

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Fyzický kontakt jako součást interakce mezi klientem s tělesným postižením  
a osobním asistentem

Physical Contact as Part of the Interaction between a Client  
with a Physical Impairment and a Personal Assistant

**Michaela Slámová**

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (B7506)

Studijní obor: B SPPG (7506R002)

2022

Odevzdáním této bakalářské práce na téma *Fyzický kontakt jako součást interakce mezi klientem s tělesným postižením a osobním asistentem* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 9. 7. 2022

Tímto bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za cenné rady, podporu a odborné vedení. Velké díky patří také Tomáši Lancovi, který mi výzkum připomínkoval. Zároveň chci touto cestou ještě jednou poděkovat všem respondentům, kteří se výzkumu zúčastnili a pomohli mi tak tuto práci dotáhnout do konce.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá fyzickým kontaktem v osobní asistenci. Dotek je nedílnou součástí vztahu mezi osobním asistentem a klientem s tělesným postižením, přičemž může nabývat významu mechanického (např. pomoc s pohybem) nebo významu sociálního (např. držení za ruku). Cílem první části této práce je položit teoretický rámec této práce, kdy se v první kapitole věnujeme lidem s tělesným postižením, ve druhé kapitole osobní asistenci a ve třetí kapitole se zabýváme fyzickým kontaktem a dotekem. Cílem empirické části této práce je popsat problematiku doteku v osobní asistenci skrze pohled klienta s tělesným postižením a skrze pohled osobního asistenta. Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že mezi nejvíce intimní části těla patří pohlavní orgány, prsa a hýždě, naopak mezi nejvíce přístupné patří ruce a paže. Výsledky jednotlivých kategorií, která se prostřednictvím tvrzení snaží přiblížit jednotlivé aspekty doteku, jsou vnitřně nekonzistentní a obtížně interpretovatelné. V kvalitativní části našeho výzkumu se nám podařilo identifikovat celkem 9 faktorů posilujících kvalitu vztahu mezi osobním asistentem a klientem. Těmito faktory jsou: empatie, zlaté pravidlo, nastavení hranic, individuální přístup, normalizace, proaktivnost, opravdovost, příjemné prostředí a autonomie rozhodování.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

osobní asistence, fyzický kontakt, dotek, tělesné postižení

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis is concerned with the role of physical contact in personal assistance. Physical touch represents an integral part of the relationship between a personal assistant and a client with a physical disability. It can take on a mechanical meaning (e.g., mobility assistance) or a social meaning (e.g., holding hands). The first part aims to lay the theoretical framework for the thesis, with the first chapter focusing on people with physical disabilities, the second chapter on personal assistance, and the third chapter on the role of physical contact and touch. The empirical part of this thesis aims to describe the issue of touch in personal assistance from the perspective of a client with a physical disability and that of a personal assistant. Our research showed that the most intimate parts of the body include the genitals, breasts, and buttocks, while the most accessible parts include the hands and arms. The results of the individual categories, which attempt to approximate different aspects of touch through statements, have proven to be internally inconsistent and difficult to interpret. In the qualitative part of our research, we were able to identify a total of 9 factors enhancing the quality of the relationship between the personal assistant and the client. These factors are empathy, the golden rule, boundary setting, individualized approach, normalization, proactiveness, authenticity, comfortable environment, and autonomy of decision making.

## **KEYWORDS**

personal assistance, physical contact, touch, physical disability

## Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Člověk s tělesným postižením	10
1.1 Vymezení tělesného postižení	10
1.1.1 Typologie tělesného postižení	11
1.1.2 Vrozené tělesné postižení a tělesné postižení získané v dětství	11
1.1.3 Tělesné postižení získané v dospělosti	12
1.2 Vztah těla a duše	13
1.2.1 Monismus a dualismus	13
1.2.2 Od filozofie k praxi: James-Langeova teorie emocí a psychosomatika	14
1.2.3 Jak lidé s tělesným postižením vnímají své tělo	15
2 Osobní asistence	17
2.1 Legislativní ukotvení	17
2.2 Historie osobní asistence	18
2.2.1 Edward Roberts a hnutí Independent Living	18
2.2.2 Počátky osobní asistence v České republice	19
2.2.3 Druhy osobní asistence	19
2.2.4 Osobní asistent	20
3 Fyzický kontakt, doteky, haptika a komunikace	21
3.1 Anatomie a fyziologie kůže	21
3.2 Nervový systém a bolest	23
3.3 Dotek v průběhu vývoje	24
3.4 Dotek v komunikaci	25
3.5 Druhy doteku	26

3.6	Metody a techniky využívající dotek	27
3.6.1	Bazální stimulace	28
3.6.2	Masáže	28
3.6.3	Terapeutický dotek a terapeutický dotek	29
EMPIRICKÁ ČÁST		31
4	Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky a hypotézy	31
4.1	Výzkumný problém	31
4.2	Výzkumné otázky	32
5	Metodologie	33
5.1	Etické aspekty výzkumu	33
5.2	Pilotní šetření	34
5.3	Kvantitativní část	34
5.4	Kvalitativní část	35
5.5	Výzkumný soubor	35
6	Výsledky a diskuze	38
6.1	Rozdíly ve vnímání doteku napříč různými částmi těla	38
6.1.1	Přístupnost jednotlivých částí těla	38
6.1.2	Doteky osobních asistentů na jednotlivých částech těla	39
6.1.3	Asistenti	40
6.2	Tvrzení	41
6.2.1	Otevřenost dotekům	42
6.2.2	Příjemnost doteku vykonaného osobním asistentem	42
6.2.3	Nastavení hranic mezi osobním asistentem a klientem	43
6.2.4	Řízení asistence	43
6.2.5	Sociální dotek	44

6.2.6	Sexuální projevy	44
6.2.7	Pocity trapnosti při fyzickém kontaktu a přirozenost doteku	45
6.3	Faktory posilující kvalitu interakce mezi osobním asistentem a klientem	46
6.3.1	Faktory přítomné u klienta i u osobního asistenta	47
6.3.2	Faktory přítomné u osobního asistenta	49
6.3.3	Faktory přítomné u klienta	50
7	Shrnutí výsledků a diskuze	52
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	59
	SEZNAM PŘÍLOH	65



## ÚVOD

Vjem hmatu patří mezi základní lidské smysly. Prostřednictvím receptorů v kůži vnímáme mnoho rozličných podnětů, z nichž některé vyvolávají nepříjemné emoce (např. horká voda) a naopak některé nás uklidňují (např. držení za ruku). Doteky hrají důležitou roli v našich životech a jsou pro nás doslova nepostradatelné. Zatímco si možná dokážeme představit, jaké je to být nevidomý nebo neslyšící, těžko si představíme, jaké je to žít bez hmatu. Vnímání prostřednictvím kůže v nás natolik prorostlé, že si jeho absenci ani nedokážeme představit.

Každý dotek, každý hmatový vjem má svůj význam a nějak nás ovlivňuje. Nejinak je tomu v sociální službě osobní asistence, kde je fyzický kontakt mezi osobním asistentem a klientem s tělesným postižením přítomný na denní bázi. Osobní asistenti jsou osoby, jejichž prací je kompenzovat klientova znevýhodnění. Často klientům pomáhají např. s polohováním na lůžku, podáním stravy nebo hygienou. Již z podstaty tělesného postižení vyplývá, že prací osobního asistenta je kompenzovat především pohybové nedostatky. Při těchto aktivitách je fyzický kontakt, a tedy i dotek neodmyslitelnou součástí vztahu mezi klientem a osobním asistentem, přičemž může nabývat v různých kontextech různých významů. Jedná se tedy o neverbální složku komunikace, která může vyjadřovat i to, co slova nedokážou. V doteku můžeme vnímat strach, nervozitu, hněv, ale i radost, sounáležitost nebo lásku. Pokud je např. osobní asistent nervózní a bojí se klienta přesunout z lůžka na vozík, klient to z doteku lehce vycítí.

Pro naši práci jsme se rozlišili fyzický kontakt do dvou kategorií: „mechanický“ dotek a „sociální“ dotek. Mechanický dotek si lze představit jako dotek, jehož cílem je provést určitý potřebný úkon. Příkladem může být hygiena na toaletě nebo podpora při chůzi. Sociální dotek naopak slouží spíše jako prostředek komunikace, kdy asistent pohlazením paže klienta uklidní, nebo jej uhodí pěstí do ramene a dá tak najevo „chlapské“ uznání ve stylu „Dobrá práce, borče!“.

Fyzický kontakt je přirozenou součástí interakce mezi lidmi. Přesto je na místě se ptát: Je vhodné, aby se pedagogové dotýkali svých žáků? Je vhodné, aby se zdravotní sestry dotýkaly svých pacientů? Je vhodné, aby se psychologové dotýkali svých klientů? Je vhodné, aby se osobní asistenti dotýkali svých klientů? Na tyto otázky nelze přímočaře odpovědět, neboť

jak potvrzuje náš výzkum, vhodnost přítomnosti doteku je závislá na aktuálním kontextu situace, v němž se lidé nacházejí. Úkolem osobního asistenta je se empaticky naladit a vyhodnotit, zda je fyzický kontakt vůbec vhodný, případně jakým způsobem je vhodné jej učinit.

Fyzický kontakt nabývá napříč společnostmi mnohých negativních významů, ať už v důsledku kampaní MeToo, případů domácího násilí, syndromu CAN nebo dětského zneužívání. Stejně tak, jako dotek dokáže „léčit“, dokáže být i mocnou zbraní a ublížit. Dotek je jako oheň. Buď ho využijeme k dobrému účelu, a získáme jeho prostřednictvím teplo, nebo ho zneužijeme jako zbraň a ublížíme jím ostatním. Je jen na nás, jak se s ním rozhodneme naložit.

Cílem této práce je poskytnout čtenáři nejen teoretická východiska, pomocí kterých lze komplexněji vnímat dotek ve vztahu osobní asistent a klient. Zároveň je toto téma blíže prozkoumáváno v empirické části této práce, kdy jsme prostřednictvím kvantitativních a kvalitativních výzkumných metod zkoumali dotek z pohledu osobního asistenta a z pohledu klienta.

Pro toto téma bakalářské práce mě inspirovala moje zkušenost s prací v osobní asistenci, kde jsem působila nejprve jako osobní asistent a následně i jako koordinátor. Při asistencích jsem se často podívovala nad tím, do jak intimního prostoru nás klienti pustí. Kladla jsem si pak otázky: Je jim to příjemné? Nebo už jsou zvyklí? Nebo jim nic jiného nezbývá a prostě to vytrpí?

Osobní asistence je dle mého osobního názoru krásná práce, i když je velmi psychicky a fyzicky náročná. Co mi však velmi chybí, je stále nedostatečná metodická podpora, která by zvýšila kompetence osobních asistentů. Jedním z témat rozvoje by mohl být právě i fyzický kontakt a dotek, který ať chceme nebo nechceme, je nutnou součástí osobní asistence a je na nás, abychom jej uměli využít ve prospěch klienta i nás.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Člověk s tělesným postižením

Osoby s tělesným postižením tvoří velice rozmanitou skupinu lidí. Hlavní charakteristikou tělesného postižení bývá celkové nebo částečné omezení hybnosti (Sovák 1977). Může se přitom jednat o postižení vlastního pohybového ústrojí či o postižení centrální nebo periferní nervové soustavy, případně o omezení hybnosti, kdy se jedná o důsledek chorob srdečních, revmatických, kostních apod. (Vítková 2006).

Tělesné postižení má v menší či větší míře vliv na život jedince, přičemž pravý rozsah znevýhodnění je nám znám až při interakci se společností a kulturou, v níž jedinec žije. Představme si dvě rozdílné společnosti. Ta první klade velký důraz na integraci a inkluzi, tudíž prostředí je bezbariérové a existuje zde velká dostupnost nejrůznějších kompenzačních pomůcek. Druhá společnost je spíše individualistická a odmítá brát ohled na lidi, kteří nestačí jejímu tempu. Rozdíl v tom, jak se bude žít člověku s tělesným postižením v první a jak v druhé společnosti, bude obrovský. Zatímco v první společnosti bude mít možnost se díky dostupné podpoře téměř plnohodnotně realizovat a převzít zodpovědnost za svůj život, v druhé společnosti bude odkázán především na pomoc druhých a světlé výjimky v systému.

Ačkoliv lidé s tělesným postižením mohou mít z medicínského hlediska vážné zdravotní postižení, pokud jako společnost připravíme vhodné podmínky pro jejich život, může se jejich handicap zmenšit na minimum a mohou žít plnohodnotný život. Tento přístup bychom odborně mohli nazvat jako sociální model tělesného postižení. Mezi další modely patří např. medicínský model, model osobní tragédie nebo kulturní model (Novosad 2011).

#### 1.1 Vymezení tělesného postižení

Pro účely této práce jsme využili vymezení tělesného postižení, kdy jím rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností (Kraus a Šandera 1975). Tělesná postižení jsou etiologicky velmi různorodá a mohou vzniknout v jakékoliv fázi života, a to na základě dědičnosti, onemocnění nebo úrazu. V případě tělesného postižení může docházet k narušení nejen motoriky, ale také sensoriky, tedy smyslového vnímání. V některých případech mohou být narušeny také komunikační schopnosti.

### 1.1.1 Typologie tělesného postižení

Do skupiny tělesných postižení spadají chronická onemocnění, pohybová a lokomoční postižení. Pro chronická onemocnění je typické, že jejich progres je postupná, přičemž se mohou střídat stavy remise a stavy propuknutí nemoci. Některá onemocnění jsou chronická již od počátku, např. roztroušená skleróza, jiná se jimi stávají až po neléčených či opakovaných akutních onemocněních, např. záněty průdušek (Novosad 2011).

Chronická onemocnění	kardiovaskulární onemocnění onemocnění plic a dýchacích cest poruchy imunity poruchy metabolických procesů onkologická onemocnění epilepsie kožní onemocnění
Tělesná postižení	centrální obrny a jiná závažná neurologická onemocnění periferní obrny deformace, vrozené a získané deformity amputace

Tabulka č. 1: Dělení chronických onemocnění a tělesných postižení. Zdroj dat: Novosad (2011)

### 1.1.2 Vrozené tělesné postižení a tělesné postižení získané v dětství

Tělesné postižení může mít vliv na vývoj celé osobnosti, neboť dochází k funkční odchylce pohybového aparátu od normy, přičemž bývá ovlivněna autonomie jedince. Období, ve kterém je vývoj člověka nejvíce ohrožen tělesným postižením, je přibližně do dvou let věku dítěte. Toto dokládá vývojová teorie Jeana Piageta, švýcarského filosofa, který pojmenoval první stádium vývoje jako senzomotorické. V této fázi života si kojeneček ještě neosvojil symbolickou funkci a chybí mu myšlení a citový život vázaný na představy. Rozvoj inteligence je v této fázi vázán na organické zrání komplexu nervové soustavy endokrinních systémů. Důležitý je např. rozvoj koordinace zraku a ruky, který se objevuje okolo čtyř a půl měsíce. Právě prostřednictvím fyzické zkušenosti, kdy dítě zachází s předměty, může abstrahovat jejich vlastnosti a zjišťovat výsledky koordinace činností (Piaget a Inhelderová 2001). Dle rozsahu tělesného postižení mohou mít děti ztížen přístup k novým podnětům a

zkušenostem, v důsledku čehož vzniká psychická deprivace. Zároveň může být tělesné postižení překážkou pro faktické i symbolické rozšiřování časových i prostorových hranic (Monatová 2000). Příčinou podnětové, eventuálně i citové deprivace může tedy být i závažnější pohybové postižení (Svoboda 2009).

### 1.1.3 Tělesné postižení získané v dospělosti

Člověk, který získá tělesné postižení v dospělosti, se potýká s namáhavou zátěžovou situací. V případě, že se mu nepodaří obnovit svůj normální stav nebo se navrátit k funkční a vzhledové normě, jsou lidé s postižením vnímaví vůči své funkční nedostatečnosti či abnormalitě. Na povrch se tak dostává rozpor mezi současným stavem a ideály preferovanými společností (Novosad 2011). V porovnání se získaným postižením v raném dětství se k tomu Murphy vyjadřuje takto: „Ztělesnění je pro lidi, kteří se s postižením narodili, problém, ale měli alespoň možnost se do svých omezení socializovat od dětství. Na rozdíl od nich většina paraplegiků a kvadruplegiků přišla ke svému údělu kvůli „nástrahám a šípům urážlivé štěstěny“, takže mají jiný problém – převtělit se do svého poškození. Je-li ztráta funkce závažná, mohou se dokonce odtělesnit“ (Novosad 2011, s. 114). Zvláště pokud člověk před získáním postižení neměl žádné zdravotní problémy, může postižení znamenat zásah do kvality života a omezení příležitostí. To se následně negativně promítá do roviny osobní, sociální, profesní, kdy může vést k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění či změně postojů společnosti a okolí k člověku s postižením.

#### Osoby s pohybovým, tělesným postižením podle oblasti postižení, pohlaví a věku

oblast postižení	celkem	pohlaví		věková skupina				
		muži	ženy	15–34	35–49	50–64	65–79	80 a více
absolutní počet v tis.								
<b>Celkem</b>	<b>1 151,9</b>	<b>510,9</b>	<b>641,0</b>	<b>64,6</b>	<b>136,6</b>	<b>313,6</b>	<b>415,9</b>	<b>221,2</b>
pohybová, tělesná	830,5	350,6	480,0	34,4	75,2	224,9	307,4	188,7
<b>Celkem %</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
pohybová, tělesná	72,1	68,6	74,9	53,3	55,1	71,7	73,9	85,3

Tabulka č. 2: Osoby se pohybovým, tělesným postižením podle oblasti postižení, pohlaví a věku; zdroj: Český statistický úřad (2019)

## Osoby se zdravotním postižením v pohybové oblasti podle potíží s pohybovými činnostmi

pohybové činnosti	celkem	míra potíží			
		žádné potíže	určité potíže	velké potíže	aktivity vůbec není schopn(-na)
struktura v %					
vydržet stát delší dobu, např. 20 minut	100,0	16,7	45,6	24,5	13,3
ujít 500 metrů po rovině	100,0	25,6	38,1	20,4	15,9
vyjít a sejít řadu schodů (jedno patro)	100,0	16,9	43,2	26,7	13,2
sehnout se nebo si kleknout a opět vstát	100,0	14,4	41,7	29,5	14,4
vstát z postele nebo ze židle, lehnout si do postele, sednout si na židli	100,0	27,9	48,6	19,7	3,8
zvednout břemeno (např. 2 litrovou láhev) ze země do úrovně očí	100,0	29,2	38,2	19,3	13,3
prsty uchopit a manipulovat s malými předměty jako je např. pero nebo mince	100,0	61,3	26,6	9,4	2,7

Tabulka č. 3 : Osoby se zdravotním postižením v pohybové oblasti podle potíží s pohybovými činnostmi; Zdroj: Český statistický úřad (2019)

## 1.2 Vztah těla a duše

Tělo je naším nástrojem, prostřednictvím jehož se vztahujeme k vnějšzímu světu. Je naší součástí a do velké míry utváří to, kým jsme. Vztahem těla a duše se zabývali lidé učení i neučení od počátku věků a hledali, zda, případně kde, se náš duševní svět setkává se světem fyzickým. Samotná podstata tělesného postižení vypovídá o tom, že vztah jedince k vlastnímu tělu bude do určité míry determinován typem a rozsahem znevýhodnění.

### 1.2.1 Monismus a dualismus

Mluvíme-li o vztahu duše a těla, dříve či později narazíme na problém vztahu těla a duše (*ang. Mind-Body Problem*). Hlavní dva postoje přístupu k této problematice jsou dualismus, který chápe duševní a tělesnou stránku jako dvě oddělené oblasti, a monismus, jež říká, že duše a mozek jsou jedno a to samé. Monismus může být dvojí povahy – buď za hlavní princip uznává hmotu/materiálno, nebo ducha/mysl (Volf 2018).

