

Univerzita Karlova
Evangelická teologická fakulta

Bakalářská práce

Sexualita osob s postižením v ORP
Olomouc

Bongilajová Soňa

Katedra Sociální práce
Vedoucí práce PhDr. Vladimír Mašát
Studijní program Sociální práce
Studijní obor Pastorační a sociální práce

Praha 2019

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou práci s názvem Sexualita u osob se zdravotním postižením v ORP Olomouc napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 18.11.2019

Soňa Bongilajová

Abstrakt:

Tématem práce je sexualita osob s postižením v ORP Olomouc. Práce se skládá z teoretické a analytické části. V teoretické části jsou nejprve představeny nejdůležitější pojmy, mezi které patří sex a sexualita, zdravotní postižení a typy zdravotního postižení, se kterými se lze u klientů setkat. Následně je zařazena velmi důležitá kapitola, která se zaměřuje na specifika sexuálního života, sexuality a omezení v sexu v návaznosti na druh postižení klienta. Jsou zde postupně představena specifika sexuality u osob se smyslovým, mentálním, tělesným, interním a duševním postižením. Následující kapitola se pak zaměřuje na možnosti pomoci a podpory v rámci sociální práce. Kapitola se zaměřuje na sociální poradenství, osvětu v oblasti sexuality, intervenci, skupinovou práci a možnosti podpory. Kapitola rovněž představuje konkrétní metody práce, a především jednotlivé instituce, které se problematice věnují v ORP Olomouc.

Klíčová slova:

Interní postižení, sexualita, smyslové postižení, tělesné postižení, zdravotní postižení, sexuální asistence.

Abstract:

The central theme of the thesis is the sexuality of disabled people in district Olomouc. The work consists of theoretical and analytical parts. Theoretical part firstly introduces the most important concepts including sex and sexuality, disability and types of disabilities, which clients can have. Other important chapter focuses on the specifics of sexual life, sexuality and sex restrictions due to the type of client's disability. The thesis introduces sexual specifics of people with different disabilities as sensory impairment, physical impairment, internal and mental disabilities. The next chapter focuses on the help and support in social work. The chapter focuses on social counselling, public education about sexuality, interventions, group work and options of support. The chapter also presents concrete methods of work, and especially individual institutions which are active in this area in district Olomouc.

Key words:

Internal disability, sexuality, sensory impairment, physical impairment, disability, sexual assistance.

Poděkování:

Děkuji především vedoucímu této práce PhDr. Vladimíru Mašátovi za jeho dlouholeté zkušenosti, zájem o toto téma a podnětné nápady, kterými se tato práce inspirovala.

Srdečně děkuji Miroslavě Šefčovičové za její podporu a přátelství, které mě motivovalo ve psaní této práce. Děkuji Petrovi Bebčákovi za jeho lásku a v neposlední řadě patří moje velké poděkování Pánu Bohu, protože jak se říká „Bez Božího požehnání, marné lidské namáhání.“

Obsah

Abstrakt:	3
Klíčová slova:	3
ÚVOD	7
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
Sex a sexualita	9
Zdravotní postižení	11
Druhy zdravotních postižení	13
1.4 Partnerský a sexuální život	17
SEXUÁLNÍ PROBLÉMY OSOB S HANDICAPEM	18
Osoby se smyslovým postižením	19
2.2 Osoby s tělesným postižením	21
MOŽNOSTI POMOCI A PODPORY V RÁMCI SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. 23	
Sociální práce s jednotlivcem	23
Sociální práce v rámci rodiny	24
Skupinová sociální práce	24
Sociální poradenství	26
Osvěta	27
Sociální intervence	28
Podpora při navazování vztahů	29
Sexuální asistence	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
Metodika práce	31
Výzkumný soubor	33
Partnerský a sexuální život osob s postižením v ORP Olomouc	37
4.4 Sociální práce a sociální služby	44
4.5 Vyhodnocení výzkumných otázek a hypotéz	47
DISKUSE	48
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53
PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK	56

ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje problematice sexuality osob s postižením v ORP Olomouc. Téma bylo zvoleno především s ohledem na skutečnost, že v ORP Olomouc se nepodařilo zjistit, že by byl realizován výzkum týkající se problematiky sexuality osob s postižením, čímž se dalo očekávat, že výsledná práce má potenciál přinést nové poznatky a informace.

Zvolené téma je velmi zajímavé a aktuální, neboť navzdory tomu, že laická veřejnost se často domnívá, že lidé s postižením nejsou sexuálně aktivní či ve většině případů (u závažnějších postižení) intimně nežijí, realita je ve skutečnosti jiná. To potvrzují, jak četné výzkumy realizované v ČR i v zahraničí, stejně jako výpovědi různým způsobem postižených osob. Leckdy lze mít dokonce za to, že samotným přístupem k sexualitě osob s postižením dochází ve společnosti ke ztížení přístupu handicapovaného jedince k sexu (McRuer, Mollow, 2012, s. 4). Přesto se však touto problematikou v dnešní době již zabývá literatura, výzkumy i praxe v oblasti sociální práce. Významně je otázka sexuality osob s postižením v posledních letech poměrně často prezentována na filmovém plátně.

Příkladem může být třeba filmový snímek, který se jmenuje „Hasta la vista“. Komédie natočená podle vzpomínek Asty Philpota pojednává o třech mladících – jeden je slepý, druhý na vozíku a třetí zcela ochrnutý – kteří se rozhodli, že dříve, než zemřou, chtějí zažít svůj první sex. Spolu s obézní pečovatelkou se tak odeberou do nevěstince ve Španělsku. Toto téma však není aktuální jen ve filmu, ale především v běžném každodenním životě člověka s postižením.

Text bakalářské práce je však psán z pohledu sociální práce, čímž lze v této souvislosti citovat známého autora, kterým je Tomáš Drábek. Drábek uvádí, cituji: „*Tak jako by měl být u každého jedince se zdravotním postižením kladen důraz na jeho edukaci týkající se sexuální problematiky včetně rodinné výchovy, je nutné speciální sexuální výchovu zaměřit také na všechny pomáhající pracovníky, kteří člověku se zdravotním postižením poskytují pomoc a participují na jeho podpoře.*“ (Drábek, 2013, s. 11).

Z pohledu sociálního pracovníka je pak především důležité vědět několik základních věcí. Jednak je důležité mít dostatek informací o tom, do jaké míry a jakým způsobem zdravotní postižení omezuje klienta v sexu, dále je nutné umět s klientem tuto problematiku citlivě rozebrat a dokázat nabídnout určitou formu pomoci či poradenství, která je dostupná v konkrétní oblasti. Je pak na klientovi, zda a jakou formu pomoci si vybere, nicméně sociální pracovník by mu měl být schopen představit různé alternativy. Tímto se pak dostáváme k otázce lokálního zaměření práce, která se konkrétně věnuje sexualitě osob s postižením v ORP Olomouc.

Cílem této práce je zjistit, zda osoby s postižením v ORP Olomouc pocítují ve větší míře omezení v oblasti své sexuality. Dílčím cílem je představit možnosti sociální práce, jak osobám s postižením v ORP Olomouc napomoci k plnohodnotnému sexuálnímu životu. Práce se snaží najít odpověď na následující výzkumnou otázku: „Je možné přisvědčit tvrzení, že osoby s postižením v ORP Olomouc ve většině případů žijí sexuálním životem?“ Práce dále ověřuje hypotézu, že většina respondentů, kteří pocítují problémy v sexuálním životě, budou mít i problémy v partnerském životě.

Práce za účelem naplnění výše uvedených cílů sestává z teoretické a analytické části. v teoretické části jsou nejprve představeny nejdůležitější pojmy, mezi které patří sex a sexualita, zdravotní postižení a typy zdravotního postižení, se kterými se lze u klientů setkat. Následně je zařazena velmi důležitá kapitola, která se zaměřuje na specifika sexuálního života, sexuality a omezení v sexu v návaznosti na druh postižení klienta. Jsou zde tudíž postupně představena specifika sexuality u osob se smyslovým (zrakovým, sluchovým) a tělesným postižením. Následující kapitola se pak zaměřuje na možnosti pomoci a podpory v rámci sociální práce. Zabývá se sociálním poradenstvím, osvětou v oblasti sexuality, intervencí, skupinovou prací a možnostmi podpory. Představuje konkrétní metody práce, a především jednotlivé instituce, které se problematice věnují v ORP Olomouc.

Na uvedený teoretický rámec pak navazuje analytická část, ve které je realizován vlastní výzkum, který je kvantitativním dotazníkovým šetřením. Dotazníkové šetření bylo realizováno na území ORP Olomouc. Respondenty ve výzkumu jsou přímo osoby se smyslovým či tělesným postižením, což umožňuje naplnit cíle, které byly výše stanoveny. Následně navazuje diskuse, která obsahuje rovněž doporučení pro praxi.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Sex a sexualita

Výraz “sex” pochází z latinského slova “sexus,” které v češtině znamená “pohlaví.” Zatímco například v anglickém jazyce je do dnešního dne používán výraz “sex” mimo jiné i pro pohlaví jednotlivce, v českém jazyce je situace odlišná. Sexem se v souladu s tím, co uvádí například Akademický slovník cizích slov, v češtině rozumí: „*Soubor jevů souvisejících se vztahy mezi pohlavími, odborně souhrn morfologických a fyziologických znaků, které mají přímý, nebo nepřímý vztah k rozmnožování*“ (Kraus a kol., 2001, s. 688). Velmi jednoduše řečeno lze sex chápat prostě jako pohlavní akt či soulož, tedy koitus. Právě tímto způsobem sex obvykle chápe laická veřejnost. Tato práce se však přiklání k definici, kterou představuje akademický slovník. Tato definice je sice složitější, nicméně lépe vystihuje samotnou podstatu sexu.

S pojmem sex pak velmi úzce souvisí výraz „sexualita,“ který bývá někdy laickou veřejností se sexem zaměňován či ztotožňován. Nicméně sexualita není totéž, co sex. Právě problematika sexuality je v současné době jedním z nejnaléhavějších a nejaktuálnějších témat, a to i v případě osob s postižením. Sexualita rezonuje jednak v intimních rozhovorech, v našich předsudcích, v argotu nebo i v poezii. Podle Pondělíčka a Pondělíčkové-Mašlové (1974, s. 15), kteří jsou autory publikace s názvem „Lidská sexualita jako projev přirozenosti a kultury,“ je zkoumání sexuality jako vědního problému, bez zaujatosti a předsudků, výhradně na základě výzkumů již méně časté. A to navzdory skutečnosti, že z pohledu člověka bez postižení se hovoří o každodenní záležitosti, která je u lidí velmi rozšířená, častá a běžná.

Sexuologové rozlišují několik způsobů výkladu sexuality. Jeden z několika možných způsobů je spojený s hloubkovou psychologií, kterou je Freudova psychoanalýza. Už samotný název naznačuje silnou orientaci na psychiku člověka, zkoumání a interpretování zákoutí, až do její nejhlubší vrstvy, kterou je podvědomí. Jak říkají Pondělíček a Pondělíčková-Mašlová (1974, s. 17), další, biologický přístup vnímá sexualitu jako činnost vykonávanou člověkem, který není jen bytostí fyzicko-biologickou, ale i sociálně-psychologickou. Autoři zároveň však upozorňují, že jediné

vhodnou kombinací zmíněných způsobů výkladu sexuality můžeme dospět k hodnověrným výsledkům. Osobně sdílím svůj názor s uvedeným postojem, jak přistupovat k definování termínu sexualita. Myslím si, že pokud si zvolíme jen jedno kritérium pro objasnění nějaké problematiky, je velmi pravděpodobné, že náš závěr bude zkreslený a neúplný. Pro získání komplexní charakteristiky bychom měli zohledňovat většinu, ne-li všechny možnosti, jak je možné dívat se na daný problém.

Známý český sexuolog, kterým je Petr Weiss, k otázce lidské sexuality zastává následující stanovisko: „*Lidská sexualita představuje jeden ze základních individuálních a interpersonálních motivů v životě každého jedince*“ (Weiss, 2002, s. 9). Skutky lidí bývají podmíněné nejrozmanitějšími motivy. Stejně jako to bylo v minulosti, tak i v současné době stojí za naším jednáním právě lidská sexualita, která naše chování do značné míry ovlivňuje. Lidé jako lidské bytosti jsou jednak tvory emocionálními, ale nepochybně i sexuálními. Sexuální stránka našeho bytí mnohokrát ovlivňuje naše jednání, ale ne vždy správným směrem. Je tedy zřejmé, že i jedinec s určitým handicapem je sexualitou do značné míry ovlivněn ve svém jednání a rozhodování.

Pohled na sexualitu se v průběhu lidských dějin měnil a dostal se do stádia, kdy přestává být už jen soukromou záležitostí, kdy se její biologická podstata značně potlačila a rozvíjí se především stránka emotivní. Podle Janiše a Markové (2007, s. 5), je sexualita považována za faktor, který se podílí na vlastním pocitu štěstí, slasti a spokojenosti, společenské prestiže apod.

Sexualitu postiženého člověka definuje Defektologický slovník následovně: „*Sexualita postiženého člověka byla původně redukována na projev pohlavního pudu. Současná psychologie zahrnuje pod pojem sexuality potřeby jedince. Pojem sexualita je nadřazený pojmu pohlavnost (ten se týká zpravidla jen tělesné stránky sexuality a pojmu erotika). Zabývá se pochody, u kterých stojí v popředí duševní stránka sexuálních jevů. Důraz je kladen na intelekt a vědomí. Sexualita je jen jednou ze složek celkového vývoje osobnosti, a proto je třeba ji chápat ve vztahu k ostatním projevům jeho osobnosti.*“ (Edelsberger a kol., 2000, s. 316)

Zdravotní postižení

Na pojem zdravotní postižení se lze podívat z několika hledisek, a to s ohledem na oblast, ve které se pohybujeme. Může jít o právní ukotvení, vymezení v oblasti sociální podpory či oblasti medicíny a speciální pedagogiky. Pro účely této práce je patrně nejvýznamnější definice zdravotního postižení podle Světové zdravotnické organizace (dále také jen „WHO“), která se o vymezení termínu zdravotní postižení pokusila již v roce 1980. V tomto roce totiž WHO přijala dokument s názvem „Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů“ (dále také jen „ICIDH“). Tento dokument identifikuje tři základní pojmy, které jsou následující:

- Porucha (anglicky „impairment“), která je v dokumentu vymezena jako určitá funkční nebo orgánová ztráta, případně abnormalita lidského těla,
- Postižení (anglicky “disability”) je pak chápáno jako určité omezení nebo ztráta možnosti člověka vykonávat určité aktivity, které je možné považovat za obvyklé či normální,
- Handicap lze pak chápat jako omezení, které má sociální charakter, a které člověk zažívá v souvislosti se svým postižením. Jedná se tedy o určitý vztah mezi zdravotně postiženým jedincem a jeho okolím (Nováková, 2012, s. 143).

