

# UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

Možnosti sociální práce v podpoře partnerského a sexuálního  
života lidí se zdravotním postižením

Possibilities of the social work on the support of the sexual and  
partnership of disabled people

Vedoucí práce:  
PhDr. ThDr. Václav Mítáš, Th.D.

Autor:  
Bc. Tomáš Drábek

Praha 2011

## **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 30. června 2011

Bc. Tomáš Drábek

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval všem lidem, kteří byli ochotni hovořit o vlastním intimním životě.

## **Anotace**

Autor se ve své diplomové práci zamýšlí nad možnostmi pracovníků pomáhajících profesí pracujících s lidmi se zdravotním postižením, v oblasti jejich sexuality a partnerských vztahů. Paradox v koncepci sociální práce spatřuje v tom, že pracovníci mívají znalosti z mnoha oborů, avšak v něčem tak přirozeném, co úzce souvisí s kvalitou života, tedy v lidské sexualitě, je nikdo nepoučí. Podle autora je v průběhu profesní přípravy sociálních pracovníků a dalších pracovníků v sociálních službách zapotřebí formovat jejich postoje k sexualitě a tím implikovat změnu v chování k osobám se zdravotním postižením a v prožívání jejich sexuality. Vzdělání v oblasti sexuality a disability studies by nemělo být založeno na teoretických poznacích, ale mělo by být koncipováno jako proces, v jehož průběhu jsou formovány postoje k základním otázkám z této oblasti. Cílem této práce by se tak mělo stát detabuizování tématu sexuality a její přijetí jako přirozené součásti životní dráhy každého člověka, tedy i jedince se zdravotním postižením.

## **Annotation**

The author of this thesis concerns the issues of charitable profession workers working with disabled people, in area of sexuality and partnerships. The workers tend to have wide knowledge in many disciplines, but in sexuality, which is so natural and closely related to the quality of life, are not instructed. According to the author, it is necessary to develop social workers' attitude towards sexuality during their professional training, and implicate a different behaviour towards persons with disabilities and their sexuality. Education in area of sexuality as well as disability studies should not be based on theoretical knowledge, but need to be conceived as a process of forming views at fundamental issues in this area. Therefore the aim of this thesis should be to declassify the topic of sexuality and to accept it as a natural part of life for everyone, including individuals with disabilities.

## **Klíčová slova**

Zdravotní postižení, sociální práce, sociální služby, sexualita, partnerské vztahy, vzdělávání

## **Keywords**

Disability, social work, social services, sexuality, partnerships, education

# OBSAH

<b>OBSAH.....</b>	<b>4</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b><u>1. SOCIÁLNÍ PRÁCE V SOUVISLOSTI S PARTNERSKÝM A SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH .....</u></b>	<b><u>10</u></b>
1.1 POJETÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE VZHEDEM K PROBLEMATICE.....	10
1.2 SPECIALIZACE SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	11
1.3 PARTNERSKÉ A SEXUÁLNÍ PORADENSTVÍ PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ JAKO MEZIOBOROVÁ PRÁCE.....	12
1.4 HISTORICKÝ EXKURZ DO SNAH O ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY.....	13
1.5 SOUČASNÝ STAV PRÁCE SE SEXUALITOU V ČESKÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	15
1.6 INTIMITA KLIENTA V SOUVISLOSTI SE ZÁKONEM Č. 106/2006 A SQSS.....	16
1.7 PRÁCE SE SEXUALITOU JAKO SOUČÁST KVALITNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	17
<b><u>2. LIDSKÁ SEXUALITA A PARTNERSKÉ VZTAHY .....</u></b>	<b><u>19</u></b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU <i>SEXUALITA</i> A <i>PARTNERSTVÍ</i> .....	19
2.2 ZDRAVÝ SEXUÁLNÍ ŽIVOT A KVALITA ŽIVOTA.....	20
2.3 SEX JAKO POZITIVNÍ HODNOTA A VSTRÍCNÝ PŘÍSTUP K SEXUALITĚ.....	21
2.4 PŘÍNOS PARTNERSKÝCH VZTAHŮ A SEXUALITY .....	22
2.5 PARTNERSKÉ VZTAHY A PROBLEMATIKA OSAMOCENÍ .....	23
2.6 CITOVÉ A EROTICKÉ POTŘEBY A JEJICH LEGITIMITA.....	25
<b><u>3. SEXUALITA A PARTNERSKÉ VZTAHY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH.....</u></b>	<b><u>27</u></b>
3.1 SEXUALITA A SEXUÁLNÍ ŽIVOT POSTIŽENÉHO JEDINCE.....	27
3.2 SPOLEČNÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ.....	27
3.3 PROBLEMATIKA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA JEDNOTLIVÝCH SKUPIN ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH... 31	
3.3.1 SPECIFICKÉ PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH .....	33
3.3.2 SPECIFICKÉ PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA SMYSLOVĚ POSTIŽENÝCH.....	34
3.3.3 SPECIFICKÉ PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH .....	35
3.3.4 SPECIFICKÉ PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA INTERNĚ POSTIŽENÝCH .....	35
3.3.5 SPECIFICKÉ PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH.....	36
3.3.6 SPECIFICKÉ PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA SENIORŮ .....	37
3.4 PARTNERSTVÍ POSTIŽENÉHO JEDINCE.....	38
3.5 SPOLEČNÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH V REALIZACI PARTNERSKÝCH VZTAHŮ....	39
3.6 POSTIŽENÍ A SEKUNDÁRNÍ RODINA .....	41
3.7 GENDEROVÉ ROLE A ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	42
<b><u>4. VÝCHODISKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE VZTAHU K PROBLEMATICE.....</u></b>	<b><u>45</u></b>
4.1 POŽADAVKY NA POMÁHAJÍCÍHO PRACOVNÍKA.....	45
4.2 OSA ZAPOJENÍ PRACOVNÍKA DO PRÁCE SE SEXUALITOU ČLOVĚKA S POSTIŽENÍM.....	46
4.3 ĚTICKÉ ASPEKTY V PRÁCI SE SEXUALITOU KLIENTA .....	47
4.4 SEBEREFLEXE VLASTNÍHO SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA .....	48

4.5 ZVLÁŠTNOSTI A PRAVIDLA KOMUNIKACE.....	50
4.6 SPOLEČENSKÉ MÝTY A PŘEDSUDEKY O SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH.....	52
4.7 VÝCHODISKA PRO PRÁCI SE SEXUALITOU KLIENTA VE VZTAHU K JEHO POSTIŽENÍ .....	54
4.8 SEXUÁLNÍ ANAMNÉZA.....	54
4.9 ČASTÁ RIZIKA A CHYBY PRACOVNÍKŮ V PRÁCI SE SEXUALITOU KLIENTA .....	56
4.10 VÝZNAM RODINY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉHO JEDINCE PŘI PODPOŘE JEHO SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA.....	56
4.11 PODPORA PARTNERSKÉ KOMUNIKACE .....	57
<b>5. PODPORA V RÁMCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....</b>	<b>59</b>
5.1 MOŽNOSTI INTERVENCE A OBECNÝ RÁMEC POMOCI .....	59
5.2 ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ.....	62
5.2.1 PORADNY PRO MANŽELSTVÍ, RODINU A MEZILIDSKÉ VZTAHY .....	63
5.2.2 KONZULTAČNÍ ČINNOST A OSVĚTA .....	64
5.2.3 INTERNETOVÉ PORADENSTVÍ.....	65
5.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE .....	65
5.3.1 OSOBNÍ ASISTENCE (DRÁBEK, 2010).....	66
5.4 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE .....	69
5.4.1 KRIZOVÁ INTERVENCE.....	69
5.4.2 RANÁ PÉČE.....	70
5.4.3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE .....	71
5.5 VYUŽITÍ BIBLIOTERAPIE.....	71
5.6 SKUPINOVÁ PRÁCE A SVĚPOMOCNÉ SKUPINY .....	72
5.7 ASISTOVANÝ SEX .....	74
5.8 SLUŽBY SUROGÁTNÍCH PARTNERŮ PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ V ZAHRANIČÍ .....	76
<b>6. PROFESNÍ PŘÍPRAVA A DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....</b>	<b>79</b>
6.1 VÝZNAM INFORMACÍ Z OBLASTI SEXUALITY V PRAXI SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	79
6.2 PROFESNÍ PŘÍPRAVA SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ VE VZTAHU K SEXUALITĚ KLIENTA .....	79
6.3 PROFESNÍ PŘÍPRAVA PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH VE VZTAHU K SEXUALITĚ KLIENTA.....	81
6.4 CO BY MĚL PRACOVNÍK VĚDĚT O LIDSKÉ SEXUALITĚ? .....	82
6.5 DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	82
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>88</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>94</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>95</b>

*Motto*



*„Humana non sunt turpia.“*



## ÚVOD

Autor se v diplomové práci snaží o šíření ucelených informací, které se týkají tematiky partnerského a sexuálního života u lidí s různým typem zdravotního postižení. Jedním z podnětů ke zvolenému tématu mu bylo dlouholeté působení na pozici osobního asistenta – především těžce tělesně postižených, kdy se navzájem poznával s lidmi různého postižení a věku, přičemž se nejen při příležitosti pomoci s osobní péčí postupně seznamoval s pohledem na jejich život, do něhož pochopitelně patří i partnerská a sexuální oblast. Ke zvolenému tématu práce přispěl také fakt, že svůj odborný zájem několik let orientuje na aspekty podpory sexuálního, partnerského a rodinného života osob se zdravotním postižením, především tělesně postižených lidí. Daleko závažnějším důvodem však byly názory většinové společnosti, která sexualitu lidí se zdravotním postižením i nadále do značné míry vnímá jako částečné společenské tabu – to včetně odborné veřejnosti, k níž patří též sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Jedním ze záměrů práce je proto přispět k vyvracení mnohých mýtů, které v této oblasti, a to i přes narůstající poznatky o lidské sexualitě, stále přetrvávají.

V současnosti existuje jen několik prací, které se zabývají danou problematikou. Většina podkladů a informací je roztroušena po různých publikacích, sbornících, časopisech a webových stránkách náležejících k nejrůznějším oborům a zájmům. V případě, že má někdo zájem nalézt něco podstatného, musí po těchto informacích občas doslova pátrat.

Podstatné je, že diplomová práce byla zpracována na základě pragmatického přístupu k lidské sexualitě. Velký důraz je kladen na pozitivní prožívání sexuality. Autor vychází z předpokladu, že lidé se zdravotním postižením sexuálně žijí a sexualita je důležitou složkou jejich života. Jedním z cílů práce tak je usnadnit naplňování přirozených potřeb člověka s postižením prostřednictvím distribuce dostatečných informací a metodologických pokynů směrem k sociálním pracovníkům, pracovníkům v sociálních službách a pochopitelně i ostatním pomáhajícím profesím. Tento informační servis by měl být podmínkou pro podporu sexuálního života u všech lidí, o to více u lidí se zdravotním postižením. Podstatným cílem předkládané práce je upozornit na možný potenciál sociální práce, která je jedinečnou disciplínou a především jen těžko nahraditelnou multioborovou formou společenské pomoci. Proto podstatný význam práce směřuje k možnosti uplatnění sociálního pracovníka v participaci na podpoře sexuálního života zdravotně postižených.

První kapitola charakterizuje sociální práci ve vztahu k problematice, zamýšlí se nad jejím pojetím, možnou specializací a nabízí přehled o současném stavu práce se sexualitou



klientů v sociálních službách a historický exkurz do snah o řešení problematiky. Druhá podává základní přehled o lidské sexualitě, významu partnerských vztahů a potížím, které přináší osamocení život jedince. Třetí kapitola se zaměřuje na sexuální a partnerský život ve vztahu ke zdravotnímu postižení a pojednává o základních problémech, které jsou společné či individuální vzhledem k danému typu postižení, přičemž se snaží nabídnout podněty k jejich řešení. Čtvrtá kapitola uvádí podstatné instrukce jak pro organizace, tak pro samotné pracovníky. Přináší vybrané strategie a taktiku pro práci s klientovou sexualitou a poskytuje určité návody – například pro oblast komunikace či sebereflexe pracovníka. Pátá kapitola nabízí přehled o možnostech podpory v rámci vybraných sociálních služeb, přičemž nezapomíná na problematiku asistovaného sexu či surogátních partnerů. Šestá kapitola přináší poznatky o potřebné náplni vysokoškolského studia sociálních pracovníků a možnostech dalšího vzdělávání v problematice.

Již v minulosti se mnohé práce o lidské sexualitě potýkali s všelijakými problémy či nepochopením. Nové poznatky jsou přitom významné nejen pro oblast sociální pomoci, ale především pro zdraví a štěstí člověka. Je neblahým faktem, že sexuální potíže připravují o životní radosti mnoho lidí, mějme proto pochopení pro ty, kteří mají snahu takové obtíže vystihnout a cíleně řešit.

# 1. SOCIÁLNÍ PRÁCE V SOUVISLOSTI S PARTNERSKÝM A SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH

## 1.1 Pojetí sociální práce vzhledem k problematice

Zvěřina (In Weiss a kol., 2010: 5) uvádí, že k rozvoji lékařské sexuologie velice přispěly výzkumy fyziologie lidského sexuálního chování. Jejich průkopníky byli William Masters a Virginia Johnson. Za neobyčejně přínosnými výsledky této autorské dvojice byl i fakt, že Virginia Johnson byla sociální pracovnice, která vytvořila s odborným lékařem jedinečný tým. Možná, že její mezioborové znalosti z oblasti sociální práce přispěly k jejich společným úspěchům. Faktem však je, že v oblasti lidské sexuality má sociální práce potenciál nabídnout a poskytovat specifické služby, které buď neposkytují pracovníci ostatních pomáhajících oborů, nebo je poskytují, ale v nedostatečné míře, kdy je sociální pracovník schopen suplovat alespoň částečnou pomoc v problematice daného oboru.

Podle Vávrové (2010: 69) a zajisté i dalších autorů se předcházení sociálnímu vyloučení považuje za jeden z nejdůležitějších principů zákona o sociálních službách, tedy i samotné sociální práce. Sociální začleňování poté směřuje k příležitostem a možnostem žít takovým způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Vcelku běžné je mít partnera, být rodičem nebo vést sexuální život. Dalším z cílů sociální práce je vytvořit klientovi takové podmínky, které vedou k uspokojování jeho přirozených potřeb. A každý člověk má během života touhu naplňovat jednotlivá patra pomyslné pyramidy svých potřeb, od těch nižších, jako je například sexuální vybití, přes potřeby sounáležitosti a sebeúcty, až k těm vyšším, jako potřebě seberealizace. Nutno dodat, že sociální pomoc je nejčastěji zaměřena na jedince ze specifické a ohrožené skupiny populace, přičemž se v mnoha případech jedná o zdravotně postižené. Z výše uvedeného by mělo být zřejmé, že sociální práce a jednotlivé sociální služby se mohou podílet na partnerském a sexuálním poradenství pro zdravotně postižené. Dokonce nejen podílet, ale i v této oblasti vyvíjet záměrnou a cílenou podporu postižených osob, protože mezilidské vztahy spolu se sexualitou jednoduše patří mezi základní atributy lidství. Je neoddiskutovatelné, že samotná sexualita je běžnou součástí života jedince. Proto vytváření optimálního a zdravého životního stylu musí zahrnovat také oblast této problematiky. Její závažnost navíc vyplývá z významného postavení sexuality v životě každého z nás (Kaliba, 2009: 42).

Protože má široká veřejnost různé představy o sociální práci, dospěl Musil (2008: 60) k závěru, že lidé, kteří sociální práci považují za blíže nespecifikovanou profesi, zpravidla nemají představu, co zvláštního by jim mohli sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách nabídnout, a tudíž si o to nemohou říci. To platí i pro klienty, zřizovatele sociálních služeb, pracovníky různých pomáhajících profesí a bohužel často i pro samotné sociální pracovníky. Musil (2008: 64-65) proto nabízí hypotézu, že pestrý prostor, ve kterém se v České republice v praxi sociálních služeb potkávají, střetávají a míjejí různorodé představy o sociální práci, lze ohraničit třemi přístupy k sociální práci, které označuje jako administrativní, profesionální a filantropické pojetí. Jedná se o tři myšlenkové orientační body, o něž se s různou intenzitou a různými způsoby opírají představy různých jedinců a skupin. Každé pojetí přináší v určitých situacích své pro a proti, ale vzhledem k charakteru námi řešené problematiky bychom měli být stoupenci tzv. profesionálního přístupu podobně jako Musil (2008: 65) nebo Janebová (2008: 91). Tzv. profesionální pojetí sociální práce totiž od pomáhajícího pracovníka očekává, že bude specialistou, což podporuje globální jev, kdy můžeme stále častěji zaznamenat celosvětový trend specializace pracovníků nejen ve sféře zdravotní, ale i sociální.

## **1.2 Specializace sociální práce**

Gojová (2010: 6) považuje za důležité to, aby si sociální pracovník – už během studia – našel svou vlastní specializaci a zájem o konkrétní oblast nebo cílovou skupinu. Tím můžeme myslet takovou specializaci, v které se pracovník zaměřuje na komplexní posouzení individuálně specifických potíží, jež klientovi brání zvládat jeho interakce se sociálním prostředím. V rámci interdisciplinárního přístupu pak zprostředkovává spolupráci pracovníků jiných pomáhajících profesí při řešení různorodých nesnází konkrétních klientů nebo je schopen sám poskytnout pomoc na základě zkušeností z praxe, pomocí dalšího vzdělávání a samostudia, kdy prohlubuje svou specializaci pro určitou oblast (Musil, 2008:66-68). Takto se pracovník může specializovat právě i na oblast partnerství a sexuality zdravotně postižených. Je pochopitelné, že u někoho takové tvrzení může vyvolat údiv či otázku, zda do poradenského a sociálního kontextu tato problematika patří. Samozřejmě, když přijmeme jednoduché východisko, které určuje Novosad (2009: 53): „že podpora lidí s postižením zahrnuje škálu vzájemně propojených oblastí, jež se dotýkají kvality jejich života. Pak je nám zřejmé, že sexualitu lidí s postižením nelze opomenout.“ Proto stačí jen rozlišovat mezi

obecnými tématy zdraví a nemoci a specifickými tématy zdravotního postižení jak uvádí Krhutová (2010: 49). V tomto smyslu může sociální práce přistupovat i k takové aktuální problematice, jakou je oblast partnerských vztahů a sexuality zdravotně postiženého klienta v rámci zvyšování kvality jeho života. Poté, co jsme si objasnili obecně žádanou specializaci sociální práce se musíme ptát co v dané problematice znamená či může znamenat pomoc sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách nejen pro samotného klienta, ale i pro ostatní pomáhající profese, jež participují na jejím řešení.

