a kvalita informací, které o problematice osoba má, jelikož právě tyto determinanty mohou ovlivňovat postoje jedince k jednotlivým osobám, skupinám, oblastem a událostem. Nedostatek objektivních informací může mít za následek negativní postoj či ignoraci objektu postoje. Se zkreslením či nedostatkem informací a z něj pramenícím negativním postojem se ještě

stále setkáváme v oblasti sexuality jedinců s postižením. Nedostatek informací souvisí se špatnou dostupností informací o sexualitě (u sexuální asistence je platnost ještě větší). Problémem mohou být informace v cizím jazyce či odborné texty ne příliš srozumitelné laické veřejnosti. S tímto se snaží bojovat organizace „Rozkoš bez rizika“, která tuto problematiku zjednodušuje a přibližuje co nejširší veřejnosti. Emocionální složku postoje zastupuje řada pocitů a emocí ve vztahu k sexualitě, partnerství a manželství osob se zdravotním postižením. Na tyto emoce mohou působit předchozí osobní zkušenosti jedince, který si vytváří postoj. Emocionální dimenze postoje je individuální. (Kozáková, 2013)

V postoji jedince k člověku s postižením je obsažena především složka emocionální a racionální (kognitivní). Tyto dvě složky nemusejí být zastoupeny stejnou intenzitou, jedna může převažovat nad druhou (např. postoj k člověku na vozíku je ovlivněn více emocionální složkou). Kognitivní složka postoje u laické veřejnosti bývá v oslabení především kvůli nedostatku informací, jehož příčinou je tabuizování sexuality v minulých letech (zájem o téma byl spíše v profesionálních kruzích-ne nijak velký). Postižení ve většinové společnosti budí spíše citové reakce. Ty ve spojení s nedostatkem informací o daném tématu tvoří převahu emocionální složky v postojích jedinců. (Franiok, 2007)

Počátky negativního vnímání partnerství a milování osob s postižením můžeme hledat v tlaku mezi normou a stigmatem. Sociální stigma lze vysvětlit jako znamení něčeho nežádoucího, zvláštního obsahujícího rozpor mezi názorem jednotlivce a všeobecným většinovým názorem, na to, jak má člověk fungovat, jak se má pohybovat, jakým způsobem se má realizovat a uspokojovat své potřeby. Walter zastává názor, že problém nahlížení na sexualitu osob s postižením není zapříčiněn jejich postižením. Příčinu bychom mohli nalézt ve vnějších faktorech. Morální postoje, tolerance a zákazy rodičů (či vychovatelů nebo pečujících osob) mají značný vliv na sexuální chování a sexualitu jedince s postižením. Překážkami v sexualitě osob s postižením bývají předsudky a sexuálně nepřátelské prostředí (doma i ve škole). Tyto překážky mohou tvořit sekundární sociální postižení (tzn. narušení subjektivní pohody osob s postižením), což se jeví jako větší problém, než samotné postižení (především mentální). (Mandzáková, 2013)

Názor většinové společnosti na sexuální život osob s postižením je spíše negativně „zabarven“. Majoritní společnost očekává asexualitu těchto osob, z čehož plynou domněnky, že jejich sexuální život je nežádoucí či přímo ohavný. Ve vztahu k osobám s postižením se projevují zakořeněné negativní stereotypy, jelikož si jsou jedinci bez

postižení vědomí, že se v podobné situaci mohou ocitnout (vlastní zranitelnost). Za posledních několik let se situace mění k lepšímu, minulost již nezměníme, nicméně v dnešní době jsou již osobám s postižením přiznána stejná práva jako majoritní společnosti a tyto osoby mohou rozvíjet svoji osobnost dle svých možností a schopností (včetně sexuality a partnerství). (Kracík, 1992)

Výzkumy postojů většinové společnosti k otázkám týkajících se sexuality ukazují, že postoje, jež člověk zaujímá k danému tématu mají vliv na jeho jednání (a chování). Divišová (2009) se zabývala přehledem studií během několika let. Ze studie Trudema a Desjardine, jejichž vzorek se zabýval vychovateli, plyne, že postoje jedince záleží na podmínkách (typ instituce, pracovní status) v nichž zaměstnanec pracuje. Ukázalo se, že většina vychovatelů znalosti klientů v oblastech manželství, rodičovství, masturbace přeceňuje. Chivers a Mathienson uvádí za více problematickou oblast sexuální chování u mužů, jelikož obsahuje masturbaci na veřejnosti, ukazování genitálií, osahávání zaměstnankyň či klientek (nacházejí-li se v jednom zařízení). Cuskellyová zjistila, že méně vzdělaní jedinci a starší generace zastávají spíše negativní postoje. Nejvíce negace v otázkách sexuálního života projevovali k oblasti rodičovství. Postoje odborných zaměstnanců, pracujících v institucích nejsou příliš zmiňovány v odborné literatuře, přitom právě oni mají největší představu o možnostech zařízení a zároveň nejvíce reálnou představu o potřebách a touhách klientů s postižením. (Mandzáková, 2013)

Dle odborné literatury se ukazuje, že velký význam v postojích k sexualitě osob s postižením má právě edukace v této oblasti. Odborní zaměstnanci zařízení pracující s těmito osobami, kteří oplývají dostatkem informací v této sféře zastávají pozitivnější postoje k této oblasti než pracovníci s nedostatkem informací. Postoje k sexualitě osob s postižením jsou ovlivněny osobností jedince, jeho zkušenostmi a postoji k vlastní sexualitě. Sexuální výchovu by měl vést člověk, který má kladné názory na sexualitu (a také zkušenosti s ní spojené). (Divišová, 2009)

Závěrem této podkapitoly bychom chtěli poukázat na skutečnost, že veřejná politika již posun k právoplatnému uznání osob s postižením (včetně mentálního) ve společnosti učinila. Větším problémem jsou společenské postoje, které se mění pomaleji, jsou hlouběji zakotvené a vycházejí z nedostatku či mylných informací. (Mandzáková, 2013)

1.6.1 Druhy postojů k sexualitě osob s postižením

Existuje několik postojů (především v zařízeních sociálních služeb u osob s mentálním postižením) k sexualitě osob s postižením. Jsou jimi eliminace, tolerance, akceptace a kultivace. Pokud jedinec projeví náznaky (či přímo) masturbace či vykazuje vážný zájem o pohlavní styk pečující osoba či zaměstnanec zařízení na toto chování může reagovat eliminací této sexuality následujícími způsoby: trest, ergoterapie, podání léků či pokárání (ne vždy je účinné okřiknutí klienta před kolektivem - především pokud dané instrukci, aby to nedělala nerozumí), oddělené instituce pro muže a ženy (opět se jedná především o jedince s mentálním postižením). Druhou možnou reakcí na projevy sexuality může být její tolerance. Jedná se o uvědomění a tolerování, nicméně nedochází k podpoře daného chování, setkáváme se spíše s jeho ignorací. Kromě eliminace a tolerance existuje také akceptace sexuality, při níž dochází k uvědomění si sexuálních potřeb jedinců (klientů)- jejich sexualita je přirozená stejně jako u intaktní společnosti (nejedná se o zvláštnost). Uvedme si příklad vhodného řešení na úrovni akceptace sexuality. Klienta/tku, jež projevuje agresivitu a zjevně má nahromaděnou sexuální energii necháme o samotě (na pokoji, bez pokárání uvolnit sexuální napětí). Je důležité, že díky této možnosti uvolnění klientova/činy sexuálního napětí dojde k opadnutí, zeslábnutí tohoto tlaku a zároveň ke zmírnění agresivity. Za nezanedbatelné považujeme také eliminaci ohrožujícího a obtěžujícího sexuálního chování klientů/tek k ostatním osobám a personálu. Poslední a nejvíce ideální reakcí na sexuální chování se jeví kultivace. Touto reakcí se rozumí akceptace, podpora, poradenství a rozhovor, který směřuje k vysvětlení otázek týkajících se této oblasti. Pro snadnější pochopení uvádíme, o čem by mohl být veden rozhovor s klienty s mentálním postižením v pobytových zařízeních. Rozhovor mezi pracovníkem zařízení a klientkou probíhal v klidném prostředí, bez přítomnosti ostatních klientů. Jeho náplní bylo povídání si o pohlavním styku (jeho vlivy na klientku i na jiné klienty, rizika, potěšení z něj plynoucí). Součástí bylo také popovídání si s klientčíným partnerem o rizicích (otěhotnění) a kladných stránkách sexuálního života. Práce vychovatelů pobytových zařízení a jiných pracovníků s osobami s postižením (hovoříme především o jedincích s mentálním postižením) by měla zahrnovat představování sexuality v pozitivním, ale reálném světle. Pouhé rozhovory a poskytování informací na toto téma mohou v dlouhodobějším výhledu přinést více žádoucí chování v této oblasti a tím pádem vést i ke kladnějším postojům většinové společnosti k sexualitě osob s postižením. Také sexuální asistence se zabývá vzděláváním, předáváním informací, přibližováním sexuálního života, praktickým

získáváním poznatků o vlastním těle a práci s ním v rámci sexuality. Ačkoliv se situace mění k lepšímu vnímání osob s postižením, stále se v nemalé míře v pobytových zařízeních uplatňuje eliminace sexuality klientů/tek. (Kozáková, 2005)

1.6.2 Vývoj postojů k sexualitě osob s postižením

Postoje se mohou vytvářet v dlouhém časovém intervalu. Pro pochopení současných postojů k sexualitě osob s postižením je důležité alespoň okrajově zmínit procesy, které předcházely a ovlivnily vývoj současného stavu. Postoje společnosti před rokem 1989 byly velmi ovlivněny společenskou a politickou situací. Osoby s postižením neměly ve společnosti rovnoprávné postavení, ocitaly se spíše v ústraní, či na okraji společnosti a jejich sexualita byla často popírána či ignorována. Pro takovéto jedince byly vybudovány ústavy sociální péče (od roku 2006 přejmenovány na domov pro osoby se zdravotním postižením). Jednalo se o velká zařízení, kde na individuální přístup nebyl čas ani prostor. Jedinci zde bydleli ve velkých pokojích, které obývalo mnoho osob stejného pohlaví. Často byli ženy a muži v oddělených zařízeních (separace pohlaví), tudíž byl téměř znemožněn jejich heterosexuální život. Jedincům chyběly zkušenosti z reálného života potřebné ke společnému soužití dvou pohlaví, poznatky a prožitky nutné k rozvoji jejich pohlavní identity. Nedostatek soukromí podtrhoval také přístup mnohých zaměstnanců institucí, kteří si ve většině případů nepřipouštěli, že by jejich klienti (v té době spíše svěřenci) mohli mít sexuální potřeby. Pokud svoji sexualitu projeví, snažili se ji eliminovat farmaky či ergoterapií. Lidé ovšem i nadále zůstávali bytostmi se sexuálními potřebami (a co hůř, nenaplněnými), proto nejednou docházelo k homosexuálním stykům v ústavních zařízeních pro oddělená pohlaví. Dodnes je v podvědomí některých pracovníků institucí přítomna obava ze společného života obou pohlaví v jednom zařízení. Zaměstnanci mají strach především z narušení denního režimu zařízení, nechtěného otěhotnění klientek a správného užívání antikoncepce. Druhou možností pobytu jedinců s postižením (po dobu plnění školní docházky) byly internáty, ve kterých lidé neměli možnost setkávat se s intaktními vrstevníky. Lidé s postižením byli viděni pod rouškou asexuality. Společnost nepřistupovala na jejich touhu po partnerství a rodičovství, které bylo vnímáno jako nevhodné a sobecké vůči budoucímu dítěti i celé společnosti. (Kozáková, 2013)

Po roce 1989 se situace zlepšila, kvalita podpory, péče, přístup zaměstnanců a státu prošli výraznou změnou. Byl přijat nově vytvořený zákon o sociálních službách, zvýšila se dostupnost informací v oblasti sexuality, nastala transformace velkých institucí

do menších zařízení rodinného typu a zdatelná je také snaha o integraci osob s postižením do společnosti. Společnost se snaží o zkvalitňování života jedinců s postižením, tedy i o lepší podmínky pro vytváření jejich partnerských a mezilidských vztahů. Přesto, že se dnešní situace oproti dřívějším dobám výrazně posunula k lepšímu (dnešní přístupy k sexualitě jsou spíše tolerance, akceptace, kultivace) i dnes se osoby s postižením setkávají se stále přetrvávajícími bariérami bránícími společnosti zaujímat čistě (či alespoň převážně) kladný postoj k sexualitě osob s postižením. Bariéry tvoří především předsudky, nepravdivé představy a mýty opředené kolem dříve tabuizovaného tématu spojené s nedostatkem kvalitních informací a literatury. (Kozáková, 2013)

1.6.3 Mýty o sexualitě osob s postižením

Každý den nás obklopuje velké množství informací a zpráv o sexualitě a s ní spojeném chování. Je to však jedna z oblastí lidského života, ve které se objevují mnohé nepravdivé a falešné představy, předsudky a mýty. Ve vztahu k osobám s postižením je tato existence nepravdivých informací ještě silnější. Mnohé mýty a předsudky mají pevné kořeny již v dávné minulosti (například jejich nepohlavnost či naopak sexuální impulzivita, představa, že je tato osoba „velké dítě“). Uvedeme si několik mýtů, které stále ještě u mnohých lidí (především starší generace) přetrvávají a pokusíme se uvést je na „správnou míru“. Asexualita (nemají touhu mít sex) je prvním mýtem, který jsme si již v předchozích odstavcích vysvětlili. Lidé s postižením potřebují náklonnost, lásku a intimitu, stejně tak jako každý jedinec, bez ohledu na jejich mentální, fyzické či emocionální postižení. Druhým mýtem je opak asexuality, a to mylná představa, že tyto osoby jsou neschopny řídit a ovládat své sexuální chování, hypersexualita. Rozhodně nepatří kvůli svému postižení do „škatulky“ sexuální devianti“ (sexuální devianti mohou být stejnou měrou také jedinci bez postižení). Je pravdou, že jedinci s postižením mohou sexualitu vyjadřovat nedokonale, nicméně tento problém by mohlo změnit poskytování sexuální výchovy či sexuální asistence (vzdělávání v ní zahrnuté). Mnohdy se ale děje spíše opak a v lidech je tímto předsudkem „nekontrolovatelného puzení/touhy po sexu“ vyvolána spíše nechuť a neochota poskytovat tuto výchovu. Podle výzkumu z roku 2011 realizovaném se zaměstnanci pobytových sociálních služeb byl u osob s postižením sledován stejný sexuální pud jako u osob bez postižení. Dalším předsudkem je jejich dětinskost (jsou jako děti) a závislost na druhých lidech. Může to být únik od reality. Vnímat člověka jako „věčné dítě“ může být pro jeho okolí mnohem snazší, zároveň tím ale popíráme plnou lidskost-odepíráme sexualitu (přesto, že jsou tyto jedinci biologicky

dospělí), jelikož dítě sexuálním životem nežije. Dalším mýtem, který ve společnosti panuje je, že sexuální výchova v osobám s postižením vyvolá předčasný zájem o tuto oblast. Je to stejné, jako u jedinců bez postižení. Informovanost v oblasti sexuality slouží jako prevence v oblasti nežádoucích důsledků sexuality (např. zneužívání, nechtěné otěhotnění). (Mandzáková, 2013)

Mýty a mylné názory mají neblahý vliv na integraci těchto jedinců do společnosti, tudíž i na kvalitu jejich života. Kvalitu života jedinců s postižením lze zlepšit odborně a včas poskytnutou podporou a zároveň osvětou intaktní společnosti ve všech oblastech života osob s postižením. (Mandzáková, 2013)

2 Osoby se zdravotním postižením a jejich partnerství, rodičovství a sexualita

Kapitola nám představí jednotlivé skupiny osob s postižením. V předchozí kapitole jsme na sexualitu nahlíželi z obecného hlediska, bez uvedení rozdílů, problémů a omezení, která z jejich postižení v oblasti sexuálního života a partnerství vyvstávají. Pokusíme se tedy na jedince s jednotlivými druhy postižení nahlížet v rámci specifík, která provázejí jejich intimní život. Nejvíce odlišností v sexualitě oproti intaktní společnosti se nachází u jedinců s mentálním postižením (předmětem mnoha publikací zaměřených na sexualitu osob s postižením), tělesným postižením a o něco méně odlišností nalezneme u osob se sluchovým a zrakovým postižením. Z tohoto důvodu si představíme pouze zmíněné skupiny osob, ostatní skupiny nemusejí zaznamenat téměř žádné omezení v sexualitě (jedná se spíše o individuální schopnosti jedince dokázat najít a udržet si partnera). (Mandzáková, 2013)

2.1 Osoby s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením se vyznačují trvalým snížením rozumových schopností, které je zapříčiněno poškozením mozku. Tento stav je nezvratný (trvalé poškození), vzniká na základě vrozeného či získané poškození a nejvíce můžeme deficit pozorovat v narušené poznávací schopnosti. Mentální postižení lze považovat za vývojovou poruchou integrace psychických funkcí, která osobnost jedince oslabuje ve všech rovinách (tělesná, sociální, duševní). (Švarcová, 2006)

Prožívání sexuality dospělých jedinců s mentálním postižením nemusí obsahovat abnormality, může probíhat obvyklým způsobem, stejně jako u intaktní společnosti. Množství odlišností v pohledu a prožívání sexuality záleží zejména na stupni postižení. Obecně platí, čím lehčí stupeň mentální retardace, tím méně odlišností. Osoby s lehkou mentální retardací si lépe uvědomují svoje povinnosti a následky svých rozhodnutí, uzavírají manželství a zakládají rodinu. Lidé se středně těžkou mentální retardací potřebují podstatně větší míru podpory k pochopení smyslu manželství, rodičovství a rozdílů mezi ženou a mužem v partnerském vztahu. Jedinci s těžkou a hlubokou mentální retardací nemusejí mít potřebu či touhu po partnerství utvořenou a mohou své požadavky na sexualitu saturovat jinými způsoby (autostimulace, vztah se členy rodiny - především s matkou). Partnerský vztah osob s mentální postižením v sobě často skrývá zejména touhu po blízkosti člověka. Mnozí jedinci spolu v partnerství nepotřebují

žít v jedné domácnosti, považují za uspokojující občasné společné trávení času, ať už se jedná o volný čas (také v zařízeních pro volný čas) či dobu strávenou v zaměstnání, důležitý je pocit blízkosti, který si vzájemně mohou dát. Snad nejvíce ze všech skupin postižení se k osobám, jež jsou nositelé mentálního postižení, vážou různé mýty. Mnohé z těchto mýtů jsme si představili v předchozí kapitole. Pro připomenutí si některé z nich uvedeme. K „známým předsudkům můžeme zařadit zvýšený sexuální pud či asexualitu těchto osob, utlumení sexuálních tužeb fyzickou prací, jedinec s mentálním postižením je navždy dítětem, oddělení pohlaví napomáhá zabránění vzniku sexuálních potřeb, nebo že v lidech s mentálním postižením probouzí sexuální touhy vzdělávání v této oblasti. Přes všechny tyto předsudky jsou jedinci s mentálním postižením v partnerském vztahu znatelně vyrovnanější, samostatnější a zralejší. (Kozáková, 2013)

Problémem může být již počáteční fáze navazování partnerského vztahu, kterou znesnadňuje nedostatek příležitostí a sebevědomí, problematická komunikace, malé či špatné sociální zkušenosti. Tyto vlastnosti mají značný vliv na udržení partnera. V dlouhodobém partnerství je třeba dělat kompromisy, pracovat na vztahu, porozumět tomu druhému, budovat návyky potřebné pro partnerskou roli. Při poskytování podpoře je třeba klást důraz na pohled, jež je realistický, neposkytovat „matoucí naděje“. (Kopalová in Pavlů, 1995)

Na partnerský vztah navazuje manželství. V našem právním řádu je podmíněno plnoletostí (ve výjimečných případech je možné uzavřít i v 16 letech) a způsobilostí k právním úkonům. Osoba, jejíž způsobilost je omezená (což se mnohdy týká osob s mentálním postižením) může manželství uzavřít pouze se souhlasem soudu. Není-li manželství možné uzavřít, řešením zveřejnění vztahu může být zasnoubení, partnerský slib či svatba, jež nemá právní platnost. Jedná se o akt plný zodpovědného přístupu, který by měl pro partnery znamenat totéž jako uzavření právního manželství. (Zákon č. 94/1963Sb.)

Otázku rodičovství jsme již zmínili v předchozí kapitole týkající se sexuality osob s postižením v obecnějším měřítku. Dodáme pouze několik postřehů týkajících se právě jedinců s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením se nejvíce setkávají s negativními názory právě v otázce rodičovství. Jedná se o obavy z dědičnosti postižení rodiče/rodičů vzhledem k jejich dětem. Bzdúchová (in Popper, 2002) souhlasí s faktem, že genetické zatížení není zanedbatelné, avšak až 40 % novorozenců, kteří se narodí rodičům s mentálním postižením, nejsou nositeli poruchy intelektu. I tyto osoby mají v rámci základních lidských práv právo na rodičovství, ovšem toto právo je spojené také

s povinnostmi, které s sebou důležitá a zodpovědná rodičovská role přináší. Z toho vyplývá, že děti by měli mít jedince, kteří jsou schopni se o ně plně a kvalitně postarat (není záležitostí pouze intelektu). Důležitým aspektem rodičovství je motivace ke vzniku dítěte (souvisí s uvědoměním si povinností a zodpovědnosti, kterou s sebou nese rodičovství). Velmi častá je podpora ve výchově poskytovaná z řad prarodičů nebo dalších příbuzných. (Kozáková, 2013)

2.2 Osoby s tělesným postižením

Mezi osoby s omezením hybnosti řadíme jedince s tělesným postižením (vrozené, získané-po úrazu, po nemoci), onemocněním a zdravotním oslabením (nejčastěji ve smyslu rekonvalescence; jedinec se nenachází ve stavu plného zdraví). Pro účely naší práce je stěžejní především kategorie tělesného postižení (viditelnost vady či dysfunkci), na kterou se nejvíce vážou předsudky a negativní postoje k oblasti sexuality osob s tělesným postižením. Z tohoto důvodu si uvedeme pouze definici tělesného postižení. První definice tělesného postižení vznikla v roce 1964, kdy Kraus a Šandera charakterizují tělesné postižení jako vady pohybového, nosného či nervového ústrojí projevující se na úrovni kloubů, šlach a kostí, tedy narušenou hybností. Podle Hanákové (in Potměšilová a kol., 2013, str. 93) můžeme jedince s tělesným postižením charakterizovat pomocí společného znaku, kterým je „omezení pohybu způsobené vadou či poškozením nosného a pohybového systému, tj. kostí, kloubů, svalů, šlach, nervového a cévního systému. Většina jedinců disponuje nižší aktivitou, částečnou či úplnou imobilitou. (Jeřábková, 2013)

Jedinci s tělesným postižením byli v historii značně separováni do ústraní. Jedním z důvodů byla právě výše zmiňovaná „viditelnost“, která postižení provázela a provází. Mezi tělesné postižení řadíme obrny (centrální, periferní), deformace, chybějící končetiny (např. amputace, fokomélie), zvětšené koncové části těla. Toto všechno může přilákat pohledy nejednoho intaktního člověka. V historii byly jedinci s odlišným zezřením dokonce vystavováni intaktní populaci jako „atrakce“ k vidění či označována za monstra. Již zde můžeme spatřovat silné kořeny ke vzniku předsudků a společenských bariér k těmto osobám. Vlivem společenské situace docházelo před rokem 1989 k výrazné separaci jedinců s postižením (a o to více viditelným postižením, kterým tělesné postižení je) do ústraní, mimo intaktní společnost. Nebyli považováni za rovnoprávné členy společnosti. (Hanáková, 2013)

Sexualita osob s tělesným postižením byla donedávna (dnes již v menším měřítku) oblastí, jež opřádal nejeden mýtus. V dnešní době se situace zlepšuje, nicméně stále se ve většinové společnosti setkáváme s pevně zakořeněnými mylnými informacemi (nebo jejich nedostatkem), které podporují myšlenku, že jedinci s tělesným postižením nemohou mít děti nebo se jim automaticky narodí dítě s tělesným postižením. I v době před rokem 1989 se objevovaly pokusy o prozkoumání sexuality osob s postižením. Například roku 1986 proběhl seminář zaměřený na genetickou prevenci, sexualitu a následné případné rodičovství osob s postižením. O čtyři roky dříve uskutečnila doktorka Jitka Veselá projekt zaměřený taktéž na sexualitu, partnerství a mateřství. Odborníci si byli vědomi skutečnosti, že je třeba poskytovat více informací o antikoncepčních metodách a sexualitě jedinců s tělesným postižením. Bohužel se uvědomění odborné společnosti ve významné míře nerealizovalo a praktická stránka poskytování informací v této oblasti zůstala zanedbána, což vedlo k ustrnulému názoru, který zastával nevhodnost (genetickou i společenskou) rodičovství a sexuálního života osob s tělesným postižením. Společenským problémem v oblasti sexuality bylo (a bohužel i v dnešní době přetrvává) především rodičovství. Stejně tak jako u osob s mentálním postižením se intaktní společnost obávala nekvalitní péče o dítě v rámci výchovy rodičů (či jednoho rodiče) s tělesným postižením. Z pohledu většinové společnosti bylo žádoucí, aby se rodiče s tělesným postižením rodičovství vzdali (interrupce se prováděla až do 26. týdne, dnes je možno tento zákrok podstoupit pouze do 12. týdne od početí), v opačném případě bylo jejich smýšlení považováno za sobecké vůči společnosti (z hlediska výchovy, kterou by musel zabezpečovat stát). Adopce byla jedincům s tělesným postižením odepřena, nebyla možná. (Veselá, 1982)