V návaznosti na výše uvedenou klasifikaci pak v roce 2001 provedla WHO revizi výše uvedeného, když vydala Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví (dále také jen ICF“). Tento dokument především rozšířil vymezení postižení, neboť jej chápe jako pojem, který zahrnuje jak *„funkční či orgánovou poruchu lidského těla nebo také psychickou poruchu lidské osobnosti, tak i nemožnost vykonávat z těchto důvodů určité aktivity či být účasten určitých běžných životních situací, a to i v důsledku existence bariér, které vytváří prostředí v němž, zdravotně postižení žijí“* (Nováková, 2012, s. 143).

Z hlediska mezinárodní úpravy lidských práv v kontextu pojmu zdravotní postižení, je pak důležitá rovněž definice, která je součástí Úmluvy o právech osob s postižením. Tento dokument ve svém článku 1 stanoví, že *„osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v*

interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními” (MPSV, 2006).

Ačkoliv výše uvedené dvě definice lze považovat za pro tuto práci nejrelevantnější, stejně jako při definování sexu a sexuality je vhodné se zaměřit i na další definici, což umožňuje pohlédnout na problematiku z více různých úhlů. V této souvislosti je nutné zmínit, že osoby se zdravotním postižením představují skupinu, která není homogenní, ale tvoří ji velmi diferencované skupiny občanů, u kterých je možné nalézt shodné rysy. Krhutová (2005, s. 17) nastoluje situaci, která je ve společnosti běžnou praxí: občané majoritní společnosti mnohdy tyto rozdílné skupiny osob s postižením nejsou schopni vnímat a skupinu homogenizují. Otázka, jak vymezit zdravotní postižení, aby pojímalo tuto heterogenní skupinu a zároveň ji nehomogenizovalo, je tudíž složitým problémem.

Z pohledu sociální práce a sociálního zabezpečení se pak definice zdravotního postižení odlišují například podle zaměření systémů podpory, případně podle toho, které projevy a důsledky zdravotního postižení jsou zkoumány a řešeny v konkrétní situaci. Z toho plyne, že s jinou definicí se lze setkat v oblasti sociální péče a sociálního zabezpečení (z pohledu nároku na sociální služby) a jiné vymezení je poskytováno pro účely zdravotnické, např. pro účely zdravotní péče (Kuzníková a kol, 2011, s. 125).

Například manželé Hartlovi definují zdravotní postižení jako *„Jakoukoli duševní, tělesnou, dočasnou, dlouhodobou nebo trvalou poruchu nebo handicap, který jednotlivci brání účinně se přizpůsobovat běžným nárokům života”* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 442).

Podobně lze definovat zdravotní postižení též jako určitou změnu zdravotního stavu, která je dlouhodobá a objektivně člověka znevýhodňuje vůči ostatním lidem. Takové postižení může být spojeno s poruchou zraku, pohybu nebo intelektu, a patří sem také mentální postižení. Hranice zdravotního postižení nelze definovat se 100 % přesností, protože se jedná o velmi široký pojem, zahrnující vlastně každého s nějakou formou znevýhodnění, vyplývající ze zdravotního stavu.

Hendrych (2009, s. 1402) pak ve svém „Právnickém slovníku“ definuje osoby se zdravotním postižením tak, že se jedná o fyzické osoby, které jsou:

- Orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni.
- Orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni.
- Rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými.

Vedle toho, že zdravotní postižení lze definovat různě, Matoušek (2005, s. 89) tvrdí, že přesné údaje o počtech občanů s postižením neexistují. Tento fakt lze vysvětlit tím, že neexistuje ucelený systém poskytování všech informací mezi zdravotnickými a sociálními službami a v dostupných statistikách nejsou uvedeny všechny druhy zdravotního postižení. Lze to také odůvodnit tím, že hranice mezi tím, co je a co není zdravotní postižení je někdy velmi tenká a záleží právě i na vymezení pojmu „zdravotní postižení.“

Druhy zdravotních postižení

Ve Standardních pravidlech na vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN, 1993) se uvádí, že zdravotní postižení zahrnuje velké množství různých funkčních omezení, které se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Nejčastěji se setkáváme s dělením, ve kterém rozeznáváme postižení: Smyslové, tělesné, mentální, interní a duševní.

Smyslové postižení

Mezi smyslová postižení patří v první řadě postižení zrakové a sluchové. Za osobu se zrakovým postižením se považuje osoba, která není schopna vykonávat určité činnosti kvůli poruše zraku. Porucha zraku má vliv na každodenní činnosti. Funkčnost zraku může být ovlivněna poruchou ostrosti, zmenšením zorného pole, ale i poruchou takových funkcí jako je kontrast, citlivost, barevné vidění, adaptace zraku na různou úroveň osvětlení a dvojité vidění (Kuzníková, 2011, s. 125).

Za osobu se sluchovým postižením se považuje osoba, která má úplnou nebo částečně zmenšenou schopnost slyšet. Klasifikace tohoto postižení:

Hluchota se dělí na prelingvální hluchotu – ohluchnutí ještě před vytvořením řeči a ohluchnutí po vytvoření řeči, které se odlišuje tím, že postižený touto chorobou umí mluvit, číst a psát.

Nedoslýchavost neboli částečná ztráta sluchu, se dělí na oboustrannou těžkou nedoslýchavost, oboustrannou střední nedoslýchavost a oboustrannou lehkou nedoslýchavost (Kuzníková, 2011, s. 125).

Tělesné postižení

Za osobu s tělesným postižením se považuje osoba, u které se projevují poruchy pohybového aparátu, deformace kostry lidského těla horních končetin, deformace páteře, deformace dolních končetin a výrazné znetvoření kloubů. K nejčastějším poruchám tělesného postižení patří poruchy chůze, poruchy rovnováhy a poruchy hybnosti. Tělesné postižení může být buď vrozené, nebo získané (Nováková, 2011, s. 148).

Mentální postižení

Za mentálně postiženou osobu se považuje osoba, která zaostává a má opožděný nebo neúplný vývoj intelektu, který je charakteristický podprůměrnou inteligencí. Mentální postižení vzniká jako výsledek působení dědičnosti a prostředí, které ovlivňují vývin centrální nervové soustavy, v důsledku čehož celková mentální schopnost od prvních let života evidentně zaostává od průměru dané populace, a proto existují značné překážky v možnostech samostatné realizace jedince (Petr, Marková, 2014, s. 171).

Vnitřní postižení (také označována dlouhodobá či civilizační onemocnění)

Vnitřní postižení jsou postižení a nemoci vnitřních orgánů, či nežádoucí procesy postihující lidský organismus. Mezi tento typ postižení se řadí zejména dlouhodobá či závažná, popř. také civilizační onemocnění, mezi která patří například onemocnění jako celiakie, Crohnova nemoc, nejruznější onemocnění srdce, nejruznější onemocnění ledvin, stavy po transplantaci orgánů, ale také třeba onkologická onemocnění. Dochází k velkým individuálním rozdílům s ohledem na odlišnost jednotlivých onemocnění a jejich závažnost. Zdravotní stav se samozřejmě může v čase měnit, a to i v rámci

ročních období. Lze tedy obecně říci, že jednotlivá onemocnění lze odlišit podle závažnosti tak, jak je odstupňována invalidita, od prvního, nejlehčího stupně, až ke třetímu, nejtěžšímu stupni. (AV institut, 2016, s. 10).

Duševní postižení

Duševní onemocnění se vyznačují tím, že nemocné není fyzické tělo, ale psychika jedince. Duševně nemocní se vyznačují tím, že v době manifestace duševní poruchy nedokáží adekvátně fungovat ve společnosti tak, jak se od nich dle společenských zvyklostí očekává. Duševní onemocnění mohou mít své biologické (genetické, vrozené) příčiny, mohou vznikat na základě psychogenních či sociálních faktorů. Mezi častá duševní onemocnění patří zejména (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 69):

- Schizofrenie.
- Demence.
- Poruchy s bludy.
- Mánie.
- Deprese.
- Apod.

V návaznosti na výše uvedené definice pak stojí za zmínku, že v této práci je pojednáno pouze o sexualitě osob s interním, smyslovým a tělesným postižením. Důvodem pro toto zaměření je skutečnost, že podle mého názoru je sexualitu možné chápat tak, že se jedná o určitý soubor projevů, kterými je nadán jen ten člověk, který ví, co to sexualita vlastně je a dokáže to pochopit. Naopak u osob, které toto pochopit nemohou, s ohledem na svoje postižení, se nejedná o sexualitu, ale pokud již se postižený pokouší o sexuální aktivitu, jedná se o pouhý sex či pohlavní styk, nikoliv o sexualitu v pravém smyslu slova.

Kombinované postižení

Kombinovaným postižením lze označit případy, kdy se u jednoho člověka vyskytuje více než jedno postižení. Někdy bývá v literatuře označováno jako vícenásobné postižení, přičemž není rozhodné, jaké dva či více druhů postižení kombinuje.

1.4 Partnerský a sexuální život

S ohledem na skutečnost, že pojmy partnerský a sexuální život spolu úzce souvisí, čímž v souvislosti se sexualitou osob s postižením se v následujícím textu výjimečně hovoří i o pojmu partnerský život, neboť až na výjimky je partnerský život podmínkou života sexuálního. Pod pojmem partnerský život se pro účely této práce rozumí vztah, který má u dospělého jedince trvalý, spolehlivý charakter, kdy je vztah schopen poskytovat zázemí a zároveň uspokojovat potřebu citové jistoty jedince (Vágnerová, 1999, s. 223).

Partnerský vztah je také obvykle sdružený společnými zájmy a partneři spolu sdílejí společný život a obvykle i společnou domácnost (byť to není nezbytnou podmínkou). To znamená, že jako partnerský vztah lze chápat zejména společný život v manželství, registrované partnerství, které lze chápat jako právní formu legalizace homosexuálních vztahů stejně jako soužití druha a družky ve společné domácnosti, případně partnerský vztah, kdy spolu partneři doposud nesdílejí domácnost, nicméně sdílejí společný život, zážitky a obvykle také do budoucna uzavření manželství či společnou domácnost plánují.

Sexuálním životem se pak pro účely této práce rozumí koitální i nekoitální aktivity, jejichž hlavním cílem je sexuální uspokojení jedince, případně zplození potomka. Sexualita tudíž v tomto kontextu není limitována jen pohlavním aktem, ale je realizována i libovolnými jinými aktivitami (právě v kontextu zdravotního postižení se může jednat i o méně obvykle formy), jež vedou k pohlavnímu uspokojení člověka s postižením.

SEXUÁLNÍ PROBLÉMY OSOB S HANDICAPEM

V souvislosti se sexualitou osob s postižením je třeba vzít v úvahu, že lidé s postižením se v zásadě neodlišují od lidí bez postižení v potřebě partnerského života. V zásadě přitom existují dva typy partnerských vztahů, kterých jsou lidé s postižením účastní, a to jednak vztah, kde jsou oba dva partneři nějakým způsobem postižení (postižení mohou, ale nemusí být různého druhu), a druhým typem partnerských vztahů jsou jedinci, kteří tvoří pár se zdravým partnerem. Bylo však zjištěno, že v párech, kde jeden z partnerů je člověk postižený a druhý je člověk bez postižení, se lze častěji setkat s tím, že se jedná spíše o mírnější, maximálně střední postižení a dle statistik, které jsou k dispozici je postiženým jedincem častěji muž než žena. V kombinovaných vztazích se však partner bez postižení vždy musí naučit respektovat určitá specifika partnera s postižením (a to jak v sexuálním životě, kde některé aktivity mohou být s ohledem na postižení nemožné, tak i v každodenním partnerském životě) a musí hledat silné stránky (a to i v sexuální oblasti) svého partnera, jinde, než je tomu běžné u jedinců bez postižení (Kolektiv autorů, 2014, s. 91).

Na počátku této kapitoly je také v souladu s tím, co uvádí Drábek (2013, s. 17) nutné uvést rovněž fakt, že každý, tedy i člověk s postižením, má nejen určité citové, ale i sexuální potřeby. Nelze přitom jednoznačně tvrdit, že člověk s postižením nemůže být dobrým sexuálním partnerem či dokonce, že nemůže sexuálně žít vůbec. V naprosté většině případů tomu tak není. Nicméně i přesto se sexualita osob s postižením vyznačuje určitými odlišnostmi a může být spojena s určitými problémy, které se liší v návaznosti na zdravotní postižení jednotlivce. Jak zmiňuje Šrámková (2013, s. 17) má v období nemoci, po prodělané závažnější nemoci, po úraze či při trvalém zdravotním postižení pouze jiné vyjádření než u jedinců bez postižení.

Drábek (2013, s. 17) také uvádí, že pochopit sexualitu osob s postižením není vždy zcela jednoduché a zpravidla to vyžaduje především přijetí dosavadního sexuálního vývoje, znalostí a zkušeností jedince s postižením. V případě člověka se zdravotním postižením lze mít navíc obecně za to, že takový člověk ve srovnání s člověkem bez postižení potřebuje i v oblasti sexuality vyšší míru podpory a pomoci. Navzdory tomu je však nutné vycházet ze skutečnosti, že každý člověk včetně člověka postiženého, má

právo na vlastní sexualitu a sexuální život (Drábek, 2013, s. 18). Šrámková (2013, s. 17) pak doplňuje, že naplněný sexuální život bez sporu zvyšuje kvalitu života jedince s postižením.

Osoby se smyslovým postižením

Dle výše uvedené kategorizace se do této skupiny řadí zejména klienti se ztrátou zraku či klienti neslyšící, alternativně je možná také kombinace obou typů postižení, která se označuje jako hluchoslepota. U osob hluchoslepých jsou nejrůznější podněty a tím i edukace v sexuální oblasti výrazně více omezeny než u osob, které jsou jen hluché nebo slepé, tudíž mají sice ve srovnání se zdravými jedinci podnětů méně, nicméně zejména jedinci, kteří se se smyslovým postižením již narodili, je dokáží velmi dobře nahradit jinými smysly (Štěrbová, 2008, s. 170 a násl.).

