

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Role pečovatele u lidí s tělesným postižením při jejich osamostatňování
v oblasti sexuality
The people with physical disabilities and the role of their caretakers in the
process of sexual self-awareness

Jana Musilová

Katedra speciální pedagogiky

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Monika Mužáková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Role pečovatele u lidí s tělesným postižením při jejich osamostatňování v oblasti sexuality“ vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. března 2015

.....

Jana Musilová

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Monice Mužákové, Ph.D. za cenné rady, podněty a odborné vedení při přípravě mé bakalářské práce. Její ochota a vstřícnost při zpracování tématu mi byla velkou pomocí. Děkuji dále svému manželovi i celé rodině za podporu při studiu i tvorbě této bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma „Role pečovatele u lidí s tělesným postižením při jejich osamostatňování v oblasti sexuality“ se zaměřuje na sexualitu a sexuální chování lidí s tělesným postižením. Práce se zabývá problematikou podpory samostatnosti, akceptací vlastního těla a postižení i zvyšováním klientova sebehodnocení. Nedílnou úlohou v této oblasti je úloha osobní a intimní asistence včetně funkce sexuálního terapeuta. Důležitou otázkou je i úloha právní ochrany a legislativy v této oblasti. Dotazníkovou metodou se mapuje problematika dospívání a sexuality lidí s tělesným postižením, kteří mají pečovatele. Práce prokázala touhu člověka s tělesným postižením po samostatnosti a touhu najít partnera a založit s ním rodinu. Lidé, kteří pro své těžké tělesné postižení nemohou najít adekvátního partnera, očekávají pomoc profesionálů, vyškolených ve všech aspektech problematiky sexuality lidí se specifickými potřebami.

KLÍČOVÁ SLOVA

Tělesné postižení, sociální služby, pečovatel, osobní asistent, sexualita

ANNOTATION:

Bachelor thesis on the topic "The people with physical disabilities and the role of their caretakers in the process of sexual self-awareness" focuses on the sexuality and sexual behavior of physically handicapped persons and evaluates the gradual promotion of independence, acceptance of their own body and disability, sexual self-awareness as well as increasing self-esteem. An integral role in the process is assigned to personal and sexual assistants, including sexual therapists. Of equal importance is also the role of legislation and legal protection. The questionnaire monitors sexual problems of adolescents with disabilities who have caretakers and personal assistants. The study demonstrates the desire of the handicapped to be independent, find a partner and start a family. Individuals who are unable to find an adequate partner due to their severe physical disabilities expect help and reassurance of professionals trained in all specific aspects of their sexuality.

KEYWORDS

Physically disability, social works, caretaker, personal assistant, sexuality

OBSAH:

1	Úvod.....	6
2	Člověk s tělesným postižením a sexualita	9
	2.1 Sexualita.....	9
	2.2 Sexuální chování.....	11
	2.3 Mýty o sexualitě	12
	2.4 Sexuální identifikace.....	15
	2.5 Sexuální orientace.....	16
	2.6 Specifika dospívání v oblasti sexuality u osob s tělesným postižením.....	16
3	Osobní a intimní asistence	19
	3.1 Osobní asistence	19
	3.2 Intimní asistence v zahraničí.....	21
	3.2.1 Západní model – speciální erotické služby.....	22
	3.3 Intimní asistence v ČR.....	23
	3.4 Dům sexuality v organizaci	25
	3.5 Ochrana před nebezpečím.....	29
4	Intimní asistenti - nový projekt organizace Rozkoš bez rizika, aneb právo na sex	30
PRAKTICKÁ ČÁST		
5	Kvantitativní výzkum pomocí dotazníku.....	33
	5.1 Cíle výzkumu a pracovní hypotéza.....	33
	5.2 Stanovení hypotéz a formulace hypotéz	33
	5.3 Hypotézy bakalářské práce	34
	5.4 Použité metody výzkumu.....	34
	5.5 Analýza a stručná charakteristika výzkumného vzorku	37
	5.6 Popis hodnocení výzkumu	39
	5.6.1 Úloha pečovatele a osobního asistenta v životě klienta s tělesným postižením.....	40
	5.6.2 Úloha pečovatele a osobního asistenta v oblasti sexuální asistence.....	48
	5.6.3 Úloha služeb sexuální asistence.....	54
	5.7 Vyhodnocení hypotéz	59
6	Závěr	62

7	Seznam použitých informačních zdrojů	64
8	Příloha 1 – Dotazník	67

1 Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá lidmi s tělesným postižením, o které se stará pečovatel. Tento pojem je zde jako zastřešující a má více výkladů. Jde o člověka, který je v blízkém kontaktu s osobou s postižením, tedy osobní asistent, rodič, přítel nebo partner. Všichni tedy mohou ovlivňovat partnerský a sexuální život tohoto člověka. Rozpětí možných pečovatelů je velké a každý člověk s tělesným postižením může upřednostňovat jiný typ péče - rodina, organizace, placený asistent a jiné.

Moderní evropské sociální státy se vyznačují tím, že na poskytování péče o nemocné, nesoběstačné a nemohoucí osoby se různou mírou podílí rodina, stát (prostřednictvím institucí veřejného sektoru) a tzv. trh. (Horecký, b.r., s. 3)

Další kategorii tvoří neformální pečovatelé (obvykle rodinní příslušníci, přátelé apod.), kteří pravidelně poskytují dlouhodobou péči a jsou příjemci dávek nebo příspěvků ze sociálního systému určených pro uživatele dlouhodobé péče, které neformálnímu pečovateli poskytují určitou kompenzaci za poskytovanou péči.

Zásadní je tedy úloha rodiny nebo partnera, která je nejčastějším poskytovatelem neformální péče, což je relativně nové téma nejen pro výzkum, ale také pro oblast formování a implementace veřejné politiky v oblasti dlouhodobé péče. (Horecký, b.r., s. 4)

Tato bakalářská práce je zaměřená na velmi intimní, ale přesto pro řadu osob s tělesným postižením důležitou otázku, kterou je možný sexuální život. Tato problematika je nedílnou součástí života zdravé komunity, je volně debatovaná a tato otevřenost umožnila, že toto téma je i u osob s tělesným postižením diskutováno. V novinách se objevují články, točí se dokumenty, celá lidská společnost se celkově snaží bourat tabu o této problematice. Společnost začíná lépe reagovat a vnímat sexualitu lidí s postižením, připouští si tedy všechny potřeby těchto osob.

Můžeme se také setkávat s neslušným a společensky nepřijatelným chováním na veřejnosti z důvodu nepoučenosti a neznalosti osob s postižením. Nikdo s nimi toto téma neřešil, neprobíral, nepracoval s nimi, nepoučil je. Bylo by tedy optimální zavést v České republice funkci sexuálního asistenta nebo terapeuta. Tato služba by mohla vycházet z Amerického modelu zákonem podpořené společnosti „American association of sexually educators

counselor and therapists“ (AASECT), která se zabývá především sexualitou seniorů a částečně i sexualitou lidí s postižením. Sdružuje psychology, lékaře a sociální pracovníky a terapeuty, zajišťuje jejich vzdělání a kvalifikaci. Sexuální terapeut však nemá přímý sexuální kontakt s klienty. (Mayo clinic, ©1998 - 2015)

Výhodou takové právní podpory v České republice by mohlo být i poučení o problematice sexuality a o jejích možnostech naplnění. Neformálním rodinným pečovatelům by se jistě ulehčil rozhovor na toto téma, kterému se často z neznalosti snaží vyhnout a tělesně postižený adolescent nebo mladý dospělý pak velmi obtížně hledá odpovědi na své pocity i otázky v sexuální oblasti. Hovory s rodiči jsou o těchto tématech často problémové i u dětí bez postižení a rodiče nemusí mít dostatečnou zkušenost či se stydí, aby dítěti fundovaně poradili nebo s ním alespoň promluvili o této problematice.

Potřeba lásky, sounáležitosti i sexuality je naprosto přirozená pro všechny lidské jedince. Osoby s jakýmkoliv postižením nevyjímaje. Samozřejmě vyskytují se i jednotlivci, kteří sexuální pud nemají nebo ho mají velice potlačený. Důvodů může být více, např. frigidní osoby, osoby s vážnou nemocí, hluboce mentálně retardovaní, osoby po znásilnění- tedy po těžce traumatizujícím zážitku a další.

Osoby s těžkým tělesným postižením mohou mít problém s uspokojením svých sexuálních potřeb z důvodu postižení nebo parézy horních končetin. Tato osoba není schopna provozovat žádnou formu sexu nebo sebeuspokojení. Nedostatečná hybnost celého těla může bránit i uskutečnění pohlavního styku. V těchto případech může pomoci sexuální terapeut, který může asistovat i při styku osob s postižením (doprovázení), nebo je schopný poradit s různými pomůckami.

Terapeut jako profesionál má počítat s možností nevhodného navázání citové vazby s klientem, musí proto celý systém profesionálně i psychologicky zvládat. Je proto možné terapeuty měnit podle potřeb klientů. Terapeut musí být vždy schopný situaci správně vyhodnotit a případně odmítnout zakázku, kterou dostal od svého klienta.

Řada osob s postižením touží po osamostatnění a nezávislosti, což pochopitelně souvisí s problematikou odděleného bezbariérového bydlení a využívání služeb osobního asistenta. Tuto asistenci pomáhá zajistit občanské sdružení, kde je alespoň část hrazena z příspěvků na péči anebo rodina, přítel, partner.

Cílem této práce je formou dotazníkového šetření zjistit a zhodnotit názory a potřeby klientů s tělesným postižením při jejich osamostatňování v sexuální oblasti.

2 Člověk s tělesným postižením a sexualita

„Každý člověk má právo na vyjádření své sexuality a neměl by být omezován svým okolím, když už je omezován svou nemocí.“ (Vidurová, 2014, [online])

2.1 Sexualita

Pojem sexualita není jednoduché jednoznačně vysvětlit. Kracík (1992, s. 7) říká toto: „Pojem sexualita je nadřazen pojmu pohlavnost (tělesná stránka sexuality) a pojmu erotika a zabývá se pochody, v nichž stojí v popředí duševní stránka sexuálních jevů.“

Lachman (1988) uvádí jako jednoduchou definici sexuality - jde o komplex blaha tělesného, duševního, sexuálního a sociálního. Má somatické, emoční, intelektuální a sociální aspekty.

Další autoři jako Venglářová, Eisler (2013, s. 17) ji popisují takto: „Sexualita není jen fyzický sex, ale má mnoho dalších složek:

- Potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem
- Prožitek silného citu, sounáležitosti, opory
- Spokojenost, pocit potřebnosti pro jiné
- Sex, sexuální uspokojení
- Rodičovství a tím i potřeba pokračování rodu“

„Sexualita obsahuje 4 komponenty: sexuální chování, sexuální identifikaci, sexuální orientaci, sexuální emoce“ (Venglářová, Eisler, 2013, s. 19)

O lidské sexualitě hovoří i Drábek (in Vrhel in Weiss a kol., 2010: 669): „Lidská sexualita je systém sestávající se z biologických, sociálních a kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají a prolínají, produkují sexuální vzrušení nebo orgasmus a které, ač nikoliv nutně, jsou spjaty s reprodukcí.“

WHO (World Health Organisation- Světová zdravotnická organizace) definuje sexualitu takto: „Za normální sexuální aktivity považujeme takové, které se odehrávají mezi psychosexuálně zralým lidmi, pokrevně nespřízněnými a s jejich jasným souhlasem. Tyto aktivity nevedou k tělesnému poškození. Zákonná hranice pro realizaci sexu je 15 let.“ (Venglářová, Eisler, 2013, s. 18)

Zákonná věková hranice 15 let pro pohlavní styk je v ČR (trestní zákoník § 187, zákon č. 40/2009 Sb.), ale v dalších státech EU a světa se tato hranice může značně lišit.

- 13 let- Španělsko
- 14 let- Chorvatsko, Itálie, Rakousko
- 15 let- Česká republika, Slovenská republika
- 16 let- Anglie, Skotsko, Severní Irsko, Wales, Švýcarsko, Vatikán

(Age of consent, © 1998- 2000)

Na světě najdeme státy, kdy je možné legálně praktikovat sex až po svatbě (není jasně daná hranice od kdy se dívky vdávají) př. Libye, Saudská Arábie, Irán, Afghánistán, Pákistán, Jemen, Omán. Vždy velice záleží na kultuře jednotlivé země a jejích zvyklostech. Nedá se tedy říct jaký věk je správný, velice záleží na vyspělosti jedinců a jejich psychosexuálním vývoji. Některé země (Bahamy, Bermudy, Chile, Řecko, Paraguay i Československo do roku 1990) mají oddělené věkové hranice pro heterosexuální a homosexuální pohlavní styk. (Weiss, © 2001 - 2013)

„Pohlavní vývoj i život lidí je vždy ovlivňován faktory biologickými, vlivy ze zevního prostředí a mechanismy psychologického rázu.“ (Raboch, 1984, s. 13)

V dnešní době není funkce sexuality pouze reprodukční. S rozvojem antikoncepce se sex posunul z pouhé reprodukce, k sexu za dosažením slasti, příjemných pocitů. Lze tedy oddělit reprodukční a rekreační část sexuality. Sexuální uspokojení se stává konzumním a je kladen důraz na variabilitu, kvalitu, intenzitu. Často může být člověk zklamán a znuděn, může se bát selhání. Sexualita je velmi tabuizované téma. Je ovlivňována kulturou, historií a prostředím ve kterém žijeme. (Venglářová, Eisler, 2013)

„Milostný cit k druhému člověku je pro většinu lidí vysokou hodnotou. Silné pozitivní emoce, které doprovázejí sexualitu, pomáhají realizaci evolučního plánu - udržení a šíření genů. Tak je spojena účelná stránka sexuality (reprodukční) s příjemnou rekreační úlohou sexu.“ (Venglářová, Eisler, 2013, s. 18)

Lidská sexualita je základní potřeba jako např. jídlo či spánek. Neměla by být potlačována u lidí s tělesným ani jiným postižením. Sexuální asistent si musí uvědomovat citlivost tématu sexuality a na klienta netlačit v žádném aspektu jeho života. Důležité je postupné poznávání se a porozumění, souznění a vymezení pravidel a hranic, které nesmí ani jedna strana překročit bez předchozí domluvy. Práce sexuálního terapeuta může být zdlouhavá, ale má své výsledky.

2.2 Sexuální chování

Sexuální chování je u všech osob jiné, každá osoba preferuje něco jiného a nikdo nemá právo druhého soudit a hodnotit co je v normě a co ne. Každá společnost má normu jinak nastavenou.

„Sexuální chování je výsledkem evolučního procesu, směřuje k udržení lidského rodu. Je silně determinováno biologicky, avšak za doprovodu vlivů psychosociálních a kulturních.“(Venglářová, Eisler, 2013, s. 19)

Venglářová, Eisler (2013) dále tvrdí, že dříve bylo sexuální chování chápáno jako uspokojení základního pudu. Nyní je tento přístup brán jako zastaralý a převažuje názor, že sexuální chování je sled jednotlivých psychických vztahů kdy si člověk hledá nejlepšího partnera pro založení rodiny a tím pokračování svého genomu.

Sexuálně motivační systém - je prezentace vlastností a předností, formou naparování (jako u jiných živočišných druhů), sledování těchto projevů u potencionálních partnerů, reakce na ně a rozvoj párového sexuálního chování. Toto vše směřuje k vytvoření vhodné reprodukční dvojice pro pokračování rodu a předání genetické informace. (Venglářová, Eisler in Kolářská, 2008).

„Fáze sexuálně motivačního procesu:

- Atraktivita - vábení příslušníků opačného pohlaví
- Proceptivita - svádění konkrétního partnera
- Doteky na intimních částech včetně genitálu
- Genitální spojení (koitus)
- Postkoitální fáze „ (Venglářová, Eisler, 2013, s. 20)

V odborné literatuře najdeme také členění sexuálního chování na komponenty lidské sexuální motivace dle Zvěřiny (1991) :

- Sexuální identifikace (sexuální role)
- Sexuální orientace (erotická preference)
- Sexuální emoce (sexuální vzrušení, orgasmus, zamilovanost)
- Sexuální chování

2.3 Mýty o sexualitě

Kde vznikly mýty o sexualitě lidí s tělesným postižením se přesně neví, ale odborníci se domnívají, že roli sehrávají jednak osobní bariéry, které v sobě žijí a uchovávají sami lidé s postižením a je třeba zohlednit i pohled společnosti na tuto problematiku. Často se rodiče dětí s tělesným postižením domnívají, že jejich potomci nemají sexuální potřeby, a tak s nimi o této problematice nehovoří. (Vozičkář, © 2013)

Jako společnost musíme začít chápat sexuální potřeby lidí s tělesným postižením jako přirozené. Nikomu by se nelíbilo nucené sexuální odříkání, tak proč ho nutit lidem s postižením.

Lidská sexualita má párový charakter, ale je možné užít i autoerotickou stimulaci. Většina lidí ovšem preferuje párový styk. Mnoho lidí s tělesným postižením často nenachází partnera pro párové uspokojení, a tak často vzniká mylná představa o jejich častější masturbaci. (Venglářová, Eisler, 2013)

V literatuře a na internetu se dá najít velké množství mýtů, stigmat a zavádějících informací o sexualitě lidí s postižením. Venglářová a Eisler (2013, s. 20) ve své knize uvádí například tuto tabulku mýtů o sexualitě:

Masturbace je škodlivá. Způsobuje řadu onemocnění včetně duševních.	Masturbace je bezpečnou a běžnou součástí sexuality většiny mužů i žen.
Lidé s mentálním postižením jsou extrémně sexuálně naruživi.	Naopak. Mnoho jich žije asexuálně. Domněnka vzniká tím, že nejsou dostatečné možnosti sex realizovat v soukromí
Správně dosáhnou oba partneři při sexu orgasmu zároveň.	Téměř nemožné. Průběh sexuálního vzrušení se u partnerů liší.
Sex ve stáří není běžný.	Sexualita se věkem nemění, sex je méně častý, ale stále je významnou součástí života.
Nemocní lidé nemají o sex zájem.	Platí pouze u akutního, horečnatého či bolestivého onemocnění.
Sexuálně vzrušený muž nedokáže přestat.	Muž dokáže ovládat své sexuální chování a je za ně zodpovědný.
Pokud žena říká „ne“ myslí „ano“.	Při komunikaci bereme za platné to, co je řečeno nahlas.

Další mýty a stigmata o lidech s postižením:

- Muži a ženy s postižením nepotřebují sex.
- Muži a ženy s postižením nejsou sexuálně atraktivní.
- Muži a ženy s postižením jsou považováni za asexuální.
- Muži a ženy s postižením mají důležitější potřeby než je sex.
- Chlapci a dívky s postižením nepotřebují sexuální výchovu.
- Muži a ženy s postižením nemohou mít opravdový sex.
- Sex musí být spontánní a ve správném čase
- Muži a ženy s postižením by neměli mít děti a nejsou schopni mít děti. (Sexuality and disability, © 1983)

Mýty, které jsou v této práci uváděny, patří mezi nejčastější a nejrozšířenější v naší populaci. Je tedy velice žádoucí s veřejností pracovat, více je informovat a dokázat jim, že jde opravdu o výmysly, které se nemusí zakládat na pravdě. Také je nutné držet se pravidla, pokud něco platí u jednoho člověka s tělesným postižením, nemusí to platit u ostatních a ve stejné míře.

Časopis „Vozičkář“ (© 2013) dle Hankové, uvádí tyto mýty o sexualitě:

„Mýtus 1: Tělesně hendikepovaní jedinci jsou asexuální

Je pravděpodobné, že pocit jakési „sexuální nedostačivosti“ zapříčiňuje právě tento mýtus. Vychází z přesvědčení, že lidé, kteří se o sebe nedokážou samostatně postarat, jsou vlastně dětmi. Budeme-li vycházet z tohoto předpokladu, lze údajně za děti považovat i osoby s tělesným postižením. Paradoxem ovšem je, že sexuální vývoj probíhá už od narození, a dotýká se tudíž i těch nejmenších. V tomto případě se tedy utvořil a hluboce zakořenil hned mýtus dvojnásobný. *„Hendikepovaní možná nemohou naplno vyjádřit svou sexualitu – právě kvůli tomu, že jsou považováni za asexuální, ale mají své sexuální fantazie, pocity a aspirace,*“ upřesňují odborníci.

Mýtus 2: Hendikepovaní nemůžou mít „opravdový“ sex

Existuje vůbec nějaká všeobecně uznávaná definice toho, co je to opravdový sex? Také samotní sexuologové se shodují na tom, že sex se může vyskytovat v mnoha rozličných formách – od líbání přes dotyky až po masturbaci. Navíc je třeba zohlednit individuální

potřeby každého páru. „*Jedinou podmínkou tak je, že sex by měl být dobrovolný a bezpečný,*“ uzavírají odborníci, kteří se této problematice věnují zejména v zahraničí.