### **1.3 Partnerské a sexuální poradenství pro zdravotně postižené jako mezioborová práce**

Již počátkem devadesátých let konstatoval Kracík (1992: 98-99), „že v oblasti sexuální výchovy zdravotně postižených bude potřebné rozvinout koordinovaný interdisciplinární přístup zdravotníků, sociálních pracovníků, psychologů, pedagogů, rehabilitačních pracovníků a dalších, kteří o postižené pečují.“ Podobně lze nahlížet na celou oblast partnerského a sexuálního života postižených, která si doslova říká o mezioborovou spolupráci pomáhajících profesí. K tomu přispívá i několik skutečností. Díky tomu, že přední osobnosti české sexuologie vždy důsledně prosazovaly interdisciplinární charakter svého oboru (Weiss a kol., 2010: XIII), můžeme předpokládat, že i obor sexuologie, který má v řešení problematiky své příslušné místo, se přiklání k interdisciplinární spolupráci. Specifická orientace pomoci a léčby na zdravotně postižené, podobně jako u jiných cílových skupin, spočívá ve vytvoření specializovaného terapeutického týmu lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a sester (Weiss in Weiss a kol., 2010: 498). Uvedený tým lze dále rozšířit, protože jak uvádí Brenchin a Lidiard (In Krhutová, 2010: 51) „k řešení různorodých podmínek života lidí s postižením může být zapojeno až dvacet tři profesí.“ Pro zajímavost, Zvěřina (2003: 24) uvádí, že při větších sexuologických odděleních je nezbytný nejen úvazek klinického psychologa, ale také právě sociálního pracovníka. A jak jsme si již uvedli, sociální práce může nabídnout kompetentní pomoc v partnerské a sexuální problematice postižených, protože je v jejím zájmu již zmiňovaná široká oblast lidského života zasahující do mnoha sfér, které mají převážně sociální kontext – tak jako lidská sexualita, která je úzce svázána s partnerskými vztahy. Navíc jedním z průvodních znaků sociální práce je její multidisciplinární povaha a typické kumulování a následná aplikace poznatků z různých oborů spojená s jejich dalším rozvíjením, obdobně jako u sociální pedagogiky, která má k sociální práci a řešené

problematice blízko (Kaliba, 2009: 41). Praxe sociální práce často přímo vyžaduje teoretickou a praktickou základnu z více vědních oborů. Tento multidisciplinární základ se projevuje v syntéze vědních oborů jako je právo, pedagogika, sociologie, medicína, psychologie, psychiatrie a mnohé další. Možná specializace pak záleží na konkrétní zakázce klienta či klientů vzhledem k oblasti sociální práci a jejich individuálních potížích (Truhlářová, 2008). Zařazení sociálních pracovníků, popř. i dalších pracovníků v sociálních službách do týmů profesionálů pro oblast pomoci v partnerském a sexuálním životě zdravotně postižených je z uvedených důvodů zcela na místě, ba přímo žádoucí. I v mnoha dalších oblastech života zdravotně postižených se ukazuje nutnost kooperace jednotlivých pomáhajících profesí při pomoci v řešení klientovy situace.

Avšak mezioborová spolupráce a účast odborníků z různých pomáhajících profesí na pomoci postiženým v jejich intimním životě je i prostou nutností. V oblasti podpory partnerského a sexuálního života zdravotně postižených chybí v současných podmínkách ucelená a dostupná síť pomoci. Základním problémem je skutečnost, že není dostatečný počet kvalitních odborníků, zejména z řad sexuologů, kteří by byli schopni poskytnout odbornou poradenskou činnost pro zdravotně postižené v otázkách sexuálních dysfunkcí, plánovaného rodičovství nebo osamocení. Zvěřina (2003: 24) potvrzuje tuto skutečnost tvrzením, že „sexuologů nikdy nebude tolik, aby sami zvládali péči o pacienty se sexuálními poruchami v celém rozsahu.“ Proto je třeba, aby byly řady lékařských odborníků rozšiřovány v interdisciplinárním smyslu. Jistou nadějí je skutečnost, že obrovský rozvoj sexuologie způsobil, že se problematice sexuality a partnerství věnují nejen lékaři a psychoterapeuti, ale také fundovaní učitelé, sociologové, psychologové a další odborníci, mezi nimiž má své místo i sociální pracovník, popř. pracovník v sociálních službách.

## **1.4 Historický exkurz do snah o řešení problematiky**

V našich kulturních a zeměpisných podmínkách nebyla do nedávné doby oblast partnerského a sexuálního života zdravotně postižených vnímána jako problém, který by bylo nutné řešit. Obecně se lidé o postižené spoluobčany nezajímali, protože se vzhledem k dřívější sociální politice ani nebylo o koho zajímat. Ve smyslu sociálního jevu začalo postižení vystupovat do popředí až v rámci přechodu na demokratický systém, který umožnil větší míru vnímání hlasů a potřeb skupiny zdravotně postižených lidí. Vyšlo najevo, že neustále stagnuje celková životní situace zdravotně postižených. Musíme však také uvést, že i v době socialistického

režimu působili erudovaní jedinci, kteří se oblasti partnerského a sexuálního života zdravotně postižených věnovali. V letech 1981–1982 realizoval Československý výzkumný ústav práce a sociálních věcí výzkum zaměřený na výchovu k rodičovství pro zdravotně postižené pod vedením J. Veselé. V roce 1981 proběhla v Praze pracovní konference o problémech sexuální výchovy tělesně a mentálně postižených v ústavech sociální péče. V průběhu osmdesátých let minulého století byly Svazem invalidů organizovány semináře a besedy pod vedením Petra Vojtíka a Aleny Brabcové, které se věnovaly sexuální výchově zdravotně postižených (Kolan, on-line). Musíme také zmínit práci doc. Votavy z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze, který s osobním přístupem pořádal přednášky na téma sexuality pro tělesně postižené a jejich rodiče, kteří byli mnohdy v šoku z otevřenosti a upřímnosti jeho slov. V roce 1986 provedl například dotazníkové šetření u mužů po trvalém úrazu páteře a zjistil, že větší část z nich i nadále vedla sexuální život. Nutnost řešení otázky partnerských vztahů zdravotně postižených se stala tématem diskusí koncem osmdesátých let i na pracovních seminářích odborníků z této oblasti vedených Jánem Jesenským. Duo Brzek a Lachman rozvíjeli výzkumy v oblasti sexuologického poradenství zaměřeného na těžce tělesně postižené (Kracík, 1992: 96). Jistým mezníkem se stal učební text „Sexuální výchova postižené mládeže“, vydaný v roce 1992, jehož autorem byl Jiří Kracík z Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. V roce 2000 byl uskutečněn výzkum s názvem „Rodinný a sexuální život zdravotně postižených“, který byl financován MPSV ČR. V jeho rámci uskutečnila pracovní skupina široké dotazníkové šetření a celostátní seminář. V roce 2002 pokračovala uvedená pracovní skupina v řešení projektu pod názvem „Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím.“ Také v jeho rámci bylo uskutečněno dotazníkové šetření a byl zorganizován celostátní seminář.

Bylo by trestuhodné nezmínit dvě celostátní konference „Sexualita mentálně postižených“ (2004, 2008), jež realizovalo občanské sdružení Orfeus ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity v Hradci Králové. V roce 2009 uskutečnila VOŠ Caritas Olomouc spolu s katedrou Křesťanské sociální práce Univerzity Palackého mezinárodní konferenci na téma „Dilemata sexuality lidí s mentálním postižením.“ Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu přispívá k řešení dané problematiky na krajských konferencích a celostátních kongresech o sexualitě, lidských vztazích a sexuální výchově, kde je problematika zahrnuta do jednotlivých přednášek.

Pro zajímavost si můžeme ještě uvést, že MUDr. Ivo Procházka z pražského Sexuologického ústavu se věnuje i tak specifické problematice, jakou je skupina zdravotně postižených, jež jsou HIV pozitivní. „Vedle samotné HIV infekce totiž není u AIDS

nemocných a HIV pozitivních vzácností kombinované zdravotní postižení. Patří sem například i skupina tělesně a mentálně postižených následkem mozkové infekce nebo ztráta zraku v důsledku cytomegalovirové infekce“ (Procházka, 2000: 63).

Mimo sborníků a závěrečných zpráv ze zmiňovaných seminářů, výzkumů a konferencí bylo vydáno i několik publikací k danému tématu. Další přínosnou snahou o řešení problematiky jsou vysokoškolské studentské práce, které jsou cenným zdrojem informací. V posledních letech roste jejich počet. Jejich dílčí výčet nalezneme v příloze číslo 1.

Pražská organizace *Orfeus* nabízí studentům středních, vyšších odborných a vysokých škol sociálního a humanitního zaměření konzultace a vedení postupových, seminárních, ročníkových a diplomových prací zejména v oblasti sexuality zdravotně postižených, kdy úzce spolupracuje s řadou odborníků na danou problematiku a může bezplatně poskytnout i vlastní odbornou literaturu (sborníky z celostátních konferencí a seminářů).

## **1.5 Současný stav práce se sexualitou v českých sociálních službách**

Dřívější situace převládajícího tabu o sexualitě lidí se zdravotním postižením se v České republice v současnosti o poznání zlepšila, zajisté však není dobrá, a to zvláště ve srovnání například s Nizozemskem, Německem nebo Francií (Eisner, 2010 B: 4). Bylo by otázkou k další diskusi, zda je téma sexuality u jednotlivých skupin zdravotně postižených stále obecně vnímáno jako společenské tabu. Tak či tak se přikloníme k tvrzení Štěrbové (2009: 9), že přinejmenším sexualita osob s mentálním postižením se sice pomalu, ale jistě stává méně tabuizovanou, a to zejména v okruhu poskytovatelů sociálních služeb. Také jsou zvolna reflektovány i tyto legitimní potřeby zdravotně postižených a současný stav sociální práce směřuje ke zkvalitnění podmínek pro realizaci jejich partnerského a sexuálního života. Kozáková (2008: 69) míní, že postoje k sexualitě osob se zdravotním postižením se od dřívější eliminace přesouvají k postojům tolerance až po přijetí a kultivaci sexuality klientů. Eisner (2010B: 4) uvádí, že „v současnosti již mnoho organizací tuto oblast pojmenovalo a snaží se vytvořit bezpečný prostor pro práci se sexualitou v rámci služeb. Přestože je takových organizací zatím velmi málo, nutno říci, že mezi ně patří jak malá občanská sdružení, tak velká zařízení ústavního typu, ale i organizace zřizované církvemi.“ Jako příklad lze uvést občanské sdružení Pohoda – společnost pro normální život lidí s postižením, občanské sdružení Orfeus, pražské Centrum Paraple, občanské sdružení Tulipán nebo poradenské

centrum Amorela při Diakonii CČE v Plzni aj. Základní informace a kontakty na jednotlivé organizace nalezneme v příloze číslo 2.

Podíváme-li se na situaci konkrétní pomoci v oblasti partnerských vztahů a sexuality zdravotně postižených, zjistíme, že existuje nabídka různorodých služeb, avšak v minimální kvantitě. Přesto aktivity jednotlivých organizací vytvářejí pomyslné základy systému relevantní pomoci nejen lidem s postižením, ale také jejich rodičům a pracovníkům v sociálních službách, kteří se pak mohou zpětně podílet na budování cílené pomoci konkrétním jednotlivcům, kteří v této oblasti hledají podporu. Pomoc v oblasti sexuality a partnerských vztahů je v ČR stále spíše vzácností než běžně nabízenou službou. Obvykle bývá součástí organizace, která poskytuje i jiné služby lidem s tělesným postižením, jedná se především o neziskové organizace.

Přestože je problematika velmi aktuální, je to téma v rámci samotných sociálních služeb opomíjené. Existuje nemalé množství organizací, které hrdě tvrdí, že zajišťují svým uživatelům plnohodnotný život, což však spočívá v tom, že jsou u jejich uživatelů naplňovány pouze některé potřeby. O naplnění potřeb v sexuální a vztahové oblasti se často ani nezmiňují (Eisner, 2009: 3). I v dnešní době je bohužel v některých zařízeních prožívání intimity a partnerství stále obtížné. I když jsme hovořili o postupné kultivaci problematiky, je tabuizace tématu stále častá a v oblasti přetrvává mnoho mýtů a předsudků. Práce se sexualitou nebývá pracovníky vnímána jako součást poskytovaných služeb a proto se problematikou často oficiálně nezabývají. Stále můžeme nalézt organizace, které řeší problematiku pouze formálně „na papíře“ a v praxi se jí nevěnují, a to přesto, že sociální služba je mnohdy jedinou strukturou v životě člověka s postižením, kde může navazovat mezilidské vztahy a získávat potřebné informace jemu srozumitelnou formou (Eisner, 2010 A: 4, 2010 B: 4). Dalším z plošných problémů jsou nedostatečné možnosti vzdělávání či nedostatek kvalitní odborné literatury. „V globálu je v České republice práce se sexualitou lidí s postižením stále v plenkách a nabídka reagujících služeb nebo veřejné podvědomí o této problematice bude potřebovat další roky práce“ (Eisner, 2010 B: 4).

## **1.6 Intimita klienta v souvislosti se zákonem č. 106/2006 a SQSS**

Vzhledem k tomu, že značná část praxe sociální práce spadá do působnosti zákona o sociálních službách, je potřeba nahlížet na problematiku i dle legislativního měřítká. Standardy kvality sociálních služeb dle zákona č. 106/2006 Sb., o sociálních službách



nevěnují žádnou přímou pozornost otázkám partnerských vztahů a sexuality, což lze považovat za významné opomenutí. Sexualita je nedílnou součástí kvality života jedince, ať už jde o člověka se zdravotním postižením či ne (Štěrbová, 2009: 9). Přitom je v dikci zákona o sociálních službách v § 88 uvedeno, že poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, dále plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob.

Zákon o sociálních službách může vyvolávat představu, že sociální práce je realizována pouze prostřednictvím poskytování sociálních služeb. S tímto trendem se objevuje riziko redukce sociální práce. Pro sociální pracovníky může být lákavé vycházet z představy, že řešením určitého problému klienta je poskytnutí určité předem definované a standardizované služby, tím se však mohou ochuzovat jak o možnosti pro řešení klientova problému a snahy o zvýšení kvality jeho života, tak i redukují vlastní možnosti.

## **1.7 Práce se sexualitou jako součást kvalitní sociální služby**

Jednou z hlavních úloh současné sociální práce je přispět k udržení či zlepšení kvality života. Tuto kvalitu přirozeně ovlivňuje i kvalita sexuálního života, přítomnost partnera nebo deficitů v těchto oblastech. Proto se tato témata objevují i jako pracovní problémy sociálních pracovníků (Levická, Truhlářová, 2009: 80). Marková a Lukšík (2009: 83, 90) konstatují, že do veškeré sociální problematiky v praxi sociální práce nevyhnutelně vstupují sexuální a genderové aspekty lidství. Přitom lze vnímat kompetence sociální práce v otázkách sexuality a genderu jako relevantní součást výkonu profese.

Rozsah znalostí z oblasti sociální práce by měl v rámci dobré praxe zahrnovat i předpoklady pro podporu klientů v oblasti sexuality a partnerských vztahů. Problematika handicapu se netýká pouze sociálního zabezpečení, bytové problematiky, bezbariérového prostředí nebo pracovního uplatnění. Také v oblasti intimního života je více než nutné při zájmu druhé strany nabízet pomocnou ruku. Kdyby nebyla pokryta všechna úskalí a zákoutí života zdravotně postižených, nemohli bychom zajistit poskytnutí kvalitních sociálních služeb, kam 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 zprvu jednat 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. To je podstatný a výchozí fakt, protože lidé s postižením mnohdy prostě nevědí, kam a na koho se obrátit.

„Práce se sexualitou v rámci sociálních služeb je velmi žádaná přímo pro lidi s postižením jakožto uživatele, ale také pro efektivitu poskytované služby a pracovníky, kteří ji poskytují. Aby mohla organizace s problematikou bezpečně zacházet (neublížit klientovi), je nutné ji pečlivě ošetřit a nastavit. Prvním krokem je rozhodnutí organizace, že pomoc v partnerské nebo sexuální oblasti zdravotně postižených klientů bude součástí nabízených služeb. Management musí vymezit a veřejně pojmenovat, jak organizace problematiku vnímá, jak k ní přistupuje a do jaké míry je a bude schopna reagovat na zakázky od uživatelů“ (Eisner, 2010C: 4). Postavení organizace v její participaci na podpoře sexuality jejich klientů dobře znázorňuje tzv. *Dům sexuality*, který nalezneme v příloze č. 3.

Pražská společnost *Pohoda* nabízí pro vymezení a postavení organizace interaktivní kurz „Sexualita versus organizace.“ Jde o moderovaná setkání pro vedení organizací a jednotlivé týmy pracovníků v sociálních službách. Nejedná se o kurz jako takový, ale o kontinuální práci s vedením organizace a jednotlivými týmy zaměstnanců. Práce probíhá pomocí různě koncipovaných setkání v rozsahu 1–4 hodiny. Výsledkem je pak nalezení pozice organizace v práci se sexualitou lidí s postižením, vymezení postoje a jeho srozumitelné pojmenování. Hlavními výstupy jsou stanovení možností poskytovaných služeb ve vztahu k práci se sexualitou, prověření jednotnosti týmu v základním přístupu k sexualitě, stanovení možností, vymezení postoje organizace a vytyčení základních bodů pro tzv. „Protokol sexuality.“

Dle Štěrbové (2009: 10) a dalších pracovníků převládá shoda mezi zahraničními i českými odborníky věnujícími se problematice sexuality osob s postižením, na jaké cílové skupiny je třeba zaměřit pozornost při podpoře. Jedná se o osoby s postižením, jejich rodiče (zákonné zástupce), pedagogické pracovníky, poskytovatele sociálních služeb a nejširší veřejnost.

## 2. LIDSKÁ SEXUALITA A PARTNERSKÉ VZTAHY

### 2.1 Vymezení pojmu *sexualita a partnerství*

Snah o definování lidské sexuality existuje velké množství. Pro základní orientaci si můžeme uvést definici Frayserové: „Lidská sexualita, to je systém sestávající z biologických, sociálních, kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají a prolínají, produkujíce sexuální vzrušení nebo orgasmus, a které, ač nikoli nutně, jsou spjaty s reprodukcí“ (Vrhel in Weiss a kol., 2010: 669). K tomu lze dodat, že dalším atributem je i spirituální složka lidské osobnosti. Obecně má sexuální chování u člověka různé funkce. Může to být prosazování generových aspektů, podpora vlastní sebeúcty, rozvoj dominance či subdominant, rozvoj společenských a intimních vztahů, zdroj potěšení, uvolnění napětí, projev agrese, zdroj vzrušení nebo může sloužit jako nástroj pro materiální zisk (Spilková in Weiss a kol., 2010: 103). Tak či tak je sexualita jednou z důležitých součástí našeho bytí. Svědčí o tom zájem, jaký je věnován otázkám partnerského života a dobrých vztahů v manželství nebo společném soužití (Venglářová, 2007: 65). „Všichni lidé bez rozdílu se rodí se sexuálními potřebami, i když individuálními, různě intenzivními a různým způsobem prožívanými. Neexistuje žádný přímý vztah mezi postižením, inteligencí a sexualitou“ (Kozierová in Volfová a kol., 2008: 15). Člověk je za každých podmínek sexuální bytost, a to bez ohledu na přítomnost zdravotního postižení. Lidé nepřestávají být sexuálními bytostmi ani v případě těžkého či progresivního postižení. Přitom sexualita ovlivňuje naše chování velkou měrou. Všude tam, kde člověk sexuálně strádá, se to projevuje nejrůznějšími způsoby. Vlastní „sexuální vývoj je mnohostranný proces, pevně spojený se základními lidskými potřebami být přijímán a akceptován, vzájemně s druhými sdílet příjemné myšlenky a city, být pro ostatní přitažlivý. Netýká se jen tělesných funkcí, ale souvisí také s nabytím vědomostí o sexualitě, důvěrou, postoji a hodnotami každého jedince. Sexualita by proto neměla být posuzována jen v kontextu s pohlavním stykem, zahrnuje také socializaci rolí souvisejících s pohlavím, fyzické dozrávání a tělesný vzhled, sociální vztahy a budoucí sociální aspirace“ (Štěrbová in Volfová a kol., 2008: 15).