Situace před rokem 1989 má své pozůstatky (mnohdy nemalé) stále i v dnešní době. Nebylo možné, aby se pohled společnosti změnil z minuty na minutu, proto se vlivem nedostatku či mylných informací stále setkáváme s údivem nebo odporem k sexualitě osob s tělesným postižením. Malé množství informací v této oblasti se netýká pouze většinové společnosti, můžeme se setkat také s neznalostí zdrojů pomoci samotných lidí s tělesným postižením. Důležitou roli při získávání informací o sexualitě sehrává přístup rodiny, institucí a blízkého okolí. Samozřejmě existuje možnost přísunu informací také z médií, jako je televize a internet. Problém může vzniknout, jedná-li se o jedince s těžším stupněm tělesného postižení, kteří jsou závislí na pomoci ostatních lidí, tedy i na tom, jaké informace jim budou poskytnuty a zdali lidé v jeho okolí vyhodnotí informaci jako potřebnou pro život daného jedince. Často bývají zprostředkovateli

informací právě rodiče (poskytují jedinci potřebnou péči), kteří informace týkající se sexuality nepovažují za potřebné či je pro ně nepříjemné se o nich bavit. Přesto je dnešní pohled společnosti na sexualitu, partnerství a rodičovství pozitivnější nežli dříve. Můžeme naleznout mnohé laické i odborné diskuze, příspěvky v odborných časopisech, filmy (např. „Nedotknutelní“) obsahující tuto tematiku a výjimkou nejsou ani projekty zaměřené na podporu těhotenství a rodičovství jedinců s omezením hybnosti. (Kozáková, 2013)

Přesto, že vývoj osob s tělesným postižením se uskutečňuje stejně jako vývoj jedinců bez postižení, může být na tělesné postižení nahlíženo jako na znevýhodnění/poškození, které se pro jeho nositele stává natolik omezující (společensky, psychicky, fyzicky), že mu částečně nebo zcela zabrání v uskutečnění jeho životní role závislé na pohlaví, věku a socio-kulturních faktorech. (Hanákové in Potměšilová a kol., 2013)

Vágnerová (2004) představuje několik faktorů, které ovlivňují partnerské vztahy a sexualitu lidí s tělesným postižením. Jsou jimi sociální klima, zdravotní a psychický stav. Sociální klima v sobě zahrnuje působení rodiny, postoje majoritní společnosti, přátele, spolužáky, kolegy v práci. Jedná se o to, zdali jedinec vyrůstal v harmonickém rodinném prostředí, které jej podněcovalo k pozitivnímu pohledu na partnerství, nebo byl vychováván v institucionálním prostředí, kde se setkal s podstatnou absencí rodičovských vzorů. Zdravotní stav ovlivňuje partnerství zejména druhem, stupněm a dobou vzniku postižení. Imobilní jedinec má o mnoho náročnější úlohu, při získání a výběru partnera. Ztěžujícím faktorem mohou být také přítomné mimovolní pohyby či grimasování. Nejvýraznější dopad na partnerský život mají choroby s progredujícím charakterem (postupné zhoršování stavu). Například u osob s dětskou mozkovou obrnou můžeme pozorovat téměř zanedbatelné omezení v oblasti sexuality, avšak pro jedince s těžšími formami této limitující poruchy se sexuální styk může stát fyzicky nemožným. Jednou z příčin může být spasticita těla, která se projevuje při větší psychické zátěži a nervozitě. Tělo se jeví jako špatně koordinované či téměř neovladatelné daným jedincem. Psychický stav se odráží v celé osobnosti člověka. Promítá se do jeho sebepojetí, sebehodnocení a seberealizace spojené se sebevědomím (a potřebou cítit se atraktivně) potřebným k nalezení a udržení si partnera.

Intimní život jedinců s tělesným postižením může znepříjemňovat bolest či necitlivost některých částí těla. Chronická bolest či nejistota spojená s vylučováním nebo inkontinencí mohou být rozptylujícím faktorem při prožívání pocitů touhy, vzrušení

a spíše nastolí neuvolněnou atmosféru plnou nejistoty a nepřetržité kontroly. Také při neurologickém onemocnění je výrazné riziko snížení sexuálního vzrušení. Stimulace některých částí těla nemusí být pro jedince zcela příjemné. Také necitlivost některých částí těla znesnadňuje intimní život osob s tělesným postižením. Namísto běžné stimulace intimních partií může pocit vzrušení přinášet stimulace pomocí doteků šíje, tváře či rukou. Lidé poskytující podporu jedincům s tělesným postižením se často orientují především na jeho zdravotní stav a emocionální stránka jedince je příliš nezajímá (většinou z důvodu, že nemají čas se touto důležitou sférou zabývat). Představy o životním partnerovi se v průběhu věku mění. V pubertě se klade více důraz na fyzickou krásu, tělesný vzhled a absenci nebo lehčí formu postižení u partnera, než má sám jedinec. V průběhu dospívání a v dospělosti se této představy postupně zřikají a často dávají přednost partnerovi s postižením, jelikož se u něj vyskytuje větší pochopení pro běžné denní problémy, které jedinec musí řešit. Pokud si jedinec s tělesným postižením najde partnera bez postižení, může se stát, že na něj budou kladeny větší nároky, především v oblasti psychické. Trpělivost, tolerance a střetávání se s předsudky jsou každodenní rutinou pro takovéto partnerství. (Kozáková, 2013)

Existuje také sexuální terapie. U jedinců s tělesným postižením bývá častým důvodem nespokojeného sexuálního života psychosociální původ problému (nejedná se o sexuální dysfunkci vzniklou na organickém podkladě). Úkolem terapie je zjištění příčin poruchy. Následují individuální setkání mezi klientem a terapeutem, na kterém klient dostává rady od sexuologů potřebné pro zlepšení či vymizení problému a následné zlepšení sexuálního života. (Vágnerová, 2004)

Těhotenství rozlišujeme na rizikové a patologické. Ženy s rizikovým těhotenstvím (mohou být také ženy s tělesným postižením), u kterých hrozí, že by se dítě nemuselo narodit zdravé (genetické zatížení), podstupují častější prohlídky u lékaře a je jim poskytována podpora v poradnách pro riziková těhotenství. Patologické těhotenství je takové, při kterém je matka či dítě vážně nemocné (např. vývojové vady plodu, cukrovka). Budoucí matka s tělesným postižením by se mohla ocitnout v kategorii rizikového těhotenství, nicméně nemusí jít automaticky o patologické těhotenství. Dříve byl rozšířen názor nemožnosti přirozeného porodu. V dnešní době je přirozený porod zcela normální záležitostí, pokud žena netrpí fyziologickými potížemi (např. spasticita v kyčlích). Přítomnost partnera u porodu je žádoucí. (Vágnerová, 2004)

2.3 Osoby se sluchovým postižením

Vývoj sluchu zaznamenáváme v prenatalním stádiu, přičemž za rizikové období považujeme první trimestr těhotenství ženy (ohrožení plodu chemickými vlivy, infekcemi). První spojitost mezi zvukovým projevem a sluchem nastává mezi 17. a 26. týdnem, kdy u slyšícího dítěte přichází broukání. Později nastává propojení myšlení a sluchu a provázanost s mluvenou řečí. Výsledkem se stává komunikace vedoucí k pochopení určité sociální situace. Na počátku si uvedeme rozdíl mezi postižením a vadou sluchu. Postižení sluchu má přesah do sociální sféry (brání či znesnadňuje socializaci), zatímco vada sluchu přináší svému nositeli funkce nedokonalé nebo žádné. Jako primární přijímač informací slouží právě sluch. Vyšetřením sluchu se zabývá audiometrie. Při vymezování vad sluchu slouží jako stěžejní hledisko velikost ztráty sluchu. Dalším důležitým faktorem pro členění vad sluchu zastává doba jejich vzniku. V odborných publikacích se setkáme s dělením vad sluchu na vrozené (dědičné) a získané. Získané vady sluchu můžeme dále rozčlenit na prenatalně, perinatálně, postnatálně utvořené. Pokud se zmiňujeme o postnatálně získaných vadách sluchu lze je klasifikovat na prelingválně a postlingválně získané. Prelingválně vzniklou vadu Potměšil (in Potměšilová a kol., 2013) vymezuje jako ztrátu sluchových funkcí, jež nastala před ukončením vývoje mluvené řeči (do šestého roku dítěte). Postlingválně se vyskytující ztráta sluchu se vyznačuje ztrátou sluchu, která nastala po dokončení vývoje mluvené řeči (jedinec mluvenou řeč používal jako hlavní komunikační systém). Řeč z paměti nezmizí, pouze se deformuje její formální úroveň a tempo (lze zlepšit logopedickou péčí). Posledním členěním, se kterým se můžeme setkat, je závislé na lokalizaci sluchové vady. Jedná se o sluchovou vadu převodní (vada na vnějším či středním uchu), percepční (vnitřní ucho-kochlea) a smíšené. (Potměšil in Potměšilová a kol., 2013)

Osoby se sluchovým postižením mohou mít problém s přístupem a získáváním informací týkajících se sexuality. Možnosti získání informací z oblasti sexuality mohou být omezeny například nemožností zaslechnutí informací od svého okolí, přátel, rodičů či z televize. Pokud je prvním jazykem (tedy sluchové postižení vzniklo v prenatalním či perinatálním období), které dítě ovládá, znakový jazyk, mohou být tyto obtíže zesíleny o nemožnost odezírání mluvené řeči (u sluchového postižení vzniklého prelingválně= od narození nebo před vývojem řeči) nebo nesprávného pochopení psaného textu. Odezírání mluvené řeči činí jedincům s prelingválně vzniklým sluchovým postižením obtíže na základě malé nebo žádné zkušenosti s tímto druhem komunikace. U videoprogramů

se jeví jako nesnadné současné sledování video titulků nebo tlumočnicka do znakového jazyka a samotného video záznamu. Informace předávané žákům se sluchovým postižením ve školách jsou poskytovány často spíše tištěnou formou (materiály týkající se sexuality pro žáky se sluchovým postižením jsou k nalezení převážně v písemné formě), což ne vždy zajistí správné a plné porozumění textu. Ve školách určených pro žáky se sluchovým postižením se můžeme setkat s besedami pořádanými na toto téma. Nicméně žáci mnohdy věnují velkou část pozornosti tlumočnickovi a méně už doprovodným materiálům, což může ovlivnit úplnost potřebných informací. (Kozáková, 2013)

Vznik partnerských vztahů úzce souvisí s utvořenou vizí o partnerství. U osob se sluchovým postižením komunikujícími znakovým jazykem může činit problém navazování partnerských vztahů s jedinci bez postižení, jelikož většina intaktní společnosti neumí komunikovat znakovým jazykem. Představy o partnerovi se liší v závislosti na věku (v mladším věku tvoří důležitou část fyzická přitažlivost a přání mít partnera bez postižení, později jedinec přistupuje ke změně priorit). Stejně tak jako u ostatních postižení je pro jedince se sluchovým postižením jednodušší nalézt partnera s tímž či podobným postižením než partnera bez postižení. Navzájem v sobě nacházejí větší pochopení pro zvláštnosti vyplývající z jejich jinakosti. Partnerství lidí se sluchovým postižením se jeví jako trvalejší s menší mírou rozvodovosti než u intaktní společnosti. Důvodem mohou být obavy z nevelkých možností nalézt nového partnera nebo strach ze samoty. (Vágnerová, 2008)

Největším problémem v partnerství a sexualitě osob se sluchovým postižením se jeví komunikace a ztížené navazování vztahu. Partnerské vztahy této skupiny lidí často vznikají v okruhu známých, ve spolcích pro komunitu neslyšících, kulturních a sportovních aktivitách pořádaných pro osoby se sluchovým postižením. Podaří-li se člověku se sluchovým postižením nalézt partnera bez postižení, může pro něj, kromě jiného, představovat cestu k pochopení světa slyšících, naději na narození dítěte bez postižení a jeho následné snadnější výchově. Lze konstatovat, že partnerství jedinců se sluchovým postižením se nikterak zásadně neliší od partnerství jedinců bez postižení. Specifická je pouze oblast komunikace. Při společném soužití můžeme zaznamenat technické pomůcky, jež ulehčují lidem se sluchovým postižením každodenní činnosti (např. vibrační budíky, světelné zvonky). (Morgan-Jones, 2001)

Uzavření manželství dvou partnerů se sluchovým postižením, či jednoho partnera se sluchovým postižením s partnerem bez postižení je běžnou záležitostí a nic

nebrání jeho uzavření. V otázce rodičovství jedinců se sluchovým postižením se neseťkáváme tak často s negativními postoji z řad intaktní společnosti jako u mentálního a sluchového postižení. Velký podíl na tomto neodsuzujícím názoru zastává „neviditelnost“ handicapu (jedinci se na pohled nevyznačují téměř žádnými zvláštnostmi oproti osobám bez postižení). Avšak obavy z dědičnosti postižení se objevují i v této skupině. Potměšil (in Potměšilová a kol., 2013, str. 40) uvádí, že až „97 % dětí se sluchovým postižením se rodí slyšícím rodičům“. Pokud se neslyšícím rodičům narodí slyšící potomek, objevuje se nejistota v roli rodiče (např. hledají hranice pro vymezení mantinelů ve výchově, pomoc při určení rodičovských pravomocí), kterou jim pomáhají nalézt a ukotvit odborní poradci. (Kozáková, 2013)

2.4 Osoby se zrakovým postižením

Na zrakové postižení nahlíží Ludíková i Růžičková téměř stejně. Růžičková (in Potměšilová a kol., 2013, str. 18) zrakové postižení vymezuje jako „stav, kdy zraková vada činí jedinci takové obtíže v běžném životě, které není možné odstranit ani po optické, medikamentózní, chirurgické či jiné korekci.“ Z čehož vyplývá, že osoba s dioptrickými brýlemi, nemusí být nositelem zrakového postižení. Podaří-li se zrak korekcí upravit do normy či stavu blízcímu se normálnímu vidění, nelze osobu řadit do skupiny osob se zrakovou vadou. (Růžičková in Potměšilová a kol., 2013)

Existuje mnoho klasifikací zrakového postižení, představíme si však pouze některé. Jednou z možných klasifikací je rozdělení podle doby nebo příčiny vzniku na prenatalní, perinatální a postnatální. Na vzniku zrakového postižení v prenatalním období se podílí dědičnost, užívání některých léků, virová onemocnění matky v těhotenství (např. toxoplazmóza), toxické látky působící na matku (př. užívání alkoholu) nebo patologické rentgenové záření. Perinatální příčiny zrakového postižení vznikají během a těsně po porodu (př. klešťové porody). Poslední dobou vzniku zrakového postižení je postnatální období, kdy ke změnám zraku dojde věkem (př. okulární degenerace, katarakta), jako důsledek jiné nemoci (diabetes mellitus) nebo úrazem hlavy a očí. Dalším členěním je dělení dle věku, kdy se ke skupině osob přidá pouze období, o které se jedná (předškolní věk, školní věk, dospělí, senioři). Rozdělení na zrakové vady orgánové a funkční se uskutečňuje na základě etiologie. Nejznámější kategorizací je rozdělení podle stupně zrakového postižení na jedince s poruchou binokulárního vidění, slabozraké, se zbytky zraku a nevidomé. Dle dělení WHO (MKN- 10) se seťkáváme

se střední a silnou slabozrakostí, těžce slabým zrakem, praktickou a úplnou slepotou. (Růžičková in Potměšilová a kol., 2013)

Lidé se zrakovým postižením nemohou využít učení se nápodobou v plném rozsahu. Důležitým faktorem pro získávání zkušeností týkajících se partnerského, manželského a rodinného života sehrává rodinné prostředí. Rodina nám poskytuje příklad pro řešení problémů v soužití dvou lidí. Vztahy mezi sourozenci patří taktéž k výrazně ovlivňujícím činitelům budoucího partnerství. Jedná-li se o sourozence bez zrakového postižení, může jedinci se zrakovým postižením dopomoci ke snadnějšímu začlenění mezi vrstevníky bez postižení. Role vrstevníků, spolužáků, kamarádů z internátního prostředí představuje pro plnohodnotný život v sociálním prostředí podstatnou úlohu. V takovýchto kolektivech vznikají hluboká přátelství, partnerské vztahy, později také manželství. Zdá se být žádoucí, aby přátelé ze školního a internátního prostředí nebyli jedinou vrstevnickou skupinou, se kterou navazují lidé se zrakovým postižením sociální kontakt. Možnost navazování partnerských vztahů bývá často ovlivněna právě stereotypní skupinou osob se stejným či podobným postižením (tak jako u ostatních druhů postižení). Bylo by žádoucí proniknout do co nejširší sociální oblasti pro větší příležitost seznámení se s životním partnerem, v čemž poskytují pomoc právě sourozenci nebo přátelé (s postižením i bez postižení). Tak jako u jedinců s mentálním, tělesným, sluchovým a dalšími druhy postižení, i zde se setkáváme s častější volbou partnera se zrakovým postižením. Děje se tak především z důvodu většího pochopení nesnáží, které přináší jejich omezení. Stupeň zrakové vady a samostatnosti bývají zásadními činiteli při utváření partnerství. Můžeme zde použít přímou úměru, čím těžší je zrakové postižení (čím blíže se stupeň přibližuje k úplné nevidomosti), tím náročnější bývá nalezení partnera bez zrakového postižení. Často bývá za touhou získat partnera bez postižení utvrzení se ve své „normalitě“ (popřípadě touha rodičů nalézt člověka, jež by do budoucnosti převzal pečující roli namísto jich samotných). Pojetí sebe samého a míra sebevědomí ovlivňují hledání a výběr partnera. Pokud lidé se zrakovým postižením zastávají kladné hodnocení sebe samého, šance na nalezení partnera a následné založení rodiny rostou (pokud se podaří, sebevědomí jedince se zrakovým postižením vzrůstá). Předěšlé řádky se týkají především jedinců nevidomých (částečnou, úplnou), ale zaměřují se také na osoby se sníženou ztrátou zrakové percepce vyznačující se zbytky zraku, slabozrakostí, poruch binokulárního vidění, jejichž navazování a udržení si partnerského vztahu s sebou nese jistá specifika. Lidé se slabozrakostí mívají četnější partnerské a sexuální zkušenosti než osoby s těžším

zrakovým postižením. Odvíjejí se od větších možností seznámení se s lidmi mimo školu, internát a oplývají větším sebevědomím než nositelé těžších vad zrakového aparátu. Nižší sebevědomí u osob s těžší zrakovou vadou se často projevuje například uzavřeností a nedůvěrou v komunikaci s intaktní společností. Podpora v oblasti sexuality těchto osob je zejména individuální záležitostí. Podstatným úkolem je příprava lidí se zrakovým postižením na co nejsamostatnější život (rozvoj sebeobsluhy, samostatného pohybu, sociálních dovedností, komunikace) a běžné fungování ve společnosti. Pomoc při získávání kompetencí potřebných pro samostatný život a kladné sebehodnocení by v první řadě měli tvořit rodiče, odborní pracovníci v institucích zaměřujících se na jedince se zrakovým postižením (např. tyflocentrum) a speciální pedagogové, ke kterým má člověk se zrakovým postižením důvěru. Překážkou připravenosti na partnerství se stává nadměrná péče rodičů a blízkých osob přetrvávající do dospělosti, kdy jedinec není připraven na samostatné fungování a přijetí dostatečné zodpovědnosti za svá rozhodnutí a činy. Důležitým aktem v uvědomování si vlastní sexuality se stává první pohlavní styk, kdy se jedná o určité přiblížení ke světu dospělých. Fyzická a psychická vyspělost je významným faktorem pro utváření a udržení partnerských a sexuálních vztahů, kdy dochází ke srovnávání představ a reálného obrazu partnerského a manželského soužití. Pokud vztah překlene hranici partnerství a překlene se v manželství, touto významnou skutečností uspokojí jedinec potřebu sounáležitosti, opory, seberealizace, a otevřené budoucnosti. (Kozáková, 2013)

Rodičovství lidí se zrakovým postižením (především s jeho těžšími formami) se i dnes setkává s předsudky. Role rodičů se zrakovým postižením je dnes běžnou záležitostí. Je třeba připravovat se na již dopředu a obstarat si potřebné pomůcky pro pomoc s péčí o dítě. Pokud jsou oba rodiče nevidomí, je dobré si sjednat výpomoc v domácnosti (občasná či pravidelná) zajišťovaná rodiči, jinými blízkými osobami nebo asistentkou a informovat se o poznatcích týkajících se rodičovství se zrakovým postižením z audionahrávek, publikací a časopisů převedených do Braillova písma, ať jsou na svoji novou roli dostatečně připraveni. Nácviku potřebných dovedností by měli nastávající rodiče věnovat dostatek času. Pomoc mohou poskytnout také programy péče o dítě, které slouží k přípravě na rodičovství, včetně seznámení s problematikou těhotenství, porodu, informací péči a pomůckách pro dítě. Prostředí, v němž bude dítě vyrůstat, by mělo splňovat několik úprav. Na prvním místě je třeba splňovat zásadu bezpečnosti (jak pro rodiče, tak pro dítě), mít dostatek úložného prostoru (pro uspořádání dětské kosmetiky a hygienických pomůcek) a odkládacích ploch (na přebalování a vaření jídla pro dítě).