Mýtus 3: Tělesně postižení nepotřebují sexuální výchovu

Tento mýtus částečně vychází z předpokladu, že jedinci se somatickým postižením nejsou žádoucí, ať už kvůli nejrůznějším deformacím, psychickým či komunikačním problémům. Sexuologové se nicméně shodují na tom, že by se měli prostřednictvím sexuální výchovy naučit vše podstatné o lidské sexualitě, sexuálních potřebách či vyjadřování lásky. Jejím smyslem by tedy mělo být naučit hendikepované, jak vést uspokojivý sexuální život a zároveň se chránit před onemocněními typu HIV či zabránit nechtěnému těhotenství. Problémem ale může být negativní přístup rodičů: „*Nemyslím si, že by můj syn uvažoval o sexu, nebo dokonce masturboval. To není nic pro něj, je to ještě dítě,*“ uvedla paní Alena, matka dvacetiletého mladíka s kombinovaným postižením, jež se sexuální výchovou nesouhlasí.

Mýtus 4: Lidé s hendikepem netouží po manželství ani dětech

„*Rodičovská role je primárně biologicky podmíněnou a důležitou součástí identity dospělého člověka, která má svou psychickou a sociální hodnotu,*“ vysvětluje speciální pedagožka Adéla Hanáková. Stejně tak manželství je výrazem přijetí společensky vymezeného životního stylu dospělosti. „*Mnoho lidí se domnívá, že zdravotní znevýhodnění jednoho nebo obou partnerů znemožňuje manželům, aby se mohli postarat o všechny povinnosti související s tímto svazkem,*“ uvádí Bryan. Hongkongská studie ale prokázala, že většina tělesně hendikepovaných osob považuje manželství za významnou součást života a život by jim bez něj připadal nedokonalý.

Mýtus 5: Hendikepovaní nemohou být sexuálně zneužiti

Jedinci se somatickým znevýhodněním bohužel patří do rizikové skupiny a podíl na tom má nejen jejich závislost na péči druhých, ale také omezené obranné schopnosti, nízké sebevědomí či neschopnost samostatného jednání. Z výzkumu Jiřího Mellana, jehož se účastnilo 1200 zdravotně znevýhodněných osob, navíc vyplynulo, že až 7 % zúčastněných osob na vlastní kůži zažilo buď pohlavní zneužití, úmyslné odhalování pohlavních orgánů či objímání a líbání se sexuálním podtextem. Většina těchto případů však nikdy nevypluje na povrch, neboť se obvykle odehrávají uvnitř rodiny.“ (Hanková, 2014, [online])

Tyto mýty z časopisu „Vozíčkář“ jsou zpracované velice příhodně a čtenář si díky nim uvědomí mnoho aspektů, které před tím mohl přehlížet. Obecně vychází z předsudků naší společnosti co se smí/nesmí a že člověk, který potřebuje pomoc s denními činnostmi je vlastně dítě. Z toho plynou právě problémy se sexualitou. Osoby s tělesným postižením mohou být omezovány nejen společností, ale i rodinou. Pak nemají vůbec žádnou možnost uspokojit své sexuální potřeby.

2.4 Sexuální identifikace

Patří k základním komponentům sexuality a je v životě člověka velmi důležitá.

Raboch (1984, s. 18) o sexuální identifikaci říká toto: „Utváření pohlavní identifikace proběhne během prvních asi 3 let života. Její základní rysy jsou zpravidla rozvinuty již ve věku kolem 18 měsíců. Ve věku asi tří let už děti poznávají příslušnost určitých hraček k pohlaví (např. panenka k holčičkám, lokomotiva k chlapečkům) a uvědomují si rozdíly v oblečení.“

Pocity příslušnosti k jednomu nebo k druhému pohlaví jsou základní složkou lidské sexuální motivace. Tento pocit sleduje genetické a fetálně - gonadální determinanty. To je zprostředkováno sexuálními steroidy v CNS (centrální nervový systém) ve fázích nitroděložního vývoje. Konečné formování probíhá po porodu, s vlivem prostředí. Projevem sexuální identifikace je schopnost zaujmout ve společnosti jasnou roli jako muž nebo žena. (Zvěřina, 1991)

Ať už je lidská sexuální identifikace jakákoliv nemáme právo jedince soudit, snažit se ho měnit nebo ho tlačit k nějaké společenské normě.

„Psychoanalytické teorie poukazují na raný vývoj dítěte a možnosti identifikace s rodičem stejného pohlaví. V případě dobře fungujícího vztahu dítě postupně získává jistotu ve své roli muže či ženy. Tento proces je podpořen společenskými zvyklostmi ve vnímání rodového chování.“ (Venglářová, Eisler, 2013, s. 21)

Výběr sexuální role může být narušen, z důvodu postižení, které dítě má, nemůže se dostatečně zapojovat a častá hyperprotektivní výchova ze strany rodiny dítěti nepomáhá. Nemůže-li samo nic dělat, nic se nenaučí a bude vždy odkázané na druhé. V pubertě se tak může objevit problém se sebehodnocením a strach z komunikace o sexualitě.

2.5 Sexuální orientace

Sexuální orientace se projevuje reakcí na signály od opačného či stejného pohlaví. Sexuální orientaci si nikdo nevybírání, je formována biologickými determinanty a člověk na ni nemá vliv, nelze přeučit ani změnit. (Venglářová, Eisler, 2013)

Sexuální orientace se dělí na čtyři základní možnosti prožívání sexuality a to jsou:

- *Heterosexualita*: je vztažena k pohlavně zralému jedinci opačného pohlaví. Pozitivní pro reprodukci. (Zvěřina, 1991)
- *Homosexualita*: „Nejčastější odchylkou sexuální orientace je homosexualita. U několika procent populace se vyskytuje vysoká erotická atraktivita osob stejného pohlaví. (Zvěřina, 1991, s. 36)
- *Homosexuální chování*: je na rozdíl od homosexuální orientace přechodné, situační. I heterosexuální jedinci si tak mohou uspokojovat svou sexuální potřebu, ovšem při možnosti volby si radši vyberou k sexu opačné pohlaví. (Venglářová, Eisler, 2013)
- *Bisexuální orientace*: jde o nevyhraněnou preferenci k jednomu pohlaví. Člověk se tedy není schopný rozhodnout, jestli je heterosexuální nebo homosexuální. Člověk může tedy svůj sexuální život uspokojivě provozovat s oběma pohlavími. (Venglářová, Eisler, 2013)

U klientů se často můžeme setkat se sexuální nevyhraněností, tzn. nemají jasnou preferenci na muže nebo ženy. Možná je to způsobené určitou frustrací z hledání stálého partnera, kde nerozhoduje pohlaví, ale touha po lásce a sounáležitosti. Každý klient je jedinečný a podpora asistenta ať osobního nebo sexuálního mu velmi pomůže.

2.6 Specifika dospívání v oblasti sexuality u osob s tělesným postižením

Vývoj sexuálního života u osob s tělesným postižením může být ovlivňován mnoha faktory. Na které má vliv rodina, sociální prostředí a kultura ve které člověk žije.

„Psychický vývoj postiženého člověka probíhá v podstatě podle stejných zákonitostí, jako u zdravého člověka to znamená, že neexistuje žádná zvláštní specifická sexualita postiženého. Je tedy nesprávné považovat postižené lidi za asexuální a nutné chápat jejich sexualitu vždy ve vztahu k ostatním projevům jejich osobnosti a ve vztahu ke společenskému prostředí, ve kterém žili nebo žijí.“ (Kracík, 1992, s. 9).

Kracík (1992, s. 17) k tomuto tématu uvádí: „K charakteristickým zvláštnostem tělesně postižených patří poruchy hybnosti – pohyblivosti a následkem toho ztížený kontakt s druhými lidmi a tedy i omezené možnosti v navazování partnerských vztahů.“

Lidé jsou omezeni spíše v pohybu než v orientaci v prostředí. Sociální touhy jsou zachovány. Těžké tělesné postižení může člověka omezovat ve všestranném intelektuálním rozvoji ale i v navazování nových kontaktů a partnerství. Postižení se může projevit i v neverbální stránce komunikace, jsou zasažené mimické svaly, výrazové prostředky obličeje, gestikulace. Tělesné postižení často vede ke změně tělesného schématu - tím se člověku se může snížit sebevědomí, celkový náhled na sebe sama je spíše negativní. Proto je nutná včasná diagnostika a práce s člověkem. (Kracík, 1992)

Nutná je podpora samostatnosti, akceptace vlastního těla a postižení, zvyšovat klientovo sebehodnocení. Často se setkáváme s ne příliš lichotivým náhledem na sebe sama, popřípadě s odmítáním intimity právě z důvodu narušeného tělesného schématu. Už od dětství by se s klienty s tělesným postižením mělo pracovat tak aby žádné jejich touhy nebyly zbytečně potlačovány.

„Tělesně postižený v ústavu je obvykle závislejší na pomoci dospělých, čímž má daleko méně soukromí a možností k realizaci svých sexuálních projevů. Pokud dojde k náhražkovému sexuálnímu jednání, je většinou ze strany vychovatelů potlačováno.“ (Kracík, 1992, s. 18)

Osoby v ústavní péči, často nemají možnost plnohodnotně prožívat rodinný život, neznají přesně role matky a otce, nemají zkušenost s dětmi a emocemi k nim. (Kracík, 1992) V rámci sexuální výchovy lidí s tělesným postižením by se v osnovách měl objevit i předmět „Příprava k rodičovství“. Kde by se naučili základní úkony, které by v rámci svého omezení mohli zvládnout bez problémů a nemuseli by se do budoucna bát založit si vlastní rodinu a počít děti. Touha po rodině je naprosto přirozená součást života, která nesmí být nikomu odpírána.

„Všichni lidé bez rozdílu se rodí se sexuálními potřebami, i když individuálními, různě intenzivními a různým způsobem prožívanými. Neexistuje žádný přímý vztah mezi postižením, intelektem a sexualitou.“ (Drábek in Kozinová in Volfová a kol., 2008, s. 15)

V době dospívání by měly osoby s tělesným postižením projít sexuální výchovou, kde by se opět mělo podpořit jejich sebevědomí a jasně jim ujasnit, že mají stejná práva a touhy jako lidé bez postižení. Jejich přání nejsou mimo normu, nemusí se tedy stydět projevit svou sexualitu a hledat si partnera.

3 Osobní a intimní asistence

V případě, že člověk není schopný prožívat z důvodu svého tělesného postižení plnohodnotný sexuální život, může přijít na řadu funkce sexuálního terapeuta a mluvíme o asistovaném sexu tedy „doprovázení“. (Drábek in Kracík, 1992)

3.1 Osobní asistence

Nyní musíme vymezit pojem osobní asistence. Osobní asistence představuje ideální způsob kompenzace postižení, který umožňuje i člověku s velmi těžkým postižením žít doma ve vlastní domácnosti životem, který se co nejvíce blíží běžnému standardu. Je to cesta k důstojné existenci, kdy může občan i s těžkým postižením studovat, pracovat a uplatnit své schopnosti jak ve svůj prospěch, tak ve prospěch společnosti i ve prospěch svého asistenta. (Osobní asistence, © 2009 - 2014)

Podle českého zákoníku jde o: „Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.“ (dle zákona č.108/2006 Sb. O sociálních službách - podle zákona o sociálních službách §39, [online]).

Osobní asistent vykonává pro klienta ty činnosti (nebo s nimi pomáhá), které by klient dělal sám, kdyby mohl, pomáhá mu tedy řešit mnoho životně důležitých situací, které by on sám s ohledem na své postižení nezvládl. Služby osobní asistence se poskytují bez omezení místa a času, tj. doma i mimo domov, přes den, v noci, o víkendech - vše dle aktuální potřeby klienta. (Osobní asistence, © 2009 - 2014)

„Osobní asistent, ať chce nebo nechce, totiž doslova prožívá kus života se svým klientem. Mnohdy musí jít až na dřeň vaší osobnosti a může vás tak znát lépe než mnozí blízcí. Absolutně zásadní na tomto vztahu je důvěra. Často se stává, že je asistent brán okolím téměř jako člen rodiny, je zván na rodinné akce, svatby, pohřby. To je jeden z důvodů, proč je osobní asistence tak psychicky náročná. Nemůžete být pouze mechanickým nástrojem, ale vzhledem k povaze služby je nezbytné být zároveň i partnerem.“ (Vidura, 2013, [online])

Vztah klienta a osobního asistenta není ani v nejmenším jednostranný, jak by se při pohledu zvenčí mohlo zdát. V ideálním případě je rovnocenným, vzájemně se obohacujícím vztahem. Asistentům se líbí výzvy, mají rádi změnu a pohyb a na své práci milují, že nikdy přesně neví, co je čeká. Mezi často vzpomínané problémy asistentů patří syndrom vyhoření. Tak moc se zapojují do života klienta, až zapomenou na vlastní, proto se často stane, že asistent přechází k jiné oblasti speciální pedagogiky, tedy k jiné profesy. Dalším rizikem je problémový uživatel služby, který není dostatečně vyrovnaný se svým postižením a z asistenta si dělá otroka. Dobrý a zkušený asistent je k nezaplacení, není to, ale vidět na jejich finančních odměnách. Jen kvalitní asistent pomůže člověku k plně autonomní osobnosti a nezávislému životu. Neziskové organizace mají málo peněz, že asistentskou práci oceňují jen velmi skromně. V západní Evropě je tato profese velice společensky vážená a pracovník pobírá i čtyřnásobek platů co jsou v ČR. Nedostatek peněz u nás donutí mnoho zkušených a kvalitních asistentů, aby vzali lépe placenou práci jinde. (Vidura, 2013)

Dlouhodobou péči o tělesně postiženého zajišťují formální (profesionální) pečovatelé a neformální, zejména rodinní pečovatelé. Podle zprávy UZIS z roku 2012 „Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) - poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví“ lze pojem neformální péče definovat jako širší „rodinná péče“. Většinu (cca 4/5) neformálních pečujících tvoří rodinní příslušníci (zejména v případě intenzivní péče). Podle definice „OECD Health Data“ neformální pečovatelé zahrnují neformální pečovatele bez finanční kompenzace, což jsou rodinní příslušníci nebo přátelé, kteří nedostávají žádnou odměnu či kompenzaci za poskytovanou péči, přestože mohou využívat respitní péči (tj. krátkodobou službu poskytující odpočinek od poskytované péče) a dobrovolníci poskytující dlouhodobou péči také zcela zdarma. (Osobní asistence, © 2009 - 2014)

Předchozí text poukazuje na často složitou situaci osobního asistenta, který musí často svůj vlastní život upozadit a věnovat všechno často i volný čas svému klientovi, proto se musí asistenti střídat, protože jako práce na plný úvazek každý den by ji člověk nezvládal dlouho. Pozitivní je propojení organizací, rodin a dobrovolných pečovatelů, kdy je možné se v péči střídat a nedojít k „syndromu vyhoření“.

3.2 Intimní asistence v zahraničí

Intimní asistence a terapie je v některých státech již úplně přirozenou a běžnou součástí sociálních služeb a všechny osoby nad 18let s tělesným nebo jiným postižením je mohou dobře, celkem bez bariér, využívat a nejsou jim odpírány.

„Služba sexuální asistence v zahraničí obsahuje mnohem víc než pouhý zaplacený pohlavní styk. Sexuální asistentky a asistenti si s klientem povídají, a to mnohdy nesnadným způsobem. Naslouchají mu, mají trpělivost a nic jim nepřijde nenormální. Jejich úkolem je vybudovat vztah na důvěře. V zahraničí lidé musí studovat, aby mohli toto povolání vykonávat. Je v něm větší společenská akceptovatelnost ze strany veřejnosti, ale i ze strany klientů. Sex je v tomto případě jen třešničkou na dortu. Takovou, kterou nikdo jiný než sexuální asistent mnohdy do šlehačky zasadit nemůže.“ (Vidurová, 2014, [online])

Dne 25. března 2013 rada francouzského kraje Essonne v jednání o postavení hendikepovaných osob přijala usnesení, že je třeba začít „uvažovat o vzdělávání profesionálů – průvodců sexualitou u těžce hendikepovaných osob. (Antonová, 2013)

„K otázce placených sexuálních asistentů se zatím staví odmítavě i francouzský Národní poradní výbor pro etiku (CCNE), který předjímá závažná rizika těchto služeb. Výbor nicméně doporučuje spustit program edukace osob, které budou „pečovat“ o sexualitu pacientů a vzdělávat je v ní. Námitky Národního poradního výboru pro etiku („sex musí být vždy spojen s láskou“, „není to úkol pečovatelů ani profesionálů“, „při sexuální asistenci se prodává tělo“) rozmetalo svými argumenty založenými na několikaleté praxi švýcarské sdružení Corps Solidaires (Solidární sbory/těla), které působí od roku 2009. Ve Švýcarsku absolvují sexuální asistenti a asistentky tříleté pomaturitní studium a musí projít psychoterapií. Své povolání vykonávají buď jako zaměstnanci nějakého zařízení, nebo docházejí do domácností (pojišťovny proplácejí zhruba 80 euro). V prohlášení zástupců sdružení, mezi nimiž jsou kromě samotných asistentek a asistentů i psychologové a sexuologové, se dočteme: „Připravit člověka o základní tělesnou zkušenost znamená bránit jakémukoli psychickému začlenění sexuality. My nabízíme odpověď, která kombinuje rozkoš i ochranu před podněty. Výbor schvaluje stávající pokrytectví – pokoutní sexualita může pokračovat ve skrytu a s pocitem viny. Čekali jsme důstojnější odezvu na přání

občanů, kteří už deset dvacet let čekají, až jim bude tato podstatná životní zkušenost dostupná!“ (Antonová, 2013, [online])

Sexuální asistenti vykonávají své povolání jako zaměstnankyně a zaměstnanci nějakého zařízení, nebo docházejí za klienty a klientkami. Pojišťovny proplácejí asi 80 euro za službu. Proškolení pracovníků a pracovníků probíhá i v Dánsku a Holandsku. Dánsko je jednou ze zemí, kde potřebu sexuální asistence identifikovali již dávno a začali ji řešit na státní úrovni. Dánské ministerstvo sociálních věcí vydalo příručku, v níž jsou popsána práva a povinnosti sexuálních asistentů. Právo na užívání si sexuality je uzákoněno. Institut pro nezávislost postižených (ISBB) v německém Trebelu nabízí vzdělávání pro sexuální asistenci s certifikátem ISBB. Takovýchto organizací je v Evropě více. (Šídová, Poláková, Malinová, b.r.)

Zahraniční státy se k problematice sexuality lidí s postižením staví v celku kladně a hledají možná další řešení a pomoc lidem s tělesným postižením. Chrání sexuální terapeuty zákonem, aby nebyli pokládáni za osoby provozující prostituci.

3.2.1 Západní model – speciální erotické služby

„Zcela odlišným druhem služeb pro handicapované v oblasti sexuality je činnost dobročinných organizací poskytujících speciální erotické služby pro postižené. Organizaci tohoto druhu zatím není mnoho a našli bychom je pouze v západní části Evropy, jmenovitě ve Švýcarsku, Francii, Nizozemsku a Německu. Služby tohoto typu se nejdéle poskytují v Nizozemsku - od osmdesátých let minulého století, kde jsou hrazeny ze systému sociálního zabezpečení. Švýcarský „Spolek pro postižení a sexualitu“ realizuje placené služby v podobě erotických masáží, kdy v průběhu roku 2008 hledal dobrovolné asistenty - sexuální pracovníky a pracovnice, aby mohly být zajištěny komplexní služby ve smyslu intimnějších sexuálních aktivit pro postižené jedince s heterosexuální i homosexuální orientací. Francouzská společnost „Koordinace handicapu a soběstačnosti“ by v současnosti měla také začít poskytovat ucelené služby sexuálních pečovatelů a pečovatelek v podobě laskání, masáží a při oboustranném souhlasu i úplného sexuálního styku. U sexuálních pracovníků, zaměstnanců organizace je samozřejmostí psychologická a zdravotní diagnostika, odborné proškolení a orientace v potřebách postižených. Zakladatelé

speciálních organizací se jednoznačně shodují na tom, že v dnešní době už prostě nelze témata sexuálních potřeb u postižených nelze opomíjet.“ (Drábek, 2009, s. 51)

„Sociální pomoc lidem s tělesným a jiným postižením je v Evropské unii mimořádně pestrá. Například „příspěvek na prevenci sexuálního násilí“ je v poslední době mimořádně populární. Mállokdo však tuší, co všechno se z něj dá hradit. V sousedním Rakousku už to vědí. Profesionální sexuální služby platí sociální služba zdravotně postiženým mužům i ženám. Nárok mají všechny osoby starší 19-ti let. A mohou si dokonce zvolit takové sexuální praktiky, které jim nejvíce vyhovují. Protože se požadavky zákazníků na uspokojování svých sexuálních potřeb velmi rychle zvyšovaly, otevřeli ve Štýrsku speciální tréninkový program pro kvalifikovanou intimní asistenci. Poskytovatelé sociálních služeb tak mohou rozšířit svou odbornou terapeutickou nabídku. O absolvování kurzu v hodnotě 950 € je obrovský zájem. Ještě větší zájem je však o finanční příspěvek na čerpání nové formy osobní asistence. Úřady si výsledky boje proti „intimní frustraci“ a „depresivním stavům“ pochvalují. Asistovaná sexuální pomoc lidem se zdravotním postižením podle nich doplňuje chybějící vývojové kroky v historii sexuální výchovy.“ (Šiška, 2013, [online])

Nepředpokládáme, že český stát bude tak štědrý, aby lidem s postižením platit sexuální asistenty. Musíme doufat, že bude alespoň schopen uzákonit, tuto asistenci, jako povolání a tím se vymezí od prostituce. Pro sexuální asistenty by měla vzniknout příručka, jak se chovat a jak jednat, možná i určité desatero chování a zacházení.