„Všechna známá lidská společenství předpokládají, že plně socializovaní dospělí jedinci mají nejen schopnost se sexuálně vzrušit, nýbrž i schopnost heterosexuálního pohlavního styku. Nicméně společenská očekávání ve smyslu úrovně sexuálního vzrušení a naplnění jsou velice proměnlivá“ (Vrhel in Weiss a kol., 2010: 670). Tato proměnlivost se

významně dotýká lidí se zdravotním postižením. Postižení je charakterizováno částečným nebo úplným omezením schopnosti vykonávat některou činnost, která však nemusí mít za následek snížení kvality jejího prožitku. Takovéto pojetí dysfunkce postižených lidí se významně týká i oblasti jejich sexuality a partnerského života. Právě společenské podvědomí a postoje zdravé společnosti k postižené populaci vytvářejí i v této oblasti nálepky sociálního stigma. Postižení bývají i doposud bohužel vnímáni jako asexuální bytosti, které se nacházejí mimo sociokulturní normu, a to pro časté mýty a předsudky, jež se mimo předpokládané neschopnosti aktivního prožívání sexuálního života týkají též nemožnosti reprodukce a rodičovství.

## **2.2 Zdravý sexuální život a kvalita života**

Sexuální život je souhrnem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, které obohacují osobnost, zlepšují vztahy k lidem a rozvíjejí schopnost lásky (Venglářová, 2007: 65). Neoddiskutovatelnou skutečností je, že sexualita má pozitivní vliv a významný podíl na celkovém zdraví člověka a jeho životní pohodě, je základní složkou lidské přirozenosti. Sexuální vztahy jsou cenné pro většinu lidí a mají často za následek šťastnější život, který vede k rozšíření životních zkušeností. Pro vliv na celkovou kvalitu života jde o stejně důležitou součást bytí také u lidí se zdravotním postižením. Jejich sexuální vztahy jsou odlišné pouze projevy, možnostmi a touhou každého jedince. Žourková (In Weiss a kol., 2010: 417) konstatuje, že v běžné (rozumějme intaktní) populaci je kvalitní sexuální život považován za důležitou složku kvality života u 70 % populace. Proto bychom měli u každého člověka se zdravotním postižením podporovat snahy o jeho seberealizaci v této oblasti. Téměř každý má své schopnosti a dovednosti, které se dají při správném přístupu využít a rozvíjet. Navíc moderní pojetí sexuality akceptuje všechny formy sexuálního života které nepoškozují druhého. Významnou a zdravou součástí sexuálního života je autoerotika. Její úloha se zvyšuje především v situaci absence partnera, a protože není její praktikování vázáno na další osobu, její význam stoupá právě u zdravotně postižených.

Jako základní stanoviska si uvedeme souhrn, který sestavila Venglářová (2007: 66) jako „*Desatero zdravého sexuálního života*“: Sex je zdravý, přirozený a krásný. Může být zdrojem pozitivní energie a v případě partnerského soužití je potvrzením naší sounáležitosti a blízkosti k druhému. Umožňuje uvolnit a prožívat hodnoty v podobě lásky, důvěry či intimity. Sexuální fantazie jsou obvyklé a neomezené, samotné sexuální chování je omezeno pouze

zásadou nepoškodit druhého, kdy musíme respektovat hranice partnera se kterým si společně určujeme normu. Autoerotika je přirozená a neškodí zdraví, naopak je to jedna z forem intimního vyjádření, která může značně obohatit sexuální život.

Pro doplnění Volfová a Velemínský (2008: 17) uvádí, že pro lidi zdravé i se zdravotním postižením platí tato stanoviska týkající se sexuálního života: Každý člověk má právo na uspokojivý sexuální život, který se liší pouze projevem, možnostmi a touhou každého jedince, přičemž jsou si všechny formy sexuálních aktivit rovnocenné. Cílem podpory lidí se zdravotním postižením je pomoci jim prožít takovou sexualitu, jakou si sami zvolí (opět pouze pokud by neměla poškodit druhou osobu). Dalším cílem u lidí s postižením je posilovat jejich odpovědnost za své zdraví, k partnerovi a k zabránění nechtěného početí. Obecně u všech zdravotně postižených je snaha zvyšovat jejich obranyschopnost proti zneužívání, především pak u mentálně postižených. Podle Koutenské (In Volfová a kol., 2008: 17) není u zdravotně postižených snaha o rodičovství primárním cílem, tedy takové naplnění rodičovské role v každém případě a za každou cenu.

### **2.3 Sex jako pozitivní hodnota a vstřícný přístup k sexualitě**

Základní ideou při práci se sexualitou je respektování holistického přístupu k člověku. Přecenění zdravotního postižení jako organické poruchy či nerespektování psychogenní problematiky může klienta v jeho intimním životě poškozovat. Zcela určitě bychom neměli chápat sexuální aktivity jako výkonnostní činnost, spíše vidět stránku duševního prožitku a celkové relaxace. Proto je vhodné pochopit sexuální život komplexně, pozitivně a snažit se o odstranění negativní vlivů, které na něj působí. Velmi důležitým aspektem ve filozofii sexuality osob se zdravotním postižením je uznání vztahů lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako bytostných aspektů štěstí. Také Tepper (In Štěrbová, 2009: 36) jednoznačně podporuje složku sexuálního prožitku jako významného aspektu v lidském životě. Sexuální rozkoš dává pozitivní význam našim životům a především pomáhá k sociální integraci, která patří mezi již zmiňované cíle sociální práce (tamtéž). Nelze však v možné míře integrovat postižené do intaktní populace, když nebudeme hovořit o jejich sexualitě a sexuálních potřebách. Každý z nás musí přijmout skutečnost, že postižení lidé mají jako každý jiný právo na sexuální život s jeho rozličnými projevy. V případě, že právo na sexualitu nepřijmeme a nebudeme jejich intimitu akceptovat, nebudeme také moci umožnit snahy ucelené integrace, která je nejen z pohledu sociální práce více než žádanou.

Také sami zdravotně postižení jsou schopni vnímat a prožívat vlastní sexualitu pozitivně, byť to může být v těle od kterého mohou mít odstup, v sociální roli, která jim byla určena nebo s partnerem, který neodpovídá přímo jejich představám. Prožívání sexuality však nelze redukovat pouze na koitus, protože dimenze intimních prožitků jsou nesmírně pestré. Musíme přijmout, že v průběhu zdravotního postižení nabývají na významu i jiné formy sexuálního vyjádření, například nekoitální aktivity (Pastor; Uzel in Weiss a kol., 2010: 273).

Protože sexuální složka nejen obohacuje, ale též komplikuje lidský život, je při podpoře zdravotně postižených v jejich sexualitě zvláště nutný důraz na kladnou stránku sexuality oproti různým restrikcím a zákazům. Kratochvíl (2005: 96) uvádí, že „sexuální vzrušení a uspokojení patří k nejsilnějším lidským emocím.“ Orgasmus, jako vrchol sexuálního uspokojení, může být někdy takovým prožitkem, kterého těžko lze dosáhnout jiným způsobem. Dále Kratochvíl (tamtéž) dodává, že svět je s prožíváním vlastní sexuality živější a barevnější.

Vstřícný přístup k sexualitě lidí s postižením je zapotřebí i z důvodů prosté eliminace jejich diskriminace. Dopad zdravotního postižení na člověka není zesilován pouze mezilidskými, architektonickými či dopravními bariérami, ale též neinformovaností či předsudky intaktní společnosti. Tyto předsudky se mnohdy týkají i lidí s postižením coby sexuálních partnerů nebo rodičů. Předpojatý postoj vůči lidem s postižením vytváří spolu s neinformovaností paušalizaci problematiky zdravotního postižení, včetně problematiky intimity (Novosad, 2009: 30-32).

## **2.4 Přínos partnerských vztahů a sexuality**

Podle Baštecké (In Vodáčková a kol., 2007: 249) se v intimní oblasti zpravidla udávají tři hlavní funkce sexuality: „Individuální – pohlavnost může člověku přinášet uvolnění, rozkoš, a to i v případě, že je sám se sebou; párová – sexuální styk jako svébytný a hluboce důvěrný rozhovor dané dvojice; druhová – v důsledku sexuálních styků mají lidé děti.“ Především individuální funkce sexuality může být v průběhu dlouhodobého onemocnění či zdravotního postižení jednou z mála radostí, která přináší zmíněné uvolnění a potěšení. Intimní kontakt s partnerem pak může dávat pocit sounáležitosti, potřebnosti a smyslu života. Stejně tak je důležitá i autoerotika. Ta může být jistým druhem terapie, neboť se při ní uvolňuje sexuální napětí. Tím se odstraňují psychické bloky a postižený jedinec se může osobnostně rozvíjet zejména díky větší vstřícnosti ke všem podnětům. Jsme-li sexuálně uspokojeni a dokážeme-li

se intimně realizovat, pomůže nám to i fyzicky. Každý z nás určitě slyšel o tom, jak psychický stav ovlivňuje fyzický a naopak. Sexuální sny, fantazie a vzpomínky nás neopouštějí nikdy, proto mohou být v některých případech také spojnicí s reálným životem (Pastor in Weiss a kol., 2010: 222-223). „Mít možnost vzpomenout si v těžkých chvílích života na silný sexuální zážitek, přivolat si ho v představách v celé jeho jasnosti a síle – není to mocná protiváha utrpení a smutku?“ (Kratochvíl, 2005: 96) Uspokojující partnerský život, který je velkým obohacením, není ovšem hodnotou jedinou a ani hodnotou nejdůležitější. Podle Kratochvíla (2005: 54-55) je společně sdílený osud se vzájemnou podporou, něžností, láskou a vzájemným porozuměním nebo péčí o děti to, co dává partnerskému nebo manželskému soužití smysl i v situaci, kdy v něm sexuální aktivity neprobíhají ideálně. Uvádí, že ve většině případů stojí za to zkoušet stále znovu intimitu prožívat a oživovat. Život člověka a jeho sexualita však nemají jen základní obecné charakteristické rysy, ale každý má také své rysy svérázné a zvláštní. Pro pochopení individuálních osudů, forem chování, prožívání, stejně tak jako přínosu sexuálních prožitků, potřebujeme znát informace o sexuálních zkušenostech různých osob, s různým typem a různou závažností postižení.

## **2.5 Partnerské vztahy a problematika osamocení**

„Při osobním zrání a vývoji v dospělosti neexistuje silnější podnět než milostný vztah. Zároveň však nenajdeme žádný jiný vztah, který by tolik ohrožoval osobní pohodu a psychické i tělesné zdraví jako milostné pouto“ (Jürg, 2006: 13). Abychom se cítili dobře sami sebou, cítili se být produktivní, všichni potřebujeme být v kontaktu s lidmi. Všichni potřebujeme významné osoby ve svém životě. Potřebujeme mít důvěrný vztah, blízkého přítele jako zdroj radosti a pocit, že k někomu patříme (Štěrbová, 2009: 69). „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: 186). Tento důraz normality je jednoznačně spojen se sociokulturní normou, s očekáváním společnosti. Zdravotně postižený tak plní mimo jiné i sociální roli, roli partnerskou a kromě naplňování svých potřeb se zároveň vyrovnává lidem bez postižení. Podle provedených výzkumů uvádějí zdravotně postižení jako jednu z priorit fakt, že stejně jako ostatní lidé i oni chtějí vést normální osobní a rodinný život. Tuto hodnotu pak upřednostňují před rozmanitými typy kolektivních zařízení sociální péče a pomoci (Starová in Matoušek, 2005: 90). Kozáková (In

Volfová a kol., 2008: 68) dodává, že každý člověk, tedy i s kterýmkoli typem postižení, touží po blízkosti druhé osoby, po užším vztahu, než je kamarádství nebo přátelství.

Také je třeba zdůraznit mimořádný význam partnerského vztahu jako sociální opory. Příkladem je mladý muž se spoustou životních plánů, který po autonehodě ochrnl od pasu dolů. Když jeho manželka pochopila, jaké následky takové postižení má, požádala o rozvod. Mladý muž i přes oporu profesionálů ztratil motivaci k rehabilitaci i k adaptaci na změněné životní podmínky, přijal umístění v ústavu sociální péče a rezignoval na řadu osobně dosažitelných cílů (Novosad, 2009: 232). Allen a Ciambrone (In Štěrbová, 2009: 49) zdůrazňují význam vzájemného vztahu jako sociální opory zejména u lidí se zdravotním postižením. „Emoční a sociální opora vede ke snížení důsledků sociální izolace, čímž přispívá k sociální integraci. Dostatečná sociální síť pomáhá k prevenci depresí a pomáhá zmírňovat i projevy somatické.“ Poskytovatelé sociálních služeb by proto měli u klientů podporovat vedle sexuálního života také stávající či budoucí partnerské vztahy. V těchto podporovaných vztazích může poskytovatel služeb pomoci uživateli dosáhnout jeho plného lidského potenciálu. Podle Štěrbové (2009: 49) můžeme doplnit, že je zcela legitimní, aby uživatelé žádali o asistenci v rozšiřování svých sociálních sítí. To totiž směřuje k možnosti získání sociální opory.

Velmi závažnou problematikou je osamocení postiženého jedince. Nedobrovolné osamocení na dlouhý čas může vést k závažným psychosociálním následkům. U jednotlivce je postrádána chybějící lidská blízkost, jejíž potřeba nabývá na intenzitě se zvyšujícím se věkem. Vedle psychické zátěže jsou jednotlivci v nebezpečí sociální dezintegrace. Kastnerová (2009: 138) uvádí, že žití o samotě nemá žádnou vlastní hodnotu. Být sám může vést až k depresivním náladám nebo sebevražednému jednání. Je skutečností, že častými příčinami sebevražd bývá zhroucení interpersonálních vztahů, zvláště těch intimních. Jednotlivci bez úzkého partnerského vztahu jsou silněji konfrontováni s pocitem osamění než ostatní skupiny obyvatel a více trpí psychickými problémy. „Partnerství a manželství představují nejdůležitější dominanty subjektivního pocitu blaha. Lidé s partnerem na své straně se zřetelně lépe vyrovnávají s těžkostmi života. Nikdo nežije pro sebe samotného“ (Kastnerová, 2009: 137). Uvědomme si, že to dvojnásob platí pro lidi se zdravotním postižením. Není vhodné, aby se jedinec pod vlivem svého postižení smířil se svým smutným osudem a neviděl žádné reálné možnosti, jak svou partnerskou roli uskutečnit. Nepřítomnost partnera bychom měli vnímat jako nepříjemný, ale přechodný stav. Lidé se zdravotním postižením jsou v osamocení vystaveni nebezpečné rezignaci na vlastní sexuální roli, protože pocity beznaděje, sociální izolace či předsvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci,



vzdalují jedince od běžného způsobu života v každodenních interpersonálních vztazích a sítích.

## 2.6 Citové a erotické potřeby a jejich legitimita

Opět si musíme zdůraznit, že lidé se zdravotním postižením, byť individuálně podle stupně jejich postižení, mohou být sociálně a sexuálně schopni být kvalitním partnerem a mají stejné potřeby jako lidé bez postižení. Opomíjení těchto potřeb vede k narušení duševního zdraví, což se negativně projeví v sexuální identitě, přátelství, sebeúctě, povědomí o svém těle i emočním a sociálním růstu (Štěrbová, 2009: 35-39). Volfová a Velemínský (2008: 17) uvádějí, že pochopit citové a erotické potřeby lidí s postižením znamená akceptovat jejich dosavadní sexuální vývoj, sexuální projevy a zkušenosti. Sexuální chování zdravotně postižených se projevuje velmi individuálně, v závislosti na pohlaví, věku, stupni a typu postižení, také podle případné poskytnuté pomoci. Realizace práce se sexualitou osob se zdravotním postižením je významná i z hlediska naplňování základních lidských práv. Při hledání oprávněnosti poskytování podpory a poradenství v oblasti partnerských a sexuálních potřeb můžeme vycházet ze základních lidských práv a svobod, jež přísluší všem lidem bez rozdílu. Stejně jako každý jiný člověk má i člověk se zdravotním postižením sexuální práva a potřeby, které chce vyjádřit a uspokojit. „Na rozdíl od člověka bez postižení však většinou potřebuje vyšší míru podpory a pomoci“ (Kozáková in Volfová a kol., 2008: 45). Protože každý poskytovatel sociálních služeb musí dodržovat všechny právní aspekty naší republiky, stejně jako se musí držet listin a dokumentů hájících práva osob s postižením, nalezneme v příloze č. 4 zásadní právní dokumenty, které se problematice věnují.

Konkrétní dokument, který vytváří rámec pro sexuální osvětu, poradenství, podporu sexuality, jednotlivé služby a ochranu před sexuálním zneužitím, je souhrn vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, kterých se lze držet při práci s klientovou sexualitou. V Nizozemsku, které má v této oblasti mnohaleté zkušenosti, je takový souhrn pravidel nazýván „*Protokolem o sexualitě a sexuálním zneužitím*“ (Volfová a kol., 2008: 70). Štěrbová (2009: 31) uvádí, že modelový protokol si může vytvořit každé zařízení podle svých potřeb a filozofie, jež vycházejí z potřeb osob s postižením a z potřeb svých zaměstnanců.

Podle Richardson (In Weiss a kol., 2010: 511) lze hovořit o třech základních typech sexuálních práv. „Jsou to práva vztahujících se k praktikám a jednáním, k identitě a ke vztahu. Právo k praktikám a jednáním zahrnuje mimo jiné právo účastnit se sexuální aktivity. Každý

má právo uspokojovat své fyziologické potřeby způsobem, který jemu samotnému vyhovuje, avšak zároveň nesmí porušovat toto či jakkoliv jiné právo u jiných osob. Lze tedy dovést, že právo na sexuální praktiky může být účinně omezeno pouze v těch případech, jestliže jedinec porušuje nezpochybnitelná práva jiných osob odmítnout pro ně neakceptovatelný typ sexuality nebo formu její realizace, případně má-li být realizována taková sexuální praktika, která je výslovně zákonem zakázaná.“

### **3. SEXUALITA A PARTNERSKÉ VZTAHY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH**

#### **3.1 Sexualita a sexuální život postiženého jedince**

Sexualita vypadá jinak v osamocení, na začátku partnerského vztahu, jiným způsobem po porodu dítěte, jinak ve stáří a jinak se zdravotním postižením. „Jinak“ neznamená vždycky hůř. Nejdůležitější znalostí o sexualitě zdravotně postižených je vědět, že existují. Že u nich sexualita existuje jak na úrovni identity (líbit se sobě a druhým, být mužem a ženou), tak na úrovni intimity (jedinci chtějí mít radost z masturbace, druzí chtějí zažívat něhu ve dvojici) (Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 249). Zdravotní postižení může vést k mnoha kvalitativním a kvantitativním změnám, které mohou mít dopad na sexualitu jedince. Problémy s pohyblivostí, ztráta citlivosti, problémy s komunikací, zhoršená kontrola vyměšování a vylučování, bolest, únava, změny v chování a myšlení, změny v sexuálních funkcích, v podvědomí o vlastním těle – to vše má vliv na sexuální život. Sexuální pud také ovlivňuje stres, únava, bolest, strach, denní rutina a samozřejmě i vlastní sebeúcta člověka. Na samotné sexuální funkce může mít dopad také užívání léků. Pro člověka s postižením může být sexuální aktivita méně spontánní a plánovanější vzhledem k celkovému dopadu postižení na ostatní sféry života. Často se hovoří o hledání vlastního sexuálního projevu a možností.