Zatímco vlastnosti fyzického těla (např. váha, pohyb, barva) jsou přímo pozorovatelné, nebo alespoň měřitelné vědeckými metodami, k mentálním vlastnostem (např. vědomí, paměť, pocity) přímý přístup nemáme a mohou nám být zprostředkovány pouze skrze vlastní

chování. Problematika vztahu těla a duše může být mapována následujícími otázkami: Co jsou duševní stavy a co jsou fyzické stavy? Jsou duševní stavy podtřídou fyzických stavů nebo naopak? Nebo jsou duševní a fyzické stavy zcela odlišné? (ontologická otázka); Ovlivňují fyzické stavy duševní stavy a naopak? Pokud ano, jak? (kauzální otázka); Co je to vědomí? Jak souvisí vědomí s mozkem a tělem? (problém vědomí); Co je to já (self)? Jak souvisí já (self) s mozkem a tělem? (problém jáství); Jaké je to pro mysl být umístěna v těle? Jaké je to pro tělo, že patří určitému subjektu? (problém ztělesnění); (Robinson 2003).

Za jednoho z nejznámějších dualistů bývá považován filozof René Descartes. Člověk dle něj žije na hranici světa hmoty a světa myšlení, přičemž úkolem člověka je najít vnitřní harmonii mezi těmito dvěma protikladnými rovinami. Substanci tělesnou, jejíž hlavní vlastností je rozprostraněnost nazývá *res extensa* a substanci duševní nazývá *res cogitans*. Ačkoliv se podle něj jedná o dvě samostatné jednotky, přesto připouští, že jsou mezi sebou vzájemně spojeny. Místem styku je podle něj šišinka mozková (epifýza) (Šmejsová 2022).

Monistických přístupů k problému vztahu těla a duše existuje celá řada. Společným atributem, který sdílejí, je jednota. Vychází z toho, že všechny věci lze odvodit od jednoho základního principu, kterým může být např. duch, číslo či hmota. Pokud je jako základní princip uznána hmota, pak hovoříme o materialistickém monismu. Naopak pokud vnímáme jako základní princip ducha, pak se jedná o objektivně idealistický monismus (Volf 2018).

### **1.2.2 Od filozofie k praxi: James-Langeova teorie emocí a psychosomatika**

Ať již zastáváme jakoukoliv filozofickou pozici k otázkám propojení těla a duše, nepopíratelné je, že obojí společně nás definuje jako člověka. Jedna z vlivných novodobých teorií emocí říká, že emočně výrazné podněty nejprve evokují fyziologickou reakci. Teprve až poté, co sensorické informace o bezděčné aktivitě svalů a vnitřních orgánů doputují z interoreceptorů do mozku, tak vznikne emoční prožitek, jehož podstatou je uvědomění si tělesných změn (Martin et al. 2007; Plháková 2005). Sám William James tuto teorii vysvětlil slovy: „*Zdravý rozum říká, že nemáme-li štěstí, jsme smutní a pláčeme; potkáme-li třeba medvěda, bojíme se a utíkáme... Hypotéza, kterou tady obhajují, říká, že toto pořadí je nesprávné... Mnohem rozumnější je tvrzení, že cítíme lítost, protože pláčeme, zlobíme se, protože do něčeho bušíme, a bojíme se, protože se třeseme*“ (James 1890; Plháková 2005, s. 465).

Ačkoliv James-Langeova teorie byla vystavena četné kritice a v jejíž důsledku byla výrazně oslabena, v 2. polovině 20. století vystoupili někteří psychologové s argumenty na její obhajobu. Příkladem může být výzkum George Hohmanna, který se uskutečnil v roce 1966. Hofmann sám je psycholog, který v důsledku poranění páteře ochrnul. Hohmann vedl v rámci svého výzkumu rozhovory s dvaceti pěti válečnými veterány, kteří před dvěma a více lety utrpěli poranění míchy. Žádal je, aby popsali pocity žalu, zlosti, strachu a sexuálního vzrušení před a po zranění. Ukázalo se, že s výjimkou žalu jsou jejich emoce kvalitativně odlišné jakoby chladné či hluché. Zároveň byla odhalena souvislost mezi místem poranění páteře a mírou změny – čím větší počet tělesných systémů byl odpojen od mozku, tím byla změna výraznější (Hunt 2000; Plháková 2005).

*Hrdlo sevřené strachem, žaludek jako na vodě, bolí nás srdce, hoříme láskou* – tato a další přísloví využívají popisu stavů těla k vyjádření nějaké emoce či psychického stavu. V současné době se na poli západní medicíny stává velmi populárním proud psychosomatiky, který zkoumá vzájemné působení těla a duše. Zabývá se otázkami, jak psychické vlivy působí na tělo a jaký vliv mají tělesná onemocnění a duševní procesy. Kvalitou, na které se dá nejlépe prezentovat tato závislost, jsou emoce a pocity. Emoce můžeme definovat jako tělesné děje či neurochemické reakce, které připravují organismus k akci. Ve vědomí jsou tyto děje reprezentovány jako pocity. Zároveň o emocích můžeme říct, že se jedná o nejstarší řídicí procesy, neboť kognitivní funkce přicházejí z evolučního hlediska mnohem déle (Honzák 2017).

### **1.2.3 Jak lidé s tělesným postižením vnímají své tělo**

V předchozích kapitolách byla nastíněna filosofická a vědecká východiska vztahu těla a duše. Zjednodušeně můžeme říci, že já (self), sídlí uvnitř těla, přičemž právě prostřednictvím těla vykonáváme své myšlenky a interagujeme s okolím. Náš vztah k tělu je určen tím, jak své tělo vnímáme. V anglické literatuře pro tento proces existuje výraz *body image* (obraz těla), který můžeme definovat jako kombinaci psychických zkušeností, pocitů a postojů jednotlivce, které se týkají formy, funkce, vzhledu a žádoucnosti vlastního těla, která je ovlivněna individuálními a environmentálními faktory. Australská kvalitativní studie ukázala, že tělesné postižení má negativní vliv na psychické zážitky, pocity a postoje účastníků k vlastnímu tělu. Byl zdůrazněn dopad zpětné vazby ze sociálního prostředí a



existují důkazy naznačující, že jednotlivci se postupně přizpůsobují svým odlišným tělům, přičemž postupem času stále více akceptují své postižení. Přesto byly u participantů studie přítomny výrazné pocity fyzické nedostatečnosti a nepřítažlivosti. Pozitivní interakce s partnerem či partnerkou a dalšími lidmi pomáhá lidem vytvořit si pozitivní body image, i když není shodný se standardem krásy a zdraví v naší společnosti. Zároveň se ukázalo, že míra viditelnosti postižení má velký vliv na stigmatizaci ze strany společnosti. (Taleporos a McCabe 2002).

## 2 Osobní asistence

Osobní asistence je sociální služba, jejíž cílem je umožnit lidem se zdravotním postižením žít plnohodnotný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Právě díky této terénní službě mohou lidé se znevýhodněním žít ve svém přirozeném prostředí, ve svých domovech, se svými rodinami. Jedná se o důležitý krok transformace sociálních služeb, kdy dochází k tzv. deinstitucionalizaci. Cílovou skupinou jsou lidé s tělesným postižením, mentálním postižením, kombinovaným postižením či senioři. Dle dat z registru poskytovatelů sociálních služeb je ke dni 11. 3. 2022 zaregistrováno celkem 207 poskytovatelů osobní asistence (MPSV 2022).

Pracovníci osobní asistence, kteří se pohybují v terénu, se nazývají osobní asistenti. Na základě sestaveného individuálního plánu tráví s klienty čas, přičemž druh a rozsah aktivit závisí na dohodě. Může se tak jednat např. o půlhodinový doprovod z domova do zaměstnání, nebo o celodenní péči, která zahrnuje všechny běžné aktivity včetně vstávání, podání jídla či hygieny. Práce osobního asistenta je velmi rozmanitá, neboť každý klient je jedinečný a vyžaduje specifický přístup. Přesto se všechny asistence vyznačují tím, že na prvním místě je vždy klient, jeho přání, potřeby a bezpečnost.

### 2.1 Legislativní ukotvení

Ukotvení osobní asistence najdeme v zákoně 108/2006 Sb., kde ji najdeme zařazenou mezi služby sociální péče. Dle tohoto zákona je osobní asistence vymezena takto:

*„Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.“*

Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Z tohoto vymezení vyplývá, že osobní asistence je sociální službou, která slouží k poskytnutí podpory klientovi téměř ve všech oblastech jeho života. Cílem je umožnit lidem se znevýhodněním naplňovat své potřeby v různých oblastech svého života, a zabránit tak sociálnímu vyloučení.

## **2.2 Historie osobní asistence**

### **2.2.1 Edward Roberts a hnutí Independent Living**

Kořeny osobní asistence můžeme najít v 60. letech 20. století ve Spojených státech. Jedním z prvních průkopníků, kteří se zasadili o umožnění lidem s hendikepem žít plnohodnotný život, byl Edward Roberts (Hrdá 2004). Když bylo Edovi 14 let, získal po nákaze polio virem těžké zdravotní postižení, kvůli kterému byl po zbytek života upoután na vozík a odkázán na dýchací přístroj (Danforth 2020). Ed po nákaze polio virem strávil devět měsíců v nemoci odkázán na železné plíce. Zde se o něj starala soukromá zdravotní sestra. Jejím úkolem bylo dohlédnout, aby Ed přijímal dostatečné množství jídla. Ed nejen kvůli bolestem a nechutenství odmítal jíst. Jeho matka na tuto dobu vzpomíná s tím, že čím více po Edovi zdravotní sestra chtěla, aby jedl, tím méně chtěl jíst (Roberts 1995). Až po několika měsících se Edova matka spojila s psychiatrem Dr. Gordonem, který jí doporučil neprodleně propustit soukromou zdravotní sestru. Zároveň Edově matce řekl, že pouze sám Ed se musí rozhodnout, zda jíst bude, nebo ne (Danforth 2020). Až díky tomuto se Ed poprvé po dlouhé době ocitl v pozici, kdy měl možnost si sám zvolit směr svého směřování a dělat vlastní rozhodnutí (Roberts 2007). Právě z tohoto milníku Edova života pochází zárodky budoucího aktivismu i samotného hnutí Independent Living.

I přes své zdravotní postižení Ed absolvoval prezenčně poslední ročník střední školy a následně nastoupil na univerzitu v Berkeley. Během prvního roku svého studia byl Ed jediným zdravotně postiženým studentem žijícím na prázdném patře kampusové ošetrovny. V následujícím roce se k němu přidal John Hesler, jež utrpěl poranění krční páteře a byl taktéž upoután na vozík. Muži se rychle stali nejen přáteli, ale i začínajícími politickými aktivisty. Společně s děkanem univerzity a dalšími zaměstnanci se rozhodli vytvořit architektonicky přístupný kampus pro vozíčkáře (Danforth 2018). Od této doby počet studentů s tělesným postižením na Univerzitě v Berkeley rostl. Celý program financovalo

Kalifornské oddělení rehabilitace<sup>1</sup>, díky kterému počet studentů se zdravotním hendikepem vzrostl v roce 1970 na osmnáct. Úřad se snažil náklady na tento projekt omezit zpřísněním pravidel pro studenty, přičemž dva studenti s hendikepem byli dokonce vyloučeni. V návaznosti na tyto události se Ed a jeho spolužáci se začali organizovaně scházet, komunikovat s médii, kterým předávali svůj příběh, a tím započali boj za svá práva. V médiích a na veřejnosti vystupovali pod jménem Rolling Quads, v češtině Valící se kvadrouti (Danforth 2018).

Tato skupina mladých lidí se rozhodla bojovat za to, aby mohli vést život, který by se nelišil od života jejich vrstevníků. Základní myšlenkou hnutí Independent Living, jež má kořeny právě v Rolling Quads, je právo na sebeurčení a jejich heslem je, že největším odborníkem na život s postižením je sám člověk, který má postižení.

### **2.2.2 Počátky osobní asistence v České republice**

Jedním z prvních lidí, kteří v tehdejší Československu začali využívat osobní asistenci, byla Jana Hrdá. Poté, co Janě zemřela matka, která jí pomáhala s péčí o ni a o její děti, začala organizovat ve své domácnosti pod záštitou Okresního ústavu sociálních služeb placenou i dobrovolnou osobní asistenci. Tehdy Jana Hrdá ještě neznala hnutí Independent Living ani nevěděla o tom, že služba, kterou využívá, se v zahraničí jmenuje osobní asistence (Hrdá 2004).

Prvním poskytovatelem osobní asistence v České republice byla Pražská organizace vozíčkářů, kteří se inspirovali švédskými a holandskými zkušenostmi. Jejich cílem bylo rozšířit osobní asistenci do celé republiky a prosadit její uzákonění. V ideálním případě by měla být osobní asistence zajištěna každému, kdo ji potřebuje a chce využívat k vyrovnání své nepříznivé situace (Hrdá 2004).

### **2.2.3 Druhy osobní asistence**

Osobní asistenci můžeme rozdělit na dva základní typy. Prvním typem, se kterým se se velkým množstvím případů setkáváme právě u klientů s tělesným postižením, je sebeurčující osobní asistence. Pro tuto asistenci je typické, že nevyžaduje žádné odborné školení asistentů. V tomto případě je úkolem klienta si samostatně vyškolit asistenta, organizovat ho

---

<sup>1</sup> Kalifornské oddělení rehabilitace v ang. California Department of Rehabilitation

vést jeho práci (Hrdá 2004). Klient se v tomto případě účastní všech aktivit a je plně zodpovědný za průběh asistence.

Pokud asistent potřebuje jakékoliv doškolení nad rámec toho, co je mu schopen předat klient, jedná se již o řízenou osobní asistenci. Pro tu je typická odborná příprava osobních asistentů, za jejíž zajištění zodpovídá poskytovatel. Tento druh asistence je typický zejména pro osoby se smyslovým, mentálním nebo duševním postižením (Hrdá 2004), ale i pro osoby s těžším tělesným hendikepem, kdy jejich zdravotní stav znemožňuje koordinovat průběh asistence.

#### **2.2.4 Osobní asistent**

Osobním asistentem se může stát každý. Aby však člověk plnil práci osobního asistenta dobře, je třeba, aby byl dostatečně zralou a vyrovnanou osobností, která disponuje dobrými komunikačními dovednostmi (Uzlová 2010). Práce osobního asistenta se nedá ošidit, nedá se dělat napůl. V případě, že osobnímu asistentovi chybí nějaká potřebná vlastnost, pravděpodobně na své pozici nezvládne pracovat delší dobu.

### 3 Fyzický kontakt, doteky, haptika a komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast prostředků, jejichž prostřednictvím se dorozumíváme beze slov, nebo společně se slovy jako doprovod slovní komunikace. Neverbálně komunikujeme: gesty, pohyby hlavou a těla (kinezikou); postoji těla (posturolofii); výrazem obličeje (mimikou); pohledy očí; volbou a změnami vzdáleností a zaujímáním pozice v prostoru (proxemikou); tělesným kontaktem (haptikou); tónem hlasu a dalšími neverbálními aspekty řeči (paralingvistikou); oblečením a dalšími aspekty vlastního zjevu (Vybíral 2009).

Abychom se mohli v následujících kapitolách podrobně věnovat komunikaci prostřednictvím haptiky, nejprve si musíme terminologicky definovat jednotlivé pojmy, s kterými se setkáme. Pojem *haptika* označuje formu neverbální komunikace, která probíhá pomocí doteků, jedná se tedy o kontakt hmatem. *Dotekem* v kontextu neverbální komunikace rozumíme jakýkoliv přímý či nepřímý taktilní kontakt, kdy dojde ke fyzickému kontaktu dvou různých objektů. *Hmat* je vjem, který řadíme mezi smysly. Názorně můžeme říci, že dítě hmatově vnímá dotek matčiny ruky na své hlavě, přičemž matka s ním hapticky komunikuje zklidnění a stabilitu.

Položí-li nám někdo otázku, jaké smysly využívá člověk, jako první nás pravděpodobně napadne zrak, sluch, chuť nebo čich. Často však bývají opomíjeny smysly, které jsou v nás vnitřně zabudované a nedokážeme si je odmyslet. Zatímco si můžeme zakrýt oči a nevidět, být nemocní a necítit chutě a pachy, těžko si dokážeme představit, jaké je to necítit hmatové či dotykové vjemy, které k nám přicházejí přes kůži. Abychom ale doplnili výčet všech smyslů, nesmíme opomenout také kinestetický smysl a vestibulární smysl, které fungují převážně nevědomě. Pokud hovoříme o hmatu jako o smyslu, je třeba zmínit, že se jedná spíše o soubor několika různých smyslů, které nám pomocí receptorů umístěných v kůži umožňují získávat vjemy o tlaku, chladu, bolesti, vibracích (Orel 2019).

#### 3.1 Anatomie a fyziologie kůže

Orgánem, který zodpovídá za komunikaci prostřednictvím doteku, je kůže. Pro lepší porozumění haptice je třeba znát alespoň základní anatomii a fyziologii kůže, která nám může poodhalit principy skryté za tím, jak hmatový smysl funguje.

Kůže je největším orgánem lidského těla. Kožní soustava je orgánovou soustavou, jež je tvořena vlastní kůží a přídatnými kožními strukturami. Kožní soustava a její význam bývá často opomíjen, ale podíváme-li se na ni blíže, spatříme její nepostradatelnost a význam hned v několika důležitých oblastech. Mezi její základní funkce patří funkce ochranná, kdy kůže představuje bariéru mezi vnitřním a vnějším prostředím. Podílí se na regulaci tělesné teploty, k čemuž využívá schopnosti zužovat a rozšiřovat kožní cévy či produkovat pot, jehož dalším významem je vylučování odpadních látek. Apokrinní potní žlázy mají schopnost produkovat individuálně specifické látky charakteru feromonů, které mají vliv na oblast sexuální a vztahovou. Kůže plní i roli metabolickou, kdy se podílí na metabolismu vitamínu D (Orel 2019).

Kožní soustava je důležitá nejen z hlediska biologického, ale má velký dopad také na rovinu psychickou a sociální. Můžeme zmínit, že kůže je důležitým prvkem pro vymezení identity jedince, neboť určuje nejen specifické rysy v obličejí, ale například i otisky prstů (dermatoglyfy). Kůže odráží emoce a postoje svého nositele a zároveň odráží celkový zdravotní stav. Vstupuje tak do komunikace s druhými lidmi a může představovat důležité signály o situaci jedince. Nesmíme zapomenout na sociokulturní roli kůže, kdy v různých kulturách dochází k jejímu rozdílnému upravování. Zatímco stříhání nehtů, úprava vousů či užívání makeupu jsou pro nás zcela běžné, v jiných částech světa se můžeme setkat s prořezáváním kůže ve rtech či s rozsáhlým bolestivým tetováním (Orel 2019).

Již z předchozího výčtu je patrné, že význam kůže je nedocenitelný. A to ještě nebylo zmíněno, že se jedná o největší smyslový orgán, jehož prostřednictvím můžeme vnímat taktilní podněty, tlak, teplo, chlad, vibrace, či bolest. V jednotlivých vrstvách kůže jsou rozmístěny nejméně čtyři různé druhy receptorů, z nichž putují vzruchy různými nervovými drahami do somatosenzitivní kůry v parietálních lalocích. Fyzikální podněty, které jsou v kontaktu s povrchem lidského těla, můžeme registrovat pomocí receptorů dotyku (Meissnerova tělíska) a receptorů tlaků (Pacciniho tělíska). Tyto receptory mají největší hustotu na obličejí, zejména na rtech a nose, a na konečcích prstů ruky. Naopak nejmenší počet najdeme na zádech. Dalším druhem receptorů jsou termoreceptory, které můžeme dělit na receptory chladu (Krauseho tělíska) a receptory tepla (Ruffiniho tělíska). Vnímání bolesti probíhá prostřednictvím receptorů dotyku a tlaku, kdy dochází k uvolnění specifických

biochemických látek z poškozených tkání, čímž jsou transformována volná nervová zakončení. Dalším typem receptorů v jsou Merkelovy buňky, které se nachází ve stratum basale. Předpokládá se, že slouží jako mechanoreceptory (Plháková 2005).

Kůže je velmi senzitivní – cítíme, když si nám moucha sedne na rameno nebo když si po hřbetu své ruky přejedeme jediným lidským vlasem. Zároveň můžeme říci, že ze všech smyslových zážitků jsou doteky pravděpodobně nejvíce uklidňující. Lidé vyhledávají doteky s druhými lidmi, neboť skrze ně mohou projevovat a přijímat něžnost a péči. Je možné, že uklidňující vliv doteků souvisí s reminiscencemi na láskyplnou rodičovskou péči v dětství (Plháková 2005). Doteky jsou ze svého principu vždy velmi osobní a je důležité zmínit, že nemusí být vždy pocíťovány jako příjemné. Společnost v důsledku toho vytvořila nepsaná pravidla pro regulaci doteků. Příkladem může být potřesení rukou jako formální pozdrav nebo objetí mezi přáteli. Tyto společenské konvence jsou velmi výrazně determinovány kulturou.

### **3.2 Nervový systém a bolest**

Ztráta části těla vede k přeorganizování mozku, které zahrnuje funkční i strukturální změny (Kaas 2000). Odpojené regiony mozku nejsou umlčeny, ale začnou reprezentovat sousedící části těla. Například při ztrátě ruky bude tato oblast využita pro reprezentaci obličeje a paže, které jsou k sobě blízko v somatosenzorické mapě homunkula. Tyto rekonstrukce mohou vyústit v poruchy vnímání. Příkladem může být pocit fantomových končetin. Ten nastává, když cítíme amputovanou část těla při dotyku sousední části těla. V případě zmiňované amputace ruky by to vypadalo tak, že dotek obličeje či paže může vyústit v dvojitý vjem, kdy člověk cítí dotek na těle i chybějící končetinu (Ramachandran et al. 1992). Vnímání bolesti je poměrně složitým procesem, na kterém se do velké míry podílí mozková kůra. V případě bolesti proto nemluvíme o čítí, ale spíše o vnímání. Důkazem je právě existence fantomových končetin. Jako vysvětlení se udává, že sensorická kůra chybějící podněty z dané části těla interpretuje jako poruchu (Melzack 1978).



### 3.3 Dotek v průběhu vývoje

Mnohé studie a výzkumy potvrdily, že dotek má esenciální význam pro zdravý vývoj člověka. Tyto výzkumy byly prováděny nejen na lidech, ale i na mnohých organismech z živočišné říše.

Prvním smyslem, který se vyvine již nitroděložně, je hmat. Už v osmém týdnu těhotenství, kdy je plod velký pouze jeden a půl centimetru a váží přibližně gram, se objevuje první mozková aktivita. Ta má vliv na rozvoj hmatu. S tím, jak těhotenství postupuje, můžeme si všimnout, že doteky zprvu vyvolávají pouze reflexivní reakce, ale postupně můžeme pozorovat i chování více záměrné (Linden 2016). Hmatové počítky jsou pro člověka velmi důležité, neboť velkou měrou zasahují do sociální interakce, komunikace a vztahovosti. Dnes již víme, že pro přirozený vývoj dítěte je láskyplný dotek nepostradatelný, proto je umožněno rodičům předčasně narozených dětí být v kontaktu se svým potomkem již v inkubátoru. Důležitost doteku byla demonstrována na široké škále organismů, od červů až po štěňata a lidská mláďata. Při experimentech s modelovými organismy se vědci soustředili i na buněčné a molekulární mechanismy, které stojí v pozadí těchto efektů. Například u krysy bylo demonstrováno, že míra mateřského kontaktu s mládětem má hluboký dopad na jeho chování a fyziologii v dospělosti. Mnohé důkazy však nasvědčují tomu, že se nemusí jednat výhradně o mateřský dotyk, ale že podstatná je mechanosenzorická stimulace obecně (Ardiel a Rankin 2010). Naopak, pokud dítě již od narození trpí taktilní senzoričnou deprivací, může následně docházet k široké škále vývojových vad, jako jsou např. poruchy růstu, nadměrné zvracení, narušený imunitní systém, zpomalení kognitivního a motorického vývoje nebo výskyt poruch attachmentu. Pokud dítě zažilo dlouhodobou taktilní senzoričnou deprivaci, může to mít vliv i na jeho život v dospělosti. Příkladem může být vyšší incidence obezity a diabetes typu 2, srdeční poruchy, gastrointestinální poruchy, ale také neuropsychiatrické problémy jako úzkosti, poruchy nálady nebo psychózy. Zároveň je třeba zmínit, že již 20 až 60 minut fyzického kontaktu s dítětem denně může odvrátit taktilní senzoričnou deprivaci. Tyto děti následně lépe rostou, mají méně infekcí, lépe spí a méně pláčou a rapidně se jim zlepšuje motorická koordinace, pozornost a kognitivní schopnosti (Linden 2016).

Jednou z nejlepších metod, jak poskytnout hmatovou stimulaci předčasně narozeným dětem, je tzv. klokánkování, kdy se dítě přikládá přímo na tělo matky. Longitudinální studie, která sledovala 146 předčasně narozených dětí ukázala, že klokánkování má příznivý dopad na dítě v mnoha oblastech vývoje, který přetrvává celou první dekádu života (Feldman et al. 2003). Technika klokánkování byla vyvinuta v roce 1978 v Bogotě, v Kolumbii. Přeplněná jednotka neonatální intenzivní péče v Instituto Materno Infantil en Bogotá se potýkala se 70% dětskou úmrtností, převážně z respiračních důvodů a infekcí. V nemocnici tehdy nebyl dostatek doktorů, sester ani inkubátorů, a tak Dr. Edgar Rey Sanabria podněcoval matky k tomu, aby co nejvíce času trávily se svým dítětem kontakt tělo na tělo, a udržovaly tak teplo dítěte a zároveň ho kojily, kdykoliv si o to řekne. Nově zavedená metoda, kdy má matka dítě na hrudi, snížila úmrtnost dětí o 10 % (Boundy et al. 2016) .

Zatímco doteku mezi matkou a kojencem se věnuje velký počet studií, období od jednoho roku dítěte bývá často opomíjeno. Přitom i v období batolecím a předškolním je dotek důležitým faktorem pro emoční a sociální vývoj dítěte. Děti v tomto období mají často péči zajištěnu mimo domov, nejčastěji v dětských skupinách či mateřských školách, kde míra doteku závisí na nastavení jednotlivých pedagogických pracovníků.

### **3.4 Dotek v komunikaci**

Hmat je prvním smyslem, který se u člověka vyvíjí. Často však bývá přehlížen pro svoji složitost jak na úrovni fyziologické, tak i na úrovni mezilidské interakce (Moffatt a Kerry 2018). Vztah mezi dotekem a komunikací závisí na podmínkách, v kterých je uskutečněn a k čemu je vztahován. Příkladem může být, že jeden člověk se dotkne identicky dvou lidí, ale jeden dotek vnímá pozitivně a druhý negativně (Bullough 2011). Komunikace prostřednictvím doteku probíhá tehdy, když dochází ke změnám v myšlenkách, pocitech, vnímání nebo chování druhého člověka ve vztahu ke kontextu, ve kterém se vyskytuje (Hertenstein 2002). Tato definice nám říká, že aby proběhla komunikace mezi lidmi, není třeba přenos konkrétní informace. Příkladem může být, že pokud se jeden člověk dotkne druhého na rameni, příjemce dotyku může cítit teplo, zatímco člověk, který dotek uskutečnil může prožívat emočně negativní stav. Komunikace však proběhla, protože myšlenky příjemce doteku byly ovlivněny hmatovým podnětem (Bullough 2011).

Existují tři důležité body týkající se komunikace a doteku. Zaprvé, komunikace prostřednictvím doteku nemusí být záměrná a cíleně zaměřená (Watzlawick et al. 1967). Jinými slovy, může být náhodná a necílená (Hinde 1997). Zadruhé, při diskuzi o komunikaci prostřednictvím doteku je třeba brát v potaz dva základní principy: ekvifinalitu a ekvipotencialnost. Princip ekvifinality odkazuje na myšlenku, že stejného komunikačního výsledku lze dosáhnout řadou různých prostředků (např. hněv může být sdělen fackou nebo strkáním). Princip ekvipotenciality odkazuje na myšlenku, že stejnému typu doteku lze přiřadit velmi odlišné významy nebo důsledky (např. paže kolem ramen může být interpretována jako milující nebo jako projev dominance). Za třetí, komunikace neprobíhá izolovaně, ale je vždy zasazena do kontextu. Je třeba mít na paměti, že veškerá komunikace je obklopena bližším a širším kontextem a dalšími historickými, sociálními a ekonomickými kontexty (Bronfenbrenner a Morris 1998). Zároveň je třeba být si vědomi toho, že součástí komunikace dotekem většinou bývají i jiné modalitty, proto je třeba, aby výzkumníci uměli vyhodnotit, kdy se zaměřují pouze na dotek. Závěrem, veškerá komunikace je obousměrná, tudíž mezi komunikátory existuje neustálá a dynamická souhra. Koneckonců, člověk se nemůže dotknout, aniž by se ho někdo dotkl (Bullough 2011).

### **3.5 Druhy doteku**

Napříč literaturou najdeme nejrůznější termíny a kategorie, které nám pomáhají třídit různé druhy doteku. Routasalo (1999) dělí dotek na terapeutický a fyzický, přičemž mezi nimi rozlišuje na základě toho, že terapeutický dotek je spojován s přikládáním rukou za účelem ovlivnit energetické pole pacienta, zatímco fyzický dotek se vztahuje ke všem ostatním typům doteku, které najdeme v ošetrovatelství. Watson (1975) také rozlišuje mezi dvěma druhy doteku, a to mezi dotekem instrumentálním a expresivním. Instrumentální dotek je záměrný a nezbytný pro splnění úkolu, např. pro změření krevního tlaku. Expresivní dotek je naopak spontánnější a afektivnější a nemusí nutně tvořit součást úkonu. Příkladem může být držení za ruku. Jiní autoři popisují dotek jako procedurální, úkolový, funkční, užitkový či jako nezbytný. Expresivní dotek zase bývá označován jako neprocedurální, nepotřebný, láskyplný, pečující, spojující či uklidňující (Gleeson a Higgins 2009). My v této práci, jak jste se mohli dočíst již výše, jsme se rozhodli využívat pro označení těchto dvou druhů

doteku termíny mechanický dotek a sociální dotek. Zároveň uznáváme, že tyto kategorie nejsou výlučné, a tak jeden dotek může splňovat funkci mechanickou i sociální.

Hmat pomáhá také k integrovanému vnímání vlastního těla. Prostřednictvím hmatu můžeme vnímat širokou škálu doteků, které mohou nabývat různých emočních nábojů, od silně negativních (např. facka) až po silně pozitivní až erotické (např. smyslné pohlazení). Nejvýraznější nesexuální, pozitivně hédonické formy sociálního doteku lze předběžně rozdělit do kategorií. „Jednoduchý“ dotek zahrnuje krátký, záměrný kontakt s relativně omezeným místem na povrchu těla příjemce během sociální interakce; člověk, který poplácá starou dámu v autobuse po ruce nebo se při žádosti jemně dotkne lokte číšníka, se zabývá „prostým“ dotykem. „Protahovaný“ dotek zahrnuje delší a často vzájemný kontakt kůže na kůži mezi jednotlivci a obvykle zahrnuje složku tlaku, například objetí, držení za ruce a mazlení. Konečně „dynamický“ dotek zahrnuje nepřetržitý pohyb po kůži z jednoho bodu do druhého a může se často opakovat, jako je hlazení, tření a laskání. Lechtání představuje další speciální kategorii, která je spojena s hravým chováním (zejména u dětí) a není pravděpodobné, že by se vyskytovala v kontextu každodenních interakcí (Morrison et al. 2010). Jaká je role „příjemnosti“ – pozitivního hédonického aspektu – v těchto kategoriích lidského sociálního doteku? Za prvé, příjemný dotek může sloužit jako základ pro afiliativní chování. Za druhé, může poskytnout mechanismus pro vytváření a udržování sociálních vazeb. Za třetí, je to neverbální prostředek pro komunikaci emocí. Je důležité poznamenat, že výše uvedené druhy společenského doteku nejsou vždy vítané nebo dokonce příjemné; dotek má spletitý vztah s kulturou, kontextem a pohlavím a v závislosti na těchto faktorech se potěšení snadno změní v averzi a znechucení (DiBiase a Gunnoe 2004).

### **3.6 Metody a techniky využívající dotek**

Již počátků vzniku dnešních civilizací byl dotek považován za něco přirozeného a léčivé. Využití doteků najdeme především ve východní medicíně. Například čínská medicína využívá hlazení a dotýkání se různých částí těla, zejména rukou a nohou, k ovlivňování vnitřních orgánů. V naší západní civilizaci se s dotekem setkáváme zejména při masáží, v bazální stimulaci nebo při terapeutických dotecích pacienta. V následující kapitole vám chceme představit právě ty přístupy, které je možno využívat při osobní asistenci. Tyto druhy

doteků bychom zařadili na pomezí mechanického a sociálního doteku, neboť působí jak na tělo, tak na duši.

### **3.6.1 Bazální stimulace**

Autorem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog prof. Dr. Andreas Frohlich, který v 70. letech minulého století pracoval v rehabilitačním centru s dětmi s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Během svého zdejšího působení vnímal, že je s těmito dětmi velice obtížné, ne-li nemožné navázat verbální komunikaci. Frohlich využil vědeckých studií z oblasti prenatalní a vývojové psychologie a zabýval se rozvojem somatosenzorické komunikace. Bazální stimulace je metodou, která umožňuje rozvoj člověka prostřednictvím schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat skrze kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání. Důležitým pilířem pro vypracování této koncepce bylo Frohlichovo tvrzení, že i děti s těžkými kombinovanými vadami jsou vzdělavatelné, a to alespoň v oblasti nácviku různých pohybových vzorců souvisejících se sebeobsluhou nebo v oblasti vnímání vlastního těla. V 80. letech zdravotní sestra prof. Chistel Bienstein přenesla koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče. Bazální stimulace se tak stal prostředkem, který zvyšuje kvalitu nejen dětem, ale všem lidem, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je v důsledku onemocnění či úrazu silně omezena či změněna.

Síla bazální stimulace pramení ze schopnosti plasticity lidského mozku. Poškozené struktury mozku mohou znovu nabývat svých funkcí, popřípadě mohou jiné části mozku převzít tyto jejich funkce. Předpokladem pro tuto změnu je poskytnutí dostatečného množství adekvátních podnětů, které vychází z kvalitní autobiografické anamnézy a následného sestavení plánu. Ačkoliv tělesné postižení zpravidla nenarušuje schopnost verbální komunikace, omezuje člověka v pohybu, což má za důsledek omezení přísunu podnětů (Friedlová 2007).

### **3.6.2 Masáže**

Druhů masáží existuje celá řada a jejich historie sahá hluboko do minulosti. Již v pravěku člověk využíval masáž k léčení následků různých úrazů, například si pro zmírnění bolesti třel a hnětl poraněné místo. Masáže mají mnoho pozitivních účinků, od relaxace a zlepšení spánku až po úlevu od bolesti. Důležitou komponentou masáže je dotek sám so sobě. Dotek

sám o sobě je pravděpodobně terapeutický, zvláště u těch, kteří mají omezené možnosti fyzického kontaktu, jako jsou pacienti bez důvěrných přátel nebo rodiny nebo s bolestivými fyzickými stavy. O masáži se také říká, že pomáhá pacientům cítit se o ně pečováno. Pacienti mohou být připraveni diskutovat a řešit obtížné psychologické problémy, jakmile budou méně úzkostliví, budou se cítit lépe a budou důvěřovat svým poskytovatelům péče. Praktici říkají, že i proto může být masáž důležitým odrazovým můstkem k efektivnímu poradenství například při zvládnání psychických problémů nebo závislostí (Vickers a Zollman 1999).

### **3.6.3 Terapeutický dotek a terapeutický dotek**

V praxi se můžeme setkat s Terapeutickým dotekem a terapeutickým dotekem. Terapeutický dotek s velkým T označuje metodu, která je v některých zemích, např. v Kanadě, široce využívanou technikou mezi zdravotními sestrami. Jedná se o neinvazivní metodu léčení, jež je odvozena od pokládání rukou na tělo pacienta, které se využívá již od Starověku. Teoretická definice Terapeutického doteku říká, že se jedná záměrně vedený proces výměny energie, během kterého léčitel využívá svých rukou jako nástroje pro facilitaci hojení (Monroe, 2009). Metoda Terapeutického doteku byla představena jako jedna z možných intervencí prováděných zdravotní sestrou v 70. letech dvacátého století Dorou Kunz, alternativní léčitelkou, a Dolores Krieger, profesorkou ošetrovatelství, které se rozhodli tuto formu léčby učit zdravotní sestry (Quinn 1988). Ačkoliv se tato technika nazývá Terapeutický dotek, léčitel se ve skutečnosti pacienta nikdy nedotkne. Práce spočívá pouze v tom, že léčitel moduluje pacientovo energetické pole, které obklopuje tělo. Tento koncept je postavený na tom, že existuje univerzální energie, kterou najdeme napříč všemi živými organismy (Monroe 2009). Přestože některé vyvrátili, že jsou lidé, kteří praktikují Terapeutický dotek schopni cítit energetické pole (Rosa et al. 1998).

Terapeutický dotek s malým t naopak označuje metodu terapeutické komunikace, která je nezbytná např. pro zdravotní sestry působící na odděleních psychiatrie (Gleeson a Higgins 2009). Jedná se o dotek, kdy dochází přímému fyzickému kontaktu, tedy k doteku kůže na kůži, případně přes oblečení. Studie, kterou prováděli Gleeson a Higgins (2009) ukázala, že fyzický dotek používaný v ošetrovatelství byl považován za terapeutický pouze tehdy, pokud byl používán uvážlivě a na základě účinných interpersonálních dovedností. Účastníci studie identifikovali potřebu být citliví jak k individuálním potřebám klienta, tak respektovat

jeho osobní prostor a kulturní zázemí. Jaké významné se ukázaly obavy mužských respondentů, že by dotýkání se klientek mohlo být nesprávně interpretováno jako sexuální obtěžování. Přínosy terapeutického doteku jsou velmi různorodé. Dotek může přinést potěšení, jistotu a komfort (Getchel 1972; Pearson 1988), dokáže ulevit od bolesti a zmírnit pocit izolace (Bassett 2002), poskytnout ujištění a empatii (Golder 1993) a možná dokonce usnadnit pacientovo zotavení (Goodykoontz 1979).

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

### **4 Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky a hypotézy**

#### **4.1 Výzkumný problém**

Výzkum si klade za cíl prostřednictvím kvalitativní metodologie zmapovat problematiku fyzického kontaktu (zejména četnosti a oboustranné přijatelnosti potřebných doteků) mezi klienty osobní asistence a osobními asistenty jako realizátory sociální služby, která umožňuje lidem s tělesným hendikepem žít v domácím prostředí. Součástí pracovní náplně osobního asistenta jsou činnosti, které u různých lidí mohou nabývat různého stupně intimity. Příkladem může být pomoc s oblékáním, stravováním, hygienou či pohybem. Ve všech těchto případech je fyzický kontakt mezi klientem a osobním asistentem nezbytný.

V současné době bývá dotek považován za kontroverzní či nežádoucí, je-li součástí sexuálního zneužívání. Je také rizikovým faktorem pro přenos viru SARS-CoV-2. Současné výzkumy ukazují, že lidé konsenzuální dotek potřebují, jinak může docházet k sociální a taktilní sensorické deprivaci. V rámci osobní asistence se klienti setkávají převážně s ošetřovatelským dotykem, který je přítomný např. při hygieně či manipulaci, přičemž jeho význam je převážně mechanický. Nabízí však osobní asistence prostor i pro dotek sociální? Zatímco iniciální dotek je již považován za standard, v případě doteků s cílem klienta utišit, uklidnit či podpořit, nepanuje shoda.

#### **Cíle výzkumu**

Cílem první části této práce bylo vytvořit teoretický rámec, který shrnuje multidisciplinární poznatky z oblasti speciální pedagogiky osob s tělesným postižením, anatomie a fyziologie a sociální práce se zaměřením na osobní asistenci. Právě teoretická část této práce umožňuje nahlédnout komplexitu vztahu mezi klientem s tělesným postižením a osobním asistentem.

Cílem empirické části výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem pohlíží na doteky při výkonu osobní asistence klienti s tělesným postižením, a jak osobní asistenti.



## 4.2 Výzkumné otázky

### **VO1: Existují rozdíly mezi jednotlivými částmi těla v kontextu doteku?**

Cílem této otázky je určit pořadí jednotlivých částí těla, od nejvíce přístupné části po nejméně přístupnou část. Vnímání těla je do velké části dáno kulturou, v níž žijeme. Význam spočívá v identifikování částí těla, které mohou být pro osobní asistenty nebo klienty problematické v kontextu fyzického kontaktu.

### **VO2: Liší se vnímání jednotlivých, námi vymezených kategorií, mezi klienty a osobními asistenty?**

Cílem této otázky je blíže se podívat na jednotlivé aspekty ovlivňující fyzický kontakt v osobní asistenci. Kategorie byly identifikovány na základě našeho studia a následně byla vytvořena tvrzení vztahující se k oné kategorii. Význam této otázky spočívá především v deskripci jednotlivých postojů a názorů, přičemž je kladen důraz na rozdíly a kontrasty mezi odpověďmi osobních asistentů a klientů.

*Kategorie:*

*1) Otevřenost dotekům; 2) Příjemnost doteku vykonávaného osobním asistentem; 3) Nastavení hranic mezi osobním asistentem a klientem; 4) Řízení asistence; 5) Sociální dotek; 6) Sexuální projevy; 7) Pocity trapnosti při fyzickém kontaktu a přirozenost doteku*

### **VO3: Jaké faktory posilují kvalitu interakce mezi klientem a osobním asistentem?**

Naším cílem v rámci této otázky je prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru identifikovat faktory na straně osobního asistenta a faktory na straně klienta, které mají pozitivní vliv na kvalitu jejich interakce. Právě z této obecné roviny vyplývá zda, a jakým způsobem bude fyzický kontakt probíhat a jakým způsobem bude přijat.

## 5 Metodologie

Tento výzkum je koncipován jako smíšený. Bylo využito kvantitativních a kvalitativních metod za účelem lepší triangulace dat. Pro dotazníkové šetření jsme zvolili online formu, neboť je to nejefektivnější způsob, jak distribuovat dotazník mezi klienty, kteří žijí v domácím prostředí a zároveň mezi osobní asistenty, pro které je to dostatečně flexibilní. Velkým benefitem online formy je, že pro klienty s tělesným postižením existuje mnoho kompenzačních pomůcek, díky kterým jsou schopni samostatně vyplnit online dotazník, což je velká výhoda oproti papírové formě. Pro vyhodnocení výsledků byla využita deskriptivní statistika a vizualizace dat.

Návazný polostrukturovaný rozhovor byl proveden za účelem získání podrobnějších a hlubších informací, které by kvantitativní výzkum podpořili. Rozhovory s osobními asistenty probíhaly z důvodu jejich časové vytíženosti telefonicky. Rozhovory s klienty proběhly z důvodu komfortu osobně v jejich domácím prostředí. Pro analýzu rozhovorů jsme využili metodu zakotvené teorie, neboť se jedná o nástroj, jehož cílem je vybudovat teorii zkoumaného jevu (Rihacek a Hytych 2013).

Sběr dat probíhal v lednu až v dubnu roku 2022.

### 5.1 Etické aspekty výzkumu

Náš výzkum se skládá ze dvou částí, dotazníkového šetření a rozhovoru. V rámci celého výzkumu jsme dbali na to, aby se respondent necítil nucen odpovídat na všechny otázky. Téma doteků může být pro lidi v kontextu jejich osobní historie velmi citlivé, tudíž jsme se snažili vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém jsme chtěli předejít znovu otvírání traumat. V případě online dotazníkového šetření byla možnost jednotlivé položky přeskakovat, tudíž klient nebyl nucen vyplňovat všechny otázky. Před začátkem rozhovoru jsme respondenty informovali, že v případě, kdyby na otázku nechtěli z jakéhokoliv důvodu odpovídat, stačí říct, a přejdeme k další otázce, případně rozhovor ukončíme. Online dotazník i rozhovory jsou plně anonymizovány, ve všech dokumentech využíváme pouze označení typu Asistent(x), Klient(y), kdy x a y označují pořadí respondenta. V úvodu dotazníku a na začátku rozhovoru byli klienti informováni o účelu výzkumu, průběhu výzkumu a dostali kontaktní adresu na vykonavatele výzkumu.

## 5.2 Pilotní šetření

V rámci pilotního šetření byl dotazník předložen jednomu klientovi s tělesným postižením a jednomu osobnímu asistentovi, kteří připomínkovali jednotlivé položky dotazníku a poskytli zpětnou vazbu. Na základě těchto podnětů došlo k několika úpravám od původní verze.

## 5.3 Kvantitativní část

První částí našeho výzkumu bylo dotazníkové šetření, které v případě varianty pro klienty (Příloha č. 1) obsahovalo celkem 32 otázek a v případě varianty pro osobní asistenty (Příloha č. 2) 25 otázek. Dotazník byl administrován přes platformu Google Forms, přičemž byla zpracována v programech Microsoft Excel a Statistica.

V obou dotaznících jsme používali otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Vzhledem k citlivosti tématu jsme dotazníky koncipovali tak, že žádná položka nebyla povinná, tudíž respondenti mohli jakoukoliv položku přeskočit. Přesto jsme se snažili tomuto vyvarovat např. tím, že jsme u otázek z části „Tvrzení“ nabízeli možnost volby „Bez odpovědi“ a v případě otázek vztahujících se k částem těla odpověď „Této části těla se nejde dotknout, např. z důvodu amputace.“ Pro větší přehlednost našeho dotazníku jsme rozdělili v případě klientů dotazník na 6 částí a v případě osobních asistentů na 5 částí, které byly na odlišných stránkách a respondent mezi nimi přecházel postupně. Dotazníkové šetření bylo zcela anonymní, přičemž zájemci o interview na sebe mohli zanechat na konci dotazníku kontakt.

Data kvantitativní části našeho výzkumu byla vyhodnocována prostřednictvím nástrojů deskriptivní statistiky. Původním záměrem bylo zpracovat většinu výsledků prostřednictvím statistické metody chí kvadrát test nezávislosti, nicméně po vypočítání minimálních očekávaných četností, které byly nižší než pět, jsme vyhověli nutným požadavkům testu a rozhodli se jej nevyužít. Vzhledem k tomu, že naše výzkumné soubory mají rozdílnou absolutní četnost, rozhodli jsme se ve vyhodnocování využít relativní četnosti, aby bylo možné lepší srovnání skupin. Ačkoliv data takto mají nějakou vypovídající hodnotu, není zdaleka ideální, neboť počet respondentů z řad klientů je i přes naši snahu nižší, než bychom potřebovali.

## 5.4 Kvalitativní část

Kvalitativní části našeho výzkumu se zúčastnili celkem 4 respondenti, z nichž 2 jsou osobní asistenti a 2 jsou klienti. Mezi těmito osobními asistenty a klienty není žádný vztah, neboť se přihlásili nezávisle na sobě prostřednictvím našeho dotazníku. S respondenty této části výzkumu jsme provedli polostrukturovaný rozhovor, pro který jsme měli připraveno v obou variantách celkem 18 jádrových otázek, které jsme doplnili o další na základě průběhu rozhovoru. Před započítáním rozhovoru jsme od respondentů získali souhlas, že můžeme rozhovor nahrávat a že data budou plně anonymizována a využita pouze pro účely výzkumu. Rozhovory s osobními asistenty probíhaly kvůli časové vytíženosti telefonicky a rozhovory s klienty proběhly „face to face“ v domácím prostředí klientů. Vzhledem k citlivosti tématu byli respondenti na začátku rozhovoru upozorněni, že pokud jim je jakákoliv otázka z nějakého důvodu nepříjemná, nemusí na ni odpovídat.

Rozhovor byl nahrán jako audiozáznam aplikací Diktafon (Google) nebo aplikací Cube ACR a následně byl přepsán do programu Microsoft Word. Zde proběhla prvotní organizace, úprava a třídění dat. Následně byly textové dokumenty importovány do aplikace Atlas.ti, jež je nástrojem pro kvalitativní analýzu dat. Pro naši práci s daty jsme si vybrali metodu Zakotvené teorie, jež byla vyvinuta v šedesátých letech Barney Glaserem a Anselmem Straussem (Glaser 2017). Naše kódování probíhalo ve třech fázích, a to otevřené, axiální a selektivní (Strauss & Corbin, 1994). Nejprve jsme provedli otevřené kódování, kdy jsme přiřazovali jednotlivým úryvkům textu kódy. Následně jsme hledali vztahy mezi jednotlivými kódy a souběžně se psali poznámky. Poslední částí bylo vytvoření schématu, v jehož středu stojí ústřední kódy.

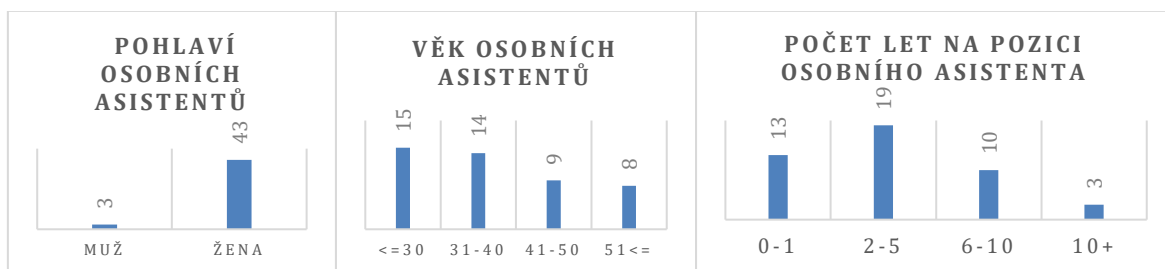
## 5.5 Výzkumný soubor

Respondenti, osobní asistenti i klienti osobní asistence s tělesným postižením, se do výzkumu zapojili prostřednictvím dotazníku administrovaného online. Za účelem získání dostatečného počtu respondentů bylo prostřednictvím emailu osloveno celkem 219 poskytovatelů osobní asistence. Email obsahoval stručný popis výzkumu, odkaz na webové stránky (michaela-slamova.cz) s bližšími informacemi a dotazníky, a prosbu o šíření výzkumu mezi klienty s tělesným postižením a osobní asistenty. Zároveň byl dotazník nahrán do 4 facebookových skupin (Vozíčkáři a handicapovaní; vozíčkáři a handicapovaní

lidé; Mám rád vozíčkáře; Roztroušená skleróza). Respondenti, kteří se chtěli zúčastnit i kvalitativní části studie měli možnost zanechat na sebe kontakt v poslední části dotazníku.

### Osobní asistenti

Výzkumu se zúčastnilo celkem 46 osobních asistentů. Tento výzkumný soubor můžeme charakterizovat následujícími statistikami:



*Graf č. 1: Výzkumu se z řad osobních asistentů zúčastnili 3 muži a 43 žen.*

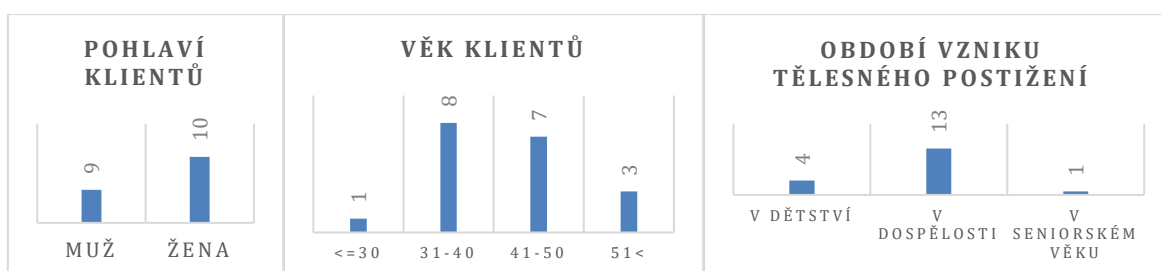
*Graf č. 2: Výzkumu se zúčastnilo 15 osobních asistentů, kterým bylo 30 a méně let, 14 osobních asistentů ve věku 31 až 40 let, 9 osobních asistentů ve věku 41 až 50 let a 8 osobních asistentů starších 51 let.*

*Graf č. 3: Celkem 13 osobních asistentů uvedlo, že pracují na pozici osobního asistenta méně než jeden rok, 19 osobních asistentů uvedlo 2 až 5 let, 10 osobních asistentů uvedlo 6 až 10 let a 3 osobní asistenti uvedli více než 10 let. Jeden osobní asistent nevedl odpověď.*

Z osobních asistentů, kteří se přihlásili, že mají zájem se zúčastnit rozhovorů, jsme vybrali dvě ženy asistentky pro kvalitativní část výzkumu.

## Klienti

Do výzkumu se zapojilo celkem 19 klientů, z nichž všichni splňují podmínku přítomného tělesného postižení. Získat respondenty z řad klientů bylo velmi obtížné, neboť se nám v tomto směru nepodařilo navázat spolupráci s poskytovateli osobních asistencí. Většina klientů byla získána prostřednictvím facebookových skupin a metodou sněhové koule. Skupina respondentů z řad klientů s tělesným postižením má následující charakteristiky:



*Graf č. 4: Výzkumu se z řad klientů zúčastnilo 9 mužů a 10 žen.*

*Graf č. 5: Výzkumu se zúčastnil 1 klient, kterému bylo 30 a méně let, 8 klientů ve věku 31 až 40 let, 7 klientů ve věku 41 až 50 let a 3 klienti starších 51 let.*

*Graf č. 6: Celkem 4 klienti uvedli, že jejich postižení vzniklo v dětství, 13 klientů udalo v dospělosti a 1 klient v seniorském věku. Jeden klient neuvedl odpověď.*

Z klientů, kteří se přihlásili, že mají zájem se zúčastnit rozhovorů, jsme vybrali jednoho muže klienta a jednu ženu klientku pro kvalitativní část výzkumu.

## 6 Výsledky a diskuze

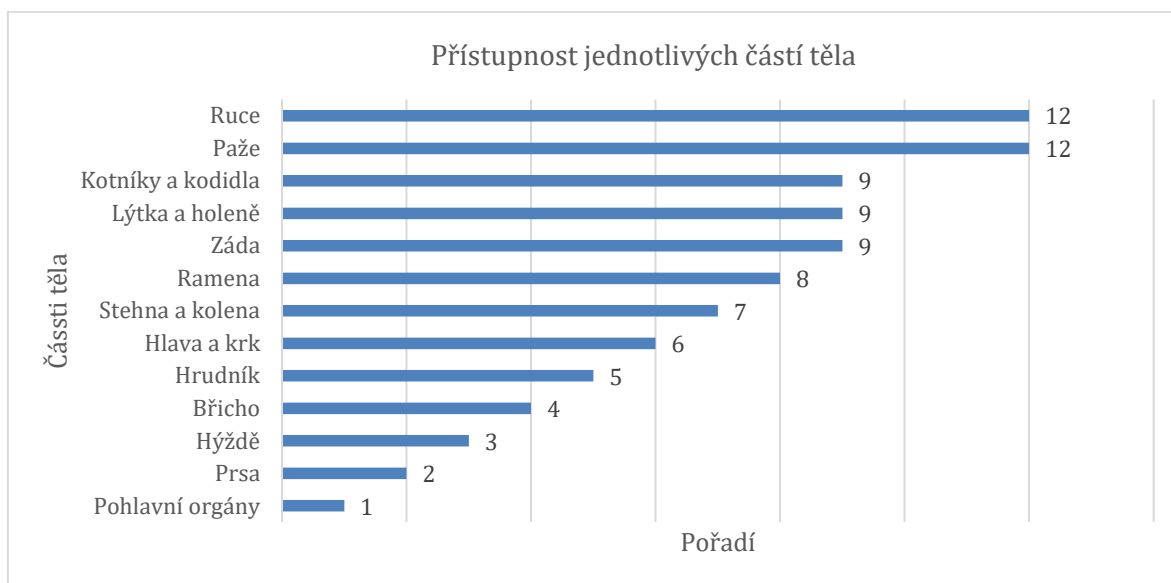
### 6.1 Rozdíly ve vnímání doteku napříč různými částmi těla

Pro účely tohoto výzkumu bylo lidské tělo rozděleno celkem na třináct částí, a to od shora dolů následovně: 1) Hlava a krk, 2) Ramena, 3) Paže, 4) Ruce, 5) Hrudník, 6) Prsa, 7) Břicho, 8) Pohlavní orgány, 9) Záda, 10) Hýždě, 11) Stehna a kolena, 12) Lýtka a holeně, 13) Kotníky a chodidla. Tyto celky byly vymezeny na základě své polohy.

#### 6.1.1 Přístupnost jednotlivých částí těla

V rámci dotazníkového šetření byla klientům položena otázka, kdo se může dotýkat různých částí jejich těla. U každé položky (části těla) měli možnost zvolit z následujících odpovědí: 1) Všichni, 2) Pouze vybraní lidé, 3) Nikdo, 4) Této části mého těla se nejde dotknout, např. z důvodu amputace. Při vyhodnocování výsledků jsme možné odpovědi použili jako ordinální proměnné, díky kterým jsme mohli vytvořit pořadí přístupnosti jednotlivých částí těla.

Jak můžeme pozorovat v grafu, který shrnuje naše výsledky v této oblasti, mezi nejméně přístupné části klienti řadí pohlavní orgány, prsa a hýždě. Společné pro ně je, že se jedná o části těla, které v naší kultuře nabývají sexuálního a erotického významu. Naopak ruce a paže patří mezi přístupné, což opět souvisí s naším kulturním kontextem, kdy ruce i paže využíváme ke komunikaci a zdravení, a to i s naprosto cizími lidmi. Za povšimnutí stojí, že ramena se nachází přibližně uprostřed seznamu, na 6. pozici, což evokuje, že se může jednat o část těla, kterou klienti nevnímají jako zcela přístupnou lidem a do jisté míry si ji chrání. Přitom dotek na rameno bývá často používán jako iniciační dotek při navazování kontaktu i s cizími lidmi. Je tedy namístě si položit otázku, zda není vhodné v případě možnosti nahradit iniciační dotek na rameno iniciačním dotekem např. na paži, která je dle našich dat vnímaná jako nejvíce přístupná.



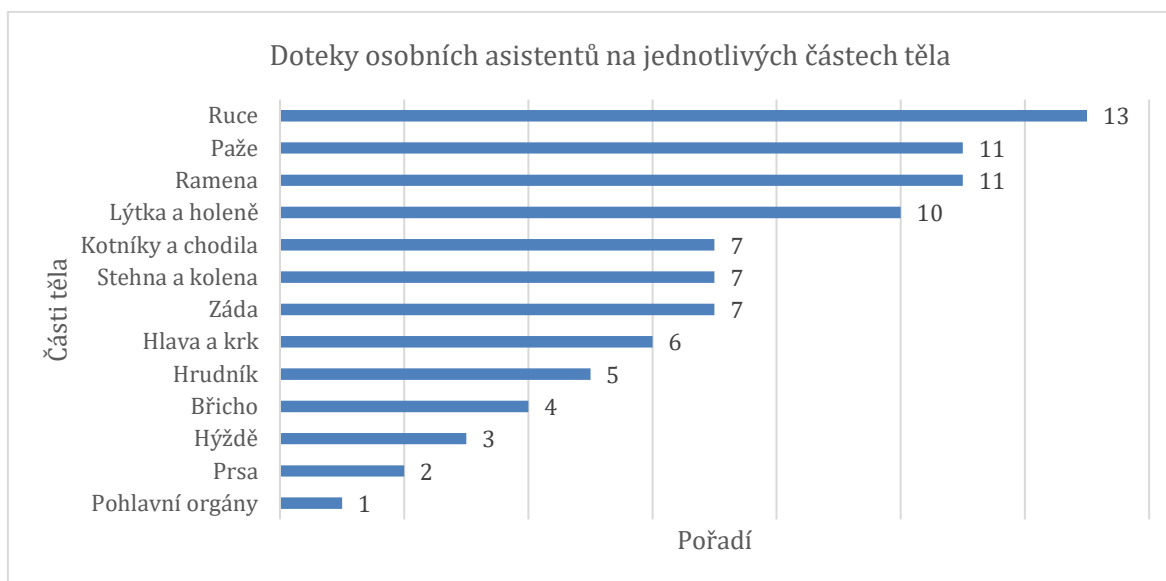
Graf č. 7: Z grafu můžeme vyčíst srovnání jednotlivých částí těla v tom, jak respondenti z řad klientů vnímají jako přístupné. Mezi nejvíce přístupné části těla patří ruce a paže, naopak nejméně přístupné jsou pohlavní orgány a prsa. V grafu se jedná pouze o pořadí, kdy 1 označuje nejméně přístupnou část těla a 12 nejvíce přístupné části těla.

### 6.1.2 Doteky osobních asistentů na jednotlivých částech těla

Další otázkou, jež jsme klientům položili, bylo, zda se jich osobní asistenti na vymezených částech těla dotýkají. Klienti si mohli vybírat z odpovědí: 1) Ano, 2) Ano, ale je mi to spíše nepříjemné, 3) Ne, 4) Této části mého těla se nejde dotknout, např. z důvodu amputace. Při vyhodnocování této odpovědi jsme postupovali obdobně jako u předchozí odpovědi, tedy používali jsme možné odpovědi jako ordinální proměnné, díky kterým jsme vytvořili pořadí výskytu doteků osobními asistenty u jednotlivých částí těla.

Graf ukazuje, že nejméně se osobní asistenti dotýkají pohlavních orgánů, prsou a hýždí. Naopak nejvíce dochází k dotekům na ruku, pažích a ramenou. Při porovnání s předchozím grafem si můžeme všimnout již zmíněných ramenou – v praxi se doteky na ramenou vyskytují často.



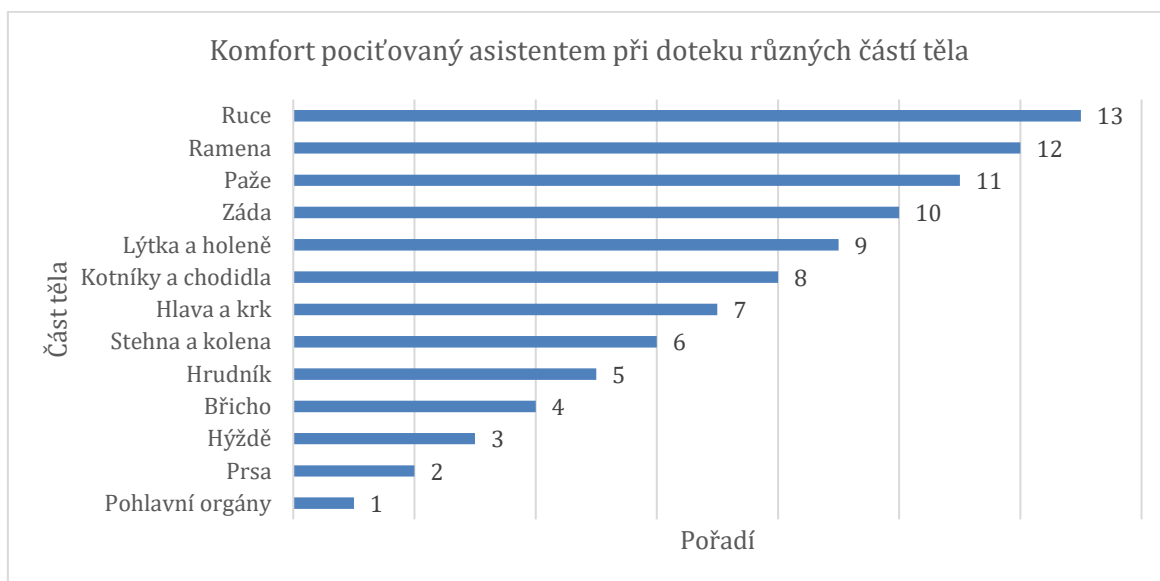


*Graf č. 8: Graf ukazuje srovnání výskytu doteků od osobních asistentů na různých částech těla. Nejběžnější doteky jsou na ruce, pažích a ramenou, naopak nejméně běžné jsou dotyky pohlavních orgánů, prsou a hýždí. V grafu se jedná pouze o pořadí, kdy 1 je část těla, které se asistenti dotýkají nejméně a 13 část těla, které se asistenti dotýkají nejvíce.*

### 6.1.3 Asistenti

Jednou z otázek, kterou jsme položili osobním asistentům bylo, jaký komfort pociťují, když dotýkají různých částí klientova těla. U každé položky mohli vybírat z následujících možností: 1) Velmi komfortně, 2) Spíše komfortně, 3) Spíše nekomfortně, 4) Velmi nekomfortně, 5) Této části těla klientů se nedotýkám. Opět jsme v tomto případě pracovali s odpověďmi jako s ordinálními proměnnými, přičemž počet odpovědí „Této části těla klientů se nedotýkám“ uvádíme zvlášť.

Graf ukazuje, že nejvíce komfortní je pro osobní asistenty dotýkat se rukou, ramenou a paží, naopak nejméně komfortní je pro ně dotýkání se pohlavních orgánů, prsou a hýždí. I v této odpovědi si můžeme všimnout, že právě dotek na ramena je pro asistenty velmi komfortní, výsledky první otázky ukazují, že se nejedná o část těla, kterou by klienti vnímali jako zcela přístupnou ostatním lidem.



*Graf č. 9: Graf uvádí pořadí jednotlivých částí těla dle komfortu pociťovaného osobními asistenty při doteku klientova těla. Nejvíce komfortní je pro osobní asistenty dotýkat se rukou, ramenou a paží. Nejméně komfortní je naopak dotek pohlavních orgánů, prsou a hýždí. V grafu se jedná pouze o pořadí, kdy 1 označuje část těla, při jejímž dotyku osobní asistenti pociťují nejmenší komfort a 13 část těla, při jejímž dotyku pociťují osobní asistenti největší komfort.*

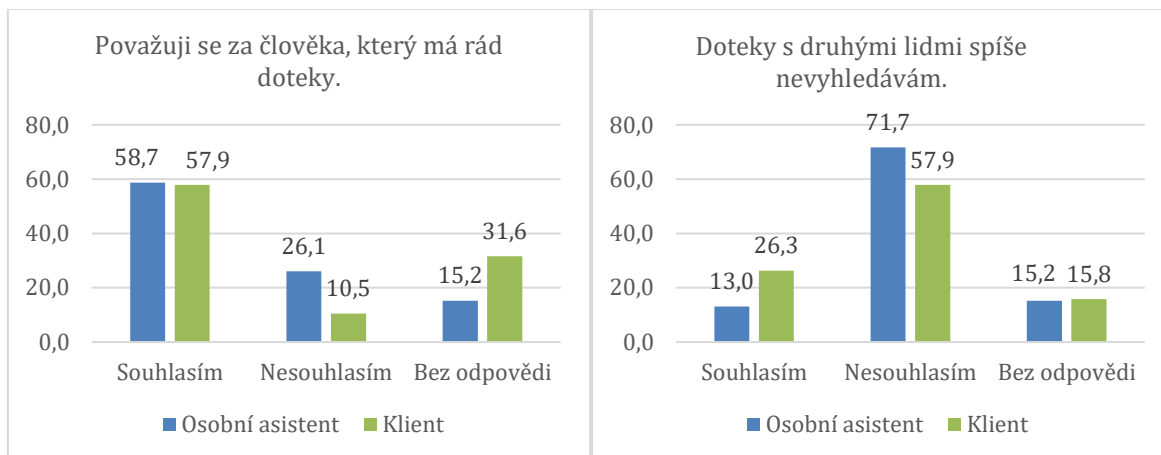
Hlava a krk	Ramena	Paže	Ruce	Hrudník	Prsa	Břicho	Pohlavní orgány	Záda	Hýždě	Stehna a kolena	Lýtka a holeně	Kotníky a chodidla
1	1	1	0	2	7	3	7	1	4	1	1	1

*Tabulka č. 4: V tabulce najdeme četnosti odpovědí, kdy klienti u dané části těla zvolili odpověď „Těto části těla klienta se nedotýkám“. Pro porovnání odpovíme, že celkový počet odpovědí u všech položek byl 46. Z tabulky vyčteme, že všichni osobní asistenti se dotýkají rukou klienta, zatímco pohlavních orgánů a prsou se nedotýká sedm z nich, tudíž nemohou ohodnotit svůj komfort při doteku této části těla.*

## 6.2 Tvrzení

Součástí dotazníků, jež jsme administrovali respondentům, bylo celkem čtrnáct tvrzení, na základě kterých jsme chtěli zmapovat určité aspekty vztahu mezi osobním asistentem a klientem. Při tvorbě jsme postupovali tak, že jsme vytvořili sadu sedmi tvrzení pro klienty, ke kterým poté vytvořili ještě doplňkové či vylučující otázky, jejichž cílem bylo přiblížit či upřesnit kategorii. Na základě těchto tvrzení jsme vytvořili obdobných čtrnáct tvrzení pro osobní asistenty. Ve výsledku tedy máme vždy na jedno téma celkem čtyři tvrzení, kdy na dvě odpovídá klient a na dvě osobní asistent. Metodologicky byla tato část vyřešena tak, že nejprve respondent odpověděl na prvních sedm tvrzení, překlíknul na další stránku, a vyplňoval zbylých sedm náhodně uspořádaných kontrolních tvrzení.

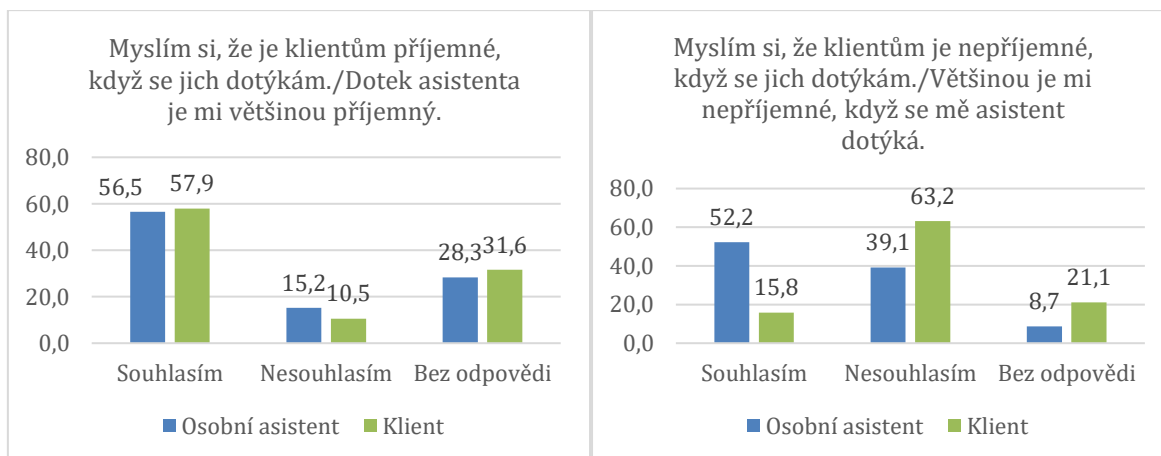
## 6.2.1 Otevřenost dotekům



Graf č. 10: V grafu je uvedeno, že s tvrzením „Považuji se za člověka, který má rád doteky.“ souhlasí 58,7 % osobních asistentů, nesouhlasí 26,1 % osobních asistentů a bez odpovědi 15,2 % osobních asistentů. Z klientů 57,9 % s tímto tvrzením souhlasí, 10,5 % nesouhlasí a 31,6 % bez odpovědi.

Graf č. 11: Graf ukazuje, že s tvrzením „Doteky s druhými lidmi spíše nevyhledávám.“ souhlasí 13 % osobních asistentů, 71,7 % osobních asistentů nesouhlasí a 15,2 % bez odpovědi. Z klientů 26,3 % uvedlo, že souhlasí, 57,9 % že nesouhlasí a 15,8 % uvedlo bez odpovědi.

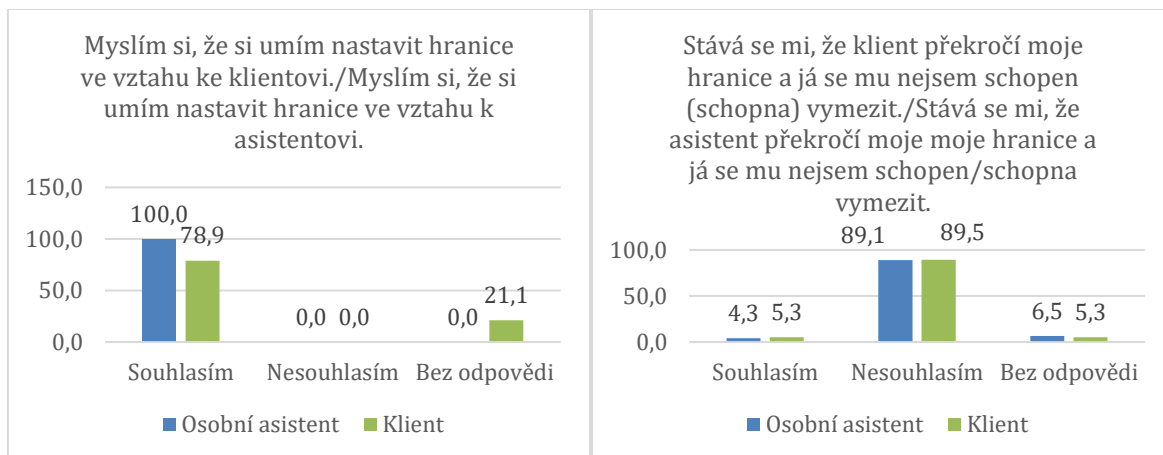
## 6.2.2 Příjemnost doteku vykonaného osobním asistentem



Graf č. 12: S tvrzením „Myslím si, že je klientům příjemné, když se jich dotýkám.“ souhlasí 56,5 % osobních asistentů, 15,2 % nesouhlasí a 28,3 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Dotek asistenta je mi většinou příjemný.“ souhlasí 57,9 % klientů, 10,5 % nesouhlasí a 31,6 % uvedlo „Bez odpovědi“.

Graf č. 13: S tvrzením „Myslím si, že klientům je nepříjemné, když se jich dotýkám.“ souhlasí 52,2 % osobních asistentů, 39,1 % nesouhlasí a 8,7 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Většinou je mi nepříjemné, když se mě asistent dotýká.“ souhlasí 15,8 % klientů, 63,2 % nesouhlasí a 21,1 % uvedlo „Bez odpovědi“.

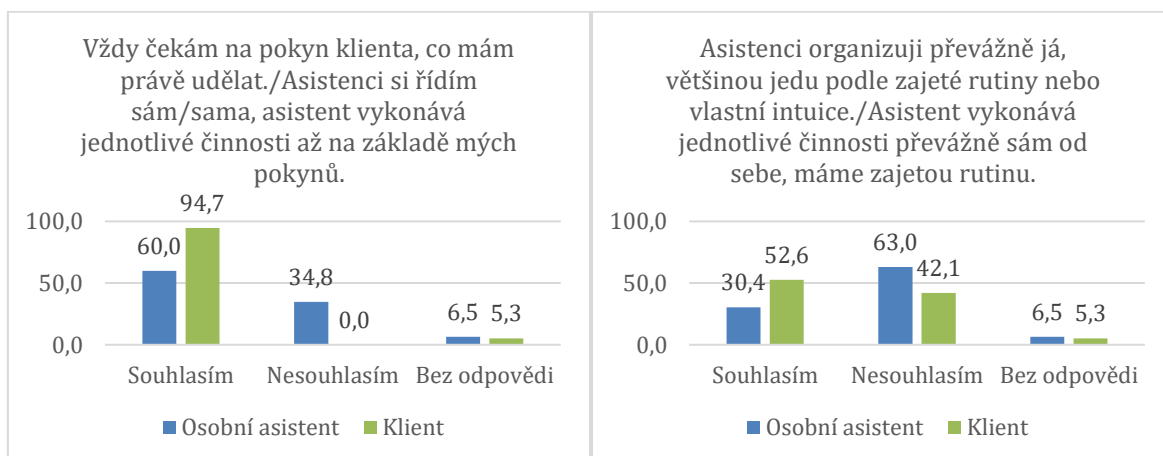
### 6.2.3 Nastavení hranic mezi osobním asistentem a klientem



Graf č. 14: S tvrzením „Myslím si, že si umím nastavit hranice ve vztahu ke klientovi.“ souhlasí 100 % osobních asistentů. S tvrzením „Myslím si, že si umím nastavit hranice ve vztahu k asistentovi.“ souhlasí 78,9 % klientů a 21,1 % uvedlo „Bez odpovědi“.

Graf č. 15: S tvrzením „Stává se mi, že klient překročí moje hranice a já se mu nejsem schopen (schopna) vymezit.“ souhlasí 4,3 % osobních asistentů, 89,1 % nesouhlasí a 6,5 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Stává se mi, že asistent překročí moje hranice a já se mu nejsem schopen/schopna vymezit.“ souhlasí 5,3 % klientů, 89,5 % nesouhlasí a 5,3 % uvedlo „Bez odpovědi“.

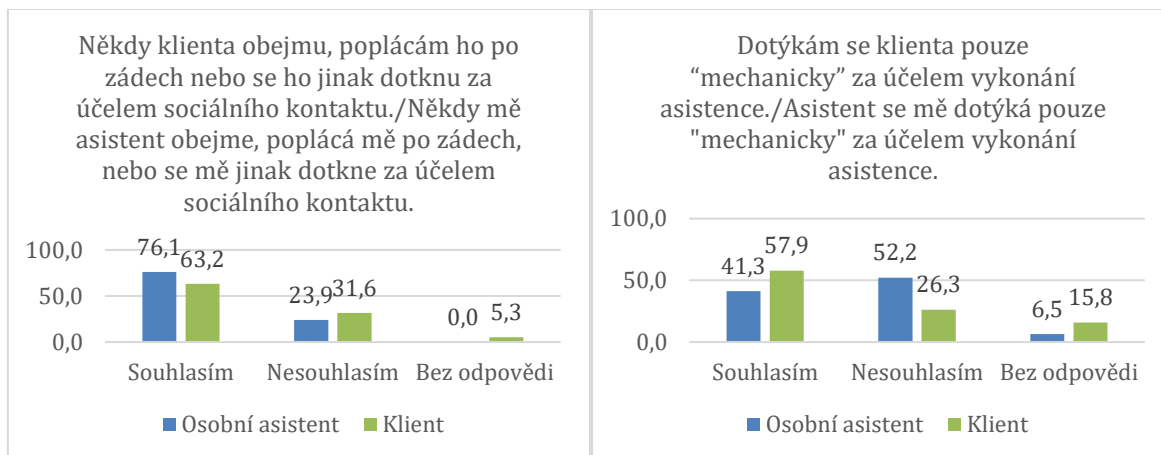
### 6.2.4 Řízení asistence



Graf č. 16: S tvrzením „Vždy čekám na pokyn klienta, co mám právě udělat.“ souhlasí 60 % osobních asistentů, 34,8 % nesouhlasí a 6,5 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Asistenci si řídím sám/sama, asistent vykonává jednotlivé činnosti až na základě mých pokynů.“ souhlasí 94,7 % klientů a 5,3 % uvedlo „Bez odpovědi“.

Graf č. 17: S tvrzením „Asistenci organizuji převážně já, většinou jedu podle zaseté rutiny nebo vlastní intuice“ souhlasí 30,4 % osobních asistentů, 63,0 % nesouhlasí a 6,5 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Asistent vykonává jednotlivé činnosti převážně sám od sebe, máme zasetou rutinu.“ souhlasí 52,6 % klientů, 42,1 % nesouhlasí a 5,3 % uvedlo „Bez odpovědi“.

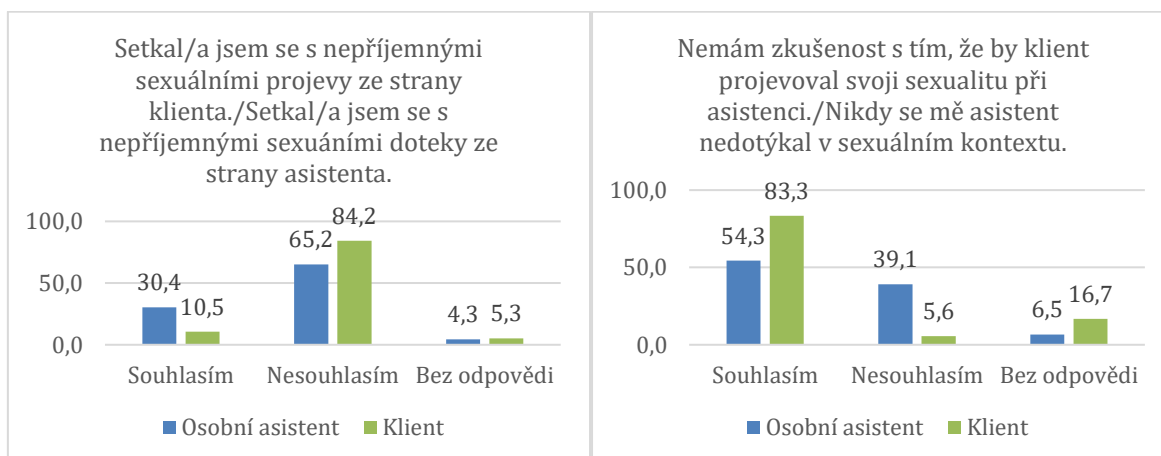
## 6.2.5 Sociální dotek



Graf č. 18: S tvrzením „Někdy klienta obejmu, poplácám ho po zádech nebo se ho jinak dotknu za účelem sociálního kontaktu.“ souhlasí 76,1 % osobních asistentů, 23,9 % nesouhlasí. S tvrzením „Někdy mě asistent obejmě, poplácá mě po zádech, nebo se mě jinak dotkne za účelem sociálního kontaktu.“ souhlasí 63,2 % klientů, 31,6 % nesouhlasí a 5,3 % uvedlo „Bez odpovědi“.

Graf č. 19: S tvrzením „Dotýkám se klienta pouze "mechanicky" za účelem vykonání asistence.“ souhlasí 41,3 % osobních asistentů, 52,2 % nesouhlasí a 6,5 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Asistent se mě dotýká pouze "mechanicky" za účelem vykonání asistence.“ souhlasí 57,9 % klientů, 26,3 % nesouhlasí a 15,8 % uvedlo „Bez odpovědi“.

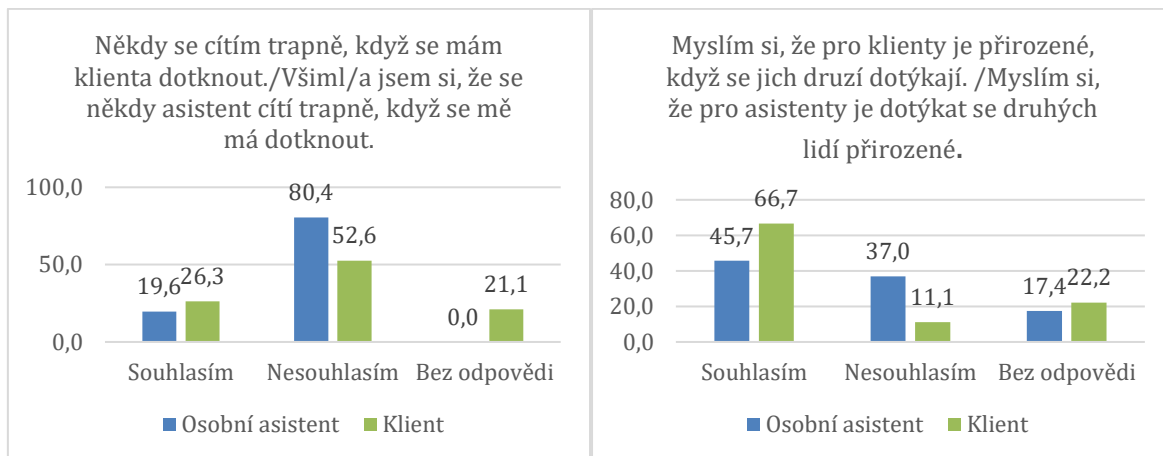
## 6.2.6 Sexuální projevy



Graf č. 20: S tvrzením „Setkal/a jsem se s nepříjemnými sexuálními projevy ze strany klienta“ souhlasí 30,4 % osobních asistentů, 65,2 % nesouhlasí a 4,3 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Setkal/a jsem se s nepříjemnými sexuálními doteky ze strany asistenta.“ souhlasí 10,5 % klientů, 84,2 % nesouhlasí a 5,3 % uvedlo „Bez odpovědi“.

Graf č. 21: S tvrzením „Nemám zkušenost s tím, že by klient projevoval svoji sexualitu při asistenci“ souhlasí 54,3 % osobních asistentů, 39,1 % nesouhlasí a 6,5 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Nikdy se mě asistent nedotýkal v sexuálním kontextu.“ souhlasí 83,3 % klientů, 5,6 % nesouhlasí a 16,7 % uvedlo „Bez odpovědi“.

## 6.2.7 Pocity trapnosti při fyzickém kontaktu a přirozenost doteku



Graf č. 22: S tvrzením „Někdy se cítím trapně, když se mám klienta dotknout“ souhlasí 19,6 % osobních asistentů, 80,4 % nesouhlasí. S tvrzením „Všiml/a jsem si, že se někdy asistent cítí trapně, když se mě má dotknout.“ souhlasí 26,3 % klientů, 52,6 % nesouhlasí a 21,1 % uvedlo „Bez odpovědi“.

Graf č. 23: S tvrzením „Myslím si, že pro klienty je přirozené, když se jich druzí dotýkají.“ souhlasí 45,7 % osobních asistentů, 37,0 % nesouhlasí a 17,4 % zvolilo „Bez odpovědi“. S tvrzením „Myslím si, že pro asistenty je dotýkat se druhých lidí přirozené.“ souhlasí 66,7 % klientů, 11,1 % nesouhlasí a 22,2 % uvedlo „Bez odpovědi“.

### 6.3 Faktory posilující kvalitu interakce mezi osobním asistentem a klientem

V celkem čtyřech rozhovorech, jež jsme provedli, se nám podařilo najít celkem devět faktorů, které mají pozitivní vliv na kvalitu interakce mezi osobním asistentem a klientem. Ačkoliv byl původní rozhovor zaměřen především na fyzický kontakt v osobní asistenci, dostali jsme se i k obecnější rovině, která postihuje celou šíři vztahu osobní asistent – klient.

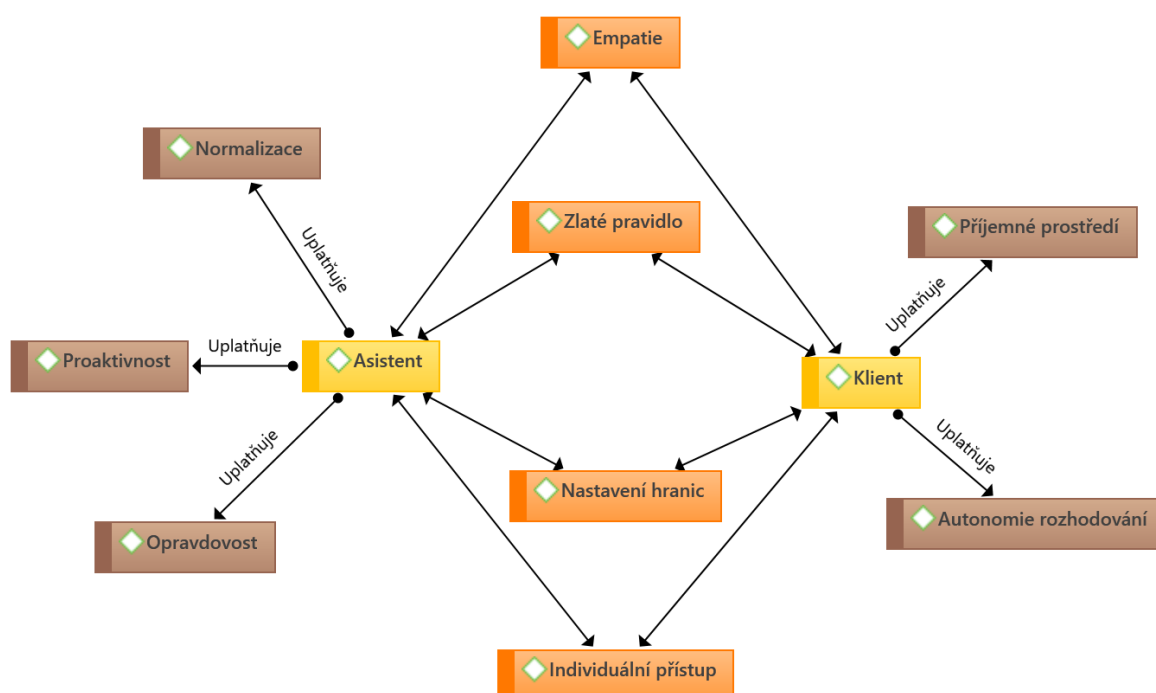


Schéma č. 1: Ústřední body schématu tvoří Asistent a Klient, jež jsou oba vyznačeni žlutou barvou. Hnědou barvou jsou označeny faktory, které posilují vztah jednostranně směrem k druhému. Oranžová barva značí faktory, jež jsou společné a jejich přítomnost je nutná z obou stran.

Vztah osobního asistenta a klienta je komplexní systém, který je vysoce dynamický. Aby vztah fungoval, je třeba, aby se každá ze stran chovala k tomu druhému určitým způsobem. Vztah osobního asistenta a klienta není symetrický a existují určitá nepsaná pravidla, která již předem definují tento vztah. V rámci rozhovorů a následné analýzy se nám podařilo identifikovat následující faktory, jejichž přítomnost ovlivňuje tuto dyádu pozitivním způsobem. Mezi osobním asistentem a klientem jsme identifikovali celkem čtyři faktory,

kteřé musí být přítomné na obou stranách, a to: empatie, zlaté pravidlo, nastavení hranic a individuální přístup.

### 6.3.1 Faktory přítomné u klienta i u osobního asistenta

Dle definice je **empatie** „schopnost osobnosti vžít se v rámci bezprostřední komunikace do duševního stavu druhého člověka; vcitování se do stavů, zejm. citových, jiných osob, jež může vést až k transformaci vlastních emocionálních stavů“ (Petrušek 2017). Velmi výstižný je právě úryvek z rozhovoru s Klientem 1, který odpovídá na otázku, jak s asistentem komunikuje nastavení hranic fyzického kontaktu: „*Ten člověk... Tam je něco mezi těma lidma, o tom se nemusí mluvit*“. Asistent 1 zase zmiňuje empatii jako potřebnou vlastnost osobního asistenta: „*Když jdete ráno ke klientovi, který je upoutaný na lůžko a moc s váma nekomunikuje, jenom podle grimas, tak po určitý době poznáte, co se mu líbí a co se mu nelíbí. Tam pracujete s tím, že poznáte toho klienta a vnímáte ho. Od něj odejdete a jdete ke klientovi, u kterýho víte, že za celou službu nezastaví pusu a vy se nedostanete ke slovu. Je to vždycky o tom se přeorientovat. Jak říkám, je to krásná práce, ale je hodně psychicky a časově náročná*“. Na základě našeho výzkumu můžeme říci, že empatie je nutnou vlastností osobního asistenta. Pokud je empatický i klient, významně to ulehčí vzájemnou komunikaci, neboť obě strany mnoho vycítí a není pak třeba komunikovat slovy. Empatie je klíčová pro to, aby osobní asistent vnímal klienta a vycítil, kdy a jakým způsobem je vhodné se ho dotknout. Ačkoliv jsme v rozhovoru pátrali po nějakých vnějších znacích, podle čeho osobní asistenti volí vhodný způsob interakce, nenašli jsme konkrétní odpověď. Interakce mezi osobním asistentem a klientem je tedy z velké části intuitivní a založená na empatii.

Nejen v osobní asistenci je dobré se se řídit tzv. **zlatým pravidlem**, jehož původ můžeme hledat se v různých obměnách v čínské, indické, židovské, křesťanské a islámské náboženské etice. „Podstatné přitom je, že nemá charakter konkrétního návodu k jednání, ale zcela obecného mravního kritéria, a počítá tak s mravní autonomií jednotlivce“ (Havelková 2017). Na otázku, jak by měl být nastaven vztah mezi klientem a osobním asistentem Klient 1 odpovídá: „*Mělo by to být takový vyvážený. Já se to vždycky snažím brát tak, že se nechovám tak, jak bych chtěla, aby by se oni nechovali ke mně ty lidi. Ten člověk přijde s tím, že vám přijde pomoci. A ode mě, z té druhý strany, si myslím, že je potřeba to tomu druhému co nejvíc usnadnit. Určitě dát najevo, že si toho vážíte. Že to není*



*samozřejmost, že někdo přijde a dělá vám takový intimní věci.*“ Stejný přístup bezesporu platí i opačně, kdy si osobní asistent představí, jak jemu by bylo v klientově situaci. Na základě toho pak může upravit svoje jednání, např. bude se snažit manipulovat se zvedákem tak, aby zde bylo co nejméně trhavých pohybů, nebo bude více dbát na zachování důstojnosti při provádění intimní hygieny. Tohoto přístupu se využívá např. při výcvicích v Bazální stimulaci, kdy si frekventanti všechny přístupy zkouší na sobě, tudíž mají představu o tom, jak které doteky a pohyby mohou působit i na klienta.

Vzájemné **nastavení hranic** ve vztazích je obecně důležité a v osobní asistenci obzvlášť. Hranice pomáhají vymezit bezpečný prostor, v němž spolu mohou dva lidé interagovat. Pokud však dojde z jedné strany překročení hranic toho druhého, může se dotyčný cítit nepříjemně nebo se cítit ohrožený. Klíčové je tedy nejen si nastavit hranice, ale vzájemně je i respektovat. Klient 1 komentuje nastavení hranic v kontextu, kdy mohou klienti překračovat hranice osobních asistentů: *„Spíš si myslím, že ty klienti to občas přeháněj. Myslím si, že jsou lidi, kteří zneužívaj ty ochotný lidičky. A tak to je prostě škola života. To si každé holt musí nastavit sám.*“ Klient 2 zase popisuje svoji zkušenost, kdy on i asistent se vzájemně vymezují, aby došli ke shodě: *„Tak jako když mu řeknu, co má dělat, tak nejsem mentální retard a můžu mluvit, tak jde jenom o to, aby mě on slyšel. Když přijde, řeknu třeba nezouvej se, potřebuju vynést koš. A on řekne, že ho vynese na konci, ok, ať si ho vynese kdy chce.*“ Asistent 2 komentuje, jak je důležité nastavit hranice obzvlášť v případě narušení profesionálního vztahu: *„Samozřejmě, když se jedná o klienta, kterej mi dal najevo jako osobní asistentce, že se mu „něco“ líbí, tak jsem to dokázala vždycky zarazit. Je důležitý, ať se asistentky neboje a dokážou tyto věci zarazit. Aby to nepřerostlo v nějaký sexuální harašení. Samozřejmě, je to o tom člověku. Každé tyhle věci neumí, prostě je nezvládá, protože neumí říct ne tomu klientovi.*“

**Individuální přístup** je dalším faktorem, který je potřebný na obou stranách. Každý osobní asistent a každý klient je jiný. Každý má svoji osobní historii a čas, který tráví spolu, je pouze malou částí z celku života. Stejně jako se osobní asistenti ladí na konkrétní klienty, i klienti se ladí na jednotlivé osobní asistenty. Někdy se však může opravdu stát, že si dva lidé nasednou a spolupráce mezi nimi není možná. Asistent 2 k tomu říká: *„Jsou klienti, který vám jsou příjemný a jsou klienti, který pro vás příjemný nejsou. Ale vy jste profesionál a*

*profesionálně to tam zvládnete. Samozřejmě se může stát, že tomu klientovi profesně nebo osobnostně nevyhovujete a on má právo odmítnout. To samé platí, pokud vy se setkáte s klientem, který vám nějakým způsobem nevyhovuje, pak máte právo odmítnout vykonávat službu u toho klienta.“* Asistent 1 odpovídá na otázku nastavení hranic: *„Je to těžké v tom smyslu, že nějaký všeobecný pokyn může být, ale každý člověk je jiný. Nejde jen o to, jestli je muž nebo žena, jak je vychovaný, vzdělaný, ale hraje tam roli i temperament, jaký člověk je, nebo jak se nechá zneužít. Ať už k nějakým činnostem, které ani osobní asistent nevykonává, anebo k nějakým dotykům, které nepřísluší poskytovat tomu uživateli, protože mu ho je třeba líto.“* Asistent 1 také zmiňuje individuální přístup jako jednu z výhod služby osobní asistence: *„Největší gró té naší služby je individuální přístup. Veškerá pozornost patří jemu, i doteky během té pracovní doby přijme, pokud je chce přijmout. Je to jenom o něm a nemusí se s nikým dělit. V tom si myslím, že je tahle služba nejlepší.“*

### **6.3.2 Faktory přítomné u osobního asistenta**

**Normalizace** je důležitým projevem ze strany asistenta, který významně přispívá navození důvěry. Normalizace je jednou z technik, jež je využívána v terapii nebo krizové intervenci. Při použití této techniky je snímána z klienta váha a „problém“ se normalizuje, tedy zdůrazňuje se, že jedná o běžnou věc, kvůli které nemusíme mít špatné pocity. Klient 1 říká: *„Tak člověk by si to samozřejmě nejrady všechno udělal sám, o tom žádná. O tom moc nepřemýšlím. Nemůžu si to udělat sama, tak holt si ten zadek musím nechat utřít... V tomhle případě pomáhá, když vám dá asistent najevo, že opravdu je to normální, že on taky chodí na ten záchod. Že prostě... Ta empatie. Ten člověk vám dá najevo, že nedělá nic, z čeho by se poblíl.“* Asistent 1 popisuje, že onu normalizaci ohledně intimní hygieny má zvnitřněnu: *„Já za celou tu spoustu let, co pracuji s lidmi... Mně nevadí se dotýkat intimních částí, to už člověk bere automaticky. Ani si to už nějak neprohliží ty části, bere to, jako by ošetřovat třeba ruku. To je zajímavé, že už se nad tím tak jako povznes.“*

**Proaktivnost**, pokud je v přiměřené míře, je důležitým aspektem asistentovy práce. Proaktivnost v našem pojetí znamená, že se osobní asistent aktivně při asistenci zajímá o klienta a o to, co bude náplní asistence. Pokud je klient ve stavu, kdy není schopen sám vymyslet aktivity, úkolem osobního asistenta je pomoci mu se zorientovat, případně

vymyslet možné varianty nechat klienta rozhodnout, kterou z nich si vybere. Klient 1 říká: „*Raději mám, když je ten člověk komunikativní, nebojí se zeptat, zajímá se*“.

**Opravdovost** neboli autenticita je důležitým prvkem, který pomáhá budovat bezpečné prostředí ve vztahu. Pokud osobní asistent něco dělá, ale uvnitř to cítí zcela opačně a klient to pozná, může být narušena důvěra. Klient 1 také zmiňuje srdečnost: „*To, jak jsem říkala, že mám ráda takový ty srdečný lidi, otevřený, co se neboje zeptat. Taková ta vřelost nějaká lidská. Člověk do hlavy nevidí, no. Nemám ráda takový ty lidi, co se na vás usmívaj a za rohem si odplivnou.*“ V kontextu doteku k tomu Klient 2 dodává: „*Když něco řeknu, a asistent s tím nebude souhlasit, a ironicky mě poplácá, tak mi to bude vadit. I když mi to samo o sobě nevadí to poplácání*“.

### 6.3.3 Faktory přítomné u klienta

**Příjemné prostředí** je faktor na straně klienta, kterým může být ovlivněna asistence. Každý byt, každý pokoj, každé prostředí působí na člověka jinak. Pokud klient dbá na to, aby vytvořil pro osobního asistenta přívětivé prostředí, vzniká opět prostor pro budování důvěry. Klient 1 říká: „*Chci, aby to bylo v takovém přátelském duchu. Aby ten člověk sem šel rád, aby to pro něj nebyla nepříjemná věc. A pro mě taky, samozřejmě.*“ Klient 2 popisuje svoji zkušenost: „*Ke mně si choděj asistenti odpočinout, choděj sem rádi. Když nic nechci, když nic nepotřebuju udělat, tak dvě hodiny tady pokecáme. Potřebuju předklonit, vyklonit, a pak dojdou s košem.*“

**Autonomie rozhodování** je základním pilířem osobní asistence. Klient je tím, kdo asistenci řídí a organizuje. Osobní asistent je tím, kdo pomáhá kompenzovat důsledky klientova hendikepu. Ve všech aktivitách by se měl klient participovat do té míry, do jaké mu to jeho postižení umožňuje. Je důležité, aby si klienti byli vědomi své autonomie v rozhodování a aby se jí dobrovolně nevzdávali. Osobní asistenti by zase měli rozhodnutí klienta respektovat, pokud se nejedná o porušení smluvních podmínek poskytovatele osobní asistence. Asistent 2 popisuje, jak mají nastavená pravidla v jeho organizaci: „*U nás je to právě nastavené tak, že je to klient, kdo tu službu platí. To znamená, že on si určuje, kdy tu asistenci potřebuje, v kterou hodinu a jak dlouhou ji potřebuje. Jestli je půl hodiny, hodina, dvě hodiny nebo osm hodin. To je záležitost klienta. My máme nastavená pravidla, že víme, co smíme poskytnout a co už neposkytujeme. A je to nastavené tak, že klient si tu službu řídí,*

*on ví, co potřebuje zrovna v tu chvíli, s čím potřebuje pomoci a jakým způsobem potřebuje pomoci.“*

## 7 Shrnutí výsledků a diskuze

### VO1: Existují rozdíly mezi jednotlivými částmi těla v kontextu doteku?

Rozdíly mezi jednotlivými částmi těla jsme zkoumali celkem ve třech otázkách. První otázka byla směřovaná na klienty, kterých jsme se ptali, kdo se může dotýkat různých částí jejich těla. Výsledkem této položky je, že nejvíce přístupné jsou ruce, paže, kotníky a chodidla, zatímco nejméně přístupné jsou pohlavní orgány, prsa a hýždě. Ve druhé otázce jsme se klientů ptali, zda se jich osobní asistenti na jednotlivých částech těla dotýkají. Výsledky jsou obdobné jako u předchozí otázky. Osobní asistenci se dotýkají nejčastěji rukou, paží a ramenou, naopak nejméně se dotýkají pohlavních orgánů, prsou a hýždí. Třetí otázka byla směřována na osobní asistenty, kdy jsme se jich ptali, jaký komfort pociťují při dotýkání se různých částí těla klienta. Tato otázka do velké míry kopíruje předchozí odpovědi, přičemž prostřední položky mají napříč odpověďmi jednotlivých otázek rozdílné pořadí. Největší komfort osobní asistenti pociťují při dotýkání se rukou, ramenou a paží klientů. Nejmenší komfort pociťují při dotýkání se pohlavních orgánů, prsou a hýždí.

V porovnání těchto třech otázek je předmětem diskuze zejména dotyk na ramenu, který klienti hodnotí až na 6. místě. Klienti zároveň udávají, asistenti doteky na rameno se vyskytují velmi často, konkrétně 3. nejčastější. Osobní asistenti dokonce zařadili pociťovanou míru komfortu při doteku na ramena jako 2. nejlepší. Nabízí se tedy otázka, zda je vhodné používat dotek na ramena např. při zdravení, neboť někteří klienti mohou ramena považovat za oblast těla se zvýšenou intimitou. Zároveň chceme upozornit, že našeho výzkumu se z řad klientů zúčastnilo pouze 19 participantů, proto výsledky nemusí být reprezentativní. Zároveň předpokládáme, že se u některých částí těla mohou vyskytovat výrazné interindividuální rozdíly. Pro bližší určení je třeba dalšího výzkumu.

## **VO2: Liší se vnímání jednotlivých námi vymezených kategorií mezi klienty a osobními asistenty?**

### *1) Otevřenost dotekům*

První kategorie tvrzení, která zkoumala vztah klientů a osobních asistentů k dotekům obecně ukázala, že více než polovina našich respondentů má k dotekům pozitivní vztah. První kategorie tvrzení je zaměřena na otevřenost dotekům. Tvrzení „Považuji se za člověka, který má rád doteky.“ bylo úvodním tvrzením, jehož cílem bylo, aby se respondenti naladili na téma fyzického kontaktu a zvědomili si svůj vztah k tělesným dotekům. Jak ukazují grafy, mezi klienty a osobními asistenty převládá kladný postoj k dotekům. Tento výsledek je umocněn druhým tvrzením „Doteky s druhými lidmi spíše nevyhledávám“, kdy více než 71 % osobních asistentů a více než 57 % klientů odpovědělo, že s tímto tvrzením nesouhlasí. Výsledkem této kategorie je, že osobní asistenti i klienti mají k dotekům více než v jedné polovině případů obecně spíše pozitivní vztah.

### *2) Příjemnost doteku vykonávaného osobním asistentem*

Druhá kategorie zaměřená na dotek vykonávaný asistentem se ukázala jako špatně interpretovatelná, neboť výsledky jednotlivých tvrzení jsou velmi rozdílné. S prvními tvrzeními, která říkají, že klientům je dotek asistenta příjemný, souhlasí 56,5 % osobních asistentů a 57,9 % klientů. Tato čísla vypovídají, že se jedná o problematickou položku, neboť skoro jedna třetina respondentů ze skupiny klientů i ze skupiny asistentů se rozhodla pro možnost „Bez odpovědi“. Zajímavé jsou výsledky kontrolních tvrzení, kde je velký rozpor ve vnímání této položky mezi klienty a osobními asistenty. Překvapivý je zejména údaj, že 52,2 % osobních asistentů si myslí, že je jejich dotek klientům nepříjemný, přičemž souhlas uvedlo pouze 15,8 % klientů.

### *3) Nastavení hranic mezi osobním asistentem a klientem*

Výsledky tvrzení, které se vztahují k nastavení hranic ve vztahu ukázaly, že ve většině případů nemají s nastavením hranic problémy ani osobní asistenti, ani klienti. Několik respondentů sice uvedlo, že se setkali s tím, že někdo překročil jejich hranice, jedná se ale o nízká procenta. Výsledky v této oblasti jsou velmi jednoznačné a zároveň pozitivní, neboť

z nich vyplývá, že osobní asistenti i klienti si umí vzájemně vymezit hranice a respektovat je.

#### *4) Řízení asistence*

Kategorie zabývající se řízením asistence se dá interpretovat ve dvou částech. První z nich říká, že klienti ve více než 90 % případů udávají, že si řídí asistenci sami, přičemž asistent vykonává jednotlivé činnosti až na základě jejich pokynů. Osobní asistenti s tím souhlasí v poněkud menší míře, což může být ovlivněno asistencemi, které obsahují velkou část rutinních aktivit. Druhá část nám ale také říká, že ve velkém množství případů asistenci sice řídí klient, ale může se jednat o natolik zautomatizované činnosti, že jsou brány spíše jako rutinní a není při nich třeba asistenta v každém kroku instruovat.

#### *5) Sociální dotek*

Položky směřující k mapování sociálního kontaktu byly koncipované tak, aby si vzájemně oponovaly, tedy byly protikladné. Naše výsledky však ukazují něco jiného. V prvním tvrzení, kdy je specificky zmíněn dotek za účelem sociálního kontaktu, 76,1 % osobních asistentů a 63,2 % klientů souhlasí s jeho přítomností ve vztahu. V případě druhých tvrzení, kde se ptáme, zda je přítomen pouze mechanický dotek, s tímto tvrzením nesouhlasí pouze 52,2 % osobních asistentů a 26,3 % klientů. U klientů je tento rozdíl velmi výrazný, neboť 63,2 % případů potvrdilo přítomnost sociálního doteku a jen v 26,3 % případů popřeli, že klient vykonává pouze mechanický dotek. Vysvětlením pro tento zdánlivý rozpor může formulace otázky, kdy v případě přímého zmínění sociálního doteku jej respondenti připouští více, než když není zmíněn a oni si jej mají aktivně sami vybavit.

#### *6) Sexuální projevy*

Ideálním stavem této kategorie by bylo, kdyby výsledky ukázaly absenci projevů sexuality v průběhu asistence. Výsledky však ukazují, že určitá část klientů a osobních asistentů má zkušenost s nepříjemnými sexuálními projevy od toho druhého. V tomto bodě by bylo potřeba podrobnějšího výzkumu, který by rozlišil, zda se jedná o úmyslné sexuální projevy s cílem směřovat je na druhého, nebo zda se jedná např. o mimovolní projevy těla, jako je např. ranní erekce u mužů. Ačkoliv je sexualita přirozenou součástí člověka, do vztahu

osobní asistent-klient nepatří. Osobní asistence je sociální službou, ve které se do jisté míry pracuje s nahotou a intimitou, a ne vždy je snadné rozlišit, kdy se jedná o záměrné sexuální chování a kdy se jedná pouze o přirozený projev těla nebo nutný úkon. Naše výsledky ukazují, že téměř jedna třetina osobních asistentů se setkala s nepříjemnými sexuálními projevy ze strany klienta. Zároveň 39,1 % osobních asistentů má zkušenost s tím, že klient projevoval svoji sexualitu při asistenci. Tato čísla jsou relativně vysoká, což vybízí k tomu, aby bylo tomuto tématu věnováno více pozornosti zejména v podpoře osobních asistentů v těchto případech. S nepříjemnými sexuálními projevy ze strany osobního asistenta se setkala 10,5 % klientů a 83,3 % klientů uvedlo, že se jich asistent nikdy nedotýkal v sexuálním kontextu. Tato čísla vypovídají o tom, že se klienti setkávají se sexuálními doteky ze strany osobního asistenta.

Toto zjištění může být apelem na všechny poskytovatele osobních asistencí, aby zajistili klientům možnost bezpečně ohlásit chování osobního asistenta, případně aby zpřísnili nábor osobních asistentů. Výsledkem by mělo být, že osobní asistenti i klienti mají důvěru ve vedení osobní asistence, se kterým mohou řešit všechny problémy.

#### *7) Pocity trapnosti při fyzickém kontaktu a přirozenost doteku*

Poslední kategorie se věnovala tomu, zda se asistenti cítí někdy trapně, když se dotýkají klientů. Výsledky ukázaly, že 19,6 % osobních asistentů někdy pocity trapnosti při dotýkání se klientů zažívá. Zároveň 26,3 % klientů uvedlo, že si někdy všimli, že se asistent cítil trapně, když se jich měl dotknout. Druhá část tvrzení ukázala, že 66,7 % klientů si myslí, že pro osobní asistenty přirozené se dotýkat druhých. S tím, že je pro klienty přirozené, když se jich druzí dotýkají, souhlasí 45,7 % osobních asistentů. Ve druhé části jsme se soustředili na to, co si jedna skupina myslí o druhé v kontextu přirozenosti doteků. Zde jsou výsledky velmi různorodé, kdy se dokonce velké procento lidí rozhodlo pro „Bez odpovědi“. Přesto však můžeme pozorovat, že 66,7 % klientů si myslí, že pro asistenty je přirozené dotýkat se druhých lidí, což je postoj, který doteky normalizuje.



### **VO3: Jaké faktory posilují kvalitu interakce mezi klientem a osobním asistentem?**

V kvalitativní části našeho výzkumu se nám podařilo identifikovat celkem devět faktorů, které posilují vztah osobního asistenta a klienta. Zároveň jsou tyto faktory podmínkou pro to, aby mohl v rámci vztahu probíhat fyzický kontakt, který nejen že bude obě strany bezpečný, ale zároveň bude i přínosem. Celkem jsme identifikovali čtyři faktory, které jsou třeba, aby byly přítomny jak u osobního asistenta, tak u klienta. Těmito faktory jsou empatie, zlaté pravidlo, nastavení hranic a individuální přístup. Na straně asistenta se jedná o tři faktory, kterými jsou normalizace, proaktivnost a opravdovost. U klienta se jedná o dva faktory, a to příjemné prostředí a autonomii rozhodování.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů je možné, že tato naše teorie není vyčerpávající a některé důležité faktory jsme neměli možnost zachytit. Přesto věříme, že i tak se jedná o poměrně komplexní schéma, které vymezuje důležité prvky, jejichž přítomnost ve vztahu osobní asistent – klient je klíčová.

Zaštitujícím pojmem, který by mohl shrnout výsledky této části výzkumu, neboť jde napříč všemi faktory, by mohly být různé tvary slova „individualita“. Ačkoliv jsme se snažili získat nějaká obecná pravidla o tom, jak uplatňovat dotek v osobní asistenci, respondenti se stále vraceli k tomu, že obecně to říci nelze, že je to individuální. Do vztahu osobní asistent – klient vstupují pokaždé dva naprosto odlišní lidé, kteří mají rozdílnou historii a pohled na svět. Každý vztah je třeba budovat od začátku a snažit se si vzájemně „sednout“ a fungovat spolu. Námi vymezené faktory nejsou ultimátní, ba naopak se dají tvarovat a ohýbat v závislosti na konkrétních potřebách jedinců.

## ZÁVĚR

Téma fyzického kontaktu a doteků je důležitým tématem nejen v osobní asistenci, ale i v ostatních pomáhajících profesích. Dotek je nástrojem, který můžeme využít k prospěchu sebe i druhých, ale zároveň se dá zneužít a může napáchat mnoho škody. Je proto důležité se tématu doteku věnovat komplexně se všemi klady i zápory.

Cílem teoretické části této práce je poskytnout čtenářům kompendium informací vztahujících se k fyzickému kontaktu mezi klientem s tělesným postižením a osobním asistentem. Nejprve jsme se v teoretické části věnovali člověku s tělesným postižením, kdy jsme se blíže zaměřili na filosofický rámec vztahu těla a duše, včetně toho, jak souvisí tělesné postižení s vnímáním těla. V další části jsme se zabývali charakteristikou a dějinami sociální služby osobní asistence, vymezili jsme druhy osobní asistence a blíže si specifikovali roli osobního asistenta. Poslední teoretická část se zaměřila na fyzický kontakt a dotek, a to z pohledu biologie, psychologie a speciální pedagogiky.

Empirická část této práce si kladla za cíl zjistit, jakým způsobem vnímají doteky při výkonu osobní asistence klienti s tělesným postižením, a jak osobní asistenti. Výzkumné otázky, jež byly stanoveny, se ptají: VO1: Existují rozdíly mezi jednotlivými částmi těla v kontextu doteku?; VO2: Liší se vnímání jednotlivých, námi vymezených kategorií, mezi klienty a osobními asistenty?; VO3: Jaké faktory posilují kvalitu interakce mezi klientem a osobním asistentem?

Výsledky výzkumu ukázaly, že mezi nejméně přístupné části těla klienti řadí pohlavní orgány, prsa a hýždě. Naopak nejvíce přístupné jsou ruce a paže. V rámci této otázky se ukázalo, že ramena, která bývají často využívána např. pro iniciální dotek, jsou pro klienty až šestá nejpřístupnější. Tento rozpor potvrzují odpovědi osobních asistentů, pro které je v průměru nejvíce komfortní dotýkat se rukou, ramenou a následně až paží.

V druhé části výzkumu respondenti vyjadřovali míru souhlasu s tvrzeními, jež byly rozděleny do sedmi kategorií tak, aby přiblížily různé aspekty fyzického kontaktu v osobní asistenci. Těmito kategoriemi jsou: 1) Otevřenost dotekům; 2) Příjemnost doteku vykonaného osobním asistentem; 3) Nastavení hranic mezi osobním asistentem a klientem; 4) Řízení asistence; 5) Sociální dotek; 6) Sexuální projevy; 7) Pocity trapnosti při fyzickém

kontaktní a přirozenost doteku. V rámci získaných dat nebyla zjištěna vnitřní konzistence mezi tvrzeními v rámci jednotlivých kategorií. Data jsou proto obtížně interpretovatelná a nabízejí tak jen hrubý nástin reálného stavu.

V rámci třetí části výzkumu byly provedeny polostrukturované rozhovory se dvěma osobními asistenty a se dvěma klienty a následně byla data analyzována prostřednictvím metod zakotvené teorie. Bylo identifikováno celkem devět faktorů posilujících interakci mezi osobním asistentem a klientem. Na straně asistenta se jedná o normalizaci, proaktivnost a opravdovost. Na straně klienta je důležité příjemné prostředí a autonomie rozhodování. Mezi faktory, jejichž přítomnost potřebná u osobního asistenta i u klienta, patří empatie, zlaté pravidlo, nastavení hranic, individuální přístup.

Slabou stránkou tohoto výzkumu je zejména nízký počet respondentů, který ovlivňuje reprezentativnost našeho výzkumného souboru a získaných dat. Pro další návazný výzkum navrhuje zvýšit počet respondentů a mít vždy k dispozici dvojici klient s tělesným postižením a osobní asistent, kteří se spolu znají a setkávají se při asistencích po dobu nejméně šesti měsíců.

Tento výzkum ukázal, že fyzický kontakt a doteky jsou nedílnou součástí osobní asistence. Přesto se jedná o téma, které je málo diskutované a je normální o něm spíše nemluvit. I když se rozhodneme tento přístup akceptovat, považujeme za velmi důležité, aby osobní asistenti, jakožto profesionálové, o tomto tématu měli povědomí, přemýšleli o něm.

Zjištění našeho výzkumu mohou být podnětem pro všechny osoby, které pracují s lidmi s tělesným postižením, včetně dětí, u kterých ale najdeme vzhledem k věku mnoho různých specifik. Tato práce může být zároveň pobídkou nejen pro speciální pedagogy, aby ke svým klientům přistupovali citlivě a s empatií a nebáli se „zdravých“ doteků, mechanických či sociálních, neboť mohou být velkým přínosem.

## SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

ARDIEL, Evan L. a Catharine H. RANKIN, 2010. The importance of touch in development. *Paediatrics & Child Health* [online]. **15**(3), 153–156. ISSN 1918-1485. Dostupné z: doi:10.1093/pch/15.3.153

BASSETT, Chris, 2002. Nurses' perceptions of care and caring. *International journal of nursing practice*. **8**(1), 8–15.

BOUNDY, Ellen O., Roya DASTJERDI, Donna SPIEGELMAN, Wafaie W. FAWZI, Stacey A. MISSMER, Ellice LIEBERMAN, Sandhya KAJEEPETA, Stephen WALL a Grace J. CHAN, 2016. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics* [online]. **137**(1), e20152238. ISSN 0031-4005. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2015-2238

BRONFENBRENNER, Urie a P. A. MORRIS, 1998. The ecology of developmental processes In Damon W & Lerner RM (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). *New York: John Wiley & Sons, Inc.* **10**, 9780470147658.

BULLOUGH, Bonnie, 2011. *The Handbook of Touch: Neuroscience, Behavioral, and Health Perspectives*. B.m.: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2191-2.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019. *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením* [online]. 2019. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>

DANFORTH, Scot, 2018. Becoming the rolling quads: Disability politics at the university of California, Berkeley, in the 1960s. *History of Education Quarterly*. **58**(4), 506–536.

DANFORTH, Scot, 2020. Teaching and the Experience of Disability: The Pedagogy of Ed Roberts. *Canadian Journal of Disability Studies* [online]. **9**(5), 464–488. ISSN 1929-9192. Dostupné z: doi:10.15353/cjds.v9i5.705

DIBIASE, Rosemarie a Jaime GUNNOE, 2004. Gender and culture differences in touching behavior. *The Journal of Social Psychology* [online]. **144**(1), 49–62. ISSN 0022-4545. Dostupné z: doi:10.3200/SOCP.144.1.49-62

FELDMAN, Ruth, Aron WELLER, Lea SIROTA a Arthur I. EIDELMAN, 2003. Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology* [online]. **17**(1), 94–107. ISSN 1939-1293. Dostupné z: doi:10.1037/0893-3200.17.1.94

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. B.m.: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GETCHEL, Nel, 1972. Advanced Concepts in Clinical Nursing. *AJN The American Journal of Nursing*. **72**(2), 362–363.

GLASER, Barney, 2017. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. B.m.: Routledge. ISBN 978-1-351-52215-1.

GLEESON, M. a A. HIGGINS, 2009. Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. **16**(4), 382–389. ISSN 1365-2850. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01389.x

GOLDER, Deborah J., 1993. The power of touch. *AJN The American Journal of Nursing*. **93**(6), 88.

GOODYKOONTZ, Lynne, 1979. Touch: attitudes and practice. In: *Nursing forum*. B.m.: Wiley Online Library, s. 4–17. ISBN 0029-6473.

HARARI, Yuval N., 2019. *21 lekcí pro 21. století*. B.m.: Leda. ISBN 978-80-7335-612-5.

HAVELKOVÁ, Hana, 2017. „zlaté pravidlo jednání“ – *Sociologická encyklopedie* [online] [vid. 2022-06-26]. Dostupné

z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/%E2%80%9Ezlat%C3%A9\\_pravidlo\\_jedn%C3%A1n%C3%AD%E2%80%9C](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/%E2%80%9Ezlat%C3%A9_pravidlo_jedn%C3%A1n%C3%AD%E2%80%9C)

- HERTENSTEIN, Matthew J., 2002. Touch: Its Communicative Functions in Infancy. *Human Development* [online]. **45**(2), 70–94. ISSN 0018-716X, 1423-0054. Dostupné z: doi:10.1159/000048154
- HINDE, Robert A., 1997. *Relationships: A Dialectical Perspective*. B.m.: Psychology Press. ISBN 978-0-86377-707-3.
- HONZÁK, Radkin, 2017. *Psychosomatická prvouka*. B.m.: Albatros Media a.s. ISBN 978-80-7429-935-3.
- HRDÁ, Jana, 2004. *Osobní asistence příručka postupů a rad pro poskytovatele* [online]. 2004. B.m.: Pražská organizace vozíčkářů. Dostupné z: [https://www.apoa.cz/media/dokumenty/brozura\\_pro\\_posk.pdf](https://www.apoa.cz/media/dokumenty/brozura_pro_posk.pdf)
- HUNT, Morton, 2000. *Dějiny psychologie*. B.m.: Portál. ISBN 978-80-7178-386-2.
- JAMES, William, 1890. *The principles of psychology, Vol I*. [online]. New York, NY, US: Henry Holt and Co. The principles of psychology, Vol I. Dostupné z: doi:10.1037/10538-000
- KAAS, J. H., 2000. The reorganization of somatosensory and motor cortex after peripheral nerve or spinal cord injury in primates. *Progress in Brain Research* [online]. **128**, 173–179. ISSN 0079-6123. Dostupné z: doi:10.1016/S0079-6123(00)28015-1
- KRAUS, Jaroslav a Oldřich ŠANDERA, 1975. *Tělesně postižené dítě: Psychologie, léčba a výchova*. B.m.: Státní pedagogické nakladatelství.
- LINDEN, David J., 2016. *Touch: The Science of the Hand, Heart, and Mind*. B.m.: Penguin Books, Limited. ISBN 978-0-241-18406-6.
- MARTIN, G. Neil, Neil R. CARLSON a William BUSKIST, 2007. *Psychology*. B.m.: Pearson Education. ISBN 978-0-273-71086-8.
- MELZACK, Ronald, 1978. *Záhada bolesti*. B.m.: Avicenum.
- MOFFATT, Fiona a Roger KERRY, 2018. The desire for “hands-on” therapy – a critical analysis of the phenomenon of touch [online]. [vid. 2022-03-13]. Dostupné z: doi:10.23865/noasp.29

MONATOVÁ, Lili, 2000. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. B.m.: Paido. ISBN 978-80-85931-86-0.

MONROE, Carolyn Magdalen, 2009. The Effects of Therapeutic Touch on Pain. *Journal of Holistic Nursing* [online]. **27**(2), 85–92. ISSN 0898-0101. Dostupné z: doi:10.1177/0898010108327213

MORRISON, India, Line S. LÖKEN a Håkan OLAUSSON, 2010. The skin as a social organ. *Experimental Brain Research* [online]. **204**(3), 305–314. ISSN 1432-1106. Dostupné z: doi:10.1007/s00221-009-2007-y

MPSV, 2022. *Registr poskytovatelů sociálních služeb - hledání poskytovatele sociální služby* [online] [vid. 2022-03-11]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do;jsessionid=43283A2BA536F0034A77E68DD906764A.node1?sd=osobn%C3%AD+asistence&zak=&zaok=&SUBSESSION\\_ID=1646992549742\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do;jsessionid=43283A2BA536F0034A77E68DD906764A.node1?sd=osobn%C3%AD+asistence&zak=&zaok=&SUBSESSION_ID=1646992549742_1)

NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: Diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. B.m.: PORTÁL s. r. o. ISBN 978-80-7367-873-9.

OREL, Miroslav, 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: Pro humanitní obory*. B.m.: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-0531-1.

PEARSON, Alan, 1988. *Primary nursing: nursing in the Burford and Oxford nursing development units*. B.m.: Croom Helm London. ISBN 0-7099-4066-1.

PETRUSEK, Miloslav, 2017. *Empatie – Sociologická encyklopedie* [online] [vid. 2022-06-26]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Empatie>

PIAGET, Jean a Bärbel INHELDEROVÁ, 2001. *Psychologie dítěte*. B.m.: Portál. ISBN 978-80-7178-608-5.

PLHÁKOVÁ, Alena, 2005. *Učebnice obecné psychologie*. B.m.: Academia. ISBN 978-80-200-1387-3.

QUINN, Janet F., 1988. Building a body of knowledge: Research on therapeutic touch 1974-1986. *Journal of Holistic Nursing*. **6**(1), 37–45.

- RAMACHANDRAN, V. S., D. ROGERS-RAMACHANDRAN a M. STEWART, 1992. Perceptual correlates of massive cortical reorganization. *Science (New York, N.Y.)* [online]. **258**(5085), 1159–1160. ISSN 0036-8075. Dostupné z: doi:10.1126/science.1439826
- RIHACEK, Tomas a Roman HYTYCH, 2013. Metoda zakotvené teorie. In: . s. 44–74. ISBN 978-80-210-6382-2.
- ROBERTS, Edward, 2007. How to live longer. *Mouth*. **101**(102), 14–19.
- ROBERTS, Zona, 1995. Interview with Susan O'Hara, Disabled Persons Independence Movement Project, The Bancroft Library. *University of California, Berkeley*.
- ROBINSON, Howard, 2003. Dualism [online]. [vid. 2022-03-01]. Dostupné z: [https://plato.stanford.edu/entries/dualism/?fbclid=IwAR0mHFEU2tV4X0LIwOPMqDCcErQxxFa-hB0T\\_2CyROqmAeODSt1e0pC3Y0I](https://plato.stanford.edu/entries/dualism/?fbclid=IwAR0mHFEU2tV4X0LIwOPMqDCcErQxxFa-hB0T_2CyROqmAeODSt1e0pC3Y0I)
- ROSA, Linda, Emily ROSA, Larry SARNER a Stephen BARRETT, 1998. A Close Look at Therapeutic Touch. *JAMA* [online]. **279**(13), 1005–1010. ISSN 0098-7484. Dostupné z: doi:10.1001/jama.279.13.1005
- ROUTASALO, Pirkko, 1999. Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. **30**(4), 843–850.
- SOVÁK, Miloš, 1977. *Nárys speciální pedagogiky*. B.m.: Státní pedagogické nakladatelství.
- SVOBODA, Mojmir, 2009. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. B.m.: Portál. ISBN 978-80-7367-566-0.
- ŠMEJSOVÁ, Iva, 2022. Iva Šmejsová. *Descartovo pojetí ontologie* [online] [vid. 2022-03-01]. Dostupné z: [https://www.phil.muni.cz/fil/studenti/smejsova\(descartes\).html](https://www.phil.muni.cz/fil/studenti/smejsova(descartes).html)
- TALEPOROS, George a Marita P MCCABE, 2002. Body image and physical disability—personal perspectives. *Social Science & Medicine* [online]. **54**(6), 971–980. ISSN 0277-9536. Dostupné z: doi:10.1016/S0277-9536(01)00069-7
- UZLOVÁ, Iva, 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. B.m.: Portál. ISBN 978-80-7367-764-0.



VICKERS, Andrew a Catherine ZOLLMAN, 1999. Massage therapies. *BMJ* [online]. **319**(7219), 1254–1257. ISSN 0959-8138, 1468-5833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.319.7219.1254

VÍTKOVÁ, Marie, 2006. *Somatopedické aspekty*. B.m.: Paido. ISBN 978-80-7315-134-8.

VOLF, Jan, 2018. *FILOSOFIE - 1. díl* [online]. B.m.: Eknihy hned [vid. 2022-03-05]. ISBN 978-80-7536-195-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/filosofie-1-dil-4850/>

VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. B.m.: PORTÁL s. r. o. ISBN 978-80-7367-387-1.

WATSON, Wilbur H., 1975. The meanings of touch: Geriatric nursing. *Journal of Communication*.

WATZALAWICK, Paul, Janet BEAVIN a Don JACKSON, 1967. Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. In: *P. Watzlawick, J. Beavin, D. Jackson. New York: Norton*. s. 169.

## SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha č. 1: Dotazník – KLIENTI

1	Jaké je vaše pohlaví?	Muž – Žena – Jiné:.....
2	Kolik je vám let?	.....
3	Jaké zdravotní postižení máte?	Pouze tělesné postižení – Jiné:.....
4	Kdy se projevilo/vzniklo vaše tělesné postižení?	Prenatálně (před narozením) – V dětství (do 18 let) – V dospělosti – V seniorském věku
5	Jaký stupeň invalidního důchodu vám byl přiznán?	První stupeň – Druhý stupeň – Třetí stupeň – Nepobírám invalidní důchod
6	Kolik asistentů aktuálně využíváte?	.....
7	Zprostředkovává vám osobní asistenty služba osobní asistence?	Ano, využívám asistenty zprostředkované organizací. – Ne, asistenty si sháním soukromě. – Kombinuji asistenty zprostředkované organizací a asistenty soukromé.
8	Kolik hodin týdně osobní asistenty využíváte?	1-2 hodiny – 3-5 hodin – 6-15 hodin – 16 a více hodin
9	S jakými úkony vám osobní asistent pomáhá?	Pohyb (např. asistence při chůzi, manipulace s invalidním vozíkem, doprovody,...) – Hygiena (např. asistence při koupání, asistence na toaletě,...) – Oblékání a péče o vzhled (např. úprava oděvu, česání vlasů,...) – Stravování a vaření (např. příprava pokrmu, asistence při konzumaci jídla či pití,...) – Vzdělávání a práce (např. asistence ve škole, asistence v zaměstnání,...) – Zprostředkování sociálních kontaktů (např. doprovod na

		schůzku s přáteli, doprovod na kulturní akci,...) – Udržování pořádku v domácnosti (např. utírání prachu, luxování,...) – Asistence při péči o dítě/děti (např. asistence při doprovodu dětí na kroužky,...) – Jiné:.....
10	Máte zkušenost s využíváním asistenta v oblasti vzdělávání? (např. doprovod do školy, příprava do školy, pomoc s doučováním,...)	Ano – Ne – Bez odpovědi
11	Této části těla se může dotýkat: (Hlava a krk, Ramena, Paže, Ruce, Hrudník, Prsa, Břicho, Pohlavní orgány, Záda, Hýždě, Stehna a kolena, Lýtka a holeně, Kotníky a chodidla)	Všichni – Pouze vybraní lidé – Nikdo – Této části těla se nejde dotknout např. z důvodu amputace
12	Dotýká se vás osobní asistent při asistenci na těchto částech vašeho těla? (Hlava a krk, Ramena, Paže, Ruce, Hrudník, Prsa, Břicho, Pohlavní orgány, Záda, Hýždě, Stehna a kolena, Lýtka a holeně, Kotníky a chodidla)	Ano – Ano, ale je mi to spíše nepříjemné – Ne – Této části těla se nejde dotknout, např. z důvodu amputace
13	Považuji se za člověka, který má rád doteky.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
14	Dotek asistenta je mi většinou příjemný.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
15	Myslím si, že si umím nastavit hranice ve vztahu k asistentovi.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
16	Asistenci si řídím sám/sama, asistent vykonává jednotlivé činnosti až na základě mých pokynů.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
17	Někdy mě asistent obejmě, popláca mě po zádech, nebo se mě jinak dotkne za účelem sociálního kontaktu.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
18	Všiml/a jsem si, že se někdy asistent cítí trapně, když se mě má dotknout.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
19	Setkal/a jsem se s nepříjemnými sexuálními doteky ze strany asistenta.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
20	Většinou je mi nepříjemné, když se mě asistent dotýká.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
21	Doteky s druhými lidmi spíše nevyhledávám.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi

22	Stává se mi, že asistent překročí moje hranice a já se mu nejsem schopen/schopna vymezit.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
23	Asistent vykonává jednotlivé činnosti převážně sám od sebe, máme zajatou rutinu.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
24	Asistent se mě dotýká pouze "mechanicky" za účelem vykonání asistence.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
25	Myslím si, že pro asistenty je dotýkat se druhých lidí přirozené.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
26	Nikdy se mě asistent nedotýkal v sexuálním kontextu.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
27	Myslíte si, že jsou doteky mezi klientem a asistentem důležité?	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
28	Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, můžete uvést příklad, kde v praxi vidíte význam doteků?	.....
29	Lépe se mi spolupracuje s:	Asistenty stejného pohlaví – Asistenty opačného pohlaví – Na pohlaví asistenta mi nezáleží
30	Jak velké jsou rozdíly v kvalitě vašeho vztahu s jednotlivými asistenty?	(Se všemi asistenty mám přibližně stejný vztah) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Můj vztah k různým asistentům se velmi liší)
31	Pokud se chcete zúčastnit rozhovoru, zanechte nám na sebe prosím kontakt.	.....
32	Pokud je něco, co byste rád/a k tomuto tématu doplnil/a, můžete nám zanechat zprávu zde.	.....

Příloha č. 2: Dotazník – OSOBNÍ ASISTENTI

5	Jaké je vaše pohlaví?	Muž – Žena – Jiné:.....
2	Kolik je vám let?	.....
3	Jak dlouho pracujete jako osobní asistent/ka?	.....
4	Kolik hodin týdně v průměru pracujete?	1-5 hodny – 6-20 hodin – 20 a více hodin
5	Považuji se za člověka, který má rád doteky.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
6	Myslím si, že je klientům příjemné, když se jich dotýkám.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
7	Myslím si, že si umím nastavit hranice ve vztahu ke klientovi.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
8	Vždy čekám na pokyn klienta, co mám právě udělat.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
9	Někdy klienta obejmou, poplácám ho po zádech nebo se ho jinak dotknu za účelem sociálního kontaktu.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
10	Někdy se cítím trapně, když se mám klienta dotknout.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
11	Setkal/a jsem se s nepříjemnými sexuálními projevy ze strany klienta.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
12	Doteky s druhými lidmi spíše nevyhledávám.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
13	Myslím si, že klientům je nepříjemné, když se jich dotýkám.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
14	Stává se mi, že klient překročí moje hranice a já se mu nejsem schopen/schopna vymežit.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
15	Asistenci organizuji převážně já, většinou jedu podle zajaté rutiny nebo vlastní intuice.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
16	Dotýkám se klienta pouze “mechanicky” za účelem vykonání asistence.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
17	Myslím si, že pro klienty je přirozené, když se jich druzí dotýkají.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
18	Nemám zkušenost s tím, že by klient projevoval svoji sexualitu při asistenci.	Souhlasím – Nesouhlasím – Bez odpovědi
19	Jak se cítíte, když se dotýkáte těchto částí klientova těla? (Hlava a krk, Ramena, Paže, Ruce, Hrudník,	Velmi komfortně – Spíše komfortně – Spíše nekomfortně – Velmi

	Prsa, Břicho, Pohlavní orgány, Záda, Hýždě, Stehna a kolena, Lýtka a holeně, Kotníky a chodidla)	nekomfortně – Těto části těla klientů se nedotýkám
20	Myslíte si, že jsou doteky mezi asistentem a klientem důležité?	Ano – Ne
21	Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, můžete uvést příklad, kde v praxi vidíte význam doteků?	.....
22	Lépe se mi pracuje s:	Klienty stejného pohlaví – Klienty opačného pohlaví – Na pohlaví klienta mi nezáleží
23	Jak velké jsou rozdíly v kvalitě vašeho vztahu s jednotlivými klienty?	(Se všemi klienty mám přibližně stejný vztah) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Můj vztah k různým klientům se velmi liší.)
24	Pokud se chcete zúčastnit rozhovoru, zanechte nám na sebe prosím kontakt.	.....
25	Pokud byste rád/a k tomuto tématu něco doplnil/a, můžete nám zanechat zprávu zde.	.....

Příloha č. 3: Jádrové otázky polostrukturovaného rozhovoru – KLIENTI

1. Využíváte nebo využívala jste osobní asistenty? Jak dlouho?
2. Kolik hodin týdně využíváte služeb osobních asistentů?
3. Je vaše tělesné postižení vrozené nebo získané? Případně kdy bylo získané?
4. V jakých aktivitách a činnostech vás vaše postižení nejvíce omezuje?
5. Jak byste popsala váš vztah s vašimi asistenty?
6. Myslíte si, že je fyzický kontakt v osobní asistenci důležitý? Proč?
7. Kde máte nastavenou hranici fyzického kontaktu s asistentem?
8. Má dotek v osobní asistenci sloužit pouze k vykonání potřebných úkonů, nebo je zde prostor i pro dotek sociální (např. Pohlazení po zádech, obejmutí, chycnutí ruky,..)?
9. Existují nějaké části těla, kde je vám nepříjemné, když se vás asistent dotýká?
10. Jak měl být podle vás nastaven vztah mezi klienty a asistenty obecně?
11. Vidíte nějaké riziko pro asistenta či klienta v kontextu vzájemného fyzického kontaktu?
12. Řídíte asistenci spíše vy nebo asistent?
13. Existují rozdíly v kvalitě vašeho vztahu s jednotlivými asistenty?
14. S jakými asistenty se vám dobře pracuje a s kterými naopak ne?
15. Co je podle vás největším přínosem osobní asistence?
16. Myslíte si, že má vaše tělesné postižení vliv na vaše vztahy s druhými lidmi?
17. Existuje nějaká oblast, u které byste mohla říct, že vám tělesné postižení dalo do života něco pozitivního?
18. Chtěla byste k nějaké otázce něco doplnit? Je něco, co by ještě mělo zaznít?

Příloha č. 4: Jádrové otázky polostrukturovaného rozhovoru – OSOBNÍ ASISTENTI

1. Jak dlouho na pozici asistenta pracujete?
2. Kolik hodin týdně pracujete?
3. Pracujete s klienty s tělesným postižením?
4. Jak byste popsala váš vztah s vašimi klienty?
5. Myslíte si, že je fyzický kontakt v osobní asistenci důležitý? Proč?
6. Kde máte nastavenou hranici fyzického kontaktu s klientem?
7. Má dotek v osobní asistenci sloužit pouze k vykonání potřebných úkonů, nebo je zde prostor i pro dotek sociální (např. Pohlazení po zádech, obejmutí, chytnutí ruky,..)?
8. Existují nějaké části těla, kde je vám nepříjemné se klienta dotýkat?
9. Jak měl být podle vás nastaven vztah mezi klienty a asistenty obecně?
10. Vidíte nějaké riziko pro asi asistenta či klienta v kontextu vzájemného fyzického kontaktu?
11. Řídíte asistenci spíše vy nebo klient?
12. Kdyby vám během asistence nebylo dobře, např. Z důvodu únavy, komunikovala byste to s klientem?
13. Existují rozdíly v kvalitě vašeho vztahu s jednotlivými klienty?
14. S jakými klienty se vám dobře pracuje a s kterými naopak ne?
15. Co vás motivuje pro práci v osobní asistenci?
16. Co je podle vás na práci osobního asistenta těžké?
17. Co je podle vás na práci osobního asistenta hezké?
18. Poslední otázka. Pokud je něco, co byste ráda doplnila k tomuto tématu, tak teď pro to zde máte prostor.