3.3 Intimní asistence v ČR

O sexuální asistenci se v České republice začíná mluvit. Společnost začíná debatovat o této problematice, objevuje se v tisku i televizi. Lidé si stále více uvědomují potřeby lidí s postižením.

„Sexuální asistenci se v poslední době zabývá několik lidí na odborné úrovni, připravují se diplomové práce, o sexuální asistenci se zmiňují pedagogové na přednáškách pro nastávající sociální pracovníky. Další skupina lidí se zájmem o toto téma vychází z institucí a organizací. Většina z nich se věnuje hendikepovaným, ale nejdál je v dané tematice sdružení „Rozkoš bez rizika“, které se zabývá prací se stávajícími a bývalými prostitutkami. Její ředitelka, Lenka Šmídová, vidí v takové službě příležitost pro uplatnění svých klientek a klientů na pracovním trhu. Vidí zde možnost získat společensky

akceptovatelnější povolání, vidí zde i poptávku hendikepovaných. Její velkou inspirací je zahraniční zkušenost. V současnosti se snaží své vize představit zákonodárcům. Jaká je situace v České republice? Nelze říct, že by se odborná veřejnost sexualitou hendikepovaných nezabývala. Naopak. Přibývá publikací, přibývá výzkumů, vznikají filmy, dokumenty i příručky. V některých ústavech se dokonce rozhodli zřídit funkci intimní asistentky nebo intimního asistenta, kteří vedou klienty k tomu, jak si správně poradit se svou sexualitou. Poskytují pasivní službu, při samotném uspokojování přítomni nejsou. Většinou to jsou ale lidé, kteří se specializují na mentálně postižené klienty, jimž vysvětlují základy. Učí je citlivě svou sexualitu stimulovat tak, aby neškodili sobě ani okolí. Sexuální asistenci je prozatím nutné vnímat jinak než prostituci, dokládají i zkušenosti německých asistentek. Mnoho jejich hendikepovaných klientů netouží primárně po pohlavním styku, ale po porozumění, po dotycích a intimitě. Po tom vychutnat si chvíle s nahým člověkem, který vnímá jejich tělo jako nahé tělo – ne jako objekt k převlečení nebo vykoupání.“ (Vidurová, 2014, [online])

Intimní asistent má důležitou roli i v klientově vnímání sebe sama, pojetí vlastního těla. Asistent by měl člověku pomoci k získání určitého sebevědomí a případné poškozené sebehodnocení napravit a určitě neprohlubovat. Klient má právo přesně vyjádřit své požadavky. Pokud ho to neohrožuje na zdraví, měly by být splněny.

„Situace tedy může vypadat, že lidé s postižením na funkci sexuálního asistenta čekají a těší se na ní, opak je však pravdou. Zde jsou reakce potencionálních klientů: „Já se sexuální asistence bojím. Nevím, co čekat. Neznám svoje tělo, nevím, jak by reagovalo. Nikdo se mě nikdy nedotýkal, mám strach, nechci to zažít.“ Právě tyto reakce ukazují na nutnost zavést služby sexuálních asistentů, aby klienti poznali, že se nemají za co stydět. To, že lidé neznají své tělo, nikdy s nikým nesdíleli intimní dotek, to, že nejsou schopni stimulovat svou sexualitu, v nich způsobuje obavy ze svého těla. Samozřejmě uvažovat o zavedení sexuální asistence a celého systému kolem ní (kdo, kdy, jak, za kolik, kdo to zaplatí...) v zemi, kde není legální prostituce, je nemožné. Ovšem pokud to vezmeme z praktického hlediska – prostituce existuje. Kdo chce, přístup k placenému sexu má. Má hendikepovaný skutečně rovné podmínky? Má stejný přístup k placenému sexu, když jej to zatím nikdo nikdy nenaučil a když sexuální pracovnice neví, jak s takovými klienty zacházet a jak se k nim chovat?“ (Vidurová, 2014, [online])

Musíme si uvědomit touhu po blízké osobě nejen sexuální ale i psychickou, je velký rozdíl mezi sexem z lásky, v partnerství a sexem s prostitutkou. Mnoho klientů uvádí chvilkové naplnění touhy, ale pak větší zármutek nad samotou a touhu mít někoho blízkého u sebe. Partnera, který by nevnímal nedostatky a spíše upozorňoval na klady.

3.4 Dům sexuality v organizaci

Celá tato kapitola je věnována „domu sexuality“, který je možnou alternativou k samostatným sexuálním asistentům, v domě sexuality v organizaci jsou různí asistenti a terapeuti na různých úrovních. Na pozicích, které jim nejvíce vyhovují.

Dům sexuality je možnost řešení sexuálních potřeb klientů. Každá organizace, která ho chce využívat, si ho může vytvořit v různých úpravách, o různém počtu pater atd. Nikdy nesmí chybět základy, přízemí a střecha. Je třeba si rozmyslet a naplánovat z kolika pater se bude jejich dům skládat, protože podle tohoto návrhu se jasně vymezi rozsah práce se sexualitou v dané oblasti. Vše musí být uzpůsobeno poptávce klientů, aktuálním možnostem a počtu personálu. Organizace musí mít pracovníky jasně vymezené a jednoznačně pojmenovat jednotlivé kompetence členů. (Venglářová, Eisner, 2013)

„Pokud dojde k tomu, že pracovníci zjistí, že poskytují služby na vyšší úrovni, která je ale kompetenčně neošetřena, je nutné práci buď přerušit, nebo okamžitě ji ošetřit příslušnými pravidly a oficiálně tuto oblast vymežit.“ (Venglářová, Eisner, 2013, s. 76)

Základy domu sexuality- základem je vedení či zřizovatel dané instituce, který musí souhlasit a jasně vymežit služby personálem poskytované, aby nedocházelo k nedorozuměním. Organizace musí veřejně, transparentně a srozumitelně pojmenovat přesně služby a míru služeb, která bude klientům poskytována a na jaké zakázky je schopná reagovat. Toto vymezení lze nazývat „ Veřejným závazkem“ organizace. Většinou bývá součástí Protokolu o sexualitě daných center. (Venglářová, Eisler, 2013)

Zaměstnanci organizace musí:

- Sexualitu přijmout- sexualita je podstatnou a cennou součástí lidského života. Vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobnímu štěstí a naplnění. Každý člověk je sexuální bytost a má

právo na prožití vlastní sexuality. Její projevy se liší podle možností, tužeb a potřeb každého jedince.

- Zaujmut jednotný postoj, pro centra určit koordinátora sexuality
- Zabývat se osvětou
- Prevence sexuálního zneužívání
- Klient si vybere jak sexualitu prožít. Vše je rovnocenné
- Transparentnost všech procesů (Venglářová, Eisler, 2013)

První patro (přízemí) Musí stát na pevných základech, toto patro tvoří všichni zaměstnanci. Bylo by dobré pro celistvost zařízení, aby pracovníci měli sjednocené názory na sexualitu a vztahy lidí s postižením. Sexualita a touha je automatická a standartní. (Venglářová, Eisler, 2013)

Druhé patro zde se nachází pracovníci, kteří jsou kompetentní k poskytování osvěty a intervence. V tomto patře by měli být alespoň dva zaměstnanci - nejlépe žena a muž. Jejich pozice je „sexuální důvěrník“. Výhodou přítomnosti obou pohlaví je ze strany klienta možnost výběru mezi pohlavími. Ten se pak může svůj požadavek vyřešit v klidu a bez studu. Opět je zde velice nutná podpora prvního patra a transparentnost nabídky úkonů. (Venglářová, Eisler, 2013)

Třetí patro zajišťuje přímo konkrétní službu např. pomoc při asistované souloži. Tito zaměstnanci musí mít velmi dobré znalosti v oblasti probelatiky postižení a mít praxi v nižších patrech domu. Klient a pracovník musí být jen v pracovním vztahu, tím se zachovává důstojnost a intimita. Organizace, která se rozhodne založit toto patro by měla mít zkušenosti s danou problematikou a ověřený, podložený „Protokol o sexualitě“. (Venglářová, Eisler, 2013)

„ Třípatrový dům by měl být skutečně pevný a bytelný, a to od základů až po špičku střechy. Je jasné, že jednotlivá patra včetně základů se nedají přeskakovat, vynechávat atd.“ (Venglářová, Eisler, 2013)

Střecha - každý dům musí být zastřešen, chráněn, to je zde díky „Protokolu sexuality“ a pevnými pravidly. Podle počtu pater musí být upraven i příslušný protokol, pro jedno patro stačí kodex, pro více již musí být sepsán kodex a metodika poskytování služeb. Na modelu

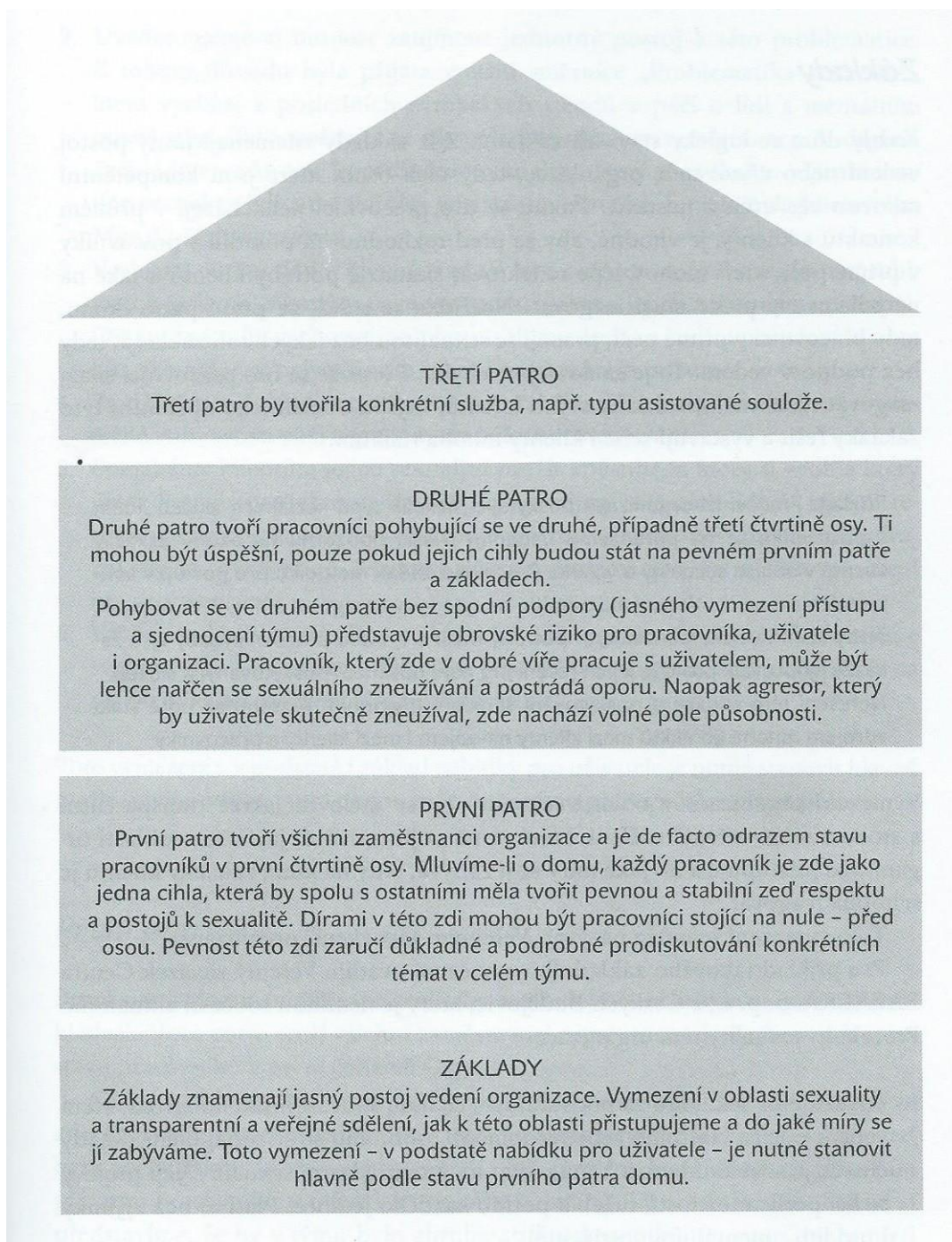
domu si ještě představme hromosvod, který pomyslně spojuje celý dům od střechy až po přízemí. (Venglářová, Eisler, 2013)

„Nejdůležitější částí střechy je tedy samozřejmě Protokol sexuality.“ (Venglářová, Eisler, 2013 s.84)

Protokol sexuality je materiál, který si musí každá organizace pracující se sexualitou svých klientů vytvořit. Jde o veřejně pojmenované kompetence a přístupy, popisuje nabídku služeb, které mohou v rámci dané organizace klienti požadovat a nebo pomáhá s řešením zakázek klientů, kteří mají požadavek nad nabídku organizace - hledá se kompetentní pracovník z jiné organizace. Zatím pro tento protokol neexistuje žádný vzorový materiál, takže je jen na organizaci, jak se k tvorbě postaví. Záleží na klientech a sociální službě. (Venglářová, Eisler, 2013)

Dům sexuality by mohl sloužit jako místo pro řešení sexuálních potřeb klientů, kteří nemají možnost nebo nechtějí sami kontaktovat sexuálního asistenta. Zde by klient jasně věděl jaké jsou služby a co může žádat. Vše by mohl využít bez omezení a bez kritiky společnosti.

Každá organizace musí zhodnotit jaké má cíle a čeho chce se svými klienty dosáhnout a podle toho si vytvořit „dům“ o počtu pater, které zvládne a bezpečně poskytne svým klientům služby sexuální asistence.



Obrázek 1 - Venglářová, Eisler, 2013 s.76

3.5 Ochrana před nebezpečím

Na nebezpečí narážíme v každodenním životě, aniž si to sami uvědomujeme. Je tedy velice nutné osoby, které nemusí mít takové sociální znalosti nebo nejsou v sociální sféře tak zdatné poučit o rizicích se sexualitou spojených. Nejen co se týče možného přenosu pohlavních chorob, násilí, sexuálnímu napadení, ale i o možnosti říct ne nebo dost. S tímto vším by měl být člověk seznámen již v době dospívání a to ve škole nebo v rodině. Rodina se často jeví jako neadekvátní volba z důvodu nechápání sexuálních potřeb svých dětí.

„Musíme osoby s tělesným postižením poučit o případných nebezpečích, které mohou vzniknout - mnoho lidí s postižením dnes využívá služeb prostitutek a prostitutů. Tyto osoby v sexuálních službách nestřídají. Mají své oblíbené pracovníky, protože najít pracovníci v sexuálních službách, která si za styk s člověkem s postižením neřekne dvakrát tolik nebo ho neodbyde jen mazlením a hlazením, když si klient objednal pohlavní styk, je těžké. Proto někteří klienti (v zahraničí) dávají přednost sexuálním terapeutům, kteří pracují s jejich sexualitou za přiměřené peníze a umí pracovat i s lidmi, kteří prostitutkám nevěří. Kterým ze strany prostitutky bylo psychicky ublíženo, nebo neumí či se bojí popsat své potřeby. Klient nemusí vůbec vědět, že si smí určovat pravidla a jasně stanovovat požadavky. „Sexuální pomoc nemůže být ničím víc než jasnou odpovědí na sexuální strádání řady postižených lidí. Hlubší problém touto cestou vyřešit nelze. Je k tomu zapotřebí široký diskurz o atraktivitě, rozkoši a tělesnosti, který se netýká jen postižených lidí, speciálních pedagogů, lékařů a sexuálního doprovodu. Při přemýšlení o sexuální pomoci sexuálním doprovázením by nám mělo být jasné, že se tak před námi otevírá další široké pole zvláštní péče.“ Ovšem Vernaldi vidí i dál. Podle něj je sexuální asistence jen jakýmsi mezistupněm před ideálním světem, v němž by takové služby nebylo třeba. Světem, v němž lidé s hendikepem nemají ze svého těla trauma, světem, v němž si je každý své sexuality a svých tužeb a preferencí vědom, světem, kde si hendikepovaný může beze strachu z reakcí objednat sexuální službu stejně tak jako všichni ostatní.“ (Vidurová, 2014, [online])

4 Intimní asistenti - nový projekt organizace „Rozkoš bez rizika“, aneb právo na sex

„Vzdělávání budoucích sexuálních asistentek a asistentů bude velice rozsáhlé (psychologie lidí s hendikepem, různé typy postižení, fyzická manipulace s klientem, alternativní komunikace, práce s rodinou hendikepovaného a mnoho dalšího). Dokladem je i náročné studium, kterým musí v zahraničí každý z pracovníků projít. Ve Švýcarsku například absolvují sexuální asistentky a asistenti tříleté pomaturitní studium a musí projít psychoterapií.“ (Vidurová, 2014, [online])

Organizace „Rozkoš bez rizika“ získala podporu projektu na téma SEXUÁLNÍ ASISTENCE (Program Švýcarsko-České spolupráce, Název projektu: Právo na sex aneb intimní asistence pro potřebné). Pro české asistenty a asistentky se nyní připravují workshopy a konference - ty zajistí partnerská organizace ze Švýcarska spolu se sexuální asistentkou. Ve Švýcarsku se tématem sexuality zabývají již řadu let. (konzultace Šidová, listopad 2014)

Intimním asistentem se může stát muž i žena s kladným přístupem k sexualitě ostatních osob, nemělo by jít o člověka s předsudky nebo odsuzujícího cizí touhy. Asistent by měl být otevřený sexualitě klienta, umět mu naslouchat. Dále budeme, v této bakalářské práci, pro obě pohlaví využívat slovo asistent.

Kdo je intimní asistent podle organizace Rozkoš bez rizika (2015)? Intimní asistent je muž či žena, který/á pomáhá hendikepovaným s jejich sexualitou. S proškoleným personálem (asistenti/asistentky pro intimní život) pomáhá hendikepovaným při nastavování hranic, s hygienou, oblékáním, navazováním kontaktů, učí hendikepované schopnosti komunikovat o pohlavním styku, obstarává sexuální pomůcky a učí jejich používání, zabývá se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit, schopností říci ne, zodpovědností k rodičovství, masturbaci, rozpoznáním fyzických rozdílů mezi mužem a ženou apod. Intimní asistent má důležitou úlohu v prevenci sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání atd.). Vzdelávání hendikepovaných klientů v oblasti sexuality se rozlišuje podle stupně mentálního hendikepu a schopnosti porozumění. Některá vzdělávání probíhají skupinově, jiná jsou vzhledem k tématu zaměřena sdílena pouze individuálně. (konzultace Šidová, leden 2015)

Intimní asistent pomáhá lidem s tělesným postižením - individuálně, párům (doprovázení), ale i rodičům osob s postižením.

„Sexuální poradce či poradkyně s lidmi o sexualitě pouze mluví, pomáhá jim obstarat pomůcky, časopisy nebo DVD a tak podobně. Sexuální asistent klienta nebo klientku například přímo učí jak s pomůckou zacházet, jak správně masturbovat, může (ale nemusí) jít s klientem přímo do tělesného kontaktu. Poradenství nikdy nezahrnuje doprovázení, ale doprovázení může zahrnovat poradenství.“ (Zahradníková, b.r. , [online])

V roce 2015 bude organizace Rozkoš bez rizika pořádat tři semináře na téma sexuální asistence. Zatím, protože se jedná o málo prozkoumanou oblast a není jisté, zda a jak budou tyto služby začleněny do legislativy, jakým způsobem budou jednoznačně odděleny od prostituce, bude tento projekt pro veřejnost spíše informativní. Školené jsou v této době pouze prověřené, zdravé prostitutky, které nemají s intimitou problémy.

Všechny semináře se budou zabývat problematikou intimní asistence a sexuality osob s hendikepem. Každý bude zahrnovat skupinu 15 - 20 osob. Jejich náplní bude proškolení odborníků a odbornic pracujících s lidmi s hendikepem (intimní asistenti, pedagogové, terapeuti, sociální pracovníci aj.) V rámci setkání bude možné diskutovat svoje zkušenosti s pomocí lidem s hendikepem s lektory z partnerské organizace ze zahraničí. (Rozkoš bez rizika, © 2010 - 2013)

Další aktivitou této organizace bude první konference na téma intimní asistence v České republice, která bude jednodenní pro asi 50 zájemců. Cílem konference je zmapovat materiály s tematikou intimní asistence, které mohou účastníci/účastnice nejen zveřejnit, mohou je prodiskutovat a předat si vzájemně teoretické znalosti i praktické s tématem. Nedílnou součástí sympózia budou výukové materiály našich i zahraničních autorů a prezentace k danému tématu. Vybrané příspěvky z konference budou publikovány na webových stránkách určených pro téma intimní asistence, na facebooku i v médiích. V průběhu odborné diskuze by měl být navržen „Etický kodex intimní asistence“. Důležitým výstupem budou odborné články na dané téma (Pšenicová, Šídová, 2014/15).