#### **3.2 Společné problémy zdravotně postižených v sexuálním životě**

I přes rozsáhlé množství zdravotních postižení a omezení, vrozených či získaných, není žádný jedinec absolutně determinován v účasti na intimním životě. Termínem *intimní život* je zde poukazováno na široké spektrum sexuálních aktivit, které lze využívat při osobním vyžití i společném sexuálním vztahu. Všechny typy postižení, tělesné či smyslové vady, mentální retardace nebo chronická onemocnění, přinášejí určitá omezení, která mohou vést kromě přímého vlivu na sexuální reakce také k problematizování subjektivního pocitu sexuální atraktivity. Ten se často týká tělesného vzhledu, kdy nedostatečné sebevědomí ve vztahu k sexuální atraktivitě bývá větší brzdou partnerských sexuálních aktivit než přímé důsledky postižení na vlastní sexualitu (Zvěřina in Weiss a kol., 2010: 360; Spilková in Weiss a kol., 2010: 106). Mnohá dlouhodobá postižení také vedou svým přímým i nepřímým vlivem k poklesu zájmu o sexuální život, tedy vyjma mentální retardace a některých typů duševního

postižení, kdy se naopak může ve vyšší míře projevovat hypersexualita. Sekundární pokles zájmu o sexualitu pozorujeme často u mužů, kteří trpí některou jinou sexuální dysfunkcí, a to jako reakci na neúspěchy v partnerském pohlavním životě (Zvěřina in Weiss a kol., 2010: 346). Celkově obavy z vlivu postižení či dlouhodobé nemoci mohou zásadním způsobem ovlivňovat a limitovat intimní život.

Mimo to, že některé druhy onemocnění snižují pohlavní apetenci a omezují průběh jednotlivých fází sexuálního styku, mají somatická a funkční poškození jedince za následek přímé sexuální dysfunkce (např. poruchy erekce a ejakulace, poruchy lubrikace, pokles vzrušivosti nebo orgastické schopnosti). Oproti tomu jiné typy zdravotních postižení nemají přímý vliv na omezení pohlavních funkcí. V mnoha případech má však zdravotní postižení za následek negativní psychické prožívání specifických okolností, které se k sexuálnímu životu vztahují a mohou vést k přímým blokádam či předčasným rezignacím na plný sexuálně erotický život. Jde především o tyto druhy obtíží: v komunikaci, v pohyblivosti, v dálkové orientaci na partnera, ve strachu ze selhání při sexuálním styku a v poškození vzhledu jako estetického defektu. Obtíže v komunikaci mají především sluchově postižení, v některých případech také tělesně postižení (roztroušená skleróza, kombinované formy dětské mozkové obrny aj.) nebo lidé s těžším mentálním postižením. Obtíže s omezením pohyblivosti jsou u tělesně postižených, především těch, kteří jsou upoutáni na ortopedický vozík. Obtíže v dálkové orientaci na partnera mají zejména těžce zrakově postižení lidé. Potíže z obav ze selhání při realizaci sexuálního styku jsou poměrně časté a zaznamenáváme je u tělesně, zrakově, sluchově a interně postižených. Zde se významně projevuje míra sexuální výchovy a dostatečné informovanosti. Obtíže z poškozeného tělesného vzhledu se vyskytují u tělesně postižených a těžkých forem zrakového postižení, a to především když jeden z partnerů není postižený. Nutno dodat, že u mentálně postižených se můžeme setkat se všemi uvedenými obtížemi (Jesenský, 1993: 55-56, Kracík, 1992: 16).

Poukázali jsme si na sexuální dysfunkce, přičemž je nutné blíže pochopit jejich podstatu, a to vzhledem k jejich závažnosti, především v konstelaci s určitými typy somatických postižení (tělesné postižení, interní postižení, sexualita v období involuce). V České republice je pro diagnostický popis sexuálních poruch závazná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992. Světová zdravotnická organizace v ní definuje sexuální dysfunkce jako stavy, při kterých se jedinec nemůže na svém sexuálním životě podílet podle svých představ. Jsou to obecně poruchy sexuální výkonnosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických složek sexuálního chování. Přesto jde podle Zvěřiny (In Weiss a kol., 2010: 339) o kategorii chápanou velmi různě různými autory.

Uvádí, že v literatuře nalezneme pojetí kladoucí důraz na funkční nebo psychogenní povahu sexuálních dysfunkcí, stejně tak i pojetí, která vycházejí z biologických a etiologických faktorů. Největší část odborníků proto prosazuje koncepci multifaktoriální podstaty těchto stavů. U lidí se zdravotním postižením kteří jsou omezováni určitou sexuální dysfunkcí je proto třeba respektovat komplexní bio-psycho-socio-spirituální povahu obtíží. Také kritici uvedených klasifikací vytýkají časté zaměření na sexuální reakce na úkor emotivních a interpersonálních aspektů. Zároveň poukazují na malou vůli zabývat se složitějšími holistickými principy lidského bytí. Stejně tak kritizují standardně zažitě heterosexuální falocentrické modely, v nichž je diagnóza sexuální dysfunkce postavena na automatickém předpokladu soulože jako bodu, ke kterému je vztažena veškerá sexuální aktivita (Pastor; Uzel in Weiss a kol., 2010: 265-266).

Bohužel například u tělesného postižení vzniklého následkem úrazu páteře známe sexuální dysfunkce s celoživotními fatálními následky. Z pohledu lékařské sexuologie našťestí v léčení takto závažných dysfunkcí hraje stále větší roli farmakoterapie, jež přináší pozitivní výsledky. Navíc se sexuální dysfunkce často úplně nekryje s pojmem *poruchy sexuální výkonnosti*. Je známou zkušeností, že také lidé s téměř nulovou schopností dosáhnout orgasmu a sexuálního uspokojení mohou být v partnerských vztazích úspěšní. Tak muž s anorgasmii (po úrazu páteře) může být vyhledávaným sexuálním partnerem v případě, že jeho erekce neselhává, když je například dobře kompenzována léky. Jeho ejakulační latence je totiž téměř absolutní. Podobně žena s anorgasmii může být ceněnou sexuální partnerkou, když svou poruchu neobrátila proti společnému partnerskému sexu. (Zvěřina in Weiss a kol., 2010: 340). I z těchto důvodů je nutné, aby pracovník byl s charakterem sexuálních dysfunkcí důsledněji seznámen a pochopil, že nejde o striktně ohraničenou skupinu potíží a poruch. Tyto poruchy se totiž projevují v různých oblastech v různé míře, kdy pár, který má sexuální potíže, může mít zároveň některé oblasti sexuality velmi uspokojivě zachovány. Mějme vždy na mysli, že nemůžeme se sexuální dysfunkcí klienta pracovat bez ohledu na vztah a okolnosti, dysfunkce je vždy relativní (Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 252-253). Ve všech případech kdy koitální aktivita není uspokojivá či možná, by v rámci podpory mělo jít o nasměrování klienta k přijetí jiných forem sexuálního uspokojení. „Poučení, tolerance, citlivý přístup a zachování taktu mohou pomoci upravit stav do přijatelné podoby“ (Jesenský, 1993: 55, Kracík, 1992: 13). Přestože řešení sexuálních dysfunkcí patří především do lékařské péče, určitá část pomoci směřuje též do působnosti sociální rehabilitace, která je součástí sociální práce a sociálních služeb. Některé poruchy erekce mají spíše povahu partnerského sexuálního nesouladu. Například muž, který má následkem roztroušené sklerózy nespolehlivou erekci

bude v přístupu k své partnerce spíše nejistý a právě tuto nejistotu může nepříznivé chování partnerky ještě více zvyšovat. Výše zmiňovaná kritika heterosexuálního falocentrického modelu se projevuje i v těchto případech, protože bývá hlavním negativním vlivem v párové sexuální interakci. Partnerky mužů s poruchou erekce někdy odmítají jakékoli nekoitální interakce. Přitom právě nekoitální aktivity jsou vhodnou cestou, která má intimní nesoulad překonat (Zvěřina in Weiss a kol., 2010: 348-349).

Bylo by scestné předpokládat, že mezi zdravotně postiženými jsou pouze lidé s heterosexuální orientací. Homosexualita je 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 lidé pro své postižení, jsou nálepkováni i lidé s odlišnou sexuální orientací – jak homosexuální muži, tak ženy. Přestože se situace v této oblasti zlepšuje, dostává se postižený člověk s odlišnou orientací do dvojité pasti, protože jeho partnerské a sexuální problémy jsou zasaženy většinou populací hned dvakrát, ocitá se na půdě dvou menšin, což se může projevit v ještě vyšší míře potíží než u zdravotně postižených s heterosexuální orientací. Významná česká sexuoložka Pondělíčková (2005: 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 lidí s postižením není nutné, aby byly projevy homosexuality potlačovány a omezovány, ba naopak. Důvod je nasnadě – pro každého je z mnoha důvodů důležité 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 otazníky. Níže uvedené zkušenosti homosexuálního muže, který je upoután na ortopedický vozík, jsou pro nás možná jednou z prvních vlaštovek k jejich odkrytí. Po úraze se tento muž snažil najít partnera, ale 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 tvrdá. Poznal i mnoho homosexuálů, kteří po úraze racionálně zvolili za partnera ženu, od které čekají do budoucna především zajištění a volí tak nešťastnou cestu vlastního sebezapření. Možnost je tedy dvojí, 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 znevýhodněn svým postižením.

Další společnou problematikou je intimita v totálních institucích. Prožívání sexuality a samotný sexuální vývoj lidí se zdravotním postižením v ústavní péči (např. ústavy sociální péče) bývá zásadně ovlivňován nyní již dobře popsaným procesem institucionalizace a podmínkami daného zařízení. Více informací nalezneme například v publikaci Kracík, J.: *Sexuální výchova postižené mládeže* (1992).

### **3.3 Problematika sexuálního života jednotlivých skupin zdravotně postižených**

Pod pojmem *zdravotní postižení* rozumí zákon o sociálních službách tělesné, mentální, smyslové nebo kombinované postižení. Toto členění je však neúplné. Problematika podpory partnerského a sexuálního života u zdravotně postižených navíc také zahrnuje interní postižení (chronické onemocnění), duševní postižení (psychiatrické onemocnění), popř. jedince s onkologickým onemocněním a seniory. Přestože není tak vysoká pravděpodobnost, že pracovníci v sociálních službách budou cíleně poskytovat přímou pomoc lidem s interním onemocněním, tedy např. klientům s diabetem, srdeční chorobou aj., nelze ani chronicky nemocné vyčleňovat jako případné adresáty naší intervence, podobně jako jedince s onkologickým onemocněním. I v těchto případech se vyskytují a mohou nastat závažné problémy dotýkající se partnerského a sexuálního života. Také civilizační choroby dnešní doby jsou formou zdravotní postižení, protože i ony mohou mít celoživotní dopad na kvalitu života. Vždy však pamatujeme, že neexistuje zvláštní sexualita tělesně, smyslově či jinak postiženého člověka, ale existuje řada společných problémů v této oblasti života u postižených lidí, přičemž každé postižení vyžaduje specifický přístup podle jeho druhu, stupně či etiologie (Kracík, 1992: 36). A především, každý člověk s postižením je svébytná sexuální bytost, která je zdravotním postižením zatížená, nikoli naopak. Jedním ze základních principů v práci se sexualitou klienta je proto především jeho individualita. Víme, že i jakákoli snaha o univerzalistickou definici zdravotního postižení nutně předpokládá kritickou míru redukce rozmanitosti aspektů a důsledků postižení, přičemž právě rozmanitost, různost je jedním z určujících atributů zdravotního postižení (Krhutová, 2010: 50). V následujících kapitolách blíže poukážeme na vybrané potíže v sexuálním životě, které se vyskytují nebo mohou vyskytovat u jednotlivých typů zdravotního postižení. Protože je problematika velice

široká a individuální, uvedeme si zde ve stručnosti pouze některé typické problémy pro dané skupiny a pro další studium nalezneme v textu odkazy na jednotlivé publikace, které problematiku rozvádějí do větší šíře. Primárním zdrojem pro hlubší studium sexuologické problematiky nám u jednotlivých typů zdravotního postižení bude velmi dobře zpracovaná stať „*Sexualita handicapovaných*“ v kolektivní monografii Weiss a kol.: *Sexuologie* (2010), od MUDr. Taťany Šrámkové. Dalším vhodnou publikací je Kracík, J.: *Sexuální výchova postižené mládeže – kap. 3.2* (1992), přestože jsou některé poznatky, které uvádí, již překonány (například ve vztahu k lidem s mentálním postižením).

Lze říci, že o odlišnostech, které by charakterizovaly různé problémy jedinců se zdravotním postižením, nevíme příliš mnoho. Pokud se budeme zabývat odlišnostmi, které vyplývají z vývoje sexuální identity, dojdeme k primárnímu rozdělení na lidi s postižením získaným v raných stádiích vývoje a na lidi s postižením získaným v dospělosti (Baštecká, 2000: 35). Nejsledovanější skupinou lidí se zdravotním postižením jsou nepochybně muži a méně též ženy po poranění míchy. Informace o problémech v oblasti sexuality byly odborníky zpracovány také u osob po cévní mozkové příhodě, s muskulární dystrofií, s roztroušenou sklerózou, s artrózou kyčle. Specifické problémy mají ženy po operacích gynekologických a odstranění prsu a muži po operacích varlat po nádoru. Samostatnou kapitolou jsou osoby s mentálním postižením (Votava, 2000: 59-60).

Tab. 1 – Vybrané oblasti specifických podmínek existence a potřeb těžce zdravotně postižených a stupeň jejich frekvence

Oblast specifických potřeb	Druh postižení				
	TP	SP	ZP	MP	IP
Sociální rehabilitace	XXX	XXX	XXX	XXX	XX
Citové vyžití a uspokojení	XXX	XXX	XXX	XXX	X
Informovanost	XX	XXX	XXX	X	X
Sexualita	XXX	-	-	X	XX
Samostatnost a nezávislost	XXX	XX	XXX	XXX	X
Potřeba životního partnera	XXX	XXX	XXX	XX	XXX

Zdroj: *Jesenský (1993: 30)*

(Vysvětlivky: - Běžná frekvence, X mírně zvýšená frekvence, XX zvýšená frekvence, XXX vysoká frekvence)



### 3.3.1 Specifické problémy sexuálního života tělesně postižených

K charakteristickým zvláštnostem lidí s tělesným postižením patří poruchy hybnosti, které mají za následek také ztížený kontakt s druhými lidmi a omezené možnosti v navazování sexuálních vztahů. Jindy pohybové postižení brání frikčním pohybům, kompenzace se docílí volbou jiných technik či pozic, jež nemusejí být zcela běžné. V některých případech je nutná i určitá pomoc třetí osoby. Tělesné postižení má často za následek změnu tělesného schématu, které vede ke sníženému sebehodnocení a narušenému sebepojetí. To vše souvisí se sexuálním životem jedince (Kracík, 1992: 17; Votava in Jesenský, 1993: 55, Baštecká, 2000: 35). Mezi početnou skupinu tělesně postižených patří jedinci s neurologickým onemocněním, které je druhou nejčastější příčinou erektilní dysfunkce. Společným znakem bývá zmiňovaná porucha hybnosti různého stupně, citlivosti a sexuálních funkcí. Ty bývají porušeny na úrovni mozku, míchy a periferních nervů. Do neurologických onemocnění řadíme především CMP, epilepsii, Parkinsonovu nemoc, roztroušenou sklerózu, dětskou mozkovou obrnu nebo periferní neuropatie u diabetiků. Například sexuální potíže se u nemocných s roztroušenou sklerózou vyskytují v 65–90 %. Ve srovnání s běžnou populací je pro obě pohlaví charakteristická nižší hladina sexuální aktivity, sexuální satisfakce a vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí. Dalším příkladem jsou jedinci s dětskou mozkovou obrnou, u kterých se při snaze o pohlavní styk 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 vzhledem k způsobu života postiženého. V každém případě musejí partneři opět společně hledat jiné vhodné možnosti provedení pohlavního styku nebo alternativních způsobů sexuálního vztahu.

Další významnou skupinou jsou jedinci po úrazech s trvalými následky. Po amputaci končetin bývají sexuální funkce obvykle zachovány, avšak sexualita takto postižených mužů i žen úzce souvisí s vnímáním vlastního těla. Cílem podpory je eliminace jejich obav z realizace sexuálního života. Trvalé následky s dopadem na sexualitu mají také úrazy mozku a periferních nervů. Nejsledovanější skupinou jsou lidé po poranění míchy, kdy má sexuologická problematika jak mužů, tak žen velký vliv a dopad na kvalitu jejich života (Šrámková in Weiss a kol., 2010: 389-392).

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Šrámková, T.: *Poranění míchy pohledem sexuologa* (1997), Faltýnková, Z.: *Cesta k nezávislosti po poškození míchy* (2004). Dále v příručkách, které vydává Unie Roska jako *Roztroušená skleróza – poruchy močení a sexuální dysfunkce* (2008), *Jak aktivně žít s roztroušenou sklerózou* nebo *Otevřeně o RS (vliv na rodinné vztahy)* (2008). Společnost „E“ nabízí informační leták *Epilepsie, partnerské vztahy a rodičovství*. Liga za práva vozíčkářů zase nabízí dostupný zdroj informací v sérii článků o *Partnerství a sexu po úrazu míchy* ve svém časopise „Vozíčkář“ (2008/2009). Již dříve, v letech 2002 až 2004, byly publikovány články s podobnou tematikou v časopisu „Vozka“, který doposud vydává Ostravská organizace vozíčkářů.

### **3.3.2 Specifické problémy sexuálního života smyslově postižených**

U lidí se zrakovým postižením je podobně jako u tělesně postižených rozdíl v sexualitě mezi jedinci s vrozeným postižením a těmi, kteří ztratili zrak vlivem onemocnění či úrazem. V sexualitě jsou zrakově postižení velmi citliví, vnímají partnera sluchem, hmatem, chutí a čichem, tedy ostatními kompenzačně vyvinutými smyly. U jedinců se získanou vadou zraku probíhá, tak jako u jiných získaných postižení, adaptace na nový trvalý handicap. Toto období je často spojeno se ztrátou sexuální chuti a sexuální dysfunkce se vyskytují v závislosti na nemoci, která ke ztrátě zraku vedla – nejčastěji u diabetiků.

V sexualitě lidí se sluchovým postižením představuje jejich handicap bariéru v komunikaci. Ta může představovat problém zejména při navazování partnerských vztahů (z tohoto důvodu často tvoří sexuální a partnerské dvojice lidé stejně postižení). Jiným problémem je šíření informací o sexualitě mezi jedinci s těžkým postižením sluchu a neslyšícími. Výskyt sexuálních dysfunkcí pak souvisí s psychickým stavem a dalšími tělesnými omezeními. Všeobecně bychom u lidí s postižením smyslů, přestože nemají potíže v sexuálním životě tak často, měli věnovat pozornost především v sexuologické edukaci (Šrámková in Weiss a kol., 2010: 387-389).

Zvláštní pozornost vyžadují osoby s hluchoslepotou, která je specifickým duálním postižením, kdy je současné postižení zraku a sluchu násobkem případných potíží. Této oblasti se věnuje publikace Štěrbová, D.: *Sexuální výchova a osvěta u osob s hluchoslepotou. Příručka pro rodiče a odborníky* (2006).