V případě osob se zrakovým postižením obvykle hrají v sexualitě postižených významnou roli ostatní smysly, tedy sluch, čich, chuť a hmat. Pokud jedinec nežije v ústavu, ale pohybuje se v běžném prostředí, obvykle u zrakově postiženého, který má rozvinuté zbývající smysly nečiní sexualita zásadní problémy, neboť v běžném prostředí žijící jedinec se zrakovým postižením má obvykle dostatek podnětů i dostatek možností navazovat kontakty, a to i ty sexuální. Při navazování kontaktů zejména s jedinci bez postižení se však někdy může projevovat nejistota či nervozita v komunikaci, která může být důvodem, proč je pro jedince obtížnější navázat sexuální vztah (Lister, Shore, 2012, s. 55). Lidé se zrakovým postižením tak velmi často tvoří pár s jiným člověkem se zrakovým postižením, nicméně výjimkou nejsou ani případy, kdy si člověk se zrakovým postižením najde partnera bez postižení. (Šrámková, 2013, s. 173).

Charakteristickým znakem osob se zrakovým postižením v sexualitě je zejména skutečnost, že jsou v sexuální oblasti velmi citliví. Lépe jsou na tom obvykle ti, kteří jsou postižení od narození, neboť mají ostatní smysly dostatečně vyvinuté, aby mohly prostřednictvím zbývajících smyslů vnímat partnera a jeho tělo. O něco hůře jsou na tom zejména v počátcích handicapu ti, kteří se zrakově postiženými stali v průběhu života, zde probíhá určitý proces adaptace, kde se jednak zrakově postižený učí pracovat se zbývajících smysly (z počátku mu to nemusí jít, čímž může být např. nemotorný

apod.), vedle toho se projevuje psychická stránka věci – zde často dochází k dočasnému nezájmu o sex v souvislosti s adaptací na nově vzniklý handicap (Drábek, 2013, s. 70).

Pokud se týká neslyšících, je zde opět nutné, aby byly zapojeny ostatní smysly, kterými člověk s tímto typem postižení disponuje a podobně jako u osob se zrakovým postižením je leckdy vyvinutější než zdravý jedinec. V případě sexuality osob sluchově postižených zde existují spíše související problémy, kterými je jednak komunikační bariéra, která komplikuje navazování partnerských i sexuálních vztahů, což je také důvodem, proč osoby se sluchovým postižením často tvoří pár s dalším člověkem se sluchovým postižením. Další problém je pak šíření informací o sexu a sexualitě mezi jedince se sluchovým postižením (Drábek, 2013, s. 71).

Pokud se týká hluchoslepých, spojují se zde v zásadě problémy obou výše uvedených kategorií, mezi které patří nedostatek podnětů a kontaktů, komunikační bariéra a zejména obtížné šíření informací o sexu mezi jedince s takovým postižením. Na rozdíl od jedinců, kteří mají jen jedno postižení nelze v tomto případě použít ani mluvené slovo ani videoprogramy, které jsou k edukaci určeny, či obrázky, čímž je edukace velmi obtížná. Obecně také u těchto postižených trvá déle, než se naučí novým věcem, což je patrné i v sexuální oblasti, je tedy žádoucí, aby se v těchto případech s osvětou začalo velmi brzy, což si bohužel v řadě případů neuvědomí pedagogové ani rodiče (Štěrbová, 2008, s. 170).

V zásadě lze tedy uvést, že u osob se smyslovým postižením obvykle vlastní sexualita a realizace sexuálního aktu nečiní větší problémy, problémem bývá spíše nedostatečná možnost navazovat kontakty, které by k sexu či partnerství mohli vést a rovněž je problémem nedostatek informací a edukace v této otázce. V souvislosti s nedostatkem informací pak mohou být tito lidé více ohroženi např. neplánovaným těhotenstvím, pokud již kontakt, který vede k sexuálnímu aktu, naváží případně pohlavními nemocemi, včetně nákazy virem HIV či jinou pohlavní chorobou (Štěrbová, 2008, s. 172).

2.2 Osoby s tělesným postižením

Tělesné postižení může mít řadu podob od tělesného postižení, které je z hlediska sexuality jedince zanedbatelné až po tělesná postižení, která mají na sexualitu zásadní dopad. Obecně však platí, že k významným zvláštnostem osob s tělesným postižením neoddělitelně patří poruchy hybnosti a pohyblivosti. Poruchy pohyblivosti se vyznačují jednak tím, že se člověku s postižením hůře navazují jakékoliv kontakty s okolím partnerské vztahy, které následně vedou k sexuální aktivitě, nevyjímaje, ale také tím, že dotyčný má rovněž omezené možnosti přímo při sexuálním aktu. Zejména těžké omezení motoriky člověka omezuje nejen jeho sociální kontakty a jejich navazování, ale i samotnou sexualitu, která je na motorice a pohybové aktivitě obecně poměrně výrazně závislá (Kracík, 1992, s. 18).

V případě, že hybnost omezuje pohyb osoby během samotné sexuální aktivity, je obvykle problém řešen tím, že jsou zvoleny jiné pohyby a techniky sexu, které z pohledu populace bez postižení nemusí být chápány jako zcela běžné, nicméně vedou k uspokojení člověka s tělesným postižením i jeho partnera či partnerky. Existují však i případy, kdy je při sexuální aktivitě člověka s tělesným postižením nezbytná pomoc třetí osoby, která se označuje jako sexuální asistence. Problematický může být i fakt, že tělesné postižení obvykle ve svém důsledku vede k narušení tělesného schématu, s čímž pak souvisí i nižší sebehodnocení a nedostatečné sebepojetí klienta (Drábek, 2013, s. 68).

Dalším problémem v případě tělesných postižení může být u mužů porucha erekce, která je jedním z nejčastějších případů neurologických postižení, která se mezi tělesná postižení řadí. Leckdy poruchy erekce souvisí i s poruchami citlivosti, které s neurologickými postiženími bývají spojeny a případně i s poruchami hybnosti, jak bylo uvedeno výše. Důvodem erektilní dysfunkce i poruchy pohyblivosti může být i poškození míchy, mozku či páteře stejně jako poškození periferních nervů. Do této kategorie onemocnění se řadí zejména stavy po cévních mozkových příhodách, ale patří sem také například epilepsie či roztroušená skleróza. Vůbec nejčastějším tělesným postižením je dětská mozková obrna (Drábek, 2013, s. 68).

Jako příklad Drábek (2013, s. 68) zmiňuje právě jedince nemocné s roztroušenou sklerózou, u kterých uvádí, že poruchy v oblasti sexuality bývají přítomny v 65–90 % případů tohoto onemocnění. Dále například u epileptiků může ke snížení zájmu o sex vést množství léků, které nemocní užívají. U lidí postižených dětskou mozkovou obrnou se pak někdy vyskytují prudké spasticity v oblasti dolních končetin či kyčlí, což může pohlavní styk prakticky znemožňovat (Drábek, 2013, s. 68).

Dalším příkladem tělesných postižení jsou klienti, kterým byl amputován určitý orgán či končetina. Zejména u amputace končetin jsou téměř ve všech případech sexuální funkce zachovány, nicméně problémy v sexuální oblasti souvisí s psychikou jedince a zejména s pojetím vlastního těla. Oproti tomu, pokud došlo v důsledku úrazu například k poškození páteře či míchy, může být sexualita problematická a v některých případech může být sexuální aktivita prakticky nemožná (Drábek, 2013, s. 69). Podobným způsobem se projevují sexuální problémy i v souvislosti s poraněním pánve (Šrámková, 2013, s. 58).

MOŽNOSTI POMOCI A PODPORY V RÁMCI SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Obecně lze říct, že základním cílem sociální podpory v oblasti sexuality pro zdravotně postižené je podporovat pozitivní vztah člověka s postižením k sexualitě a sexuálnímu životu v nejširším smyslu slova. Například získání pozitivního vztahu k experimentování s masturbací či nekoitálními aktivitami bývá velmi prospěšné. Základním nástrojem podpory člověka s postižením je vždy podávání hodnotných informací. Ty spočívají i třeba v tom, že je člověk s postižením poučen o tom, že dosažení orgasmu při sexuálním aktu nemusí být jedinou podmínkou pro uspokojivý výsledek soulože. Je-li to potřeba, měl by sociální pracovník spolupracovat i s odborníky přímo z oboru, tedy zejména se sexuologem. Na výše uvedené pak navazuje fáze podpory, jejíž součástí je volba a doporučení vhodných kompenzačních případně i erotických pomůcek (jsou-li potřeba), které napomohou k plnohodnotnému sexuálnímu životu klienta. Samotné získání potřebných informací o sexu a sexualitě umožňuje zejména mladým lidem s postižením poznat sám sebe (Kolektiv autorů, 2014, s. 97).

V souvislosti s možností pomoci a podpory v rámci sociální práce v ORP Olomouc, je nutné konstatovat, že v ORP Olomouci v současné době neexistuje instituce, která by se věnovala právě pomoci a podpoře v oblasti sexuality. Do určité míry však lze využít instituce zaměřené na podporu a pomoc lidem s handicapem, kdy například v rámci poradenství či osvěty není neobvyklé, že se klienti dotazují i v oblasti sexuality, ale toto téma není jejich hlavní náplní práce a obvykle v této oblasti pracovník nemá dostatečnou kompetenci a znalosti, což je značným omezením.

Sociální práce s jednotlivcem

Sociální práce s jednotlivcem je historicky nejstarší metodou soc. práce. Patří k Nejpropracovanější metodám sociální práce, jde o soubor metod zaměřených na přímý kontakt s jedním klientem. Sociální práce s jednotlivcem je chápána jako přímý kontakt sociálního pracovníka s klientem v zájmu vyřešení jeho sociální problémové situace, přičemž důraz klade rovnoměrně na možné vlivy kořenící v osobnosti klienta, jakož i na

možné vlivy působící v jeho okolí. Jedná se o sociální práci zaměřenou na konkrétního klienta, jeho případ a jeho konkrétní situaci a problémy (Kuzníková, 2011, s. 44).

V případě sociální práce s člověkem s postižením, která je zaměřena na problematiku sexu a sexuality, lze využít práci s jednotlivcem zejména k osvětě týkající se antikoncepce, pohlavních onemocnění, ale i třeba informací, jak vyhledávat pornografické materiály na internetu, jak navázat kontakt s jedincem opačného pohlaví apod. Není samozřejmě ani vyloučeno, že sociální pracovník poskytne jedinci i návod, např. popíše určitou techniku, jak dospět k uspokojení např. pomocí autoerotiky, popř. i s partnerem.

Sociální práce v rámci rodiny

Sociální práce s rodinou se původně vyvinula z tzv. rodinné terapie, přičemž její podstata spočívá v tom, že sociální pracovník vedle člověka s postižením pracuje také s jeho rodinnými příslušníky. Sociální pracovník se tak zaměřuje na vztahy a interakce v rodině. Cílem této metody sociální práce je pomoci rodině jako celku řešit určitý problém (Kuzníková, 2011, s. 73-75).

V oblasti sexuality může sociální pracovník buď napomáhat v rámci rodiny, kterou člověk s postižením vytvořil se svým partnerem a případně potomky, tj. napomáhat zejména v oblasti sexuálního poradenství v kontextu vztahu s partnerem, nebo může napomáhat i tam, kde člověk s postižením např. žije se svými rodiči, kterým je někdy nutné například vysvětlit, že i člověk např. s mentálním či duševním postižením má určité sexuální potřeby a napomoci k tomu, aby tyto potřeby byly v rodině respektovány, člověk s postižením měl například dostatek soukromí, ale na druhou stranu věděl, jak a kdy je možné tyto aktivity provozovat a jaké jsou hranice.

Skupinová sociální práce

Skupinová sociální práce je metodou sociální práce, ve které se malé množství osob sdílejících podobné zájmy nebo problémy pravidelně setkává a věnuje aktivitám zaměřeným na dosažení zvolených cílů s podporou či doprovázením sociálního

pracovníka. Z hlediska dějin patří ke klasickým metodám této profese a vědní disciplíny (Gulová, 2011, s. 61).

Navzdory skutečnosti, že skupina tvoří celek, sociální pracovník nesmí zapomenout na individuální projevy a potřeby jejích jednotlivých členů. Individuum se může seberealizovat, nebo pochopit vlastní hodnotu pouze prostřednictvím vlastní účasti ve skupině. Díky sounáležitosti ke skupině může jedinec zažít pocit bezpečí, přijetí, zakouší pocity spojené s převzetím odpovědnosti za jiných v rámci skupinových vztahů. Sociální práce se skupinou se zaměřuje i na ovládnutí umění "zapojit se" do skupiny prostřednictvím navázání osobních kontaktů s členy skupiny, spolupodílení se na plánování a provádění skupinových činností, ale také uměním "vycouvat", odejít ze skupiny, pokud je to pro jednotlivce potřebné (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 22).

Hlavním cílem sociální práce se skupinou je dosažení změny v oblasti sociálního fungování jejích členů prostřednictvím jejich účasti ve skupině. Sociální pracovník se zaměřuje ve svých aktivitách stejně na pomoc jednotlivým členům skupiny jako na pomoc skupině jako celku. Skupinová sociální práce je metodou i procesem vypracovaným na to, aby si lidé mohli zvýšit kvalitu svého života a zvyšovat svůj potenciál tak, jak je to jen možné (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 22).

Práce se skupinou je zároveň specifickou oblastí teorie sociální práce – zabývá se otázkami sousedství, ženskou otázkou, možnostmi využití sociální práce se skupinou v nemocnicích, v nápravně výchovných zařízeních, organizacích atd. Metoda sociální práce se skupinou osob může pomoci skupině:

- dosáhnout společně stanovených cílů,
- dosáhnout změny požadované členy skupiny, kteří mají problémy individuální, rodinné, pracovní apod.,
- napomoci členům k samostatnému rozvoji a k svépomoci, a tak obohatit individuální osobnosti,
- využít skupinovou terapii za účelem odstranění nežádoucích a zatěžujících projevů, zážitků v životě jednotlivých členů apod. (Gulová, 2011, s. 61).

Při sociální práci se skupinou postižených klientů je možná účinná výměna zkušeností se sexualitou v kontextu určitého postižení.

Sociální poradenství

Sociální poradenství je profesionální odborná činnost, prováděná odborníkem a založená na vztahu, podpoře, pomoci, rozvoji, optimálním uplatnění klienta na jeho reálné orientaci v životě. Sociální poradenství slouží k odstranění, případně alespoň zmírnění negativních návyků nebo způsobů chování klienta a jeho začlenění do společenského rámce, rodiny, pracovního kolektivu, komunity, ale i v oblasti partnerských vztahů či sexuality a sexuálního života. Je to odborná činnost, resp. soubor činností, které mají přinést klienta k samostatnému, odpovědnému řešení vlastního problému, který vznikl jako důsledek střetu klientových aspirací se sociální realitou.

Lze rozlišit tři základní druhy sociálního poradenství (Chloupková, 2013, s. 41):

Sociální poradenství prvního kontaktu – jde o rozhovory s klientem s cílem sociální diagnostiky a využívání účinné metodiky zvládání jeho krizových situací a problémů. Sociální pracovník poskytuje základní informace o stávajících předpisech a existujících formách pomoci.

Odborné sociální poradenství – měl by ho provádět vysokoškolsky vzdělaný odborník specializovaný na profesi sociálního poradce v ambulantních nebo rezidenčních sociálních institucích. Je určeno klientovi, při kterém se ukázalo základní poradenství jako nedostatečné pro odstranění problémů.

Specializované sociální poradenství – poskytuje se v situaci, kdy problémy klientů vyžadují speciální znalosti, dovednosti a využívání poradenských postupů v rámci organizačně rozvinutého a profesionálně zabezpečeného poradenství v Centrech poradensko-psychologických služeb. Poradce na první úrovni plní většinou úkoly informačního a distribučního charakteru, poradce na druhé úrovni se zaměřuje na řešení reálných problémů klienta, které mají spíše krátkodobý charakter a poradce na třetí úrovni se orientuje na určitou oblast sociálních problémů nebo na určitý okruh sociálních klientů (Chloupková, 2013, s. 41).

V případě sexuality by se přitom vždy mělo jednat o odborné sociální poradenství nebo o speciální sociální poradenství. Odborné sociální poradenství je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytováno v následujících institucích: občanské, manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory či poradny pro lidi s postižením. Minimálně u manželských, rodinných a poraden pro osoby s postižením je možné se obvykle setkat s poradenstvím v oblasti sexuality a sexu pro osoby s postižením, nicméně přímo poradenství v oblasti sexuální není českým zákonem upraveno a ani praxe nezavádí samotné sexuální poradenství, tyto problémy je možné řešit v rámci jiných problémů (např. manželské problémy). (Drábek, 2013, s. 47).

I přesto, že sexuální poradenství jako takové v ČR schází, je možné identifikovat jeho tři roviny, se kterými se lze setkat v rámci obecného, sociálního, nebo v rámci manželského poradenství v kontextu zdravotního postižení:

„Obecně preventivní rovina se zaměřuje na sexuální fyziologii, výchovu k rodičovství nebo sociální a komunikační dovednosti. Další, individuálně preventivní rovina je orientována na sexuální chování, sexuální techniky a partnerské dovednosti. Poslední rovinou je intervenční poradenství, které řeší akutní problémy jedince či partnerské dvojice.“ (Drábek, 2013, s. 48).

Osvěta

Součástí sociální pomoci osobám s postižením v oblasti jejich sexuality je rovněž osvěta nebo také konzultační činnost. Konzultace a určitá osvěta patří k náplni práce sociálního pracovníka, a to vedle jeho běžné přímé práce s klienty. Postoj sociálního pracovníka přitom hraje zásadní roli i při otázkách řešení např. rodinné či partnerské krize klienta či jeho sexuálních problémů, které jsou s těmito krizemi velmi často úzce spojeny. K osvětě patří nejen konzultace a osvěta zaměřená vůči klientům, ale také osvěta zaměřená směrem k laické veřejnosti, která hraje zásadní roli, a které by se sociální pracovník měl věnovat stejně jako jiným úkolům, které v rámci své profese plní. Ve vztahu k veřejnosti je možné jako formu osvěty zvolit různé přednášky, prezentace či besedy (Drábek, 2013, s. 51).

Drábek (2013, s. 51) také uvádí, že „jedním z významných cílů osvěty je podpora zájmů sdělovacích prostředků o osoby se zdravotním postižením, které se naštěstí stále častěji dostávají na televizní obrazovky, stránky novin a časopisů, čímž i masmédia přispívají k proměně obrazu zdravotně znevýhodněných skupin obyvatel.“

Sociální intervence

Termín sociální intervence se používá k označení záměrného zasahování do způsobů řízení jednotlivců, rodin, skupin či institucí, do jejich životních a pracovních podmínek, do struktury vztahů apod. Sociální intervence je jediná účinná forma pomoci při řešení sociálních problémů, zvládnání společenských krizí, které jsou spojeny s absencí finančních, institucionálních či právních zdrojů pomoci. Úspěšnost intervence je závislá od odborné připravenosti a fundovanosti sociálních pracovníků – realizátorů intervencí. v současnosti je intervence vázána na klienta – jednotlivce, rodinu, skupinu či komunitu – jako objekt sociální práce (Gulová, 2011, s. 57).

Při poskytování sociální intervence je vždy nutné respektovat právo klienta na určení hranic intervence, včetně práva na odmítnutí pomoci, musí být realizována transparentním a pro klienta srozumitelným způsobem, respektovat právo klienta nahlédnout do jeho spisu, usilovat o dodržení principu dobrovolnosti a souhlasu klienta s intervencí, poskytnout dostatečný prostor klientovi na převzetí vlastní odpovědnosti, rozhodování a řešení vlastní situace (Gulová, 2011, s. 57).

V souvislosti se sociální intervencí je třeba využívat sociální oporu a sociální síť. v praktické sociální práci sociální pracovník může použít sociální intervenci buď jako běžnou metodu nebo krizovou intervenci, která vyžaduje okamžitý zásah při život ohrožujících situacích. Sociální intervence je vlastně jádro sociální práce s klientem – sociální terapie. Běžná intervence je určena klientovi, jehož problém umožňuje postupné, klidné řešení na základě předem vypracovaného plánu.

Sociální intervence v oblasti sexuality lidí s postižením by pak měla být primárně zaměřena na budování pozitivního vztahu postiženého člověka k sexualitě v nejširším slova smyslu. v praxi je velmi užitečné například to, když klient získá pozitivní vztah k masturbaci, případně skutečnost, že je mu (zejména v různých zařízeních) poskytnut

dostatek soukromí. Někdy je velmi užitečné i pouhé poučení jedince (případně i páru), že při sexu není nezbytné dosáhnout orgasmu a není nutné ani pohlavní uspokojení prostřednictvím pohlavního styku, ale existují i různé nekoitální aktivity, které může člověk s postižením či pár využít (Drábek, 2013, s. 49-50).

Podpora při navazování vztahů

Obecně lze předpokládat, že lidé s postižením jsou charakterističtí různými deficity v oblasti navazování partnerských i sexuálních vztahů. S tím pak mohou souviset např. pocity osamělosti nebo jsou nejistí při navazování jakýchkoli vztahů. a právě z těchto důvodů je zde služba podpora při navazování vztahů, kterou je vhodné realizovat jak v kontextu navazování interpersonálních vztahů, tak i v oblasti sexuality. Podporu při navazování vztahů lze pak poskytovat např. prostřednictvím nejrozličnějších seznamek zaměřených na jedince s postižením. Podstatou podpory při navazování vztahů však může být rovněž trénování seznamovacích aktivit, osvojování si těchto aktivit, případně obecný trénink v oblasti sociálních dovedností. Součástí však může být také sdílení dosavadních zkušeností v této oblasti (Drábek, 2013, s. 52).

Sexuální asistence

Velmi diskutovanou otázkou je pak otázka sexuální asistence, která v ČR zatím nepatří k běžným službám, nicméně v řadě jiných zemí ano. I v České republice však již sexuální asistentky a asistenti, kteří za úplatu pomohou klientovi k sexuálnímu uspokojení existují. Nejvhodnější je patrně uvést, že *„sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti. Pomáhají lidem s hendikepem, osobám s duševním postižením, seniorům, a jinak znevýhodněným lidem pracovat s jejich sexualitou. Rozděluje se na aktivní a pasivní sexuální asistenci“* (Sexuální a intimní asistence, 2015).

Zatímco v Česku má sexuální asistence zatím převážně pasivní podobu, ve více různých zemích jsou ve zkvalitňování života člověka s těžkým postižením ještě dál. Již v roce 1992 a následně pak pro srovnání v roce 2014 referovala izraelská sexuoložka Ronit o zkušenostech se sexuálními terapeutkami ve své praxi. Vyškolené ženy pod lékařským dohledem vedly pacienty k znovuoživení jejich sexuality.

Ve Velké Británii si handicapovaný může objednat například přes organizaci TLC Trust sexuální pracovníci nebo pracovníka. Jsou vyškoleni na všechny druhy postižení, pomohou klientovi zbavit se napětí a objevit tělesnou rozkoš, ačkoli nejednou jen v podobě objetí či jiného neintimního kontaktu. v Nizozemsku dostávají hendikepovaní pacienti finanční příspěvek od státu na placené sexuální služby. Užít si je mohou maximálně dvanáctkrát ročně. Sexuální asistence jako sociální služba je součástí státní podpory zkvalitňování života hendikepovaných i ve Švýcarsku, v Dánsku, Itálii či v Anglii (Sexuální a intimní asistence, 2015).

Velmi intenzivně se o tomto tématu otevřeně diskutuje ve Francii. v Německu má diskuse o právu postižených na sexuální život velmi konkrétní podobu. V celostátní televizi byl nedávno odvysílán program Už žádné tabu! Tato německá dokumentární série mapuje různá společenská témata, o kterých se veřejně nemluví. Jeden díl byl věnován sexualitě lidí s těžkým postižením. Tato problematika byla rozebrána z více úhlů pohledu, i s vyjádřeními a názory hendikepovaných lidí (Sexuální a intimní asistence, 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

V rámci praktické části je realizováno vlastní šetření, jež se vyznačuje zejména tím, že podobných šetření bylo zatím na českém území realizováno minimum, čímž mohou být výsledky šetření velmi přínosné pro praxi i pro vědu, i když je zřejmé, že pro malý počet respondentů je nelze zobecňovat.

Metodika práce

Práce je zpracována prostřednictvím výzkumné strategie kvantitativního výzkumu, která je realizována metodou dotazníkového šetření. Dotazník je poměrně levnou a rychlou variantou šetření, která má navíc významnou výhodu v tom, že je obvykle anonymní a v dnešní době není pro respondenty problém vyplnit dotazník přímo od jejich počítače za použití internetu (Sedláková, 2014, s. 158). Právě při průzkumu realizovaném mezi osobami s postižením, byla tato skutečnost velkou výhodou.

V této práci byl tedy nejprve sestaven dotazník, který nejprve zjišťoval charakteristiku výzkumného souboru a následně postupoval od obecnějších otázek ke konkrétnějším ve vztahu k sexualitě a sexuálnímu životu jedinců s postižením v ORP Olomouc.

Podmínkou vyplnění dotazníku bylo, že respondent má bydliště či se trvale zdržuje na území ORP Olomouc, mají tělesné či smyslové (zrakové, sluchové či zrakové a sluchové) postižení a jsou starší 15 let, což respondenti ihned na začátku dotazníku potvrzovali a kdo nepotvrdil tuto skutečnost, nebylo mu umožněno dotazník vůbec vyplnit. Další podmínkou, která měla zajistit, že postižení respondenta, bude spíše závažnějšího charakteru, byla skutečnost, že respondent musel být v invalidním důchodu (alespoň 1. stupně), čímž bylo zajištěno, že se za osobu s postižením nebude považovat respondent, jehož postižení a s ním související omezení jsou minimální.

Dotazník byl sestaven prostřednictvím programu Survio, který následně umožňuje za poplatek i stažení dat v souboru MS Excel, ve kterém byly následně zpracována tabulky a grafy, které tvoří součást statistického zpracování dotazníku. Distribuce dotazníku proběhla tak, že dotazník byl jednak e-mailem rozeslán vybraným zařízením, která se zaměřují na pomoc lidem s postižením, ale zejména byl distribuován prostřednictvím

diskusních fór na internetu a skupin na Facebooku, ve kterých se sdružují lidé s postižením určitého typu (tj. tělesným či smyslovým). Tím mělo být zajištěno, že dotazník vyplní především respondenti, kterých se problém týká. Aby byla zajištěna lepší kontrola nad výsledky, a bylo možné rozhodnout o zařazení sporných případů, bylo možné zvolit i variantu, že respondent nemá přiznaný invalidní důchod, stejně jako situace, kdy respondent má jiný typ postižení. Tito respondenti pak byly z dotazníku vyřazeny (výjimkou měly být ti, kteří měli např. kombinaci smyslového a tělesného postižení, čímž bylo možné je do výzkumu zařadit, nicméně takové respondenti se ve výzkumu nevyskytovali).

Výše popsaným způsobem bylo zajištěno poměrně mnoho respondentů, což je zřejmé i z následující kapitoly zaměřené na výzkumný soubor. Dotazník tak lze skutečně charakterizovat jako kvantitativní formu výzkumu, neboť celkem na něj odpovědělo 177 osob, přičemž 6 osob bylo z výzkumu vyřazeno proto, že nevyplnili celý dotazník a jeho vyplňování ukončili v průběhu dotazníku, dalších 9 bylo vyřazeno proto, že zvolili jiný typ postižení, případně neměli přiznaný invalidní důchod. Platně vyplněných dotazníků tak bylo celkem 162.

Dotazník sestával celkem z 15 otázek, z nichž prvních pět se zaměřovalo právě na charakteristiky výzkumného souboru, dalších sedm na sexualitu a partnerský život respondenta a následující tři pak na využití sociální práce a sociálních služeb ze strany respondenta. Otázky byly zvoleny tak, aby se na jednu stranu podařilo zjistit informace týkající se zejména sexuálního, ale do určité míry i partnerského života osob s postižením, ale na druhou stranu byly voleny tak, aby osoby s postižením neuváděly do nepříjemné či trapné situace, neboť byla snaha získat co nejvíce úplných dotazníků.

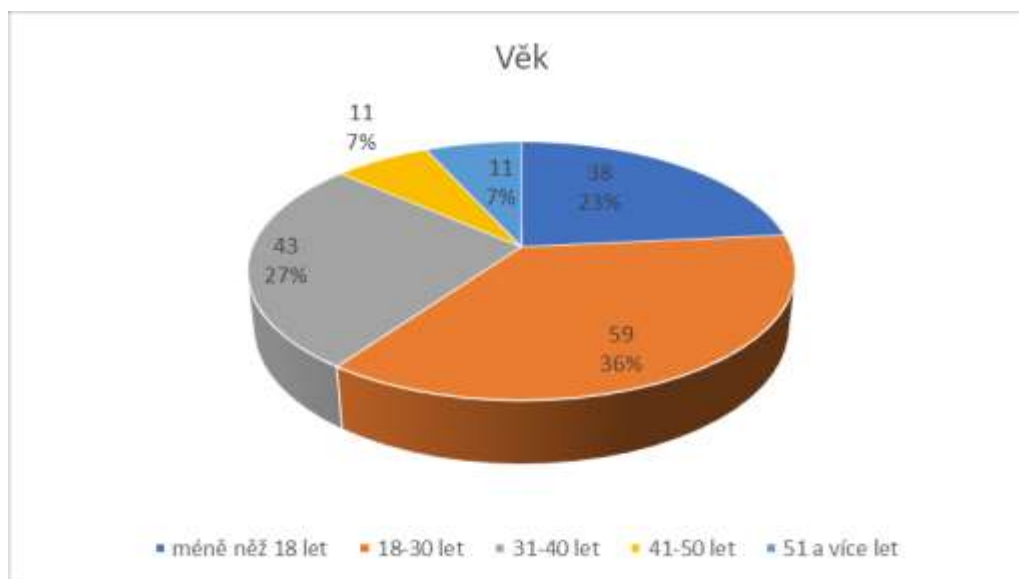
Data získaná dotazníkovým šetřením byla dále statisticky vyhodnocena v programu MS Excel, do kterého jsem si výsledky exportovala z programu Survio. v MS Excel byly zpracovány tabulky a grafy, které následující text doplňují a zajišťují jeho přehlednost. V koláčovém grafu je vždy zaneseno jak absolutní číslo, tak i procentuální podíl výsledku, který je prezentován pod absolutním číslem. v případě sloupcových grafů je s ohledem na typ otázek, kde respondenti mohou volit více odpovědí, výsledek zaznamenán pouze v absolutních číslech. Výsledky byly dále podrobně analyzovány a na podkladě provedené analýzy, pak byly metodou dedukce formulovány

nejdůležitější výsledky průzkumu – zjištění. v návaznosti na realizovanou dedukci bylo pak možné formulovat doporučení pro praxi, která jsou součástí závěrečné části této práce.

Výzkumný soubor

Dotazník celkem zodpovědělo 177 osob, nicméně 15 z nich jej nedokončilo, čímž byli z výzkumu vyřazeni a dále je pracováno s výzkumným souborem, který sestával 162 respondentů. Odpovědi respondentů byli sesbírány v lednu 2016. S ohledem na skutečnost, že dotazník byl distribuován na internetu a na sociálních sítích, se podařilo sehnat spíše respondenty mladšího, popř. středního věku, starších respondentů bylo ve výzkumu relativně málo, neboť zatímco ve věku do 18 let bylo 23 % respondentů, ve věku mezi 18-30 lety bylo 36 % respondentů a ve věku mezi 31-40 lety bylo 27 % respondentů, mezi 41-50 lety bylo jen 7 % respondentů a stejný počet respondentů byl starší 51 let. Věková struktura respondentů je přehledně znázorněna v grafu č. 1.

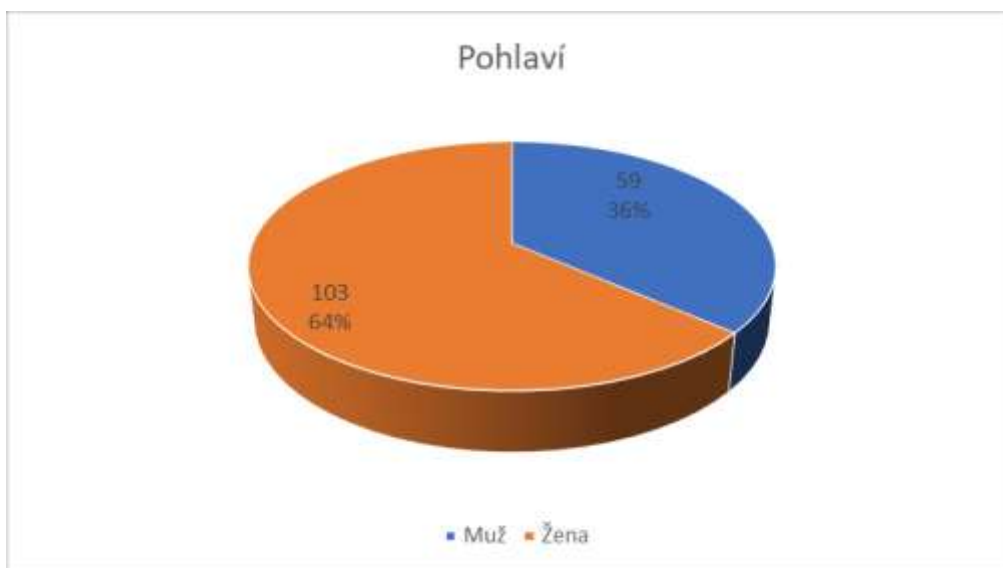
Graf č. 1: Věková struktura výzkumného souboru



Zdroj: vlastní výzkum

Pokud se týká pohlaví respondentů, ve výzkumném souboru převažovaly ženy, kterých bylo 64 % všech respondentů, zatímco mužů bylo pouze 36 %. To však neznamená, že ženy jsou častěji osobou s postižením, spíše se konkrétním dotazníkem podařilo lépe a efektivněji oslovit ženy. Výsledky prezentuje graf č. 2.

Graf č. 2: Pohlaví respondentů

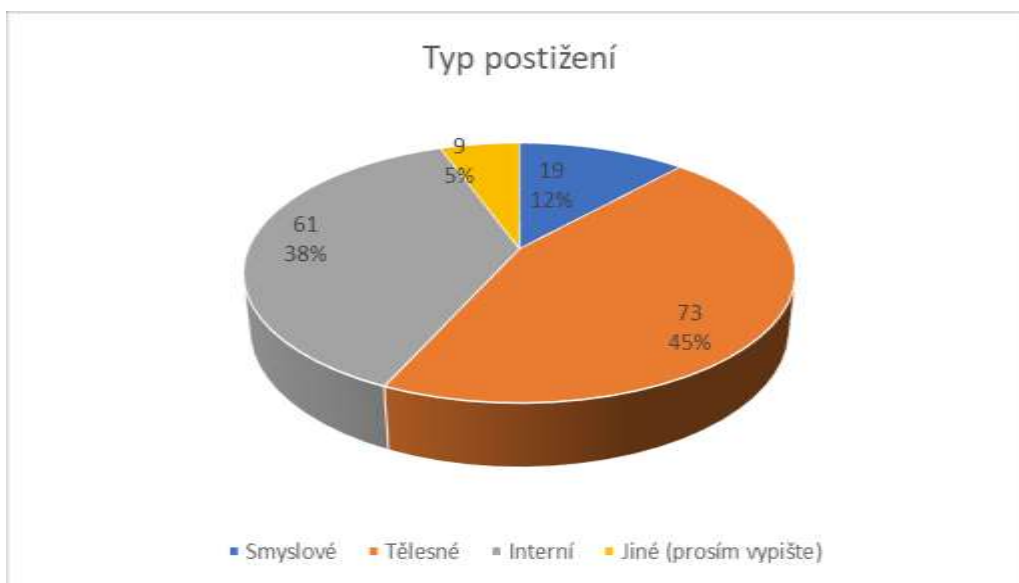


Zdroj: vlastní výzkum

Dalším charakteristickým znakem, který byl zjišťován, byl typ postižení, přičemž byla zmíněna i varianta jiná, byť byl výzkum primárně cílen na v práci zkoumané případy smyslového (zrakového a sluchového) a tělesného postižení, nicméně dalo se předpokládat, že dotazník příležitostně vyplní i respondenti s jiným typem postižení, kteří byli následně po posouzení typu postižení, které neodpovídalo zaměření dotazníku z výzkumu vyřazeni. To se také potvrdilo, neboť dotazník vyplnilo několik málo osob s kombinovaným a duševním postižením, jež byly tedy vyřazeny, tudíž nejsou v rámci grafu prezentovány.

Z výsledků jednoznačně plyne, že nejvíce respondentů mělo tělesné postižení, ti tvořili celých 45 % respondentů, hodně respondentů mělo také sluchové postižení, tato skupina tvořila 38 %, 17 % respondentů mělo zrakové postižení. Výsledky jsou zaneseny do grafu č. 3.

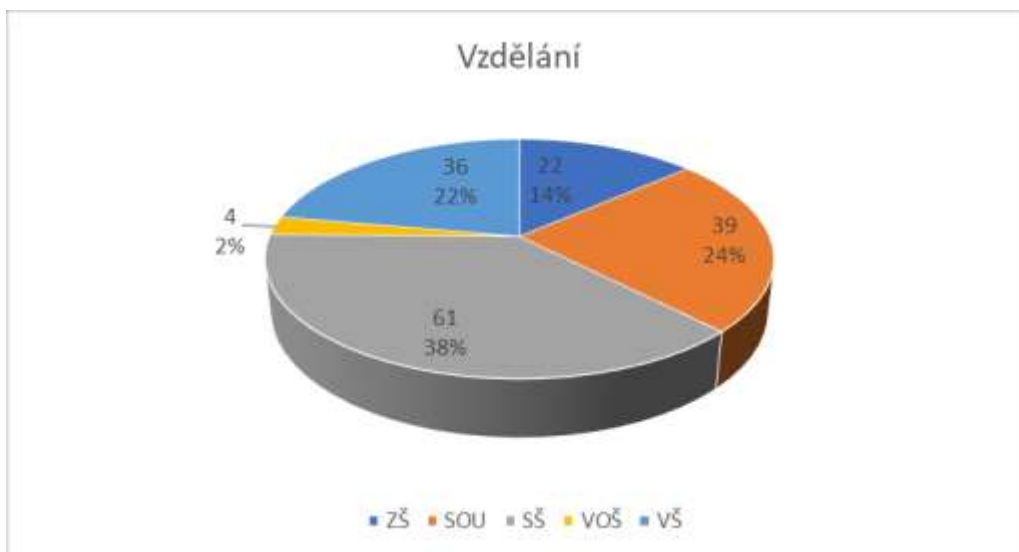
Graf č. 3: Typ postižení



Zdroj: vlastní výzkum

Další charakteristikou bylo vzdělání, které bylo zkoumáno zejména s ohledem na společenské zařazení respondentů, neboť často se dle laické veřejnosti u osob s postižením vzdělání příliš nepředpokládá. Zejména u jedinců s tělesným, ale do značné míry i se sluchovým či zrakovým postižením, prezentuje následující graf, že toto není pravda. Graf č. 4, ze kterého vyplynulo, že 14 % respondentů mělo pouze základní vzdělání, dalších 24 % respondentů mělo vystudovaný učební obor, největší skupina respondentů, tj. 38 % dosáhla středoškolského vzdělání, jen 2 % dosáhla vyššího odborného vzdělání, ale skutečnost, že ani zdravotní postižení nebrání jedinci studovat potvrzuje celých 22 % vysokoškoláků, mezi kterými jednoznačně převažovaly lidé s tělesným postižením.

Graf č. 4: Vzdělanostní struktura respondentů

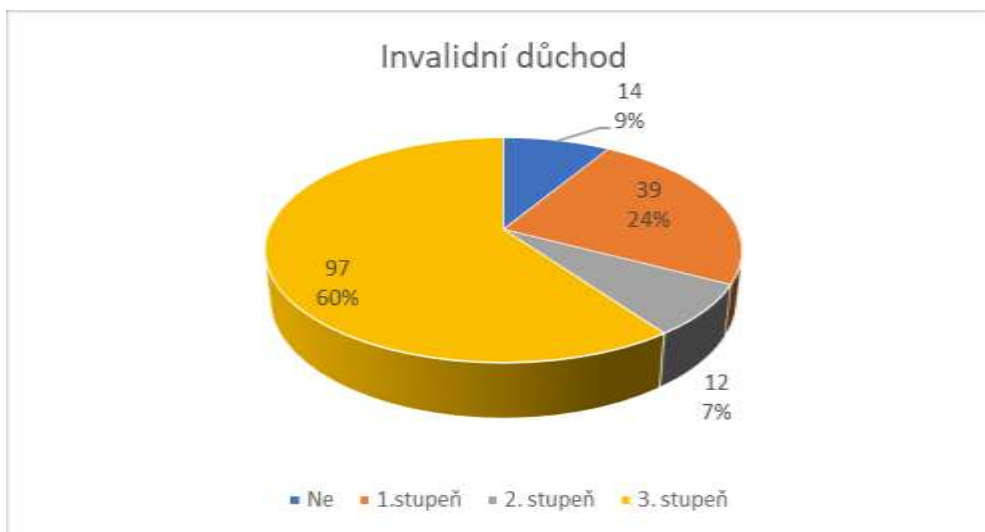


Zdroj: vlastní výzkum

Poslední charakteristikou výzkumného souboru, která byla v dotazníku zkoumána, byla otázka, zda respondent má či nemá invalidní důchod a případně zda má invalidní důchod 1., 2. nebo 3. stupně. Tato skutečnost byla zkoumána zejména proto, aby bylo zřejmé, že respondentovo postižení je natolik závažné, že je mu přidělen invalidní důchod, který je v ČR přidělován na základě jednotlivých zákonem stanovených kritérií, jež jsou pak individuálně posouzena. Z grafu č. 5, který je přiložen plyne, že všichni respondenti, kteří byli v dotazníku ponecháni pobírala invalidní důchod, přičemž 63 % respondentů mělo přidělen invalidní důchod 3. stupně, pouze 10 % pak mělo invalidní důchod 2. stupně a 27 % mělo invalidní důchod 1. stupně.

Pokud se týká dvou respondentů, kteří uvedli, že invalidní důchod nepobírají, nejsou zaneseny do grafu, neboť byly z výzkumu vyřazeny nikoliv pro nepobírání invalidního důchodu, ale především pro jiný typ postižení než postižení, jež byla zkoumána. V jednom případě se jednalo o vnitřní onemocnění, ve druhém o duševní onemocnění.

Graf č. 5: Invalidní důchod



Zdroj: vlastní výzkum

Závěrem charakteristiky výzkumného souboru je třeba dodat, že respondenti byli vybíráni tak, aby všichni měli buď trvalý pobyt či alespoň tři roky pobývaly v ORP Olomouc, v opačném případě je program vůbec nepustil k vlastnímu vyplňování dotazníku, dále musely mít konkrétní typ postižení, tj. smyslové či tělesné a musely pobírat invalidní důchod (tyto informace byly na počátku dotazníku uvedeny, nicméně pro jistotu byli respondenti ještě tříděni na základě odpovědí na otázky týkající se typu postižení a invalidního důchodu.

Partnerský a sexuální život osob s postižením v ORP Olomouc

Vlastní šetření sestávalo z deseti otázek, které se snažili naplnit cíle této práce a najít odpověď na výzkumnou otázku. První otázka zjišťovala, zda respondenti pociťují v souvislosti se svým postižením omezení v partnerském životě. Z výsledků, které jsou zaneseny do grafu č. 6 vyplynulo, že 65 % respondentů pociťuje v souvislosti se svým postižením omezení v partnerském životě. 33 % respondentů naopak omezení v partnerském životě nepociťovalo a jen 2 % respondentů uvedlo, že věc nejsou schopni posoudit. Je tedy zřejmé, že většinu – téměř dvě třetiny respondentů jejich postižení omezuje v partnerském životě.

Pojem partnerský život byl v rámci otázky vymezen v souladu s teoretickou částí této práce, tj. bylo respondentům vysvětleno, jak je chápán v rámci realizovaného výzkumu, aby nedošlo k jinému pochopení tohoto důležitého pojmu, který je spjat i s ověřovanou hypotézou, tudíž jeho pochopení bylo stěžejní pro výsledky celé práce.

Graf č. 6: Omezení v partnerském životě



Zdroj: vlastní výzkum

Navazující otázka pak zjišťovala, zda respondenti pocítují omezení v sexuálním životě, přičemž jsem se snažila porovnat počet respondentů, kteří pocítují omezení v partnerském a sexuálním životě, což mělo směřovat i k ověření hypotézy, kterou práce ověřuje. Stejně jako partnerský život byl i sexuální život definován, čímž bylo zajištěno jednotné chápání tohoto pojmu respondenty. Z výsledků, které přehledně prezentuje graf č. 7 je patrné, že 67 % respondentů pocítuje v důsledku svého zdravotního postižení omezení v sexuálním životě. 31 % respondentů uvedlo, že omezení v sexuálním životě nepocítuje a 2 % uvedla, že nedokážou věc posoudit. Pokud to porovnáme s omezením v partnerském životě, je zřejmé, že omezení v sexuálním životě pocítuje o 2 %, tj. o čtyři respondenty více než omezení v partnerském životě. Při podrobném srovnání výsledků se také ukázalo, že až na jednu výjimku všichni respondenti, kteří uvedli, že pocítují omezení v partnerském životě, pocítovali omezení i v sexuálním životě.

Graf č. 7: Omezení v sexuálním životě



Zdroj: vlastní výzkum

V návaznosti na předcházející dvě otázky pak měla být ověřována hypotéza, která byla stanovena v úvodu práce, a to hypotéza, že většina respondentů, kteří pociťují problémy v sexuálním životě, budou mít i problémy v partnerském životě. To se tudíž s ohledem na výsledky předchozích dvou otázek z dotazníku také v rámci výzkumného souboru osob s postižením, které vyplnily dotazník, potvrdilo.

Navazující otázka pak zjišťovala, zda má respondent aktuálně partnera. Z grafu č. 8, který znázorňuje výsledky odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že Pouze 46 % respondentů s postižením má aktuálně partnera, naopak 54 % je bez partnera.

Graf č. 8: Partner



Zdroj: vlastní výzkum

Další otázka zjišťovala, zda respondenti žijí aktivním sexuálním životem. Výsledky jsou opět zaneseny do grafu, který je označen č. 9. Prostřednictvím výzkumu bylo zjištěno, že pouhých 36 % osob s postižením žije aktivním sexuálním životem, 64 % naopak sexuálně v současné době nežije. To patrně souvisí mimo jiné i s tím, že mezi osobami s postižením v ORP Olomouc se vyskytlo poměrně vysoké množství respondentů bez partnera, kde je tudíž sexuální život do značné míry omezen. To opět do jisté míry odkazuje na hypotézu, jež byla v práci ověřována, neboť respondent, který nemá aktivní sexuální život, nebude mít ve velkém procentu případů ani partnerský život, což může subjektivně vnímat negativně.

Zmíněná otázka je také stěžejní pro zodpovězení výzkumné otázky, která byla rovněž stanovena v úvodu, tedy otázky, zda: „Je možné přisvědčit tvrzení, že osoby s postižením v ORP Olomouc ve většině případů žijí sexuálním životem?“ V návaznosti na zjištěný výsledek lze odpovědět, že nikoliv, neboť 64 % respondentů s postižením aktivním sexuálním životem nežilo.

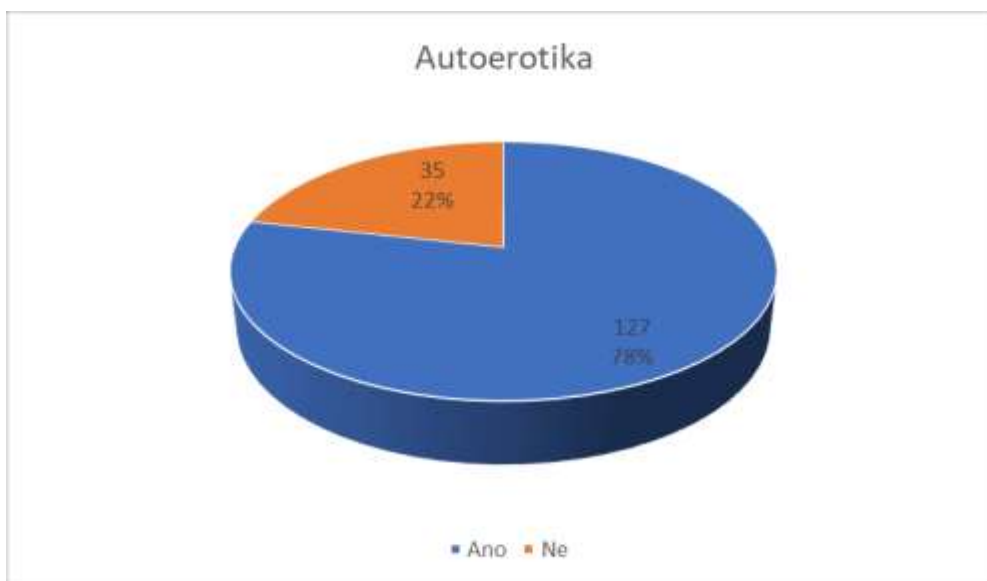
Graf č. 9: Aktivní sexuální život



Zdroj: vlastní výzkum

Další otázka pak v návaznosti na výše uvedené zjišťovala, zda se respondenti věnují autoerotice. Výsledky, které prezentuje graf č. 10, ukazují na to, že většina respondentů, konkrétně 78 % se autoerotice věnuje, pouze 22 % respondentů uvedlo, že se autoerotice nevěnuje. Z tohoto hlediska je zřejmé, že přes určité obtíže v partnerském a sexuálním životě, zdravotně postižení ve většině případů svoji sexualitu projevují alespoň prostřednictvím autoerotiky.

Graf č. 10: Autoerotika



Zdroj: vlastní výzkum

Další otázka pak zjišťovala, kolik měli respondenti v životě sexuálních partnerů či partnerek, s ohledem na to, že v tomto případě se výsledky obvykle liší i v populaci bez postižení, a to jak mezi muži a ženami, tak i mezi jednotlivci v rámci stejného pohlaví, jsou i v této práci výsledky rozděleny na mužskou a ženskou část respondentů. Z tabulky č. 1, která výsledky přehledně prezentuje je patrné, že zejména mezi ženami je vysoký počet osob – celkem 29, které neměla žádného partnera. Mezi muži je to pouze 6 osob, nicméně těchto 6 osob je celkem 10 % z celkového počtu mužských respondentů, čímž je to i tak poměrně vysoké číslo. Mezi ženami je pak nejvíce těch, které měly 1-2 partnery, mezi muži je to nejčastěji 3-5 partnerek. Ve srovnání s populací bez postižení lze tak usuzovat na to, že osoby s postižením mají spíše menší počet partnerů než běžná populace. Najdou se však i lidé s postižením, kteří měli i 6 či více partnerů, mezi ženami to bylo 7 osob a mezi muži 5 osob, nicméně žen bylo ve výzkumu téměř dvakrát více než mužů, což se projevuje i ve výsledcích dotazníkového šetření. S ohledem na skutečnost, že odlišnosti v četnostech jsou vzhledem k rozdělení na muže a ženy v této otázce leckdy minimální, byla odpověď vyhodnocována za použití absolutních čísel.

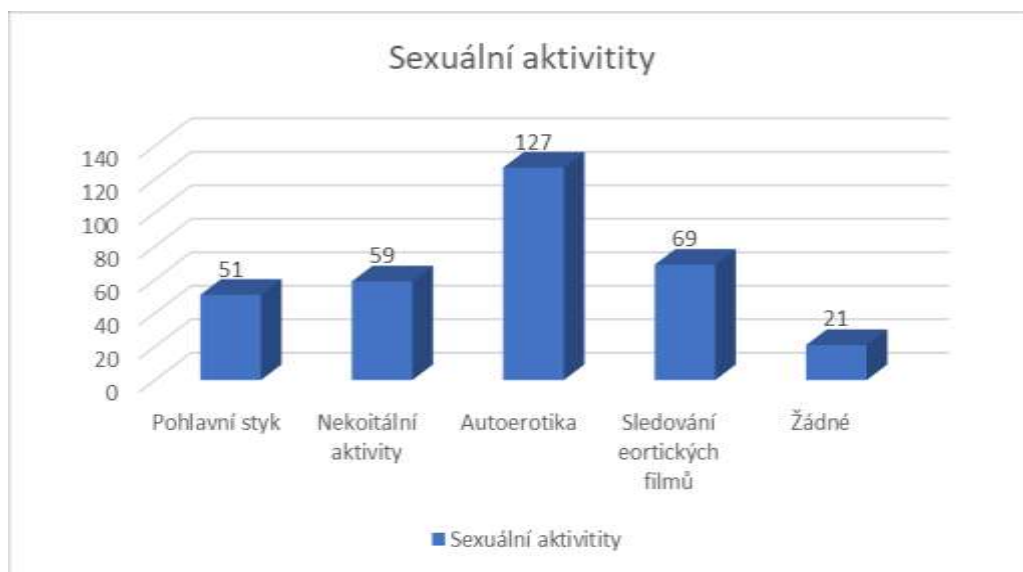
Tabulka č. 1: Počet partnerů – ženy vs. muži

Počet	Ženy	Muži
0	29	6
1-2	48	21
3-5	19	27
6 a více	7	5

Zdroj: vlastní výzkum

Další otázka se pak zaměřovala na to, jaké aktivity respondenti provozují. S ohledem na to, že v tomto případě mohli sexuálně aktivní respondenti uvést více variant, není výsledek uváděn v procentech, ale v absolutních číslech, neboť tím, že respondent mohl uvést více odpovědí, nebyl by procentuální výsledek zcela vypovídající. Nejvíce respondenti zmiňovali autoerotiku, kterou provozuje 127 respondentů, další aktivitou bylo sledování erotických filmů, které provozuje 69 respondentů, nekoitální aktivity provozuje 59 respondentů a samotný pohlavní styk 51 respondentů. 21 respondentů pak uvedlo, že neprovozuje vůbec žádné sexuální aktivity. Výsledky prezentuje graf č. 11.

Graf č. 11: Sexuální aktivity respondentů

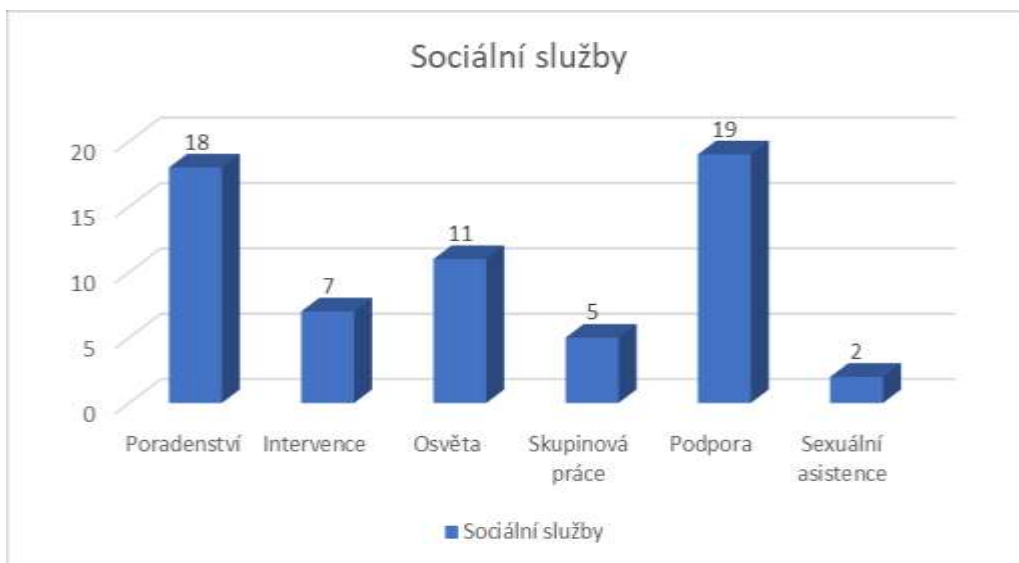


Zdroj: vlastní výzkum

4.4 Sociální práce a sociální služby

Poslední tři otázky v dotazníku se zaměřovaly na možnosti sociální práce a sociální služby, se kterými se respondenti setkali, případně mají možnost je v otázce své sexuality a sexuálního života využívat. Dvanáctá otázka se tak zaměřovala na sociální služby v oblasti sexuality a zkušenosti respondentů s nimi. Bylo zjišťováno, zda mají respondenti zkušenosti s vybranými formami sociálních služeb v oblasti sexuality. Opět bylo možné volit i více variant, tudíž výsledky jsou uváděny v absolutních číslech, neboť je nelze snadno převést na procenta. Z grafu č. 12 plyne, že zkušenosti s jednotlivými sociálními službami v oblasti sexuality nebyly u respondentů na příliš vysoké úrovni, nejvíce respondentů a to pouze 21 osob mělo zkušenost s individuální sociální prací, dále 19 mělo zkušenost se sociální podporou, 18 respondentů mělo zkušenost s poradenstvím (z velké části se však jednalo o tytéž respondenty, kteří měli zkušenost s se sociální podporou). Dále 11 respondentů mělo zkušenost s osvětou, 7 s intervencí, 5 se skupinovou sociální prací a 2 se sociální prací v rodině. Nicméně, jak již bylo uvedeno, celkově se jednalo o menšinu respondentů, neboť většina těch, kteří měli zkušenost se sociální službou zaměřenou na sexualitu, měli tuto zkušenost s více službami. Celkem mělo totiž zkušenost se sociálními službami tohoto typu zkušenost jen 24 respondentů, což je relativně malé číslo.

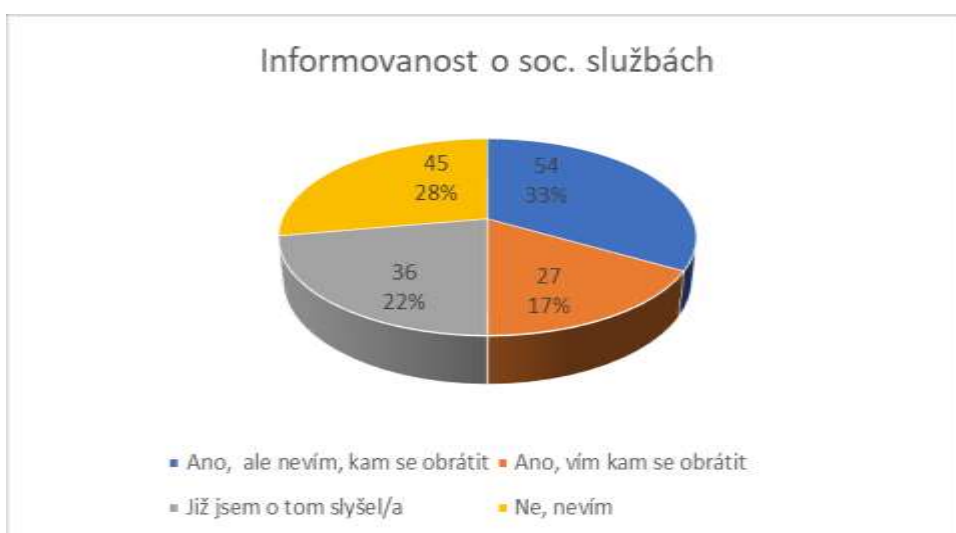
Graf č. 12: Zkušenosti se sociálními službami v oblasti sexuality



Zdroj: vlastní výzkum

Další otázka pak zjišťovala, zda respondenti vědí o možnosti využít sociální služby zaměřené na sexualitu ve svém okolí. Z grafu č. 13, který prezentuje výsledky je zřejmé, že jen 17 % ví, že služby existují a ví i kam se kvůli nim obrátit. Dalších 33 % ví, že služby se zaměřením na pomoc v oblasti sexuality existují, ale neví, kam se obrátit, aby jim byly poskytnuty. 22 % respondentů uvedlo, že o těchto službách již slyšelo a 28 % uvádělo, že neví, že tyto služby se zaměřením na sexualitu existují.

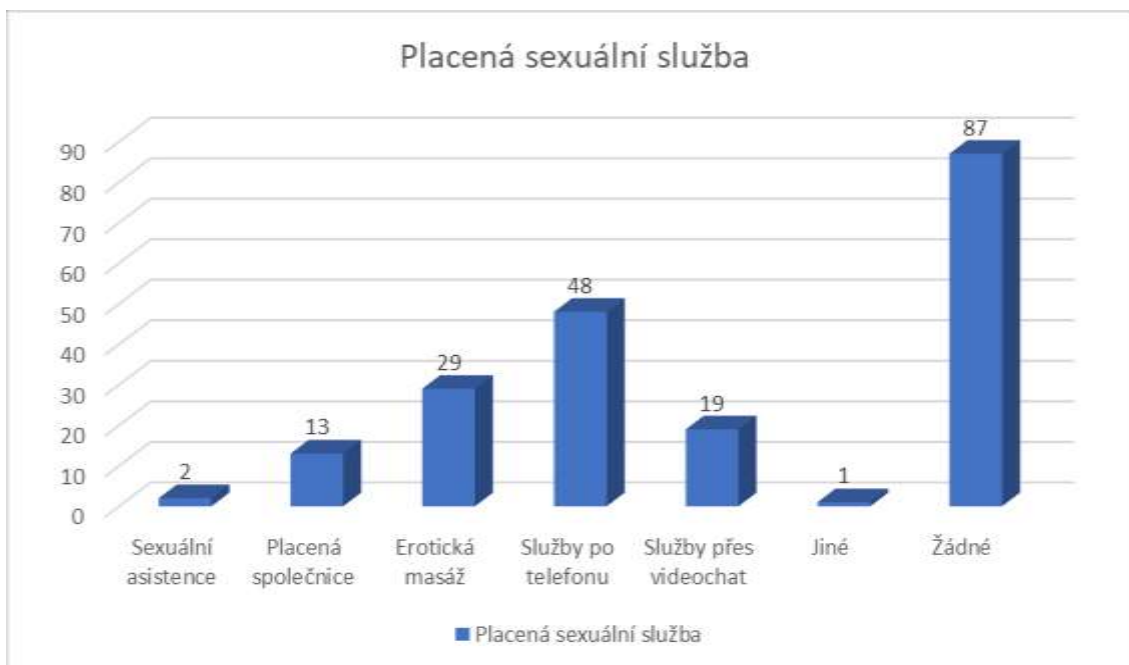
Graf č. 13: Informovanost o možnosti sociálních služeb



Zdroj: vlastní výzkum

Poslední otázka pak zjišťovala, zda respondenti za účelem svého sexuálního uspokojení využili někdy v životě již nějaký typ placené služby. Opět bylo možné zvolit i více odpovědí, pokud má respondent více různých zkušeností tohoto typu, tudíž bylo realizováno vymezení v absolutních číslech. Z grafu č. 14, který prezentuje výsledky, vyplývá, že nejčastější odpověď, kterou uvedlo 87 respondentů bylo, že respondent žádné takové služby nevyužil. Pokud již respondent tyto služby využil, nejčastěji se jednalo o sexuální služby po telefonu, které uvedlo 48 osob, 29 respondentů pak zmínilo erotickou masáž, dále 19 respondentů vyzkoušelo služby přes video chat. 13 respondentů zmínilo služby placené společnice, dva respondenti uvedli službu sexuální asistence a jeden respondent zvolil variantu jiné, kde uvedl, že využil možnost erotického dopisování za peníze. Z výsledků je zřejmé, že využití sexuálních služeb za peníze není u zdravotně postižených neobvyklým jevem, což může souviset mimo jiné i s faktem, že tito lidé patrně mají méně možností sexuálního vyžití než lidé bez postižení, což potvrzuje například počet osob, které mají partnera a žijí aktivním sexuálním životem, ale i třeba počet partnerů, které osoby s postižením uváděli ve svých odpovědích, který je nižší, než je v běžné populaci dnes obvyklé.

Graf č. 14: Zkušenost s placenou sexuální službou



Zdroj: vlastní výzkum

4.5 Vyhodnocení výzkumných otázek a hypotéz

Práce se snaží najít odpověď na následující výzkumnou otázku: „Je možné přisvědčit tvrzení, že osoby s postižením v ORP Olomouc ve většině případů žijí sexuálním životem?“ V důsledku realizovaného dotazníkového šetření se ukázalo, že aktivním sexuálním životem žije pouze 36 % zdravotně postižených v ORP Olomouc, nicméně na druhou stranu 78 % respondentů provozuje alespoň autoerotiku. Nicméně lze uvést, že většina respondentů sexuálním životem v pojetí sexuálního života jako sexuální aktivity s partnerem, nežije.

Práce dále ověřuje hypotézu, že většina respondentů, kteří pocítují problémy v sexuálním životě, budou mít i problémy v partnerském životě. S ohledem na skutečnost, že problémy v sexuálním životě uvádělo 67 % respondentů a problémy v partnerském životě 65 % respondentů, z nichž až na jednu výjimku měli všichni, kteří uváděli problémy v partnerském životě i problémy v sexuálním životě, což potvrzuje výše uvedenou hypotézu.

V souvislosti s potvrzením hypotézy je však nutné zvažovat i skutečnost, že vzorek sestávající ze 162 respondentů je ze statistického pohledu zanedbatelný a nelze tudíž výše uvedenou skutečnost zcela paušalizovat bez zohlednění dalších skutečností a údajů, mezi které patří třeba i typ postižení, zda je dotyčný postižený od narození či se jedná o postižení získané apod., se kterým se dotyčný leckdy hůře vyrovnává než s postižením vrozeným, na které je jedinec již adaptován apod.

DISKUSE

Otázka sexuality osob s postižením je obecně v ČR stále ještě poměrně málo probádaným tématem, na sexuality v ORP Olomouc se nepodařilo zjistit jediný zaměřený výzkum. Z tohoto hlediska je tudíž předkládaný text poměrně jedinečnou sondou do problematiky, o které se sice v posledních letech již poměrně často hovoří, nicméně systematicky probádaná stále příliš není. Výjimkou jsou však zejména závěrečné práce studentů, kterých je k dispozici hned několik, se kterými lze výsledky tohoto výzkumu do jisté míry srovnávat. Závěrečné práce, které jsou volně dostupné, však na sexualitu osob s postižením nahlízejí z mnoha různých pohledů.

Na prvním místě stojí za zmínku diplomová práce Lucie Richtrové, která se na sexualitu osob s postižením dívá z trochu jiného pohledu, než jak bylo zkoumáno v mé práci, neboť Richtrová (2013) se věnuje pohledu studentů Masarykovy univerzity v Brně na problematiku sexuality osob s postižením. Výsledkem této práce bylo zjištění, že studenti rozlišovali přisuzování potřeby sexuality u osob s postižením v návaznosti na typ postižení. V předkládané práci pak bylo pro změnu vycházeno z toho, že v úvahu byli bráni ty osoby s postižením, které svojí mentální kapacitou jsou schopni pochopit, co je to sexualita a její souvislosti, tudíž zde nebylo možné vycházet z velkých rozdílů v přisuzování míry důležitosti sexualitě, ale ukázalo se, že se lidé s postižením od sebe v oblasti vnímání sexuality poměrně zásadně odlišují dle typu postižení. Například osoby se smyslovým postižením obvykle žijí aktivním sexuálním životem, zatímco osoby s tělesným postižením se mezi sebou v této oblasti zásadním způsobem liší. Lze tudíž konstatovat, že samotné závěry této práce a práce Richtrové (2013) se nijak zásadně neodporují a nejsou v rozporu.

Dalším zajímavým dílem je v této souvislosti například bakalářská práce Petry Husté, která se věnuje sexualitě mentálně postižených. Problematika je rovněž velmi zajímavá, nicméně se zaměřuje na jiný typ postižení, než na jaký se zaměřila předkládaná práce, neboť Hustá (2012) se věnuje výlučně mentálně postiženým, u kterých se však osobně neztotožňuji s tím, že lze hovořit o sexualitě v pravém smyslu slova, neboť u mentálně postižených se leckdy skutečně jedná jen o samotný sexuální akt, kterým může být třeba pohlavní styk, jenž slouží pouze k uspokojení fyzických potřeb, nicméně nejedná se

o sexualitu v celé její šíři (byť samozřejmě i člověk s mentálním postižením obvykle sexualitu nějak prožívá, nicméně lze očekávat zásadní rozdíl mezi prožíváním sexuality u člověka s mentálním postižením od lidí bez postižení či s jiným typem postižení, navíc výzkumná práce s lidmi mentálně postiženými by si patrně vyžadovala zcela jiný přístup, než jaký byl využit v předkládaném textu), nicméně v zásadě se domnívám, že mentálně postižený obvykle nechápe ani pojem sexualita, ani třeba význam takových otázek, jako je plánované rodičovství či třeba křesťanský přístup k sexu, který zastává názor, že sex by měl být provozován za účelem zplození dětí. Z tohoto důvodu se domnívám, že by jednak člověk s mentálním postižením patrně nebyl schopen plně pochopit a optimálně vyplnit dotazník, ze kterého vycházejí výsledky mé práce. V návaznosti na tuto skutečnost, se domnívám, že výsledky, ke kterým Hustá (2012) dospěla, prakticky nejsou srovnatelné s výsledky této práce, nicméně práce autorky Husté je i tak velmi zajímavým dílem, které se věnuje poměrně neprobádanému tématu, čímž si jistě zaslouhuje pozornost.

Podobně i Alena Škorpíková se v rámci své diplomové práce věnuje problematice partnerského a sexuálního života osob s mentálním postižením (Škorpíková, 2007). Výsledky však považuji z výše uvedených důvodů za odlišné od mých vlastních výsledků, které vycházejí z toho, že respondent si je plně vědom toho, co se rozumí pod pojmem sexualita a je schopen chápat i související pojmy tak, aby byl schopen relevantním způsobem vyplnit dotazník, který je zaměřen obecně na lidi s postižením. Přínosem této práce však je, že ve srovnání s překládanými výzkumy je výrazně starší, byla totiž odevzdána a obhajována již v roce 2007, což je v současnosti již devět let zpět. Lze zde tudíž poukázat například na fakt, že ačkoliv téma není příliš častým předmětem výzkumů, byla mu již před několika lety věnována pozornost.

Dalším zajímavým dílem je rovněž práce Anety Štanclové, která se věnuje tématu naplňování potřeb partnerského a sexuálního života u lidí s těžkým tělesným postižením. Štanclová (2015) se sice věnuje jen osobám tělesně postiženým, nicméně důležité je, že podobně jako v mé práci se zaměřuje i na kontext partnerského a sexuálního života zdravotně postižených, neboť rovněž zastává názor, že tyto dvě oblasti lidského života obvykle nelze zcela oddělit. Inspirativní pro předkládanou práci mohly být zejména otázky z výzkumu, kde Štanclová (2015) zjišťuje, zda postižený

jedinec měl někdy partnera či partnerku bez postižení apod. Tato oblast byla v předkládaném výzkumu vynechána proto, že výzkum byl zaměřen spíše na problémy v oblasti sexuality a problémy v partnerské oblasti tvořili jen kontext, nicméně neměl být zkoumán partnerský život jako takový (byť samozřejmě i na sexuální stránku má skutečnost, zda je druhý partner handicapovaný či nikoliv zcela jistě určitý vliv).

Stejně jako v předkládané práci i v práci Štanclové (2015) bylo zřejmé, že respondenti své postižení chápali jako určitý problém či překážku v navazování vztahů, a to jak vztahů partnerských, tak vztahů sexuálních. S výsledky, ke kterým dospěla Štanclová (2015) se shoduje i mé zjištění, že poměrně velká část respondentů vyhledává například kybersexualitu či jinou podobnou formu uspokojení sexuální potřeby. Zásadní rozdíl mezi oběma výzkumy, který je poměrně zajímavý, spočívá v tom, že dle Štanclové (2015) uspokojuje největší část osob s postižením své potřeby za pomoci partnera. V předkládané bakalářské práci však významně převažovala masturbace, tedy autoerotika, kterou má Štanclová (2015) až na druhém místě, a to výrazně za sexuálním uspokojením s partnerem.

Dalším autorem, který se sexualitou u osob s postižením zabýval, je Igor Hampl, který svoji disertační práci věnoval osobám se sluchovým postižením v kontextu partnerského života a sexuality. Osob se sluchovým postižením bylo v mém výzkumu poměrně málo, nicméně i tak se zde vyskytovaly, čímž lze zjištěné výsledky alespoň s přihlédnutím k rozdílnému vzorku respondentů porovnat. Rozdíl mezi mým výzkumem, který byl zaměřen převážně na dospělou populaci nad 18 let a výzkumem, který realizoval ve své práci Hampl (2014) spočívá zejména v tom, že Hampl se zaměřoval především na školní mládež, se kterou ve velké části výzkumu řeší, co znamenají pojmy jako antikoncepce, menstruace, co patří k antikoncepci či kdy chtějí mít lidé s postižením děti, ale neřeší přímo sexuální otázku jako takovou, což patrně úzce souvisí s věkem dotazovaných.

Vedle výše uvedených prací lze však zmínit i další studie, které se sexualitou zdravotně postižených zabývají. Za zmínku stojí třeba práce zaměřená na potřebu sexuální výchovy u osob s handicapem, jejíž autorkou je Dana Štěrbová (2010, s. 172 a násl.), která je součástí sborníku referátů. Velice zajímavý text poskytuje i v této práci mnohokrát citovaný Tomáš Drábek (2013), jehož práce je však spíše teoretická.

ZÁVĚR

Tématem předkládané bakalářské práce byla sexualita osob s postižením v ORP Olomouc. Toto téma bylo zaměřeno na konkrétní lokalitu, kterou je ORP Olomouc, nicméně ve své podstatě nelze předpokládat příliš velké rozdíly výsledků ani při zaměření na jiný kraj či obec (nebo i jiné území) v ČR. Zdravotní postižení (resp. jejich jednotlivé kategorie) se totiž v rámci celé ČR nemohou nijak zásadně lišit, sociální práce a služby určené zdravotně postiženým v oblasti sexuality se pak mohou lišit jen dílčími aspekty, stejně jako samotný přístup sociálních pracovníků k lidem s postižením a jejich sexualitě je spíše dán odchylkami v osobních přesvědčeních a osobnosti sociálního pracovníka než nějakým jiným kritériem. Přesto však s ohledem na skutečnost, že byl výzkum realizován pouze v jedné lokalitě ČR – ORP Olomouc a byl realizován pouze na 162 respondentech, nelze výsledky výzkumu zobecnit, neboť ze statistického hlediska je tento jednotlivý výzkum nevýznamný a je tudíž potřeba jej interpretovat v kontextu jiných výzkumných studií realizovaných jinými autory.

Cílem této práce bylo zjistit, zda osoby s postižením v ORP Olomouc pociťují ve větší míře omezení v oblasti své sexuality. Na základě realizovaného průzkumu mezi osobami s postižením v ORP lze potvrdit, že lidé s postižením vnímají v 67 % případů omezení v oblasti sexuálního života. Výše uvedený cíl se tak podařilo naplnit s tím, že lze konstatovat, že cca dvě třetiny osob s postižením v ORP Olomouc pociťují omezení v sexuálním životě související s jejich handicapem, z těchto respondentů je většina omezena i v partnerském životě (kde se lze domnívat, že přitom, že byl partnerský a sexuální život v rámci dotazníku definován, tyto dvě oblasti respondenti neztotožňují), tudíž nelze tvrdit, že by zdravotní postižení nemělo na tyto významné oblasti lidského života žádný dopad.

Dílčím cílem této práce pak bylo představit možnosti sociální práce, jak lidem s postižením v ORP Olomouc napomoci k plnohodnotnému sexuálnímu životu. Práce tudíž představila nejrůznější možnosti sociální práce se zdravotně postiženými v oblasti sexuality, čímž byly zmíněny možnosti jako poradenství, osvěta, intervence, podpora, individuální práce s klientem, práce s rodinou, skupinová práce či poměrně kontroverzní a v posledních letech velmi diskutovaná nová služba sexuální asistence. Vedle toho byly

představeny jednotlivé organizace v ORP Olomouc, přičemž bylo zjištěno, že zásadním problémem je zde zejména fakt, že většina organizací se zaměřuje obecně na problémy osob s postižením či obecně např. na partnerské a rodinné problémy, ale přímo na sexualitu zdravotně postižených se v ORP Olomouc doposud žádná organizace nezaměřuje. Z výsledků výzkumů pak vyplynulo, že jen menšina respondentů měla s těmito službami vlastní zkušenost a jen menšina věděla, že služby existují a měla i představu, kam se v případě zájmu o ně obrátit. U většiny respondentů však tyto znalosti spíše scházely, čímž je zřejmé, že pokud lidé nevědí, že služba existuje, kde o ni lze požádat a za jakých podmínek ji lze využít, nemohou tudíž tyto služby aktivně využívat, což může mít v oblasti sexuality velmi negativní dopady nejen na partnerský život, ale leckdy i na okolí respondenta, neboť leckdy i informace, jak postupovat za účelem sexuálního uspokojení je rozhodujícím faktorem, který může napomoci i k celkově lepším vztahům s okolím apod.

Nelze totiž zapomenout, že stejně jako u jedinců bez postižení i u lidí s postižením souvisí sexualita také s osobní spokojeností, štěstím, ale i s intimitou či láskou k jinému člověku, což je pro každého člověka (pro člověka handicapovaného stejně jako pro člověka bez postižení, možná dokonce i více) velmi důležité pro životní spokojenost a pocit naplněného prožití života. Z tohoto důvodu lze doporučit sexualitu osob s postižením neopomíjet a pro ORP Olomouc by bylo velmi vhodné zavést poradenské či osvětové sociální služby, které se zaměří přímo na sexualitu u zdravotně postižených a jejich pracovníci budou ve své podstatě specialisté na sexualitu osob s postižením.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

DRÁBEK, Tomáš. Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství. 1. vyd. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 978-80-260-5281-4.

EDELSBERGER, Tomáš (eds.). Defektologický slovník. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

GULOVÁ, Lenka. Sociální práce: pro pedagogické obory. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 802473379X.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HENDRYCH, Dušan. Právní slovník. 3., podstatně rozš. vyd. v Praze: C.H. Beck, 2009. Beckovy odborné slovníky. ISBN 978-80-7400-059-1.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. Jednání se zájemcem o službu sociální péče od a do Z. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.

JANIŠ, Kamil a Dagmar MARKOVÁ. Příspěvek k základům sexuální výchovy. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-621-1.

KOLEKTIV AUTOR. Děti a jejich sexualita – rádce pro rodiče a pedagogy. 1. vyd. v Brně: CPress, 2014. ISBN 978-80-264-0290-9.

KRACÍK, Jiří. Specifika sexuálního života postižených osob. *Speciální pedagogika*. 1992, č. 1. ISSN 1211-2720.

KRAUS, Jiří a kol. Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]. Praha: Academia, 2001dotisk. ISBN 80-200-0982-5.

KRŠKA, Zdeněk a kol. Chirurgická onkologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.

KUDLOVÁ, Pavla. Ošetrovatelská péče v diabetologii. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.

KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LISTER, Larry. a David A. SHORE. Human sexuality in medical social work. New York: Haworth Press, 2012. ISBN 0-866-56254-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MCRUER, Robert a Anna MOLLOW. Sex and disability. Durham [N.C.]: Duke University Press, 2012. ISBN 978-08-223-5154-2.

NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3708-9.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PONDĚLÍČEK, Ivo a Jaroslava PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ. Lidská sexualita jako projev přirozenosti a kultury. 2. dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1974. ISBN neuvedeno.

SEDLÁKOVÁ, Renáta. Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3568-9.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. Potřeba sexuální výchovy u žáků s hluchoslepotou. *Speciální pedagogika*. 2008, č. 2. ISSN 1211-2720.

WEISS, Petr. Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-634-9.

Online zdroje:

AV INSTITUT. Interní onemocnění. Práce OZP – AV institut [online]. 2016 [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.praceozp.cz/recruiter/intern-onemocn-n-0>

MPSV. Úmluvy o právech osob s postižením [online]. 2006 [cit. 2016-06-27]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

SEXUÁLNÍ ASIATENCE. Sexuální a intimní asistence. Sexuální asistence [online]. 2015 [cit. 2016-04-22]. Dostupné z: <http://sexualniasistence.org/sex-asistence>

KPSS OLOMOUC. Výpis poskytovatelů sociálních služeb. KPSS Olomouc [online]. 2016 [cit. 2016-04-22]. Dostupné z: <http://kpss.olomouc.eu/katalog/poskytovatele/>

Závěrečné práce:

HAMPL, Igor. *Sociální integrace osob se sluchovým postižením se zaměřením na partnerství a sexualitu*. 2014. PhD Thesis. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

HUSTÁ, Petra. *Sexualita mentálně postižených*. 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Fakulta zdravotnických věd.

RICHTROVÁ, Lucie. *Pohled studentů Masarykovy univerzity na sexualitu osob se zdravotním postižením*. 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

ŠKORPÍKOVÁ, Alena. *Partnerský a sexuální život u osob s mentálním postižením*. 2007. PhD Thesis. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

ŠTANCLOVÁ, Aneta. *Naplnění potřeb partnerského a sexuálního života u lidí s těžkým tělesným postižením*. 2015. PhD Thesis. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jsem studentkou oboru pastorační a sociální práce a v současnosti zpracovávám bakalářskou práci na téma sexualita u osob s postižením v ORP Olomouc. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění krátkého dotazníku na téma sexuality osob s postižením, který Vám nezabere více než 10 minut.

Dotazník prosím vyplňujte pouze v případě, že máte trvalé bydliště či alespoň tři roky žijete na území ORP Olomouc a trpíte buď tělesným nebo smyslovým (zrakové, sluchové) postižením. Rovněž prosím vyplňujte dotazník pouze v případě, že pobíráte invalidní důchod (postačuje 1. stupně).

Předem děkuji za Váš čas.

Prosím potvrďte, že: máte trvalé bydliště v ORP Olomouc či zde alespoň tři roky žijete.

- Ano (v tom případě se spustila část II. a III. Dotazníku)
- Ne (v tom případě se dotazník ukončil).

I. Údaje o respondentovi (charakteristika výzkumného souboru)

1. Kolik je vám let?
 - do 18 let
 - 18-30 let
 - 31-40 let
 - 41-50 let
 - více než 51 let.
2. Jste:
 - Muže
 - Žena
3. Jaký máte typ postižení?
 - Smyslové
 - Tělesné
 - Interní

- Jiné (prosím vypište jaké)
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- ZŠ
 - SOU
 - SŠ
 - VOŠ
 - VŠ
5. Jste poživitelem invalidního důchodu?
- Ano, 1. stupeň
 - Ano, 2. stupeň
 - Ano, 3. stupeň
 - Ne

II. Partnerský a sexuální život

6. Pociťujete nějaká omezení v partnerském životě z důvodu Vašeho postižení? (Partnerským životem se pro účely tohoto výzkumu rozumí: vztah, který má u dospělého jedince trvalý, spolehlivý charakter, kdy je vztah schopen poskytovat zázemí a zároveň uspokojovat potřebu citové jistoty jedince).
- Ano
 - Ne
 - Nedokážu posoudit
7. Pociťujete nějaká omezení v sexuálním životě z důvodu Vašeho postižení? (Sexuálním životem se pak pro účely této práce rozumí koitální i nekoitální aktivity, jejichž hlavním cílem je sexuální uspokojení jedince, případně zplození potomka. Sexualita tudíž v tomto kontextu není limitována jen pohlavním aktem, ale je realizována i libovolnými jinými aktivitami (právě v kontextu zdravotního postižení se může jednat i o méně obvykle formy), jež vedou k pohlavnímu uspokojení člověka s postižením).
- Ano
 - Ne

- Nedokážu posoudit
8. Máte aktuálně partnera/partnerku?
- Ano
 - Ne
9. Vedete aktuálně aktivní sexuální život?
- Ano
 - Ne
10. Věnujete se alespoň občas autoerotice (masturbaci)?
- Ano
 - Ne
11. Kolik sexuálních partnerů jste doposud ve svém životě měl/a?
- 0
 - 1-2
 - 3-5
 - 6 a více
12. Jaké typy sexuálních aktivit provozujete? (Můžete zvolit i více variant)
- Pohlavní styk
 - Nekoitální aktivity
 - Autoerotika (masturbace)
 - Sledování erotických filmů
 - Žádné

III. Sociální práce a sociální služby v oblasti sexuality

13. S jakou formou sociální práce v oblasti sexuality máte osobní zkušenost?
- Poradenství
 - Osvěta
 - Intervence
 - Podpora
 - Skupinová sociální práce
 - Individuální sociální práce
 - Sociální práce v rodině

14. Víte o možnosti využít sociální služby zaměřené na sexualitu ve svém okolí?

- Ano, ale nevím, kam se obrátit s žádostí o ně
- Ano, ale vím, kam se obrátit s žádostí o ně
- Již jsem o tom slyšel/a
- Nevím

15. S jakými placenými sexuálními službami máte zkušenost?

- Sexuální asistence
- Placená společnice
- Erotická masáž
- Služby po telefonu
- Služby přes video chat
- Jiné (prosím vypište)
- Žádné