Bude tato služba pouze pro muže? Určitě ne, sexualitu prožívají muži i ženy obdobně a služba sexuální asistence bude pro obě pohlaví. Na ženskou sexualitu je nahlíženo jen z několika málo perspektiv. Zpravidla se zaměřuje pozornost na ochranu před těhotenstvím

nebo před zneužitím. Ze zkušeností zahraničních výzkumů lze také vyčíst, že postižené ženy sice sexuální asistenci akceptují, pro sebe ji však za řešení nepovažují. (Vidurová, 2014)

Potřeba sexuální asistence v naší zemi roste a poptávka se zvyšuje. Je pozitivní, že „Rozkoš bez rizika“ vytváří projekt podpory. Negativní je, že tato organizace, zatím, hodlá školit jen prostitutky/ky a nikoho jiného. Slibují si od toho uplatnění na trhu práce pro své klienty a klientky „Rozkoše bez rizika“. Pozitivní by bylo pozměnit přístup a umožnit absolvování kurzu i osobám, které se prostitucí nezabývají, ale mají pozitivní přístup k sexu a k potřebám ostatních. Což mohou být osobní asistenti, terapeuti, speciální pedagogové, sociální pracovníci a jiní.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Kvantitativní výzkum pomocí dotazníku

5.1 Cíle výzkumu a pracovní hypotéza

Cílem mé bakalářské práce bylo pomocí dotazníkové metody získat co nejvíce znalostí, které se týkají dané problematiky a zmapovat co nejlépe problematiku dospívání a sexuality lidí s tělesným postižením, kteří mají pečovatele. Chtěla jsem zjistit, co tyto osoby vědí o sexuální asistenci a připravovaných výše možnostech včlenění této problematiky do systému péče o klienty s tělesným postižením. Vycházela jsem z předpokladu, že téma je silně tabuizované a málo odborně sledované, což se mi potvrdilo v rámci výsledků z dotazníků.

5.2 Stanovení hypotéz a formulace hypotéz

„Hypotéza je výzkumný problém, který určuje základní orientaci výzkumu, ale nevyjadřuje dostatek informací ke směřování výzkumu. Proto potřebujeme hypotézy, jsou konkrétnější, rozmělní výzkumný problém na menší části, vedou celou linii výzkumu, potvrzují se či vyvrací.“ (FSP.MUNI, b.r, [online])

„ Při tvorbě správně formulovaných hypotéz je nutné dbát na dodržení tří základních požadavků – pravidel pro formulaci hypotéz (jejich nedodržení je nejčastějším důvodem chybování):

- Hypotézy jsou tvrzení, je třeba formulovat je jako oznamovací věty a nezaměňovat je s výzkumnou otázkou (problémem).
- Hypotézy vyjadřují vztah alespoň dvou proměnných. Tento vztah mezi dvěma jevy je třeba jasně a explicitně vyjádřit. Je vhodné proměnné porovnávat a ověřovat: rozdíly (více, častěji, silněji, výš, odlišně), vztahy (pozitivní, negativní souvislost, korelace) či následky (čím – tím, jestliže – pak, jak – tak, když – pak).
- Hypotéza musí být testovatelná, musí se dát potvrdit nebo vyvrátit. Proměnné se musí dát měřit nebo kategorizovat (věk: 16,17, aj.; pohlaví: žena, muž; oblíbenost - míra oblíbenosti na škále; kvalita života – je třeba najít indikátory kvality života)“. (FSP.MUNI, b.r.)

5.3 Hypotézy bakalářské práce

- Lidé s tělesným postižením se zajímají o oblast sexuality (a to z hlediska osobního, společenského i právního) ve stejné či podobné míře jako osoby bez postižení.
- Domníváme se, že sexuální život je ovlivňován dobou vzniku postižení a prostředím ve kterém člověk žije.
- Osoby s tělesným postižením využívají a vyhledávají služby sexuálního asistenta.
- Domníváme se, že pokud bude sexuální asistence v souladu se zákonem a vznikne funkce sexuálního terapeuta, bude služba snáze dosažitelná a tím více využívána.

5.4 Použité metody výzkumu

Základem výzkumu bylo získat informace na základě dotazníkového šetření pro danou problematiku.

Při tvorbě dotazníku jsme využívali poznatky na základě kvalitativního a kvantitativního výzkumu. „Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem explorovat je, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.“ (Hendl, 2008, s. 44). Zvolili jsme formu dotazníku, protože „Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ (Chrásková, 2007, s. 163)

Tvorba dotazníku:

„Dotazník se obvykle skládá ze tří částí:

- Vstupní část se obsahuje hlavičku (název a adresa instituce, která dotazník zadává, a (nebo) jméno autorů dotazníku). Vstupní část dále vysvětluje cíle dotazníku. Často zdůrazňuje i význam respondentových odpovědí při řešení dané problematiky. Tím motivuje respondenta k pečlivému vyplňování dotazníku a v případě zasílaného dotazníku i k jeho vrácení. Vstupní část obsahuje i pokyny, jak dotazník vyplňovat. K pokynům bývá někdy připojen ilustrativní příklad vyplnění.

- Druhá část obsahuje vlastní otázky. Seřazení otázek nebývá vždy tematické, tj. pořadí jednotlivých otázek neodpovídá logice. Sled dotazů se ruší z psychologických důvodů. Obvykle na prvních místech bývají otázky lehčí a přitažlivější. Je to proto, abychom respondenta neodradili. Uprostřed bývají otázky těžší a méně zajímavé. Ke konci jsou umístěny otázky, které mají důvěrnější charakter. Na konci bývají zařazeny i faktografické otázky. Je to pro to, že respondent může být na konci dotazníku unavený a faktografické otázky nebývají tak náročné jako jiné typy otázek.
- Úplně na závěr dotazníku bývá poděkování respondentovi za spolupráci.” (Gavora, 1996 s. 54)

Tvorba otázek do dotazníku.

„Každá otázka se skládá ze slov a hodnocení, to je slovní nebo číselné. Každému slovu v otázce musíme věnovat pozornost. Dotazník může být srozumitelný pro tvůrce dotazníku, ale ne pro respondenta. Je tedy nutné dotazník dostatečně promyslet a specifikovat. Některá slova se mohou stát zavádějící (např. často, hodně aj.)“ (Gavora, 1996, s. 54).

Základní pravidla pro tvorbu otázek dle Gavory (in Babbie in McMillan a Schumacherova, 1989, s. 255-257)

1. „Formulujte jasné otázky - respondenti jim budou rozumět všichni stejně.
2. Nemějte moc široké otázky s ne zcela jasným výkladem.
3. Výrazy jako „několik”, „obvykle” mohou respondenti vnímat různě, je tedy lepší se jim vyhnout.
4. Nepoužívejte dvojité otázky. Otázka se musí týkat jen jedné věci.
5. Musíme klást otázky, na které může respondent odpovědět.
6. Otázky musí být smysluplné.
7. Je třeba se vyhnout se dlouhým nejasným otázkám, otázky musí být jednoduché.
8. Musíme se vyhýbat záporným výrazům. Často se přehlédnou nebo špatně interpretují. Respondent by pak mohl odpovídat na kladnou otázku, i když je záporná.

9. Musíme se vyhýbat se otázkám, které vzbudí předpojatost. Takové otázky se týkají jiných osob a institucí.“

Vytvořili jsme tedy dotazník, který se po hlavičce skládal ze 3 částí – první monitorovala vlastního klienta a jeho postižení, druhá část hodnotila roli pečovatele v životě klienta v osobním i společenském životě a třetí se zabývala problematikou možné sexuální asistence. Dotazník byl anonymní a data byla určena pouze pro odbornou veřejnost.

Dotazník měl následujících 30 otázek (viz Příloha 1). První část se zabývala vlastní osobou klienta tedy jeho pohlavím, věkem, popisem postižení, dobou trvání i otázkou v čem se respondent cítí nejvíce omezen.

Druhá skupina otázek hodnotila role pečovatele a osobního asistenta v životě klienta s tělesným postižením, tedy zda využívá služby osobního asistenta, kolikrát denně, týdně apod., zda má stálého asistenta, pokud ne kolik jich je zapojeno do jeho péče, jaký je k tomu důvod i jaké služby využívá klient nejčastěji, zda je se službami spokojen, co by se dalo zlepšit a jak dlouho službu využívá.

Poslední třetí část monitorovala problematiku sexuální asistence v rovině osobní, společenské, právní apod. Zjišťovali jsme, zda klienta osobní asistent doprovází na schůzky s partnerem/kou, jaké má přitom respondent pocity, jaké mají klient a asistent vztahy, jaká je hloubka této vazby i co by se na spolupráci dalo zlepšit. V rovině společenské, sociální i právní otázky směřovaly na to, jak klient chápe služby sexuální asistence, do jaké míry je o nich informován, zda je prakticky využívá a jak, případně co mu brání – zda neznalost nebo mentální nebo fyzická nezpůsobilost. Důležitou otázkou je, zda by si klienti přáli tuto službu ošetřenou zákonem, zda by touto službou měla být pověřena konkrétní organizace.

5.5 Analýza a stručná charakteristika výzkumného vzorku

O spolupráci pro vyplnění dotazníku v této intimní oblasti jsme požádali: Jedličkův ústav, Spolek Kvadru, Centrum Paraple, Český svaz tělesně postižených sportovců, Svaz tělesně postižených Brno a Blatná. Přímo jsme oslovili respondenty na výstavě Naše cesta. Práce hovoří převážně o lidech středního věku, kteří mají sexuální zkušenosti (32,1% žije s partnerem či partnerkou). Nepodařilo se nám získat dost osob v mladém věku od 10-20 let z důvodu jejich pravděpodobné stydlivosti a nedostatku zkušeností s danou problematikou.

Dotazník byl vložen na webové stránky www.survio.com, který umožňuje anonymní sběr dat i jejich analýzu. Získali jsme 28 dotazníků osob s tělesným postižením. Soubor tvořilo 12 žen a 16 mužů (tabulka č. 1) ve věkovém rozmezí 10 – 55 let (tabulka č. 2).

Tabulka č. 1. Struktura sledovaného souboru.

	Počet	%
Muži	16	42,9
Ženy	12	57,1
Celkem	28	100

Tabulka 2. Věkové struktura respondentů.

10 – 20 let	3	10,7 %
21 – 30 let	13	46,4 %
31 – 40 let	8	28,6%
41 – 55 let	4	14,3 %
55 a více let	0	0

Obrázek 2. Tělesná postižení respondentů.

3 Proším, popište alespoň rámcově typ Vašeho postižení

VACTERL syndrom, praktická hluchota jednoho ucha, amplyopia, astigmatismus, atrezie s atrofií jícnu, defekt komorového septa, těžká dechová nedostatečnost, kyfoza, porucha segmentace páteře, motýlovité obrátle, defekty ledvin, ledvina v pánvi, chronické záněty vaječníků, močového měchýře, prekanceróza MM, 4prstá ruka, porucha dolní končetiny, polovina dělohy	dmo spastická triparéza s přechodem do kvadruparízy mám ochrnuté 3 končetiny s tím že ani na 4 se nemohu 100% `spolehnout	Moje postižení se nazývá Aspergerův syndrom, j sem odlišný a cítím se odlišně, odlišně mluvím	Postižení dolních i horních končetin, přesto zachována plná samostatnost.
plegie poCMP, VOZÍK	Kvadruplegik po skoku do vody C4 - C6 míšní léze ;-)	Po operaci skoliozy s komplikací levostranné hemiparezy.	Svalová dystrofie. Hlavně potřebuju pomoc nahodit na nohy.
úraz páteře	praktická nevidomost, mírný světlocit	Spinální svalová atrofie Werdnick Hovmann	DMO spastická forma kvadruparesa, dysartrie
	Spinální muskulární atrofie.	HSMN TYP1, SPINALN INEUROPATIE.	polyo + stav po mozkové mrtvici
	DMO spastická kvadruparéza	Paraplegie dolních končetin	spinální svalová amyotrofie
	Po autohavárii	Vrozená vývojová vada	Spinální svalová atrofie
	BLA	Spina Bifida	tetraplegia C4-6
		DMO	tělesné

Tělesná postižení shrnuje obr. č. 2. Pohybují se v celém spektru onemocnění od stavů po úrazu po vážná vrozená onemocnění.

Tabulka 3. Věk při vzniku postižení.

od narození	18	69,2 %
získaná v průběhu života	8	30,8 %

Většina klientů s tělesným postižením v našem souboru bylo postiženo od narození (tabulka 3). Téměř polovina (46, 4 %) jich žije s rodiči, zajímavé je, že 32,1 % žije s partnerem/kou, samostatně je schopno bydlet pouze 10, 7 % a s přáteli 7,1 % (tabulka 4).

Tabulka č. 4: Sociální vazby respondenta.

bydlení respondenta:	28	100 %
sám/a	3	10,7 %
s rodiči	13	46,4 %
s přáteli	2	7,1%
s partnerem/kou	9	32,1%
Jiné	1	3,6 %

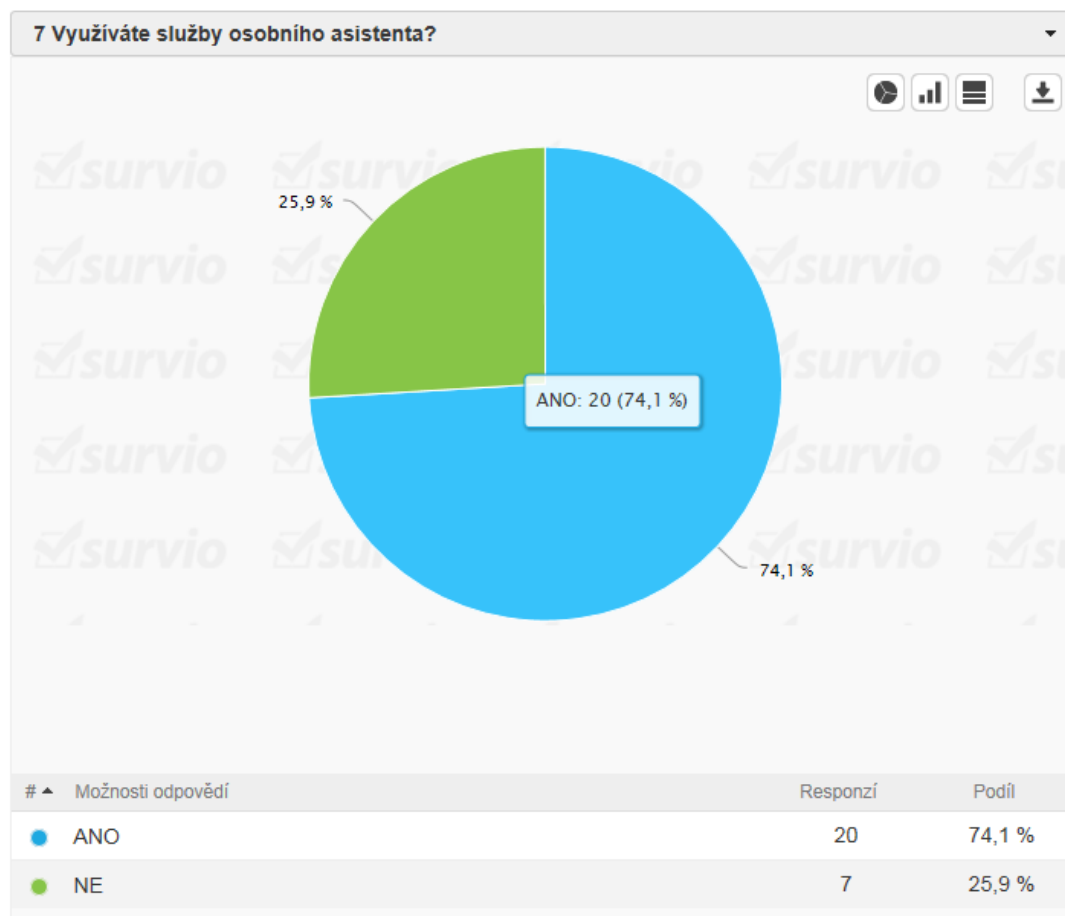
Tělesně postižení našeho souboru se cítí limitováni nejen vlastním hendikepem, ale i izolací od ostatního života a to i v rodině, kde ostatní pracují, cítí, že řada přátel se k nim nechová jako k rovnocenným partnerům, ale spíše jako k dětem, o které je třeba se starat.

5.6 Popis hodnocení výzkumu

Výsledky výzkumu jsme hodnotili na základě anonymního dotazníkového šetření, které bylo strukturováno do tří částí. V první části, kterou jsme zařadili do kapitoly analýza výzkumného vzorku, jsme popisovali osobu klienta a hodnotili jsme možnosti vycházející z jeho tělesného postižení. Ve výsledcích výzkumu se objevila druhá a třetí část dotazníku, tedy segmenty zabývající se rolí pečovatele v životě klienta v osobním i společenském životě a třetí, který zahrnoval problematikou sexuální asistence. Šetření bylo anonymní a data jsou určena pouze pro odbornou veřejnost.

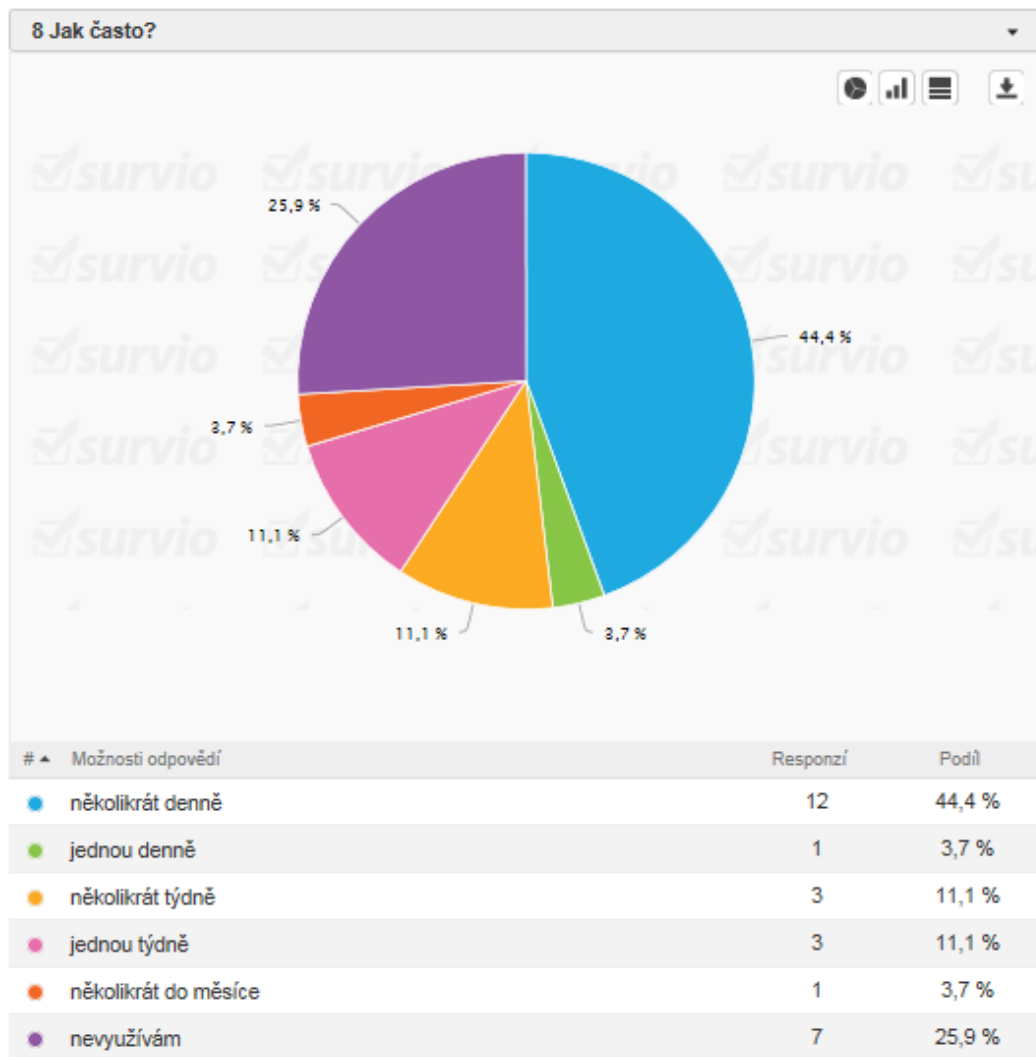
5.6.1 Úloha pečovatele a osobního asistenta v životě klienta s tělesným postižením

Graf č. 1. Využití služby osobního asistence.



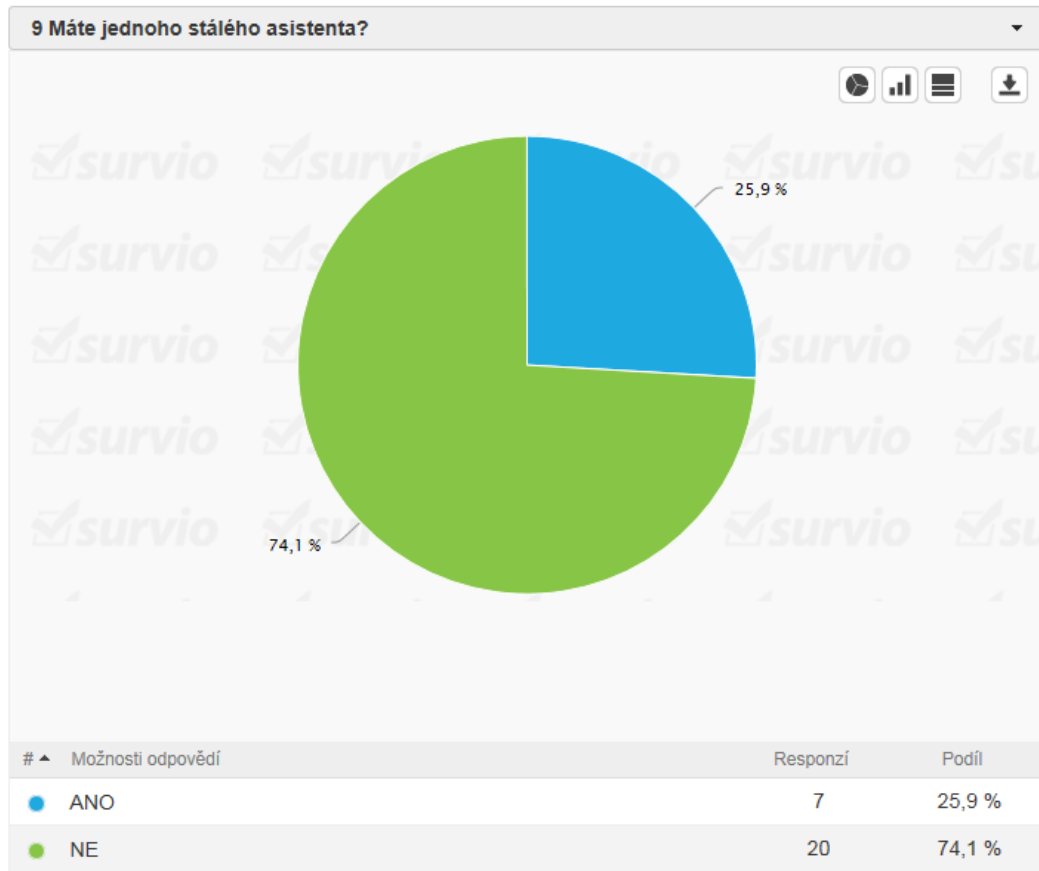
Obecně se ukázalo, že osobu profesionálního pečovatele i osobního asistenta využívají respondenti, kteří mají dostatek finančních prostředků, většinou se jedná klienty, kteří kromě sociálních dávek mají ještě další příjem ze zaměstnání. Graf č. 1 prezentuje fakt, že 74,1 % osob s tělesným postižením využívá alespoň nějakou formu osobní asistence.

Graf č. 2. Frekvence služeb osobního asistenta.



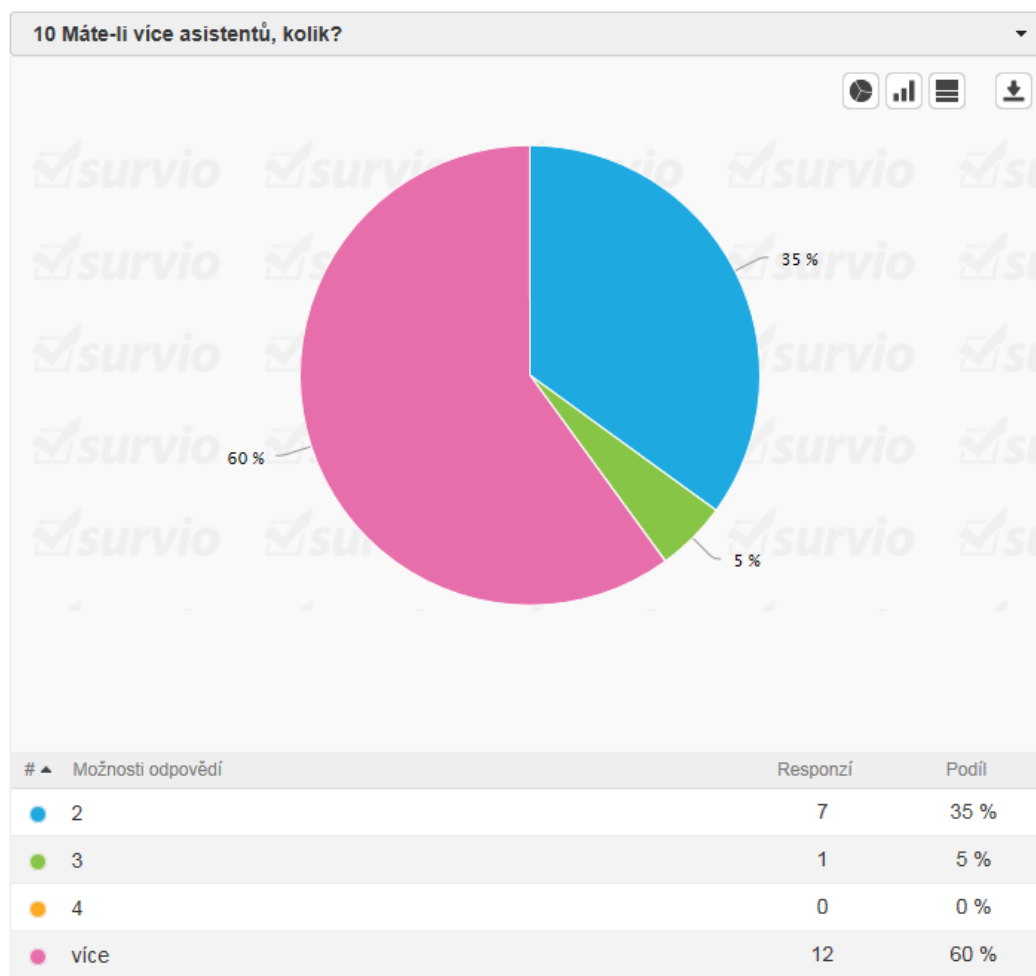
Z našich šetření je zřejmé, že téměř polovina (44,4 %) potřebuje různé služby několikrát denně, jednou denně ji využívá jeden člověk, jednou v měsíci až několikrát týdně si ji objednává 25,9 % respondentů. Opět máme téměř čtvrtinu osob, kteří tuto službu nechtějí nebo nepotřebují (25,9 %).

Graf č. 3. Problematika jednoho stálého asistenta.



Pouze čtvrtina dotázaných využívá pouze jednoho osobního asistenta (25,9%) (Graf. 3). Zdá se, že pro plynulý chod domácnosti ani pro další aktivity méně pohyblivého klienta střídání osobních asistentů zjevně nevádí. Vzhledem k fyzické i časové náročnosti služby čtvrtina souboru má dva stálé asistenty, většina využívá více než čtyři asistenty (60%). Lze z toho usuzovat, že typ komplexní péče o osoby s postižením má to specifikum, že klient, tj. osoba s postižením si sama určuje, jakou péči a v jakém rozsahu potřebuje a jak ji chce využít.

Graf č. 4. Počet zapojených osobních asistentů do péče o klienty.



Naše výsledky dále ukazují, že klient tak může žít sám a nikoliv v nějakém zařízení, kde by o něj bylo pečováno. Organizovaná osobní asistence s více asistenty (60 % respondentů má více než 4) je prostředkem k plnohodnotnému životu člověka s postižením, který mu zjevně zajišťuje dobrý životní standard s kompenzací tělesného postižení. (graf č. 4)

Obrázek č. 3. Spektrum možností, jak využívat osobní asistenci.

11 Z jakého důvodu využíváte více asistentů?

Jeden asistent je tatínek, bohužel není zcela zdrav. Využívala jsem placenou sebeřízenou osobní asistenci (zákon 108 mi to umožňuje) a asistentku jsem si našla sama, bohužel v současné době jsem ji přestava využívat, kvůli konfliktu s otcem - tatínek bohužel vidí jen finální hledisko, a stát mi nechce přiznat odpovídající PnP, neb se nechováám jako chudáček. V neposlední řadě učím lidi v běžném provozu, jak mi mají odasistovat buď chůzí ze /do schodů, že mě nesmí tahat a podobně, plus jak mě zvednout na nohy. Ono bych se nedoplatila na párty, kde nehraju, a která stojí 800, neb bych musela zaplatit vstup ještě asistentce.	potřebuji stálou asistenci, partnerka pracuje, já pracuji, každý děláme něco jiného. Potřebuji asistenci téměř na vše. Jednu asistentku mám stabilní, ale když nemůže, tak musím mít v záloze i jiné. Ty nevyužívám tak často. Ale také mají jinou schopnost asistence např. při jednáních na vyšší úrovni, jazykové vybavení (je mi špatně rozumět, mám i poškozenou řeč - po mozkové mrtvici)	V předchozí otázce zaškrtnuta první odpověď, protože bez jejího vyplnění nelze pokračovat. Tato odpověď není relevantní, protože nevyužívám služby osobního asistenta.	Jsem zcela závislý na péči, takže by to nebylo v časových možnostech asistenta. Program pomáhá sestavit tým Asistence, o. p. s.
Asistentci požaduju při chůzi do schodů a vertikalizaci ze židle nebo ze záchodu.	abych byla schopna sestavit týdení rozpis	Mými osobními asistenty jsou rodinní příslušníci, kteří se v pomoci dle možností potřeby střídají.	Doma o mě pečují rodiče, přes týden na internátu vychovatelé a dalšího asistenta využívám při tréninku boccii
	nedokazem sam urobit vela veci	Nevyužívám více asistentu (nelze odeslat bez vyplnění všech políček :-)	Využívám služeb Dokova pro mne v Brně. Zvláštního asistenta bych nezaplatil
	Jeden by to nedal :-)	využívám řízenou i sebeurčující	jsem závislý na tom koho mi pošlou z asistence os koordinátoři.
BLA		Při oblékání, nošení jídla	POTŘEBUJI POMOC SE VŠÍM!!
		Kvůli jejich času.	nevyužívám

Z hlediska pochopení funkce asistentů má zásadní význam otázka č. 11 v našem dotazníku (obr. č. 3). Z jakého důvodu využíváte více asistentů, kde odpovědi mapují celé spektrum možností od nevyužívání péče až po úplnou závislost na péči asistenční služby.

Tedy od nevyužívání služby z důvodů:

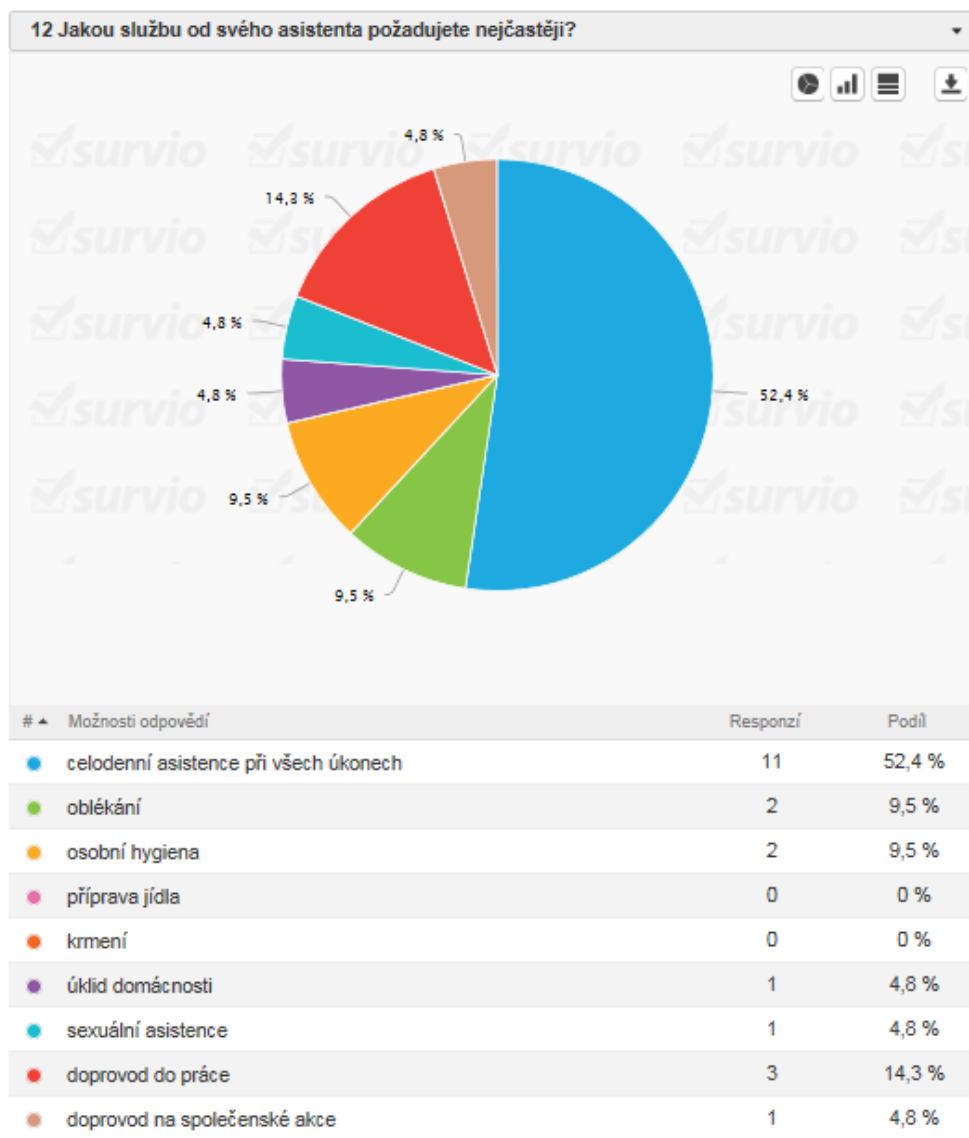
- nevyužívání péče
- pomoc rodinných příslušníků
- konflikt mezi osobním asistentem a rodinným příslušníkem

přes kombinovanou péči rodin, ústavní péče a specializované jednoúčelové péče asistenta až po zásadní využívání služeb osobních asistentů:

- na přípravu týdenního programu
- pomoc při jídle, oblékání, transportu apod.

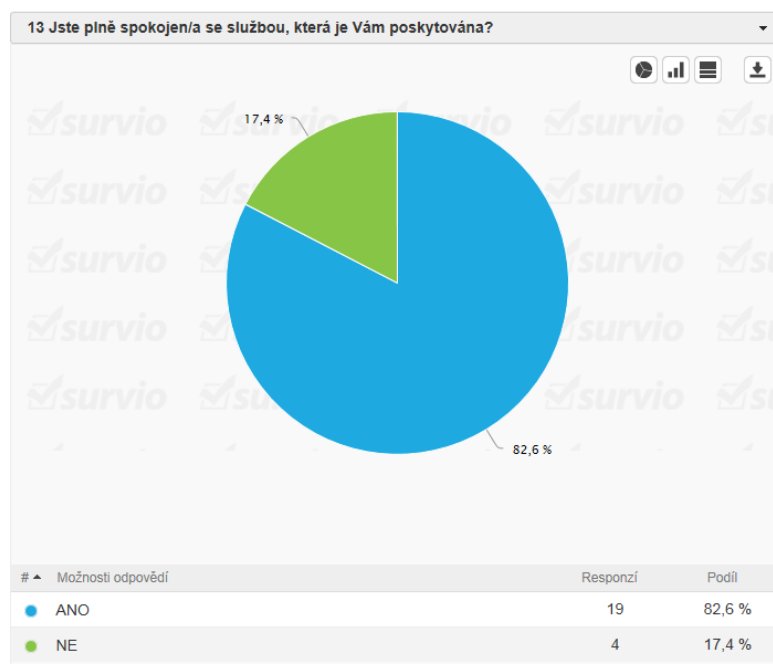
Z dotazníku je zřejmé, že řada respondentů by měla ráda jednoho osobního asistenta, ale nemohou si to dovolit finančně, také chápou, že jejich závažné tělesné postižení nedovoluje péči pouze jednoho člověka.

Graf č. 5. Stratifikace služeb osobního asistenta.

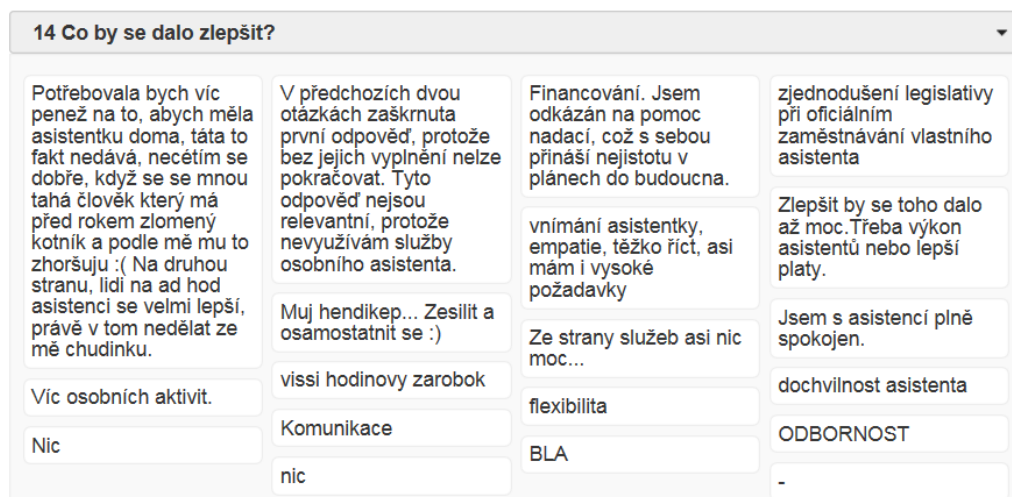


Na obrázek č. 24 navazuje Graf č. 5, který specifikuje poskytovanou péči. Z výsledků je zřejmé, že polovina klientů (52,4 %) potřebuje celodenní asistenci při všech úkonech, 9,5 % potřebuje pomoc při oblékání nebo osobní hygieně, 14,3% se neobejde bez asistence při cestě do zaměstnání. Jen jeden klient měl požadavky na doprovod na společenské akce a sexuální asistenci.

Graf č. 6. Spokojenost se službami osobního asistenta.

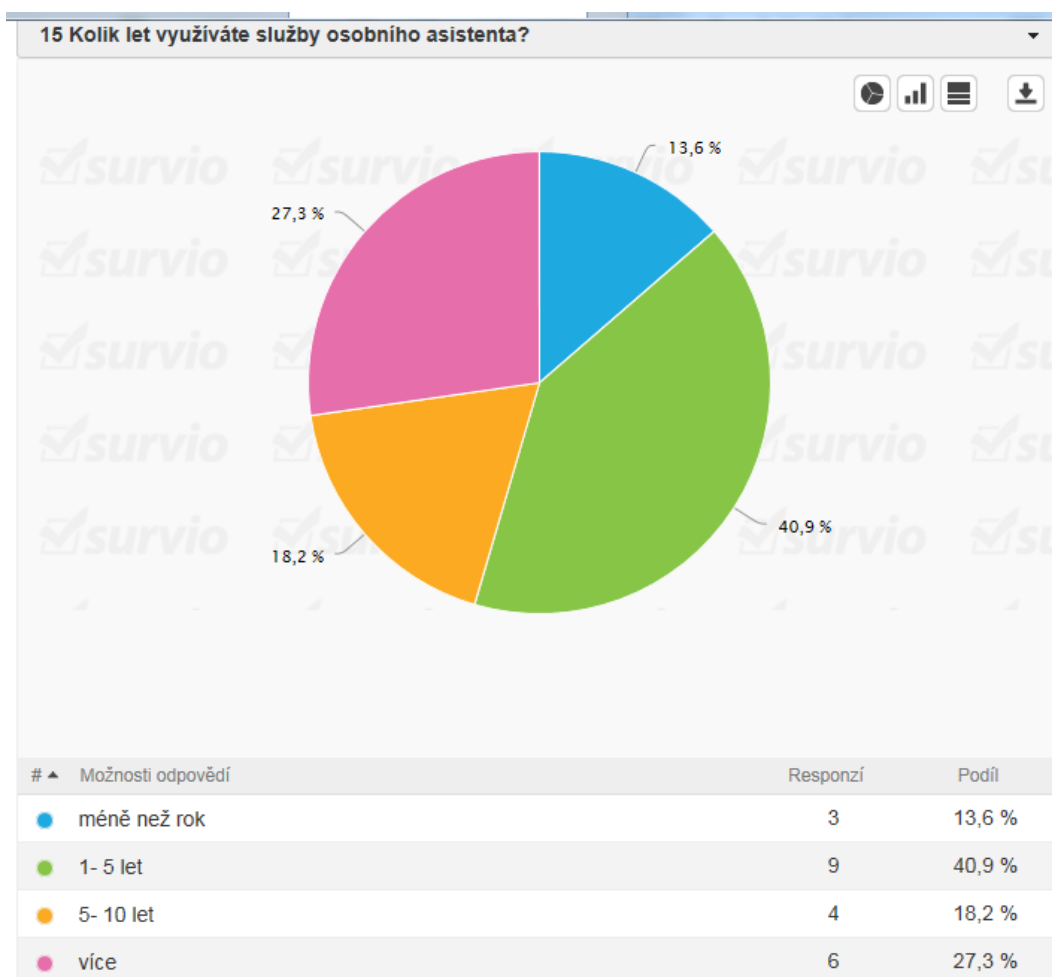


Obrázek č. 4. Hodnocení spokojenosti s osobním asistentem.



Z Grafu č. 6 je evidentní, že více než 80 % (82,6 %) respondentů je spokojeno se službami osobního asistenta. Obr. č. 4 tyto pocity specifikuje od velké spokojenosti, která je však limitována možností finanční úhrady, přes nejistotu klienta, který je odkázán na finanční možnosti nadace, po kritiku asistentů, kteří musí vykonat rychle své povinnosti a nemají čas navázat s klientem opravdu přátelský vztah až po respondenty, kteří se ke službě nemohou vyjádřit, protože ji nevyužívají.

Graf č. 7. Doba spolupráce.

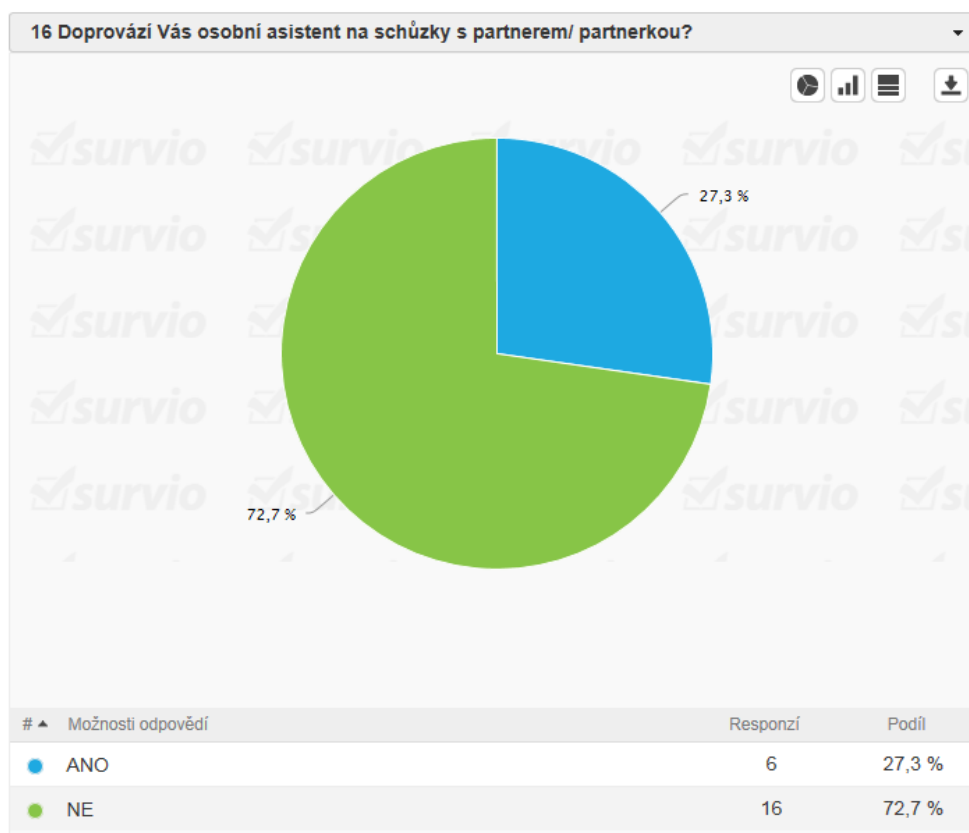


Potřeba využívat profesionální pečovatele i osobní asistenty je dlouhodobá (Graf č. 7). Služba vychází z předpokladu, že je nutné ji poskytovat bez omezení místa a času, tj. doma i mimo domov, 24 hodin denně i o víkendech - vše dle aktuální potřeby klienta. Většina klientů ji tak využívá více než 1 rok, 27,3 % asistenti pomáhají více než 5 let. Osobní asistence tak řeší sociální handicap, tj. oddělení člověka od společnosti v důsledku jeho zdravotního znevýhodnění. Tato pomoc pomáhá respondenty sociálně zabezpečit bez potřeby trvale zůstat ve specializovaných zařízeních.

5.6.2 Úloha pečovatele a osobního asistenta v oblasti sexuální asistence

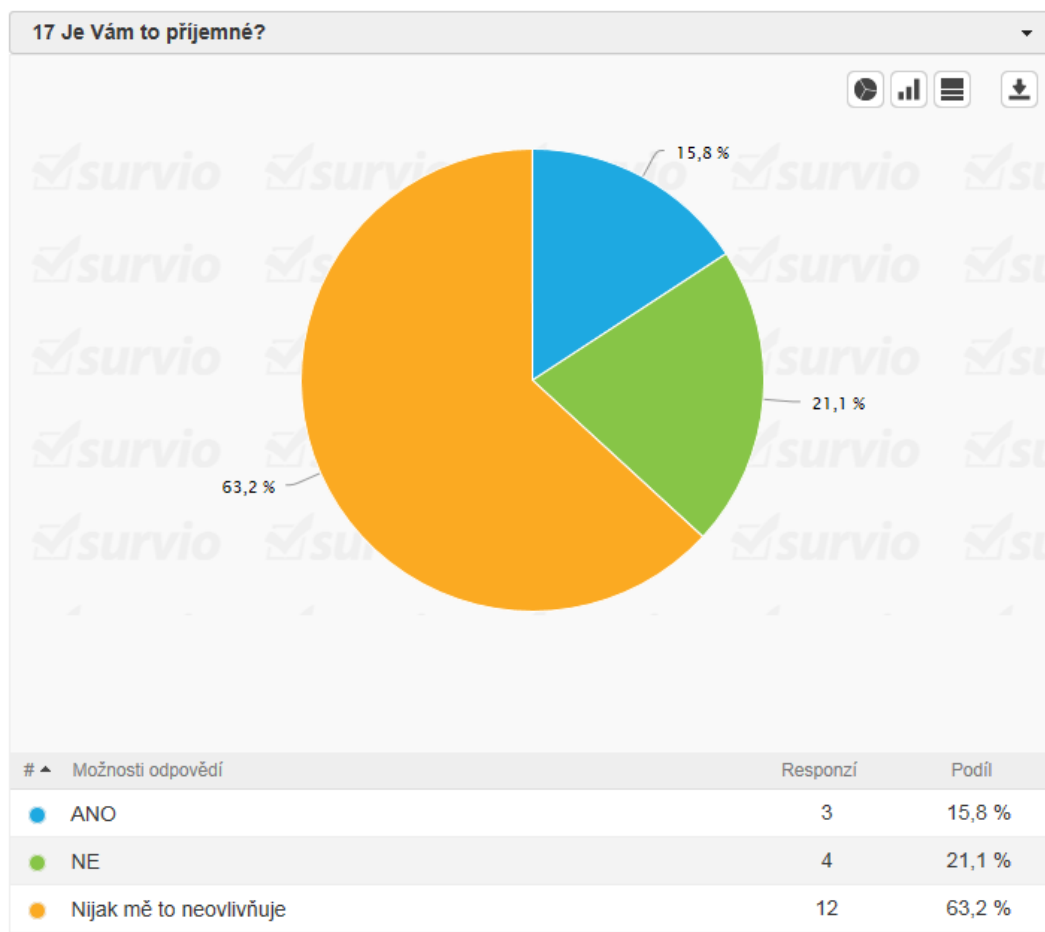
Poslední třetí část našeho výzkumu monitorovala problematiku sexuální asistence v rovině osobní, společenské, právní apod. Profesionální pečovatel i osobní asistent musí být osobě s tělesným postižením partnerem. Jejich vzájemný vztah je často velmi osobní a zasahuje psychicky i fyzicky do intimních oblastí života jako je hygiena, oblékání, apod. Zjišťovali jsme dále, zda klienta osobní asistent doprovází na schůzky s partnerem/kou, jaké má přítom respondent pocity, jaké mají klient a asistent vztahy, jaká je hloubka této vazby i co by se na spolupráci dalo zlepšit.

Graf č. 8. Propojení role asistenta v osobním životě – schůzka s partnerem/kou.



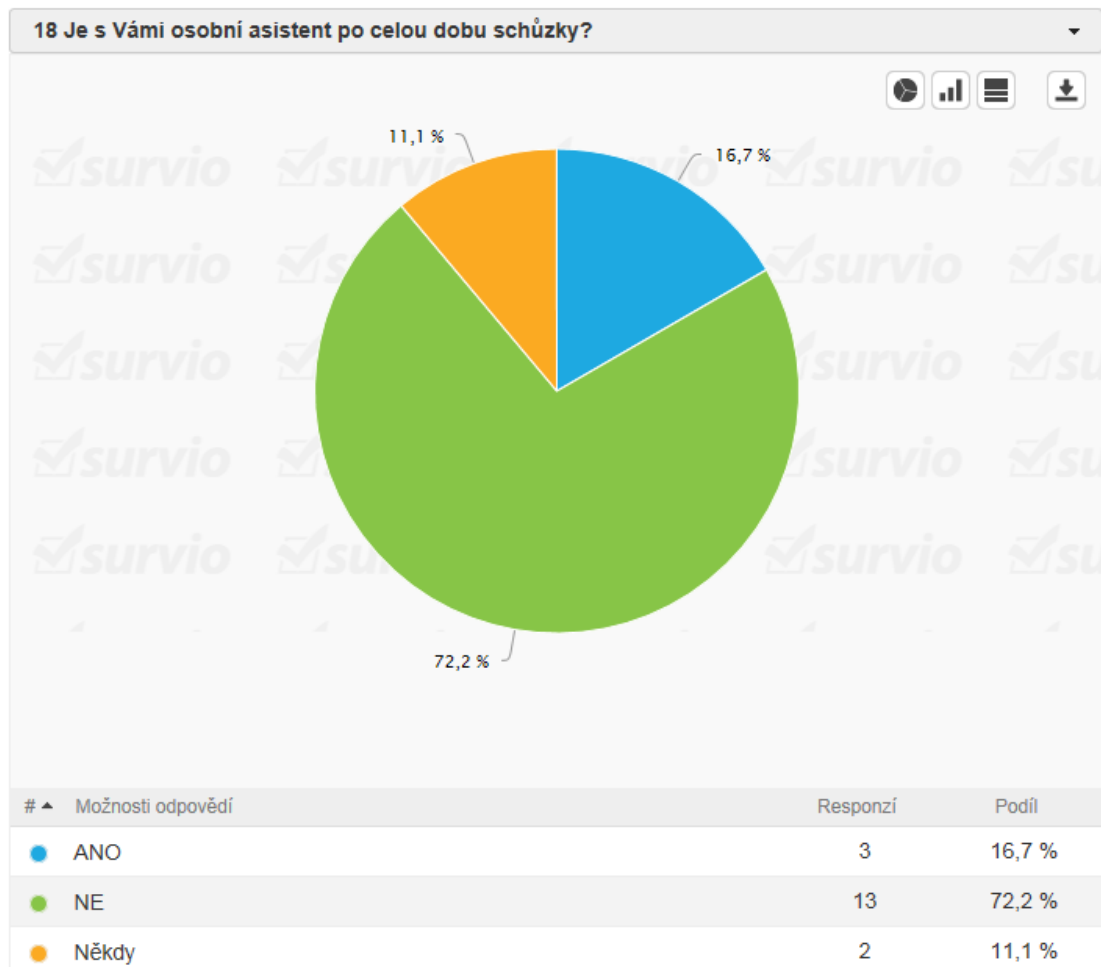
Z Grafu č. 8 je zjevné, že při vytváření nových partnerských vztahů si přeje klient zůstat sám se svým partnerem/kou (72,7%). Navazování nových kontaktů i potřeba získat soukromí je zjevně stejné u osoby s tělesným postižením jako i u lidí zcela zdravých.

Graf č. 9. Pocity klienta ve vztahu osobní asistent – klient.



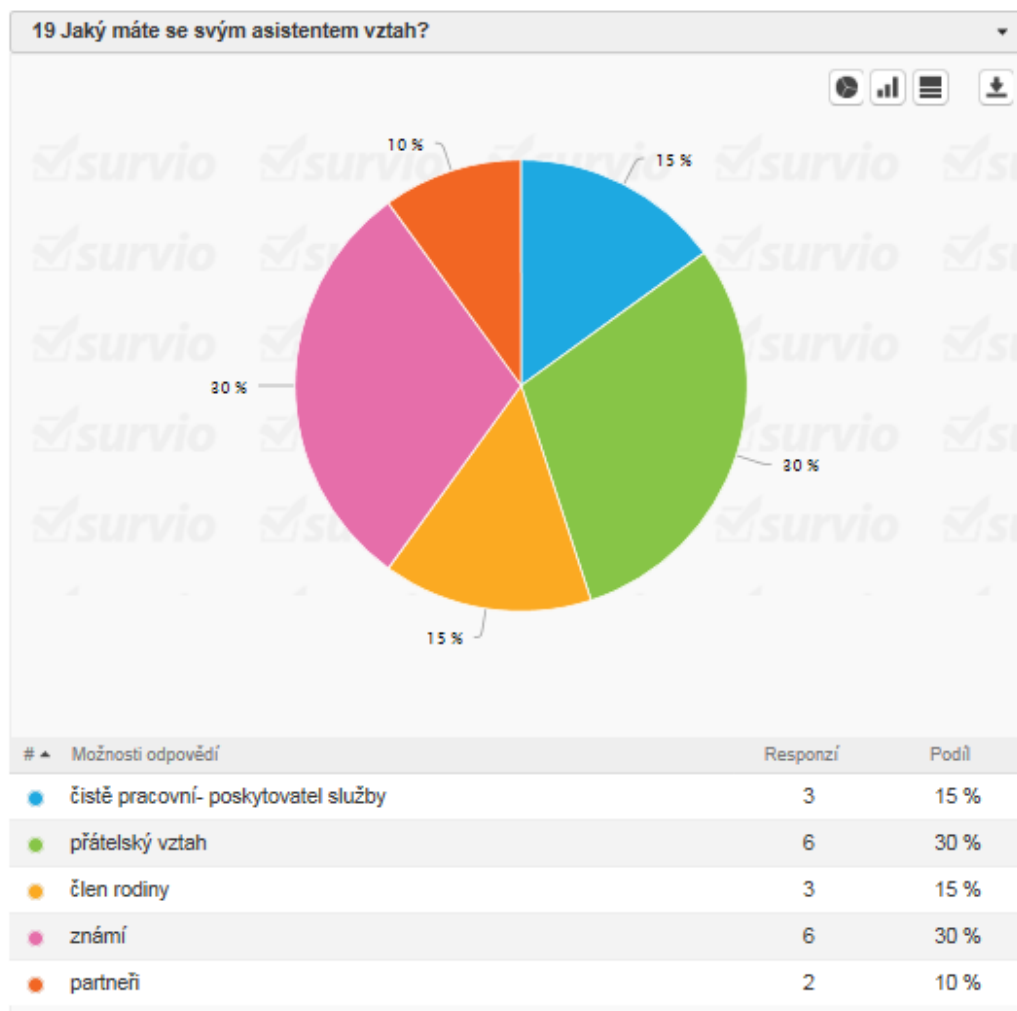
Graf č. 9 ukazuje, že pokud je přítomnost osobního asistenta při schůzce nezbytná většinu respondentů to neruší (63,2 %), což zjevně souvisí s intimním fyzickým kontaktem při pomoci asistenta.

Graf č. 10. Přítomnost osobního asistenta při schůzce.



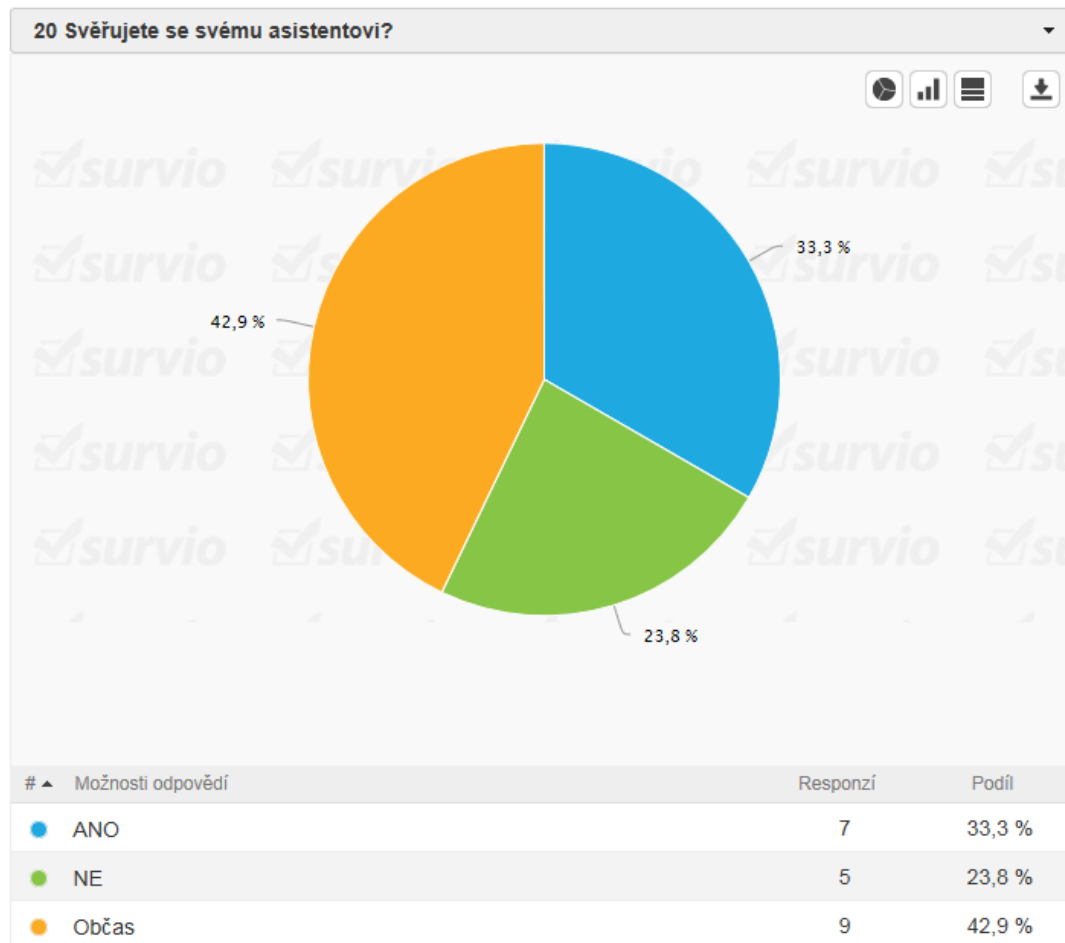
Z Grafu č. 10 je evidentní, že osobní asistent i klient se snaží co nejvíce uchovat vlastní intimitu setkání (72,2 %) a pomoc omezit na co nejmenší míru (11,1 %).

Graf č. 11: Vztah klient – asistent.



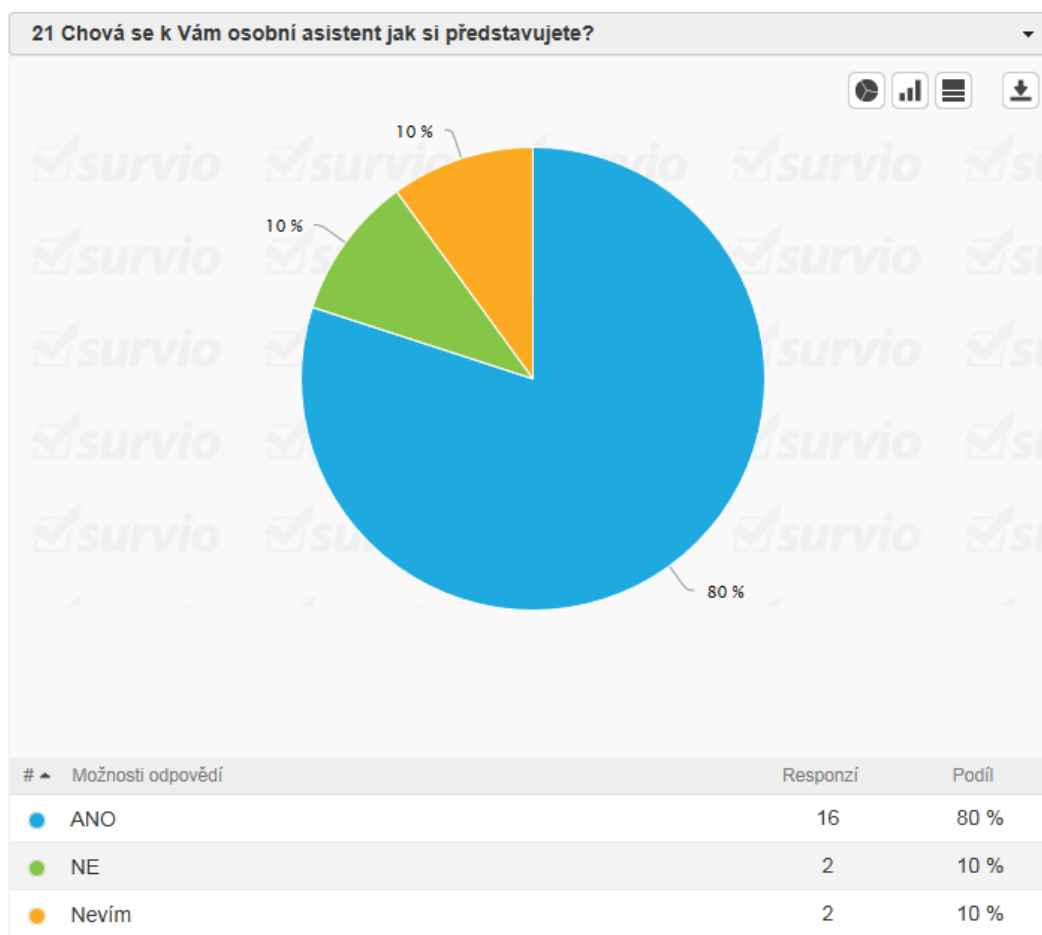
Vzájemná empatie zjevně souvisí s faktem, že pouze 15 % respondentů má se svým klientem pouze vztah pracovní (Graf č. 11). Převažují vztahy přátelské (30 %), rodinné (15 %), „dobří známí“ (30%). 10% jsou ve vztahu partnerů. To však neznamená, že by respondent svému asistentovi beze zbytku svěřoval se svými pocity (33,3 %)

Graf č. 12 Pocity svěřování.



Stejně jako u zdravých lidí ostych, strach či osobní nejistota může omezit sdílení v intimní oblasti na „slovíčko“ občas (42,9 %) nebo ne (23,8 %). (Graf č. 12)

Graf č. 13. Porozumění mezi respondentem a asistentem.



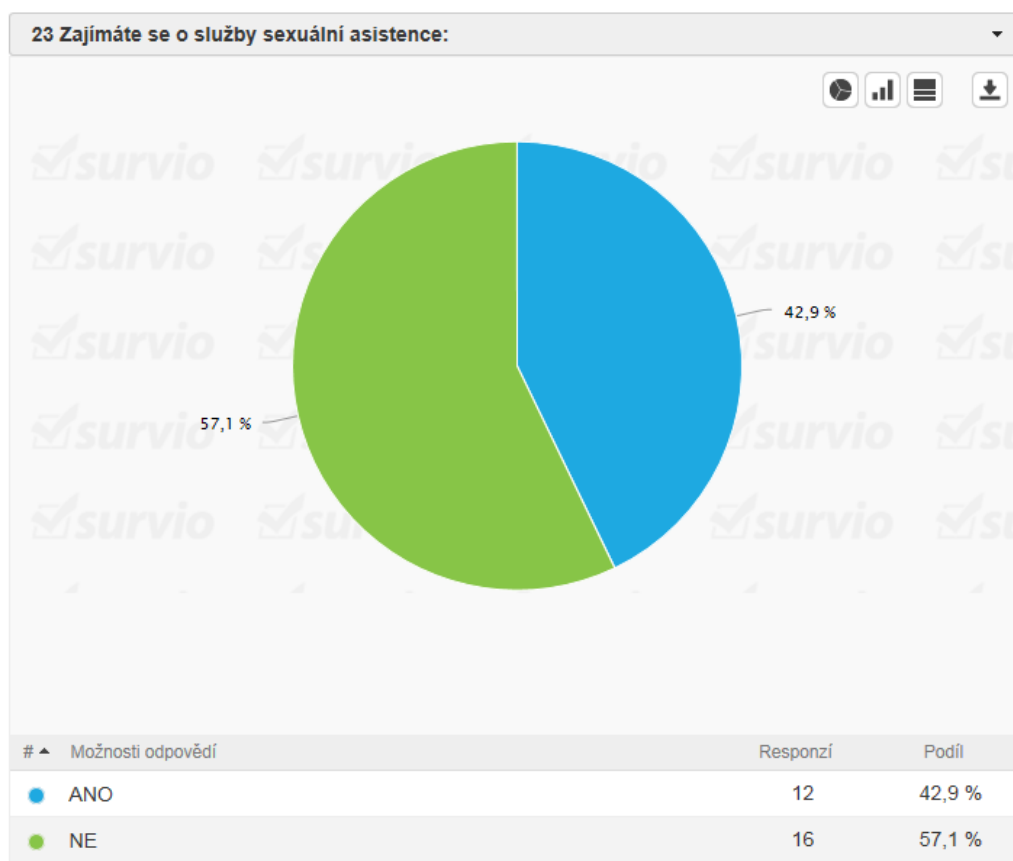
Dle grafu č. 13 má 80 % respondentů má dojem, že se k němu asistent chová tak, jak si to představuje, pouze 10% neví odpověď a 10 % je nespokojeno. Vycházíme z faktu, že naši respondenti si své osobní asistenty vybírali sami, ale protože reálná nabídka osobních asistentů není příliš rozsáhlá, mohlo se stát, že v daný okamžik byl k dispozici pouze jeden asistent, který nebyl pro klienta ideální. Na druhé straně ne vždy je klient schopen organizovat, řídit služby i kontrolovat práci asistentů a tak může vznikat v jejich spolupráci nesoulad a nedorozumění.

Na otázku, co by se dalo v komunikaci zlepšit, jsme našli různorodé odpovědi od dochvilnosti asistenta, přes jeho snadné pochopení problému až na požadavek mladé asistentky. Opět se objevil problém nedostatku peněz na tuto službu.

5.6.3 Úloha služeb sexuální asistence

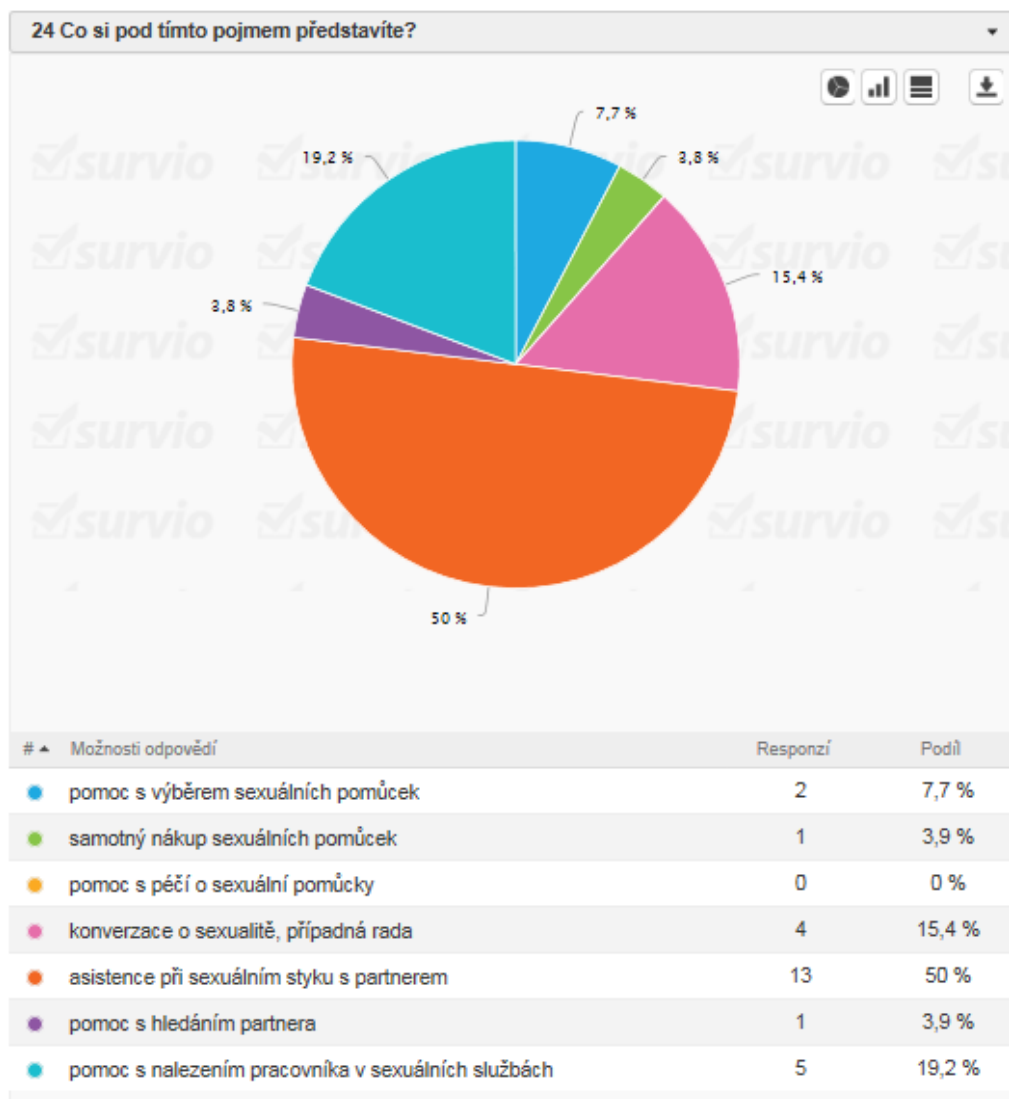
Poslední skupina otázek směřovala do oblasti vlastní sexuální asistence. Osobní asistence ve spojení s pečovatelskou službou obecně zajišťuje osobě s tělesným postižením potřeby biologické (např. jídlo, pití, spánek, toaleta, hygiena, pohyb apod.) a kulturní (vzdělání, zaměstnání, knihy, hudbu, internet, nakupování, procházky, styk s úřady apod.). Většinou se však nehovoří o rovině sexuální. Proto v poslední části našeho dotazníku otázky směřovaly na to, jak klient chápe služby sexuální asistence, do jaké míry je o nich informován, zda je prakticky využívá a jak, případně co mu brání – zda neznalost nebo mentální nebo fyzická nezpůsobilost.

Graf č. 14. Služba sexuální asistence.



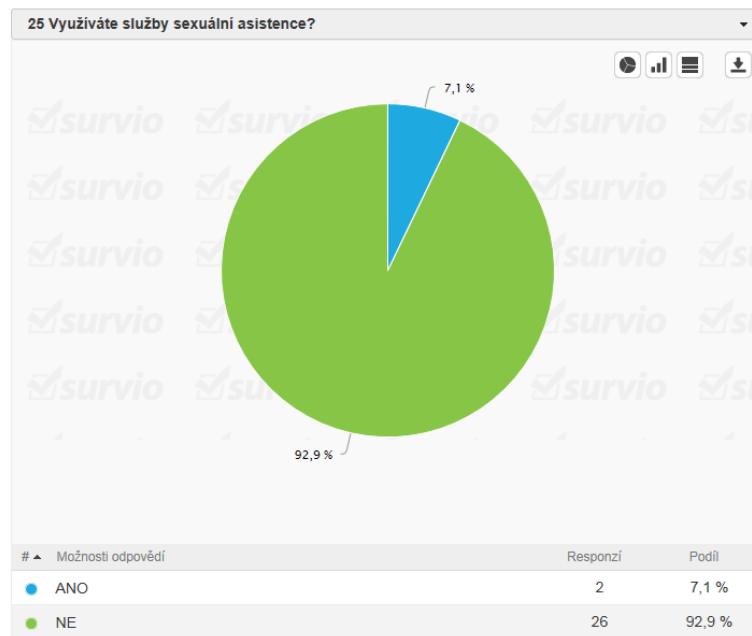
Na první otázku tohoto bloku – „Zajímáte se o službu sexuální asistence“ se skupina respondentů rozdělila na polovinu (Graf č. 14) – jedna polovina se o ní zajímá 42,9 %, druhá ne (59,1 %).

Graf č. 15. Možnosti sexuální asistence.

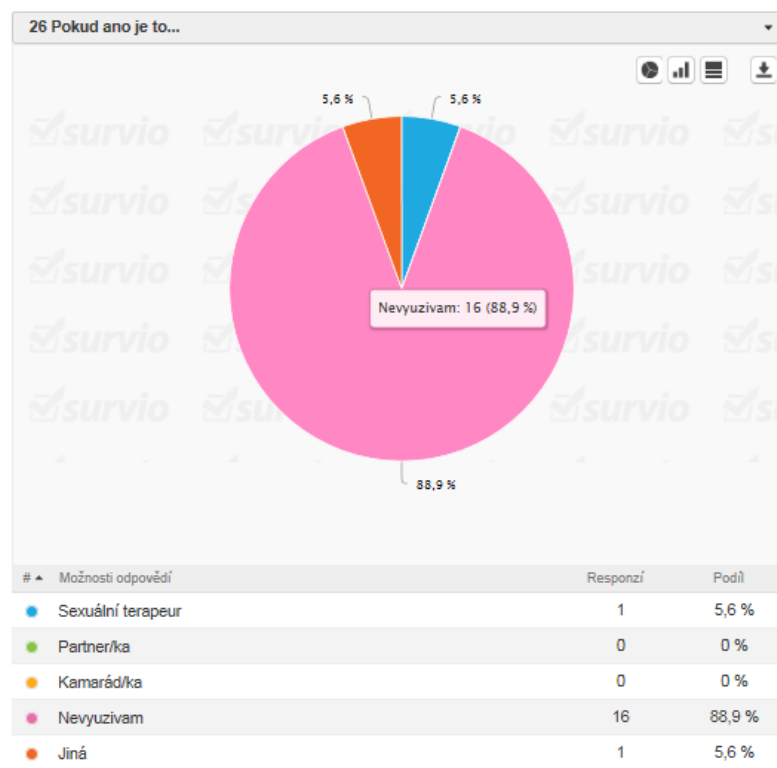


Představy o této službě jsou u klientů různorodé (Graf č. 15) od výběru a nákupu erotických pomůcek (11,6 %), přes rady a konverzaci o sexualitě (15,4 %) až pomoc s vyhledáním pracovníka v sexuálních službách (19,2 %) či vlastní asistenci při sexuálním styku s partnerem (50 %).

Graf č. 16. Využívání služeb sexuální asistence.

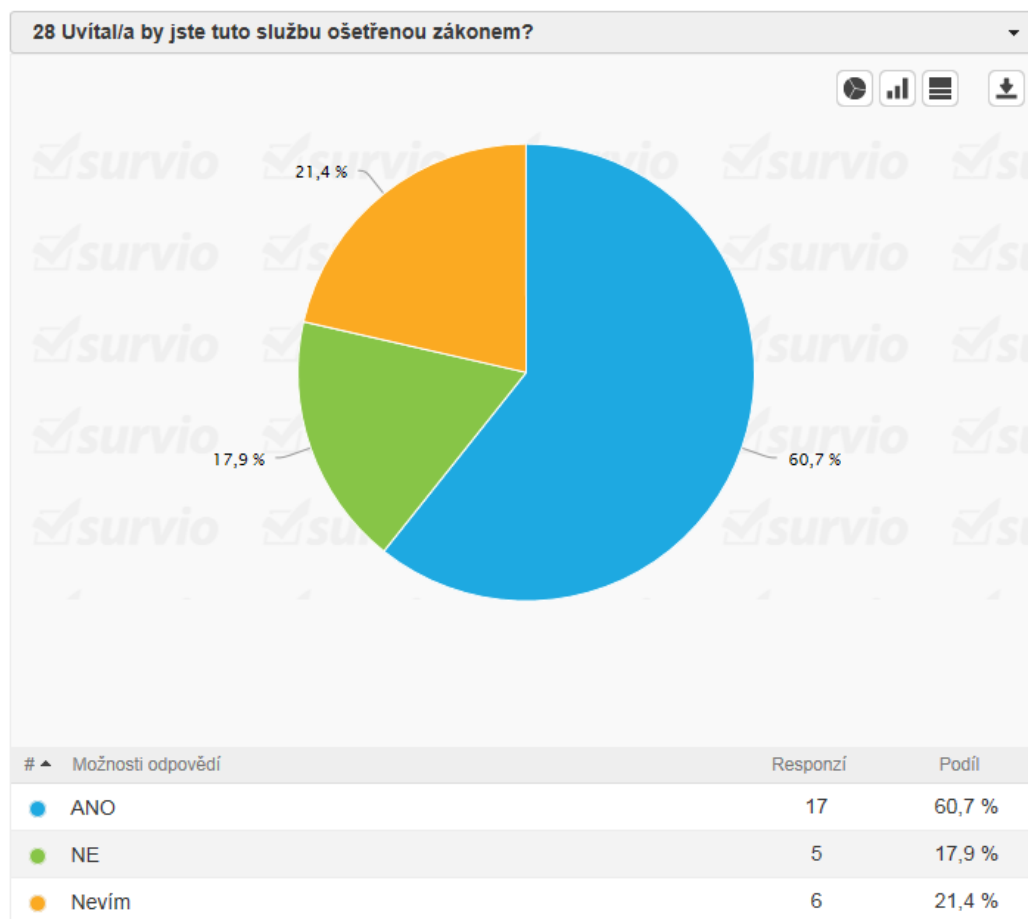


Graf č. 17. Poskytované služby sexuální asistence.



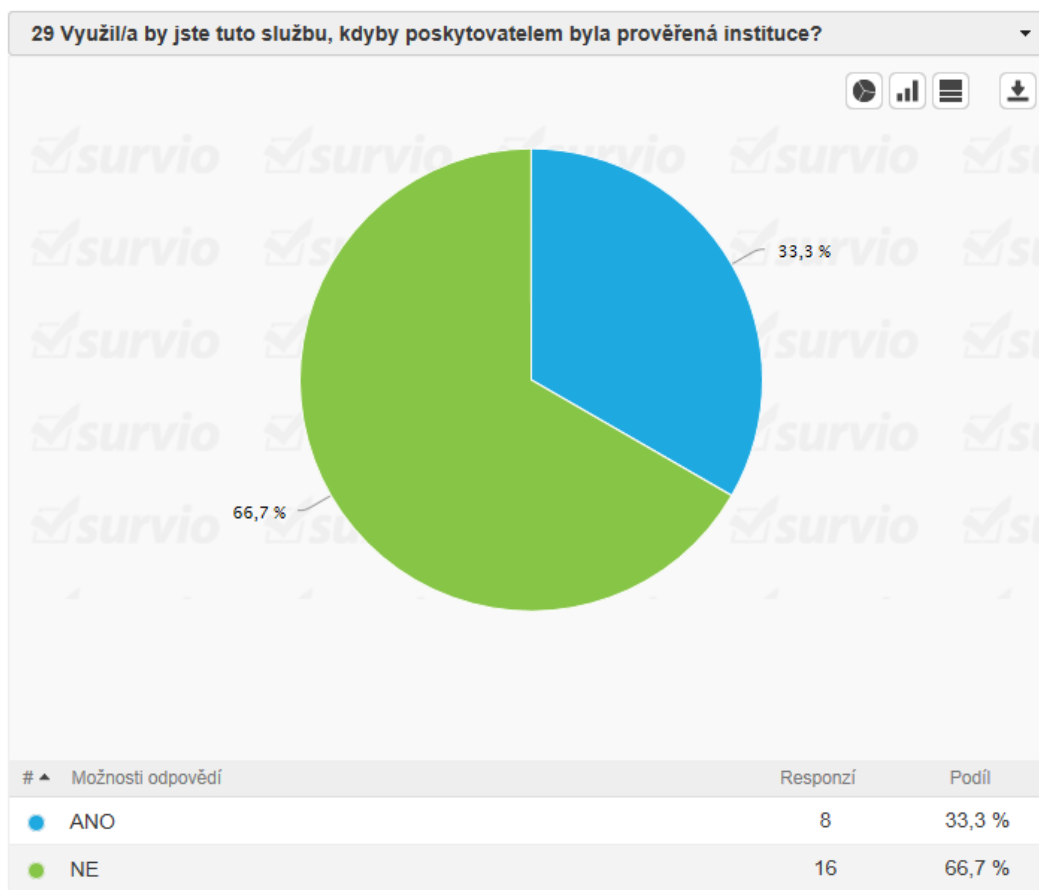
Faktem však zůstává, že pouze 2 osoby ze souboru (7,1 %) tyto služby využívají reálně (Graf č. 16) a za pomoci sexuálního terapeuta (Graf č. 17).

Graf č. 18. Otázka sexuální asistence a jejího začlenění do zákona.



Důležitou otázkou bylo, zda by si klienti přáli tuto službu ošetřenou zákonem, zda by touto službou měla být pověřena konkrétní organizace. Z grafu č. 18 je zřejmé, že 60 % klientů by si přáli, aby i tato služba byla v nabídce služeb organizací zabývajících se péčí o klienty s tělesným postižením a byla ošetřena zákonnou normou. Jasně ne uvedlo pouze 17,9 % respondentů.

Graf č. 19. Využití instituce zabývající se sexuální asistencí.



Z posledního grafu je však zřejmé, že i klienti s fyzickým postižením, stejně jako zdraví lidé touží po nejen tělesném, ale i duševním sepejetí s osobou blízkou a po opravdovém partnerství (Graf č. 19). Funkce sexuálního terapeuta by vše mohla zjednodušit a pro klienta nalézt vhodné alternativy v oblasti sexuálního života.

Z dotazníku je zřejmé, že začlenění osob s tělesným postižením do běžného života by mělo být komplexní a to nejen po stránce fyzické, sociální, ale i v oblasti intimních vztahů.

5.7 Vyhodnocení hypotéz

Hypotézy:

- *Lidé s tělesným postižením se zajímají o oblast sexuality (a to z hlediska osobního, společenského i právního) ve stejné či podobné míře jako osoby bez postižení.*

Tato hypotéza vychází z poslední části našeho dotazníku (otázka číslo 23- 30), kde otázky směřovaly na to, jak klient chápe služby sexuální asistence, do jaké míry je o nich informován, zda je prakticky využívá a jak, případně co mu brání – zda neznalost nebo mentální nebo fyzická nezpůsobilost. Představy klientů s tělesným postižením o možných sexuálních službách jsou různorodé od výběru a nákupu erotických pomůcek (11,6 %), přes rady a konverzaci o sexualitě (15,4 %) až pomoc s vyhledáním pracovníka v sexuálních službách (19,2 %) či vlastní asistenci při sexuálním styku s partnerem (50 %). Respondenti mají tedy reálnou představu o sexualitě a zajímají se o ni. **Tato hypotéza se potvrdila.**

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ INTERVENCE: Podle výzkumného vzorku 28 lidí jsem pochopila, že by bylo velmi pozitivní a žádoucí zlepšit informovanost lidí s postižením o sexualitě a nyní diskutované sexuální asistenci. Do učebních osnov na základních školách by bylo vhodné začlenit sexuální výchovu v plné míře, poučit klienty i o možném sexuálním násilí a zneužití. Naučit je bránit se mu a říkat ne pokud mi je něco nepříjemné. Rozšířit práci s tělesným schématem, aby nebylo narušeno. Pomocí cvičení, bazální stimulace, canisterapie, hippoterapie, plavání.

- *Domníváme se, že sexuální život je ovlivňován dobou vzniku postižení a prostředím ve kterém člověk žije.*

Z tabulky č. 3 je zjevné, že 69,2 % respondentů bylo tělesně postiženo od narození, přesto většina klientů má reálné představy o sexuálním životě (otázky 23, 24). Sexuální život není ovlivňován dobou vzniku postižení ani prostředím, ve kterém žije (sám/a - 10,7 %; s rodiči - 46,4 %; s přáteli - 7,1%; s partnerem/kou - 32,1%; jiné - 3,6 %). Výzkum ukázal, že doba postižení ani prostředí nemá přímý vliv na sexuální život klientů, i když tělesné postižení často nedovoluje jeho plné fyzické naplnění. **Tato hypotéza se nepotvrdila.**

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ INTERVENCE: Je nutné zaměřit se na prostředí, ve kterém člověk s postižením žije a to maximálně modifikovat, aby byl co nejvíce samostatný. Pomoci mu v rozvíjení přátelských a partnerských vztahů, které mu mohou pomoci v získání pocitu sounáležitosti a jistoty. Důležité je zde rozlišit osoby, které se s tělesným postižením narodily a ty kteří ho získali. Často u osob se získaným tělesným postižením pozorujeme útlum v partnerské stránce vztahu a odmítání v oblasti sexuality z důvodu narušení vnímání sebe sama, ztráty sebevědomí. V tomto případě bych navrhla spolupráci s psychoterapeutem a zařadila odlehčovací program, jako je bazální stimulace, canisterapie, hippoterapie. U některých osob podpořit ještě cvičením a relaxací tj. plavání v bazénu, cvičení na míčích, lehké posilování.

➤ *Osoby s tělesným postižením využívají a vyhledávají služby sexuálního asistenta.*

Při hodnocení této hypotézy jsme využili otázky číslo 23 a 25- Zajímáte se o služby sexuální asistence? Využíváte služby sexuální asistence? Zde 57,1% respondentů uvedlo, že se nezajímají o sexuální asistenci. V otázce 27 jsme se tedy tázali proč? 29,6% respondentů uvedlo, že sex nepotřebují (alespoň nyní) vůbec a dalších 22,2% se o tuto problematiku nezajímá, 25,9% respondentů má stálého sexuálního partnera, pro 2,2% zajišťuje službu někdo z jejich známých a 14,8% nezná žádného sexuálního asistenta i když by ho rádi využili. Pro neplatnost této hypotézy tedy hovoří 51,8% respondentů kteří odpověděli negativně. Tato hypotéza by se dala ještě rozšířit na otázku číslo 16 „Doprovází Vás osobní asistent na schůzky s partnerem/kou“, je zjevné, že při vytváření nových partnerských vztahů si přeje klient zůstat sám se svým přítelem/ přítelkyní (72,7%). Navazování nových kontaktů i potřeba získat soukromí je zjevně stejné u osoby s tělesným postižením jako u lidí zcela zdravých. Z dalších otázek však vyplývá, že pokud je přítomnost osobního asistenta při schůzce nezbytná, většinu respondentů to neruší (63,2%), což zjevně souvisí s intimním fyzickým kontaktem za pomoci asistenta. Osobní asistent i klient se snaží co nejvíce uchovat vlastní intimitu setkání (72,2 %) a pomoc omezit na co nejmenší míru (11,1 %). **Tato hypotéza se nepotvrdila.**

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ INTERVENCE: Zde je opět nutné upozornit na naprostou neinformovanost klientů, kteří by jistě rádi služby sexuální asistence využili, ale jelikož mají obavy z reakce pracovníků v sexuálních službách na jejich přirozené touhy, radši své

potřeby potlačují. Doufám, že se v ČR uzákoní sexuální asistence, vyškolí se sexuální terapeuti tak, aby lidem s postižením pomohli odstranit bariéry a umožnili jim plnohodnotně prožít svůj život i v sexuální oblasti.

- *Domníváme se, že pokud bude sexuální asistence v souladu se zákonem a vznikne funkce sexuálního terapeuta, bude služba snáze dosažitelná a tím více využívána.*

Z otázky „Uvítal/a byste službu (tedy sexuálního asistenta, terapeuta) ošetřenou zákonem?“ je zřejmé, že 60 % klientů by si přálo, aby i tato pomoc byla v nabídce služeb organizací zabývajících se péčí o klienty s tělesným postižením a byla ošetřena zákonnou normou. Jasně „ne“ uvedlo pouze 17,9 % respondentů. Z posledního grafu je zřejmé, že i klienti s fyzickým postižením, stejně jako zdraví lidé touží nejen po tělesném, ale i duševním sepejetí s blízkou osobou a po opravdovém partnerství. Funkce sexuálního terapeuta by vše mohla zjednodušit a pro klienta nalézt vhodné alternativy v oblasti sexuálního života. **Tato hypotéza se potvrdila.**

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ INTERVENCE: V domech s chráněným bydlením aj. by se měla objevit nabídka sexuálního asistenta, případně terapeuta, který našel pro klienta vhodnou formu sexuálního života. Ideální by bylo, kdyby každé pobytové zařízení mělo „Protokol sexuality“, kde by byly jasně vymezené funkce a nabídky, které může klient od zaměstnanců žádat anebo jaké objednávky ze strany klienta jsou zaměstnanci schopni řešit. Ve větších zařízeních by bylo příhodné řídit se dle Venglářové a Eislera a založit „Dům sexuality“. Tak by měli klienti jasnou nabídku služeb a nemuseli by se ostýchat o služby požádat. Organizace by tím i prokázala svou otevřenost ke všem potřebám svých klientů, zároveň by se společnost naznačila potřebnost takových nabídek a nutnost zavést je i v dalších zařízeních. Pracovníci musí být řádně proškoleni a musí jim být jasně vymezeny jejich pravomoce.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala roli pečovatele u osob s tělesným postižením při jejich osamostatňování v oblasti sexuality. V teoretické části jsem se zabývala problematikou podpory samostatnosti, akceptací vlastního těla a postižení i zvyšováním klientova sebehodnocení. Nedílnou úlohou v této oblasti je úloha osobní a intimní asistence včetně funkce sexuálního terapeuta. Důležitou otázkou je i právní ochrana a legislativa v této oblasti. Toto téma je velice intimní a pro mnoho lidí je problém o sexualitě hovořit.

Sexualita je přirozená, vrozená a potřebná pro lidský život. Pokud ji budeme u osob s postižením potlačovat, nebude to zjevně vhodné ani prospěšné. Každý člověk i klient s tělesným postižením je jedinečná osobnost s touhami, láskami a potřebami, které chce co nejlépe naplnit.

Abych zjistila a mohla interpretovat skutečnou situaci v této oblasti, vytvořila jsem v praktické části dotazník, který se skládal ze tří částí – první monitorovala vlastního klienta a jeho postižení, druhá část hodnotila roli pečovatele v životě klienta v osobním i společenském životě a třetí se zabývala problematikou možné sexuální asistence. Dotazník byl anonymní a data byla určena pouze pro odbornou veřejnost.

Výsledky prokázaly, že člověk s tělesným postižením si přeje osamostatnit se v sexuální oblasti. Stejně jako lidé bez postižení chce najít partnera, který ho bude vnímat jako úplnou osobnost a nebude řešit jeho zdravotní nedostatky.

Mnoho respondentů založilo vlastní rodinu, pokud našli vhodného partnera.

Lidé, kteří pro své těžké tělesné postižení nemohou najít adekvátního partnera, doufají v uzákonění sexuální asistence, tedy v pomoc profesionálů vyškolených ve všech aspektech problematiky lidí s postižením a znevýhodněním. Pomocí by mohl být sexuální asistent či terapeut, se kterým by takový člověk sdílel blízkost a který by si nevšímal jejich postižení.

Výsledky, které vznikly z výzkumu této bakalářské práce, jsou podle mého názoru inspirativní a bylo by dobré na výzkumu dále pokračovat a sledovat jak se trend sexuální asistence bude vyvíjet a jak se k němu vláda České republiky a společnost postaví.

Dotazník vyplnilo pouze 28 osob, ostatní oslovení klienti i organizace nebyli ochotni odpovídat na tak osobní otázky. Tím se potvrdil můj předpoklad o malé otevřenosti respondentů a uzavřenosti společnosti.

Výzkum naznačuje, jak vhodné by bylo vytvořit systém nejen vzdělávacích, ale i terapeutických programů a postupů pro klienty s tělesným postižením. Pokud by tento systém existoval, lidé s postižením by měli ještě větší možnost osamostatnit se a žít naprosto plnohodnotný život ve všech jeho aspektech tak, jak ho znají lidé bez postižení.

7. Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura

1. DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha, 2013, 93 s. ISBN 9788026052821
2. DRÁBEK, Tomáš. *Handicap a sexualita*. Bakalářská práce. Praha, 2009: Univerzita Karlova v Praze, Husitská teologická fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Václav Mitáš
3. GAVORA, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1996, 130 s. ISBN 808593115x.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
5. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024713694.
6. JESENSKÝ, Ján. *K partnerským vztahům zdravotně postižených*. Vyd. 1. Praha, 1988, 227s. ISBN není
7. KRACÍK, Jiří. *Sexuální výchova postižené mládeže*. Vyd. 1. Praha, 1992, 115 s.
8. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998, 234 s. ISBN 8085931656.
9. RABOCH, Jan. *Lékařská sexuologie*. Vyd. 1. Praha, 1984, 126s.
10. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024717333.
11. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 207 s. ISBN 9788026203735.
12. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 9788024724928.
13. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Jinočany: H & H, 1991. ISBN 8085467046

Internetové zdroje:

14. Antonová, Barbora, 2013, *Sexuální asistence po francouzsku* [online]. [cit. 2015- 03-19]. Dostupné z: <http://vozickar.com/sexualni-asistence-po-francouzsku/>

15. A legal research site, ©1998-2000, *Legal age of consent*, [online]. [cit. 2015- 03-18].
Dostupné z: <http://www.ageofconsent.com/ageofconsent.htm>
16. BBC, © 2015, *Age of consent*, [online]. [cit. 2015- 03-20]. Dostupné z:
<http://www.bbc.co.uk/programmes/articles/4hPrqzTRSBvvzHkTckNYNZ5/age-of-consent>
17. *Co je to osobní asistence?* © 2009 - 2014 [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z:
<http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=2&detail=2>
18. ČESKO. Zákon č.108/2006, *Zákon o sociálních službách v České republice (§39)*. [online].
[cit. 2015- 03-18]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
19. ČESKO. Zákon č.40/2009, *Trestní zákoník (§ 187)*, [online]. [cit. 2015- 03-18]. Dostupné
z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#p187>
20. Hanková, Magdalena, 2014, *Mýty o sexualitě hendikepovaných: Kde se vzaly a jaká je realita?* [online]. [cit. 2015- 03-19]. Dostupné z: <http://vozickar.com/myty-o-sexualite-hendikepovanych-kde-se-vzaly-a-jaka-je-realita/>
21. Mayo clinic staff- Sex therapy definition, 2013 [online]. [cit.2015-03-13]. Dostupné z:
<http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/sex-therapy/basics/definition/prc-20020669>
22. Pšenícová, Barbora, Šídová, Lucie, 2015, *Právo na sex aneb intimní asistence pro potřebné.*, [online]. [cit. 2015- 03-21]. Dostupné Z: <http://rozkosbezrizika.cz/o-nas/aktualni-projekty/pravo-na-sex-aneb-intimni-asistence-pro-potrebne-c-pf157>
23. *Role rodinných pečovateli v systému sociální a zdravotní péče v ČR, b.r.* [online]. [cit. 2015- 03-16]. Dostupné z: http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pece-v-cr.pdf
24. Rozkoš bez rizika, 2013, *Publikace R-R: Ze sexbyznysu na trh práce?*, [online]. [cit. 2015- 03-16]. Dostupné z: <http://rozkosbezrizika.cz/ke-stazeni/soubory/publikace-r-r-ze-sexbyznysu-na-trh-prace/detail>
25. Sebera, Martin, 2012, *Kapitoly z metodologie- Výzkumný problém a nejčastější nedostatky při jeho formulaci*, [online]. [cit. 2015- 03-21]. Dostupné z:
<http://www.fsps.muni.cz/~tvodicka/data/reader/book-8/08.html>
26. Sexuality and disability, b.r., *Mythbusting*, [online]. [cit. 2015- 03-21]. Dostupné z:
<http://www.sexualityanddisability.org/sexuality/mythbusting.aspx>
27. Šiška, Petr, 2013, *Chut' na sex zaplatí sociálka*, [online]. [cit. 2015- 03-19]. Dostupné z:
<http://vozickar.com/chut-na-sex-zaplati-socialka/>

28. Vidura, Michael, 2013, *Osobní asistenti- vojáci na poli sociálních služeb*, [online]. [cit. 2015- 03-20]. Dostupné z: <http://vozickar.com/osobni-asistenti-vojaci-na-poli-socialnich-sluzeb/>
29. Vidurová, Aneta, 2014, *Sexuální asistence- tady a teď?* [online]. [cit. 2015- 03-19]. Dostupné z: <http://vozickar.com/sexualni-asistence-tady-a-ted/>
30. Weiss, Petr, © 2001 – 2013, *Homosexualita*, [online]. [cit. 2015- 03-22]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/homosexualita>
31. Zahradníková, Zuzana, 2015, *Intimní a sexuální asistence ve Švýcarsku v otázkách a odpovědích.*, [online]. [cit. 2015- 03-21]. Dostupné Z: <http://www.rozkosbezrizika.cz/aktuality/intimni-asistence-ve-svycarsku-v-otazkach-a-odpovedich>

E-Mailová komunikace:

32. E-mailová korespondence s paní Mgr. Lucii Šídovou [online] 1.3.2015, sidova@rozkosbezrizika.cz,
33. E-mailová korespondence s paní Radka Jásková, DiS. [online] 9.3.2015 jaskova@rozkosbezrizika.cz

8. Příloha 1 – Dotazník

ROLE PEČOVATELE U LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM PŘI JEJICH OSAMOSTATŇOVÁNÍ

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který mi pomůže v anonymním výzkumu problematiky, které je součástí mé bakalářské práce.

Otázky se týkají osobní a sexuální asistence, která má v dnešní době zásadní význam pro hendikepované pacienty a jejich vyrovnávání příležitostí v osobním i společenském životě. Prosím, pokuste se vyplnit všechny otázky, tento dotazník je anonymní a data jsou určena pouze pro odbornou veřejnost. Jako budoucí speciální pedagog si velice vážím Vašich názorů a informací, které mi poskytnete. Předem Vám děkuji za pomoc.

Vaše pohlaví

- žena
 muž

Váš věk

- 10-20 let
 21-30 let
 31-40 let
 41-55 let
 více

Prosím, popište alespoň rámcově typ Vašeho postižení

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

Od jakého věku máte postižení?

- Od narození
 Získané v průběhu života

V domácnosti žijí

- sám/a
 s rodiči

- s přáteli
- s partnerem/partnerkou
- jiné

V čem si přijdete nejvíce omezován/a?

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

II. ČÁST

Využíváte služby osobního asistenta?

- ANO
- NE

Jak často?

- několikrát denně
- jednou denně
- několikrát týdně
- jednou týdně
- několikrát do měsíce
- nevyžívám

Máte jednoho stálého asistenta?

- ANO
- NE

Máte-li více asistentů, kolik?

- 2
- 3

- 4
 více

Z jakého důvodu využíváte více asistentů?

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

Jakou službu od svého asistenta požadujete nejčastěji?

- celodenní asistence při všech úkonech
 oblékání
 osobní hygiena
 příprava jídla
 kmení
 úklid domácnosti
 sexuální asistence
 doprovod do práce
 doprovod na společenské akce

Jste plně spokojen/a se službou, která je Vám poskytována?

- ANO
 NE

Co by se dalo zlepšit?

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

Kolik let využíváte služby osobního asistenta?

- méně než rok

- 1- 5 let
- 5- 10 let
- více

III. ČÁST

Doprovází Vás osobní asistent na schůzky s partnerem/ partnerkou?

- ANO
- NE

Je Vám to příjemné?

- ANO
- NE
- Nijak mě to neovlivňuje

Je s Vámi osobní asistent po celou dobu schůzky?

- ANO
- NE
- Někdy

Jaký máte se svým asistentem vztah?

- čistě pracovní- poskytovatel služby
- přátelský vztah
- člen rodiny
- známi
- partneři

Svěřujete se svému asistentovi?

- ANO
- NE
-

 Občas

Chová se k Vám osobní asistent jak si představujete?

- ANO
 NE
 Nevím

Co by se dalo zlepšit?

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

IV. ČÁST

Zajímáte se o služby sexuální asistence:

- ANO
 NE

Co si pod tímto pojmem představíte?

- pomoc s výběrem sexuálních pomůcek
 samotný nákup sexuálních pomůcek
 pomoc s péčí o sexuální pomůcky
 konverzace o sexualitě, případná rada
 asistence při sexuálním styku s partnerem
 pomoc s hledáním partnera
 pomoc s nalezením pracovníka v sexuálních službách

Využíváte služby sexuální asistence?

- ANO
 NE

Pokud ano je to...

- Sexuální terapeut
 - Partner/ka
 - Kamarád/ka
 - Nevyužívám
 - Jiná
- Napište vlastní odpověď

Zbývá 100 znaků

Pokud NE proč? (k otázce 25)

- žádného sexuálního asistenta neznám
 - nezajímá mě to
 - takovýmto osobám nevěřím
 - tuto službu mi zajišťuje někdo z mých známých
 - mám partnera
 - Jiná
- Napište vlastní odpověď

Zbývá 100 znaků


Uvítal/a by jste tuto službu ošetřenou zákonem?

- ANO
- NE
- Nevím

Využil/a by jste tuto službu, kdyby poskytovatelem byla prověřená instituce?

- ANO
- NE

Místo pro Vaše poznámky a připomínky. MOC DĚKUJI ZA ÚČAST

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

ODESLAT DOTAZNÍK

Dotazník ([/cs/?source=survey_footer&medium=link&term=brand](#)) vytvořen pomocí **Survio**.
Vyzkoušejte si předpřipravené vzory dotazníků ([/cs/vzory-dotazniku/?source=survey_footer&medium=link&term=survey_templates](#)) pro snadný start!