### 3.3.3 Specifické problémy sexuálního života mentálně postižených

Lze říci, že sexualita lidí s mentálním postižením vytváří zcela speciální problematiku, přičemž můžeme pozorovat vyšší úsilí o její řešení. Projevy sexuálního vyzrání u mentálně retardovaných jsou často vnímány jako nepříjemné a nežádoucí (do popředí vystupuje diskrepance mezi infantilním chováním a sexualitou). Při snížené schopnosti rozpoznat společenské normy a zvyklosti se u takto postižených často objevuje neskrývaná masturbace nebo obnažování. U některých jedinců se může sexuální puzení prosazovat s prvky agresivity a jejich chování se může stát nebezpečným. Na druhé straně mentálně retardovaní, zejména dívky, se mohou snadno stát obětí znásilnění nebo incestu. Lehce postižení mohou vést v dospělosti v podstatě normální sexuální život. U mentálně retardovaných jedinců je důležitá sexuální výchova, která by měla být koncipována srozumitelně a přiměřeně jejich schopnostem. Zde je nutné vytvářet důsledný důraz na etické aspekty jejich sexuality (např. rodičovství, potlačování sexuality aj.).

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Štěrbová, D.: *Sexualita osob s mentálním postižením* (2007), Štěrbová, D.: *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením. Strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů* (2009), Janiš, K.: *Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci* (2004) nebo sborníku *Sexualita mentálně postižených* (2004). Informace o problematice u osob s poruchami artistického spektra nabízí publikace Howlin, P.: *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti* (2005).

### 3.3.4 Specifické problémy sexuálního života interně postižených

Převážnou částí interně postižených (lidí s chronickým onemocněním) se sexuálními problémy, především erektilní dysfunkcí, tvoří nemocní s kardiovaskulárními chorobami. Toto nikterak znatelné znevýhodnění také snižuje kvalitu života včetně její sexuální oblasti. K nejčastěji se vyskytujícím postižením patří ischemická choroba srdeční a *diabetes mellitus*. Dalšími chronickými nemocemi, jež ovlivňují sexualitu, jsou revmatické choroby nebo kožní onemocnění. Jisté potíže v sexuálním životě a sexuální problémy nastupují po infarktu myokardu. Také nemocní diabetem mají velké množství komplikací, které mívají vliv na jejich sexualitu (například těžké zrakové postižení, amputace končetin, vyšší riziko IM a CMP). Problémy se také vyskytují u revmatických onemocnění, jako je revmatoidní artritida (dochází ke snížení sexuální chuti, potížím v realizaci sexuálního styku, snížení sexuální

apetence aj.). Zhoršení kvality sexuálního života je běžný důsledek u lidí s chronickým kožním onemocněním. Například až dvě třetiny lidí postižených psoriázou mívá určité sexuální problémy, jež souvisejí především s existencí psychologických problémů (Šrámková in Weiss a kol., 2010: 408-413).

Specifické postavení má sexuologická problematika u lidí s onkologickým onemocněním. Nemoc většinou provází ztráta sexuální apetence. Nádory, jejichž důsledek vede ke změně tělesného vzhledu s následnou změnou vnímání tělesného schématu, vedou k psychickým potížím, které mají charakter sníženého sebevědomí a sebehodnocení. Postižení se obávají ztráty sexuálního partnera nebo naopak vztahy nenavazují, trpí studem při svlékání a mají strach, že jejich tělo ztrácí pro druhé n přitažlivosti. Změnou vnímání tělesného schématu a vznikem sexuálních dysfunkcí často procházejí ženy s nádory prsu a ženy po odstranění vnitřních či zevních pohlavních orgánů. Sexualitu mužů podobně ovlivňují nádory penisu, varlat a prostaty. Každé onkologické onemocnění je závažným rizikem pro kvalitu sexuálního a partnerského života. Sexuální potíže a poruchy často postihují i jedince se stomií (Šrámková in Weiss a kol., 2010: 401).

Další informace nalezneme například v příručkách Dienstbier, Z.: *Rakovina a sex* nebo Niederle, P.: *Sexuální život a onemocnění srdce* (1999).

### **3.3.5 Specifické problémy sexuálního života duševně postižených**

Může nás překvapit, že se sexuologická problematika osob s duševní poruchou (psychiatrických klientů) dotýká širšího spektra potenciálních klientů sociálního pracovníka než „pouze“ lidí s duševní poruchou, a to v podobě seniorů, drogově závislých, adolescentů, vězňů nebo návštěvníků manželských (partnerských) a rodinných poraden. Problémy duševně nemocných s vlastní sexualitou jsou poměrně časté. Jejich sexualita může být narušena jak po stránce kvantitativní (sexuální dysfunkce), tak kvalitativní (poruchy sexuální identifikace a preference). Psychické onemocnění s sebou stále ještě nese stigma, a tak se na problémech v navazování intimních vztahů podílejí i negativní postoje společnosti (Žourková in Weiss a kol., 2010: 417). U organických psychických poruch i poruch schizofrenního okruhu může docházet jak k projevům snížené i zvýšené sexuální aktivity, tak i parafilního chování (poruchy sexuální preference). Afektivní a neurotické poruchy snižují kvalitu sexuálního života, snížení libida patří k příznakům depresivní poruchy. U mentální anorexie je častěji

popisována inhibice sexuality, u mentální bulimie impulzivní rizikové sexuální chování. Poruchy osobnosti jsou značnou nehomogenní skupinou, projevy jejich poruch v sexuální oblasti lze nalézt v celé škále kvantitativních a kvalitativních odchylek. Adam (2000: 55) konstatuje, že duševní onemocnění přináší do sexuální problematiky zdravotně postižených své další specifické rozměry. Partnerský a sexuální život duševně postižených se zjevuje spíše z jejich výpovědí a podle nich lze usuzovat na pocity nedostatečnosti a nespokojenosti s jejich stavem. Klienty často vyjadřují potřebu poradenství v této oblasti.

V problematice sexuality lidí s duševním onemocněním nelze opomenout vliv psychofarmakologické léčby, protože většina z nich je evidována v lékařské péči a také léčena. S vývojem nových léků s menším výskytem vedlejších účinků léčby se v devadesátých letech minulého století dostala do popředí i otázka kvality života pacientů, dlouhodobě psychofarmakologicky léčených, kdy léky negativně ovlivňují uživatelskou sexuální funkci. Jako příklad sexuální dysfunkce si můžeme u žen uvést selhání genitální odpovědi (suchost vaginy; neschopnost lubrikace), kterou může vyvolávat psychofarmakologická léčba (např. antipsychotika, antidepresiva). U demence mohou některé léky (především s efektem zvyšujícím hladinu dopaminu), které jsou v léčbě organických psychických poruch používány, vést k nabuzení sexuální aktivity, která žel není vždy vítaná.

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Venglářová, M. a kol.: *Sexualita lidí s duševním onemocněním*, Žourková, A.: *Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů* (In Weiss, P. a kol.: *Sexuologie*, 2010) nebo Žourková, A.: *Sexualita u nemocných s psychickými poruchami* (on-line, dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/sexualita-u-nemocnych-s-psychickymi-poruchami/>).

### **3.3.6 Specifické problémy sexuálního života seniorů**

Přestože stáří ve své podstatě nelze zařazovat mezi zdravotní postižení, je v poslední době stále více společností považováno za určitý handicap. V sexualitě seniorů je mnoho znaků společných s problematikou u lidí se zdravotním postižením. Také staří lidé jsou vnímáni jako asexuální bytosti, podobně jako lidé s postižením, a jejich sexuální život je ovlivněn řadou psychických a fyzických změn, včetně somatosexuální oblasti. Řada mužů a žen, kteří si zakládali na svém tělesném vzhledu, tyto změny nese těžce. Potvrzuje se, že život v páru spolu se sexuálním vyjádřením, jež odpovídá věku, je prevencí deprese a možností, jak si

udržet životní vitalitu. Ve stáří je sexualita, i vzhledem k častějším sexuálním dysfunkcím, vyjadřována pocitem sounáležitosti, společné blízkosti a nekoitální sexuální aktivitou. Jsou i páry, které realizují uspokojivý sexuální styk do vysokého věku (Šrámková in Weiss a kol., 2010: 414-415). Podle Kratochvíla (2000: 153) je stárnoucím lidem třeba pomoci překonat mýtus, že soulož je nejdůležitější součástí sexuální aktivity a že k sexuálnímu uspokojení musí docházet jen při souloži. Podobně jako u lidí s určitým závažným typem tělesného postižení se důraz více přesouvá na mimokoitální formu dráždění a uspokojení. Nesmíme zapomínat, že i ve stáří je sexualita významnou součástí hodnocení kvality života. Nelze ji redukovat pouze na koitus, dimenze jejich prožitků jsou nesmírně pestré.

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Tošnerová, T.: *Sexualita ve stáří* (1998, online, dostupné z: <http://www.pecujici.cz/publikace.shtml?x=212271>), Venglářová, M.: *Problematické situace v péči o seniory* (2007) nebo Hanuš, M.: *Aging male* (In Weiss, P. a kol.: *Sexuologie*, 2010) a Pastor, Z.; Uzel, R.: *Aging female* (In Weiss, P. a kol.: *Sexuologie*, 2010)

### **3.4 Partnerství postiženého jedince**

Ani v potřebě partnerského života se zdravotně postižení neodlišují od lidí bez postižení. V uspokojování této potřeby jsou však v různých směrech znevýhodňováni podle charakteru svého postižení. To se projevuje v možnostech výběru partnera, samotného navazování partnerských vztahů a specifického promítání genderových rolí (Jesenský, 1993: 51). Novosad (2006: 39) uvádí, že zdravotně postižení vytvářejí v podstatě dva typy partnerských svazků, a to vztahy, v kterých jsou oba jedinci postižení, a kombinované vztahy postižených a zdravých. Jesenský (1993: 51) navíc v praxi rozlišuje vztahy dvou postižených na vztahy postižených stejného druhu a vztahy postižených různého druhu. Tak či tak můžeme ve všech případech hovořit o cestě k harmonickému soužití dvou jedinců.

Přestože neexistují přesná šetření, v praxi lze vyzorovat, že s partnerskou dvojicí, kde je jeden z partnerů zdravý, se můžeme setkat zejména u zdravotně postižených osob s lehčím (případně středním) stupněm postižení, častěji jde o muže. Mnohdy to jsou jedinci s vrozeným postižením. Oproti tomu se však v praxi také poměrně často setkáme v kombinovaných vztazích s partnery s těžkým stupněm jejich postižení, a to především u tělesně postižených po úrazech páteře, obecně u lidí se získaným postižením. Jde o logický jev, který je zapříčiněn stálou přítomností sociálních kontaktů z dob před vznikem postižení a uchovanými kompetencemi, z nichž některé lidé s vrozeným postižením nemají šanci získat.

Úskalí kombinovaných vztahů se skrývá v osobních kvalitách zdravého partnera, který se, jak potvrzuje Novosad (2006: 39), musí naučit respektovat určitá omezení svého partnera a především hledat jeho silné stránky a dovednosti, které z něj vytvářejí charizmatickou a přitažlivou osobu. Jinou zátěží pro vztah je případná nutnost, aby zdravý partner převzal úlohu „pečovatele“ při těžším stupni postižení svého partnera. Například u tělesně postižených může mít intimní péče za následek nesoulad v sexuální oblasti nebo snížení přitažlivosti partnera. V každém případě můžeme předpokládat, že získání zdravého partnera se pro postiženého jedince stává ideálem a potvrzením vlastní hodnoty (Vágnerová, 2004: 187).

Typy vztahů, ve kterých jsou oba partneři postižení, jsou více než časté a rozšířené. U některých skupin jde o partnery stejného či obdobného stupně postižení (sluchově postižení, mentálně postižení), u jiných skupin (zrakově postižení, tělesně postižení, popř. interně postižení) pozorujeme prevalence partnerských dvojic, kde u jednoho partnera jde o těžší stupeň postižení (častěji u mužů) a u druhého lehčí stupeň postižení (častěji u žen) (Jesenský, 1993: 51). Partnerské svazky lidí s vrozeným postižením mají také svou přirozenou etiologii. Osobní kvality zvoleného partnera dle Vágnerové (2004: 187) nemusejí hrát takovou roli ve vztahu jako v případě jedince bez postižení. Pro postiženého nebývá tak těžké slevit z tohoto ideálu, protože je sám znevýhodněný, stejně jako jeho partner. Vágnerová (tamtéž) 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 (tamtéž) popisuje jinou významnou skutečnost, totiž že se handicapovaní mezi sebou znají z různých společenských aktivit, především ze speciálních škol, a nemívají mnoho dalších příležitostí k seznámení. Novosad (2006: 37) vše podtrhuje tvrzením, že svazek dvou zdravotně postižených jedinců je logickým a pozitivním vyústěním jejich vzájemného vztahu. Avšak vzápětí upozorňuje, že se z takového partnerství nesmí stát útočiště před okolním světem většinové společnosti, které by mohlo přispívat k zvýšení sociální izolace.

### **3.5 Společné problémy zdravotně postižených v realizaci partnerských vztahů**

Když zde hovoříme o zdravotním stavu a jeho faktických omezeních při výběru partnera, můžeme uvést čtyři hlavní oblasti obtíží: poškozený vzhled, obtíže v komunikaci, obtíže v dálkové orientaci na partnera a obavy ze selhání při vzájemném kontaktu (Jesenský, 1993:

51), tedy podobné obtíže jako v realizaci párového sexuálního života. Tak 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 je grimasování, mimovolní pohyby a pohybová inkoordinace, které spolu s emočním vypětím, zákonitě spojeným s procesem seznamování vyvolávají zvýraznění projevů emoci (Novosad, 2006: 37). Typickým příkladem je výpověď dvaadvacetiletého chlapce s dětskou mozkovou obrnou. I přes velké pohybové omezení vidí jako svůj největší handicap vadu řeči. Z důvodu špatné artikulace si nemůže podle 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 ve spojitosti s horšími předpoklady pro partnerské uplatnění uvádí Novosad (2006: 37) časté specifické osobnostní rysy zdravotně postižených, kterými jsou zejména komplex méněcennosti, egocentrické sklony a negativní sebehodnocení. Ty pak postiženému nejvíce stěžují navázání a udržení partnerského vztahu.

Můžeme také hovořit o několika základních rysech, jež někteří postižení partneři mohou mít. Je mnoho těžce postižených, pro které je získání partnera obtížné a svízelné, protože nemají vhodné příležitosti a kompetence pro navázání intimnějšího vztahu, neboť se u nich ve vyšší míře vyskytují i praktické překážky, jež plynou z jejich zdravotních omezení. Často je pak „partner definován spíše dosažitelností než svými vlastnosti“ (Vágnerová, 2004: 186). Reálné nebezpečí plyne také z působení osamělosti jako značně zátěžové situace. Sociální deprivace vede k tendenci fixovat se na jakéhokoli člověka, který je nablízku. V takové situaci je partner ve vznikajícím či již funkčním vztahu značně zatížen, může pociťovat silný tlak, očekávání, což vše ohrožuje kvalitu vztahu jako celku.



Tab. 2 – Míra obtíží při realizaci partnerského vztahu u vybraných typů zdravotního postižení

Druh – stupeň postižení	Míra obtíží		
	vysoká	střední	nízká
Těžké tělesné postižení	X		
Středně těžké tělesné postižení		X	
Lehké tělesné postižení			X
Neslyšící	X		
Zbytky sluchu		X	
Nedoslýchavost			X
Nevidomý	X		
Zbytky zraku		X	
Slabozrakost			X
<i>Diabetes mellitus</i>			X
Respirační choroby			X
Kardiovaskulární postižení			X
RS těžkého stupně	X		
RS středního stupně		X	
RS lehkého stupně			X
Mentální postižení	X		

Zdroj: Jesenský (1993: 52)

### 3.6 Postižení a sekundární rodina

Možnost mít vlastní dítě, být rodičem a vychovávat svého potomka je přirozeným cílem lidského bytí. Být rodičem je významný způsob seberealizace a rodičovství zdravotně postižených patří mezi důležitou oblast nejen partnerských vztahů, ale především jejich vlastní integrity. Možnost být rodičem v případě nejen těžkého postižení je však velmi citlivá oblast společenské diskuse. Možnost mít dítě je i pro postiženého člověka relativně dosažitelná. Význam rodičovské role potvrzuje Vágnerová (2004: 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“. Skutečností, 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. Postižení muži a ženy mají být v co nejširší míře informováni od kompetentních lidí o reálných možnostech mít vlastní dítě. Fakta hovoří jasně – velmi mnoho 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 postižený 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 vychováváno. Tato problematika je daleko více umocněna u samotných žen-matek s těžším postiženým, které se potýkají se specifickými zdravotními, psychologickými a sociálními problémy již během těhotenství a porodu.

### **3.7 Genderové role a zdravotní postižení**

Je však nutné podívat se hlouběji na celkové odlišnosti u obou pohlaví v kontrastu sexuality a zdravotního postižení. 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: 190). Už samotné sexuální chování mužů a žen se však významně odlišuje. Žena přistupuje k milostné hře v podobě protikladů, tedy lákáním muže a následným odmítáním, nabízením se a odvracením nebo snůškou tajemství, která jsou konfrontována s naivní upřímností až drzostí. Oproti tomu muž využívá a nabízí své kvality v podobě síly, výkonu, důvtipného humoru a odvahy. Tato fakta shrnuje Jürg (2006: 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 odvalu, 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 se zdravotním postižením může být pohlavní role mnohdy až radikálně změněna či alespoň značně omezena, protože je postižení tak významný faktor, že je uvedeným pohlavním rozdílem doslova nadřazen. Vágnerová (2004: 186) uvádí, „že postižení je dominantním znakem identity, který překrývá pohlavní roli. Ostatní lidé vnímají postiženého jedince především jako postiženého, a teprve pak jako muže či ženu.“ Paeslack (1996, on-line) tomuto faktu dokonce přiřazuje nejvyšší význam v překážkách 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.

Například „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: 75) Tak u mužů s příčným ochrnutím s nižší lézí lze chápat jejich potíže s pomocí doslova jako desexualizaci jejich osoby. Proto můžeme u muže uvažovat, a to 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. Těžce postižení muži tak mohou s přihlédnutím k pohlaví částečně či plně přijít o svou dominantní roli v sexuálním chování v heterosexuálním vztahu. Status postižené ženy je však také tvrdě zasažen, a to především takzvaným mýtem krásy. V souvislosti s těžším postižením můžeme téměř vždy hovořit o změně fyzického vzhledu. Žena často sebe samu 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, on-line) při pojednání o ženské atraktivitě u ochrnutých žen uvádí jako nutnost zdlouhavý proces učení, na jehož konci je poznání, že každá žena, 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 odvalu cítit se sama zase jako hezká a atraktivní, mít své tělo ráda, aby je mohl za atraktivní a milované považovat také jejich partner“ (Paeslack, tamtéž).

My však můžeme zcela oprávněně předpokládat, že tento proces sebepoznání vlastní sexuální role a nového sexuálního „já“ je významný nejen u ochrnutých žen, ale i ostatních žen s odlišným tělesným postižením. Neméně závažné problémy mohou mít například ženy po amputaci prsu nebo amputaci končetin – radikální změna jejich fyzického vzhledu zákonitě také směřuje k vnímání sebe samé jako ošklivé a neatraktivní. Z dalšího pohledu je status postižené ženy determinován i vymezením sexuality patriarchální kulturou. V případě, kdy budeme vycházet z faktu, že „sexuální styk neznamená jenom zážitek slasti orgastického druhu, ale například také cestou k úspěchu, může se sex stát nejen cílem, ale i prostředkem k dosahování nesexuálních cílů, například jít nahoru ve společenském žebříčku“ (Nakonečný, 1997: 194), můžeme předpokládat, že zejména sexualita ženy je 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: 97).

Na konkrétním příkladu, který se vztahuje k zrakově postiženým, je dobře vidět význam genderových odlišností ve vztahu k lidské sexualitě. Money (In Weiss a kol., 2010:

484) uvádí, že ženy jsou v pregenitálních erotosexuálních fázích závislejší na doteku než muži, tedy že hmat má u nich větší význam pro erotické a genitální vzrušení a orgasmus. U mužů je naopak jejich sexuální reaktivita více závislá na zraku a na vizuálních sexuálních představách. Proto na těžce zrakově postiženého muže má jeho postižený vyšší dopad než na podobně postiženou ženu.

## 4. VÝCHODISKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE VZTAHU K PROBLEMATICE

### 4.1 Požadavky na pomáhajícího pracovníka

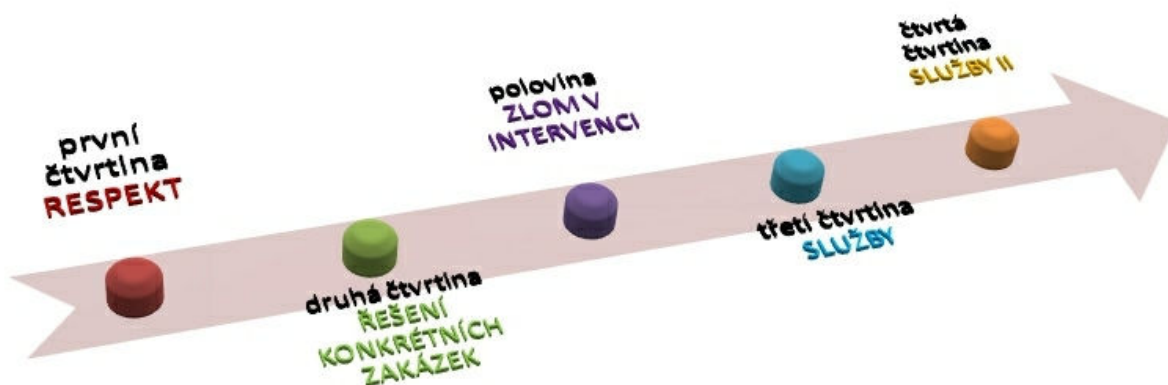
Je samozřejmé, že otevřenou podporu může poskytovat jen pracovník, který se v této činnosti cítí zcela bezpečný a nedělá mu potíže o sexuálním jednání jasně a srozumitelně hovořit. Je velmi obtížné definovat požadavky a dovednosti na pracovníka, lze však stanovit určité základní principy pro ty, kteří se oblasti partnerských vztahů sexuality zdravotně postižených klientů chtějí věnovat. Skutečností je, že prostě ne každý může v této oblasti pracovat. Potřebuje přiměřené sebevědomí a musí být člověkem se vším všudy, který je schopen komplexně přistupovat k druhému. Především se však musí umět vyrovnávat s možnými pochybnostmi v oblasti lidské sexuality a mezilidských vztahů. Na další věc upozorňuje Štěrbová (2009: 17), totiž že chceme-li osobu s postižením rozvíjet v kterékoli oblasti, potřebujeme o ní hodně vědět. Abychom mohli řešit problémy spojené se sexualitou, nestačí nám jen to, co vidíme, co si myslíme a jací jsme. Přestože znalosti, hodnoty a podporující úroveň směřující k sexualitě jsou u jednotlivých lidí různé, musejí si pomáhající pracovníci zajišťovat své vlastní nezbytné kompetence nutné pro tuto podporu (kvalifikace, komunikační dovednosti, sebereflexe apod.). Risenová (In Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 255-256) uvádí překážky, které vnímají pomáhající pracovníci při práci se sexualitou klientů. Jedná se o tři oblasti, se kterými by měl pracovník umět zacházet. Uvedená omezení jsou odstranitelná praxí a nácvikem. Přestože ne každý pomáhající pracovník dovede nebo bude chtít tyto překážky odstranit, je v rámci kvalitní služby základní vybavenost v tomto směru nezbytná. První je omezenost osobní normy. Nezkušený pracovník si tváří v tvář klientovi a jeho výpovědím o sexuálním životě klade otázky: „Znám někoho, kdo něco takového dělal?“ a má tendenci porovnávat klientovy zážitky se svými s tím, že své považuje za normu. Druhou překážkou bývá strach z možných následků hovoru o sexualitě. Hovor o intimních tématech může vést u pracovníka k zadrhnutí hlasu, ke změně dechu, k zčervenání. Třetí oblastí je neobratnost při pojmenovávání sexuálních témat a při kladení otázek, tedy nedostatečné komunikační dovednosti vzhledem k problematice. Pracovník váhá, zda pojmenovat jev slovy klientovými nebo slovy spisovnými, zda jasně vyjádřit a upřesňovat naznačené a neví, kam až může v dotazech zajít (Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 255-256).

Vzhledem k historickým a sociokulturním podmínkám v České republice je potřebné požadovat, aby odborná příprava pracovníků, kteří v této oblasti s lidmi s postižením pracují, zahrnovala seznamování se s praxí služeb v rámci komunity v ostatních zemích. Je vhodné prosazovat srovnání kvality života svých klientů, které vychází ze srovnání s nepostiženými občany a s občany na podobné úrovni zdravotního postižení, jimž se dostává služeb v rámci komunity někde jinde v podobné zemi a případně zavádět i novátorské služby.

## 4.2 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením

Každý pracovník poskytující služby lidem se zdravotním postižením by měl dobře znát svou roli, hranice vztahu i míru svých možností a dovedností, v rámci nichž je schopen naplňovat smysl sociální služby – poskytovat podporu nebo péči jejímu uživateli. Toto uvědomění je zvláště důležité v oblasti sexuality a vztahů, kde z nesprávného přístupu vyplývá řada rizik jak pro uživatele, tak pro pracovníka. V organizaci Pohoda vytvořili účinnou pomůckou, kterou je osa rozlišující zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením, kde si každý pracovník může určit své místo a jasně si uvědomit hranice svých možností a dovedností v této oblasti.

Obr. 1 – Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením



Zdroj: Pohoda [on-line], dostupné z: <http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=274&lang=cs>

Před osou se nacházejí ti pracovníci, kteří nevnímají práci se sexualitou jako součást své práce, pracovníci, kteří neuznávají člověka s postižením jako osobu se sexuálními

potřebami a právem na jejich projevy a uspokojení. V první čtvrtině osy se pohybují všichni pracovníci, kteří respektují člověka s postižením jako osobu se sexuálními potřebami a dovedou adekvátně reagovat. Tito pracovníci vnímají práci se sexualitou jako součást své práce. Mělo by být samozřejmostí, aby v sociálních službách pracovali lidé s respektem v oblasti sexuality člověka s postižením. Tito pracovníci vytvářejí patřičnou kulturu, která je nezbytná k tomu, aby uživatel cítil bezpečí a důvěru v této citlivé oblasti a mohl beze strachu řešit své případné potíže. V druhé čtvrtině osy se nalézají pracovníci, kteří již dokážou řešit konkrétní zakázku klienta. Na rozdíl od standardu respektujícího přístupu z první čtvrtiny osy, by neměl být pracovník do pozice ve druhé čtvrtině osy nijak tlačěn (ani uživatelem, ani organizací). Mělo by jít o jeho svobodnou volbu, zda se chce problematice věnovat i na takovéto úrovni. Rozhodnutí a nastavení hranice by mělo vycházet z pracovníkova vnitřního nastavení a schopností. Ideálem je, pokud jsou v organizaci alespoň dva pracovníci – muž a žena, kteří se mohou věnovat zakázkám klientů stejného pohlaví (případně opačného pohlaví, je-li uživatel homosexuální orientace). Polovina osy značí zlom mezi prací s uživatelem formou sezení, povídání a fyzickou přítomností – např. nácvikem masturbace (klientovi se nedaří masturbovat, je nutno se podívat, jak to dělá a kde je problém). Platí zde pravidlo, že pro zachování intimity a jasných hranic by intervence v druhé polovině osy měl provádět pracovník z jiné organizace, který uživateli neposkytuje žádné jiné služby. Hranici mezi třetí a čtvrtou čtvrtinou osy tvoří služba typu asistované soulože – tedy jasně pojmenovaná a vymezená služba, kdy asistent pomáhá lidem s postižením v „nastavení pozice“ pro milování, případně pomáhá s kopulačními pohyby atp. Tuto službu lze dohodnout jako jiné typy asistence a měla by být nabízena pouze v organizaci, která si pevně stojí ve všech předešlých úsecích osy. Na konci osy jsou speciální služby fungující např. v Nizozemsku nebo Německu, kdy pracovník přímo uspokojuje klientovy sexuální potřeby. Tato speciální služba je však stále velmi kontroverzní a je vnímána rozporuplně (Pohoda, on-line).

### **4.3 Etické aspekty v práci se sexualitou klienta**

Také práce se sexualitou klienta je v přímém vztahu s Etickým kodexem Společnosti sociálních pracovníků České republiky. Podobně jako v jiných oblastech života zdravotně postižených, i v tomto případě musíme vycházet z principů úcty ke každému člověku, z práva na sebeurčení, z podporování maximální samostatnosti klienta a dodržování právních a etických aspektů, jež nalezneme v relevantních dokumentech. Téměř ve všech učebnicích

etiky sociální práce nalezneme klíčovou hodnotu, kterou je respekt k jedinečnosti klienta, a všichni pracovníci musejí reflektovat skutečnost, že člověk s postižením je plnohodnotná lidská bytost jako každý jiný jedinec bez zdravotního postižení. Mělo by být samozřejmostí, že pokud je pracovníkovi některé téma osobně nepříjemné nebo se cítí neschopen zvyšování své úrovně možné podpory v sexuální problematice, projedná tuto záležitost se supervizorem, kdy se pokusí společně najít jinou formu podpory. Pochopitelné je, že pracovníci v každém případě berou na vědomí soukromou a intimní povahu sexuálních záležitostí svých klientů. S veškerými informacemi o sexuálních příbězích klientů, o jejich chování, rozvoji a zdraví se zachází jako s důvěrnými informacemi (Štěrbová, 2009: 41).

V oblasti práce se sexualitou lidí se zdravotním postižením nabízí organizace *Pohoda* metodická a supervizní setkání, kde je možné řešit specifické zakázky, nacvičovat nové dovednosti a podílet se s druhými o zkušenostech z vlastní praxe. Více informací na <http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=376&lang=cs>.

Protože se lidská sexualita silně dotýká emotivních oblastí, mnoha etických dilemat a protože v případě zdravotního postižení dostávají svůj osobitý ráz otázky ve volbě partnera, reprodukčního zdraví, rodičovství, práva na odlišnost nebo prostituce, je racionální tematizace velice obtížná a může narážet na jisté mantinely. Proto je každý povinen dodržovat mravní etický přístup a snažit se o vlastní kritické uvažování.

#### **4.4 Sebereflexe vlastního sexuálního života**

„Sebereflexe či promýšlení hodnot, přesvědčení, zkušeností, potřeb, životní filozofie a životního stylu jsou považovány za předpoklady profesionální sociální práce. Porozumění sám sobě má napomáhat k tomu, aby při promýšlení situace klientů a klientek nedocházelo k přenášení životního modelu pracovníka na klienty, ale také k tomu, aby pomáhající porozuměli, jak jejich založení může ovlivňovat jejich přístupy“ (Janebová, 2008: 94). Znalost a vyladování osobních postojů pracovníka je pro práci se sexualitou klientů zcela zásadní. Vlastní postoje nám umožňují druhému porozumět. Sexualita každého z nás je zranitelná především v oblasti identity. Při práci se sexualitou klientů se potřebujeme vyznat v tom, co daný člověk nebo daný pár potřebuje, především pak v čem mu my můžeme pomoci. Musíme vědět i to, že ne v každé situaci dovedeme pomoc poskytnout. Sociální pracovník, který neví nic o tom, jak člověk s určitým typem postižení může sexuálně žít,



zvládat péči o malé dítě nebo navazovat intimní vztahy, je nutně bezradný a může napáchat více škody než užitku (Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 257-258).

Základním prvkem sebereflexe je, že pracovník začne s uvědoměním si své vlastní sexuality. Musí si dokázat sebekriticky zodpovědět otázky typu: Způsobila někdy v mém životě sexualita krizi? Jak se to projevilo? Zním nějaká sexuální témata, která přesahují mou osobní normu? Která to jsou? Jak s nimi mohu zacházet při práci s klientovou sexualitou? To z důvodu, aby si uvědomil své osobní postoje, pocity z vlastní sexuality a věděl, jak může pomoci druhým lidem, jak se zachová k někomu, kdo má jiné sexuální představy než on sám, a zda pro to má dostatečné znalosti. Možná bychom nabídli dvacetiletému chlapci bez postižení jiná doporučení, než bychom radili v sexuálním životě čtyřicetileté ženě s těžkým tělesným postižením. Jak se tedy vyrovnáváme s vlastní sexualitou? Uvědomujeme si vlastní představy a případné předsudky jak k sexualitě druhých, ale především ke své vlastní? Nejen pro pracovníky v oblasti pomáhajících profesí je konfrontace s vlastní sexualitou velkým úskalím. Nemůžeme přece podporovat druhé bez vlastní otevřenosti k sexuálním problémům a snahy k přijetí pluralitních názorů. Otázky sexuality zdravotně postižených mohou řešit jen pracovníci, kteří mají vyřešeny své vlastní sexuální problémy. Konfrontace s vlastní sexualitou je také jednou z překážek při snahách o změnu negativního pohledu na sexuální život u zdravotně postižených lidí. Tyto postoje jsou výsledkem poplatných společenských obav z vlastní neschopnosti uspokojit partnera a strachu hovořit o svých problémech v sexu. Pro pracovníka je velmi významné, jaké má zázemí ve svém osobním životě. Dlouhodobě neřešené konflikty v partnerství a rodině, spolu s kvalitou sexuálního života jsou důležitým hlediskem pro každého z nás. Podle Eisnera (2010 A: 4) jsou v rámci sociálních služeb často do života lidí s postižením aplikovány takové hodnoty a normy, které zastává konkrétní sociální pracovník či pracovník v přímé péči. A mnozí z nás zapomínají, že tyto hodnoty si vždy volíme jen pro svůj vlastní život. Podle názoru Gojové (2010: 5) je třeba rozvíjet u studentů sociální práce potřebu vidět určitou problematiku z různých perspektiv a tyto perspektivy vědomě reflektovat a kriticky je nahlížet. I takovou podobu může mít sebereflexe vlastní sexuality. Sociální pracovník prostě pochopí, že je mnoho možností, jak může vidět svou roli, roli klienta a o jaké cíle a jakým způsobem budou společně s klientem usilovat. Pomoci klientovi vést kvalitní sexuální život je mnohdy obtížné. Proto si podle Venglářové (2007:70-71) uvedeme základní možnosti, jak postupovat při zjištění vlastního stavu pro eventuální pomoc:

*Je pro mě problém přijmout sexualitu zdravotně postiženého člověka? Jsem klidný a uvolněný při hovoru na toto téma? Ne každý člověk se cítí kompetentní a schopný mluvit o sexualitě. Proto doporučujeme, aby se těmto otázkám věnoval vybraný člen týmu, např. sociální pracovník, který si rozšíří znalosti, nebo pracovník, ke kterému cítí klient důvěru a rozhovor mu bude přínosem, tedy pracovník přímé péče. V čem mohu pomoci? Jaké mám předsudky? Jak vnímám lidi s odlišnou sexualitou? Pokud základní myšlenkou bude snaha zlepšit kvalitu života klientů, najdeme způsob. Co je pro mne a mé kolegy obtížné? Překonání mýtů, komunikace na intimní téma, nedostatek znalostí, problematické chování klienta.*

#### **4.5 Zvláštnosti a pravidla komunikace**

Komunikační dovednosti jsou v problematice intimního života zdravotně postižených mimořádně důležité i z toho důvodu, že se dotýkáme té nejintimnější psychické stránky klientů. Jedincům navíc obvykle v komunikaci brání zbytečný, ale pochopitelný stud. Přitom základní anamnestický rozhovor je v rámci diagnostiky a případné pomoci zpravidla nejdůležitějším zdrojem informací. Přestože podrobná diagnostika sexuálních potíží patří především do kompetence sexuologů a komunikace o těchto problémech je často složitá pro řadu pomáhajících pracovníků, měl by orientační rozhovor zvládnout každý pracovník v sociálních službách, který se problematice věnuje (Janáčková; Weiss, 2008: 119-122).

Úvodní rozhovor s jedincem nebo párem bychom měli zaměřit nejprve na podporu otevřené komunikace, zjistit očekávání, potřeby a případné obavy se zaměřením na dosažení vzájemného chápání a snahy vyjít si vstříc. Při první konzultaci musíme počítat s možností, že nám klient nebude schopen vše otevřeně sdělit, nejčastěji proto, že se stydí, není schopen na toto téma mluvit nebo zatím nad svými problémy nepřemýšlel. Dále se musíme zaměřit na klientovu orientaci v situaci, kdy je běžným dotazem pracovníka ptát se klienta, co si o své vlastní situaci a o svém sexuálním životě myslí, co o ní ví a co by vědět potřeboval. Rovněž je vhodné při rozhovoru věnovat větší pozornost širšímu spektru sexuálních praktik a možným rozdílům v charakteru dysfunkce. Komunikaci někdy může ztěžovat chudý slovník v oblasti erotických témat, případné předsudky o pohlavních rolích, jindy pocity studu a viny. Ostych při verbalizaci sexuálních problémů se může stupňovat jak před pracovníkem, tak klientem opačného pohlaví. K páru bychom samozřejmě měli přistupovat jako k celku a komunikovat s oběma partnery. V každém případě je důležitá otevřená a upřímná komunikace. Při otázkách osobního charakteru ponechme co největší prostor klientovi. Některé věci se dozvíme až

časem (Kratochvíl in Weiss a kol., 2010: 377, Procházka in Weiss a kol., 2010: 116, Vodáčková a kol., 2007: 50, Břichcín in Weiss a kol., 2010: 531).

Na sexuální a partnerské potíže je potřeba se cíleně ptát, řada klientů totiž spontánně tyto problémy neuvědomí, ale jsou ochotni a mají zájem na otázky ohledně sexuálního života odpovídat. Existují však i klienti, kteří o své sexualitě mluvit s pracovníkem nechtějí. Navíc je nutné při rozhovorech o sexuálním životě umět vhodně formulovat otázky a vyhradit si na tento rozhovor patřičný prostor. Náročnost komunikace pro všechny zainteresované může vést k užití dotazníkových metod, jimž klienti, kteří neumějí nebo ani nedovedou své potíže sdělit, mohou dát přednost. Protože klienti nechtějí většinou pouze své potíže sdělit, musíme počítat s tím, že se rozhovor může změnit v terapeutickou intervenci (Žourková in Weiss a kol., 2010: 417). Vedle výše uvedeného je pochopitelně nutné respektovat obecná pravidla pro komunikaci se zdravotně postiženým klientem. „Je potřeba dodat, že právo pomáhajícího přicházet s vlastní iniciativou musí být vždy spojeno s citlivým vnímáním a respektováním vnitřního světa klienta. Každý dobře ví, že někdy člověk ani sám neví, co potřebuje. Nebo to ví a neřekne to. Zeptáte se ho, jestli je mu zima, odpoví, že ne, ale když mu dáte kabát, zjistí, že je to o mnoho lepší než předtím“ (Kopřiva, 2006: 47-48). Pro doplnění nalezneme v příloze č. 5 „*Specifika komunikace v sexuologické péči.*“

Podle Žourkové (In Weiss kol., 2010: 418) také samotní lékaři bez sexuologické erudice mají potíže při zahájení a vedení rozhovoru o sexuálním životě svých pacientů léčených pro jiná závažná onemocnění než jsou sexuální dysfunkce. Zatímco pro sexuologicky erudované zdravotníky není problém vést diskusi o sexuálním životě klienta, pro lékaře jiných oborů to samozřejmostí není. Navíc se v sexuologické ordinaci ocitají lidé, kteří se rozhodli své potíže v sexuálním životě řešit a jsou na rozhovor připraveni. Tuto zjevnou výhodu sociální pracovník nebo pracovník v přímé péči mnohdy mít nemusí, a tak začít rozhovor o sexuálním životě klienta může mu činit potíže. I proto, že v této oblasti přetrvává řada mýtů, existuje mnoho důvodů, a to jak na straně pracovníka, tak i klienta, proč se vyhnout hovoru na toto téma. Níže si uvedeme možné příčiny zpracované volně podle Alexandry Žourkové.

Tab. 3 - Co může pracovníkovi bránit zahájit rozhovor na téma sexuálního života

Časová tíseň, diskuse o sexuálním životě vyžaduje určitý časový prostor.
Obavy, že se klient bude cítit zaskočen, rozzloben dotazy ohledně sexuálního života.
Obavy, že navodí příliš intimní atmosféru, zvláště je-li pracovník opačného pohlaví.
Snaha respektovat klientovo soukromí a necítit se jako slídič v intimních otázkách.
Obtížnost nalezení odpovídajícího vyjadřování a výrazů ohledně sexuálního života.
Chybějící trénink v diskusi o sexuálních otázkách.
Problémy ve vlastním sexuálním životě a mezilidských vztazích.
Přesvědčení, že klient sám sdělí své problémy v sexuálním životě, pokud jsou přítomny.
Přesvědčení, že pomoc v jiných oblastech je důležitější než sexuální život klienta.
Stereotypní myšlení, že sexualita není důležitá pro zdravotně postižené či lidi vyššího věku.

Zdroj: Žourková (In Weiss a kol., 2010: 418)

Tab. 4 – Které aspekty mohou bránit klientovi mluvit o sexuálních problémech

Strach hovořit o sexuálním životě.
Těžkosti s formulací problému a nalezení vhodných slov k vyjádření potíží.
Málo zkušeností v hovorech o sexualitě.
Obavy, že se ztrapní, zesměšní.
Obavy ze ztráty image, když přizná, že má v sexuálním životě potíže.
Přesvědčení, že se pracovník sám začne ptát na sexuální život.
Přesvědčení, že sexuální problémy nelze kompenzovat a léčit.
Málo informací o tom, že je pracovník schopen poskytnout pomoc.
Nechuť partnera ke změně, protože mu současná situace vyhovuje.

Zdroj: Žourková (In Weiss a kol., 2010: 418)

## 4.6 Společenské mýty a předsudky o sexuálním životě zdravotně postižených

Nejen v oblasti sexuality zdravotně postižených se můžeme setkat s nejrůznějšími tabu, mýty a předsudky. Společnost stále žije pod vlivem rozšířených sexuálních mýtů, které zásadně ovlivňují postoje všech k sexualitě. Společenské normy jsou tradovány ústním podáním a působí velmi silně jako součást hodnotového systému jedinců i skupin. Jsou katalyzátorem nedorozumění v partnerských i manželských vztazích. K tomuto vydatně přispívají média a pornografický průmysl. Výsledkem je vlastní porovnávání se a z toho plynoucí pocity

nedostatečnosti ve vlastním sexuálním životě (Spilková, on-line). Živnou půdou pro vznik mýtů je též všeobecný tlak na výkon, mládí a krásu, jemuž jsme denně vystaveni. Poté člověk se zdravotním postižením, jeho partner, rodiče a pomáhající pracovníci stále narážejí na odolnou zeď, která je na všemožných mýtech vybudována. Kozáková (In Volfová a kol., 2008: 66) uvádí, že ačkoli se v průběhu posledních desetiletí mnohé změnilo, musí často ještě i dnes člověk se zdravotním postižením překonávat množství předsudků a bariér, stejně tak i vlastních mylných představ týkajících se sexuality. Podle Eisnera (2010 A: 4) se i v samotné oblasti sociálních služeb vytvářejí bludy a mýty, protože se před sexualitou klientů zavírají oči a chodí se okolo ní po špičkách, což se bohužel stále děje i mezi mnohými profesionály. Níže uvedené výroky, které obsahují tradované představy o druhých lidech, se významně dotýkají zdravotně postižených. Přestože každý z nich může být v jednotlivých případech stejně tak pravda nebo nepravda, v podobě zobecnění zesilují a znamenají zraňující předsudky, které ztěžují poskytnutí i přijetí pomoci.

Tab. 5 – Vybrané iracionální formy myšlení označované jako mýty

Plnohodnotný pár tvoří pouze muž a žena.
Člověk s postižením musí být vděčný, když si ho vezme někdo zdravý.
Tzv. falický mýtus – uspokojivé souložé dosáhnout pouze s dokonalou erekcí.
Sex se rovná pohlavní styk.
Lidé se zdravotním postižením nemají sexuální život, jsou asexuální bytosti.
Lidé se zdravotním postižením nemohou být pro druhé přitažliví.
Zdravotně postižení (především mentálně) musejí často masturbovat.
Sexuální aktivity jsou iniciovány pouze muži.
Každý intimní kontakt mezi partnery musí vést k pohlavnímu styku.
Sex musí být vždy záležitostí přirozenou a spontánní, nelze ho plánovat.
Zdraví partneři lidí s tělesným postižením musejí být úchylní.
Lidé s mentálním postižením jsou citově nestálí, nedovedou milovat.
Lidé se zdravotním postižením by neměli mít děti.
Staří lidé nemají sexuální potřeby.
Lidé se sluchovým postižením jdou v sexu rovnou na věc.
Nevidomá by si měla vzít nevidomého, protože jí bude lépe rozumět.
Lidé s mentálním postižením nejsou schopni kontrolovat svůj sexuální pud.

Zdroj: Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 257-258; Volfová, 2008: 14-15; Štěrbová, 2009: 35; Spilková, internet.

## **4.7 Východiska pro práci se sexualitou klienta ve vztahu k jeho postižení**

Je nutné si uvést základní specifika, s nimiž musí pracovník ve vztahu k osobám se zdravotním postižením počítat. Pro sociální práci je nezbytné, abychom viděli ve zdravotně postiženém člověku socio-sexuální bytost, která má svůj pozitivní potenciál a má specifika daná svým omezením nebo postižením. Respektování každého klienta s jeho životní historií se pak kladně odrazí ve výsledku práce s klientem i v pocitech klienta samého. Jednou ze zásadních informací, která bude formovat naši práci s klientem je to, zda se jedná o postižení vrozené nebo získané (Novosad, 2009: 147-148). Je nutné brát vždy v potaz tyto faktory: Existuje široká škála a proměnlivost obtížných životních situací a problémů, přímo i nepřímo souvisejících se zdravotním postižením. Ke klientům patří jak lidé s nejrůznějšími typy či formami zdravotního postižení, tak i lidé s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Každý jedinec má individuální zkušenosti a rozdílné adaptační schopnosti. Existující kliše a předpojaté postoje vůči jednotlivým typům zdravotního postižení. Především je určitá danost, nezvratnost individuálních mezí či hranic možností lidí se zdravotním postižením (Novosad, 2009: 110-111).

Podle Baštecké (2000: 37) je nutné v rámci poradenské práce zaměřené na sexualitu člověka s postižením dodržovat několik pravidel: seznámit se s povahou daného postižení, určit potřeby (proč potřebuje pomoc a co mu můžeme nabídnout), nic nepředpokládat, vzdělávat se v hodnotových a postojových posunech, uvědomovat si zkrslení daná vlastní normou, hodnotami a postoji, uvědomovat si právní rámec i s jeho případnými nedostatky a v případě potřeby použít tlumočnicka. Tlumočnickem se myslí mluvčí, který je příslušníkem určité skupiny (má určité zdravotního postižení). Tito mluvčí mohou seznamovat většinu (např. pomáhajícího pracovníka) s potřebami a odlišnostmi menšiny (např. tělesně postiženého).

## **4.8 Sexuální anamnéza**

Sexuální anamnéza, nebo spíše zjištění současného stavu klienta v jeho sexuálním a partnerském životě, musí nutně patřit mezi základní kroky při naší předpokládané intervenci. Její míra je pochopitelně proměnná vzhledem k dosaženým znalostem a zkušenostem pracovníka, kdy navíc předpokládáme jeho cílenou specializaci vzhledem k problematice. Způsob a rozsah anamnézy je také určen komunikačními a kognitivními dovednostmi klienta

vzhledem k jeho typu postižení. Podle Venglářové (2007: 70-71) je naším cílem zjistit aktuální spokojenost či obtíže a zvážit, zda je možné situaci řešit hned nebo zda je vhodné klientovi doporučit konzultaci u jiného odborníka, především sexuologa. Anamnézu provádíme s velkým taktem a zprvu se zaměřujeme na základní představy klienta o jeho sexualitě, zda má nějaké obavy, jestli má/měl partnera a zda má zájem žít sexuálním životem. Při nedirektivním postupu požíváme informační letáky a dotazníky, při direktivním postupu se klienta ptáme přímo během společného rozhovoru. V každém případě je klíčové získat od klienta jasný souhlas k rozhovoru o jeho sexuálním životě, a pokud jej nedá, není vhodné tímto způsobem pomoc poskytovat (Žourková in Weiss a kol., 2010: 418). Rozhovor se má týkat aktuální situace klienta, zdravotního stavu (případně progresu postižení či nemoci), jeho vnímání svých sexuálních funkcí, popř. také dosaženého vzdělání, pracovní kariéry a odborného sexuologického léčení. Pokud budeme v rámci získané odbornosti schopni provádět detailnější sexuální anamnézu, zaměřujeme se také na první sexuální zážitky a schůzky, koitální zkušenosti či autoerotiku. Zcela zásadní je vzhledem k charakteru zdravotního postižení zjištění klientova vztahu ke své genderové roli a k vlastnímu tělu. Také je vhodné získat informace o případné sexuální a rodinné výchově, jež se klientovi dostalo (Brihcín in Weiss a kol., 2010: 532). Fifková (in Weiss a kol., 2010: 446) považuje za důležité získat informace i o dalších oblastech života klienta: o sociální adaptaci, psychických problémech, kognitivních charakteristikách, o osobnosti a případných závislostech. Je pochopitelné, že uvedené zaměření anamnézy vyžaduje často dlouhodobější komunikaci s klientem a určitý vzájemný vztah, podobně jako v terapeutické intervenci v jiných oblastech klientova života.

Pro zjednodušení získávání anamnestických údajů lze doporučit specifické dotazníky, které můžeme variabilně upravovat klientům na míru. V české sexuologické praxi se dlouhodobě využívá sexuologických dotazníků, zavedených Sexuologickým ústavem v Praze (Zvěřina in Weiss a kol., 2010: 340). Pro praxi sociální práce by však bylo vhodnější vycházet například z dotazníku vytvořeného v rámci „*Výzkumu rodinného a sexuálního života zdravotně postižených*“ (2000), popřípadě stavět na základě četných dotazníků sestavovaných v rámci vysokoškolských výzkumných prací. Ty bývají totiž vytvářeny přímo pro určitý typ zdravotního postižení nebo úzkou cílovou skupinu (viz příloha č. 1).

Podobně jako v oblasti komunikace o sexuálních tématech, nejsou některé oblasti anamnézy dodnes běžně zvládnány ani samotnými lékaři (např. urology), kteří na pomoci také participují. „Problémy v oblasti sexuálního života jsou stále probírány s jistými rozpaky, i když právě od nich se často odvíjí řady dalších potíží“ (Hanus in Weiss a kol., 2010: 187).

Hanuš (tamtéž) dále uvádí, že si lékař (pomáhající pracovník) musí pro získání anamnézy vytvořit jistý algoritmus a někdy i specifický slovník. Potom lze docílit uvolnění v popisu případných intimních a vztahových potíží. Pracovník musí vystupovat přirozeně, beze spěchu, diskrétně a respektovat soukromí svého klienta. Především v těchto situacích vynikne profesionalita pracovníka. Sexuální anamnéza je v některých případech nezbytná. Často je nutné znát alespoň základní údaje o současném sexuálním životě klienta, zda plánuje děti či není sexuálně aktivní a sex pro něj není prioritou. Pro získání dobrých informací je v každém případě předpokladem zájem člověka s postižením na udržení nebo zlepšení svého zdraví a kvality života vůbec. „Vždy musíme mít na zřeteli, že všechny údaje jsou pouze orientační a mohou se měnit. Jakákoli myšlenková kliše a stereotypy bez individuálního vnímání potřeb, přání a rozhodnutí klienta, jsou nepřijatelné“ (Pastor in Weiss a kol., 2010: 218).

#### **4.9 Častá rizika a chyby pracovníků v práci se sexualitou klienta**

Jako prevenci pro praxi naší práce je vhodné uvést výčet nejčastějších nedostatků vyskytujících se při práci s klientovou sexualitou. Takto jej sestavili pracovníci organizace Pohoda díky zkušenostem z vlastní praxe. Mezi častá rizika a chyby patří zejména špatné vymezení pracovníka na ose zapojení do práce se sexualitou člověka s postižením neodpovídající dovednostem pracovníka nebo aktuálnímu nastavení organizace (viz kapitola 4.2), nesladěnost kolektivu a organizace ve strategii přístupu k sexuální problematice, nedostatečná podpora a nejasné vymezení vedení organizace, diskriminace určitých forem sexuality, tolerance nepřijatelných projevů klienta, uplatňování soukromých norem a hodnot na sexuální život uživatele, neudržení role, resp. hranic mezi pracovníkem a klientem, volba takového řešení, které neodpovídá možnostem klienta, volba nesrozumitelného slovníku pro oblast sexuality aj. (Pohoda, on-line).

#### **4.10 Význam rodiny zdravotně postiženého jedince při podpoře jeho sexuálního života**

Zásadní roli mohou hrát v podpoře klientovy sexuality rodiče či nejbližší pečující osoby, především u dětí a mladistvých se zdravotním postižením. Zvláštní skupinu pak tvoří mentálně postižení lidé či osoby zbavené svéprávnosti. Kozáková (In Volfová a kol., 2008: 65) však konstatuje, „že je pro mnohé z rodičů intimní život jejich potomků s postižením



nepředstavitelný.“ Stále se můžeme setkat s jedinci, kteří jsou negativně ovlivněni tzv. skleníkovou výchovou, v jejímž rámci rodiče své dítě s postižením vedou k životu bez partnerství, rodičovství a mateřství. S tím v mnoha případech souvisí častá nedostatečná sexuální výchova a péče o jejich soukromí. Většinou dospělí lidé s postižením uvádějí, že jejich rodiče nechápou, že i oni jsou dospělí a chtějí mít partnera. Nejen Prevendárová (In Trúchla, Debnáriková, Oravcová, 2009: 146) tvrdí, že mnoho rodičů mentálně postižených jedinců není schopno akceptovat jejich sexuální projevy a vnímají je jako komplikace. To má za následek, že o sexualitě nehovoří a mohou ji tabuizovat, čímž vzniká u jedinců citová a sexuální frustrace.

Rodiče dětí se zdravotním postižením často očekávají, že sexuální výchovu za ně vyřeší někdo jiný, zpravidla škola, speciální škola nebo výchovná instituce. Tam se však naopak mohou domnívat, že se o to postarali již sami rodiče. Z těchto důvodů je zásadní, aby mezi rodiči a pomáhajícími pracovníky probíhala jasná otevřená komunikace a kontrola vymezených kompetencí. Pracovníci si musejí uvědomovat, že sexualita je pro rodinu navzdory její případné otevřenosti stále citlivým tématem a že je žádoucí, aby respektovali případné kulturní normy rodiny a hodnoty, jež uznává (Škutová, 2007; Volfová, 2008: 37; Štěrbová, 2009: 39). Rodiče a opatrovníci postižených dětí mohou ve velké míře pomoci pracovníkům v sociálních službách a sociálním pracovníkům při podpoře svých dětí v sexuálním životě. Proto patří rodiče mezi jednu z klíčových skupin ve vzdělání zaměřeném na speciální sexuální výchovu. Jejich vzdělávání a osvěta by měli napomáhat pro pochopení sexuálních potřeb jejich dětí (Kopalová in Trúchla, Debnáriková, Oravcová, 2009: 145).

Podrobnější informace nalezneme publikaci Kracík, J.: *Sexuální výchova postižené mládeže* (1993), kde je problematika zpracována v kapitolách 3.1 a 4.3.

#### **4.11 Podpora partnerské komunikace**

Podle Kratochvíla (In Weiss a kol., 2010: 384) je podstatnou součástí práce s párem dosažení otevřené komunikace mezi partnery o pozitivních i negativních pocitech a přáních spojených s jejich vztahem a sexualitou tak, aby mohlo dojít k jejich uvědomění a respektování. Mezilidská komunikace má poté zcela specifické místo v sexuálním životě páru, kdy je jeden z partnerů postižený nebo jsou postižení oba partneři. Sexuální vztah může být v různé míře omezený a otevřenost, spolu s ochotou komunikovat, je doslova nutností pro udržení samotného vztahu včetně možnosti prožívat vzájemný kvalitní sexuální život. Komunikace

pak není pouhou součástí intimního vztahu, ale cestou k jeho prožívání. Například u jedinců s tělesným postižením Šrámková (1997: 40) poukazuje na fakt, že „pramenem nedorozumění bývá někdy neschopnost komunikace o sexu tam, kde před úrazem vše fungovalo bezproblémově a víceméně automaticky. Strach před stykem u muže, který má problémy s potenci, a obavy ženy, která tyto problémy tuší, žádá otevřenou komunikaci o sexu.“ „Absence komunikace vede ke vzniku bariéry, mnohdy nedorozumění a odcizení mezi partnery, vzniku sexuálního nesouladu, který může vyústit v rozpad partnerského svazku“ (Šrámková, 2009: 11). Podobně hovoří o problémech v partnerské komunikaci i Janáčková a Weiss (2008: 20), kteří tento fakt nazývají jako pozadím mnoha sexuálních potíží.

Vidíme, že partnerská komunikace je pro kvalitu „sexu“ velice důležitá a přínosná. Nezapomeňme, že každý případ partnerského nesouladu, a to i v sexuálním životě, je svým způsobem jedinečný, a proto pokud ho partneři nejsou schopni vyřešit sami, je namístě vyhledat pomoc. Sexuální vztah jako takový může být velmi často uspokojující, a to právě zvláště v případě, kdy jsou oba partneři o tomto společném tématu schopni otevřeně hovořit a hledat vhodné cesty. Podstatné je, že při vyvážené souhře dvou a více jedinců se za vhodných okolností stává z tohoto sexuálního aktu rozkoš a uspokojení sexuální touhy jako základní lidské potřeby. Uvědomme si, že komunikace je pro sexuální vztah ve většině případů doslova zásadní. Existuje jistá přímá úměra uspokojení sexuální potřeby a komunikace účastníků sexuálního vztahu. Hovoříme zde o otevřené komunikaci, ale nezapomeňme, že je míra otevřenosti intimních rozhovorů vždy úměrná vlastnímu vztahu a vzájemné důvěře k partnerovi.

## 5. PODPORA V RÁMCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

### 5.1 Možnosti intervence a obecný rámec pomoci

Uvědomme si, že to, co děláme pro klienty, není vždy jednoznačnou sociální prací, přesně definovanou službou sociální péče nebo jinou činností, kterou popisuje teorie sociální práce. Mnohdy sklouzneme i do terapie, poskytujeme krizovou pomoc nebo speciální poradenství. Svá specifika má také oblast přímé péče. Podobně jako mnoho pomáhajících pracovníků se shodneme na klíčové skutečnosti, že „pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami.“ Jinými slovy lze říci, že pomáhat lidem znamená určit a objasnit problém tak, aby se člověk mohl sám rozhodnout, co s ním udělá. Vzhledem k problematice by nám pak mělo být hlavním cílem intervence posilování pozitivního vztahu klienta k sexuálnímu životu v nejširším smyslu slova. Tak například získání kladného vztahu k experimentování s masturbací a nekoitálním sexem bývá velmi užitečné. Pro zmírnění problému někdy stačí prosté poučení klienta (nebo páru) o tom, že dosažení orgasmu při pohlavním styku není jedinou podmínkou pro uspokojivé sexuální soužití. V jiném případě, u páru, v kterém muž trpí koitální anorgasmii vzhledem k úrazu páteře, se můžeme setkat s případy, kdy po vyřešení reprodukčních problémů umělým oplodněním žijí tyto dvojice v sexuálním životě nadále harmonicky. Základním nástrojem intervence je vždy podávání validních informací klientovi. V případě potřeby je pak vhodné spolupracovat s odborníky z dalších pomáhajících oborů (sexuologie, psychologie, speciální pedagogika aj.), a to nejen v nutné léčbě a terapii, ale i v oblastech prevence a osvěty. Pomocí diagnosticko-terapeutických postupů, na kterých se dle charakteru a závažnosti postižení podílejí odborníci z řad sexuologů a psychologů, je nutné stanovit rozsah překážek v pohlavním životě a navrhnout postupy, které jsou v daných hranicích prakticky uskutečnitelné. Důležitá je prognóza základního onemocnění a zhodnocení tělesného a funkčního potenciálu ke všem formám sexuálního vyjádření (koitální a nekoitální aktivity, autoerotika, kognitivní erotika apod.). Další fází je vymezení vhodné rehabilitace, medikamentózní léčby (operativní léčby) a použití vhodných kompenzačních pomůcek, čímž se může rozrůst soubor sexuálních aktivit do své maximální šíře (Zvěřina in Weiss a kol., 2010: 345, 357, Justinová in Weiss a kol., 2010: 637, Dzido, 2002).

Jednotlivé cíle naší intervence lze spatřovat v úpravě chování klienta, v obecném poskytování informací, v dosažení náhledu, posílení sebevědomí, ve změně postojů klienta, v dosažení jeho sexuální adaptace, a nakonec tedy v jeho celkové sociální neintegraci.

Získání potřebných informací o sexualitě pak umožňuje klientům především lépe poznat sebe samotného a své reálné možnosti. V sexuální adaptaci lze vidět především nalezení alternativních způsobů sociálně akceptovatelného sexuálního uspokojení nebo adaptaci na nekoitální techniky a na autoerotickou aktivitu. Intervenční a terapeutické působení v nejširším slova smyslu může představovat celé spektrum možných aktivit socioterapeutického charakteru, od poradenství přes individuální i skupinovou práci až po sexuální nácvik a práci s partnerem nebo rodinou. Jako pomocné psychoterapeutické techniky je možné využít různé postupy, například biblioterapii, ergoterapeutické aktivity, trénink asertivity, arteterapie, léčebnou tělovýchovu, trénink empatie a kulturní programy. Takovým komplexním přístupem lze pomoci klientovi zlepšit jeho sociální kompetence a především zvýšit tolik potřebné sebevědomí. Velmi vhodné a nikoli náročné je užití prvků racionální psychoterapie. Pracovníci s terapeutickým výcvikem mohou praktikovat skupinové i individuální terapie kognitivně behaviorálního a dynamického směru (Weiss in Weiss a kol., 2010: 496-499, Břichcín in Weiss a kol., 2010: 538). Podle Baštecké (2000: 37) je základním cílem intervence podporovat identitu a sebeúctu jedinců s postižením, protože člověk, který má úctu sám k sobě, se může rozhodovat svobodněji. Například při plném vědomí svého mužství nebo ženství se může i rozhodnout do oblasti intimní sexuality nevstoupit.

Využití racionální psychoterapie může pomoci klientovi v porozumění různým mechanismům a důvodům jeho potíží, čímž se ho snaží zbavit strachu. Důležitá je snaha o snížení negativního vlivu postižení či onemocnění na jeho sexualitu. Ta je možná právě racionálním vysvětlením problému, srozumitelným nástinem terapeutického plánu a nabídkou alternativních sexuálních aktivit. V případě páru je velice důležitá komunikace s partnerem. (Kratochvíl in Weiss a kol., 2010: 384, Pastor in Weiss a kol., 2010: 209)

Lze předpokládat, že mnoho zdravotně postižených může mít významné deficity také v oblasti vlastní intimity, tedy ve schopnosti prožívat blízké vztahy s jinými lidmi. Důsledkem těchto deficitů je pak pocit osamělosti, omezené sociální kontakty a absence vztahů vůbec. Mohou mít dysfunkční způsoby navazování citových kontaktů a být nejistí v interpersonálních vztazích. V intervenci lze proto také doporučit zaměření se i na trénink sociálních dovedností a sebeprosazování v rámci kognitivně behaviorální terapie (Weiss in Weiss a kol., 2010: 502). Podporu je vhodné realizovat i pro možnost navazování mezilidských vztahů.

Pražská organizace *Orfeus* nabízí v rámci svých doplňkových služeb i specializovanou seznamku pro zdravotně postižené z Prahy a okolí. V jejím rámci jsou pro zájemce poskytovány

individuální konzultace a je možné využít dotazníku, který je pro tuto službu sestaven. Více informací na <http://www.orfeus-cr.cz/>.

Pro lidi s duševním onemocněním poskytuje *Česká asociace pro psychické zdraví* tzv. „Psychoseznamku“ na webovém portálu <http://www.psychoseznamka.cz>. Další činností, kterou Asociace v této oblasti realizovala je projekt „Škola seznamování“. Tento program je určen mladým lidem, kteří mají zkušenost s duševní nemocí a nedaří se jim s někým seznámit, najít si přítelkyni či přítele. Podpora účastníků je zaměřena na trénink sociálních dovedností, osvojování si seznamovacích aktivit a sdílení dosavadních zkušeností (Škola seznamování, 2009).

Občanské sdružení *Máme otevřeno?* pořádá několikrát do roka ojedinelou seznamovací akci s názvem „Seznamovací večírek výhradně pro lidi s mentálním postižením“ s podtitulem „Poznej nové přátele a možná i víc za doprovodu hudby k tanci“. Více informací na <http://www.mameotevreno.cz>.

Existují také další organizace, které pro lidi se zdravotním postižením zprostředkovávají možnost seznámení, především formou seznamek na jejich internetových stránkách (např. *Liga za práva vozíčkářů* aj.).

Jiný intervenční rámec při práci se sexualitou klientů nalezneme u sexuologa Annona (In Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 258), který vytvořil na kognitivně-behaviorálním základě hierarchický systém, jenž nazval P-LI-SS-IT. Ten spočívá v metodě nejmenšího zásahu do klientovy intimity, kdy postupujeme od jednoduššího ke složitějšímu řešení. Práci s klientem rozdělil na tři fáze: Svolení, kdy klientovi potvrdíme, že to, co prožívá, je normální a že s takovými prožitky a pocity není sám. Například řekneme: „Ano, mnoho postižených mužů...“ Při svolení naznačujeme, že na své starosti není sám, že nás jimi nezaskočil, že si s nimi víme rady a že věříme, že i on si s nimi bude vědět rady. Dalším krokem je ohraničení informace, kdy jsme stále na obecné úrovni. Nyní však klient potřebuje znát základní informace vzhledem k problematice, a pokud je pracovník nezná, nevádí to – řekne, že je nezná. Zjistí, kde už klient po informacích sám pátral, doporučí podle klientovy zakázky vhodnou a dostupnou literaturu nebo návštěvu odborníka. Stejně jako při jiných problémech klienta především zplnomocňuje a dodává mu odvalu, aby informace nebo konkrétní pomoc byl schopen vyhledat a využít jich. Posledním krokem je konkrétní doporučení, v kterém pracovník navrhuje klientovi konkrétní postup k odstranění potíží. Zde je často nutná určitá

specializace pracovníka v problematice. Konkrétními doporučeními myslíme například doporučení v oblasti sexuálního nácviku, využití určitých služeb apod.

Vzhledem k praktické realizaci naší pomoci v partnerském a sexuálním životě lidí se zdravotním postižením si nyní přiblížíme vybrané sociální služby, které zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence a to především se zaměřením na ambulantní a terénní služby.

## **5.2 Odborné sociální poradenství**

Dle § 37 zákona o sociálních službách je odborné sociální poradenství poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením aj., přičemž tato služba zahrnuje základní činnosti v podobě zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Samo o sobě je poradenství základní službou ve všech pomáhajících profesích, kde se snažíme podpořit člověka v jeho nepříznivé životní situaci a v řešení nastalých nesnází. Podle Novosada (2009: 102) je poradenská činnost chápána poměrně široce, což je dáno tím, že rozeznáváme řadu podob i řadu specificky orientovaných poradenských aktivit s jejich specifickými cíli a prostředky. U zdravotně postižených jedinců se speciální poradenství zaměřuje jak na jejich primární znevýhodnění, tak na případný vznik sekundárního znevýhodnění a stavy subjektivní nepohody, kdy se problémy života se zdravotním postižením mohou dotýkat také sociálního, sexuálního nebo partnerského aspektu bytí. Specifickou formou poradenství pak může být např. partnerské poradenství zaměřené na kritické situace v partnerských vztazích, klima v rodině a mezilidské vztahy. Oborově vychází speciální poradenství z poznatků lékařských věd a zdravotnických oborů, etiky, filozofie, aplikované sociologie, sociální patologie, psychologických disciplín, pedagogiky, speciální pedagogiky, kulturní a sociální antropologie, politologie, disability studies, sociální pedagogiky a velkou měrou také z teorie i metod sociální práce (Novosad, 2009: 99-106). Výsledný vzhled poradenské pomoci je určen osobou poradce, jeho kompetencemi a pracovním zařazením.

V oblasti sexuality lidí se zdravotním postižením nabízí poradenství například organizace *Pohoda* v Praze (individuální poradenství, které je poskytováno zdarma, navíc také individuální

nebo párová intervence za úplaty), sdružení *Tulipán* v Liberci (poradenství, školení, konzultace) nebo *Amorela* v Plzni (Poradenské centrum pro oblast sexuality a mezilidských vztahů v životě lidí s mentálním postižením – poradenství, konzultace, osvěta, školení). Odborné sexuologické poradenství zprostředkovává sdružení *Orfeus* v Praze. Služby jsou nabízeny pro zdravotně postižené, jejich rodiče, pracovníky v sociálních službách nebo pedagogické pracovníky a další odbornou veřejnost.

Víme, že v současných podmínkách chybí ucelená a dostupná forma poradenství v oblasti partnerského a sexuálního života zaměřená na zdravotně postižené. Přesto nám Novosad (2006: 40) nabízí tři roviny možné sexuální osvěty, z nichž každá zaujímá svou jedinečnou pozici a zahrnuje jednotlivé okruhy témat, které se vzájemně prolínají a doplňují. A to obecně preventivní rovinu, zaměřenou na sexuální fyziologii, výchovu k rodičovství nebo sociální a komunikační dovednosti. Další, individuálně preventivní rovina je orientována na sexuální chování, sexuální techniky a partnerské dovednosti. Poslední rovinou je intervenční poradenství, které řeší akutní problémy jedince či partnerské dvojice. Rovina obecné a individuální prevence se pak týká především sexuální výchovy a intervenční poradenství je poté zaměřeno na specifickou odbornou pomoc. Základním nedostatkem poradenství je, že doposud neexistuje dostatečný počet kvalitních odborníků, kteří by byli schopni poskytnout odbornou poradenskou činnost pro zdravotně postižené v otázkách sexuálních potíží, rodičovství a celkově praktických možností v jejich sexuálním životě.

### **5.2.1 Poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy**

Tyto poradny patří prakticky mezi nejdostupnější poradenské instituce. Zaměřují se zejména na osobní, vztahové, rodinné a partnerské poradenství a poskytují konzultace klientům, kteří mají problémy v mezilidských vztazích nebo žijí osaměle. Napomáhají optimalizovat partnerské vztahy a podílejí se na eliminaci rodinné patologie. Jejich pracovníci jsou odborní manželští a rodinní poradci, většinou psychologové a sociální pracovníci, někdy psychiatři či sexuologové, u nichž lze předpokládat, že mohou poskytnout odbornou vhodnou pomoc také zdravotně postiženým jedincům (Nováková in Vodáčková a kol., 2007: 508-509, Novosad, 2009: 222). Poradny nalezneme téměř v každém okrese České republiky.

## 5.2.2 Konzultační činnost a osvěta

Protože může mít odborné poradenství velmi odlišnou podobu, je vhodné se také zmínit o konzultační činnosti jako jedné ze součástí poradenské pomoci. Novosad (2009: 115) totiž uvádí, že mimo přímé práce s klienty patří do pracovní náplně poradce i činnost konzultační, která zahrnuje např. poskytování konzultací institucím, osvětovou a informační činnost, kampaně ovlivňující veřejné mínění a vzdělávání dalších pracovníků. To může zcela zásadně přispívat k řešení partnerské a sexuální problematiky zdravotně postižených, protože podle Eisnera (2010A: 4) hraje postoj všech pracovníků a široké veřejnosti v tomto procesu velkou roli. Jedná se tedy především o aktivity v makropraxi sociální práce, které jsou orientovány především k široké veřejnosti s cílem eliminovat nebo alespoň redukovat přetrvávající předsudky a zkreslené vnímání zdravotního postižení společností. Prohlubování informovanosti laické a odborné společnosti, šíření osvěty formou přednášek, prezentací či besed jsou cestami, kterými lze významně přispět ke zvýšení kvality osobního života osob s postižením. Jedním z významných cílů osvěty je podpora zájmů sdělovacích prostředků o osoby se zdravotním postižením, které se naštěstí stále častěji dostávají na televizní obrazovky, stránky novin a časopisů, čímž i masmédiá přispívají k proměně obrazu zdravotně znevýhodněných skupin obyvatel (Vávrová, 2010: 70). Popularizačně-společenské příspěvky o problematice jejich sexuálního, partnerského a rodinného života pak tento obraz zcela jistě dotvářejí.

Osvětové diskuze pro lidi s postižením nabízí společnost *Pohoda*. Ty mohou být jak skupinové, tak individuální a jsou určeny také pro rodiče lidí s postižením a pracovníky sociálních služeb. Jsou moderované a zabývají se základními sexuálními potřebami a projevy sexuality. Za zmínku stojí to, že pro jejich zahájení se používají velice dobře zpracované filmy „Vztahy“ (2008) a „O sexu...“ (2008) od občanského sdružení *Inventura*, které se zaměřují na podporu sexuálního života u lidí s mentálním postižením.

Televize *Barrandov* posledních letech uváděla velice zajímavý cyklus „České milování“, v kterém byl jeden z dílů věnován přímo problematice zdravotně postižených (O lásce handicapovaných). Jeho shlédnutí je možné v on-line archivu televize na <http://www.barrandov.tv/44316-ceske-milovani-o-lasce-handicapovanych>.



### 5.2.3 Internetové poradenství

Mezi opomíjenou formu speciálního sociálního poradenství patří aktivity na poli internetového poradenství, které mají v České republice již několik let své místo. Při užití této formy pomoci je myšleno zejména na klienty, kteří mají potíže v běžné komunikaci, aby jim poradenství bylo co nejvíce zpřístupněno. Podle Nečasové (2010: 77) je cílem internetového poradenství zejména předat klientům základní informace o možnostech řešení, které se jim v jejich obtížné životní situaci nabízejí, a dále pak zprostředkovat kontakty na příslušné odborníky či odkazovat na další informace, což je pro internetové poradenství nosné. Vzhledem k intimní povaze sexuální problematiky, možnosti nahradit přímý osobní kontakt, zachovat si anonymitu a eliminovat potíže způsobené nedostupností určitého místa, je přínos internetového poradenství pro zdravotně postižené zcela evidentní. Velkou pomocí může být i pouhá návštěva specializovaných webových stránek, kde mohou být uveřejněny příběhy nebo základní informace, které jsou v našich podmínkách dostupné.

*Centrum pro zdravotně postižené Středočeský kraj (Mladá Boleslav) zprostředkovává odborné sexuologické poradenství pro lidi se zdravotním postižením od Mudr. Zlaty Mistoleroové formou internetové poradny. Otázky je možné zasílat prostřednictvím jejich webových stránek (záložka sexuologické poradenství). Poradna je dostupná na [http://www.czpmb.cz/?page\\_id=331](http://www.czpmb.cz/?page_id=331). Další internetovou poradnou je například „Sexuologická poradna především pro vozíčkáře“ spravovaná Mudr. Taťánou Šrámkovou na webových stránkách „První krok“ dostupná na <http://www.prvnikrok.cz/poradna.php?kat=sexuologick%E1>.*

### 5.3 Služby sociální péče

Dle § 38 zákona o sociálních službách napomáhají služby sociální péče osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Podpora života v domácích podmínkách je hlavním přínosem služeb sociální péče a podstatně přispívá ke kvalitě života jejich uživatelů. K těmto službám patří vzhledem k problematice zejména osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby a chráněné bydlení. Tyto služby mají zcela zásadní význam, protože i když zdravotně postižený jedinec může někdy potřebovat sociálního pracovníka, jindy lékaře, mnohdy vše stojí především na pracovnících v přímé péči. Jsou to

oni, kdo bývají s klienty nejvíce v kontaktu. Vzhledem k širší pomoci, která je poskytována v rámci sociální péče, si na konkrétním příkladu sociální služby osobní asistence poukážeme na její potenciální možnosti především v rámci podpory intimního života zdravotně postižených uživatelů této formy pomoci.

### **5.3.1 Osobní asistence (Drábek, 2010)**

S přihlédnutím k částečné odbornosti osobních asistentů, spolu se vzájemným vztahem klienta s pracovníkem a základním principem delimitace při výkonu osobní asistence, lze rozšířit možnosti přímé péče i do oblasti sexuálních potřeb klienta. Záměrem není představovat službu osobní asistence, která má u nás naštěstí již své místo, zastoupení a od nedávné doby také dlouho očekávaný právní rámeček. Měli bychom si spíše ukázat její možnosti a určitá specifika v rámci interdisciplinárního přístupu pomoci s vlastním sexuálním životem zdravotně postižených klientů využívajících osobní asistenci. Asistent jako pracovník přímé péče má možnost odhalit případné starosti v intimním životě klienta a současně jako první nabídnout pomoc. Částečnou výhodou je, že klient v asistentovi nemusí vidět erudovaného odborníka. