

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Handicap a sexualita

Handicap and sexuality

Vedoucí práce:
PhDr. Václav Mitáš

Autor:
Tomáš Drábek

Praha 2009

Anotace

Bakalářská práce na téma „Handicap a sexualita“ se zaměřuje na oblast sexuality tělesně postižených lidí, s důrazem na holistické pojetí lidské osobnosti a cílem poukázat na jejich možnosti a nabídnout informace, které mohou přispět k vnímání handicapovaných spoluobčanů jako rovnocenných lidí. Jedním z cílů je také humanistické pojetí sexuálního života pro samotné handicapované s nabídkou eventuálních způsobů pomoci a východisek v pozitivním duchu. Studie se v závěru věnuje úloze sociálního pracovníka, který může zastupovat erudované odborníky, především lékaře-sexuology, v rámci specializované pomoci zaměřené na sexuální problematiku zdravotně postižených. Praktická část je věnována výzkumu ve formě dotazníkového šetření sexuálního života těžce tělesně postižených.

Annotation

Bachelor's work on the topic „Handicap and sexuality“ is focused on area of sexuality physically handicapped persons, forcefully to holistic conception of human personality and purpose to show thier potentials a offer informations, which could contribute to perceive handicapped fellow-citizens as a equal people. One of the goal is also humane conception of sexual life for the handicaped person itself with offer to eventual way of help and way outs in positive spirit. At the end the study attend to task of social worker, who can represent eroded specialist, above all the doctors-sexuologist, within specialized help focus to sexual problems healthy handicaped. Practical part is dedicated to research in form of questionnaire investigation of disabled human's sexual life.

Klíčová slova

Tělesné postižení, handicap, norma, sexualita, sexuální styk, společenské postoje, praxe sociální práce, speciální sexuální výchova

Keywords

Physically handicap, handicap, norm, sexuality, carnal knowledge, common positions, practice social work, special carnal education

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 15. dubna 2009

Tomáš Drábek

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval panu MUDr. Jiřímu Mellanovi za konzultování práce i cenné připomínky z jeho praxe v sexuologických poradnách pro zdravotně postižené a především všem lidem, kteří byli ochotní hovořit o vlastním intimním životě.

Obsah

OBSAH.....	5
ÚVOD	8
1. SPOLEČNOST A POSTIŽENÝ JEDINEC	10
1.1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	10
1.2 SOCIOLOGIE HANDICAPU	13
1.3 SITUACE V ČSSR A ČR V DRUHÉ POLOVINĚ DVACÁTÉHO STOLETÍ	14
1.4 ZAČLENĚNÍ HANDICAPOVANÝCH.....	15
1.5 SPOLEČENSKÝ A KULTURNÍ DOPAD NA HANDICAP	17
1.6 MORÁLNÍ TEOLOGIE, SEXUALITA A HANDICAP	18
2. PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ S HANDICAPEM	21
2.1 ŽIVOTNÍ ROLE A POTŘEBY	21
2.2 DETERMINANTY HANDICAPU V REALIZACI ŽIVOTNÍCH ROLÍ	21
2.3 PARTNERSKÁ ROLE.....	23
2.4 TYPY PARTNERSKÝCH SVAZKŮ.....	23
2.5 HANDICAPOVANÝ JAKO PARTNER	26
2.6 RODIČOVSKÁ ROLE.....	26
3. HANDICAPOVANÍ A SEX	28
3.1 SEX JAKO LIDSKÁ POTŘEBA	28
3.2 SEXUÁLNÍ VZTAH	29
3.3 SEXUÁLNÍ STYK.....	33
3.4 MASTURBACE A DENNÍ SNĚNÍ.....	34
3.5 SEXUALITA SE ZÍSKANÝM HANDICAPEM – PŘÍČNÉ OCHRUTÍ.....	35
3.6 SEXUALITA S VROZENÝM HANDICAPEM – DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	37
3.7 VÝZNAM GENDRU U HANDICAPOVANÝCH A MOŽNÉ DŮSLEDKY V SEXUALITĚ	38
3.8 ODLIŠNÁ SEXUÁLNÍ ORIENTACE U HANDICAPOVANÝCH	41
4. SEXUÁLNÍ OSVĚTA A PORADENSTVÍ.....	43
4.1 SPECIÁLNÍ SEXUÁLNÍ VÝCHOVA	43
4.2 VÝCHODISKA SPECIÁLNÍ SEXUÁLNÍ VÝCHOVY	44
4.3 VÝZNAM PRIMÁRNÍ RODINY PŘI SPECIÁLNÍ SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ	45
4.4 SEXUÁLNÍ PORADENSTVÍ.....	46
4.5 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V SEXUÁLNÍM PORADENSTVÍ.....	47
4.6 KDE HLEDAT POMOC?.....	48
4.6.1 <i>Spinální jednotka</i>	48
4.6.2 <i>Pohoda</i>	49
4.6.3 <i>Orfeus</i>	49
4.6.4 <i>Paraple</i>	50
4.6.5 <i>Další dostupné formy pomoci</i>	50
4.7 ZÁPADNÍ MODEL – SPECIÁLNÍ EROTICKÉ SLUŽBY	51
4.8 OSOBNÍ PROBLEMATICKÝ POSTOJ K SEXUALITĚ U VĚTŠINOVÉ POPULACE.....	52
5. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	53
5.1 CÍL DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	53
5.2 ZAMĚŘENÍ DOTAZNÍKU.....	53

5.3 VYHODNOCENÍ A SHRnutí DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	53
5.4 OSOBNÍ POSTOJE HANDICAPOVANÝCH.....	57
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	65
PŘÍLOHY	66

Motto



„Při souloži na vozíku je třeba dobře zabrzdit kola, nejlépe cihlou.“



Úvod

V bakalářské práci „Handicap a sexualita“ jsem se snažil o zpřístupnění komplexních informací, které zahrnují tematiku partnerství a sexuality tělesně postižených lidí. Mým úsilím bylo zachytit znevýhodněného jedince nejen v dualistickém pojetí, tedy z fyziologické a psychické stránky člověka, ale poukázat i na jeho sociální dimenzi, jež mnohdy může být významnějším prvkem pro kvalitu prožití nám vymezeného času na bytí.

Jedním z podnětů ke zvolenému tématu mi bylo dlouholeté působení na pozici osobního asistenta - především těžce tělesně postižených lidí, kdy jsme se navzájem poznávali s lidmi různého postižení a věku a kdy jsem se nejen při příležitosti pomoci s osobní péčí postupně seznamoval s pohledem na svět tělesně postižených, do kterého pochopitelně patří i jejich partnerský a sexuální život. Daleko závažnějším důvodem byly a jsou názory zdravé společnosti, kdy je sexualita znevýhodněných lidí i nadále vnímána jako společenské tabu s řadou etických dilemat. Je tedy zapotřebí opakovaně s tímto tématem seznamovat širokou společnost a odstraňovat nedostatek informací, z kterých plynou jen neopodstatněné předsudky.

Nelze popřít fakt, že majoritní populace má rozhodující vliv na postavení postižených jedinců a podstatné je i to, že do této skupiny patří taktéž odborní pracovníci. Například v dnešní době, kdy vývoj medicíny směřuje neustále výše, není sexuologie standardní součástí vzdělání středních zdravotních škol a lékařských fakult vysokých škol. Proto přispívá nedostatek zájmu či informací k všelijakému, ne - li negativnímu postoji k sexualitě adolescentů, starých lidí a pochopitelně i tělesně postižených, o kterých to platí dvojnásob.

Považuji za nutné zdůraznit ještě jeden podstatný jev, jenž má socio-kulturní charakter, a to neblahý vliv komunistické ideologie v dějinách našeho státu. Doba, kdy byli postižení odstraňováni z očí „zdravé společnosti“ se stala oprávněnou překážkou, která minimalizovala možnosti řešit společenské problémy a tabuizovala nejen sexualitu handicapovaných, ale samotné postižení v jeho holé podstatě.

Téma práce se může jevit jako dosti široké, ale podívejme se na situaci českého knižního trhu, kdy můžeme nalézt stovky populárně naučných publikací s tématem sexuality, ale odborné literatury, která se věnuje handicapovaným a jejich sexualitě je žalostně málo. Podařilo se mi nalézt pouze dvě knihy, které se dané tematice otevřeně věnují! Jedná se o dílo Mudr. Taťány Šrámkové, jež svou knihu „Poranění míchy pohledem sexuologa“¹ plně věnuje

¹ ŠRÁMKOVÁ, T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků, 1997.

postiženým s míšní lézí a Libora Novosada, který se ve své knize „Základy speciálního poradenství“² v jedné podkapitole zaměřil na partnerství a sexualitu člověka s postižením.

Protože se sexualita silně dotýká emotivních oblastí a hned několika etických dilemat, je jasné, že racionální tematizace je zde velice obtížná a může narážet na jisté mantinely. Bakalářská práce chce proto poukázat na jednotlivé skutečnosti a každý je povinný k mravnímu osobnímu přístupu a snaze o vlastní kritické uvažování. Hlavním cílem je osvětové působení na většinovou společnost, které by mělo mířit ke změně pohledu na lidi s tělesným postižením, kteří jsou vlastně „jen na vozíku“. Podstatný význam práce směřuje k možnosti uplatnění sociálního pracovníka v problematice handicapu a sexuality, jako člena interdisciplinárních týmů.

Práce je rozdělena do pěti tematických okruhů, které mají poskytnout ucelené vykreslení situace tělesně postižených v kontextu holistického přístupu k jejich intimnímu životu a pobídnout nás, zdravé, k validaci samotného tématu práce. Je poukázáno na vztah společnosti k handicapovanému jedinci, přístup křesťanské církve, životní role a potřeby, na samotnou sexualitu a možnosti cílené pomoci. Poslední část je věnována dotazníkovému šetření, které by mělo potvrdit nebo vyvrátit teze uvedené v této práci.

² NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2006.

1. SPOLEČNOST A POSTIŽENÝ JEDINEC

1.1 Zdravotní postižení

Pokud hovoříme o zdravotně postižených, nemáme komplexně zpracovány statistiky o jejich počtu v České republice. Odhaduje se počet asi 1,2 milionu zdravotně postižených, z toho je přibližně 300 tisíc postižených tělesně, tedy s vadou pohybového ústrojí a dalších cca. 500 tisíc lidí se závažnými civilizačními a jim podobnými interními onemocněními – především lidí po cévní mozkové příhodě a postižených diabetes mellitus (cukrovkou), tedy nemocemi, které mívají za následek také vadu pohybového ústrojí. (Vysokajová In Matoušek, 2005, s. 90). Nekomplexnost těchto statistik spočívá ve ztížené spolupráci zejména mezi zdravotnickými a sociálními institucemi. Proto můžeme předpokládat, že lidí s postižením může být mnohem více.

Širší přehled nám má demonstrovat fakt, že přibližně každý desátý občan našeho státu má nebo může mít v různé míře specifické obtíže a potřeby. V tématu práce se vyskytuje slovo „handicapovaný“, které v podmínkách naší sociální práce mnohdy nahrazuje pojem „postižený“ a specifikuje jeho význam. Handicap je tedy problém týkající se tělesných funkcí a tělesných struktur, jenž může být příčinou omezení v činnostech a společenských aktivitách (Koláčková-Kodymová In Matoušek, 2005). Tento propracovanější význam vysvětluje mínění, že každý handicapovaný může, ale zároveň nemusí mít subjektivní omezení při vykonávání některé činnosti, v našem případě aktivního sexuálního života. Navíc v případě specifických překážek můžeme hovořit o jejich různých úrovních dle různých klasifikačních struktur. Tedy, o handicapovaných nemusíme mluvit jen jako o lidech, kteří jsou těžce postiženi a jsou upoutáni na ortopedický vozík, ale i dalších, kteří mají objektivně méně závažné problémy s pohybovým ústrojím a z toho možné plynoucí překážky v sexuálním vyžití. V této práci se budeme věnovat zejména lidem se závažnějším handicapem z důvodů větší šíře jejich individuálních problémů a závažnějšího dopadu na kvalitu jejich života, přesto však nesmíme opomíjet další, kteří také mají své specifické problémy, jež jsou rovněž způsobeny poruchou tělesných funkcí (například lokální a cévní příčiny změněné funkce tělesných struktur, sekundární potíže s následkem poruch erekce při cukrovce, amputace končetin a mnohé jiné).

V oblasti sociální péče se uvádí závažnost a stupeň handicapu mírou potřebné pomoci postižené osobě. Pasch (In Novosad, 2006, s. 13) nabízí tuto definici:

„Handicap je nevýhoda, které je jednotlivec vystaven vinou postižení.“

O každém handicapu se pak může hovořit jako o specifickém a unikátním, protože variabilita možných nevýhod je skrze bio-psycho-sociální rovinu každého jedince takřka neomezená, byť můžeme nalézt mnoho společného.

Nelze ani opomenout příčiny vzniku tělesného postižení. Jejich četnost se časem mění a příčiny jsou různé (onemocnění, úraz, genetické dispozice aj.), ale *„z hlediska jejich důsledku pro další život postiženého jedince, resp. jeho celkového rozvoje, i z hlediska subjektivně prožívané zátěže je užitečné rozlišovat kategorii vrozených a později získaných postižení.“* (Vágnerová, 2004, s. 162). Obecně lze tedy rozdělit postižení na dvě kategorie:

1) Vrozené

„Jedná se o postižení získané v raném věku, které ve větší míře ovlivňuje vývoj jedince. Přestože psychické i fyzické zákonitosti, na základě nichž se dítě vyvíjí, jsou stejné jako je tomu u zdravých dětí, jedinec se vyvíjí už od počátku jinak. Neustále se musí přizpůsobovat zvláštní, jiné životní situaci. Vrozené postižení mění většinou podmínky vývoje, sociální vztahy; vyřazuje některé druhy podnětů, zatímco jiné posiluje, omezuje již od počátku některé možnosti dítěte. V důsledku toho nemůže dítě získat určité zkušenosti. Na druhou stranu, dítě s vrozeným postižením se na toto postižení lépe adaptuje než když je získá v průběhu svého vývoje. Chybí mu vlastní zkušenost, srovnání dvou světů – zdraví a nemoci. Postižení pro něj většinou nebývá tak traumatizující, protože se mu přizpůsobuje již od narození.“ (Buřvalová; Reitmayerová, 2007, s. 10)

2) Získané

„U později vzniklých postižení a onemocnění je výrazným problémem přijetí nově vzniklé identity jedincem, na které se v neposlední řadě podílí i postoje celé společnosti. Člověk má možnost srovnání dvou odlišných světů. Tato situace klade vysoké nároky na jeho adaptaci. Znamená též větší zásah do celé osobnosti, často způsobuje duševní trauma a subjektivně je velice těžce prožíváno. Jedinec si uvědomuje, co ztratil, musí hledat nové způsoby svého fungování. Často ustrne na určité úrovni adaptace, odmítá přijmout další pomoc, uzavírá se před světem. Z objektivního hlediska však může být výhodou zachování dřívějších zkušeností, které mu mohou být v jeho dalším životě s handicapem užitečné.“
(Buřvalová; Reitmayerová, 2007, s. 10)

U získaných znevýhodnění bychom měli ještě přesněji rozlišovat dobu vzniku handicapu z důvodu sexuálního vývoje jedince. Víme, že pohlavní dospívání začíná přibližně kolem 13. až 15. roku života s různými odchylkami. Pak si uvědomíme, že bude v odlišném postavení handicapovaný, který získal specifické obtíže v 14 letech, kdy se postupně formovala jeho sexuální osobnost, než handicapovaný s dobou vzniku znevýhodnění v 35 letech a s již vyhraněním přístupem k sexualitě a četnými zkušenostmi. Další skutečností, která vede k detailnějšímu rozdělení, jsou zkušenosti se zažitým orgasmem ještě před úrazem či jejich absence. V tabulce si shrneme možné rozdíly, které mají dopad na kvalitu sexuálního života.

?	Vrozené postižení	Získané postižení
<i>Vliv na psychiku jedince</i>	není tak silně traumatizující	větší psychické trauma
<i>Sociální zkušenost</i>	nelze získat určité zkušenosti	zachování dřívějších zkušeností
<i>Vývoj osobnosti</i>	méně získaných kompetencí	více získaných kompetencí
<i>Vědomí sebe samého</i>	omezené představy o svých možnostech	může srovnávat, co vše ztratil
<i>Rovina časové perspektivy</i>	orientace na budoucnost	důraz na minulost
<i>Představy o zdravých</i>	očekává vyhýbavý postoj, rigidní představy	považuje se za součást zdravé společnosti

1.2 Sociologie handicapu

Každý člověk žije v kulturním prostředí, stává se součástí lidského společenství, působí na druhé a zpětně je také druhými ovlivněn. Žije ve státě s různě bohatou historií, tradicemi, systémem hodnot a méně či více závazných norem. A tak i s handicapem je spojen sociální status, sociální hodnocení, očekávání, postoj společnosti a pochopitelně i vliv na společnost.

K tomu všemu jednoznačně patří diferencující činitel, kterým je zdraví a výkonnost. Všechny společnosti, tedy i ta moderní a postmoderní, jsou dle určitých způsobů diferencovány a stratifikovány. V dnešní společnosti je vliv stratifikace patrnější a podstatnější než dříve. Handicap byl původně málo významný faktor, který začal právě v moderním pojetí nabývat podstatnější sociální význam, který určuje způsob, jak budou jedinci vnímáni a co se bude od nich očekávat. Pak jsou dle sociologického pohledu spojeny s určitými sociálními normami. Označení jedince za handicapovaného pro něj znamená získání specifického statusu, od kterého se odvíjejí jakési speciální předpoklady pro vykonávání této příslušné sociální role. V tradiční společnosti se postiženým lidem prokazovala daleko menší úcta, postižení měli obvykle nízké postavení v dané komunitě, lidé se jim vyhýbali, báli se jich a ignorovali je, nebo je naopak využívali pro vlastní pobavení. Ale s přechodem společnosti na moderní bylo vědomí o postižených lidech z mnoha důvodů zvyšováno, jak v odborném kruhu, tak i v širší společnosti, jenže - paradoxně změnami v moderní společnosti zůstal sociální status i nadále velmi nízký. Problémem je, že i vcelku liberalizovaná moderní společnost se staví k roli postiženého dosti rigidně – od postiženého člověka se vlastně nic nečeká.

„Zdraví lidé se obvykle k postiženému člověku, dospělému i dítěti, chovají ohleduplněji, ale zároveň mají tendenci jej podceňovat, nemají k němu stejná očekávání jako ke zdravým.“ (Vágnerová, 2004, s. 189)

Jak zmiňuje antropoložka Oakleyová (2000) ukazuje se, že celá oblast lidské sexuality je silně kulturně vázaná. Pohlavní reakce mužů a žen jsou z velké části podmíněny jejich pohlavní zkušeností, která naopak vyplývá z jejich sociální role - jenže specifický status postiženého je vnímán spíše jako pasivní role člověka - tedy neplnohodnotné role. Také opět

vidíme význam nutnosti rozlišovat dobu vzniku handicapu - charakter postižení má významný vliv na možnosti získání pohlavních zkušeností, stejně jako sociální role.

1.3 Situace v ČSSR a ČR v druhé polovině dvacátého století

V naší společnosti nebyl do nedávné doby handicap veřejností vnímán jako problém. Plošně se o něj lidé nezajímali, protože se vlastně nebylo ani o co zajímat. Ve smyslu sociálního jevu začalo postižení v České republice vystupovat do popředí až v rámci přechodu na demokratický systém, který umožnil větší míru vnímání hlasů a potřeb skupiny zdravotně postižených lidí. Vyšlo na povrch, že neustále stagnuje jejich celková životní situace. Dlouhých čtyřicet let komunistického režimu razantně přetřalo nejen nadějný rozvoj sociální péče o zdravotně postižené v Československé republice během meziválečného období, ale také vývoj „občanské společnosti“, která pod tlakem vnucované ideologie začala směřovat k individualismu spolu s ochabováním její schopnosti řešit společenské problémy. Tehdejší poměry handicapovaných z pohledu sociální politiky a pozdější vývoj sociálních služeb charakterizuje Matoušek (2003, s. 311) takto:

„Jak zákony, resp. jiné normy, tak organizace poskytující sociální služby přežívají z časů státního socialismu, jejichž sociální doktrína některé problémy nechtěla znát vůbec a jiné řešila tradičními způsoby, aniž se zabývala důsledky pro jednotlivé klienty. Vytváření velkých, soukromí nerespektujících kolektivů v ústavních zařízeních, vytlačování jakkoliv hendikepovaných lidí mimo okruh normální společnosti, neúcta ke klientům, kteří nebyli považováni za plnohodnotné lidské bytosti, necitlivost k jejich individuálním potřebám – to byly principy, jež nikdo sice nemohl veřejně hájit, ale které ve skutečnosti pronikaly soustavou sociálních služeb. Organizaci sociálních služeb, způsob práce v nich i přístup ke klientům nebylo možné změnit z roku na rok.“

Jiným výstižným příkladem je výňatek ze zprávy o situaci tělesně postižených z roku 1992, kterou překládal tehdejší vládě JUDr. Petr Pithart jako předseda vládního výboru pro zdravotně postižené občany:

„V minulosti byli postižení izolováni. Nepostižená veřejnost o problémech zdravotně postižených, a dokonce ani o jejich pouhé existenci téměř nic nevěděla, nebo se k ní dostávaly naopak informace poukazující na negativní jevy spojené s postižením (duševní nemoc, alkoholismus, atd. = nebezpečí pro společnost, vlastní zavinění atd.). Vznik zdravotního postižení se tak pro daného jedince jevil ještě mnohem fatálnějším, protože měl ke všem vzniklým problémům ještě pocit naprosté výlučnosti (a vyloučenosti).“ (Hrubý, 1992, s.15)

Musíme však také uvést, že i v době socialistického režimu působili erudovaní jedinci, kteří se věnovali sexuální problematice tělesně postižených. Bylo by trestuhodné neuvést celoživotní práci pražského neurologa Votavy, který s osobní a zainteresovaným přístupem pořádal přednášky na téma sexuality pro handicapované a jejich rodiče, kteří byli mnohdy v šoku z otevřenosti a upřímnosti jeho slov. Svou pomoc nabízel - dnes bychom řekli - formou intervence, také jako praktickou pomoc a nácvik v sexuálním životě jednotlivých handicapovaných.

Mimo politických změn nastaly změny společenské. Individuum se začalo posuzovat z hlediska dravosti, dynamičnosti, schopnosti a především výkonnosti. A právě těmito vlastnostmi často postižení lidé pro svá faktická omezení ne vždy disponují. Všudypřítomný „kult vitality a výkonnosti“ je pak přímo předurčen pro nálepkování a stigmatizaci handicapovaných, od kterých se kvůli těmto důvodům očekává mimo jiné asexuálnost. Důvod je prostý - tak jako jiné činnosti v běžném životě člověka, je i na sexualitu povrchně nahlíženo z pohledu lidské výkonnosti, tedy sexuální výkonnosti, fyzické zdatnosti a pochopitelně také „ideálu krásy“.

1.4 Začlenění handicapovaných

V dnešní společnosti se vytváří značné úsilí jež je nasměrováno k zařazení zdravotně postižených do společnosti, tedy snahy v co nejvyšší míře potříit rozdíly mezi minoritními skupinami a majoritou. Velký podíl na těchto snahách mají zejména nestátní neziskové organizace zaměřující se na pomoc zdravotně postiženým, jejich počet neustále roste, a spolu se zvyšující silou jejich významu a hlasů potvrzují zlepšující se úroveň toho, co skrývá pojem „občanská společnost“.

Matoušek (2005) hovoří o integraci jako o účasti v sociálních vztazích, stavu společenské a osobní pohody. Uvádí také pojem inkluze jako novou žádoucí strategii sociální politiky. Termín inkluze znamená zahrnutí, náležitosti k celku. Inkluze znevýhodněných by měla být součástí hodnotového systému a osobních přesvědčení každého člověka, znamená rovnoprávný vztah, ale především postoj, přístup, hodnotu a přesvědčení.

Novosad (2006) vystihuje pojem integrace jako proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti. Také rozlišuje čtyři základní stupně socializačního procesu na:

1. integraci - plné začlenění a splynutí postiženého do společnosti,
2. adaptaci - nižší stupeň socializace, charakterizovaný jako schopnost handicapovaného jedince přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě a společenským podmínkám,
3. utilitu - sociální upotřebitelnost postiženého jedince, jehož vývoj je značně omezen,
4. inferioritu - nejnižší stupeň socializace, pro níž je typická sociální nepoužitelnost a vyčlenění.

Zároveň však uvádí, že nejvyššího stupně, totiž - integrace, lze jen výjimečně dosáhnout u poruch těžšího typu, jako jsou komplikované defekty mobility (tedy dětské mozkové obrny, paraplegie, kvadruplegie, muskulární dystrofie, oboustranné amputace), a to zejména z důvodů komplexu méněcennosti. Pro těžce tělesně postižené je tak pomyslným vrcholem druhý stupeň, tedy adaptace. Proto by bylo vhodnější, abychom ve smyslu sexuality postižených nehovořili o jejich integraci, nýbrž inkluzi v Matouškově pojetí.

Jenže nelze v možné míře integrovat handicapované do majoritní populace, když nebudeme hovořit o jejich sexualitě, sexuálních potřebách a partnerské roli. Postižení lidé mají jako každý jiný právo na sexuální život s jeho projevy a sexuálně žijí. V případě, že nepřijmeme jejich právo na sexualitu, nebudeme je akceptovat a nebudeme schopni ze všemožných důvodů otevřeně hovořit o jejich sexualitě, tak také nebudeme moci umožnit snahu jejich komplexní integrace, po které se volá ze všech stran.

1.5 Společenský a kulturní dopad na handicap

Tělesné postižení má trvalou formu. Podstatnou vlastností handicapu je jeho častá nápadnost. Lze předpokládat, že se každý někdy setkal například na ulici s vozíčkářem. O to víc se můžeme domnívat, že si ho mezi desítkami ostatních lidí povšiml. Důvod je jednoznačný - je oproti ostatním lidem na chodníku v něčem jiný, respektive není jiný, ale právě nápadný. V této chvíli si musíme uvědomit, že zde překračujeme dualistickou složku lidské bytosti, kterou teď překrývá sociální faktor. Náš pohled, naše reakce a vůbec celkový způsob, jak postiženého v takové situaci budeme vnímat, je nade vše určující.

Vágnerová (2004) uvádí, že postoje společnosti k postiženým lidem bývají odmítavé, ambivalentní či negativní. Za sklonem k negativnímu hodnocení a naší izolaci od handicapovaných lidí dispozice pro takovéto reagování jedince na vše, co nás může nějak ohrozit nebo se určitým způsobem liší od normy. Takováto norma může být velice jednoduchá - normalita ve smyslu představy žádoucího standardu projevu a vnějšího vzhledu. Avšak vymezení toho, co lze považovat za normální, pak hovoří jako o něčem, co je často velmi obtížné. Hranice normy je totiž pohyblivá a můžeme ji posuzovat dle mnoha kritérií a dívat se na ni z různých úhlů - tedy třeba pohledu tělesně postiženého a jeho sexuálních potřeb.

Přitom bychom měli pracovat se skutečností, že v dnešní společnosti neexistuje jediná morální sexuální norma - pokud sexuální chování a jednání není směřováno proti vůli druhého či ho jiným způsobem nepoškozuje, je zcela legitimní a v normě. Toto odvážné tvrzení lze napadnout například morálním učením církve, kterému se pro jeho obsáhlost a postavení v současnosti budeme věnovat níže v samostatné podkapitole, ale musíme si uvědomit, že zde hovoříme o intimní oblasti jednotlivce, individua, která je silně subjektivně ovlivněna jak biologickými, tak psychickými faktory každého z nás. Proto bychom neměli vnímat sexuální touhy a potřeby sexuálního vybití u tělesně postižených jako nežádoucí a nereálné.

Dále Vágnerová (2004) ve svém vymezení normy popisuje jejich devět různých pojetí v závislostech na dalších okolnostech, které vyžadují hodnocení. Toto rozčlenění nám potvrzuje šíři mantinelů normy, jež může být určována mnoha aspekty:

- Statistické pojetí normy
- Sociokulturní pojetí normality
- Skupinová norma
- Mediální norma
- Faktor času a aktuální úrovně poznání
- Vývojové faktory
- Pojetí normy jako optimálního stavu
- Funkční pojetí normy
- Individuální, subjektivní pojetí normy

Variabilita možných pojetí normy nám umožňuje ospravedlnit a obhájit jednání handicapovaných ve všech složkách jejich bytí, stejně tak jako pochopit, z jakých důvodů jsou tělesně postižení podceňováni a odsouváni na druhou kolej. Lze pak stavět statické a sociokulturní pojetí normality s hodnocením na základě četnosti jevů, stereotypních postojů a předem daných představ do opozice proti individuálnímu (subjektivnímu) pojetí normy, spolu s normou úrovně dosavadního poznání společnosti, pro které jsou východiskem osobní zkušenosti člověka, jeho působení a informovanost v závislosti na změnách v průběhu času.

Podvědomí o individuální normě vzhledem k přístupu v sexualitě a její velký význam potvrzuje Koszarycz (In Tošnerová, 1998): *„Současné postoje a praktiky jsou ovlivněny rozvojem orientovaným k více komplexnímu a osobnímu přístupu v etice sexuality.“*

Ještě přesnější pojetí individuální normy uvádí Dzido (2002)

„Pokud uznáváme jakoukoliv jinou, morální sexuální normu, musíme si uvědomit, že je závazná jen pro nás a nemáme právo vyžadovat její dodržování od kohokoliv jiného.“

1.6 Morální teologie, sexualita a handicap

„Je historickou skutečností, že naše dezinformace, mýty a všeobecné neporozumění sexuality mají kořeny v minulých náboženských interpretacích, tradicích a kulturních praktikách.“ (Koszarycz In Tošnerová, 1998)

Především náboženské postoje určovaly vybrané praktiky jako etické a správné, popřípadě jiné odsuzovaly jako neetické, amorální a nepřijatelné. V případě, že chceme porozumět sexualitě člověka, je nutný pohled do historie a zejména pochopení křesťanské etiky, jež měla po mnoho století monopolní vliv na danou problematiku - určovala sexuální konvence (z mnoha můžeme uvést například odsuzování orálních sexuálních technik a autoerotiky v čele s masturbací).

Moderní společnost, vznikající historicky na přelomu 18. a 19. století, byla nástupcem tradiční společnosti a její sociální struktury. Pro společnost tento přechod přinesl mnoho změn, z nichž nejcharakterističtější byly procesy industrializace a urbanizace. Dalším významným prvkem byla sekularizace, tedy vniknutí světských hodnot do náboženské společnosti, což mělo za důsledek snížení moci a vlivu církve. Vniknutí světských hodnot do církve a jejího učení se projevilo pochopitelně v nových postojích k sexualitě, jež pomalu přecházely od konzervativních názorů k více liberálním. Nastalo období, kdy se muselo začít přehodnocovat to, co se po dva tisíce let jevílo jako nedotknutelné a funkční.

I v křesťanské sexuální etice se normy sexuálního chování v průběhu jejího vývoje silně lišily. Od starozákonního pojetí radosti z tělesna a nenarušeného vztahu k sexu, který vedl k četnému potomstvu, přes radikální názory, že sex ve smyslu pohlavního styku je pouze nutné zlo, které se zrodilo pádem člověka do hříchu, až k po staletí panujícímu mínění, kdy byl pohlavní styk vnímán v dobrém světle pouze v případě, že sloužil k plození dětí. Postupná humanizace lidské sexuality ve dvacátém století vedla až k výroku papeže Pia XII, který potvrdil, „*že i ten, kdo by z dědičně biologických důvodů nemohl zplodit děti, smí se oženit, popřípadě vdát, a mít pohlavní styk (ASS 43, 1951, 835nn).*“ (Furger, 2003, s. 58) Na Druhém vatikánském koncilu bylo vše potvrzeno stanovením, že každý jednotlivý pohlavní akt nemusí být vykonáván s přímým úmyslem početí, a partnerské doplňování manželů se stalo prvním účelem manželství (GS 49-51). Humanitní vědy, zejména díky společenskému diskurzu, dokázaly pozitivně ovlivnit postoje církve v široké oblasti, která se také zaměřila na pohlavní seberealizaci zdravotně postižených jedinců.

„Za další předpoklad je třeba považovat to, že sexualita náleží podstatně k lidskému bytí také u postižených osob, a tím patří i k jejich osobnímu rozvoji, zaručenému jako lidské právo.“ (Furger, 2003, s. 75)

Vidíme, že i církevní učení se začalo formovat od základních principů lidské podstaty, kdy je jedinec formován fyziologicko biologicky se všemi svými základními potřebami. I když není biologická schránka člověka nejvyšším ze všech statků, je přece jen základem pro veškerou další realizaci. (Furger, 2003) Právě z těchto důvodů, které dříve mnohdy zabraňovaly plnohodnotné péči o vlastní zdraví, se mohla otevřít cesta k překonání tabuizovaných témat v otázkách lidské sexuality. Furger (2003) uznává, že koitus je hlavním symbolem vzájemné lásky, navíc nevidí v pohlavním spojení veškeré vyčerpání sexuality. Můžeme tedy předpokládat, že připouští i jiné sexuální techniky.

Holistické pojetí lidské osobnosti bývá mnohdy uváděno bez její neméně významné spirituální složky. Protože se sexualita nikdy neomezovala na pouhou pohlavnost - na tělesnou oblast a zasahovala také do duchovní roviny člověka, musíme si uvědomit, že víra v Boha jako taková spolu s duchovním rozměrem milostného vztahu může pozitivně ovlivnit sexuální život se všemi hodnotami, které subjektivně vystupují do popředí skrze naše vyznání.

2. PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ S HANDICAPEM

2.1 Životní role a potřeby

Od svého narození je každý z nás více či méně systematicky socializován, postupně se vyvíjí, učí novým dovednostem, vyrovnává se s různými situacemi a je pod tlakem očekávání. Pohybuje se v určitém sociálním prostředí a s rostoucím věkem dříve nebo později směřuje své úsilí ke třem základním rolím, které se ztotožňují s danými očekávanými druhých lidí, zejména blízkých příbuzných. Tyto tři pomyslné vrcholy, jež reálně naplňují lidský život, mají dominantní vliv na naše rozhodnutí, plánování budoucnosti a pocit naplnění, smysluplnosti a splnění tužeb druhých - jsou to role pracovníka, partnera a rodiče.

Díky nim je možné naplňovat jednotlivá patra pomyslné pyramidu našich potřeb, od těch nižších, fyziologických, přes potřeby důvěry, sounáležitosti, sebeúcty a autonomie, k těm vyšším, jako potřebě poznávat a seberealizovat se. Všechny tyto potřeby a mnohé jiné mají tu vlastnost, že se dokáží navzájem ovlivňovat, dokonce jsou na sobě navzájem závislé. Pak má náš subjektivní pocit nenaplnění určité potřeby nejen vliv na potřeby jiné, ale značně působí na kvalitu našeho života. Postižený člověk má však variabilní determinanty, které mu ztěžují cestu k pocitu naplnění těchto jednotlivých potřeb a následně i tří zmíněných rolí.

2.2 Determinanty handicapu v realizaci životních rolí

Jak uvádí Novosad (2006), můžeme determinanty působící na handicapovaného jedince v zásadě rozdělit na subjektivní a objektivní, při čemž jen některé můžeme změnit (kompenzovat, eliminovat) a některé jsou neměnné.

Subjektivní činitele	Objektivní činitele
Zdravotní stav a faktická omezení	Společenské vědomí, postoje k postiženým
Osobnostní rysy jedince, vrozené dispozice	Životní prostředí, jeho působení
Vlastní sebehodnocení ve vztahu k postižení	Sociální politika, vztah státu k postiženým
Schopnost zvládnout nepříznivou situaci	Vzdělávací politika, profesní příprava
Vnější vlivy, na nichž je jedinec závislý	Politika zaměstnanosti, vytváření nových míst
	Sociální služby, jejich kvalita a kvantita

Subjektivní aspekty mají jednoznačně největší vliv na život handicapovaného, jsou to však aspekty, které nelze zcela měnit. Mají také svou podstatnou roli na poli sociálních kontaktů, osobního života a o to větší vliv na nás jako na partnera nebo jedince, který o partnera usiluje. V úvodu práce jsme hovořili o jednotném pojetí postiženého jedince, o třech různých pohledech, které musíme vnímat jako celek. Tento holistický přístup, zahrnující bio-psycho-sociální roviny člověka má svůj ojedinělý význam, ale pokud hovoříme o determinantech ve vztahu k partnerskému svazku, zjistíme, že všechny objektivní činitele spadají pod sociální rovinu a naopak mají daleko podstatnější význam subjektivní činitele, jež se týkají somatické a psychické roviny jedince. Proto je na místě snaha uvědomit si zdravotní stav handicapovaného, jeho patřičné následky - omezení, a pochopit nebo se spíše v rámci našich možností vcítit do jeho psychického stavu. Přeneseně se tak vlastně dostaneme zpět do sociální roviny jedince, protože zde hovoříme o našem vnímání handicapovaných, o možných předsudcích, nepochopení a uvědomíme si, že je tak „naše role“ v partnerském svazku postiženého mnohem významnější, než jsme si mohli myslet. Navíc patří naše úloha v omezeních, které má handicapovaný, mezi objektivní činitele, které stále můžeme jako přímý aktéři měnit.

Když zde hovoříme o zdravotním stavu a jeho faktických omezeních při výběru partnera, máme tím na mysli především imobilitu (omezení pohybu), vzhled a projevy při komunikaci. Například jedinec postižený dětskou mozkovou obrnou v její nejčastější spastické formě může mít nejen značně omezené možnosti v pohybu, ale další překážkou mu mohou být jeho projevy, jako grimasování, mimovolní pohyby a pohybová inkoordinace, které spolu s emočním vypětím, zákonitě spojeným s procesem seznamování vyvolávají zvýraznění projevů emoci. (Novosad, 2006, s. 37).

Typickým příkladem je výpověď 22 let starého chlapce s dětskou mozkovou obrnou. I přes velké pohybové omezení vidí jako svůj největší handicap vadu řeči. Z důvodu špatné artikulace si nemůže dle svých představ promluvit s druhými lidmi a telefonování je pro něj přímo katastrofické. *„Lidé mi většinou nerozumějí anebo nemají dostatek trpělivosti. Někteří mě i odsuzují a myslí si, že jsem mentálně zaostalý. To člověka zabolí.“*

Z významných psychických vlivů uvádí Novosad (2003), ve spojitosti s horšími předpoklady pro partnerské uplatnění, časté specifické osobnostní rysy handicapovaných,

kterými jsou zejména komplex méněcennosti, egocentrické sklony a negativní sebehodnocení. Ty pak nejvíce handicapovanému stěžují navázání a udržení partnerského vztahu.

2.3 Partnerská role

Aniž bychom chtěli snižovat význam profesní role v případě tělesně postižených a jejího podstatného smyslu a závažnosti nejen pro ně, ale i zdravé (z vlastních profesních zkušeností ze dvou projektů zaměřených na pracovní uplatnění zdravotně postižených mám realistické představy o všech možných překážkách, které mohou kohokoliv potkat, když se snaží získat kvalitní a smysluplné zaměstnání), budeme zde hovořit o partnerské roli, později také o roli rodičovské. Tyto role jsou totiž úzce spjaty s potřebou milovat a být milován, sexuální potřebou a potřebou realizace vlastního potenciálu.

„Pro postiženého člověka má získání partnera ještě větší význam než pro zdravého. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu partnerského vztahu, o jeho symbolický význam. Získání partnera funguje jako důkaz normality.“ (Vágnerová, 2004, s. 186)

Tento důkaz normality je jednoznačně spojen se sociokulturní normou, s očekáváním společnosti, kdy je normální to, co odpovídá představám většiny. Handicapovaný partner tak plní především sociální roli, roli partnerskou a mimo naplňování svých potřeb se zároveň přibližuje či vyrovnává zdravé populaci.

2.4 Typy partnerských svazků

Podle provedených výzkumů uvádějí zdravotně postižení jako jednu z priorit fakt, že stejně jako ostatní lidé chtějí vést normální osobní a rodinný život. Tuto hodnotu upřednostňují před rozmanitými typy kolektivních zařízení sociální péče a pomoci, byť jejich kvalita a dostupnost může být stále lepší. (Starová In Matoušek, 2005, s. 90).

Novosad (2006) pak uvádí, že postižení vytvářejí v podstatě dva typy partnerských svazků. V obou případech můžeme hovořit o cestě k harmonickému soužití dvou jedinců, ale oba mají svá úskalí, překážky a na druhé straně i své přednosti.

- Handicapovaný a zdravý partner

„Získání zdravého partnera se stává ideálem a potvrzením vlastní hodnoty.“
(Vágnerová, 2004, s. 187)

S tímto partnerským spojením se můžeme setkat zejména u tělesně postižených po poranění míchy, obecně tedy u lidí se získaným postižením. Jde o logický jev, který je zapříčiněn především stálou přítomností sociálních kontaktů z dob před úrazem (ty mohou být pochopitelně značně ochuzené) a uchovanými kompetencemi, z nichž některé nemají lidé s vrozeným postižením šanci získat nebo dále zkvalitňovat. Úskalí těchto vztahů se skrývá v osobních kvalitách zdravého partnera, který se, jak potvrzuje Novosad (2006), musí naučit respektovat určitá omezení svého partnera a především hledat jeho silné stránky, dovednosti a další kvality, které z něj vytvářejí charizmatickou a přitažlivou osobu. Jinou zátěží pro vztah je mnohdy nutnost, aby zdravý partner převzal úlohu „pečovatele“ při těžkém tělesném postižení svého protějšku. Víme, že se péče týká i intimní oblasti a následkem mohou být poruchy v sexuální oblasti nebo snížení přitažlivosti partnera. Pro ilustraci si uvedeme výňatek z rozhovoru s mladým mužem-paraplegikem:

Jste pohledný, sympatický a inteligentní mladý muž, který si určitě dělá plány i v soukromém životě, možná chce mít rodinu. Jak moc zasahuje váš handicap do vztahu se ženami? Určitě jinak, než bych si pomyslel před úrazem nebo těsně po něm. Není to dlouho, co jsme se s dívkou po poměrně delším vztahu rozešli. *V čem to nešlo? Nakonec zaváhala?* Spíš jsem objevil pochybnosti sám v sobě. Ono to není ani tak v tom, jestli sedím, ležím nebo stojím. Občas na ten vozík zkrátka narážím, přesněji narážím na svou nevyrovnanost, a bohužel ve chvílích, kdy to nejmiň čekám. Třeba když dívce nemůžu pomoci s těžkým nákupem... Ve vztahu odhalujete druhému i sám sobě duševní a tělesnou intimitu. *Váš protějšek ten handicap musí zprostředkovaně prožívat s vámi a vy mu musíte dát k takovému prožívání příležitost tím, že rozléváte to nejčistší víno. A najednou objevujete dobře ukryvaného kostlivce ve svých vlastních skříních. Jsou chvíle, kdy vám zatraceně vadí, že toho druhého nějakým způsobem omezujete, i když to tak vlastně není. Vždyť každé vaše omezení dává druhému možnost vyjít vám vstříc a darovat kus sebe. Není to i trochu o sexu?* *V téhle věci možná také panují mýty?* Určitě ano. Je až zarážející, s jakou vehemencí řešíte bezprostředně po úraze svou perspektivu v oblasti erotiky. Mnohdy i samotná chůze není tak

horkým tématem jako sex. Koně pod kapotou zlenivěli, ale přesto věřím, že i v oprýskaném autíčku se dá udělat pěkný a plnohodnotný výlet. (Karásková, 2004, s. 15 - 16)

U tělesně postižených mužů s poraněnou míchou se ve větší míře vyskytuje jev, který můžeme pojmenovat jako syndrom pomáhajících pracovníků. Jedná se o partnerské svazky ochrnutých mužů s ženami, které působí v ošetřujícím personálu. Příčinou je několik prostých faktů. Za prvé má po úraze zásadní význam dlouhodobá rehabilitace ve speciálních zařízeních, kde sociální kontakty klientů nepřesahují rámec instituce a často se omezují právě na ošetřující personál, jenž je zastoupen zejména ženami, které mají vesměs přirozenější vztah k postiženým než muži. Druhým důležitým faktorem je pravděpodobně teoretická a praktická orientace pracovníků v problematice tělesně postižených. V úvahu lze vzít obecnou skutečnost změněného přístupu žen k ochrnutému muži, který ztratil svou dominantní roli a přestal být pro ženu zdrojem fyzického nebezpečí - eliminuje se tak nadřazenost muže ve vztahu. Šrámková (1997, s. 40) uvádí, že řada paraplegiků si našla své partnerky právě z řad zdravotních sester, rehabilitačních pracovníků a ošetřovatelek. Celkově se odhadují přibližně až dvě třetiny sňatků ochrnutých mužů s ošetřujícím personálem.

- Handicapovaný a handicapovaný partner

V praxi lze vypožorovat, že jde především o partnerské svazky lidí s vrozeným těžším postižením, jež mají také své logické vyústění. Osobní kvality zvoleného partnera dle Vágnerové (2004) nemusejí hrát takovou roli ve vztahu jako v případě zdravého partnera. Pro handicapovaného nebývá tak těžké slevit z tohoto ideálu, protože je sám znevýhodněný, stejně tak jako jeho partner. Vágnerová (2004) naopak uvádí, že je tento faktor pro vztah spíše stabilizující - partneři mají podobné problémy, cítí se rovnocenní a rozpad těchto vztahů nebývá tak častým jevem.

Dále Vágnerová (2004, s. 187) popisuje další významnou skutečnost, že *se handicapovaní mezi sebou znají z různých společenských aktivit, především ze speciálních škol, a nemají mnoho dalších příležitostí k seznámení*. Novosad (2006, s. 37) vše podtrhuje tvrzením, že *svazek zdravotně postižených jedinců je logickým a pozitivním vyústěním jejich vzájemného vztahu*. A však vzápětí upozorňuje, že se z takového svazku dvou handicapovaných nesmí stát útočiště před okolním světem většinové společnosti, které by mohlo přispívat ke zvýšené sociální izolaci.

2.5 Handicapovaný jako partner

Uvědomme si však, že nelze žádným způsobem kategorizovat partnerskou roli a partnerské svazky do kterých vstupuje postižený jedinec. Výše uvedené členění partnerských svazků má pouze demonstrativní charakter, protože oblast lidských milostných vztahů může být pro každého z nás velmi individuální záležitostí, nejinak by tomu mělo být i u handicapovaných. Ano, je pravdou, že platí určité vztahy a zákonitosti, které postupem času zobecněly, ale kvalita vztahu je vždy přímě závislá na kvalitě osobnosti obou jeho aktérů.

My ovšem můžeme hovořit alespoň o několika základních rysech, jež někteří postižení partneři mají. Zejména si musíme uvědomit fakt, že je mnoho těžce tělesně postižených, pro které je získání partnera obtížné a svízelné, nemají vhodné příležitosti, kompetence pro navázání intimnějšího vztahu a vyskytují se u nich praktické překážky jež plynou z jejich zdravotních omezení. Často je pak *„partner definován spíše dosažitelností než svými vlastnostmi.“* (Vágnerová, 2004, s. 186) Reálné nebezpečí plyne také z působení osamělosti, jako značně zátěžové situace. *„Sociální deprivace vede k tendenci fixovat se na jakéhokoliv člověka, který je nablízku.“* V takové situaci je nejen zdravý partner ve vznikajícím či již funkčním vztahu dosti zatížen, může pociťovat silný tlak, očekávání, což vše ohrožuje kvalitu vztahu jako celku. Oproti tomu se setkáme s handicapovanými partnery, kteří jsou nad očekávání mnohem vnímavější k přáním a potřebám svého partnera.

„Jsem spokojený, ale přece jen mi něco schází. Láska! Je těžké najít slečnu, které by moje postižení nevadilo. Žádné zvláštní nároky nemám, záleží mi hlavně na tom, aby byla partnerka upřímná a měla mě ráda.“ (muž s vrozeným postižením, 22 let)

2.6 Rodičovská role

Možnost mít vlastní dítě, být rodičem a vychovávat svého potomka je přirozeným cílem lidského bytí. Tento jednoduchý princip zachovávání společnosti, neustálý generační koloběh, kdy se na další a další jedince předávají zkušenosti, hodnoty a očekávání do budoucnosti je obecnou normou a patří mezi klíčové hodnoty každého z nás, ke kterým mnoho věcí směřuje a od nichž se poté další věci odvíjejí. Být rodičem je významný způsob seberealizace a rodičovství handicapovaných tak patří mezi důležitou oblast nejen

partnerských vztahů, ale především jejich vlastní integrity. Možnost být rodičem spolu se závažnějším tělesným postižením je však velmi citlivá oblast společenské diskuse. Jednoduše je možnost mít dítě i pro postiženého člověka relativně dosažitelná. Současná úroveň medicíny otevírá díky svému vývoji v oblasti umělého oplodnění, odborné péče o těhotnou postiženou matku a v dalších odvětvích cestu k rodičovství i lidem, pro které byla v ještě nedávné době touha mít vlastní dítě nereálná.

Význam rodičovské role potvrzuje Vágnerová (2004, s. 188), která uvádí, že *„děti jsou možným důkazem normality a potvrzením hodnoty člověka v rodičovské roli, která má u postižených lidí mimo jiné také kompenzační význam“*. To vysvětluje jednoduchým faktem, *„že mnohé oblasti seberealizace jsou nedostupné, a tím více nabývají na významu ty zbývající, jejichž uspokojení zdánlivě nic nebrání“*. Skutečnosti, jež nahradily zastaralé názory, například že je nereálné, aby ženy po závažných poraněních páteře s následkem ochrnutí mohly být těhotné, plod donosily, porodily a následně byly dobrými matkami, mají pozitivní vliv na osobu nejen pro postižené ženy - budoucí matky, nýbrž i na postižené muže - budoucí otce.

Právo stát se rodičem má každý z nás a nelze ho nikomu odepírat. Tělesně postižení muži a ženy mají být v co nejširší míře informováni od povolanych lidí o reálných možnostech mít vlastní dítě. Fakta hovoří jasně – velmi mnoho tělesně postižených může mít děti a mají stejné rodičovské právo a povinnosti jako všichni ostatní. Je však více než nutné zhodnotit zejména fyzické možnosti a emoční stabilitu, kdy se až s dostatkem patřičných informací může každý handicapovaný správně a bezpečně rozhodnout zda na sebe vzít obrovský závazek a zodpovědnost být rodičem či ne. O to více musí reálně uvažovat v otázce své vlastní schopnosti dítě vychovávat, protože stejně tak jako každý má právo být rodičem, tak každé narozené dítě má právo být řádně vychovááno. Tato problematika je daleko více umocněna u samotných žen - matek s těžším postižením, které se potýkají se specifickými zdravotními, psychologickými a sociálními problémy již během těhotenství a porodu.

3. HANDICAPOVANÍ A SEX

Uvedli jsme si, že postižení jedince je charakterizováno částečným nebo úplným omezením schopnosti vykonávat některou činnost, která však nemusí mít za následek snížení kvality jejího prožitku. Takovéto pojetí dysfunkce handicapovaných se významně týká i oblasti jejich sexuality a sexuálního života. Mimo subjektivní faktory, které determinují sexuální život handicapovaných, jsou zde ještě faktory objektivní, o kterých jsme už také hovořili. Jako podstatný objektivní faktor musíme zdůraznit především právě společenské podvědomí a postoje zdravé společnosti k postižené populaci, jež logicky i v oblasti sexuality získává nálepky sociálního stigmatu. Postižení jsou vnímáni mimo sociokulturní normu pro často se opakující fámy, které se mimo předpokládané neschopnosti aktivního prožívání sexuálního života týkají především nemožnosti reprodukce, která patří mezi základní funkce lidského těla, a stává se tedy základní, společensky žádoucí normou. Hovořili jsme také o významném individuálním pojetí normy a absenci kolektivních morálních sexuálních norem, které by nám měly být cestou k objektivní validaci a pochopení sexuální problematiky handicapovaných. Proto by nemělo být skličující vnímat sexuální touhy a potřeby sexuálního vybití u tělesně postižených jako prapodivné a nepřijatelné.

3.1 Sex jako lidská potřeba

Sex jako biologická potřeba každého jedince má zcela typickou charakteristiku jako každá jiná z potřeb. Jsme určitým způsobem motivováni naplňovat sexuální potřebu, uspokojit ji, a tedy vlastně odstraňovat nedostatek něčeho, co je významné pro naše bytí. Mimo uvedené máme možnost sexuální potřebu uspokojovat velmi individuálně, tedy jak kvalitativně, tak kvantitativně, a lze říci, že každé takovéto uspokojení může být unikátní. Avšak sexuální potřeba má jeden společný rys, který je pro všechny z nás společný, totiž že patří mezi základní fyziologické potřeby člověka. Sexuální touha a projevy takto motivovaného chování jsou na stejné úrovni s potřebou kyslíku, výživy, vyprazdňování a spánku. I když jsou sestavovány různé indexy potřeb s odlišnou hierarchií, vždy se sexuální potřeba řadí mezi nejnižší biologické potřeby, které se projevují v každé světové kultuře a u každého jedince.

„Postižení lidé mají prostě tytéž potřeby jako ostatní lidé, jak je popisuje např. známá Maslowova hierarchie potřeb člověka, která je výstižným modelem potřeb každého člověka. Může ovšem nastat situace, kdy jedinec pro své funkční nebo orgánové postižení nemůže některé z těchto významných lidských potřeb realizovat obvyklým způsobem.“ (Novosad, 2006, s. 26)

Právě slovní formulace obvyklým způsobem výstižně popisuje podstatu problematiky sexuálního života handicapovaných - fyziologická potřeba sexu je přirozenou součástí každého z nás, tedy jak zdravého, tak tělesně postiženého, a jediný rozdíl je v tom, jakou cestou a jakými způsoby ji mohou konkrétní jedinci dosahovat a uspokojovat. A zejména právě chronicky postižení, zvláště ti, kteří žijí bez partnerů, jsou blízko stavu osamění, kdy je riziko nenaplnění sexuální potřeby velmi vysoké, spolu se všemi následnými důsledky. Přitom je často opomíjena skutečnost, že touha handicapovaného po sexuálním vybití není většinou snížena (Dzido, 2002).

„Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem - žádoucím či nežádoucím. Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí nám ani jiným, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami individua a jsou uspokojovány v mezích zákona.“ (Trachtová, 2006, s. 10)

3.2 Sexuální vztah

I přes rozsáhlé množství tělesných postižení a omezení, vrozených či získaných, není žádný jedinec absolutně determinován v účasti na pohlavním životě. Termínem pohlavní život zde není poukazováno pouze na koitální spojení heterosexuálních jedinců, ale široké spektrum sexuálních aktivit, které lze využívat při osobním vyžití i společném sexuálním vztahu, jak vysvětlují a potvrzují následující autoři.

Šrámková (1997, s. 29) jednoznačně popírá fakt mylných domněnek, kdy je vnímán sexuální vztah pouze jako *„nutnost uskutečnění pohlavního styku pouze spojením penis–vagina“* a *„nekoitální sex orálně-genitální (dráždění pohlavních orgánů ústy) či manuální (rukou) jako by byly neplnohodnotnou náhražkou“*.

Novosad (2006, s. 38) pak připisuje významnou úlohu při snaze o harmonický a uspokojující sexuální vztah trpělivosti a snaze „vedoucí k nalezení takových sexuálních praktik, které skloubí možnosti i přání obou partnerů v optimálním poměru.“ Poukazuje tak na zobecnělé názory, že „tvrdošíjně usilování o soulož nevede k pozitivnímu výsledku“ a naopak i on uvádí, že „nekoitální techniky manuálního, orálního i senzuačního sexuálního vyžití jsou z hlediska možnosti dosažení orgasmu i z hlediska emočního a relaxačního vyznění rovnocenné koitálnímu sexu“.

Forma manuálně senzitivního sexuálního uspokojení skrze erotické masáže nebo schopnost prožívat jiné formy orgasmu, jež si popíšeme později, nám mohou připadat nepochopitelné, ale jde pouze o jiný repertoár sexuálních aktivit, který v případě těžších tělesných postižení často handicapovaní využívají. Sexuální vztah jako takový může být vždy uspokojující, zvláště v případě, kdy jsou oba partneři o tomto společném tématu schopni otevřeně hovořit a hledat vhodné cesty.

Ilustrující je případ dvacetiletého chlapce a stejně staré dívky, obou s příčným ochrnutím - paraplegií. Na svém společném rehabilitačním pobytu hledali pomoc u sexuoložky, kterou zaskočili hned první otázkou, zda mají vůbec právo na sex. Bylo jim vysvětleno, že je od základů špatné takto uvažovat s tím, že v sexu nejde pouze o pohlavní spojení závislé na co nejvyšším výkonu, ale o velmi pestré, tajuplné a smysluplné prožitky, které mohou prožívat i přes své porušení nervů, které jim zabraňuje, aby se pohlavně vzrušili, spojili a dosáhli plnohodnotného orgasmu. Sexuoložka jim navrhla, ať se zprvu zkusí hladit a mazlit a následnou situaci takto popsala: „Z počátku to vypadalo jako bizarní tělocvik a později jako tajuplné kouzlení šamanů. Chlapec a dívka seděli proti sobě. Pomalu k sobě přibližovali dlaně. Tak blízko, aby se téměř dotýkali. Stejným způsobem se pak oba chvílemi dotýkali a chvílemi nedotýkali paží a dalších míst na těle. Potom jeden z nich zavřel oči a soustředil se na dotyky a na teplo, které vycházelo z rukou partnera. Nechal se unášet hezkými představami a tělesnými pocity. Ty zpočátku vnímal jako příjemné teplo, mravenčení až mrazení. Postupně se však začali měnit v zážitky natolik intenzivní, že se vyrovnali sexuálnímu vzrušení.“ Sexuoložka hovoří o nalézání alternativních cest k sexuálnímu uspokojení, zejména skrze citlivé erotogenní zóny, jež mají u chlapce a dívky zachovány citlivost. (Veselý, 1999)

Koszarycz (In Tošnerová, 1998) při úvahách o sexualitě v souvislosti se stářím často popisuje negativní postoje společnosti k tomuto tématu a i v tomto případě, podobně jako u tělesně postižených, je od seniorů očekáváno asexuální chování. Také on rozvádí pojem sexuálního vztahu, kdy „*sexuální projev sám o sobě je mnohem více než jen pouhý fyzický akt soulože*“. Na vyšší úroveň před pohlavním stykem pokládá sexualitu jako „*lásku, teplo, vzájemné sdílení pocitů a doteků*“.

Nakonečný (1997, s. 192) při své racionalizaci motivace lidského chování mimo jiné motivy hovoří i o sexu, zejména jako o sociálně motivovaném druhu lidského chování. Také on potvrzuje vnímání sexuálního vztahu v širším pojetí než jen pouhé omezení na koitus a předehtu k němu. „*Sexualita znamená extrémní šíři hry sexuálních potřeb od asexuality, resp. totální askeze, až k sexuální hypertrofii, od volného provádění až po toužebnou závislost...*“

Následující výpovědi z internetového diskusního fóra (Lidé na vozíku a sex) nejen samotných handicapovaných nám přibližují, jakou kvalitu může mít sexuální život (s danými omezeními) jak pro ně samotné, tak pro jejich zdravé partnery, a překračují zažitá stereotypy o sexuálním vztahu, který je opravdu velmi často vnímán jen jako samotný koitus:

„Jsem na vozíku už šest let a je pravda, že sex je jiný, než když je člověk v pohodě. Jsou věci, které nejdou dělat, ale zase na druhou stranu jsem se naučil věci, které jsou super a hlavně je ocení moje partnerka, sedm orgasmů partnerky není snad špatné. Je to tak, že jsem se hodně po úrazu naučil - chlap se nevěnuje tolik sobě, ale partnerce, tak není problém, když ví, co se jí líbí.“ (ochrnutý muž)

„Sex není jen o tom, aby chlap zasunul penis do vaginy, ale také o tom umět využívat jiných věcí. Od úrazu jsem poznal, že je dobré používat i ruce a pusku, a musím říct, že odezva od partnerek je jen pozitivní.“ (ochrnutý muž)

„Opravdu jsem dříve více myslel na sebe, ale myslím si, že jsem se dneska naučil dokonale používat právě jazyk a ruce, a to je to lepší, než se jen sám udělat a partnerku odfláknout. K tomu je dnes ještě tolik pomůcek, které mohou přispět k tomu, aby vše bylo pestřejší.“ (ochrnutý muž)

„Copak myslíte, že milování je o tom, že ho tam strčíte? Kdybych před úrazem věděl, co všechno se dá v sexu dělat, jak se to má prožívat a jaké nádherné pocity u toho jsou.“ (ochrnutý muž)

„Zažila jsem sex s vozíčkářem a musím říct, že to nemělo chybu, jsou daleko ohleduplnější, a musím uznat, že opravdu stačí, když má chlap mrštný jazyk a ruce.“ (zdravá žena)

„Já si myslím, podle svých zkušeností, kterých mám dost, že výhoda kluků na kolech je přece jen v něčem jiném. Když si přiznám, proč na toho svého i po takové době nemůžu zapomenout, tak to není o výkonu, ale o prožitku nebo jak to napsat. Prostě s ním to bylo jiné. Nejenom těla, ale také duše se milovaly. A já jsem pro něho byla na prvním místě. On potřeboval mé vzrušení, aby sám vyvrcholil. A to u zdravého kluka často nenajdete. Ten tu ženskou prostě potřebuje jinak. Myslím si, že kluci na vozíku se svým prožitkem přibližují nám ženám. Říká se přece, že ženský orgasmus je spíš v hlavě než v rozkroku. A vozíčkáři to musejí mít taky tak.“ (zdravá žena)

„Muži se často dopouštějí osudného omylu, když se domnívají, že kvalitní sex je jen o primitivním pronikání. Zdá se, že pro muže na vozíku může být jejich omezení cestou ke kvalitnímu milování.“ (zdravá žena)

„Mne jenom zaujalo, jak se staráte, aby si to vaše holky užily, to u zdravých kluků nebývá. Protože jste nějak omezeni, musíte asi víc při sexu cítit hlavou než přirozením a holkám to asi dělá dobře. Já moc zkušeností se sexem nemám, ale asi se porozhlédnu po nějakém fešném vozíčkářovi, protože ty sobecký kluci nejsou nic moc.“ (zdravá žena)

Když budeme hovořit o komplexním pojetí sexuality a sexuálním vztahu jako o souboru mnoha kvalitativních technik, jež vedou k uspokojení sexuální potřeby obou partnerů, můžeme zcela opomíjet projevy tělesného postižení a pozitivně vnímat specifickou sexuální problematiku handicapovaných při konfrontaci negativních společenských a osobních postojů, jež „sex postižených“ zahalují do temných mraků.

3.3 Sexuální styk

Ano, nelze tvrdit, že je sexuální styk (pochopený již v širším smyslu širokého spektra sexuálních technik), v kterém jsou hlavními aktéry handicapovaný či handicapovaní zcela stejný jako u ostatních. Stále v něm hrají v různé míře svou roli vozík, problémy s chůzí, svalový tonus, sexuální dysfunkce, odlišný vzhled, potíže s vyprazdňováním a často vůbec celkové omezení pohybového aparátu. Podstatné je, že při vyvážené souhře dvou a více jedinců se za vhodných okolností stává z tohoto sexuálního aktu rozkoš, uspokojení touhy a potvrzení vlastní identity. Vhodné okolnosti poté zahrnují mnoho podstatných věcí - sexuální zralost a zkušenosti, polohy, techniky, pomůcky, prostředí a jiné skutečnosti, o kterých je opět zapotřebí otevřeně s partnerem hovořit.

Pomocí diagnosticko-terapeutických postupů, na kterých se podílejí odborníci z řad sexuologů, psychologů a dalších odborníků, je nutné stanovit rozsah překážek v pohlavním životě a navrhnout postupy, které jsou v daných hranicích prakticky uskutečnitelné. Jde například o různé druhy nekoitálního (mimo-poševního styku). Další fází je vymezit, dle charakteru postižení, vhodnou rehabilitaci, medikamentózní léčbu, operativní léčbu a použití vhodných protetických pomůcek, čímž se může rozrůst soubor sexuálních aktivit do své maximální šíře. (Dzido, 2002)

Průběh sexuálního aktu se pak nijak neliší – má svou předeheru, samotný sexuální styk a dohru. Předehra v podobě sblížení, doteků, líbání a verbálních i neverbálních projevů navozuje sexuální vzrušení, zejména pak dráždění erotogenních zón manuálním a orálním způsobem směřuje k pohlavnímu spojení. Nelze ani podcenit význam zrakových podnětů, kterými jsou zvláště pro muže vyvinuté sekundární pohlavní znaky ženy, vždyť už samotný pohled na partnerku navozuje příjemné pocity. V případě ochrnutých jedinců si musíme uvědomit, že je nutné stimulovat zejména erotogenní zóny se zachovalou citlivostí. Během průběhu sexuálního styku je často potřeba jednoduše experimentovat a využít vlastní i partnerovu fantazii. Omezení hybnosti není nutně spojené s překážkou v realizaci soulože. Při vhodných podmínkách a možných variantách poloh, technik a celkově dobrém psychickém a fyzickém stavu lze dosáhnout uspokojivého prožitku a příjemných chvil. Sexuální akt lze oživit například zajímavým prostředím, společným sledováním erotických filmů, využitím vhodných pomůcek, čtením erotických příběhů nebo absolvováním kursů tantrických

sexuálních technik. Dohra je pak třeba v podobě společného uvolnění a blízkosti třešničkou na dortu za prožitým sexuálním zážitkem.

3.4 Masturbace a denní snění

Jak již víme, sexualita je více než jen běžný pohlavní styk a o sexuálním vztahu nemusíme hovořit pouze jako o interakci více lidí, protože takový vztah může mít a často má každý jedinec i sám se sebou. Autoerotika, mezi jejíž techniky patří především masturbace, je opět jen další forma intimního vyjádření a pouhé přijetí této možnosti vlastního uspokojení může značně obohatit sexuální život handicapovaných. Masturbační techniky mají zejména pro tělesně postižené význam v tom, že jejich praktikování není vázané na další osobu.

Novosad (2006) o masturbaci uvádí, že je to často jediná nekontraindikovaná možnost intimního vyžití v případech velmi těžkého fyzického postižení. Také vidí masturbaci jako jeden z prostředků terapie, protože se při ní uvolní sexuální napětí, čímž se odstraňují psychické bloky, a handicapovaný jedinec se tak může osobnostně rozvíjet zejména díky větší vstřícnosti ke všem podnětům.

Masturbace je také i dalším druhem terapie. Jsme-li sexuálně uspokojeni a dokážeme-li se takto intimně realizovat, pomůže nám to i fyzicky. Každý z nás určitě slyšel o tom, jak psychický stav ovlivňuje fyzický a naopak. Sexuální zdraví má totiž významný podíl na celkovém zdraví jedince. Proto by se měl každý tělesně postižený pokusit o seberealizaci naplněním jedné ze základních potřeb člověka, kterou, jak víme, sexuální potřeba bezesporu je. Téměř každý má své schopnosti a dovednosti, které se dají při správném přístupu využít a rozvíjet. Navíc je dnešní erotický trh doslova přeplněn obyčejnými či speciálními pomůckami ve své široké různorodosti, které mohou posloužit jako kompletní partnerská náhrada.

Celkově můžeme o autoerotice hovořit jako o „vyžití ve fantazii“. Nejen ve spojení spolu s tělesnou stimulací se lze v sexuálních přáních během našeho denního snění alespoň částečně seberealizovat. Tyto úniky z reality mají také relaxační vliv, který směřuje k pozitivním vlivům a pocitům. Absence skutečného milostného partnera, bez vlivu jeho přímé interakce může působit omezujícím dojmem, ale pro handicapovaného tu jde o „*možnost nekomplikované sexuality, kterou si sami řídí, určují a autonomně vytvářejí s vysněnými*

partnery, kteří jsou kdykoli k dispozici... utajené sexuální fantazie může podněcovat také pornografie.“ (Jürg, 2006, s. 80). Pornografie však může mít také zcela jiný účel - jeden mladý muž postižený dětskou mozkovou obrnou využíval erotické filmy a časopisy jako studijní materiál, aby si mohl vytvořit představu, co je pro něho v sexuálním životě reálné a co ne. (Vrublová-Janoušková, 2005)

Masturbaci je však nutné realizovat v rozumné kvantitativní míře. I ona může mít své negativní následky - stejně jako vyhraněný návyk na pornografii, může zvyk na uspokojení formou autoerotiky mít dopad na případnou budoucí souhru s partnerkou.

3.5 Sexualita se získaným handicapem – příčné ochrnutí

Je pochopitelné že se nejčastěji hovoří o problematice tělesně postižených s lézí páteře, tedy přerušením nervových a míšních drah, jež jsou často pojmenovávána jako ochrnutí. Právě zejména oblast sexuality takto handicapovaných skrývá pro většinovou populaci nejvíce odpovědí na nesčetné otázky či spíše domněnky, které lze charakterizovat na následujících úryvcích z internetového diskusního fóra (Lidé na vozíku a sex):

Mohou žít i lidé upoutaní na vozík sexuálním životem? Jak to řeší?... Nebylo mně jasné, jak mohou mít přirozenou cestou dítě, když je ten pán ochrnutý od pasu dolů. Jen jsem se nad tím pozastavil... Je mně to naprosto nejasné, asi teď budu vypadat jako primitiv, ale jak je to možné, když „to“ neovládá?... Chápu ještě, že sex má vozíčkář se zdravým nebo se zdravou, ale co dva vozíčkáři?... Nedovedu si představit sex s vozíčkářem, ale manžel říká, že když má chlap zdravé ruce a jazyk, tak dokáže udělat ženu šťastnou!... Prosím tě a co při sexu zažíváš ty? Víím, že spousta vozíčkářů žije téměř normálním sexuálním životem, ale je to spíš u kvadruplegiků, ale co paraplegici? Tam je to trochu obtížnější, ne?... Pochybuji, že sexuálně nežijí - jen si to nedokážu představit...

Musíme mít na mysli, že je problematika praktické sexuality u poranění páteře a míchy složitější než u ostatních typů handicapu a následující stať se snaží nabídnout pouze částečný náhled s odkázáním na knihu MUDr. Taťány Šrámkové, jež byla zmiňovaná v úvodu této práce. Nicméně faktem je skutečnost, že naše otázky směřují velmi často na sexuální a reprodukční možnosti ochrnutých mužů. Často je tato realita napadána ze strany ochrnutých

žen, jelikož je pravdou, že odborné diskuse a omezené množství dostupných informací jsou skutečně obvykle zaměřeny na takto handicapované muže. Důvod je možná tvrdý, ale prostý. Ochrnutých žen je mnohem méně než mužů. Poměr mezi ženami a muži tělesně postiženými vlivem ochrnutí je uváděn v různé šíři, například Paeslack (1996) uvádí hodnotu 1 : 4, Šrámková (1997) dokonce 1 : 7. Jednoznačně se míšní postižení u žen vyskytuje v menší míře. Neméně významným důvodem je v případě srovnání ochrnuté ženy a muže jejich odlišná situace z pohledu zachování sexuálních funkcí. Jak uvádí Šrámková (1997), každá ochrnutá žena je schopna sexuálního styku. Oproti tomu je stav ochrnutého muže, tedy funkce jeho genitálu, mnohem složitější, omezující a především individuálnější. Pro demonstraci si uvedeme pohled sexuologa na problematiku erekce u mužů s míšním poraněním:

„Stupeň a charakter poruchy záleží na lokalizaci a rozsahu léze. Při lézích ve vyšších oblastech může dojít k postižení erekce vyvolané psychickými podmínkami, zatímco reflexní erekce při taktilní stimulaci penisu může zůstat do jisté míry zachována. Naproti tomu při postižení sakrálních center a uchování thorakolumbální oblasti se výjimečně může při chybění reflexní erekce zdařit psychogenní vyvolání erekce zprostředkované příslušnými vlákny sympatiky.“ (Kratochvíl, 2003, s. 23)

Tento odborný úryvek z oblasti neurologie nám přitom chce vysvětlit vcelku jednoduchý, byť paradoxní jev. Čím výše je příčné porušení nervových cest v páteři (tedy směrem od beder k hlavě), tím je vyšší šance na zachování reflexní erekce. A čím vyšší je takové přerušení, o to více jsou zasaženy funkce všech končetin. Jedinec s omezenou hybností $\frac{3}{4}$ svého těla má tedy lepší prognózy ohledně zachování funkce genitálu než muž s omezenou hybností $\frac{1}{2}$.

Jinou často kladenou otázkou je schopnost ochrnutého muže dosáhnout výronu semene, tedy ejakulace, se kterou je spojený prožitek orgasmu. Ano, poranění páteře způsobuje také poškození transportu spermií a následkem může být absence výronu ejakulátu. Také je vysoké procento ochrnutých mužů, především paraplegiků, kteří po úraze doposud nedosáhli ejakulace. Lze však hovořit o takzvaném suchém orgasmu a dalších projevech vlastního uspokojení.

„Orgasmus, který je u zdravého muže spojen s ejakulací, má po úraze jinou kvalitu...I někteří muži s transversální (příčnou) míšní lézí mohou dosáhnout orgasmu. Prožívají ho různě - jako teplo v podbřišku, brnění po celém těle či pocity tepla v hlavě. To je tělesný orgasmus. Při psychickém orgasmu cítí muž uvolnění.“ (Šrámková, 1997, s. 45)

Avšak existují i jiné způsoby prožití sexuálního uspokojení, byť nedosahují takové kvality jako „přirozený“ orgasmus. Takzvaný paraorgasmus, který je navozený při prožitku orgasmu partnera či partnerky nebo fantazijní orgasmus, spojený s vnitřním vyvoláním prožitku orgasmu tak, jak probíhal a byl zažitý před úrazem.

Částečné nebo úplné omezení schopnosti erekce a ejakulace je podstatné pro mužskou sexualitu. Oproti tomu u ochrnutých žen takové nápadné nálezy ve velké míře zcela chybějí. Jaký má tedy dopad postižení na jejich prožitky a sexualitu? Funkční poruchy jsou pouze méně specifické, ale neméně významné. Ochrnutá žena má dobré předpoklady pro realizaci pohlavního styku, ale také jako u muže s různou mírou omezení a změn vlastních vjemů a sexuálního uspokojení. Jednu z možných odpovědí můžeme nalézt u vnímání vlastního sexuálního života 29 let staré ženy s kvadruplegií.

„Měla jsem výhodu v tom, že jsem se před přítelem vůbec nestyděla. On se totiž omne hned po nehodě celou dobu staral. Oproti tomu jsem měla strach, že při milování nebudu nic cítit. Naštěstí to tak není. Je to sice jiné než předtím, ale je to hezké. Cítím vzrušení, ale úplného vrcholu asi nejsem schopna dosáhnout.“ (Vrublová-Janoušková, 2005)

3.6 Sexualita s vrozeným handicapem – dětská mozková obrna

Odlišnou tematikou je intimní život postižených dětskou mozkovou obrnou nebo pokročilejší formou roztroušené sklerózy a jedinců s amputovanými končetinami. Fyziologická funkce pohlavních orgánů bývá dobře zachována, ale vystupuje tu naopak složitá problematika individuálního vnímání vlastní atraktivity a stigmatizující pohled zdravé společnosti. Vzhledem k ideálu krásy bývá vzhled takto tělesně postižených, spolu s častými mimovolnými pohyby a grimasováním pro zdravé odpuzující. Sexualita takto může vypadat odporně a odsouvá tak handicapované opět více na okraj majoritní skupiny zdravých lidí.

Při snaze o pohlavní styk u jedinců s dětskou mozkovou obrnou se mohou vyskytnout překážky v podobě prudké spasticity dolních končetin nebo svalů v oblasti kyčle. Jinou překážkou mohou být obtíže vzniklé z důvodu patologického zkostnatění měkkých částí. Projevy obrny jsou stejně jako u jiných tělesných postižení individuální, a to nejen pro její různé druhy, ale také díky způsobu života handicapovaného. V každém případě musejí partneři opět společně hledat jiné vhodné možnosti provedení pohlavního styku nebo alternativních způsobů sexuálního vztahu. Následující výpovědi dvou dospívajících mužů postižených dětskou mozkovou obrnou na otázky sexuálního života nám potvrzují uvedené skutečnosti.

„Moje postižení nemá vliv na mou potenci, ale iniciativa při milování musí být na straně partnerky (zdravé partnerky), nemůžu praktikovat všechny polohy. Musel jsem přijít na to, co zvládnou a co ne.“

„... mám velké obavy, jak bych to zvládnul, velký třes končetin je velká překážka, nemohu to nijak ovládat, nemám moc velký cit v rukách. Hodně by záleželo na partnerce... Postižení neovlivnilo mou potenci, ale velký třes končetin je velká překážka...“
(Vrublová-Janoušková, 2005)

3.7 Význam genderu u handicapovaných a možné důsledky v sexualitě

Hovořili jsme o faktických rozdílech mezi tělesně postiženými v důsledku míšního poranění z pohledu muže a ženy, které mají vliv na jejich sexuální život a možnosti v roli sexuálního partnera. Je však nutné podívat se hlouběji na celkové odlišnosti u obou pohlaví v kontrastu sexuality a handicapu. Východiskem nám je fakt, že člověk jako vyšší živočišný druh vytváří pohlavní partnerství na základě genotropismu, tedy přitažlivosti mezi opačným pohlavím spolu s jeho komplexním sexuálním chováním (Nakonečný, 1997, s. 190).

Už samotné sexuální chování mužů a žen se významně odlišuje. Žena přistupuje k milostné hře v podobě protikladů, tedy lákáním muže a následným odmítáním, nabízením se a odvracením nebo snůškou tajemství, které jsou konfrontovány naivní upřímností až drzostí. Oproti tomu muž využívá a nabízí své kvality v podobě síly, výkonu, důvtipného humoru a odvahy. Tyto fakta shrnuje Jürg (2006, s. 74) ve své tezi o pronikání sexuality vášně.

„Muž chce dobýt milovanou osobu, učinit ji povolnou, chce se jí zmocnit a podrobit si ji. Žena chce muže polapit a zajmout, chce být obdivována, přitahovat milovaného člověka, svést ho, vyvolat jeho hněv a odvahu, zlákat ho do sítě, kde ho chce chytit a udržet.“

Zajisté je tento oboustranný pohled na sexuální chování blízký realitě, ale v případě jak muže, tak ženy s tělesným postižením, může být pohlavní role mnohdy až radikálně změněna či alespoň značně omezena, protože je handicap tak významný faktor, že je těmto uvedeným pohlavním rozdílům doslova nadřazen. Vágnerová (2004, s. 186) uvádí, *„že je postižení dominantním znakem identity, který překrývá gender (pohlavní) roli. Ostatní lidé vnímají tohoto jedince především jako handicapovaného, a teprve pak jako muže či ženu.“*

Paeslack (1996) tomuto faktu dokonce přiřazuje nejvyšší význam v překážkách aktivní integrace zdravotně postižených, kteří jsou doslova cejchováni, muž stejně jako žena, na bezpohlavní a sexuálně neutrální osoby. Polemizuje nad příčinami tohoto mínění, kdy jako jednu z možností uvádí zažitý postoj hovořit o postižení podvědomě jako o neutrálním pojmu.

Šrámková (1997) uvádí, že jsou v sexuálním chování mužů i žen logické rozdíly a pohlavní role je ve vztahu heterosexuálních jedinců nezastupitelná a nezaměnitelná.

Lze říci, že obecnými znaky pohlavní přitažlivosti jsou zejména zdatnost a krása, jako odvěké atributy ideálu lidské sexuality. Ale *„tradiční pojetí sexuální výkonnosti klade na muže vyšší požadavky než na ženy. V popisech sexuálních dysfunkcí žen bychom marně hledali pojem impotence. Potentní, nebo naopak impotentní může být jen muž.“* (Zvěřina, 2003, s. 75) Například u mužů s příčným ochrnutím s nižší lézí lze chápat jejich potíže s pomocí doslova jako totální kastraci. Proto můžeme u muže uvažovat, nejen v sexuálním životě, o ztrátě jeho přirozené pohlavní role. Když muž nemůže praktikovat genitální sex v podobě koitu, dostává se do situace, kdy je jeho pozice muže zpochybněna mnohem víc než status postižené ženy. (Murphy, 2001) Tělesně postižení muži tak mohou s přihlédnutím k pohlaví částečně či plně přijít o svou dominantní roli v sexuálním chování v heterosexuálním vztahu. Prokázaná vyšší agresivita muže se projevuje právě i v sexuální oblasti – muž iniciuje sexuální styk vstupem do vagíny.

Avšak status postižené ženy je také tvrdě zasažen, a to především takzvaným mýtem krásy. V souvislosti s těžším postižením můžeme téměř vždy hovořit o změně fyzického vzhledu. Handicapovaná žena je často sebe samou vnímá jako neatraktivní, čímž poškozují pozitivní představu o vlastním těle. Tyto změny celkové tělesné stránky a jejich následných negativních hodnocení lze pak označit jako psychofyzickou katastrofu. Paeslack (1996) při pojednání o ženské atraktivitě u ochrnutých žen uvádí jako nutnost zdlouhavý proces učení, na jehož konci je poznání, že každá, byť tělesně postižená, je stále ženou.

„Nejprve se musí naučit opět se jako žena chovat, jako žena se cítit. Musí získat nový vztah k vlastnímu, závažně a finálně změněnému tělu, musí mít odvahu cítit se sama zase jako hezká a atraktivní, mít své tělo ráda, aby je mohl za atraktivní a milované považovat také jejich partner.“ (Paeslack, 1996)

My však můžeme zcela oprávněně předpokládat, že je tento proces sebepoznání vlastního pohlavního já významný nejen u ochrnutých žen, ale i ostatních žen s odlišným tělesným postižením. Neméně závažné problémy mohou mít například ženy po mastectomii (úplné odstranění prsu) nebo amputaci – radikální změna jejich fyzického vzhledu zákonitě také směřuje k vnímání sebe samé jako ošklivé a neatraktivní.

Mimo to jsou další cesty, jak být přitažlivou ženou. U handicapovaných žen můžeme pozorovat snahy o celkově upravený zevnějšek, například v podobě vhodného oblékání a líčení. Koszarycz (In Tošnerová, 1998) zdůrazňuje důležitost oblékání, kdy je přiměřená volba spodní prádla základním předpokladem pro sebevědomí kterékoli ženy. Tento pozitivní přístup se pochopitelně týká i handicapovaných mužů, protože nejen žena má vlastní sebevědomí... I on by měl dbát na hezké oblečení, udržovat svůj fyzický stav a redukovat stav tělesné hmotnosti. A nemusíme ve spojitosti se zevnějškem hovořit pouze o oblečení, třeba i ortopedické vozíky doznaly v dnešní době velkých změn a nemusejí sloužit pouze jako nutný dopravní prostředek.

Vzpomínky mladší ochrnuté ženy-kvadruplegičky na dobu po jejím úraze nám mohou ukázat, jak významnou roli má slovní spojení „být ženou“. Při návratu do svého předešlého partnerského vztahu teprve začala přemýšlet o svém sexuálním životě. Měla silného partnera, který jí dokázal být přítelem i v těchto těžkých chvílích, ale protože pro mnohé obavy odmítala sex, našel si milenkou. Ve chvíli, kdy si postižená žena uvědomila v jaké situaci se

vlastně nachází, snažila se být pro přítele více atraktivní. Uvádí, že začala chodit do solárního studia, k holiči a kupovala si pěkné spodní prádlo. U přítele to pochopitelně vyvolalo odezvu a postupem času došlo opět k milostným hrám včetně soulože.

Z dalšího pohledu je status postižené ženy determinován i vymezením sexuality patriarchální kulturou. V případě, kdy budeme vycházet z faktu, že „*sexuální styk neznamena jenom zážitek slasti orgastického druhu, ale například také úspěchu... sex se může stát nejen cílem, ale i prostředkem k dosahování nesexuálních cílů, například jít nahoru ve společenském žebříčku*“ (Nakonečný, 1997, s. 194), můžeme předpokládat, že je zejména sexualita ženy vázána také ekonomicky a společensky. Žena využívá svého sexuálního chování jako prostředku k lákání mužů, což je někdy nezbytné, protože mít po svém boku muže je v naší kultuře jeden z prostředků, jak dosáhnout určité moci a postavení (Oakleyová, 2000).

3.8 Odlišná sexuální orientace u handicapovaných

Bylo by scestné předpokládat, že mezi handicapovanými jsou vždycky jen lidé heterosexuální orientace. Ať už budeme považovat homosexualitu za nemoc, deviaci, vrozenou vlastnost či hříčku přírody, musíme vždy počítat s tím, že jde o všudypřítomný fenomén, který se vyskytuje po tisíce let a v nejrůznějších populačních skupinách, tedy i u zdravotně postižených. Na homosexualitu jako jev, kdy je jedinec nejen sexuálně přitahován a vzrušován člověkem stejného pohlaví, se také velmi často nahlíží negativně. Stejně jako bývají stigmatizováni handicapovaní, jsou onálepkováni i lidé s odlišnou sexuální orientací - jak homosexuální muži, tak ženy. Přestože se situace v této oblasti pomalu zlepšuje, dostává se handicapovaný s odlišnou orientací do dvojité pasti, protože jsou jeho partnerské a sexuální problémy zasaženy většinou populací hned dvakrát, ocitá se na půdě dvou menšin a může mít ještě větší potíže než handicapovaný s heterosexuální orientací.

Významná česká sexuoložka Pondělíčková (2005, s. 147 -153) definuje odlišnou orientaci jako „*celoživotní, neměnný a nositelem nezapříčiněný a nezvolený stav*“ a u takto odchylných lidí zdůrazňuje, „*že sexuální deviace není morálním nedostatkem, protože ta je člověku daná, zakódovaná bez jeho přání, bez možnosti svobodného rozhodnutí, proto si tito lidé zaslouží porozumění, případně i soucit.*“ Ani u tělesně postižených není nutné, aby byly

projevy homosexuality potlačovány a omezovány, ba naopak. V případě, kdy nebude nikdo homosexuálním chováním handicapovaného ohrožován, bychom ho měli možná více než podporovat. Důvod je nasnadě – pro každého je z mnoha důvodů důležité co nejvyšší uspokojení jeho sexuální potřeby, což by bylo v případě potlačované homosexuality jak samotným jedincem, tak pro předsudky majoritní společnosti obtížné.

Problematika homosexuálních vztahů u tělesně postižených je ještě větší měrou než jiné oblasti intimního života handicapovaných pokryta otázníky. Níže uvedené zkušenosti homosexuálního muže, který je upoután na ortopedický vozík, jsou pro nás možná jednou z prvních vlašťovek k jejich odkrytí.

Po úraze se snažil najít partnera, ale doposud marně. Konstatuje, že homosexuální muži to mají na vozíku mnohem těžší. Setkal se s mnoha ženami, které o něj jako o partnera měli vážný zájem, ale doposud nenalezl muže, který by zvládl unést vztah s gayem - vozíčkářem. Zcela otevřeně uvádí, že je v tomto ohledu gay komunita maličko krutá. Poznal i mnoho homosexuálů, kteří po úraze racionálně zvolili za partnera ženu, od které natvrdo čekají do budoucna především zajištění a volí tak nešťastnou cestu vlastního sebezapření. Možnost je tedy dvojitá, zvolit si zapření s nepodnětným sexem, nebo vystoupit se svou pravou orientací a dostat se tak do dvojnásobného znevýhodnění - být gayem a v gay komunitě ještě vozíčkářem, kdy se navíc při velké nesoběstačnosti stává touto volbou ze života doslova peklo.

„Jsem připraven i na urážky, ale přesto se zeptám. Myslíte si, že může existovat i normální homosexuální vztah člověka na vozíku? Já jsem gay a rozhodně netoužím zůstat sám, ale strach z blbých keců ostatních kluků na vozíku mi nedovolí toto téma otevřít jinak než na internetu. A jsou třeba i kluci s gay orientací na káře? Nebo jsem jediný?“ (ochrnutý muž, internetové diskusní fórum – Lidé na vozíku a sex)

4. SEXUÁLNÍ OSVĚTA A PORADENSTVÍ

4.1 Speciální sexuální výchova

Možná se budeme ptát, proč speciální sexuální výchova, když nemáme doposud v našich poměrech stále jasno ohledně otázek standardní sexuální výchovy v rámci rodinné výchovy na základních školách. Odpověď nalezneme u Novosada (2006), který nám srozumitelně vysvětluje potřebu speciální výchovy v otázkách sexuality pro handicapované, kdy považuje v otázce partnerství a sexuality člověka s postižením za nutné pojednat o úloze přípravy tělesně postižené mládeže na partnerskou, sexuální, manželskou a rodičovskou roli. Dále uvádí, že *„tato oblast je charakterizována částečným až úplným výchovným selháním rodiny i vzdělávacích institucí. Skutečnost, že sami rodiče nedostali až na výjimky kvalitní a včasnou sexuální osvětu, a dlouholetá společenská tabu vedla k tomu, že většina zainteresovaných nepřijímá sexuální aktivity lidí s postižením přirozeně.“* (Novosad, 2006, s. 40) I v rovině sexuální výchovy majoritní populace se vyskytuje zcela stejný problém. Absence sexuální výchovy za totalitního režimu vyústila k tomu, že i odborníci z řad lékařů, pedagogů nebo sociálních pracovníků jsou dnes těmi, kteří nejsou dostatečně kompetentní k poskytnutí pomoci s řešením partnerských a sexuálních problémů, navíc ještě u tělesně postižených. Například podle údajů Světové zdravotnické organizace nejméně jedna třetina učitelů není schopna sexuální výchovu učit a často udržují tabuizaci sexuálních témat ve své zredukované sexuální výchově. (Uzel, 2006)

Zejména situace pedagogů ve speciálních školských zařízeních v České republice je dle provedeného průzkumu žalostná. Dotazníkový průzkum potřebnosti sexuální osvěty ve specializovaném školství, kterého se zúčastnilo 101 speciálních škol a zařízení s celkovou kapacitou přibližně 11 000 žáků hovoří ve svých závěrech jednoznačně.

Podle druhů postižení je v cílové skupině žáků 59 % mentálně postižených, zbytek tvoří žáci postižení tělesně a smyslově. Nejsilnější skupinou dle věkové struktury jsou starší děti ve věku 11 až 15 let. Zejména druhá část šetření přinesla alarmující výsledky. V otázce potřeby rozšiřování znalostí žáků v oblasti sexuální osvěty odpovědělo kladně 89 % dotazovaných. Vlastní proškolení pedagogických pracovníků by přijalo 95 % korespondentů. Ve stejné výši odpověděli dotázaní na vytvoření edukačních materiálů jak pro samotné pedagogy, tak rodiče postižených dětí. V otázce současné nabídky vzdělávání v

sexuální osvětě žáků bylo zjištěno, že 50 % škol nemá žádné možnosti pro její výuku! Výsledky byly dotazovanými odůvodněny jednoznačně - nedostatek financí na tyto aktivity. (Kovář, 2006)

Sami pedagogové ve speciálním školství si tedy uvědomují tíživou situaci v podobě nedostatku kvalitní sexuální osvěty svých žáků a mají zájem o vlastní odborné vzdělání s dostatkem edukačních materiálů.

4.2 Východiska speciální sexuální výchovy

Uzel (2006) definuje sexuální výchovu v souladu s IPPF a WHO jako přípravu na sexuální život a výchovu k mezilidským a rodinným vztahům. Důraz klade na antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných nemocí, kdy se řeší i psychologické a psychosexuální problémy spojené s každým partnerským soužitím. Každým partnerským soužitím je pro nás zejména i soužití, kde figurují handicapovaní spolu se svými významnými a specifickými problémy, jež se musejí bezpodmínečně a otevřeně řešit. Svůj osobitý ráz dostávají otázky ve volbě partnera, reprodukčního zdraví, rodičovství, práva na odlišnost a také třeba prostituce spolu s dalšími tématy. Mellan (2008) v souvislosti s postižením uvádí, že „nelze aplikovat teze pro sexuální výchovu na základních školách a je třeba se proto zamyslet nad potřebou speciální sexuální výchovy“. V souvislosti s tím musíme mít na mysli, že „při sexuální výchově postižených je nutno počítat s jejich zvýšenou psychickou zranitelností, je nutno neustále tlumit jejich úzkost a strach z neúspěchu a odmítnutí.“ (Dzido, 2002).

Značně významnou skutečností u speciální výchovy jsou rozdílnosti dle charakteru postižení a věku handicapovaného. Musíme přistupovat k tématům sexuality především individuálně a respektovat obrovskou složitost a pestrost tělesného postižení s jeho následky a projevy. Například u jedinců s vrozeným postižením se častěji setkáme se závažnějšími sexuálními poruchami než u získaných postižení. Handicapované dítě je především třeba soustavně připravovat na takovou sexuální roli, která bude uskutečnitelná v jeho daných mezích.

4.3 Význam primární rodiny při speciální sexuální výchově

I ve většinové společnosti je známo, že zdravé a průměrné rodinné prostředí omezuje vývoj sexuálního chování jedince, a to často zejména u dospívajících dívek. Při snaze o získání sexuálních zkušeností je proto nutné čelit také vlivu rodiny. Handicapovaní mají tuto situaci ztíženou navíc skutečností, že jsou většinou daleko více vázáni na svou primární rodinu. Chybějící dostatečná poučení o sexuálním životě, pravděpodobně více než u zdravých jedinců, jsou další nepříjemnou zkušeností v cestě k uspokojivému sexuálnímu životu.

Je realitou, že mnoho rodičů, a to právě i handicapovaných dětí, prostě není schopno své potomky kvalitně o sexualitě poučit. Uzel (2006) popírá mylné názory, že výchova v rodině může zabezpečit tak širokou škálu sexuální problematiky v dostatečné míře a kvalitě.

„To dokáže jen školený pedagogický pracovník, který by měl pro institucionální sexuální výchovu získat i rodiče a zabezpečovat, aby školní sexuální výchova postupovala s rodinnou výchovou ruku v ruce.“ (Uzel, 2006, s. 22)

„Včasná, systematická, zasvěcená a adresná sexuální osvěta, vedená dobrým pedagogem ve spolupráci s rodiči a přizvanými odborníky, je tím, čím může škola či jiné výchovné zařízení přispět zdravotně postiženým k úspěšnému rozvoji sexuality, volbě partnera a k založení rodiny.“ (Novosad, 2006, s. 40)

Největší překážky pak vidí Uzel (2006) právě v nedostatečné spolupráci v minimální míře mezi výchovou školní a rodinou. Ovšem můžeme daleko podstatnější problém vidět v nedostatečném počtu právě takových pedagogických pracovníků. Jak mají rodiče naklonění spolupráci vést součinnou sexuální výchovu svých dětí s osvěcenými pedagogiky, když vlastně téměř žádní nejsou.

4.4 Sexuální poradenství

V současných podmínkách chybí ucelená a dostupná forma sexuálního poradenství pro handicapované. Přesto nám Novosad (2006) nabízí tři roviny sexuální osvěty, z nichž každá zaujímá svou jedinečnou pozici a zahrnuje jednotlivé okruhy témat, které se vzájemně prolínají a doplňují.

- Obecně preventivní - anatomie a sexuální fyziologie, výchova k rodičovství, sociální a komunikační dovednosti.
- Individuálně preventivní - sexuální chování, koitální a nekoitální sexuální techniky, antikoncepce, partnerské dovednosti.
- Intervenční poradenství - akutní problémy jedince či partnerské dvojice.

Rovina obecné a individuální prevence se týká právě speciální sexuální výchovy, tedy samotných rodičů a pedagogů. Intervenční poradenství je proto závislé především na dalších odborných pracovnících. Základním nedostatkem sexuálního poradenství je, že doposud neexistuje, stejně jako u specializovaných pedagogů, dostatečný počet kvalitních odborníků, zejména z řad sexuologů, kteří by byli schopni poskytnout odbornou poradenskou činnost pro handicapované v otázkách sexuálních dysfunkcí, poruch plodnosti, plánovaného rodičovství a celkově praktických možností v sexuálním životě tělesně postižených jedinců.

Zvěřina (2003, s. 24) potvrzuje tuto skutečnost tvrzením, že „*sexuologů nikdy nebude tolik, aby sami zvládali péči o pacienty se sexuálními poruchami v celém rozsahu*“. Proto je potřeba, aby byly řady lékařských odborníků rozšiřovány v interdisciplinárním smyslu. Také Šrámková (1997) uvádí, že koncem devadesátých let působilo v České republice přibližně pouhých třicet lékařů-sexuologů. V současnosti se na problematiku handicapu a sexuality specializují pouze dva sexuologové.

Jistou nadějí je skutečnost, že obrovský rozvoj sexuologie způsobil, že se problematice sexuality věnují nejen lékaři a psychoterapeuti, ale také fundovaní učitelé, sociologové, psychologové a další odborníci, mezi kterými má významnou roli a své postavení i sociální pracovník. Zvěřina (2003, s. 24) uvádí, že při větších sexuologických odděleních je nezbytný nejen úvazek klinického psychologa, ale také právě sociálního pracovníka.

4.5 Role sociálního pracovníka v sexuálním poradenství

Sociální pracovník, kterému je připisována významná role v interdisciplinárním týmu, je klíčová osoba, která provádí svého klienta mnohdy hořkou a trnitou cestou. Široký rozsah jeho znalostí by měl zahrnovat i podporu a poradenskou pomoc v oblasti sexuality a partnerských vztahů u klientů, a to v takovém rozsahu, který mu dovolí jeho vlastní možnosti. Problematika handicapu se přece netýká pouze zajištění finančních dávek v rámci sociálního zabezpečení, oblasti vhodného bydlení, bezbariérového prostředí nebo možností pracovního uplatnění. Také v oblasti intimního života je více než nutné při zájmu druhé strany nabízet pomocnou ruku. Když nebudou pokryta všechna úskalí a zákoutí života zdravotně postižených, nebudeme moci zajistit poskytnutí kvalitních sociálních služeb, do kterých i oblast sexuality jednoznačně patří. Nebudeme schopni zajistit přímou a komplexní cestu k integraci zdravotně postižených do majoritní společnosti!

Je nutné, aby se pracovníci orientovali v dané problematice a věnovali pozornost i těmto potřebám svých klientů. Nemusí se jednat zprvu o přímé odborné poradenství, ale například o různé formy cílené podpory nebo pomoci při seznamování. Základním atributem je samozřejmě informovanost, kde lze hledat vhodnou pomoc. Jde o podstatný a výchozí fakt, protože handicapovaní mnohdy prostě nevědí, kam a na koho se obrátit.

Sociální pracovník ze své pozice „bojovníka“ za zlepšení lidské společnosti prostřednictvím zmírňování a řešení sociálních problémů a především práce s jednotlivcem, skupinou a celou komunitou v ideálu naplňování individuálního lidského potenciálu, zastává v moderním pojetí roli klíčového pracovníka a pojiva v rámci vzájemné spolupráce různých odborníků v multidisciplinárních týmech. V pomáhajících profesích poskytujících pomoc zdravotně postiženým figurují odborní lékaři, psychologové, speciální pedagogové, fyzioterapeuti, osobní asistenti a další pracovníci, nezastupitelné postavení získává také sekundární rodina, především rodiče handicapovaných dětí. U všech členů se předpokládá vysoká odbornost a profesionalita, u rodičů pak systematická práce s dítětem v přirozeném domácím prostředí - kdy i oni mohou očekávat péči a podporu právě z řad členů multidisciplinárního týmu. Uvedený model systematické a efektivní pomoci, který není doposud ve větší míře využíván, nám při aplikaci na problematiku handicapu a sexuality potvrzuje nutnost vzdělání alespoň v základní míře v otázkách intimní oblasti handicapovaných pro sociálního pracovníka jako koordinátora multidisciplinárního týmu.

Sociální pracovník může sám ze své pozice být „specializovaným“ pracovníkem, eventuálně být minimálně zasvěcen do uvedené tematiky a zastupovat tak roli zprostředkovatele - informátora, který je schopný vyhledat pomoc u jiného člena týmu nebo externího odborníka. V současné době také vzniká prostor vhodný pro profesionální uplatnění i dalších pracovníků v oblasti sexuality handicapovaných, díky vývoji současného stavu sociálních služeb. Například i pracovník přímé péče může být díky svému zájmu kompetentní k poskytnutí vhodné pomoci a podpory. (Jankovský, 2007)

V rámci sociální práce lze využívat k podpoře sexuálního života u zdravotně postižených nejen individuálního poradenství a intervence, ale také skupinové práce i ve formě svépomocných skupin, kde lze zajistit podporu individuálních potřeb všech členů skupiny srovnatelnou měrou - zvláště díky možnostem výměny informací k tématu a volné diskuse mezi účastníky. Při práci s jednotlivcem nebo skupinou lze vhodně využít techniky názorné instruktáže, přehrávání rolí a jiných.

4.6 Kde hledat pomoc?

Budeme-li se chtít podívat na situaci konkrétní a cílené pomoci v oblasti sexuality lidí s tělesným handicapem, zjistíme, že existuje nabídka různorodých služeb v uspokojivé kvalitě, ale bohužel i minimální kvantitě. Aktivity jednotlivých organizací a institucí vytvářejí pomyslné základy systému relevantní pomoci nejen lidem s postižením, ale také jejich rodičům a především pracovníkům v sociálních službách, kteří se pak mohou zpětně podílet na budování smysluplné a odborné pomoci konkrétním jednotlivcům, kteří v této oblasti hledají podporu. Jsou tak formovány klikaté cesty k potřebným specialistům.

Službami v oblasti sexuality myslíme především individuální nebo párové poradenství, intervenci, kurzy v rámci systému dalšího vzdělávání, přednášky, konference nebo specializované seznamky a tvorbu edukační materiály.

4.6.1 Spinální jednotka

V České republice působí čtyři spinální jednotky, které poskytují léčbu a rehabilitaci pacientům po poškození míchy. Nejstarší byla založena v roce 1992 v Brně, další pak postupně vznikly v Liberci, Ostravě a Praze. Spinální jednotka jako specializované pracoviště

v rámci většího zdravotního zařízení nabízí největší šanci na minimalizaci následků závažných poranění, a to především díky specializované mezioborové péči. Do postakutní fáze léčby patří totiž i psychologické a sexuologické poradenství jako součást ucelené péče. Doposud bohužel pouze v brněnské spinální jednotce figuruje v rámci této komplexní pomoci sexuolog, který se pacientům aktivně věnuje od počátku hospitalizace. Pomoc sexuologa je u jedinců s poraněním páteře a míchy na místě, protože zdravý člověk rázem získává nejen poruchy hybnosti, ale i sexuální problémy.

4.6.2 Pohoda

Občanské sdružení Pohoda – společnost pro normální život lidí s postižením nabízí od roku 1998 široké spektrum služeb pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením. Poskytuje především sociální služby chráněného komunitního bydlení, denního stacionáře a osobní asistence, mimo které se věnuje i dalším oblastem běžného života zdravotně postižených, kdy nabízí pro každého zájemce individuální poradenství v oblasti sexuality. Další službou je individuální nebo párová intervence v řešení vztahů a sexuality za pomoci speciálních edukačních pomůcek, včetně řešení konkrétních sexuálních potřeb a realizace samotného sexu. Pohoda působí také v oblasti vzdělání v podobě osvětových diskusí a dvouslokového specializovaného kurzu „Sexualita a vztahy lidí s postižením“.

4.6.3 Orfeus

Občanské sdružení Orfeus, které bohužel v roce 2009 pozastavilo prozatím svou činnost z důvodu nedostatku finančních prostředků v podobě státních dotací, do nedávné doby nabízelo mimo jiných služeb pro tělesně postižené i specializovanou sexuologickou poradnu pro zdravotně postižené při Centru denních služeb. Individuální poradenství zde poskytoval zkušený sexuolog MUDr. Jiří Mellan, který naštěstí nadále poskytuje svou pomoc jak v soukromé praxi, tak pod záštitou jiných organizací. Od roku 2003 Orfeus provozoval jednu z mála specializovaných sezonek pro zdravotně postižené a zcela ojedinělou možností pomoci, byť jiného charakteru, byla nabídka konzultací a vedení studentských prací právě na téma sexuality u zdravotně postižených, která přispívala k možnostem větší orientace v této problematice.

4.6.4 Paraple

Pravděpodobně si nemusíme představovat pražské Centrum Paraple, jež při Svazu paraplegiků dlouhodobě poskytuje ucelené rehabilitační služby pro lidi po úrazu páteře a míchy. Do ambulantních služeb rehabilitačního centra patří samozřejmě i poradenství v oblasti sexuality, rodiny, partnerských vztahů a rodičovství. Během roku 2006 dvakrát proběhl v oblasti rodičovství kurz „Máma na vozíku“ pro ochrnuté ženy. V průběhu velmi přínosného kurzu měly účastnice možnost nejen výměny vlastních zkušeností ve výchově dětí a mateřství na vozíku, ale zúčastnily se i besed s gynekoložkou, dětskou psycholožkou a urologem. Kurzy s tematikou mateřství tělesně postižených žen jsou unikátní možností, jak získat informace a cenné zkušenosti pro případné plánované rodičovství na principu svépomocných skupin. Jistě se jedná o jednu z vhodných cest ke zkvalitnění života handicapovaných, kterou nám potvrzuje reakce jedné z účastnic kurzu z dubna 2006:

„Posílám pár vět o svých pocitech z kurzu. Já si myslím, že se babský kurz vydařil. Všechno bylo fajn, počasí, cvičení, přednášky, sdělování si navzájem svých zkušeností a hlavně příjemní lidé. Pro mě, jako pro (doufám) budoucí maminku, to byl hodně přínosný týden. Hlavně přednáška MUDr. Špálové, která mě uklidnila skoro ve všech pochybnostech, které jsem měla. Bylo dobré, že tam byly i holky, které k tomu mohly říct své zkušenosti, jak své těhotenství prožívaly a jaké měly problémy. Mohly jsme mluvit otevřeně o tom, co nás zajímá, jaké máme problémy a jak je řešíme. Pak se mi moc líbilo šátkování, z toho jsem byla nadšená. Hlavně proto, že uvázání šátku bych zvládla sama. Co mi tam možná trochu chybělo, a to jsem řekla už na konci kurzu, byl ještě názor neurologa a urologa na těhotenství žen na vozíku. Z celého kurzu jsem jinak nadšená a odjela jsem s pocitem, že miminko moc chci, a to víc než před kurzem. Jsem si jistější, že těhotenství zvládnu. Věřím, že to zvládnu... teda zvládneme, nejen samotné těhotenství, ale i to, co nastane potom. Byla bych moc ráda, aby se tento kurz opakoval.“

4.6.5 Další dostupné formy pomoci

Neméně užitečnými aktivitami jsou webové poradny, především pro svou anonymnost, jako například „Sexuologická poradna především pro vozíčkáře“ spravovaná Tatjánou Šrámkovou. Brněnská „Liga za práva vozíčkářů“ zase aktuálně nabízí dostupný zdroj informací v sérii článků o „Partnerství a sexu po úrazu míchy“ ve svém časopise „Vozíčkář“. Již dříve, v letech 2002 až 2004, byly publikovány články s podobnou tematikou

v časopisu „Vozka“, který doposud vydává „Ostravská organizace vozičkářů“. Oproti tomu „Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu“ přistupuje k řešení dané problematiky ve větším měřítku, kdy jsou otázky rodiny a sexuality zdravotně postižených zahrnuty do přednášek na krajských konferencích a celostátních kongresech o sexualitě, lidských vztazích a sexuální výchově a vydávány v jednotlivých sbornících.

4.7 Západní model – speciální erotické služby

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

Ano, je pochopitelné, že se setkáme s rozličnými názory na „takovou to“ pomoc zdravotně postiženým, uslyšíme námitky ze stran konzervativních jedinců nebo církve. Kdyby se tak nestalo, bylo by něco špatně, protože se tématem erotických služeb dotýkáme nejméně jednoho etického dilematu. My však především uvidíme, že existují další možnosti skutečné pomoci v oblasti sexuality a handicapu. Pro Českou republiku jako postkomunistickou zemi vystává v otázkách „jiných“ forem pomoci dvojitý problém. Musí navázat na vlastní kulturu a národní tradice, které byly často potlačeny, a zároveň navázat na aktuální trendy v jiných zemích. Situace je proto zmatená a nevyvážená a není jen otázkou, zda jsme v našich

poměrech dostatečně připraveni přijmout i progresivní řešení pomoci, jako v podobě „jiných“ erotických služeb.

4.8 Osobní problematický postoj k sexualitě u většinové populace

„Říká se, že sexualita je více o tom, co se děje v naší hlavě než pod pupkem. Chceme-li poskytovat vhodné a citlivé rady o sexuálních otázkách jiných, pak je nezbytné, abychom v tomto ohledu podrobili kritice naše vlastní pocity.“ (Koszarycz In Tošnerová, 1998)

Uvědomme si naše osobní postoje, pocity z vlastní sexuality a zodpovězme si otázky, jak můžeme pomoci druhým lidem, jak se zachováme k někomu kdo, má jiné sexuální představy než já sám, a zda máme dostatečné znalosti v oblasti sexuality - možná bych nabídl dvacetiletému zdravému chlapci jiné rady, než bych radil v sexuálním životě čtyřicetileté paní s muskulární dystrofií. Jak se tedy vyrovnáváme s vlastní sexualitou? Uvědomujeme si vlastní představy a případné předsudky nejen k sexualitě druhých, ale především ke své vlastní?

Nejen pro pracovníky v oblasti pomáhajících profesí je velkým úskalím konfrontace s vlastní sexualitou. Nemůžeme přece podporovat druhé bez vlastní otevřenosti k sexuálním problémům a snahy k přijetí pluralitních názorů. Podle zkušeného sexuologa Mellana mohou řešit složité otázky sexuality zdravotně postižených jen vzdělaní pracovníci, kteří mají vyřešeny své vlastní sexuální problémy, navíc spolu s kladným vztahem k danému tématu.

Konfrontace s vlastní sexualitou je jednou z překážek při snahách o změnu negativního pohledu na sexuální život u tělesně postižených lidí. Tyto postoje jsou výsledkem poplatných společenských obav z vlastní neschopnosti uspokojit partnera a strachu hovořit o svých problémech v sexu. A ruku na srdce, když uvedeme, že i značná část zdravé populace má v oblasti vztahů a sexuality obtíže...

„Současný životní styl s přejídáním se, vznikem nadváhy, životem bez tělesné aktivity, nadužíváním alkoholu, léků, neschopností odpočívat, výrazným pracovním zatížením s pracovní dobou víc jak deset hodin denně, sociální nejistotou - to vše může vést ke snížení zájmu o sex, snížení sexuální výkonnosti, vzniku nesouladu a možnému vzniku sexuálních poruch.“ (Šrámková, 1997, s. 30)

5. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

5.1 Cíl dotazníkového šetření

V rámci bakalářské práce provedl autor šetření a následnou analýzu sexuálního života tělesně postižených, jejich postojů a potřeb. Podkladem pro analýzu bylo statistické zpracování dat z dotazníku. Pro vymezení cílové skupiny subjektů byly využity četné osobní kontakty autora, které získal při svých dosavadních profesních aktivitách. Výsledky šetření posloužily k ověření některých domněnek, které jsou uvedeny v teoretické části, validaci partnerské role handicapovaných a jejich reálného sexuálního života.

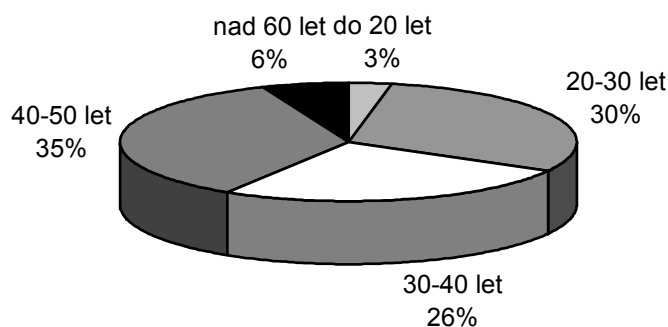
5.2 Zaměření dotazníku

Dotazník byl určený těžce tělesně postiženým. Výzkumu se zúčastnilo 34 respondentů. Dotazník obsahoval 27 otázek, které byly z většiny uzavřené z důvodů individuálních možností dotazovaných, především jednoduchého způsobu vyplnění a pro stejné důvody zvolena forma jak elektronického, tak tištěného sběru dat. Pouze poslední otázka byla otevřeného charakteru pro snahu získání alespoň částečné autentičnosti výpovědi respondentů. První část dotazníku byla zaměřena na získání základních informací o handicapovaných, kteří se zúčastnili šetření. Druhá část se snažila zachytit především jejich vlastní postoje k sexualitě a třetí část se orientovala na praktický sexuální život dotazovaných spolu s návaznou problematikou.

5.3 Vyhodnocení a shrnutí dotazníkového šetření

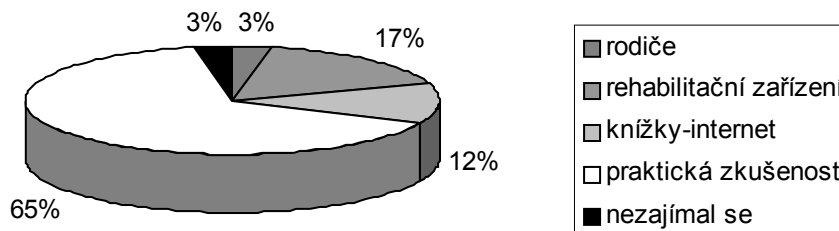
Věková struktura cílové skupiny je tvořena z 30 % mladšími dospělými (20 -35 let), nejpočetnější skupinou jsou středně dospělí ve věku 35-45 let - 61 %. Zbytek tvoří adolescenti do 20 let a raně staří nad 60 let.

Graf č. 1 Věková struktura cílové skupiny dotazovaných

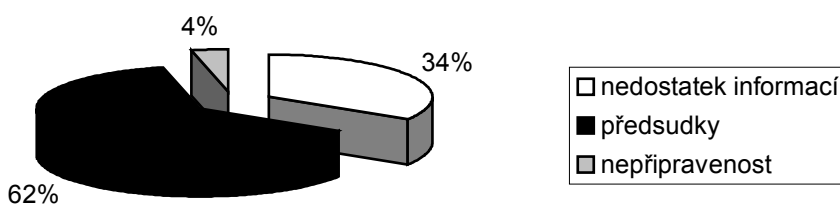


Podle způsobu vzniku handicapu je 59 % respondentů s vrozeným postižením, 41 % tvoří jedinci se získaným postižením. Nejpočetněji jsou zastoupeni handicapovaní po fatálním úrazu páteře, dále s rozličnou formou dětské mozkové obrny a podstatně menší skupinu tvoří vrozená postižení zastoupena především roztroušenou sklerózou a muskulární dystrofií. Heterosexuální orientaci má 97 % dotazovaných, tedy 65 % mužů a 35 % žen. Potvrdila se také obecně malá míra religiozity v České republice, protože celých 80 % respondentů je bez vyznání a nehlásí se k žádné církvi. Během dotazníkového šetření mělo 56 % oslovených stálého partnera a 35 % uvedlo že partner pracuje v pomáhajících profesích v sociální nebo zdravotní oblasti.

Druhá část dotazníku se specializovala na vlastní vnímání sexuality u handicapovaných a způsoby řešení jejich případných obtíží. Pozitivní a současně překvapivé je zjištění, že celé dvě třetiny dotazovaných uvedly, že vědí, na koho se obrátit ohledně otázek s tématem sexuality, které již potřebují erudovaného odborníka. Přitom na otázku, kde získali první a stěžejní informace o sexuálním životě nebyla uvedena ani jedna kladná odpověď, že konzultací se sexuologem - dvě třetiny respondentů získaly nadhled do sexuality až vlastní praktickou zkušeností, třetina pak při pobytu v rehabilitačním zařízení, z dostupných knížek, internetu a v minimální míře také od rodičů.

Graf č. 2 Zdroj informací o sexuálním životě

V předchozí kapitole jsme hovořili o občanských společnostech, které poskytují speciální erotické služby a poradenství pro zdravotně postižené. Lze doposud jen polemizovat, jak by reagovala společnost na jejich zřízení v České republice, ale občanské sdružení zaměřené na handicap a sexualitu by přivítalo 41 % respondentů a stejný počet by jejich existenci alespoň zvažoval.

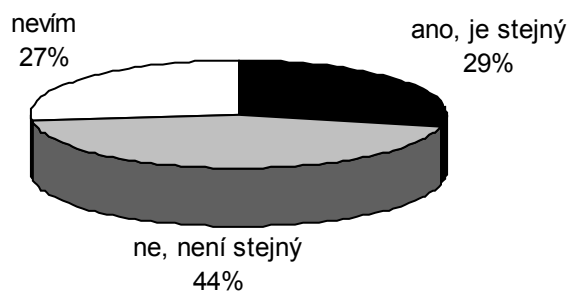
Graf č. 3 Důvody stigmatizace sexuality tělesně postižených lidí

V názorech, které se týkají sexuality a jejich projevů u tělesně postižených lidí, si 76 % handicapovaných myslí, že stále přetrvávají ve společnosti stigmata a mýty především z důvodu předsudků zdravých lidí, méně významný podíl pak přisuzují jejich neinformovanosti. Samotné zlepšení této situace však vidí skepticky - 32 % si nemyslí, že je v České republice vhodné kulturní prostředí, má-li se hovořit o problematice sexuality tělesně postižených, a 44 % neví.

Nejjednodušší byl u dotazovaných postoj k pornografii - 82 % uvedlo, že patří ke zpestření sexuálního života, 12 % respondentů uvádí do rozpaků a zbylých 6 % ji zavrhuje. V souvislosti s pornografií odpovědělo 88 % na otázku využití placených erotických služeb, že je nikdy nevyužili, oproti 13 % respondentů, kteří uvedli kladnou odpověď nebo o těchto službách vážně uvažují.

Ve skutečném životě je celkově 62 % handicapovaných přesvědčeno, že vede aktivní sexuální život, což je vyšší procento respondentů než v odpovědi na trvalý partnerský vztah a rovná se mínění samotných mužů, ale u dotazovaných žen se kladná odpověď snižuje již na 50 %. Při samotném sexuálním vztahu se 59 % snaží využívat dostupné možnosti a experimentovat ve svém sexuálním životě, naproti tomu jen 30 % užívá nebo užívalo erotické pomůcky pro náhražkové způsoby sexuálního vyžití. Vyrovnané odpovědi jsou na otázku užívání alternativních sexuálních technik zastupujících především samotný sexuální styk (hlavně v podobě orálních a manuálních technik), popřípadě i masturbace - 53 % odpovědělo ano, 47 % ne.

Graf č. 4 Srovnání sexuálního života mezi handicapovanými a ostatními



Přestože 73 % respondentů přijímá svou vlastní sexualitu a 15 % si není jistá, na otázku srovnání sexuálního života tělesně postižených s ostatními jsou odpovědi nejednoznačné a spíše záporné - 44 % si myslí, že handicapovaní nevedou stejný sexuální život jako zdraví, 29 % míní, že ano, a zbylých 27 % neví. Jedním z důvodů může být vnímání intimního života jako zátěžové situace s jejím následným působením v podobě

frustrace, úzkosti nebo deprese, protože 32 % dotázaných uvedlo, že obavy má, a 15 % o nich mělo pochybnosti.

5.4 Osobní postoje handicapovaných

Poslední otázka byla směřována na osobní postoje tělesně postižených a možné způsoby vyrovnávání se s vlastní sexualitou, která je často individuálně omezena. Odpovědět na takto složitou záležitost není jednoduché, a to nejen v případě, že máme závažnější tělesné omezení, pro mnohé zdravé lidi by to bylo jistě také komplikované. Zde, uvedeme vybrané odpovědi a důležité názory lidí, kteří se musejí i v tak přirozené součásti lidské existence spokojit s tím co prostě mají:

„Mé nynější postoje k tomuto tématu jsou velmi skeptické. Hlavně díky předsudkům a přístupu partnerů. Díky tomu je těžké vyrovnat se s vlastní sexualitou, když okolí nepřijímá mě jako rovnocennou partnerku.“ (žena s vrozeným postižením, střední dospělost)

„Uvědomuji si, že jakožto dívka na vozíku jsem pro většinu mužů nepřitažlivá. Myslím, že je eventualita intimního vztahu se mnou ani nenapadne. Zároveň vím, že i já mám co nabídnout a lidé, kteří to nechtějí vidět, mi za trápení nestojí. Zatím jsem vždy partnera našla. Zároveň si sama sebe natolik vážím, že jsem s ním nezůstala za každou cenu.“ (žena s vrozeným postižením, mladší dospělost)

„Partner, se kterým bych byla spokojená a on se mnou se zatím nenašel, zdraví muži bez informací se partnerek s postižením bojí, a proč by zdravý chlap měl chtít postiženou ženu, o kterou se bude muset starat, když může mít zdravou, která se postará o něj. Takový vztah s postiženou osobou je velké neustálé obětování se a když opadne zamilovanost, tak většinou zdravý partner postiženého opustí, navíc postižená osoba, když se nepostará sama o sebe, nemůže chtít mít se zdravým partnerem ani děti, a ty jsou většinou úspěšným pojítkem vztahu. Čistě jen na sex by se i partner pro ženu našel, ale takové vyhledávat nemám potřebu jako asi většina ať zdravých nebo postižených žen, to se raději budu držet autoerotiky, ze které nekoukají žádné problémy. Nebo třeba pro postiženou ženu jako takovou s nízkými pohybovými možnostmi může být i problém návštěva gynekologické ordinace, proto bych i

uvítala nějaké to sdružení pro lidi s postižením, jež by poskytovalo poradenství a služby tohoto druhu.“ (žena s vrozeným postižením, střední dospělost)

„Láska, porozumění a vzájemná důvěra partnerů jsou nejdůležitější. Sex pro mě není až tak podstatný.“ (žena s vrozeným postižením, starší dospělost)

„Být vstřícný a nebát se projevit, nebát se nových sexuálních pokusů, někdy omylů, proher a být vždy sám sebou!“ (žena s vrozeným postižením, rané stáří)

„Sex je úžasný, ale ne nezbytný. S mou sexualitou se nemusím vyrovnávat já, ale asi spíše mé partnerky.“ (muž s vrozeným postižením, střední dospělost)

„Vzhledem k tomu že jsem už 18 let po úraze a z toho byl 16 let ženatý a už i před tím žil aktivně sexuálně, tak sex není určitě mým velkým problémem. Dá se i v tomto stavu solidně sexuálně žít, je sice těžší najít partnerku, ale dá se to.“ (muž se získaným postižením, střední dospělost)

„Můj postoj k sexu je kladný, myslím že patří k životu jako jiné běžné věci. Jenže sex neprovozuji, protože nemám s kým, což mi samozřejmě vadí, ale pro mě jako vozíčkáře je těžký s tím něco dělat.“ (muž se získaným postižením, mladší dospělost)

„Myslím si, že mám normální potřeby jako nepostižený člověk. Je samozřejmé, že nelze dělat sexuální gymnastiku, ale ve většině případů je to na nás vidět, co můžeme a co nemůžeme. Nikdy se mi nestalo a nikdy jsem neslyšel, že by si někdo stěžoval na sexuální prožitek s vozíčkářem.“ (muž se získaným postižením, střední dospělost)

„Myslím, že je málo studií, které by se věnovaly řešení poruchy správné sexuální citlivosti a zároveň zdravého sexuálního styku. Samotná diskuse na ono téma je pro lidi velké tabu a potřebovalo by pořádnou osvětu, zejména prostřednictvím médií na jednotlivých zdravotnických zařízeních. S vlastní sexualitou problémy nemám, pouze mi chybí klasická citlivost a vadí mi ztráta sexuální dominance.“ (muž se získaným postižením, mladší dospělost)

„Není důležité kolik, je sexuální činnosti s kolika partnery. Je důležité, kolik je lásky (bez ohledu na výkon). Jak se vyrovnávám? Co mám, to mám. Víc mi nikdo nedá. Mým ideálem není krátký život velkého borce.“ (muž s vrozeným postižením, starší dospělost)

„Sexualita každého člověka je odvíjena v závislosti na prostředí, zkušenostech a možnostech každého jedince. Zastávám názor - co tě nezabije, to tě posílí.“ (muž s vrozeným postižením, starší dospělost)

„No co si budeme povídat, vždycky by to mohlo být lepší. Já osobně jsem spokojený, mohlo to dopadnout hůře.“ (muž se získaným postižením, mladší dospělost)

„Se svoji sexualitou nemám nejmenší problém a v otázkách sexu se nikdy neodvracím zády. Naopak, vítám to.“ (muž se získaným postižením, mladší dospělost)

„Sex je přirozená součást života. Se svoji sexualitou nemám problém. Jsem vyrovnaný a spokojný.“ (muž s vrozeným postižením, mladší dospělost)

Závěr

Díky rozsahu práce, množství emotivních témat a různých úhlů pohledu se nám otevřely zapovězené dveře tabuizovaného světa sexuality, ve kterém se tísni ještě další, menší svět, a to sexuální svět handicapovaných lidí. Svět, který se mnohdy vlastně ani neliší od těch ostatních. Každý v něm má své touhy, potřeby, lásky, představy, každý chce někdy potěšit sebe nebo druhé a každý se narodil s tím, co má, nebo nečekaně získal něco, s čím už vůbec nepočítal. Každý jsme doslova nuceni žít a řešit nastalé životní situace způsobem, kterým dovedeme, nebo čekat na pomoc druhých, která někdy ne a ne přijít. V lepším případě jsme schopni jít pomoci vstříc. Nicméně jsou mezi námi lidé, kteří mimo to musejí ještě více plánovat, možná více než si dovedeme představit, plánovat i to, kdy se svým partnerem pomilují, a řešit více složitých situací.

V případě, že má někdo obtíže v sexuálním životě, je důležité, aby chtěl tyto nastalé problémy aktivně řešit. A by byl schopný o nich komunikovat s partnerem, popřípadě jinými lidmi. Je také podstatné, aby mezi námi byli ti „jiní lidé“, kteří dovedou a chtějí podat pomocnou ruku a handicapovaného (jeho partnera, rodiče, kolegy) co nejvíce informovat, povzbudit a nabídnout veškeré možnosti sexuálních aktivit, které lze tolerovat. Takovým „jiným člověkem“ může být právě i sociální pracovník.

Ostatní by si měli alespoň uvědomit, že dnes ve společnosti existují pluralitní postoje k sexualitě s odeznívající dobou represivní rodičovské výchovy a církevní – křesťanské morálky, které se mnohdy střetávaly se základní lidskou vlastností – sexuální potřebou a jejími projevy. Cestou k toleranci a pochopení je také rozumná výchova vlastních dětí, ať handicapovaných nebo v uvozovkách zdravých, které nejsou již tak zatíženy negativními vlivy konzervatismu a odkazu komunistické ideologie. Z těchto dětí mohou vyrůst nejen potřební odborníci, ale také „prostí“ lidé, kteří mají jednoduše pochopení, protože měli šanci slyšet srozumitelnou a pravdivou odpověď na otázku: „Jak to ten pán dělá, když nemůže chodit?“

Zapomeňme, že sexuální život spočívá pouze v četnosti sexuálního styku. Soulož čtyřikrát týdně v rozmezí pěti až deseti minut by neměla zvítězit nad nocí plné vášně a touhy. Kdy jsme naposled takovou noc zažili? Chceme-li, tak se pokusme hovořit otevřeněji a

používat i jiná měřítka. Najdou se jistě tací, kteří budou práci kritizovat, zajisté i objektivně, ale doufejme, že budou i jiní, které potěší odpovědi na mnoho otázek...

Seznam použité literatury

a) Monografie

1. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: ZVON, 1994. ISBN 80-7113-111-3.
2. BUŘVALOVÁ, D.; REITMAYEROVÁ, E. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.
3. FURGER, F. *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1061-0.
4. JÜRIG, W. *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7178-982-8.
5. KARÁSKOVÁ, I. *Černobílé příběhy*. Brno: Era Group, 2004. ISBN 80-86517-91-8.
6. KRATOCHVÍL, S. *Sexuální dysfunkce (příčina a léčba)*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0203-7.
7. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
8. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
9. MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ, J. - KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
10. MURPHY, R. *Umlčené tělo*. Praha: Slon, 2001. ISBN 80-85850-98-2.
11. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.
12. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
13. OAKLEYOVÁ, A. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000.
14. PONDĚLÍČKOVÁ - MAŠLOVÁ, J.; RABOCH, J. *O sexualitě a partnerských vztazích*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-323-0.
15. ŠRÁMKOVÁ, T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků, 1997.
16. TOŠNEROVÁ, T. *Sexualita ve stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti FNKV, 1998.
17. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

18. UZEL, R. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-69-5.
19. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
20. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

b) Periodika

1. JANKOVSKÝ, J. Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. *Sociální práce*, 2007, č. 1, s. 97-105.
2. DZIDO, P. Zdravotně postižení a sex? *Vozka*, 2002, č. 2, s. 15-16
3. ŠRÁMKOVÁ, T. Partnerství a sex po úrazu míchy. *Vozíčkář*, 2008, s. 17
4. Střípky z naší činnosti. *V dobrém tónu - e-zin o.s. zdravotně postižených Orfeus*, 2008, roč. 5, č. 7.

c) Internetové zdroje

1. HRUBÝ, J. *Informace pro členy vlády - zpráva o situaci zdravotně postižených a nejnaléhavějších úkolech, které je třeba vyřešit*. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. 2002. [on-line] [15.10.2008]. Dostupné z:
<http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/zp1992.pdf>
2. KLEBINE, P. - LINDSEY, L. *Těhotenství žen s míšním postižením*. 2004. [on-line] [15.10.2008]. Dostupné z:
http://www.paraple.cz/Portals/0/nase_sluzby/matky/tehotenstvi_zen_s_misnim_poskozenim.pdf
3. KOVÁŘ, P. *Pohled pedagogů na sexuální výchovu u handicapovaných - výsledky dotazníkového průzkumu na školách*. 2006. [on-line] [10.2.2009]. Dostupné z:
<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007011601>
4. KUBRICHTOVÁ, L. *Sexuální výchova*. [on-line] [10.4.2008]. Dostupné z:
<http://www.rvp.cz/clanek/6/247>
5. MELLAN, J. *Sexuální výchova pro zdravotně postižené*. 2003. [on-line] [10.2.2009]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006011317>
6. PAESLACK, V. *Ochrnuté ženy*. 1996. [on-line] [15.10.2008]. Dostupné z:
http://www.paraple.cz/Portals/0/nase_sluzby/matky/ochrnute_zeny.pdf

7. PEŠOVÁ, L. *V Plzni vzniká pomoc zaměřená na opomíjené problémy postižených*. [on-line] [30.11.2008] Dostupné z:
<http://plzensky.topregion.cz/index.jsp?articleId=40432>
8. ŘEPÍKOVÁ, V. *Umlčené tělo: tělesně postižení a my... a oni*. [on-line] [10.4.2008]
Dostupné z: <http://repikova.blog.respekt.cz/c/18975/Umlcene-telo-telesne-postizeni-a-my-a-oni.html>
9. VESELÝ, P. *Strach brání při nemoci a handicapu*. 1999. [on-line] [10.4.2008].
Dostupné z: <http://www.ereska.cz/clanky/pravo.html>
10. VRUBLOVÁ, Y. - JANOUŠKOVÁ, M. *Sexualita handicapovaných dospívajících*. 2005. [on-line] [10.2.2009]. Dostupné z:
<http://sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2005/vrublova.pdf>
11. *Ve Švýcarsku hledají dobrovolníky na sex s postiženými*. [on-line] [10.4.2008]
Dostupné z: <http://sex-vztahy.doktorka.cz/ve-svycarsku-hledaji-dobrovolniky-na-sex-s-postizenymi/>
12. ČTK. *Sexualita tělesně postižených přestává být ve Francii tabu*. [on-line] [10.4.2008]
Dostupné z: [http://www.iporadna.cz/telo/clanek.php?article\[articleid\]=12875](http://www.iporadna.cz/telo/clanek.php?article[articleid]=12875)
13. *Spinální jednotka - klíč k třinácté komnatě*. [on-line] [15.10.2008]. Dostupné z:
<http://www.prvnikrok.cz/detail-clanek.php?clanek=5>
14. *Reakce účastnic kurzu „Máma na vozíku“, duben 2006*. [on-line] [15.10.2008].
Dostupné z: http://www.paraple.cz/Portals/0/nase_sluzby/matky/reakce_na_kurz.pdf
15. *Sexuální život se souvisejícím postižením*. [on-line] [10.4.2008] Dostupné z:
<http://micha.1tip.cz/index.php>
16. *Archiv diskuse „Lidé na vozíku a sex“*. [on-line] [25.2.2009] Dostupné z:
<http://diskuse.doktorka.cz/lide-voziku-sex/>

Seznam příloh

Příloha č.1: Adresář služeb a dostupných informací

Příloha č.2: Charta sexuálních a reprodukčních práv

Příloha č.3: Práva tělesně postižených

Příloha č.4: Rozhovor se specializovaným sexuologem

Příloha č.5: Kompenzační pomůcky

Přílohy

Příloha č.1: Adresář služeb a dostupných informací

Orfeus, o.s.³

✉ Sdružení 1341/39, Praha 4, 140 00
 🌐 www.orfeus-cr.cz
 📧 info@orfeus-cr.cz
 ☎ 222 310 209

- Specializovaná sexuologická poradna pro osoby se zdravotním postižením
- Specializovaná seznamka pro zdravotně postižené
- Vedení a konzultace odborných studií

Pohoda – společnost pro normální život lidí s postižením

✉ Hálkova 1/1612, Praha 2, 120 00
 🌐 www.pohoda-help.cz
 📧 petr.eisner@pohoda-help.cz
 ☎ 296 303 000, 777 913 533

- Individuální poradenství zaměřené na základní orientaci
- Individuální nebo párová intervence v řešení vztahů a sexuality
- Osvětové diskuse pro lidi s postižením – sexuální výchova
- Vzdělání v oblasti sexuality formou specializovaných kurzů

Svaz paraplegiků - Centrum Paraple

✉ Ovčáráská 471, Praha 10, 108 00
 🌐 www.paraple.cz
 📧 paraple@paraple.cz
 ☎ 274 771 478, 274 777 973

- Poradenství v oblasti rodiny, partnerských vztahů, rodičovství a sexuality
- Specializované kurzy o rodičovství zdravotně postižených
- Edukační materiály

Úrazová nemocnice v Brně

✉ Ponávka 10, Brno, 662 50
 🌐 www.unbr.cz
 📧 tatana.sramkova@tiscali.cz
 ☎ 545 538 393, 545 538 394, 545 538 399

- Sexuologicko-andrologická ambulance pro tělesně postižené
- Poradna onkologické sexuologie

³ V roce 2009 pozastavena činnost občanského sdružení pro nedostatek financí

- Spinální jednotka (činnost specializovaného sexuologa)

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu

✉ Senovážná 2, Praha 1, 111 21

🌐 www.planovanirodiny.cz

✉ planrod@centrobox.cz

☎ 224 231 524

- Krajské konference o sexualitě a lidských vztazích
- Celostátní kongres k sexuální výchově
- Semináře a odborná symposia
- Webové poradenství
- On-line archiv sborníků

Diakonie českobratrské církve evangelické Plzeň⁴

✉ Prokopova 17, Plzeň, 301 00

🌐 www.diakonieplzen.cz

- Kontaktní centrum pro sexualitu a mezilidské vztahy zdravotně postižených
- Vzdělávací semináře o sexualitě pro pracovníky v sociálních službách

Sexuologická ordinace SANIMA

✉ Lovosická 440/40, Praha 9

🌐 www.volny.cz/mellan/sex

✉ mellan@volny.cz

☎ 266 010 180, mimo ordinační dobu 266 010 321

- Specializovaná sexuologická poradna pro osoby se zdravotním postižením

Sdružení zdravotně postižených v České republice

✉ Karlínské nám. 12, Praha 8, 186 03

✉ mellan@volny.cz

☎ 224 816 997, 224 816 231

- Specializovaná sexuologická poradna pro osoby se zdravotním postižením

⁴ Služby nejsou doposud poskytovány, zahájení činnosti plánováno během roku 2009

Webové stránky

- <http://www.prvnikrok.cz>
- sexuologická poradna on-line, vše okolo partnerského života, především vozíčkářů
 - <http://diskuse.doktorka.cz/lide-voziku-sex/>
- internetové diskusní fórum (Lidé na vozíku a sex), archiv 5730 příspěvků
 - <http://www.dobromysl.cz/citarna/sexualita.htm>
- čítárna příspěvků o sexualitě zdravotně postižených
 - <http://www.ligavozic.cz/index.php?akce=81>
- seznamka on-line pro zdravotně postižené
 - <http://micha.1tip.cz/index.php>
- sex a rodina po úrazech páteře, sexuální život se souvisejícím postižením
 - <http://www.paraple.cz/Default.aspx?tabid=230>
- kurs „Máma na vozíku“, dostupné materiály k těhotenství žen s míšním poraněním
 - <http://sex.systemic.cz/cze/homepage.php>
- konference o sexualitě a lidských vztazích, programy, sborníky příspěvků
 - <http://www.volny.cz/mellan/>
- osobní stránky specializovaného sexuologa MUDr. Jiřího Mellana
 - <http://www.eroticke-pomucky.cz/bodybouncer-eroticke-sedatko-a331.htm>
- erotické sedátko Bodybouncer (kompenzační pomůcka), test a výroba
 - <http://www.intimaterider.com/>
- erotické sedátko s lavicí Intimaterider (kompenzační pomůcka), video

Příloha č.2: Charta sexuálních a reprodukčních práv

Mezinárodní federace plánovaného rodičovství schválila v roce 1995 dokument Charta sexuálních a reprodukčních práv (dále jen Charta). Tento dokument představuje etický rámec práva na sexuální a reprodukční zdraví. Sexuální a reprodukční práva jsou práva a svobody týkající se jednotlivců stejně jako párů. Charta má charakter právního dokumentu, neboť vychází z uznávaných mezinárodních norem o lidských právech. Je zde definováno 12 práv:

- Právo na život
- Právo na svobodu a osobní bezpečnost
- Právo na rovnost a ochranu proti všem formám diskriminace
- Právo na soukromí
- Právo na svobodu myšlení
- Právo na informace a vzdělání
- Právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek, založit a plánovat rodinu
- Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti
- Právo na zdravotní péči a ochranu zdraví
- Právo užívat plodů vědeckého pokroku
- Právo na svobodu shromažďování a politickou účast
- Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení

Právo na informace ve vzdělání

- *Každý má právo na přístup ke vzdělání a k pravdivým informacím týkajícím se jeho sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a odpovědnosti, které berou v úvahu specifika jeho pohlaví.*
- *Každý má právo na dostatečné vzdělání a informace, aby bylo zajištěno, že jakékoliv rozhodnutí týkající se jeho sexuálního a reprodukčního života bude činěno s jeho plným svobodným a informovaným souhlasem.*
- *Každý má právo na plnou informovanost o relativních přednostech, nebezpečích a účinnosti všech metod regulace plodnosti a prevence neplánovaného těhotenství.*

Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti

- *Všechny ženy mají právo na informace, vzdělání a služby potřebné k ochraně reprodukčního zdraví, bezpečnému mateřství a bezpečným interrupcím, které jsou přístupné, dostupné, přijatelné a vyhovující všem klientkám.*
- *Každý má právo na přístup k nejširší možné škále bezpečných, účinných a přijatelných metod regulace porodnosti.*
- *Každý má právo svobodně si zvolit a využívat takovou metodu ochrany proti neplánovanému těhotenství, která je bezpečná a pro příslušného jedince přijatelná.*

Příloha č. 3: Práva tělesně postižených*Preambule*

Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975. V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoliv jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží.

Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat při integraci těchto našich spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby mohou využívat i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát příležitost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život.

Odpovědné osoby, které rozhodují o výstavbě domů a bytů, stejně jako výstavbě veřejných komunikací, mají za povinnost vytvářet co nejpríznivější podmínky pro seberealizaci, bezpečnost a sebevědomí postižených osob.

Článek 1
Způsob života

Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr způsobu života a na místa, kde chce žít.

Článek 2
Rodina a okolí

Jako každá lidská bytost, tak i tělesně postižená osoba chce milovat a být milována. Má plné právo založit vlastní rodinu, rozvíjet ji a zachovávat a působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů

Článek 3
Právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc

Každá tělesně postižená osoba má právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Přátelský vztah mezi osobou, která pomoc poskytuje, a osobou, která ji přijímá, musí být založen na vzájemném respektu důvěře a úctě.

Článek 4

Právo na lékařskou péči

Postižená osoba má právo na výběr lékaře, který má pečovat o její zdraví. Má právo na pravidelnou informaci o osobní zdravotní situaci a podílet se na všech rozhodováních o sobě.

Článek 5

Bydlení a okolí

Postižená osoba má plné právo sama se rozhodnout, žít a bydlet v místě, odpovídajícím jejím požadavkům a potřebám.

Článek 6

Právo na technickou pomoc

Tělesně postižená osoba má právo na úplné financování technického vybavení a pomoci nutné pro nezávislý život.

Článek 7

Účast na společenském životě

Tělesně postiženým osobám musí být umožněna komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

Článek 8

Každá tělesně postižená osoba má právo na dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života.

Závěr

Tělesně postižené osoby, asociace, sdružení a svazy by měly sjednotit své úsilí pro zlepšení vzájemného poznávání a pro to, aby se lépe domohly zajištění svých základních lidských práv, jimiž jsou:

- Právo na to, být odlišný
- Právo na důstojný a odpovídající způsob života
- Právo na integraci do společnosti
- Právo na svůj názor a na jeho splnění
- Právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce žít

Chartu práv a povinností tělesně postižených vydala francouzská Organizace tělesně postižených.

Příloha č. 4: Rozhovor se specializovaným sexuologem

Rozhovor s vedoucím Specializované sexuologické poradny pro osoby se zdravotním postižením působící při Centru denních služeb o.s. Orfeus MUDr. Jiřím Mellanem.

Co vás přivedlo v pozici sexuologa ke spolupráci se zdravotně postiženými?

Dovolte mi abych začal svoji odpověď takto - na slavnostním zahájení činnosti pobočky Centra denních služeb pro zdravotně postižené zaznívá téma sexuality. Jak jiná to doba! Se sexuologií jsem začínal asi před 50 lety. Doba tehdy nebyla nakloněna sexualitě. Naše snahy se musely maskovat tématy jako např. odpovědné rodičovství a jen pod patronací státní populační komise vyšla r. 1970 naše publikace Mladé manželství. Přesto ji časopis Tribuna hodnotil jako „morzakor v českých knihovnách“. Sexuální protetické pomůcky, běžné dnes v každém sexshopu, které jsme objednali oficiálně přes ministerstvo zdravotnictví, byly na hranicích zabaveny včetně několika výukových filmů. I samotné založení české sexuologické společnosti vyžadovalo nepředstavitelné úsilí profesora Hynie a jeho spolupracovníků. Jako byla tabuizována sexualita, stejně se nesrovnávala se zdravou socialistickou společností představa lidí postižených, handicapovaných, byla obecná tendence je před očima veřejnosti skrývat v rodinách či spíše v ústavech. A sexualita zdravotně postižených představovala donedávna dvojnásobně tabuizované téma. Vědecko výzkumné pracoviště, jakým Sexuologický ústav nesporně byl, za desítky let své existence neřešil ani jediné téma z oblasti sexuality handicapovaných. Ovšem ani v celosvětovém měřítku nebyla situace o mnoho lepší. Deklarace práv mentálně postižených pochází sice z r. 1971. Ale Deklarace sexuálních práv byla vyhlášena ve Valencii až v r. 1997.

Jaké byly tedy začátky této spolupráce?

První průzkumnou sondou jak se na tuto oblast společnost dnes dívá u nás byla naše práce z r. 2000, shrnutá ve sborníku Rodinný a sexuální život zdravotně postižených. Následovala témata jako pohlavní zneužívání ZP, domácí násilí ZP a sexualita mentálně postižených. Ukázalo se, a ukazuje se to i teď, že je to téma složité a různorodé i s ohledem na druh zdravotního postižení. Jiná je problematika nevidomých, jiná u míšních poranění, jiná u mentálních postižení či jiných vrozených vad. Tyto otázky mohou řešit jen odborně erudovaní pracovníci, kteří mají navíc vyřešeny své sexuální problémy a mají k tématu kladný vztah. Jejich práce je v podstatě speciální sexuální výchovou, která vyžaduje speciální metodické postupy. Vše je ve stavu zrodu. Pedagogické i jiné specifické fakulty vysokých škol a

univerzit už dnes zadávají témata diplomových prací na toto téma, což je také určitá odezva na naše předcházející aktivity reprezentované několika celostátními konferencemi. Rodí se tak potřební specialisté. To vše se děje za nové společenské situace, která je otevřená sexualitě, mnohdy až příliš. Sex je chápán více konzumně či výkonově a mnohdy se z něj vytrácí vztahová složka či láska. Postižení pocítují o to výrazněji svůj handicap v porovnání se zdravými, když chtějí dosáhnout pro ně nedostižných výkonů místo toho, aby hledali shodu ve vzájemném pochopení, spolupráci a třeba i náhradních aktivitách. Léčebné metody jsou dnes obohaceny novými léky, pomůckami či operacemi zpravidla velmi nákladnými. Zdravotní pojišťovna se na jejich úhradě nepodílí.

Jaký je tedy podle vás dnes postoj společnosti k sexualitě osob se zdravotním postižením?

Postoj k sexualitě ZP je základní otázkou pro všechny pečující osoby - kdysi převládaly tendence zabraňující, likvidující sexualitu, aby neobtěžovala. Jiným postojem, s nímž se setkáváme, je nevšímavost, přehlížení, případně izolace obtížného jedince. Dnes snad už převládá tendence k přiměřené osvětě a dle možnosti ke kultivaci sexuálních projevů a chování. Jde o postoj k individuálním sex aktivitám jako je třeba masturbace, k navazování partnerských a intimních vztahů heterosexuálního či homosexuálního charakteru, o uzavírání manželství a nakonec k právu na vlastní dítě. V této otázce je však nejmenší shoda. Dítě totiž není hračka k vlastnímu potěšení. Každé pracoviště by mělo mít vypracovanou jednotnou doktrínu, jejíž dobrovolné a chápající dodržování by mělo být podmínkou účasti v pracovním kolektivu.

Složitá je spolupráce s rodiči dětí, na níž má společnost zájem. Je žádoucí, aby všechny děti vychovávané jen v rodině měly nějakou formu kontaktu se společenským působením institucí. Někteří rodiče se tomu však brání, jmenovitě sexuální výchově, již by mohlo být dítě vystaveno. Jen oni jsou prý kompetentní k sexuální výchově svého dítěte. Je to ten nejtěžší úkol dosáhnout společensky žádoucí spolupráce při respektování rodičovských práv. Případy z Kuřimi, Rakouska, Polska, ale i z Francie, Argentiny v poslední době dokládají, kam až může péče v uzavřené rodině dojít. I z našeho průzkumu vyplynulo, že se závažnějšími sexuálními poruchami se setkáváme u časně vzniklých či vrozených postižení, kdy jedinec startuje do sexuálního života již zatížen handicapem. Často vyžaduje individuální pomoc, podporu, poradenskou péči. A nezřídka i pomoc při seznamování. Bohužel ten, který pomoc potřebuje, nakonec neví, kam se obrátit. To je poznámka do našich řad. Vznikly sice desítky sexuologických poraden, které jsou však v rozpacích, když se setkají s osobou

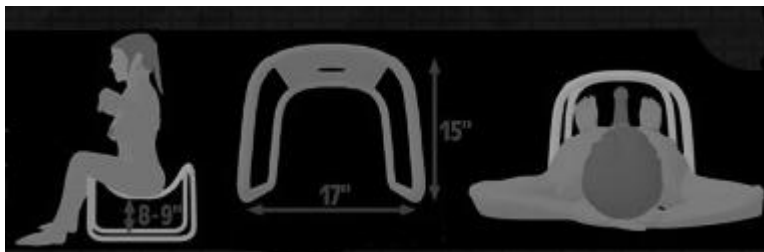
zdravotně postiženou. Ani specializovaná například neurologická či rehabilitační pracoviště nejsou dost připravená řešit sexualitu svých klientů. Já osobně pracuji ještě každé pondělí dopoledne na poliklinice Prosek a řadu dotazů zodpovídám prostřednictvím internetu, jsem k dosažení na <http://www.volny.cz/mellan/sex>.

Je možné pro to něco udělat?

V mnoha ohledech jsme teprve v samotném počátku svého snažení. Pořádáme pracovní semináře, kde sbíráme zkušenosti z praxe a působíme na pedagogy, aby zařazovali témata zdravotně postižených do svých programů a hledali metodiku řešení specifických problémů.

Příloha č. 5: Kompenzační pomůcky

- Bodybouncer – erotická sedátka



- Intimaterider – erotické sedátko s lavicí