V první řadě je třeba stáhnout zásadu bezpečnosti na postýlku dítěte. Měla by být z pevného materiálu, ohraničena tyčkami v dostatečné vzdálenosti (asi 9 cm) a v jejím okolí by se neměly vyskytovat poličky ani zásuvky s elektřinou. Další zásady pro úpravu domácnosti osob se zrakovým postižením vycházejí z obecných pravidel bezpečné domácnosti pro dítě, které doporučují například odstranění ostrých předmětů (př. rohy stolů zabezpečit chráničem), jedovatých květin, opatřit chráničem elektrické zásuvky, okna a dveře zajistit proti snadnému otevření, při vaření jídla se nevzdalovat z dosahu, schovat drobné předměty mimo dosah dítěte. Nejnáročnějším obdobím bývá novorozenecké, především návrat z porodnice domů, kdy je péče o dítě nejjintenzivnější. Lze o pomoc požádat sousedy, prarodiče, rodiče, další rodinné příslušníky nebo asistentky, jež dochází ve sjednané době do domácnosti klientky. Uvedeme si některá specifika rodičovství osob se zrakovým postižením. Jednou z aktivit, která je ztížená v závislosti na nedostatečné či žádné zrakové kontrole, je jízda s kočárkem. Vhodné se jeví využít vedení kočárku za sebou. Bílou hůl aktivně využívá před sebou, druhou rukou drží a vede kočárek (třeba stabilní, lehce ovladatelný). Pro usnadnění a bezpečnější přebalování se uplatňuje využití pultíku se zvednutými okraji nebo přebalování na podlaze. Pokud rodiče dodrží bezpečnost a odstraní či zabezpečí nebezpečné předměty v okolí dítěte, nebrání jim nic být stejně dobrými rodiči jako lidé bez postižení, především poskytnou-li jim náruč plnou lásky. (Gůrová in Schindlerová, 2007)

3 Asistence

Asistence existuje více druhů. Ve zkratce se pokusíme představit si ty nejpodstatnější z nich. Někteří asistenti jsou placeni státem (asistent pedagoga), jiní ze soukromých zdrojů klientů (osobní asistent-částečný příspěvek od státu-příspěvek na péči-MPSV). (Uzlová, 2010)

Pojmy integrace a inkluze úzce souvisí s asistencí. Začali se u nás objevovat po roce 1989 se změnou přístupu k osobám s postižením (jinakosti, rozdílnosti). Do roku 1989 se zde objevovali selektivní názory, jež jedince s postižením odsunovali na okraj společnosti (co nejdál od zraku „normálních“ lidí). Postižení neumožňovalo plné nasazení při práci, tudíž tyto osoby nebyly považovány za rovné členy společnosti. Před rokem 1989 byla politika státu nastavena na povinnost každého člověka pracovat, čehož jedinci s postižením nebyli v mnoha případech schopni (nemluvíme například o hraničním pásmu mentální retardace, či o lehčích formách sluchového či zrakového postižení-pokud tyto osoby byly schopny vykonávat nenáročnou lehčí práci, vykonávali ji) a proto byli „odsouzení“ žít v ústraní, mimo většinovou společnost. Po roce 1989 se pomalu začali tyto osoby objevovat ve společnosti, probíhá transformace sociálních služeb (v rámci níž se z velkých pobytových zařízení stávají menší- tzv. rodinného typu) a v rámci snadnějšího začleňování jedinců s postižením do většinové společnosti vznikají pojmy integrace a inkluze, asistent pedagoga, osobní a sexuální asistence. (Uzlová, 2010)

Integrace je první pojem, který se u nás prosadil v rámci společného vzdělávání a začleňování jedinců s postižením mezi intaktní společnost. Pojem pochází z latiny a dal by se doslovně přeložit jako opětné vytvoření celku. U nás se s ním můžeme setkat v mnoha oborech, jako je pedagogika, sociologie, psychologie (a také v biologii či ekonomii) ve významu sjednocení, splynutí a především začlenění. Například pedagogický slovník (Průcha, Walterová, Mareš, 1995) vysvětluje integraci jako zapojení studentů se zvláštními vzdělávacími potřebami do běžných proudů vzdělávání a škol (jedinci s postižením mohou již navštěvovat školu v místě jejich bydliště). (Uzlová, 2010)

Inkluze je vyšší stupeň integrace (ač je mnohdy vnímána jako synonymum integrace). Týká se všech lidí, kteří jsou v okolí jedince s postižením (samotného jedince s postižením, jeho spolužáků, rodičů, asistentů, poradenských pracovníků, učitelů), netýká se pouze osob se speciálními vzdělávacími potřebami. Inkluze se zaměřuje na potřeby všech jedinců, snaží se poskytnout kvalitní vzdělání všem nezávisle na jejich schopnostech, individuálních zvláštностech a znevýhodnění. Uplatňuje se zde především

respekt k odlišnosti (různosti), individuální přístup a podpora komunikace. Integrace a inkluze se objevuje téměř ve všech sférách lidského života (např. vzdělávání, trh práce, volný čas). (Uzlová, 2010)

Zabýváme-li se otázkou začleňování osob s postižením do běžné společnosti, je třeba myslet na vytvoření vhodných podmínek a zaopatření potřebné podpory. Míra podpory je zcela individuální, proto je třeba zohledňovat skutečné potřeby daného jedince. Podstatnou složkou podpory jsou asistenční služby. Můžeme se setkat s osobní asistencí, která spadá do sociálních služeb, asistencí pedagogickou, do níž patří asistent pedagoga a nově také se sexuální asistencí, která je stále předmětem diskuzí. (Uzlová, 2005)

3.1 Osobní asistence

Osobní asistence je souhrn služeb, které mají za cíl pomoci člověku s postižením zvládnout s podporou asistenta činnosti, které by jedinec zvládal sám, kdyby mohl (kdyby mu to umožnil jeho fyzický či psychický stav). Klienti/ky, kteří mají sníženou soběstačnost (věk, chronické onemocnění, zdravotní postižení) tuto službu využívají v situacích, které vyžadují pomoc jiné fyzické osoby. Patří mezi terénní sociální služby, jež jsou poskytovány za úhradu, při činnostech, které klienti potřebují, bez omezení místa (v přirozeném sociálním prostředí) a času (záleží na domluvě mezi klientem a osobním asistentem). Osobní asistence se řadí do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí a zaštiťují ji převážně nestátní neziskové organizace, které poskytují sociální služby. Hlavní náplní osobní asistence je pomoc zajistit základní životní potřeby (biologické i společenské) klienta/ky. Paragraf 39 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí následující základní činnosti, které jsou klientovi/ce poskytovány. Jsou jimi pomoc při zvládnání úkonů péče o svou osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při stravování (také její zajištění), pomoc při činnostech vedoucí k zajištění domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (návštěvy kulturních akcí), výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí (doprovod na úřady, k lékaři). (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Osobní asistent je fyzická osoba zaměstnaná u poskytovatele sociální služby, který má registrovanou službu osobní asistence. Jedná se o osobu, jež za dohodnutou úhradu, hrazenou z příspěvku na péči, poskytuje klientovi péči v jeho přirozeném prostředí. Napomáhá klientovi zvládat každodenní běžné činnosti v předem sjednaném rozsahu. (Hrdá, 2006)

Služba je poskytována na smluvním principu, což oběma stranám zaručuje aktivní roli spojenou s právy a povinnostmi obou stran. Poskytovatelé osobní asistence mají povinnost plánovat s uživatelem průběh služby. Plánování probíhá na schůzkách, na kterých jedinec využívající službu sděluje pracovníkovi své potřeby a cíle a snaží se nastavit vyhovující míru podpory. (Uzlová, 2005)

Osobní asistenci lze rozdělit na dva typy, sebeurčující a řízenou. Prvním typem je sebeurčující osobní asistence, při níž není třeba žádné odborné školení asistenta. Je důležité, aby byli klienti schopni se na asistenci podílet. Podstatou tohoto druhu asistence je vyškolení asistenta přímo samotným klientem, který vede a směřuje podporu osobního asistenta podle svých skutečných potřeb. Oproti tomu řízená osobní asistence po uživateli služby nevyžaduje zaškolení, vedení a řízení činností asistenta směrem ke klientovi. Asistent musí absolvovat odbornou přípravu, jelikož se jedná o asistenci u klientů, kteří vyžadují specializovanou pomoc a samostatného vyškolení asistenta nejsou schopni. (Hrdá, 2001)

Při poskytování služby osobní asistence je velice důležité dbát na zachování lidských práv, důstojnosti a individuálního přístupu vycházejícího z potřeb konkrétního klienta/ky. (Uzlová, 2005)

3.2 Asistent pedagoga

Kromě osobní asistence existuje také asistence pedagogická, která jak již z jejího názvu plyne, se uplatňuje ve školním prostředí. Jelikož je pro účely naší práce vedlejší, zmíníme se o ní pouze krátce. Před schválením novely vyhlášky č. 73 docházelo k nemalým nejasnostem v kompetencích asistenta pedagoga a osobního asistenta. Pochybnosti vznikaly především v náplni práce těchto dvou asistentů. Nezřídka se stávalo, že úkony potřebné pro fungování žáka ve škole (př. pomoc při sebeobsluze-doprovod na WC) neměl asistent pedagoga v náplni práce, přesto, že jeho úkolem bylo vykonávat podporu při povinné školní docházce žáka. Docházelo tedy ke střetům kompetencí, kdy se jako řešení jevila přítomnost obou asistentů. (Uzlová, 2010)

Asistenta pedagoga nalezneme legislativně ukotveného v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a především ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, která nahradila dřívější vyhlášku č. 73/2005

Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných je paragraf 5 věnován přímo asistentu pedagoga. Hlavním cílem asistenta pedagoga by mělo být poskytování podpory a pomoci pedagogickému pracovníkovi při realizaci vzdělávání žáka či více žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, jež potřebují podpůrná opatření ve stanoveném rozsahu. Asistent se snaží podporovat žakovu samostatnost a aktivní zapojení. Pracuje s žákem či žáky podle pokynů jiného pedagogického pracovníka a svoji činnost spolu konzultují. Mezi činnosti, které asistent pedagoga zastává, patří pomoc a podpora jinému pedagogovi při výchovných a organizačních činnostech při vzdělávání (př. při práci se skupinou), pomoc při adaptaci na školní prostředí a komunikaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s ostatními žáky, rodiči či zákonnými zástupci, nácvik sociálních dovedností a často využívaná pomoc při sebeobsluze a pohybu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami během výuky a na akcích, jež škola pořádá. Podpůrná opatření (výjimku tvoří podpůrná opatření 1. stupně), tedy i asistenta pedagoga doporučuje školské poradenské zařízení a jeho financování zajišťuje stát. (Vyhláška č. 27/2016)

4 Sexuální asistence

Sexuální asistence je pojem, který ještě v nedávné historii byl ve většinové společnosti považován za tabu. Dnes se z něj stává stále více diskutované téma, avšak mnozí lidé o jeho existenci nevědí nebo mají málo informací. Můžeme se setkat také s dalšími názvy, které se používají pro sexuální asistenci. Jsou jimi například sexuální poradenství, sexuální důvěrník, dotykový pracovník, sexuální doprovázení či náhradní partnerství. Téma je v České republice stále ještě nevyřešeno a ukrývá v sobě mnohé nevyřešené otázky, jako například kdo by měl sexuální asistenci fyzicky realizovat, kde by měla být realizována a jak by měla být financována. Této problematice se věnujeme také v praktické části diplomové práce, která se zaměřuje na pohled a vnímání sexuální asistence v intaktní společnosti. (Žiju s handicapem, 2016)

IPSA (international professional surrogates association) je zkratkou pro mezinárodní neziskovou organizaci podporující vědu, umění a dostupnost náhradní partnerské terapie, uznávanou již od roku 1973. Organizace je důležitým orgánem sdružujícím náhradní partnery (sexuální asistenty), terapeuty, osoby, jež sexuální asistenci využívají. Účelem IPSA je poskytnutí možnosti získání kvalifikace od odborníků; zvyšování povědomí a zlepšení znalostí odborníků i široké veřejnosti o náhradní partnerské terapii (u nás sexuální asistenci); zvyšování kvality služby; zjednodušení přístupu klientů k informacím o možnostech sexuální podpory; dbát na dodržování etiky sexuálních asistentů; podpora profesních norem pro vzdělávání sexuálních terapeutů; účastnit se výzkumu v této oblasti; spolupráce a předávání informací v oblasti náhradní partnerské terapie. Síla členství IPSA spočívá v rozhodnutí podporovat zdravé postoje k sexualitě a intimitě osob se zdravotním postižením ve společnosti; u klientů, využívajících službu i v atmosféře členských organizací. (IPSA, 2018)

4.1 Vymezení sexuální asistence

Mezinárodní nezisková organizace IPSA popisuje náhradní partnerskou terapii jako koncept založený na metodách Masters a Johnson, kdy se terapeutický tým skládá ze tří osob (klient, terapeut, náhradní partner). Náhradní partner se podílí na získávání klientových zkušeností vedoucích k vytvoření většího sebevědomí v oblasti intimity (ale nejen tam), kladného sebehodnocení a emocionální zdatnosti. Zkušenosti, které jsou v terapii posilovány, zahrnují partnerskou relaxaci, funkční komunikaci, doteky,

vývoj sociálních dovedností a směřují ke zlepšení znalostí, dovedností a kvality života jedince. Jedinci na prvních setkáních mohou zažívat obavy z terapie, které jim pomáhá překonat licencovaný terapeut. Schůzky s terapeutem a náhradním partnerem se prolínají, aby se urychlil proces adaptace na změny. (IPSA, 2018)

Motivace klientů pro vyhledání Surrogate Partner Therapy je léčba různých obtíží od sociální úzkosti, až po sexuální dysfunkce (např. problematické vztahy; zdravotní stav; negativní obraz svého těla; emoční zneužívání a trauma; znásilnění; nejasná sexuální orientace; u mužů problémy s erekcí, ejakulací, orgasmem nebo problémy u žen s uvolněním a vyvrcholením. Terapie se zaměřuje na zvýšení jejich komfortu a důvěry v sexuální aktivitách (a tím také v partnerství). Diskutováno bylo také použití náhradní terapie partnerství v oblasti transsexuálních pacientů, jež podstoupili chirurgický zákrok pohlaví. (Aloni, Keren, Katz, 2007)

Bernard Apfelbaum (1977) tvrdí, že náhradní partnerská terapie je jednou z nejúčinnějších terapií na odstranění stresu vznikajícího z nemožnosti poznávat, rozvíjet a realizovat sexualitu jedince. Za důležitou považuje práci s vlastním tělem a dotyky.

V České republice je koncept sexuální asistence mírně odlišný. Hlavní spolupráce probíhá mezi klientem a sexuální asistentkou. Pro účely této kapitoly budeme používat ženský rod sexuální asistence, tedy pojem sexuální asistentka, jelikož v České republice se prozatím můžeme setkat pouze s ženami vykonávajícími tuto službu (je snaha v budoucnu proškolit také asistenty) a pro uživatele služby sexuální asistence označení klient, z důvodu častější četnosti tohoto pohlaví v klientské roli (samozřejmě totéž platí také pro klientky ženského pohlaví). Jedná se o externí, klientem placenou službu, kterou vykonávají speciálně proškolené sexuální asistentky a asistenti (v České republice máme zatím pouze sexuální asistentky). Posláním této profese je pomoc lidem se zdravotním či duševním postižením, seniorům a jinak znevýhodněným lidem, seznámit a naučit se pracovat s vlastní sexualitou. (Sexuální asistence, 2015)

Pomoc je určena především jedincům, párům, ale i rodičům osob se zdravotním postižením či znevýhodněním, které nazýváme klienty. (Sexuální asistence, 2015)

Kromě sexuální asistence se můžeme setkat také s názvem intimní asistence. Tyto dvě asistence se liší v místě poskytování. Sexuální asistence je službou externí. To znamená, že sexuální asistentky nejsou zaměstnankyněmi organizací, domovů či jiných pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Do domácností, pobytových zařízení a jiných organizací asistentky za klienty docházejí. Kontaktování probíhá samostatným klientem, jejich rodiči nebo za pomoci pracovnice/vníka pomáhající

instituce. Intimní asistenci provádějí zaměstnanci organizací a jedná se spíše o teoretické seznamování klienta s vlastním tělem v rámci sexuality. (Sexuální asistence, 2015)

Dalším neméně důležitým rozdílem je způsob provádění asistence. Sexuální asistentka má oproti pracovníkovi se sexualitou větší možnosti pro praktické seznámení klienta s vlastním tělem v kontextu jeho sexuality. Může se klienta dotýkat (hlazení, pevné obejmутí či sexuální interakce), zatímco pro pracovníka se sexualitou jsou výše zmíněné aktivity vyloučeny. (Sexuální asistence, 2015)

V zahraničí je tato služba nabízena také zdravotními sestrami, bývalými sexuálními pracovníci, terapeuty, lékaři a psychology. (Sexuální asistence, 2015)

4.2 Vzdělání sexuální asistence

Oproti osobní a pedagogické asistenci nelze sexuální asistenci tak jednoduše vymezit. V České republice je toto téma stále ještě polovičním otazníkem. Sexuální asistence prozatím nespadá do žádného z resortů ministerstev ani není legislativně pevně ukotvena (s pojmem sexuální asistence se v české legislativě nesetkáme). Odpověď na otázku, kdo by měl sexuální asistenci vykonávat, je stále spíše otazníkem, nicméně pod záštitou organizace „Rozkoš bez rizika“, která je jedním z velkých průkopníků v zavedení sexuální asistence v České republice, bylo v roce 2015 vyškoleny pět sexuálních asistentek, což můžeme považovat za velký úspěch posunující problematiku směrem k pozitivnější budoucnosti. Nároky na vzdělání tohoto povolání (nebo spíše povolání, které by mělo být poslání) nejsou v současné době v České republice zcela jednoznačné, jelikož jediné vzdělání, které u nás k této problematice existuje, je školicí kurz. Vzdělání, zkušenosti či znalosti dané problematiky jsou spíše výhodou, nikde však není uvedeno předchozí dosažené vzdělání pro výkon této funkce. (Sexuální asistence, 2017)

Sexuální asistenci tedy realizují sexuální asistentky (snahou je vyškolit také sexuální asistenty, kteří v České republice doposud ještě vyškoleni nejsou). V předchozí kapitole jsme se dozvěděli, že sexuální asistentky nejsou zaměstnankyně organizací, ve kterých klienti žijí nebo které navštěvují, jsou tedy externími pracovníci. (Sexuální asistence, 2017)

Mnozí lidé nevědí, co zahrnuje práce sexuální asistentky. Z tohoto nedostatku informací může vznikat nechuť či odpor k tomuto tématu, skupině osob se zdravotním postižením nebo přímo zmíněné profesi. Aktivity, které sexuální asistentky nabízejí, jsou rozmanité. V následujících řádcích uvádíme, co konkrétně sexuální asistentky nabízejí.

Jedná se například o seznamování se s rozdíly mezi mužem a ženou (které jsou velice důležitým bodem v etapě dospívání také u osob se zdravotním postižením); zlepšení schopnosti umět říct ne (prevence sexuálního zneužívání); zlepšování komunikace v oblasti pohlavního styku (nebát se slušně a přiměřeně zeptat na otázky, kterým nerozumí); výběr, obstarávání a správné používání sexuálních pomůcek; zabývání se nepřiměřeným sexuálním chováním a důsledky sexuálních aktivit; zodpovědnost k rodičovství (a související poskytování informací o možnostech antikoncepce); vzdělávání v bezpečném užívání a vyhledávání pornografie na internetu; problematika masturbace (kde je to vhodné a kde vyloučené); edukaci v oblasti hygieny; přitažlivého oblékání; bezpečného sexu a správné navazování vztahu. Do sexuální asistence zahrnujeme též pomoc párům se zdravotním postižením se začátkem sexuálního života a neméně důležitou složku zastává poradenství příbuzným v otázkách sexuality jejich dětí či blízkých. Dle domluvy mezi klientem a klientkou může zahrnovat také sexuální interakce (např. erotické masáže, pomoc páru se zdravotním postižením při pohlavním styku, pohlavní styk či další sexuální praktiky, doteky, pomoc při masturbaci). Existují různě upravené pomůcky, které usnadňují průběh sexuálních aktivit. Mezi pomůcky k usnadnění těchto aktivit jedincům s tělesným postižením slouží také speciálně upravená židle, kterou nalezneme v příloze č. 1 (viz. Seznam příloh). (Sexuální asistence, 2017)

K poskytování sexuální asistence musejí asistentky absolvovat vzdělávací kurzy poskytované organizací „Rozkoš bez rizika“, která jim po jejich splnění předá certifikát opravňující vykonávat tuto činnost. Kurzy vedli naši i zahraniční lektori a lektorky ze Švýcarska, kteří se věnují problematice sexuality u osob s postižením a s ní úzce spojenou sexuální asistencí. Na webových stránkách této organizace nalezneme také seznam sexuálních asistentek. Každá z těchto žen má své webové stránky, kde má uvedenou také certifikaci. Vykonávat sexuální asistenci s sebou nese sebepoznání, zpracovanou sexualitu, pozitivní vztah ke svému tělu a práci s lidmi. Důležitým předpokladem je především komunikační zdatnost, vnímání individuality klienta, porozumění sexuální asistenci a udržení této práce na profesionální úrovni. Některé asistentky si doplňují dovednosti na kurzech např. tantry a masáží. Kurzy probíhají pod záštitou odborníků na sexualitu osob s postižením. Je samozřejmé, že nelze za několik schůzek obsáhnout všechna témata této problematiky, proto asistentky dostávají texty k samostudiu. Asistentkám se tak vytvoří dobrý základ pro realizování služby sexuální

asistence. Na kurzech si ucelí znalosti o druzích postižení, práci s těmito lidmi, používání pomůcek, a především komunikaci s klienty. (Žiju s handicapem, 2016)

Sexuální asistence se ukončuje po vzájemné dohodě mezi klientem a asistentkou po naplnění cílů stanovených klientem (dle IPSA završení terapie probíhá dohodou mezi klientem, terapeutem a náhradním partnerem). (IPSA,2018)

4.2.1 Intimní asistence a sexbyznys

Často nazývána také jako práce se sexualitou. Je nabízena organizací, kterou klient navštěvuje (ve které přebývá). Témata intimní asistence jsou stejná jako u sexuální asistence, rozdíl je v tom, že pracovník se sexualitou je poradce, který může (ale nemusí) být zaměstnancem organizace a klienta edukuje spíše teoreticky (nedochází k přímému kontaktu-dotyky, hlazení, pohlavní styk atd.). V současné době nemá v České republice tato profese ukotvení v systému, proto se s ní můžeme setkat pod různými názvy. (Sexuální asistence, 2015)

Ačkoliv se nacházíme ve 21. století, stále ve většinové společnosti panuje malé povědomí o sexuální asistenci, která je mnohdy mylně zaměňována se sexbyznysem. Mohlo by se zdát, že se jedná o totožné služby, jelikož také může končit pohlavním stykem, který si klient musí zaplatit. Za důležitý rozdíl vnímáme zaměření sexuální asistence na klientovu individualitu a prožívání. Jedná se spíše o klientovo seznamování se s vlastní sexualitou, nastavování hranic a pravidel, nácviku vedoucímu k uspokojení. K jednorázovému uspokojení v podobě pohlavního styku nemusí dojít. (Sexuální asistence, 2015)

Sexuální asistentky klientovi, na rozdíl od osob působících v sexbyznysu, především naslouchají, snaží se o porozumění, přistupují k němu/ní trpělivě, snaží se vybudovat vztah založený na důvěře mezi klientem a sexuálním asistentkou. Díky důvěře lze dále rozvíjet klientovi zkušenosti založené na poznávání nových dotyků, kontaktu s druhým člověkem, nahoty, blízkosti a na základě toho si budovat vztah k vlastnímu tělu (k sobě samému). (Sexuální asistence, 2015)

Vzdělání sexuálních asistentek probíhá pomocí školení, na kterých se učí, jak pracovat s osobami s postižením, jak s nimi komunikovat o sexu a sexualitě, jak správně vést postupný nácvik a zásady první pomoci. Zaměřují se na konkrétní osobnost a její postižení. Každá osoba potřebuje jiný přístup. Osoby, jež svoji sexualitu objevují, mají jiné priority než osoby po úraze, které nejsou schopny dřívější sexualitu stimulovat. Jinak

budeme přistupovat k sobám s mentálním postižením, omezením hybnosti a jinak k sobám po úraze. (Sexuální asistence, 2015)

4.3 Rozkoš bez rizika

Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, jež je právně zapsána jako spolek. Založena byla již roku 1992. Pro naši práci má tato organizace zásadní vliv, neboť jak už bylo výše zmíněno, pod její záštitou probíhá školení sexuálních asistentek v České republice. Služby poskytuje ve dvanácti krajích České republiky (kromě Plzeňského a Karlovarského kraje). (Rozkoš bez rizika, 2015)

4.3.1 Poslání, cíle a klientela organizace

Zaměřit se na zmenšování zdravotních a sociálních rizik u osob pracujících v sexbyznysu, takové je poslání organizace „Rozkoš bez rizika“. Cíle navazují na poslání tohoto spolku. Jedná se o zmenšování rizik u ohrožených skupin osob (například ženy/muži poskytující placené sexuální služby), podporovat klienty ve vytváření hranic v práci i v osobním životě a prosazovat práva sexuálních pracovníků (poskytujících sexuální služby za úplatu). (Rozkoš bez rizika, 2015)

Z poslání vyplívá také cílová skupina, na kterou se organizace zaměřuje. Jsou jí zejména ženy, jež pracují v sexbyznysu (ať už z donucení svým okolím/ životní situací/nouzí či vlastním rozhodnutím; tanečnice; striptérky), mužská populace pohybující se zde v pozici manažera, majitele), osoby vyskytující se v prostitučním prostředí (či zvažující začátek poskytování placených služeb), a v neposlední řadě osoby ohrožené rizikovým způsobem života. Mezi osoby vytvářející cílovou skupinu nepatří zákazníci sexuálních pracovníků. „Rozkoš bez rizika“ školí sexuální asistentky, ale jejich práci přímo nezprostředkovává. Obhajují práva osob se zdravotním postižením na sexualitu a také práva sexuálních asistentek, aby jejich postavení ve společnosti bylo vnímáno jako regulérní práce, bez ponižujících komentářů. (Rozkoš bez rizika, 2015)

Lidé patřící do cílové skupiny (především ženy) mohou v rámci organizace využívat mnohé sociální, zdravotní a terapeutické služby. „Rozkoš bez rizika“ nabízí odborné sociální poradenství; terénní programy, díky kterým se pracovníci dostanou blíže ke svým klientům; prosazování zájmů sexuálních pracovníků v médiích či při tvorbě zákonů; vyšetření na pohlavně přenosné infekce (rady, jak se nenakazit, kompletní vyšetření na PPI) a sociální divadlo „ROZKOŠ“. Zabývá se také veřejností, které nabízí (na akcích- př. AIDS Day, ve svých poradnách) zdarma testování na HIV, divadelní

představení, preventivní přednášky pro školy a konzultace. Neméně důležitou součástí organizace je mezinárodní spolupráce. Spolupráce přispívá k rozpoutání diskuze nad novými tématy, jež v České republice dříve nebyla otevřena (např. sexuální asistence). Umožňuje sledování legislativy, týkající se prostituce, v zahraničí i v České republice. Jedním z projektů je také „Pojízdné ambulance“ v Zimbabwe a Oděse. (Rozkoš bez rizika, 2015)

4.3.2 Nabízené služby

Jak jsme již v předchozí kapitole zmínili, služeb nabízených „Rozkoší bez rizika“ je mnoho. V této kapitole uvádíme pro lepší přehlednost textu jednotné označení „klient“, které zahrnuje pohlaví obou rodů (mužského i ženského). Řadí se k nim sociální služby, do nichž spadá odborné sociální poradenství poskytované v Praze, Brně, Českých Budějovicích a terapeutické služby, zaměřené na individuální problém klienta. Úkolem odborného sociálního poradenství je poskytovat informace a podporu osobám v nepříznivé životní situaci, nebo osobám, jimž tato situace bezprostředně hrozí. Služba pomáhá klientům zvyšovat právní vědomí, znalosti a dovednosti vedoucí ke zlepšení stávající situace. Existuje také internetová poradna. Právní informace pomáhají podporovat oběti trestných činů. Organizace se zasazuje také v oblasti legislativy týkající se sexbyznysu a usiluje o prosazení opatření respektujících práva sexuálních pracovníků. Jedná se o pomoc v orientaci v legislativě. Dále poskytuje zdravotní služby zaměřující se na vyšetření pohlavně přenosných infekcí, čímž přispívá mimo jiné ke zvyšování povědomí o této problematice. Důležitou součástí terapie je sociální divadlo ochotnického divadelního souboru „ROZKOŠ“, kde společně tvoří klienti, zaměstnankyně a příznivci divadelního spolku. Cílem divadelního spolku je snaha dostat nahoru (na podium) klientky, které se cítí být dole (na dně). Spolek nastudoval již dvanáct autorských her. Výzkumná a publikační činnost se zaměřuje na realizaci šetření např. v oblasti násilí v sexbyznysu či postojů k legalizaci prostituce. Osvětová činnost a přednášky, jež „Rozkoš bez rizika“ nabízí školám, jiným zařízením (př. Domovy pro osoby se zdravotním postižením), široké i odborné veřejnosti, seznamují s tématy sexuální asistence, intimity, bezpečnějšího sexu či sexbyznysu. Přednáška zaměřená na sexuální asistenci má za cíl seznámení účastníků/účastnic s tímto tématem. Informuje o tom, komu je sexuální asistence určena, co je a není sexuální asistence, o pravidlech a právních normách vztahujících se k sexuální asistenci v České

republice a jaké sexuální pomůcky jsou na trhu dostupné. Velkou výhodou je otevřenost mluvit o sexualitě před jakýmikoliv lidmi. (Rozkoš bez rizika, 2015)

4.3.3 Principy služeb

Organizace „Rozkoš bez rizika“ se řídí svým etickým kodexem a principy. Principy si představíme pouze povrchově. Pracovnice organizace by měly zastávat princip respektu a nehodnocení, který si zakládá na nehodnocení a nesouzení klientů, respektu k výběru práce v sexbyznysu a k jejímu životnímu stylu. „Rozkoš bez Rizika“ uznává práci v sexbyznysu jako práci. Druhým principem je empowerment, jež zahrnuje posilování vlastních hranic a limitů v profesi i v osobním životě klienta (př. Jaké typy služeb chce / nechce poskytovat). Pro službu pracující s klientelou pohybující se na prahu nepříznivé životní situace, se stává důležitým principem bezplatnost. Znamená to, že zdravotní vyšetření na pohlavně přenosné infekce jsou poskytována zdarma všem klientům. Dalším důležitým principem je anonymita a nízkoprahovost, což znamená, že klienti poskytují službě pouze osobní údaje, jež jsou nezbytně nutné pro řešení jejich situace a pro poskytování služby. Nízkoprahová služba znamená, že se klienti nemusejí prokazovat osobními doklady. Princip důvěrnosti sdělení klientům garantuje mlčenlivost a ochranu osobních a citlivých údajů. Tyto údaje nemohou být bez souhlasu klienta poskytovány jiným osobám. Dalším je princip dobrovolnosti a samostatnosti, díky němuž si klienti sami zvolí, které služby a v jakém rozsahu chtějí využít. Pracovnice organizace usiluje o klientovu samostatnost, snaží se podporovat jeho nezávislost na službě (př. nerozhoduje za klienta). Princip individuálního přístupu zajišťuje každému klientovi individuální přístup, který spočívá ve zjištění jeho konkrétních potřeb a následném stanovení cílů spolupráce. Důležité je, aby klient pracovníci rozuměl (možno využít služby tlumočnicka). Právo na stížnost k poskytovaným službám patří k dalším principům této společnosti. K primárním aktivitám patří seznámení klientů s právy a povinnostmi, které při využívání služeb dané organizace mají. Mezi tato práva patří také možnost podat stížnost na danou službu, kterou organizace poskytuje. Principem, bez něž by například terenní programy neměly velký úspěch, je princip práce v pracovním prostředí skupiny, jež je cílová. Jedná se především o respektování „pracovního času“ klientů. Pracovníci organizace se přizpůsobují časovým možnostem klientů, které jsou především v odpoledních, podvečerních či večerních hodinách. Služba je poskytována v bezpečném prostředí centra organizace a důležitá je také její dostupnost (terenní programy; internetové poradenství, které zajišťuje širší dostupnost po celé České

republice), takto zní další dva principy, kterými se „Rozkoš bez Rizika“ řídí. (Rozkoš bez rizika, 2015)

4.4 Potřebnost sexuální asistence

Mohlo by se zdát, že sexuální asistence není potřebná. Osobám s postižením přece nic nebrání využívat běžné placené sexuální služby. Opak je ale pravdou. Mnohé osoby s postižením, jež chtěli využít klasické placené sexuální služby, se setkali s odmítnutím či negativními zážitky. Tomáš Píka, který je osobou s omezením hybnosti, v rozhovoru pro portál „Žiju s handicapem“ (2016) uvedl, že se osoby s postižením, po sdělení svého handicapu pracovníci v sexbyznysu, ne zřídka setkávají se slovy „to není pro mě; tohle nedělám; do toho nejdu“. Z tohoto důvodu je důležitým mezníkem prosazování sexuální asistence, jelikož sexuální asistentky mají v této oblasti „rozšířené pole působnosti“. Nemusí se vždy jednat pouze o placený sex, cílem asistence může být pouhý dotyk (například v podobě tantrické masáže) opačného (ale i stejného pohlaví) či popovídání si. Hlavním úkolem sexuální asistence je umožnit osobám s postižením žít plnohodnotný život, ke kterému bezpochyby sexualita patří. (Žiju s handicapem, 2016)

Dalším mýtem, který vede některé osoby z intaktní společnosti spíše k závisti, je financování sexuální asistence. Většinová společnost, pokud již o sexuální asistenci někdy slyšela, se domnívá, že je tato služba klientovi hrazená státem. Jedná se však o mylnou informaci pramenící nejspíše z neinformovanosti většinové společnosti. Osoby s handicapem si služby sexuální asistentky hradí zcela sami. Podpora státu spočívá pouze v povolení („posvěcení“) služby. Klient, který chce využít sexuální asistenci, má s asistentkou první pohovor, na kterém se společně dohodnou, co si klient představuje, jaké jsou možnosti a pravidla spolupráce. Za toto „úvodní“ setkání klient zaplatí přibližně 500 Kč. Další setkání stojí 1000-1200 Kč za hodinu. (Žiju s handicapem, 2016)

Sexuálních asistentek je v České republice proškoleny pouze 5 (tři působí v Praze, jedna v Brně, jedna v Trutnově), aby jejich působnost byla co nejširší a mohly obsáhnout co největší klientelu, musí za klienty dojíždět. Velkou pozornost je však třeba věnovat podvodným inzerátům, ve kterých své služby nabízejí například sexuální asistenti (v České republice pod záštitou „Rozkoše bez rizika“ nebyl proškolen prozatím žádný asistent). Pokud sexuální asistentky na své webové stránce uvádějí absolvování školení od organizace InSeBe, nemělo by se jednat o podvodný inzerát. Úskalím této služby je proškolení prozatím pouze asistentek ženského pohlaví. Na ženy s handicapem a potřebou této služby samozřejmě „Rozkoš bez rizika myslí“, ovšem je

třeba si uvědomit, že sexualita a obzvláště sexualita osob s postižením byla v České republice donedávna tabuizovaným tématem. V České republice služba funguje teprve od konce roku 2015. V budoucnu je třeba asistenci rozšířit také pro osoby, jež se orientují na stejné pohlaví (menšina homosexuálů). Důležitým znakem sexuální asistence je poskytování služeb všem osobám, a to i včetně homosexuálů. Není podstatné, s kým asistentky pracují, ale jaké služby osobě poskytnou (např. některé ženy nenabízejí pohlavní styk). (Žiju s handicapem, 2016)

Osoby s postižením jsou v zařízeních připravovány k samostatnému životu. Zařízení se snaží připravit osoby v co nejvíce činnostech, od vzdělávání, práci k samostatnému bydlení, ale na sex se dříve vůbec nezaměřovalo, dříve byl tabu. V západních zemích již sexuální asistence funguje několik let. V České republice se o prosazení sexuální asistence zasazuje organizace „Rozkoš bez rizika“, proto jsme jejímu představení věnovali jednu z podkapitol. Tato organizace dokázala sexuální asistenci v České republice prosadit za „pouhé“ dva roky. Pro srovnání, ve Švýcarsku tento proces trval deset let. Na stávající podobě sexuální asistence není třeba něco měnit, důležité je rozvíjet, poskytovat a informovat. (Žiju s handicapem, 2016)

4.5 Sexuální asistence v zahraničí

Jak jsme již uvedli výše, sexuální asistence je téma opředené mnohými předsudky, nedostatkem informací, nejednotným názorem a stále ještě i závojem temna. Většina států si je vědoma potřeby této služby, nicméně stále se tato problematika nachází spíše v „šedé zóně“ jednotlivých států a legislativně příliš nevědí, jak sexuální asistenci uchytit. (Vozičkářské noviny, 2018)

4.5.1 Německo

V Německu je pohled společnosti na sexuální asistenci taktéž rozdílný. Lidé se zdravotním postižením se zde v otázce sexuální asistence setkávají (podobně jako v ČR) jednak s odporem plynoucím z její podobnosti prostituci a na druhé straně s přijímajícím postojem této služby, kterou považují za jeden z terapeutických výkonů. Legislativa státu prostituci nezakazuje, nýbrž povoluje, ale ve značné míře omezuje. Sociálně-terapeutická oblast si uvědomuje potřebu řešit sexuální frustraci jedinců s postižením, ale prozatím tuto otázku řeší spíše na úrovni teoretické. Můžeme konstatovat, že Německo je v otázce sexuální asistence ve fázi hledání vyhovujícího kompromisu. Sexuální asistence naráží také na otázku náboženství. Sociální péče

(především „ústavní“) bývá často zaštiťována církevními organizacemi, které se k sexualitě a zdravotnímu postižení staví jinak (př. pokud člověku Bůh odepřel sexuální stránku, mělo by to tak být, přání pána Boha). Německo se v souvislosti s náboženstvím dělí na tři oblasti: protestantský sever, katolický jih a oblasti s převahou ateistů. Asistované intimní a sexuální služby v katolických a evangelických ústavech (zajišťujících péči) nepřicházejí v úvahu (vstup jedinců poskytujících jakékoliv formy sexuální asistence zakazují). Náboženství je v současnosti jednou z překážek, které stojí v cestě „hladké a společností akceptované realizaci“ sexuální asistenci. Východisko z této situace by mohlo představovat definování rozsahu výkonu sexuální asistence, tedy možné rozdělení na aktivní a pasivní roli terapeuta, sexuální koučink či sexuální doprovod. V Německu se v návaznosti na výše zmíněné rozdělení setkáváme se slovem surrogatpartner, jehož překlad zní „náhradní partner“. Náhradním partnerem je člověk, který přináší osobě se zdravotním postižením náhradní sexuální partnerství, jehož působení se vyznačuje léčebně terapeutickou povahou. Od „klasické“ prostitute se náhradní partner odlišuje poskytováním širší škály prožitků na emocionální a mentální úrovni). Ani v Německu tuto pozici nemohou zastávat lékaři, ošetrovatelský personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti (svým klientům nemohou poskytovat sexuální služby), jelikož by porušovali etický kodex daných profesí. Lze předpokládat existenci úskalí náhradní sexuální péče. Mezi obavy, jež si s sebou nese náhradní partnerství, patří vznik citové vazby jedince s postižením k poskytovateli této služby a na straně druhé riziko zneužívání (fyzické i psychické) klienta terapeutem. Další problém přináší vzdělání. V Německu zatím není znám institut zastřešující certifikované vzdělání týkající se náhradního sexuálního partnerství. Přesto zde však sexuální asistenci nacházíme v poměrně rozvinuté podobě, často se skrývající pod záštitou jiné erotické služby. Nejčastěji ji lze nalézt obsaženou v tantrických masážích. Snahou německých organizací, odborné i laické veřejnosti zabývající se prosazováním oblasti sexuální asistence, se jeví co nejpřesnější vymezení této oblasti a díky tomu nalezení alternativy ke komerční prostituci. (Vozíčkářské noviny, 2018)

4.5.2 Rakousko

Sexuální asistenci se v Rakousku věnuje institut Alpha Nova, která za podpory vlády Štýrska zavedla učební program zvaný LIBIDA. Program se skládá z deseti výukových částí, jeho cena se pohybuje okolo 950 euro a je zaměřen na certifikaci (úřední povolení) mužů i žen v poskytování služeb sexuální asistence. Také v Rakousku

se sexuální asistentky/ti snaží distancovat od běžné prostituce a zasazují se o legislativní podporu vlády. Ač legislativní ukotvení nenalezneme, vznikl alespoň kodex chování sexuálního asistenta, ve kterém se uvádí, že certifikovanému sexuálnímu asistentovi je styk sliznic zakázán. Z této věty jasně vyplývá, že profesionální sexuální asistentky se realizací líbání, orálního sexu, pohlavního a análního styku nevěnují. Porušením kodexu chování sexuální asistentky se jedinec vystavuje odebrání povolení k výkonu této služby. Kromě asistenta by měl určitá pravidla dodržovat také klient, který využívá sexuální asistence, popřípadě navštíví zařízení, které ji poskytuje. Pro jasné porozumění pravidlům služby probíhá první pohovor, při kterém dochází k vyjasnění účelu, smyslu a pravidel sexuální asistence. Zároveň terapeut sděluje hranice své práce, klient vyslovuje svá očekávání, přání, společně se seznamují a domlouvají se na obsahu jejich setkání. Úvodní pohovor je placený, stojí cca 50 euro a trvá okolo půl hodiny. Terapie trvá celkově hodinu, zahrnuje v sobě také hygienickou očistu, relaxaci a cenově vychází okolo 100 euro (jednotlivé úkony jsou cenově rozdílné). (Vozičkářské noviny, 2014b)

4.5.3 Holandsko

Holandsko (spolu s Dánskem) je jedním ze států Evropy, které aktivně řeší oblast sexuální asistence pro osoby se zdravotním postižením. Děje se tak ve výjimečných případech formou dotace na poskytované služby. Pro udělení příspěvku na poskytnutí sexuální asistence je nutné zdůvodnit jedincovu potřebu dotace na tuto službu zapříčiněnou finanční a sexuální nouzí (nelze žádat v každém městě Holandska, nejedná se o plošně poskytovanou službu), což mnohdy bývá velice namáhavé. Nutností je podstoupit podrobný intimní pohovor, v jehož rámci je třeba domluvit se na požadovaném sexuálním úkonu, včetně jeho ceny, času a místa, což pro mnohé může být odrazující a ponižující (většině lidí je nepříjemné sdělovat intimní informace neznámé osobě). Cena za hodinu sexuální asistence se pohybuje okolo 80 € (cca 2000 Kč). Nabídka sexuálních praktik nabízených většinou sexuálních asistentek/tů bývá omezená, nezahrnuje všechny běžné sexuální praktiky jako standardní sexuální styk, orální a anální sex. V rámci terapie se setkáváme, podobně jako v Německu, spíše s erotickými masážemi, mentální stimulací prováděnou současně se stimulací mechanickou (asistentky disponují znalostmi také z oblasti psychologických aspektů sexuálních potřeb). Požaduje-li klient nestandardní praktiky (tzv. „perverzní“) hradí si je zcela sám (nelze uplatnit dotaci). Příspěvek od státu není uplatnitelný u libovolného poskytovatele sexuálních služeb, nýbrž pouze u třech proškolených organizací. Přesto, že

získání příspěvku na poskytnutí sexuální asistence není jednoduchý proces, jeho přiznávání se stává v rámci rozpočtu státu čím dál tím složitější (v důsledku evropské finanční krize). (Vozičkářské noviny, 2014a)

4.5.4 Švýcarsko

Sexuální asistenci ve Švýcarsku můžeme považovat za relativně rozvinutou, což potvrzuje také zaškolení asistentů obou pohlaví a tím pádem možnost poskytování služeb mužům i ženám (v České republice máme zatím pouze asistentky ženského pohlaví). Přesto však pro lepší přehlednost textu budeme hovořit o klientovi v mužském rodě a společnosti, která mu poskytne službu sexuálního doprovázení. Samozřejmě stejným způsobem probíhá sexuální doprovázení opačného pohlaví klientů či společníků (stejně tak i při homosexuální orientaci). Namísto sexuální asistence se používá spíše termín sexuální doprovázení. Asistentky a asistenti (zde nazývané spíše jako společnice a společníci) musejí absolvovat oficiální výcvik, po jehož zakončení dostanou diplom (firemní). Pro setkání klienta s asistentkou se vždy sestavuje „sexuální program“, ve kterém se předem dohodnou na individuálních potřebách a přáních klienta. Do doprovodných aktivit sexuální asistence je možno zahrnout také pomoc při dopravě na sjednané místo, osobní hygieně, nebo například svlékání. Společnice pro snadnější uskutečnění dohodnutého „sexuálního programu“ využívají (je-li to třeba) speciální technické pomůcky a vybavení, které může umocnit daný prožitek. (viz. Příloha 1) Na švýcarském serveru sexcare.ch se můžeme setkat s formulářem, díky němuž může klient konkretizovat svůj požadavek a zároveň zadat pro jakou osobu (s jakým postižením) je doprovázení hledáno (fyzický handicap, duševní handicap, demence, psychické onemocnění, erektilní dysfunkce a jiné). Společnost oblast sexuální asistence podporuje, nevrhá na ni stín předsudků, ba naopak umožňuje vést otevřené diskuze na toto téma. (Vozičkářské noviny, 2015)

Díky projektu „Právo na sex“ mohli zástupci organizace „Rozkoš bez Rizika“ v roce 2014 navštívit švýcarský institut sexuálního doprovázení „InSeBe“ v Zürichu a ve spolupráci s ním připravit workshopy vzdělávající zájemce o profesi sexuální asistentky (v budoucnu také asistenta) v České republice. Do fungování sexuálního doprovázení ve Švýcarsku nás zasvětil Erich Hassler (zakladatel této oblasti ve Švýcarsku) a jeho spolupracovnice Eva Zylka a Sabina Maag. Českou organizaci seznámili s konceptem kurzů, které se zaměřují na zájemce o poskytování intimní asistenci. Před kurzem probíhá výběrové řízení vhodných zájemců (zamezení

bezmyšlenkovitého vstupu do kurzu nevhodným zájemcům). Samotné absolvování kurzu ve Švýcarsku zahrnuje sedm víkendových setkání, tedy 90 hodin přímého vzdělávání a je doplněn o 30 hodin domácí práce (u nás kurz proběhl v roce 2015 ve zkrácené verzi-dvě dvoudenní setkání). InSeBe nevzdělává pro sexuální doprovázení jedince, kteří pracovali v sexbyznysu, jelikož jejich přístup je příliš standardizovaný, málo individuální a empatický. Kurz připravuje účastníky pracovat s vlastním nahým tělem, děje se tak ve skupině, kde ovšem nedochází k sexuálnímu kontaktu, ale ke zjišťování příjemných a nepříjemných doteků. Sexuální společnice by se neměli bát mluvit o svých sexuálních zkušenostech a měli by umět naslouchat prožitkům druhých. Naučit se pracovat s dotyky se jeví jako důležitý aspekt pro práci sexuálního průvodce. Mnoho lidí se zdravotním postižením neznají reakce svého těla na dotek druhé osoby (nemají danou zkušenost), i to je posláním sexuální společnice. Sexualita lidí se zdravotním postižením je velice křehká oblast, ke které je třeba přistupovat pomalu a s pochopením. Klient se postupně učí rozeznávat příjemné, nepříjemné doteky a ostatní aktivity. Je třeba pracovníkovo neustálé uvědomování si zranitelnosti klienta způsobené jeho nešetrným přístupem a zároveň mít na paměti riziko vzniku citové vazby mezi klientem a terapeutem (pokud k němu dojde, je třeba umět situaci profesionálně vysvětlit). Hlavním cílem sexuálního provázení by mělo být poznávání vlastního těla a zdravé otevření sexuality jedinců s postižením, aby byli schopni přijmout vlastní tělo takové, jaké je a následně si najít a udržet budoucí partnerku či partnera. (Zahradníková, 2015)

Následující řádky představí, jak sexuální doprovázení ve Švýcarsku funguje v praxi. První kontakt klienta s asistentkou by měl být iniciován klientem (popřípadě personálem domova či jiného zařízení) a po společné domluvě by mělo dojít k sjednání schůzky (tzv. „date= rande“). V případě, kdy za klienta zařídí kontaktování společnice personál pobytového zařízení, zakázku služby sexuálního doprovázení si klient s asistentkou již domlouvá sám. Na setkání dochází k seznámení, dohodnutí se na obsahu schůzek (výše zmíněný sexuální program) a místě poskytování služby, tak aby klient či klientka cítili bezpečně, jistě a setkání jim nic nenarušilo (domov klienta, domov terapeuta a další). Hranice poskytování služby si asistent/ka určuje zcela sám. Tato první schůzka stojí okolo 100 švýcarských franků (je tedy placená). Asistentka poskytující službu klientovi nesmí být z téhož zařízení jako klient, v opačném případě se jedná o trestný čin. Platí pravidlo, kdo o klienta pečuje, stará se o jeho potřeby, neměl by ve stejném zařízení poskytovat bližší podporu a pomoc v oblasti sexuality (sexuální poradci a společnice by měli být odjinud). Mohlo by docházet ke zmatení klienta, kdy by

nemusel s jistotou rozlišit asistentku sexuálního doprovázení a partnerku (míchání rolí), z tohoto důvodu je doporučeno, aby sexuální doprovázení provozovala nezainteresovaná osoba zvenku. Závěrem kapitoly bychom chtěli konstatovat, že z výše uvedeného textu zaměřeného na sexuální asistenci ve čtyřech státech, se Švýcarsko jeví jako nejlépe rozvinutý stát v této problematice. Díky spolupráci se švýcarským institutem se situace v této problematice zlepšuje také u nás. (Zahradníková, 2015)

5 Metodologická východiska práce

„Výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, nebo se získávají nové poznatky“. (Gavora, 2010, s. 11)

5.1 Cíl práce a výzkumné hypotézy

V následujících podkapitolách si představíme hlavní a dílčí cíl výzkumného šetření. Jelikož se jedná o kvantitativní formu šetření, stanovíme si hypotézy, kterými budeme zkoumat souvislost mezi danými proměnnými.

Hlavním cílem praktické části je pomocí dotazníkového šetření zjistit a popsat povědomí a pohled intaktní společnosti na sexuální asistenci v Olomouckém kraji.

Dílčí cíl si klade za úkol zjistit vliv pohlaví, věku a vzdělání na postoj k problematice sexuální asistence.

Úkoly, jež je třeba provést v rámci metodologické části. Potřebné úkoly vyplývají z cíle (hlavního i dílčího) této práce a zahrnují:

- a) vyhledání, seznámení a prostudování odborné literatury k danému tématu
- b) vytvořit dotazníkové šetření a vyzkoušet jeho vhodnost na malém vzorku respondentů
- c) realizace výzkumného šetření pomocí dotazníku
- d) provést analýzu a prezentaci výsledků získaných dat

5.1.1 Stanovené hypotézy

Na základě cíle diplomové práce a položek z předem vytvořeného dotazníku, jsme stanovili následné výzkumné hypotézy.

Hypotéza H1: Hraje pohlaví respondenta roli při zaujímání postoje k problematice sexuální asistence.

Zmíněná hypotéza H1 byla formulována následujícího důvodu. Na základě sociologických, kulturních a biologických odlišností se domníváme, že ženy a muži by na danou oblast mohli mít odlišný názor.

Hypotéza H2: Má vzdělání respondenta vliv na jeho postoj k problematice sexuální asistence.

Danou hypotézu jsme stanovili na základě předpokladu, že proměnná vzdělání by mohla ovlivňovat postoj k problematice sexuální asistence. Jedinci s nižším vzděláním mohou mít omezený přístup k informačním zdrojům, zkreslenou představu o pravdivosti informací uváděných v informačních zdrojích (médiu) a menší zájem o společenském dění. Zatímco u jedinců s vyšším vzděláním (především vysokoškolským) je více než žádoucí zájem o všeobecný přehled. Je pravděpodobné, že v rámci svého studia absolvují předmět, který přibližuje problematiku osob se zdravotním postižením. Také diskuze se spolužáky, kolegy zabývajícími se speciální pedagogikou mohou být přínosné ve formování postoje k sexuální asistenci.

Hypotéza H3: Je statisticky významná souvislost mezi věkem respondenta a jeho postojem k problematice sexuální asistence.

Věk by mohl přinášet určité rozdíly náhledu na problematiku sexuality. Dřívější generace neměly ve zvyku se otevřeně bavit o sexualitě obecně, natož o sexualitě osob s postižením, které byly na okraji společnosti. Dnešní společnost je společností otevřenou všem tématům (sexualita již není „zakázané téma“). Snadná dostupnost informací, které využívají ve větší míře mladší generace, je jedním z činitelů podporujících zvýšení povědomí o dané oblasti. Proto se domníváme, že by právě věkový rozdíl mohl být významným faktorem ovlivňujícím postoj ke stěžejní problematice této diplomové práce.

Výzkumné hypotézy zmíněné výše rozpracováváme podrobněji v kapitole prezentace výsledků. Přehledně uspořádané, porovnané závěry výzkumu a z něj plynoucí doporučení nalezneme v diskuzi, jejich celkové shrnutí pak v samém závěru práce.

5.2 Použité metody výzkumu

S ohledem na téma a cíl diplomové práce byla pro sběr dat výzkumného šetření vybrána kvantitativní metoda sběru dat uskutečňující se za pomoci námi sestaveného dotazníku.

Kvantitativní metoda pracuje s větším množstvím dat než kvalitativní šetření. Výzkum kvantitativního charakteru pro práci využívá především hypotéz, což znamená tvrzení nebo předpoklad o vztazích mezi dvěma či více proměnnými. Vymezení hypotéz patří ke stěžejnímu statistickému zpracování dat, přičemž jejich existence zajišťuje statistickou ověřitelnost výsledků. Děje se tak za pomoci dvou alternativ odpovědi, kdy se stanovené tvrzení potvrdí nebo nepotvrdí (vyvrátí). (Skutil a kol., 2011)

Hendl (2005) uvádí, že kvantitativní metoda sběru dat se využívá pro výzkum ve velkých skupinách a zakládá se zejména na měření a následné analýze získaných dat

odehrávající se za pomoci statistických metod. Neméně důležitým krokem, který následuje po sběru dat, je popis dosažených výsledků a jejich porovnání s dopředu stanovenými hypotézami. Výhody kvantitativní metody (ve srovnání s kvalitativní metodou) spočívají ve větší rychlosti sběru dat, následné analýze, kdy dochází k jasnému získání číselných hodnot a větší strukturovanosti šetření.

Je patrné, že výzkumník tedy pracuje, v mezích kvantitativního výzkumu, s numerickými údaji, vycházejícími z nasbíraných dat, které je potřeba zpracovat (matematicky). Na rozdíl od kvalitativního výzkumu (snaha o co největší a nejhlubší pochopení v rámci jevu vztahujícího se ke zkoumané osobě) se kvantitativní šetření vyznačuje odstupem výzkumníka od zkoumaných jevů a tím zajišťuje objektivnost výsledků (není zde subjektivní pohled výzkumníka). (Gavora, 2010)

Disman (2006) uvádí, že se v rámci kvantitativním výzkumu používají deduktivní metody, jež nachází základ v obecně stanoveném problému (popřípadě teorii), který je posléze převeden do formy hypotéz vypovídajících o možných vztazích mezi proměnnými. Výsledky plynoucí ze sběru dat mohou stanovené hypotézy buďto zamítnout nebo potvrdit. Autor představuje také následující náležitosti kvantitativního šetření, kterými jsou stanovení teoretického či praktického problému, formulace hypotéz, rozhodnutí o základním a výběrovém vzorku, pilotní studie, rozhodnutí o metodě sběru dat, předvýzkum, samotný sběr dat, analýza dat a jejich interpretace a závěry (případně teoretická zobecnění).

Sběr dat jsme pro naši práci uskutečnili pomocí dotazníku, která se jeví jako nejvíce vyhovující technika sběru dat spadající do kvantitativního výzkumu. Dotazník napomáhá uskutečnit sběr informací od respondenta, o jeho postojích a názorech k danému tématu či jevu. Jedná se nejspíš o nejvíce využívanou výzkumnou metodu v oblasti pedagogických věd. (Skutil a kol., 2011)

Nelze podcenit také vliv délky dotazníku na jeho návratnost. Punch (2008) zmiňuje podstatnou úlohu délky dotazníku vzhledem k jeho návratnosti. Čím více položek dotazník má, tím více času mu musí respondent věnovat, což může mít za následek pokles validity, a především jeho menší návratnost.

Průcha (2003) dotazník popisuje jako soubor předkládaný respondentům k písemné odpovědi, který obsahuje předem připravené, srozumitelně prezentované, vhodně seřazené otázky.

Dotazník obsahuje písemné položky a je distribuován výzkumníkem za pomoci pošty, internetu nebo jeho samotného (sám dotazník rozdává). Položky dotazníku

v pedagogickém výzkumu lze rozdělit na obsahové (zaměřují se na obsah odpovědi) a funkcionální (optimalizují průběh dotazníkového šetření). Obsahové položky můžeme dále rozdělit na maskované (ve skutečnosti zjišťují něco jiného, než je na první pohled zřejmé) a přímé, které se zaměřují na zjištění položek, jako jsou fakta (pohlaví, věk, vzdělání, pohlaví), vědomosti, znalosti, názory a mínění. Dle formy odpovědi můžeme položky dotazníku rozdělit na otevřené (volná odpověď respondenta, výčet aktivit, odpovídá, co si myslí-věty), polouzavřené (výběr z daných možností je možné doplnit o vlastní názor, poznatek) a uzavřené, které se dále člení na dichotomické (možnost výběru ze dvou odpovědí) a nepravé dichotomické (výběr z více než dvou odpovědí-např. ne, ano, nevím). (Svoboda, 2012)

Dotazník sestavený pro účely naší práce byl určen většinové společnosti z Olomouckého kraje, obsahoval osmnáct položek a zaměřoval se na mapování povědomí a informovanosti intaktní společnosti v otázkách sexuální asistence, a také jejich pohled na tuto oblast. Vznik dotazníku byl konzultován s vedoucí práce, doktorkou Zdeňkou Kozákovou a desítkou jedinců z řad veřejnosti (zdali položkám rozumí). Při sestavování dotazníku jsme se snažili vycházet z obecného povědomí o oblasti sexuální asistence. Dotazník neklade žádné náročné otázky vycházející z hlubokých znalostí. Zajímá nás zejména informovanost o tomto tématu, jež ještě nedávno bylo tabu, a postoj, který k sexuální asistenci intaktní společnost zaujímá. Dotazník se zaměřuje především na formování postojů intaktních jedinců k sexualitě osob se zdravotním postižením v závislosti na jejich věku, pohlaví a vzdělání. Zjišťuje, jaký zdroj informací je nejčastějším osvětovým činitelem, který na většinovou společnost v této oblasti působí. Snahou dotazníku bylo najít částečný obraz o povědomí jevu sexuální asistence. Položky odhalují respondentův pohled na financování, klientelu, místo realizace, osobu provádějící dané činnosti a průběh sexuální asistence. Odhalují také zájem o touze dozvědět se o tématu více. Dotazník by mohl být rozdělen do tří kategorií: základní identifikační údaje o respondentovi, povědomí respondentů o sexuální asistenci, postoje a názory respondentů. Při sběru údajů o respondentovi byli použity položky s uzavřenými odpověďmi (dichotomické i nepravé dichotomické). Při sestavování otázek vypovídajících o povědomí, postojích a názorech respondentů v rámci sexuální asistence, byly použity převážně obsahové otázky, taktéž s uzavřenými položkami (spíše nepravými dichotomickými). Finální znění dotazníku se nachází k nahlédnutí v příloze č. 2 (viz. Seznam příloh).

Statistické metody mnohdy předpokládají soubor, jež obsahuje normální rozložení dat, k určení normality rozložení dat nám posloužili testy Shapiro-Wilkův a Kolmogorov-Smirnovův. Ověření dat dvěma testy normality jsme použili z důvodu ujištění, že se jedná o neparametrická data. Na základě těchto dvou testů jsme pro analýzu a následné vyhodnocení dat použili testy, které pracují s neparametrickými údaji, kterými jsou Mann-Whitneyův (porovnávání dvou proměnných) a Kruskal-Wallisův test (porovnává tři a více proměnných). K analýze a zpracování nasbíraných dat byl použit software IBM SPSS Statistics verze 21 (IBM, Armonk, NY, USA). Software SPSS je jeden z nejstarších a často využívaných statistických programů (především na univerzitní půdě v České republice), který v sobě zahrnuje škálu statistických metod. Poměrně velké rozšíření tohoto softwaru (především v českém univerzitním prostředí) se stalo rozhodujícím faktorem při výběru metody zpracování dat. Zkratka SPSS původně znamenala Statistical Package for the Social Sciences, dnes se pod ní ukrývá americká softwarová firma z Chicaga, kterou od roku 2009 vlastní společnost IBM. (IBM, Armonk, NY, USA)

5.3 Charakteristika prostředí a souboru

Terénem, ve kterém výzkum probíhal, se stal Olomoucký kraj. Analýza dat byla zajištěna pomocí dotazníkového šetření umístěného na internetu. S žádostí o vyplnění dotazníku bylo přímo osloveno 500 jedinců. Výzkumu se zúčastnilo celkem 333 respondentů rozmanitého věkového spektra, vzdělání i odlišného pohlaví. Vzorek výzkumu tvořilo 209 žen a 131 mužů; 240 osob ve věkovém rozmezí 21-30 let, 44 jedinců ve věku 31-40 let, 32 dotazovaných z rozmezí méně než 20let a nejmenší počet utvořili jedinci starších generací, tedy 9 osob z věkové skupiny 41-50 let a 6 jedinců ze zástupců věkového spektra více než 50let. Olomoucký kraj byl vybrán vzhledem k místu studia výzkumníka, a tím pádem snazší dostupnosti většího vzorku respondentů a předpokládané vyšší návratnosti. Dotazníkové šetření bylo umístěno na internetu, v prostředí programu google dokumentů. Rozesílání probíhalo pomocí internetového odkazu na webovou stránku. Respondenti byli osloveni na základě nahodilého výběru dat za použití metody sněhové koule. Při nahodilém výběru se pracuje s nejdostupnějším a nejsnáze použitelným souborem. Metoda sněhové koule je založena na výběru jedinců z málo početných nebo naopak rozptýlených skupin jedinců (v našem případě spíše druhá možnost). Metoda se zaměřuje na vyhledání několika osob v počáteční fázi sběru, následné kontaktování dalších osob probíhá odkazem oslovených osob na další jedince. Sběr dat probíhal v období prosinec 2017 až únor 2018.

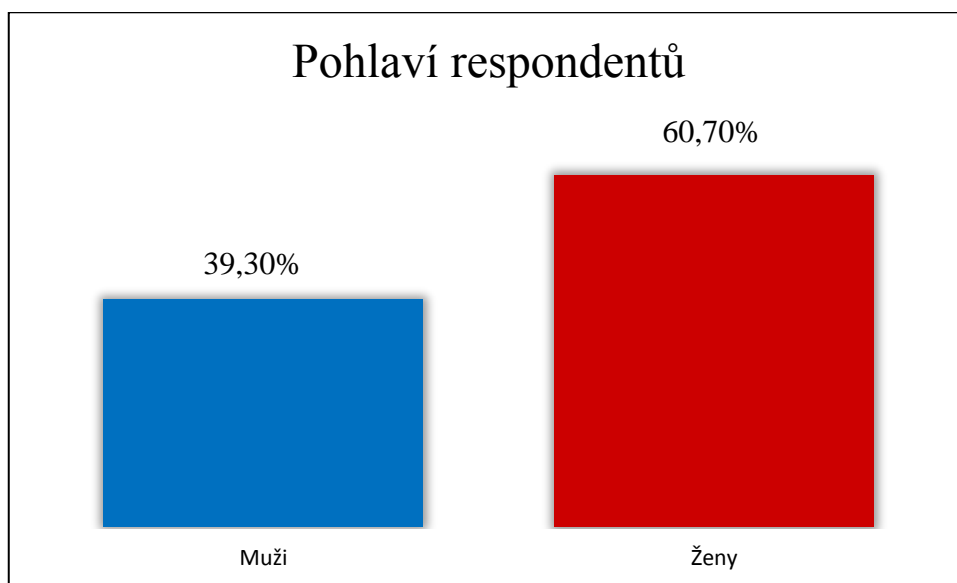
6 Prezentace výsledků

V následujících podkapitolách blíže uvádíme, vyhodnocujeme a graficky znázorňujeme nasbíraná data, která jsme rozdělili do tří okruhů dle podobného zaměření zkoumané položky. Těmito okruhy jsou základní identifikační údaje o respondentovi, kde uvedeme rozložení vzorku podle pohlaví, věku a vzdělání. Další podkapitola se zabývá povědomím respondentů o pojmu sexuální asistence. Dozvídáme se, zda jedinci z intaktní společnosti o pojmu slyšeli, kde se informaci dozvěděli, zda vědí, kdo je sexuálním asistentem a co je jeho obsahem práce, zda znají ve svém okolí nějakého nositele zdravotního postižení, jestli se s ním někdy bavili o jeho sexuálních potřebách a v neposlední řadě, je-li zájem z řad intaktní společnosti dozvědět se více o sexuální asistenci. Poslední okruh dotazníkových položek se ptá na postoje a názory respondentů, kde nalezneme položky vztahující se k zaujímání postoje k sexuální asistenci, potřebě její realizace, názorům na vzdělání sexuálního asistenta a financování služby.

6.1 Základní identifikační údaje o respondentovi

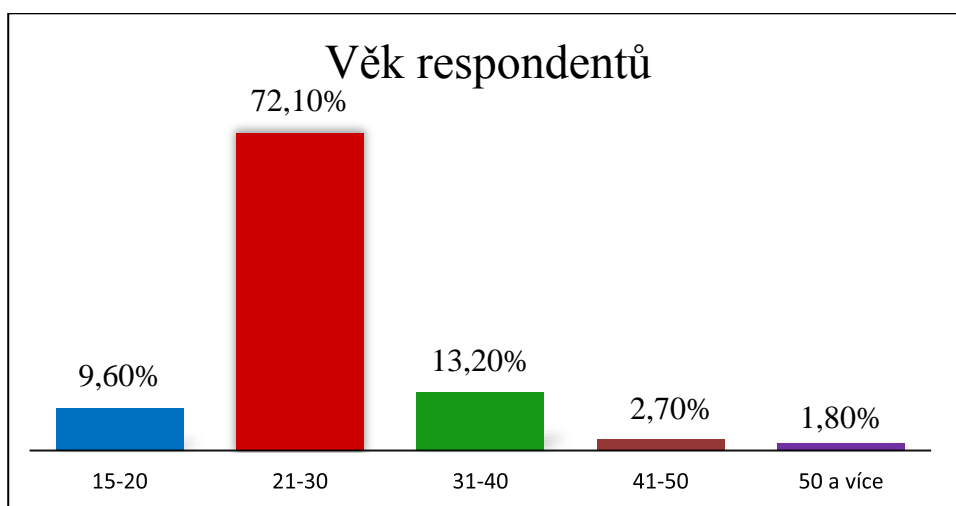
Výzkumu se zúčastnilo celkem 333 respondentů z Olomouckého kraje. Celkový počet jedinců zúčastněných dotazníkového šetření se skládá ze 131 mužů (39,3 %) a 202 žen (60,7 %). (Graf 1)

Graf 1. Zastoupení pohlaví ve sledovaném vzorku respondentů



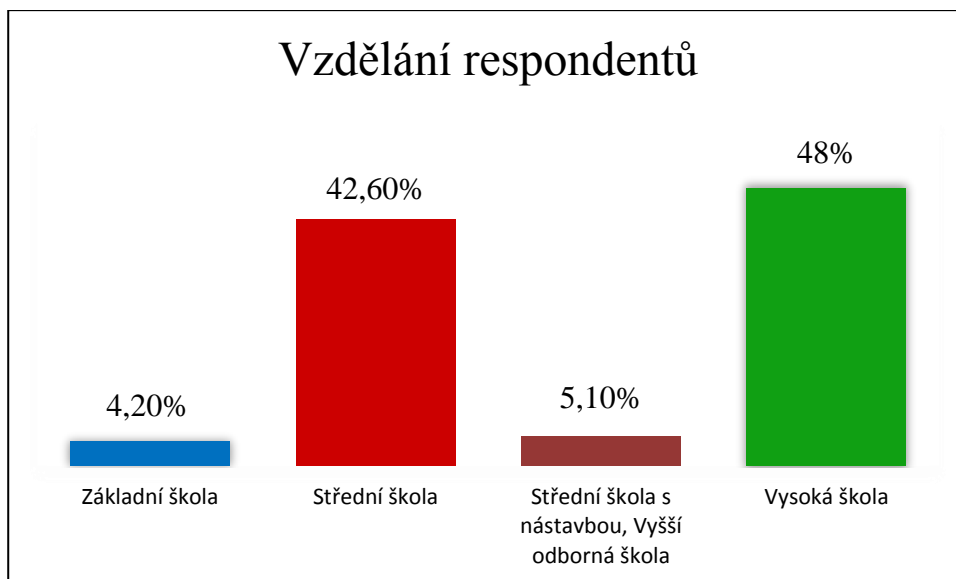
Věkové rozmezí zúčastněných respondentů zahrnuje všechny věkové kategorie (v souladu se zákonem, tzn. od 15 let) (Graf 2). Šetření bylo zaměřené na osoby starší 15 ti let. Od věku 15 ti let se téma sexuality stává čím dál více aktuální, zatímco v nižším věku bychom se mohli dostat do střetu v rámci etiky výzkumu. Nejvíce jedinců (240) zapojených do výzkumu se nachází ve věkové skupině 21-30 let (72,10 %). Skupina zahrnující věkové rozmezí 31-40 je zastoupena v počtu 44 osob (13,20 %), o 12 respondentů méně (32) se nachází ve věku 15-20 let (9,60 %). Méně odpovědí jsme nasbírali ve skupinách 41-50 let, kde vzorek tvoří pouze 9 osob (2,70 %) a 50 let a více se zastoupením 6 jedinců (1,80 %).

Graf 2. Věk respondentů



Výzkumu se zúčastnilo 160 osob (48 %) s nejvyšším dosaženým vzděláním na úrovni vysoké školy, 142 jedinců (42,6 %) se středoškolským vzděláním, 17 respondentů (5,1 %) se vzděláním středoškolským s nástavbou či vyšším odborným vzděláním a 14 osob (4,2 %) s dosaženým základním vzděláním. (Graf 3)

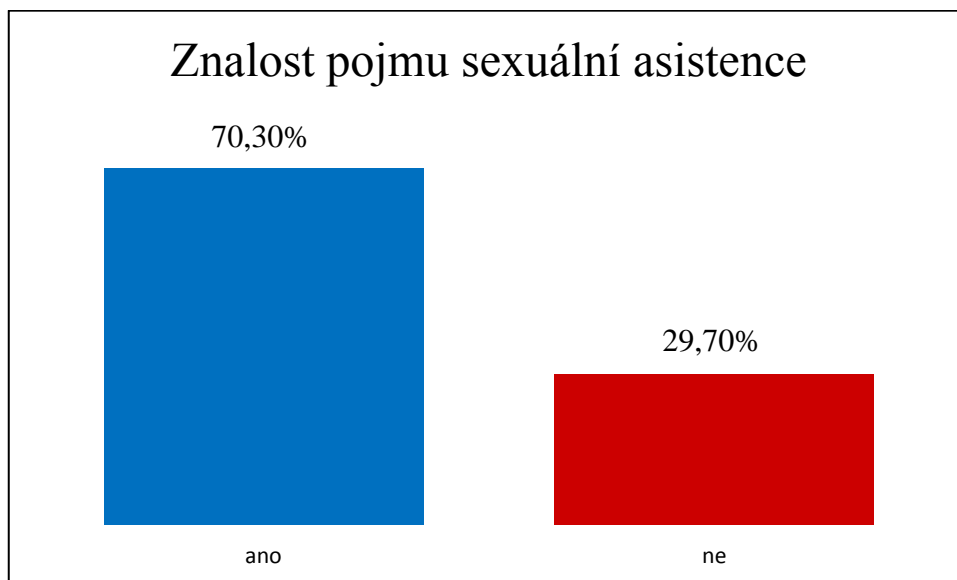
Graf 3. Vzdělání respondentů



6.2 Povědomí respondentů o sexuální asistenci

Z celkového počtu 333 respondentů o pojmu sexuální asistence slyšelo 234 jedinců (70,3 %), zatímco pro 99 osob (29,7 %) byl pojem zcela neznámý. (Graf 4)

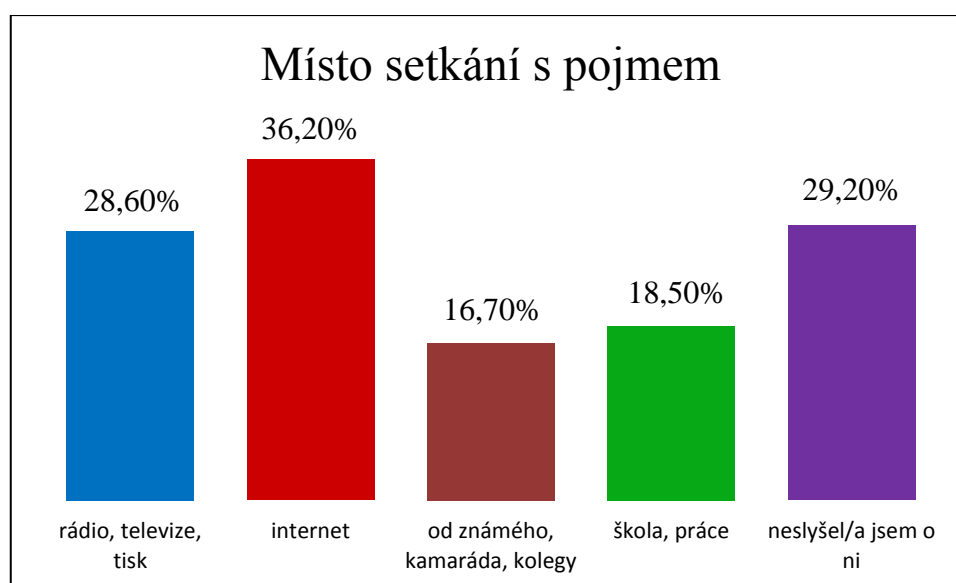
Graf 4. Znalost pojmu sexuální asistence



Na položku „Kde jste o sexuální asistenci slyšeli“ odpovědělo pouze 329 respondentů, z nichž nejvíce jedinců (119) zaznamenalo možnost druhou, tedy internet, což činí 36,2 %. Jako druhá nejčteněji zastoupená odpověď, a to 96 respondenty (29,2 %), se ukázala, možnost, že o pojmu sexuální asistence jedinec neslyšel. Zde si můžeme

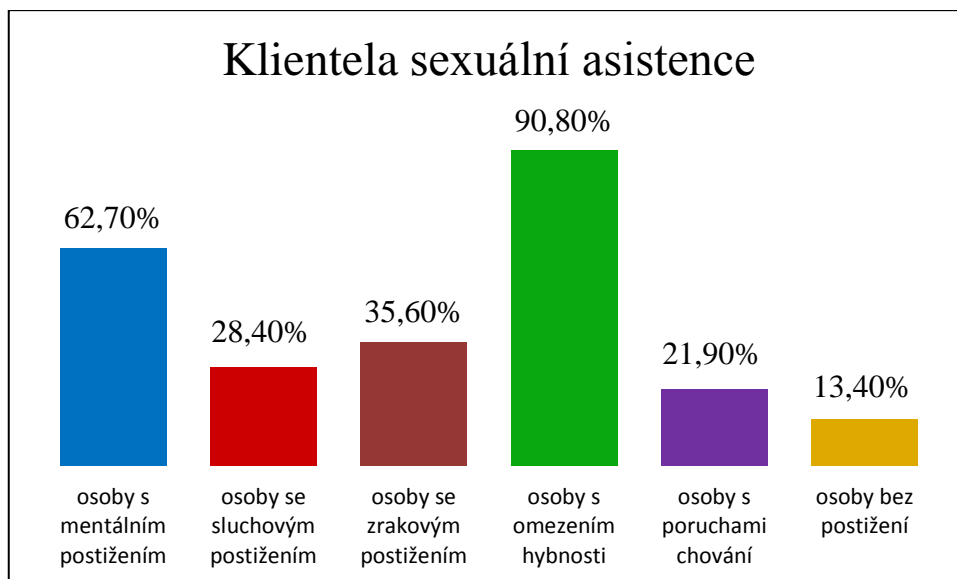
povšimnout drobného rozdílu oproti výsledkům předchozí položky (viz Graf 4), kde uvádíme, že pojem není znám 29,7 %, zatímco v následující položce nám vyšel výsledek 29,2 % pro nesetkání se s pojmem. Tato odchylka je zapříčiněna snížením odpovědí respondentů na 329, kdy 4 respondenti na danou položku neodpověděli. Třetí nejpočetnější odpovědí, se kterou se setkáváme je povšimnutí si pojmu z rádia, televize nebo tisku. Tato skupina se skládá z 94 osob (28,6 %). 61 osob (18,5 %) se o sexuální asistenci dozvědělo ve škole či práci a pro 55 jedinců (16,7 %) byl informační složkou kamarád, známí nebo kolega z práce. (Graf 5)

Graf 5. Možnosti doslechu o pojmu sexuální asistence



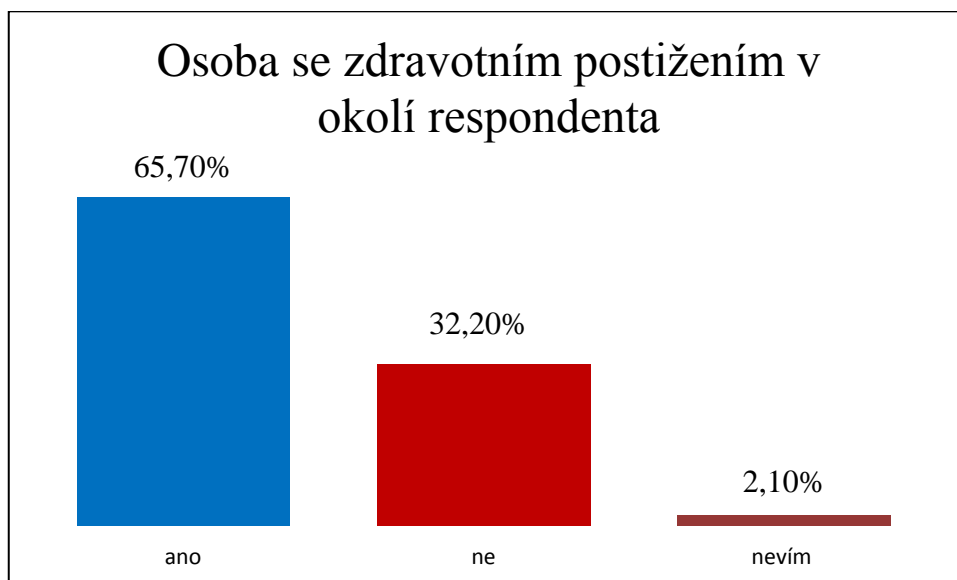
Na otázku týkající se klientely sexuální asistence bylo možné zvolit více odpovědí. Na zmíněnou položku odpovědělo z 333 pouze 306 respondentů. Nejčetnější zastoupení získala odpověď osoby s omezením hybnosti, kterou uvedlo 278 osob (90,8 %). Druhou nejčastější klientelou sexuální asistence dle většinové společnosti jsou osoby s mentálním postižením. Tuto skupinu v dotazníkovém šetření zaznamenalo 192 jedinců (62,7 %). Třetí skupina osob se zdravotním postižením, kterou uvedlo 109 osob (35,6 %) z daného vzorku, jsou osoby se zrakovým postižením. Jedinci se sluchovým postižením by měli klientelu tvořit dle 87 odpovědí respondentů (28,4 %), osoby s poruchami chování podle 67 osob (21,9 %) a osoby bez postižení uvedlo 41 jedinců (13,4 %). (Graf 6)

Graf 6. Klientela sexuální asistence z pohledu intaktních jedinců



Z následujícího grafu vyplívá, že 218 dotazovaných (65,7 %) má/zná ve svém okolí jedince se zdravotním postižením, 107 osob (32,2 %) nemá ve svém okolí nositele zdravotního postižení a 7 dotazovaných uvedlo, že o jedinci s postižením ve svém okolí nevědí. (Graf 7)

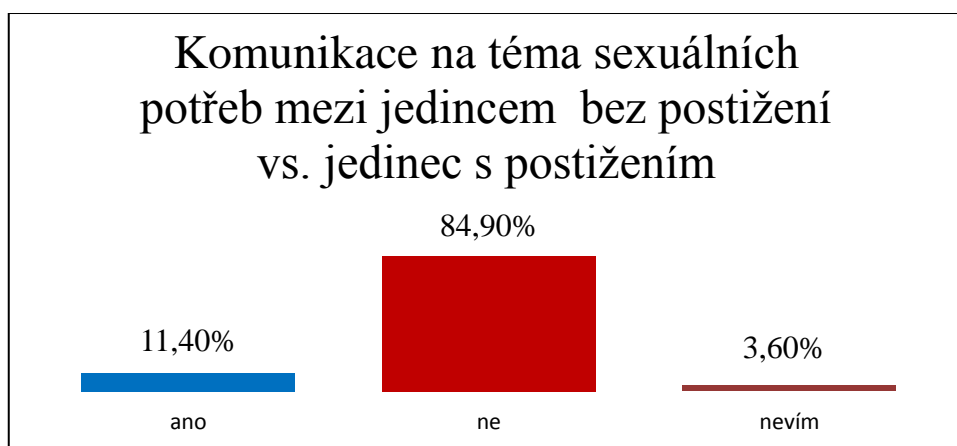
Graf 7. Výskyt osob s postižením v okolí respondentů



Graf 8 se zabývá komunikací na téma sexuálních potřeb mezi jedincem bez postižením a osobou s postižením. Na položku odpovědělo 332 respondentů, z toho 282 osob (84,9 %) se s jedincem se zdravotním postižením o jeho sexuálních potřebách nikdy

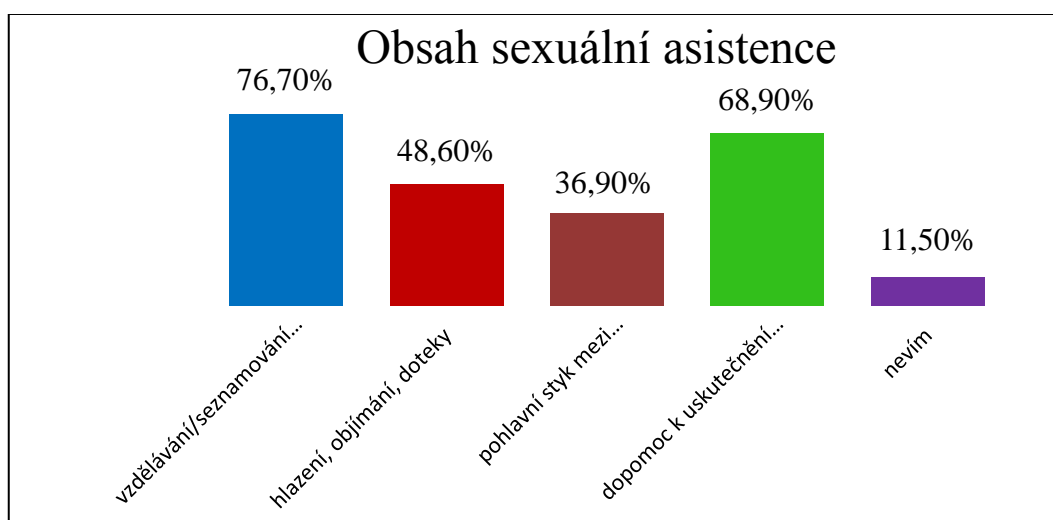
nebavilo, 38 jedinců (11,4 %) vedlo na toto téma rozhovor a 12 osob (3,6 %) si nevzpomíná, zda se téma sexuality někdy stalo středem jejich rozhovoru s jedincem s postižením. (Graf 8)

Graf 8. Rozhovor na téma sexuálních potřeb mezi jedincem s postižením a bez postižení



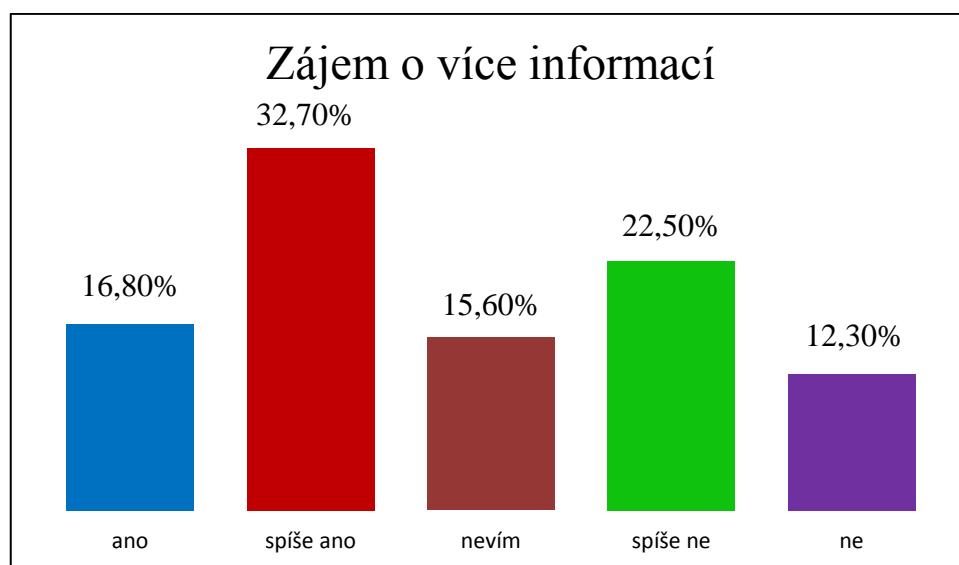
V položce zaměřené na náplň sexuální asistence bylo opět možné zaškrtnout více možností najednou. Otázku zodpovědělo 331 dotazovaných, z nichž 254 lidí (76,7 %) uvedlo jako náplň sexuální asistence vzdělávání/seznamování se s vlastním tělem klienta a jeho sexualitou; 228 jedinců (68,9 %) si myslí, že sexuální asistence se zaměřuje na dopomoc k uskutečnění pohlavního styku mezi dvěma klienty; 161 respondentů (48,6 %) uvádí jako odpověď hlazení, objímání, doteky; 122 osob (36,9 %) se domnívá, že náplň služby je pohlavní styk mezi klientem/klientkou a asistentkou/asistentem a 38 dotazovaných (11,50 %) nemá představu, čím se sexuální asistence zabývá. (Graf 9)

Graf 9. Náplň sexuální asistence



Při zjišťování zájmu o získání více a přesnějších informací o sexuální asistenci jsme získali výsledek, který vypovídá o zájmu 165 dotazovaných osob (49,5 %) dozvědět se více informací, z tohoto počtu zaškrtnulo 109 jedinců (32,7 %) položku spíše ano a 56 osob (16,8 %) položku ano. Osob, které nemají zájem o více informací v této problematice, dotazník zaznamenal 116 (34,8 %), z nichž 75 osob (22,5 %) uvedlo odpověď spíše ne a 41 lidí (12,3 %) ne. Neutrální postoj k získávání nových poznatků o této oblasti zaujímá 52 jedinců (15,6 %). (Graf 10)

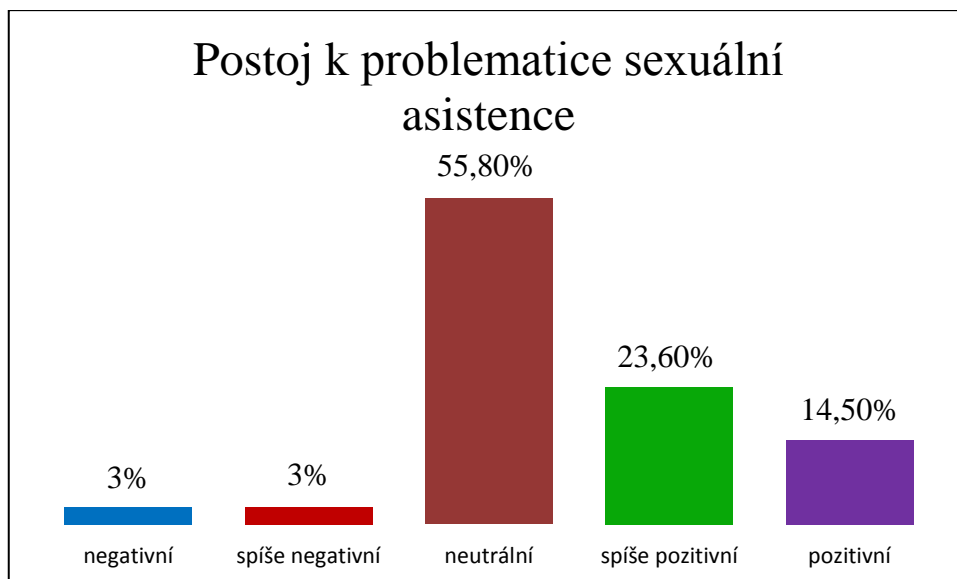
Graf 10. Zájem o osvětu v oblasti sexuální asistence



6.3 Postoje a názory respondentů k sexuální asistenci

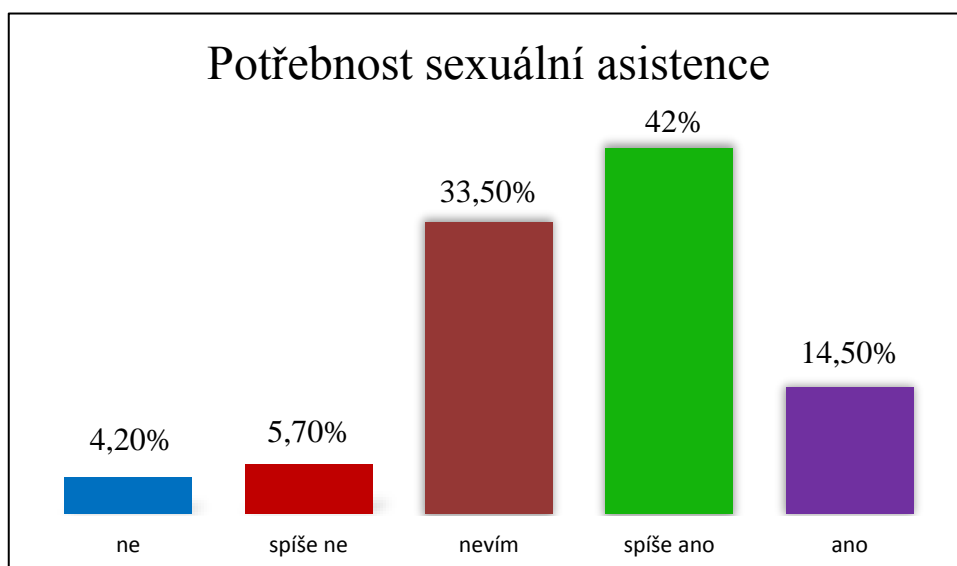
Na otázku zaujímání postoje k oblasti sexuální asistence odpovědělo 330 respondentů z celkových 333 dotazovaných osob. Nejvíce osob z intaktní společnosti (184 osob, tzn. 55,8 %) se přiklání k neutrálnímu postoji, tedy nezastává ani postoj negativní ani pozitivní. 126 mužů a žen (38,1 %) na problematiku nahlíží pozitivním směrem, 48 jedinců (14,50 %) se k problematice staví čistě pozitivně, zatímco 78 osob (23,6 %) spíše pozitivně. Sexuální asistenci chápe spíše negativně pouze 10 lidí (3 %) a vyloženě negativně taktéž pouze 10 jedinců (3 %) z daného souboru zúčastněných respondentů. (Graf 11)

Graf 11. Postoj intaktních jedinců k sexuální asistenci



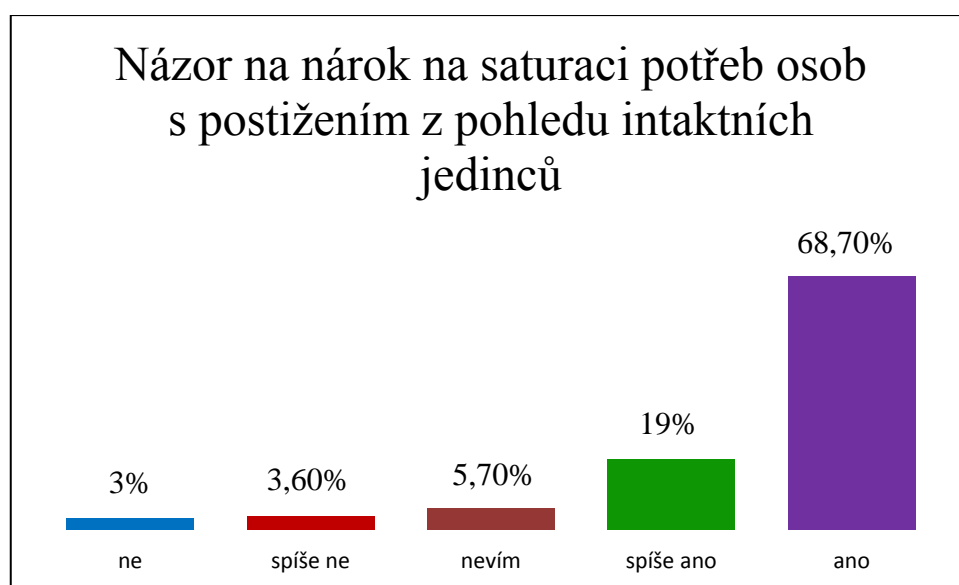
Graf 12. poukazuje na výsledky šetření v otázce potřeby sexuální asistence dle intaktní společnosti. Na danou položku odpovědělo 331 jedinců. 48 osob (42 %) považuje sexuální asistenci za potřebnou, 139 respondentů (42 %) za spíše potřebnou a 111 jedinců (33,5 %) nemá k této problematice vyhraněný postoj. Za nepotřebnou ji považuje 14 osob (4,2 %) a za spíše nepotřebnou 19 lidí (5,7 %).

Graf 12. Potřeba sexuální asistence z pohledu respondentů



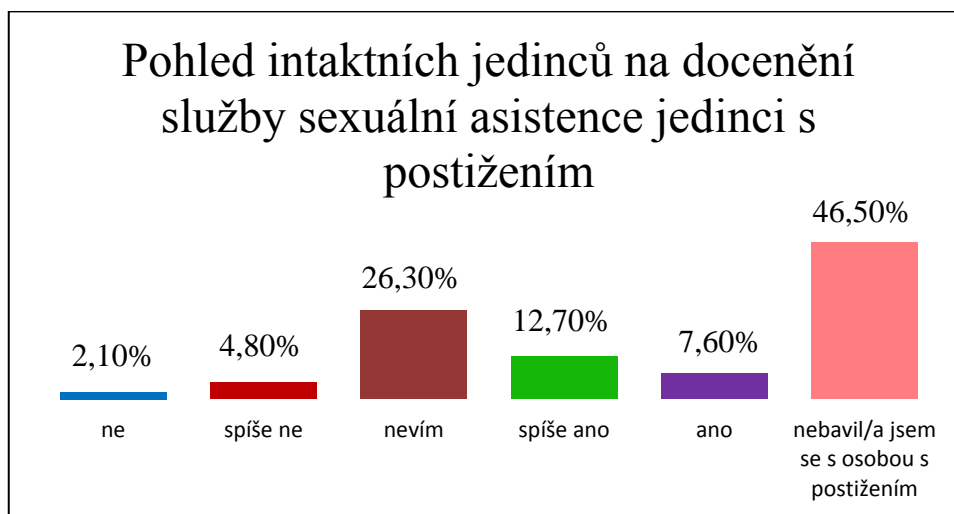
Z výzkumného vzorku 333 respondentů uvedlo svůj názor 332 respondentů, z nichž si 228 (68,7 %) myslí, že jedinci s postižením mají nárok na saturaci (uspokojení) sexuálních potřeb. K tomuto počtu můžeme přiřadit také skupinu 63 osob (19 %), která zaznamenala položku spíše ano. V porovnání s kladným pohledem na saturaci potřeb jedinců s postižením, si menšina (10 osob, tzn. 3 %) z výzkumného vzorku myslí, že lidé s postižením nemají nárok na saturaci sexuálních potřeb a 12 jedinců (3,6 %) zaujímá postoj „spíše nemají nárok“. Nad touto otázkou nikdy nepřemýšlelo nebo si k ní neujasnilo postoj 19 lidí (5,7 %). (Graf 13)

Graf 13. Nárok na saturaci sexuálních potřeb osob s postižením z pohledu respondentů



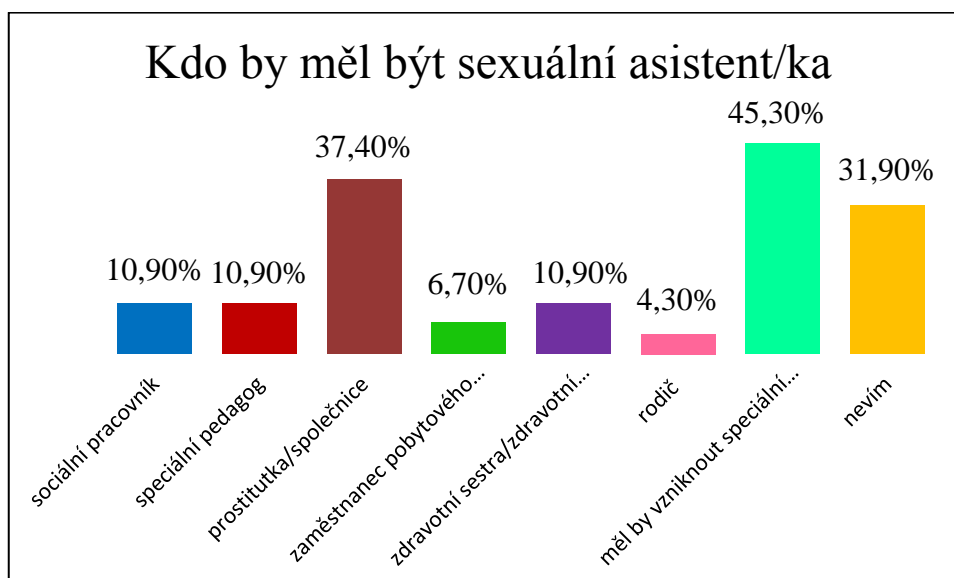
Z 331 nasbíraných odpovědí se 154 mužů a žen (46,5 %) rozličných věkových kategorií se s osobou se zdravotním postižením na téma sexuální asistence nikdy nebavilo. 87 jedinců (26,3 %) se s osobou s postižením o sexuálních potřebách bavilo, ale nejsou si jisti, zda by sexuální asistenci ocenili. Sexuální asistenci by jedinci s postižením spíše ocenili podle 42 osob (12,7 %), zatímco 25 lidí (7,6 %) si je jistých, že by tuto službu daná skupina uvítala. Na základě rozhovoru s jedincem s postižením 16 osob zaujímá názor, že by tito jedinci sexuální asistenci spíše neuvítali a 7 lidí uvádí, že by tato služba, u dané skupiny osob, nesklidila úspěch. (Graf 14)

Graf 14. Pohled respondentů (na základě rozhovoru) na ocenění sexuální asistence skupinou osob s postižením



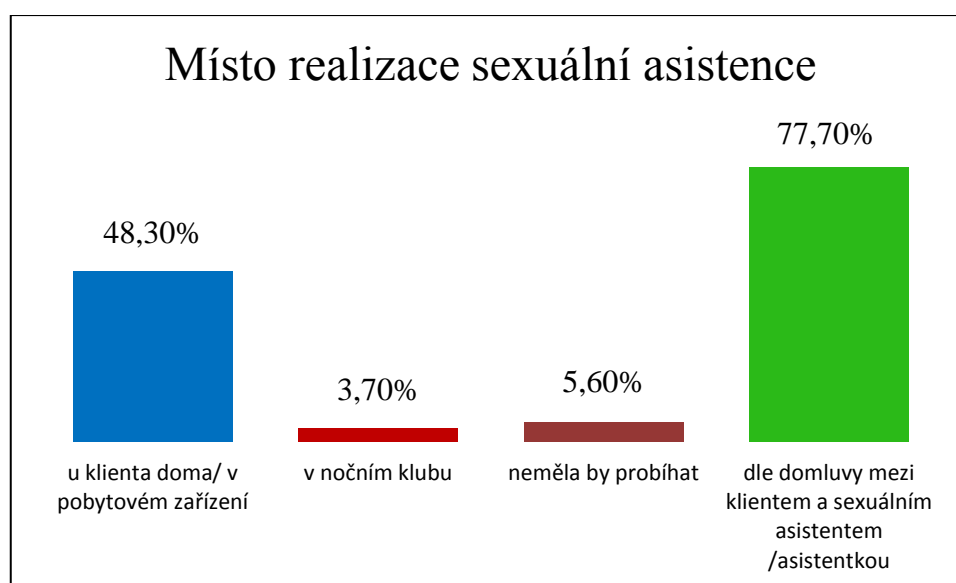
Z 329 respondentů uvádí 149 lidí (45,30 %), že by sexuální asistenci měl vykonávat speciálně vzdělaný člověk zaškolený přímo pro dané povolání. Poměrně velké množství respondentů (123 osob, tzn. 37,4 %) si také myslí, že prostitutka/společnice je vhodnou osobou pro výkon sexuální asistence. 105 jedinců (31,9 %) nemá představu o vhodné kvalifikaci pro výkon sexuální asistence. Sociální pracovník, speciální pedagog, zdravotní sestra či bratr je podle 36 lidí (10,9 %) dobrým vzděláním pro realizaci sexuální asistence. Zaměstnanec pobytového zařízení, ve kterém klient žije, byl pro vhodnost realizace této služby uveden ve 22 případech (6,7 %) a rodič pouze ve 14 případech (4,3 %). Bylo možné označit více možností odpovědí.

Graf 15. Kdo by měl vykonávat sexuální asistenci



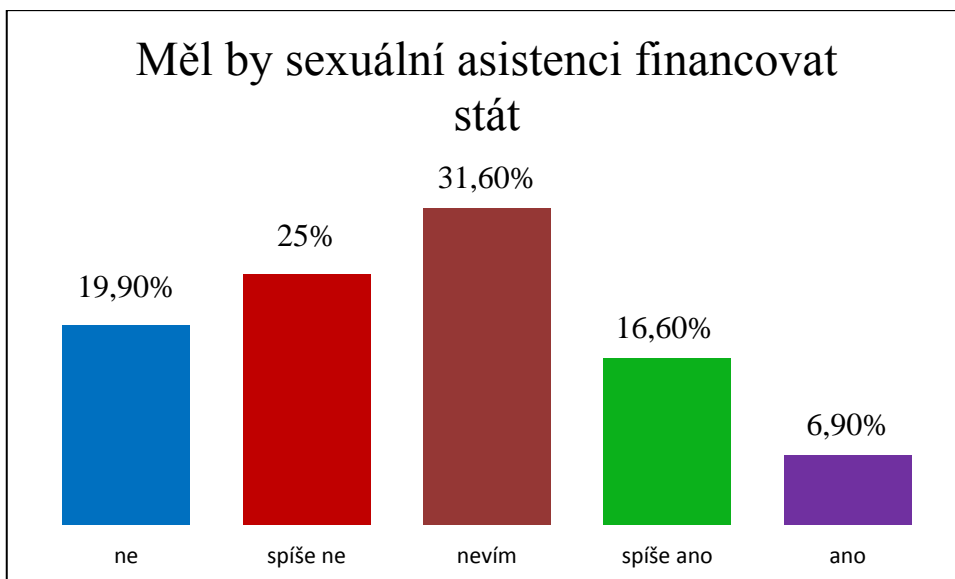
Následující graf (16) poukazuje na názor respondentů, kde by měla být sexuální asistence realizována. Na položku s možným výběrem více odpovědí reagovalo 323 respondentů. Nejvíce jedinců (251, tzn. 77,7 %) uznává za vhodné domluvit si místo realizace s klientem, tak aby se v prostředí cítil co nejlépe. Ve 156 případech (48,3 %) se respondenti domnívají, že vhodným místem pro průběh služby sexuální asistence je klientův domov (také pobytové zařízení). Negativní postoj, kdy by sexuální asistence neměla probíhat, byl zaznamenán u 18 jedinců (5,6 %). 12 lidí (3,7 %) shledává jako vhodné místo pro provoz služby noční klub.

Graf 16. Kde by měla realizace sexuální asistence dle respondenta probíhat



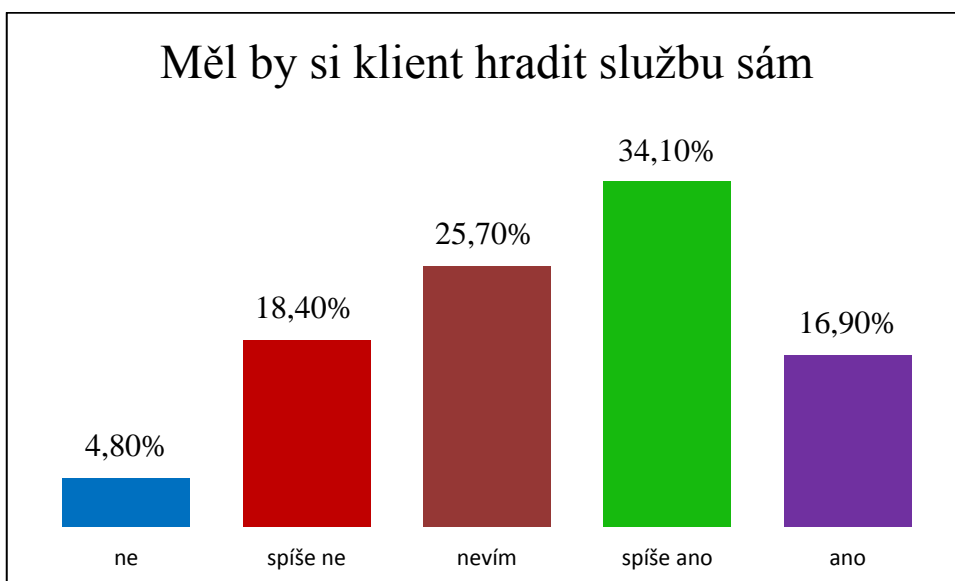
Položky s možností pouze jedné odpovědi se zúčastnilo 332 respondentů. Jasný názor na financování sexuální asistence státem nemá 105 osob (31,6 %) z výzkumného vzorku. Necelá polovina respondentů (celkem 149 osob, tzn. 44,9 %) se domnívá, že by sexuální asistence neměla být financována státem, přesněji 83 osob (25 %) říká, že by spíše neměla být financována státem a 66 jedinců (19,9 %) nechce, aby byla financována státem. Menšina, která souhlasí s financováním služby státem, se dělí na skupinu 55 jedinců (16,6 %) spíše souhlasících a 23 osob (6,9 %) určitě souhlasících s financováním sexuální asistence státem. (Graf 17)

Graf 17. Pohled respondenta na úhradu sexuální asistence státem



Úhradu za službu samotným klientem považuje za správné řešení 56 jedinců (16,9 %), jako téměř správnou volbu ji označilo 113 osob (34,1 %) z 331 respondentů. Co je správným neřešením úhrady sexuální asistence nedokáže říci 85 osob (25,7 %) z daného vzorku. Klient by si službu spíše neměl financovat zcela sám dle 61 jedinců (18,4 %) a 16 respondentů si myslí, že by úhrada klientem za službu byla nevhodná. (Graf 18)

Graf 18. Pohled respondenta na plnou úhradu sexuální asistence klientem



6.4 Ověření hypotéz

Na počátku šesté kapitoly, v podkapitole s názvem „Cíl a hypotézy“ uvádíme následující stanovené hypotézy:

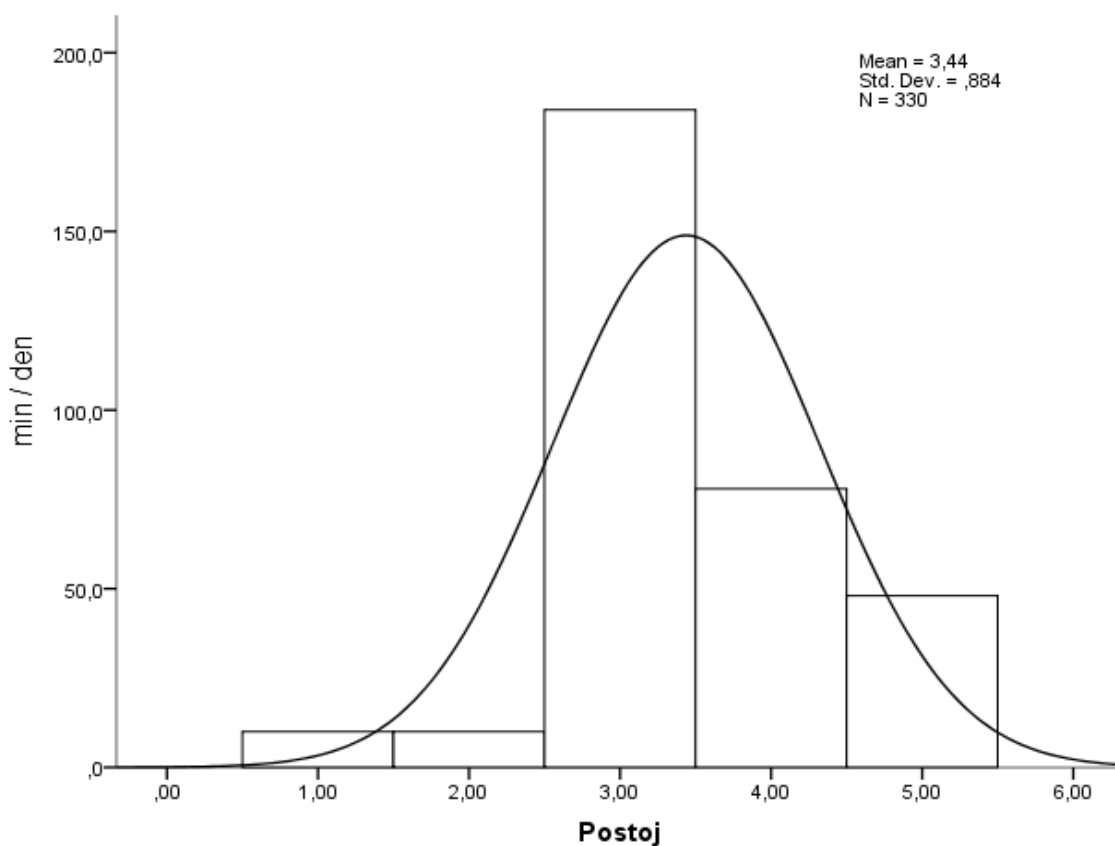
Hypotéza H1: Hraje pohlaví respondenta roli při zaujímání postoje k problematice sexuální asistence.

Hypotéza H2: Má vzdělání respondenta vliv na jeho postoj k problematice sexuální asistence.

Hypotéza H3: Je statisticky významná souvislost mezi věkem respondenta a jeho postojem k problematice sexuální asistence.

Prvním krokem, který jsme učinili před statistickým ověřováním hypotéz, bylo zjištění, zda budeme pracovat s parametrickými či neparametrickými daty. Data jsme zobrazili na následujícím histogramu. (Graf 19)

Graf 19. Histogram rozložení dat týkající se postoje k problematice sexuální asistence



Tento údaj je důležitý pro určení správného testu ke zjišťování souvislostí mezi jednotlivými proměnnými. K ověření, že se opravdu jedná o neparametrická data, jsme využili dva testy normality. Jedním z nich byl Shapiro-Wilk test, který nám odhalil, že se skutečně jedná o neparametrická data. Tento údaj nám potvrdil také druhý test normality, který se nazývá Kolmogorovův-Smirnovův test. Na základě výsledků dvou testů (Tabulka 1), můžeme konstatovat, že budeme pracovat s neparametrickými daty.

Tabulka 1. Výsledek Kolmogoro - Smirnova a Shapiro -Wilkova testu normality

	Kolmogorov-Smirnov.	Shapiro-Wilk	
	Sig.		Sig.
Postoj	,000		,000

Na základě Shapiro-Wilk a Kolmogoro-Smirn testů jsme došli k závěru, že pro ověření hypotéz použijeme neparametrických testů pracujících s neparametrickými daty. Hladinu statistické významnosti p jsme stanovili na hodnotu 0,05. Pokud hodnoty p nabydou menších hodnot než 0,05, znamená to, že se jedná o statisticky významný rozdíl mezi proměnnými. V opačném případě, kdy hodnota p bude větší než 0,05, můžeme konstatovat, že se nejedná o statisticky významný rozdíl mezi proměnnými.

Pro ověření **hypotézy H1**, kdy se snažíme zjistit, zda pohlaví respondenta hraje roli při zaujímání postoje k problematice sexuální asistence, jsme zvolili neparametrický Mann-Whitney test, používaný při práci se dvěma kategoriemi (v našem případě muži a ženy). V tabulce číslo 2 vidíme, že na položku týkající se postoje k sexuální asistenci odpovědělo 131 mužů a 199 žen, tedy celkem 330 respondentů.

Tabulka 2. Rozložení respondentů dle pohlaví

	Pohlaví	N
Postoj	Muž	131
	Žena	199
	Celkem	330

Tabulka číslo 3 uvádí výsledek Mann-Whitney testu. Zjistili jsme, že hodnota $p=0,009$, což znamená, že se jedná o statisticky významný rozdíl.

Tabulka 3. Hladina statistické významnosti p Mann-Whitney

	Postoj
Mann-Whitney U	11053,500
p	,009

Můžeme tedy konstatovat, že pohlaví respondenta hraje roli při zaujímání postoje k problematice sexuální asistence, tedy ženy a muži odpovídají rozdílně.

Hypotézu H2, která se ptá na statistickou souvislost mezi vzděláním respondenta a jeho vlivem na postoj k problematice sexuální asistence, jsme otestovali také pomocí Mann-Whitney testu, jelikož i zde se nám vykryštovali pouze dvě proměnné. Podíváme-li se na rozložení vzdělání v testovaném vzorku respondentů (viz. Graf 3), můžeme si povšimnout malého počtu osob ve skupině základního a středoškolského vzdělání s nástavbou (popř. vyššího odborného vzdělání), proto jsme tyto dvě skupiny sloučili dohromady a přidružili ke skupině odpovědí od respondentů se středoškolským vzděláním. Vznikly nám tak tedy dvě proměnné, středoškolské (zahrnuje také základní a středoškolské vzdělání s nástavbou či vyšší odborné vzdělání) a vysokoškolské vzdělání. V tabulce číslo 4 jsou uvedeny počty respondentů se středoškolským vzděláním (159) a vysokoškolským vzděláním (157). Celkový počet respondentů zahrnutých do šetření významnosti rozdílu proměnných: vzdělání a postoj k dané problematice, zahrnuje 316 osob.

Tabulka 4. Rozložení respondentů dle vzdělání

	Vzdělání	N
Postoj	ZŠ, ŠŠ, VOŠ	159
	VŠ	157
	Celkem	316

V následující tabulce (Tabulka č. 5) vidíme výslednou hodnotu p, jež se rovná 0,145, z čehož plyne, že vzdělání nemá statisticky významný vliv na zaujímání postoje k problematice sexuální asistence.

Tabulka 5. Hladina statistické významnosti p Mann-Whitney

	Postoj
Mann-Whitney U	11417,000
p	,145

Poslední **hypotézu H3** zaměřující se na statisticky významnou souvislost mezi věkem respondenta a jeho postojem k problematice sexuální asistence, budeme měřit pomocí Kruskal-Wallis testu. Mann-Whitney již není pro ověření hypotézy H3 dostačující, jelikož operuje pouze se dvěma proměnnými, zatímco při využití Kruskal-Wallis testu je možné operovat s třemi a více proměnnými. Kvůli nestejně rozložené skupině respondentů v jednotlivých skupinách (celkem 330) opět sloučíme některá věková rozmezí do jednoho. Po úpravě dostaneme tři proměnné (Tabulka č. 6), tedy skupiny respondentů do 20 ti let obsahující vzorek 33 jedinců; osoby 21-30 let, jež tvoří nejpočetnější skupinu dat v počtu 238 a jedince, kteří jsou starší 30 ti let v zastoupení 59 osob.

Tabulka 6. Rozložení respondentů dle věku

Věkové kategorie	N
Postoj <20	33
21-30	238
>30	59
Celkem	330

Pro zjištění statistické významnosti jsme spočítali hodnotu chí-kvadrát (Chi-Square), která nám vyšla 8,293. Níže uvedená tabulka (č. 7) poukazuje na hodnotu $p=0,016$. Můžeme tedy říci, že věk respondenta má statisticky významný vliv na postoj jedince k problematice sexuální asistence.

Tabulka 7. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p

	Postoj
Chi-Square	8,293
p	,016

Pro přesnější tvrzení statistické významnosti jsme provedli tři měření statistické souvislosti vždy mezi dvěma věkovými kategoriemi. Učinili jsme tak pomocí Kruskal-Wallis testu. Tabulka číslo 8 poměřuje statistickou významnost rozdílu mezi věkovou kategorií zahrnující 20 a méně let, obsahující 33 respondentů; kategorii jedinců ve věku 21-30 let (238) a jejich postoji na problematiku sexuální asistence. Celkový vzorek pro výpočet tvoří 271 respondentů.

Tabulka 8. Rozložení respondentů ve věkových kategoriích méně než 20 let a 21-30 let

	Věkové kategorie	N
Postoj	<20	33
	21-30	238
	Celkem	271

V tabulce číslo 9 nalezneme hodnotu p rovnou 0,009. Došli jsme tedy k závěru, že rozdíl mezi postojem jedince ze skupiny osob méně než 20 let a jedincem z výzkumného vzorku 21-30 let je signifikantně významný.

Tabulka 9. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p

	Postoj
Chi-Square	6,906
p	,009

Druhý test Kruskal-Wallis počítá s celkovým množstvím 330 respondentů. Zjišťuje rozdílnost v odpovědích mezi kategoriemi 21-30 let (238 osob) a více než 30let (59 osob) v pohledu na problematiku sexuální asistence (Tabulka č. 10).

Tabulka 10. Rozložení respondentů ve věkových kategoriích 21-30 let a více než 30 let

	Věkové kategorie	N
Postoj	21-30	238
	>30	59
	Celkem	297

Výsledná hodnota $p = 0,389$ (Tabulka č. 11) nám umožnila konstatovat, že rozdíl v postojích k problematice sexuální asistence mezi skupinami respondentů 21-30 let a více než 30 let není statisticky významný. V postojích jedinců těchto dvou skupin nenalezneme značný rozdíl.

Tabulka 11. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p

	Postoj
Chi-Square	,742
p	,389

Poslední měření dat Kruskal-Wallis testem obsahovalo vzorek 92 respondentů skládající se z 33 jedinců ve věkové kategorii méně než 20 let a 59 jedinců ve věku 30 a více let. Měření by mělo odhalit, zda lidé v těchto dvou věkových rozmezích zaujímají stejné či jiné postoje k problematice sexuální asistence. (Tabulka č. 12)

Tabulka 12. Rozložení respondentů ve věkových kategoriích méně než 20 let a více než 30 let

	Věkové kategorie	N
Postoj	<20	33
	>30	59
	Celkem	92

Pomocí vypočtené hodnoty $p = 0,007$ jsme došli k závěru, že rozdíl v postoji k problematice sexuální asistence mezi skupinou respondentů méně než 20 let a jedinci z kategorie více než 30let je statisticky významný. (Tabulka č. 13)

Tabulka 13. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p

	Postoj
Chi-Square	7,219
p	,007

7 Diskuze

Diplomová práce se zabývá tématem sexuální asistence osob se zdravotním postižením. V teoretické části jsme uvedly poznatky Kelloga (1888), který pojednává o dříve tabuizovaném tématu sexuality osob se zdravotním postižením. Avšak nalezneme také historická období, ve kterých sexualita nebyla pouze oblastí, o které se nemluvalo, příkladem může být text „Kámásútra“ vzniklý okolo prvního tisíciletí, pojednávající o vztazích, rodinném životě, lásce a sexuálních polohách. V 18. století docházelo k trestání projevů sexuality (především u dětí= nesexuální bytosti). Na tyto projevy bylo nahlíženo jako na patologii (negativní pohled). Ve srovnání s výsledky našeho výzkumu, můžeme konstatovat, že dnešní společnost nahlíží na sexualitu lidí s postižením spíše pozitivně, popřípadě zaujímá neutrální postoj (ani pozitivní, ani negativní). Příčinu změny postoje k oblasti sexuality bychom mohli spatřovat v modernizaci doby, tedy ve snadnějším přístupu k informacím, větší otevřenosti doby ke všem tématům, uvolněnosti hranic normality (např. homosexualita je již považována za normální), ve změně přístupu k osobám se zdravotním postižením. Výsledky našeho realizovaného šetření se shodují s fakty uvedenými Kellogem (1888) v teoretické části, která uvádí, že od počátku 20. století začala být sexualita brána jako přirozená součást jedince. Zpracované výsledky dotazníkového šetření potvrzují, že pohled intaktní společnosti na oblast sexuality jedinců se zdravotním postižením se zlepšuje a postoje většinové společnosti se ubírají pozitivním směrem. Potvrdilo se nám také to, že i v dnešní době se stále ještě mohou lidé se zdravotním postižením setkávat s odporem, negativním postojem ze strany společnosti k jejich sexuálnímu životu. Oproti švýcarskému lékaři Samueli Tissotovi (18. století) a Johnu Kellogovi (19. století), jež se domnívali, že masturbace je škodlivá a způsobuje mnohé vážné problémy (oslabení rozumových schopností, paměti, bolesti hlavy, neplodnost), dokonce byla považována za katastrofu vážnější než některé smrtelné epidemie, proto se zasazovali o její zabránění a léčbu, poněkud drastickými způsoby. Dle Thorové a Jůna (2012) již dnešní společnost na masturbaci nepohlíží jako na zhoubnou „nemoc“, ale považuje ji za způsob uvolnění sexuálního napětí, sexuální energie. Důležitou roli hraje především u osob, u nichž je sexuální uspokojení obtížněji dosažitelné. Tento pohled je patrný také z výsledků šetření uvedených respondenty. Více než polovina dotazovaných uvedla, že sexuální asistence, která má sloužit k práci se sexualitou (tedy i sexuální energií) jedinců se zdravotním postižením, je spíše potřebnou záležitostí a její součástí by měla být kromě jiného také

práce s masturbací. Velká část jedinců si nebyla jistá, jaký názor na potřebnost sexuální asistence, tedy na poznávání sexuality osob s postižením (včetně tématu masturbace) zastává. Bylo by vhodné této skupině „nerozhodných“ respondentů poskytnout více informací o daném tématu, na základě nichž by si utvořili jasnější postoj.

Za důležitou součástí náhradní partnerské terapie (u nás rozumějme sexuální terapie) považuje Apfelbaum (1977) práci s vlastním tělem a dotyky. Zaměříme-li se na výsledky našeho šetření, zjistíme, že intaktní společnost uvádí stejný názor na obsah sexuální asistence jako Apfelbaum, kdy se domnívá, že práce s vlastním tělem (včetně jeho poznávání, dotyků, hlazení, objímání) je nejdůležitějším bodem sexuální asistence. Shodují se v názoru na službu sexuální asistence, která by neměla sloužit pouze jako uspokojení sexuální touhy v podobě pohlavního styku, ale měla by mít také funkci vzdělávací.

Na základě teoretické základny doktorky Veselé (1982) jsme se dozvěděli, že sexualita osob se zdravotním postižením je často opředena mýty, mylnými informacemi či jejich nedostatkem. Snahy o zlepšení informací v oblasti sexuality se objevovaly již před rokem 1989. Například doktorka Jitka Veselá uskutečnila projekt zabývající se sexualitou, partnerstvím a následným rodičovstvím lidí s postižením. Odborníci se shodovali na panujícím nedostatku informací v oblasti sexuality a sexuálního chování a byli si vědomi potřeby osvěty v antikoncepčních metodách a tématu sexuality této skupiny osob. V porovnání se zmíněnou dobou před rokem 1989 se dnešní společnost v množství informací posunula vpřed, avšak z našeho výzkumu vyplývá, že poskytování informací stále není dostačující a intaktní společnost by uvítala větší míru osvětové činnosti v oblasti sexuality jedinců se zdravotním postižením a sexuální asistence. Bylo by velkou škodou, kdyby i ve 21. století zůstala tato žádost o více informací v pozadí a nebyly učiněny kroky vedoucí k pozitivnějšímu postoji intaktní společnosti k této oblasti, stejně tak jako se tomu dělo před rokem 1989.

Výsledky námi provedeného šetření se z poloviny shodují se závěry výzkumu Cuskellyové (in Mandzáková, 2013), která zjistila, že vzdělání a věk hrají významnou roli v otázce postoje k sexualitě jedinců se zdravotním postižením. Podle Cuskellyové na sexualitu dané skupiny osob nahlíží negativněji starší generace a lidé s nižším vzděláním. Námi realizovaný výzkum souhlasí s tvrzením, že věk je významným faktorem majícím vliv na postoj k sexualitě lidí se zdravotním postižením. Dáváme za pravdu výsledkům výzkumu Cuskellyové a konstatujeme, že starší generace mívají odlišný postoj k dané problematice. Při porovnání výsledků výzkumu proměnné vzdělání,

nelze souhlasit s názorem Cuskellyové, že výše dosaženého vzdělání je podstatná pro postoj k sexualitě osob s postižením. Výsledky našeho šetření neukazují statisticky významný rozdíl v postoji respondentů s nižším či vyšším vzděláním, tedy vzdělání nehraje významnou roli v postoji k sexualitě osob se zdravotním postižením.

Mezi limity práce řadíme nerovnoměrné rozložení vzorku respondentů dle věku, kdy se mnoho dotazovaných nacházelo ve věkové skupině 21-30 let. Nerovnoměrné rozložení respondentů s převahou jedinců mezi 21-30 roky mohlo být způsobeno samotným věkem výzkumníka, tedy snadnější dostupností dotazníku mezi jedince tohoto věkového spektra. Další příčinou mohl být způsob distribuce vytvořeného dotazníku, jež probíhala přes internet, ke kterému starší generace nemusí mít vždy přístup. Nerovnoměrné rozložení se projevilo také u vzdělání, kdy převážnou většinu dotazovaných osob tvořili jedinci s vysokoškolským vzděláním. Při vyhodnocování výsledků výzkumu se řešením stalo spojení více kategorií vzdělání dohromady, kdy jedna skupina byla utvořena z respondentů se základním, středoškolským, středoškolským s nástavbou, vyšším odborným vzděláním a druhá se skládala z osob s vysokoškolským vzděláním, čímž bylo zajištěno téměř stejné zastoupení v obou skupinách. Pokud bychom výzkum realizovali znovu, zaměřili bychom větší pozornost na rovnoměrné rozložení ve všech třech základních kategoriích spojených s respondentem (tedy pohlaví, věk, vzdělání).

7.1 Doporučení pro praxi

Na základě zrealizovaného výzkumu jsme došli k závěru, že by bylo více než vhodné věnovat pozornost osvětové činnosti v oblasti sexuální asistence a sexuality jedinců se zdravotním postižením. Obeznamení se se sexuální asistencí by mohlo změnit pohled nejednoho člověka na sexualitu osob se zdravotním postižením, čímž by bylo možné učinit další z významných kroků směřujících k odstranění pevně zakořeněných předsudků a podpořit tak společnost v rozvoji sexuální asistence. Jako vhodná forma osvěty se nám jeví především setkávání, diskuze, přednášky, dokumenty o sexualitě a sexuální asistenci jedinců se zdravotním postižením, kterých by se účastnili zástupci z řad odborníků (nejlépe lékařů, sociálních pracovníků či sexuologů), pracovníků vykonávajících sexuální asistenci a klientů zmíněné služby. Výše uvedené možnosti realizace osvětové činnosti by mohly sehrát významnou roli při zvýšení povědomí, informovanosti, a tedy i při formování postoje většinové společnosti v této oblasti. Pro některé jedince by takovéto

prezentování daného tématu mohlo být prvním kontaktem s problematikou sexuality osob se zdravotním postižením a službou sexuální asistence.

Shrneme-li představu intaktní společnosti o službě sexuální asistence plynoucí z výsledků realizovaného výzkumu v Olomouckém kraji, lze říci, že většinová společnost považuje sexuální asistenci za spíše potřebnou službou, která je určena především jedincům s mentálním a tělesným postižením. O daném pojmu většina respondentů již slyšela, nejčastěji prostřednictvím internetu, avšak hloubku a správnost informací souvisejících se sexuální asistencí neznáme. Pro výkon pozice sexuální asistentky by byl vhodný vznik oboru zaměřujícího se přímo na specifika daného povolání. Zde je důležité zmínit, že dle informací organizace „Rozkoš bez rizika“ (2015) vzdělávání sexuálních asistentek v České republice probíhá již od roku 2015. Dle výše zmíněné organizace „Rozkoš bez rizika“ (2015) je žádoucím jevem rozšíření pracovníků vykonávajících sexuální asistenci také o mužské pohlaví, tedy sexuálních asistentů, kteří se v současné době v České republice zatím nevyskytují. Místo pro realizaci sexuální asistence by mělo být pro klienta příjemné a bezpečné, proto se zdá být, dle výsledků šetření, nejvhodnějším řešením určení místa průběhu služby dohoda mezi klientem a sexuální asistentkou (pravděpodobně domácí prostředí). Dle výsledků našeho výzkumu zaujímá intaktní společnost k financování služby sexuální asistence nejednoznačný postoj, ze kterého se zdá, že nesouhlasí s celkovou dotací služby ze státního rozpočtu, ale spíše se přiklání k úhradě služby samotným klientem či alespoň jeho finanční spoluúčastí. V současné době (v našich poměrech) si dle informací serveru „Žiju s handicapem“ (2016), klient hradí službu zcela sám. Představa intaktní společnosti o náplni sexuální asistence se na základě výsledků našeho šetření zdá být poměrně odpovídající skutečnému zaměření služby. Postoj společnosti k sexuální asistenci se po vyhodnocení výsledků našeho výzkumu jeví jako převážně neutrální až pozitivní, avšak zájem o získání více informací v této oblasti by bylo potřeba podpořit.

Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na sexualitu osob se zdravotním postižením a službu sexuální asistence. Na základě teoretických poznatků uvedených v této práci, lze konstatovat, že informovanost a postoje intaktní společnosti k problematice zabývající se sexuální asistencí se ubírají stále pozitivnějším směrem, přesto se však celková znalost problematiky nezdá být dostačující. Z toho důvodu jsme uskutečnili výzkum, jež zkoumal povědomí a postoj intaktní společnosti z Olomouckého kraje k problematice sexuální asistence. Mnozí jedinci se zdravotním postižením musejí každodenně čelit pozůstatkům silně zakořeněných předsudků spojených s jejich postižením. Intaktní společnost tvoří jednu ze složek ovlivňující kvalitu života jedinců se zdravotním postižením. Odmítavý, negativní postoj k této skupině osob nepodněcuje vznik organizací zabývajících se podporou v dané oblasti a ani stát v takovém případě nepovažuje za potřebné vyvíjet podpůrnou aktivitu v oblasti sexuální asistence. V opačném případě můžeme vidět utváření vhodných podmínek pro vznik organizací zastávajících práva jedinců s postižením (mezi něž patří právo na partnerství, mateřství, rodičovství a sexuální život), podporu ze strany státu (legislativní, finanční) a také osvětovou činnost široké veřejnosti (realizovanou převážně organizacemi či státem). Považujeme tedy za vhodné, aby intaktní společnost dokázala na sexualitu jedinců se zdravotním postižením nahlížet nejednostranně a vnímala ji jako normální součást života této skupiny lidí (stejně tak jako u jedinců bez postižení). Díky trendu inkluze se téměř každý (od mladého člověka až po starší jedince) může setkat s osobou se zdravotním postižením (ve škole, v práci, ...), tedy i s projevy jejich sexuality. Proto je žádoucí vytvoření pozitivního postoje, který bude jedince s postižením vnímat jako plnohodnotnou osobu se všemi právy (včetně práva na sexualitu) a povinnostmi. Podíváme-li se na předloženou práci z tohoto hlediska, můžeme v ní spatřovat nemalý význam, jelikož monitoruje, představuje a uvádí postoje intaktních jedinců k sexualitě a sexuální asistenci osob se zdravotním postižením.

Výzkum byl zaměřen na povědomí a informovanost intaktní společnosti o problematice sexuality a sexuální asistence. Zúčastnilo se jej 333 osob, z nichž převážná většina o pojmu "sexuální asistence" slyšela, avšak nepovažujeme za zanedbatelné poměrně velké procento respondentů (tvořící necelou třetinu), kteří o pojmu neslyšeli. Mnoho jedinců uvádějících, že o pojmu sexuální asistence již slyšelo, může zmíněné slovní spojení znát pouze povrchově bez hlubšího významu nebo si jej mylně vykládat.

Z výsledku výzkumu je patrné, že nejvíce intaktních jedinců se domnívá, že sexuální asistence je vhodnou službou především pro osoby s mentálním a tělesným postižením, což se shoduje s teoretickou základnou práce. V několika případech za možnou klientelu respondenti uvedli také osoby bez postižení, což připisujeme nedostatku informací, mylné představě o sexuální asistenci nebo subjektivnímu přání intaktního jedince, který by ocenil, aby službu mohli využívat také jedinci bez postižení. Osoby bez postižení se z velké části domnívají, že jedinci se zdravotním postižením mají nárok na saturaci sexuálních potřeb, což se shoduje s teoretickou částí.

Více než polovina dotazovaných má ve svém okolí jedince se zdravotním postižením, ale nedošlo mezi nimi buď k žádnému rozhovoru, nebo ne na téma sexuálních potřeb (bavili se o jiném tématu). Sexualita je obecně téma, které se řeší spíše v bližším vztahu, pokud se jedná o tak specifickou oblast, kterou sexualita jedinců se zdravotním postižením bezesporu je, nelze se udivovat nad velkým množstvím lidí, jež neměli odvahu či nebyli natolik zvědaví, aby se o zmíněném tématu s jedincem se zdravotním postižením bavili. Jako možná náhrada rozhovoru mezi dvěma jedinci by mohl posloužit dokument zabývající se tímto tématem. Samozřejmě dokumenty na zmiňované téma, byly již natočeny, například v našem prostředí dokument „Miluj mě, jestli to dokážeš“, který je volně přístupný pro laickou veřejnost. Tento dokumentární film byl v mnoha případech doplněn o diskuzi se sexuální asistentkou, která absolvovala školení organizace „Rozkoš bez rizika“, v čemž sledáváme velký význam pro změnu postojů k sexualitě jedinců s postižením. Do praxe by mohlo být řešením vytvoření přednášek seznamujících s obsahem, klientelou, fungováním, účelem, posláním sexuální asistence, které by byly prezentovány sexuální asistentkou, klientem se zkušeností s touto službou. Celý blok by byl v ideálním případě doplněn o dokumentární film na téma sexuality a sexuální asistence prezentován studentům nebo v rámci filmových projekcí a festivalů. Necelá polovina respondentů v dotazníku uvedla zájem o zlepšení a prohloubení svých znalostí o sexuální asistenci, avšak 34 % dotazovaných je spokojena se svojí znalostí o daném tématu a nemá zájem se v něm více vzdělávat. Tento nezájem mohlo ovlivnit několik faktorů. Jedním z možných aspektů mohl být nezájem intaktního jedince o osoby s postižením, přítomnost jedince s postižením v blízkém okolí či přímo jeho zamítavý postoj k sexualitě této skupiny osob. Dalším možným faktorem, který ovlivnil odpověď respondenta, se mohl stát dostatek informací o dané oblasti. Výše zmíněné přednášky či workshopy by korespondovaly s požadavkem dozvědět se více o sexuální asistenci. Variantou by mohlo být také to, že

jedinci, kteří uvedli nejasnou odpověď „nevím“ nevědí co si pod pojmem sexuální asistence představit. Navrhované přednášky by pro některé jedince mohli sloužit jako takzvaný první kontakt s problematikou.

Postoj intaktních jedinců z Olomouckého kraje je k problematice sexuální asistence dle výsledků našeho výzkumu převážně neutrální, což může ovlivňovat pomalejší rozvoj této problematiky. Většinová společnost k problematice nevytváří jasný postoj, na stát pak není vyvíjen dostatečný tlak na rozvoj této oblasti ani absence nadměrné poptávky po rozšíření této služby nemotivuje vznik nových organizací zaměřených na prosazování sexuální asistence. Vyloženě negativní postoj uvedlo pouze malé procento dotazovaných, zatímco téměř třetina respondentů uvedla spíše pozitivní postoj a více než polovina dotazovaných osob si myslí, že je sexuální asistence potřebná, což by mohlo sloužit v případě silnějšího prosazování tohoto kladného zaměření, jako dobrý stavební kámen pro rychlejší rozvoj této sféry.

Odpovědi respondentů na místo, ve kterém by měla být sexuální asistence realizována, byly rozličné. Je patrná velká benevolence a nejvhodnějším řešením se zdá být domluva mezi klientem a asistentkou. Prostředí by mělo být především pro klienta co nejpříjemnější a měl by se v něm cítit bezpečně. Zde by bylo zajímavé v rámci dalšího rozšíření práce, zaměřit se také na názor klientů využívajících službu sexuální asistence a samotných pracovníků.

Otázka financování sexuální asistence je nelehkým tématem k diskuzi. Momentální situace nezahrnuje finanční příspěvek státu na danou službu, klient si sexuální asistenci hradí zcela sám. Stojíme na miskách vah, jelikož dotování této služby státem by mohlo vzbudit značný rozruch a nesouhlas většinové společnosti. Zajisté bychom se setkali s (nesprávnými) názory, vybudovanými opět na nedostatku informací, že se jedná v podstatě o dotovanou prostituci. Proto si myslíme, že správným řešením není plné financování služby, nicméně menší finanční podíl státu na službě by byl, v závislosti na posouzení sexuologa, žádoucí.

Seznam použité literatury

APFELBAUM, B. 1997. *The Myth of the Surrogate*. The Journal of Sex Research. Vol. 13, No 4. (Nov., 1997), pp. 238-249.

ARONI, R.; KEREN, O.; KATZ, S. 2007. *Sex Therapy Surrogate Partners for Individuals with Very Limited Functional Ability Following Traumatic Brain Injury*. Sex & Disability 25: 125 (2007).

ČÁP, J. 1993. *Psychologie výchovy a vyučování*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova. 415 s. ISBN 80-7066-534-3.

DISMAN, M. 2006. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

DIVIŠOVÁ, J. 2009. *Postoje personálu pracujícího s osobami s MP vůči sexualitě-srovnání s Australským modelem. Sexualita mentálně postižených II. Sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o.s. ORFEUS*. Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS. s. 92-97.

FRANIOK, P. 2008. *Vzdělávání osob s MP*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 142 s. ISBN 978-80-7368-622-2.

GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 2. Brno: Paido. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HRDÁ, J. 2006. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. Praha: APZP.

- HRDÁ, J. 2001. *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro asistenty*. Praha: POV.
- JANIŠ, K.; MARKOVÁ, D. 2007. *Příspěvek k základům sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- JEŘÁBKOVÁ, K.; A KOL. 2013. *Úvod do speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého-pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-3731-6.
- KEMPTON, W. 1998. *Socialization And Sexuality: A Comprehensive Training Guide For Professionals Helping People With Disabilities That Hinder Learning*. Syracuse, NY, Program Development Association.
- KELLOG, J. H. 1881. *Treatment for Self-Abuse and Its Effects. Plain Facts for Old and Young*. Burlington, Iowa: F. Segner & Co. Plain Facts for Old and Young (1881 edition); dostupné: <http://www.gutenberg.org/files/19924/19924-h/19924-h.html>.
- PAVLŮ, D. 1995. *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů*. Vyd. 1. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK a Společnost pro ucelenou rehabilitaci zdrav. Postižených.
- KOZÁKOVÁ, Z. 2005. *Výchova k bezpečnosti a sexuální výchova osob s MP. Domácí násilí a zdravotně postižení. Sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: HB Print.
- KOZÁKOVÁ, Z., 2013. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1., Olomouc: Univerzita Palackého. 121 s. ISBN 978-80-244-3680-7.
- KRACÍK, J. 1992. *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Univerzita Karlova. 115 s. ISBN 80-7066-626-9 (brož.).
- MÁNDZÁKOVÁ, S. 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

MITLÖHNER, M. 2004. *Právní problematika sexuality mentálně postižených osob. Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference.* Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS.

MORGAN- JONES, R. 2001. *Hearing differently: the impact od hearing impairment on family life.* London: Whurr Publishers. ISBN 1861561776.

POPPER, M. 2002. *Špecifiká sexuálnej výchovy u mentálne postihnutých osob.* Informácie ZPMP v SROV. Roč. 19, č. 52. ISBN 1335-8197.

POTMĚŠILOVÁ, P.; A KOL. 2013. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy.* Vyd. 1. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-179-1.

PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník.* Praha: Portál. 324 s. ISBN 978-80-7367-416-8.

PUNCH, F. K. 2008. *Základy kvantitativního šetření.* Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

SKUTIL, M.; A KOL. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství.* Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

ROZINAJOVÁ, H., 1980. *Sex, manželství, rodičovstvo.* Martin: Osveta.

SCHINDLEROVÁ, O. 2007. *Na ruce si nevidím: praktické dovednosti pro život se zrakovým postižením.* Vyd 1. Praha: Okamžik. 230 s. ISBN 80-86932-10-9.

Slovník cizích slov. 1985. Praha, SPN.

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika.* Vyd. 1. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3

SVOBODA, P. 2012. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu.* Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého. 123 s. ISBN 978-80-244-3068-3.

ŠULOVÁ, L.; FAIT, T.; WEISS, P.; A KOL. 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Vyd. 1. Praha: Maxdorf. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace*. Vyd. 4. Praha: Portál. 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, K.; JŮN, H. 2012. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Vyd. 1. Praha: APLA Praha.

UZEL, R.; MITLÖHNER, M. 2007. *Vybrané otázky lidské sexuality*. Hradec Králové: Gaudemus.

UZLOVÁ, I. 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál. 135 s. ISBN 978-80-7367-764-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychologie handicapu*. Vyd 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. rozš. a přepr. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VESELÁ, J. 1982. *Výchova k rodičovství pro zdravotně postižené- 2. etapa-Připravenost zdravotně postižené mládeže na partnerský život a rodičovskou funkci*. Praha: ČS. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí Bratislava, pracoviště Praha.

ZVĚŘINA, J. 1992. *Lékařská sexuologie*. Praha, Pharma. 230 s. ISBN 80-85467-04-6.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

Internetové zdroje

INTERNATIONAL PROFESSIONAL SURROGATES ASSOCIATION. 2018. *Statement of Purpose and Mission* [online]. IPSA, [cit. 8.3.2018]. Dostupné z: <http://www.surrogatetherapy.org/>

UNITED NATIONS. 2015. *Všeobecná deklaráce lidských práv* [online]. United nations, [cit. 12.1.2018]. Dostupné z: http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/12/UDHR_2015_11x11_CZ2.pdf

VOZIČKÁŘSKÉ NOVINY.CZ. 2014a. *Sexuální asistence v Holandsku* [online]. Vozíčkářské noviny, [cit. 6.3.2018]. Dostupné z: <https://vozickarskenoviny.cz/clanek/sexualni-asistence-v-holandsku/>

VOZIČKÁŘSKÉ NOVINY.CZ. 2014b. *Sexuální asistence v Rakousku* [online]. Vozíčkářské noviny, [cit. 8.3.2018]. Dostupné z: <https://vozickarskenoviny.cz/clanek/sexualni-asistence-v-rakousku/>

VOZIČKÁŘSKÉ NOVINY.CZ. 2015. *Svět specifických zážitků* [online]. Vozíčkářské noviny, [cit. 7.3.2018]. Dostupné z: <https://vozickarskenoviny.cz/clanek/svet-specificky-zazitku/>

VOZIČKÁŘSKÉ NOVINY.CZ. 2018. *Sexuální asistence v Německu* [online]. Vozíčkářské noviny, [cit. 6.3.2018]. Dostupné z: <https://vozickarskenoviny.cz/clanek/sexualni-asistence-v-nemecku/>

ZAHRADNÍKOVÁ, Z. 2015. *Návštěva R-R ve švýcarském institutu sexuálního doprovázení-InSeBe* [online]. Rozkoš bez rizika, [cit. 8.3.2018]. Dostupné z: <http://www.rozkosbezrizika.cz/navsteva-r-r-ve-svycarskem-institutu-sexualniho-doprovazeni-insebe>

ŽIJU S HANDICAPEM.CZ. 2016. *Zjistili jsme pro Vás* [online]. Žiju s handicapem, [cit. 5.1.2018]. Dostupné z: <https://www.zijushandicapem.cz/clanky/spolecne-zajmy/zjistili-j sme-pro-vas-sexualni-asistence.html>

Seznam grafů

Graf 1. Zastoupení pohlaví ve sledovaném vzorku respondentů	59
Graf 2. Věk respondentů	60
Graf 3. Vzdělání respondentů	61
Graf 4. Znalost pojmu sexuální asistence	61
Graf 5. Možnosti doslechu o pojmu sexuální asistence	62
Graf 6. Klientela sexuální asistence z pohledu intaktních jedinců	63
Graf 7. Výskyt osob s postižením v okolí respondentů	63
Graf 8. Rozhovor na téma sexuálních potřeb mezi jedincem s postižením a bez postižení.....	64
Graf 9. Náplň sexuální asistence	64
Graf 10. Zájem o osvětu v oblasti sexuální asistence	65
Graf 11. Postoj intaktních jedinců k sexuální asistenci	66
Graf 12. Potřeba sexuální asistence z pohledu respondentů	66
Graf 13. Nárok na saturaci sexuálních potřeb osob s postižením z pohledu respondentů.....	67
Graf 14. Pohled respondentů (na základě rozhovoru) na ocenění sexuální asistence skupinou osob s postižením	68
Graf 15. Kdo by měl vykonávat sexuální asistenci	68
Graf 16. Kde by měla realizace sexuální asistence dle respondenta probíhat	69
Graf 17. Pohled respondenta na úhradu sexuální asistence státem	70
Graf 18. Pohled respondenta na plnou úhradu sexuální asistence klientem	70
Graf 19. Histogram rozložení dat týkající se postoje k problematice sexuální asistence.....	71

Seznam tabulek

Tabulka 1. Výsledek Kolmogoro - Smirnova a Shapiro - Wilkova testu normality.....	72
Tabulka 2. Rozložení respondentů dle pohlaví	72
Tabulka 3. Hladina statistické významnosti p Mann-Whitney	73
Tabulka 4. Rozložení respondentů dle vzdělání	73
Tabulka 5. Hladina statistické významnosti p Mann-Whitney	74
Tabulka 6. Rozložení respondentů dle věku	74
Tabulka 7. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p	74
Tabulka 8. Rozložení respondentů ve věkových kategoriích méně než 20 let a 21-30 let.....	75
Tabulka 9. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p	75
Tabulka 10. Rozložení respondentů ve věkových kategoriích 21-30 let a více než 30 let.....	75
Tabulka 11. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p	76
Tabulka 12. Rozložení respondentů ve věkových kategoriích méně než 20 let a více než 30 let.....	76
Tabulka 13. Hodnota chi-square a hladina statistické významnosti p	76

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Fotografie pomůcky usnadňující sexuální aktivitu osobám s tělesným postižením

Příloha č. 2 - Plné znění vytvořeného dotazníku

Příloha č. 1- Fotografie pomůcky usnadňující sexuální aktivitu osobám s tělesným postižením



Příloha č. 2- Plné znění vytvořeného dotazníku

Povědomí a postoje intaktní společnosti k problematice sexuální asistence

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

- a) 15-20
- b) 21-30
- c) 31-40
- d) 41-50
- e) více než 50

3. Vzdělání (nejvyšší dokončené):

- a) základní
- b) středoškolské
- c) středoškolské (s nástavbou), vyšší odborné
- d) vysokoškolské

4. Slyšeli jste už někdy pojem sexuální asistence?

- a) ano
- b) ne

5. Kde/ od koho jste o sexuální asistenci slyšeli?

- a) rádio, televize, tisk
- b) internet
- c) od známého, kamaráda, kolegy
- d) ve škole, v práci
- e) neslyšel jsem o ni

je Váš postoj k této problematice?

- a) negativní
- b) spíše negativní
- c) neutrální
- d) spíše pozitivní
- e) pozitivní

7. Myslíte si, že sexuální asistence je potřebná?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) nevím
- d) spíše ano
- e) ano

8. Kdo je klientem sexuální asistence? (lze zaškrtnout i více možností)

- a) osoby s mentálním postižením
- b) osoby s omezením hybnosti
- c) osoby se zrakovým postižením
- d) osoby se sluchovým postižením
- e) osoby s poruchami chování
- f) osoby bez postižení

9. Mají podle Vás osoby se zdravotním postižením nárok na saturaci (uspokojení) sexuálních potřeb?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) nevím
- d) spíše ano
- e) ano

10. Znáte ve svém okolí osobu se zdravotním postižením?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Bavil/a jste se s ním/ní někdy o jeho /jejich sexuálních potřebách?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Domníváte se (na základě rozhovoru s osobou se zdravotním postižením), že by tyto osoby sexuální asistenci ocenily?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) nevím
- d) spíše ano
- e) ano
- f) nebavil/a jsem se s osobou se zdravotním postižením

13. Kdo by měl realizovat sexuální asistenci?

- a) sociální pracovník
- b) speciální pedagog
- c) prostitutka (společnice)
- d) zaměstnanec pobytového zařízení, ve kterém klient žije
- e) zdravotní sestra / zdravotní bratr
- f) rodič
- g) měl by vzniknout speciální vzdělávací obor
- h) nevím

14. Kde by měla sexuální asistence probíhat?

- a) u klienta doma/v pobytovém zařízení
- b) v nočním klubu
- c) neměla by probíhat
- d) dle domluvy mezi klientem a sexuální asistentkou/asistentem

15. Co je dle Vašeho názoru náplní sexuální asistence? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) vzdělávání/seznamování se s vlastním tělem klienta a jeho sexualitou
- b) hlazení, objímání, doteky
- c) pohlavní styk mezi klientem a sexuální asistentkou/asistentem
- d) dopomoc k uskutečnění pohlavního styku mezi dvěma klienty
- e) nevím

16. Měla by být sexuální asistence financovaná státem?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) nevím
- d) spíše ano
- e) ano

17. Měl by si klient hradit sexuální asistenci sám?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) nevím
- d) spíše ano
- e) ano

18. Chtěli byste se o sexuální asistenci dozvědět více?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) nevím
- d) spíše ano
- e) ano

Anotace

Jméno a příjmení:	Markéta Jurková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Sexuální asistence v kontextu sexuality osob se zdravotním postižením
Název v angličtině:	The sexual assistance in the context of sexuality of people with disability
Anotace práce:	Práce se zaměřuje na sexualitu osob v kontextu osob se zdravotním postižením. Teoretická část diplomové práce se dělí na čtyři kapitoly. První kapitola přináší poznatky z oblasti sexuality osob se zdravotním postižením. Druhá kapitola se zabývá osobami se zdravotním postižením v souvislosti s jejich partnerskou, mateřskou a rodičovskou úlohou. Další kapitola, pro širší přehled o asistencích, představuje osobní a pedagogickou asistenci. Poslední kapitola se věnuje sexuální asistenci. Zvláštní pozornost je kladena představení organizace „Rozkoš bez rizika“, která se u nás zabývá právě sexuální asistencí. Druhá část diplomové práce je zaměřena na samotný výzkum. Diplomová práce byla věnována mapování postoje, informovanosti a přehledu intaktní společnosti o problematice sexuality a sexuální asistence.
Klíčová slova:	sexualita, právo na sex, mateřství, partnerství, rodičovství, postoje k sexualitě, osoby se zdravotním postižením, asistence, sexuální asistence
Anotace v angličtině:	The diploma thesis focuses on the sexuality of people in the context of people with disabilities. The theoretical part of the diploma thesis is divided into four chapters. The first chapter brings insights into the sexuality of people with disabilities. The second chapter deals with people with disabilities in

	<p>relation to their partner, maternal and parental role. Another chapter, for a broader overview of assistants, deals with personal and pedagogical assistance. The last chapter deals with sexual assistance. Particular attention is paid to the introduction of "Rozkoš bez rizika", which is concerned with sexual assistance. The second part of the diploma thesis is focused on the research itself. The diploma thesis was dedicated to the mapping of attitudes, awareness and overview of the intact society on issues of sexuality and sexual assistance.</p>
Klíčová slova v angličtině:	sexuality, right to sex, maternity, partnership, parenthood, attitude to sexuality, people with disabilities, assistance, sexual assistance
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1- Fotografie pomůcky usnadňující sexuální aktivitu osobám s tělesným postižením</p> <p>Příloha č. 2- Plné znění vytvořeného dotazníku</p>
Rozsah práce:	91 stran
Jazyk práce:	Český jazyk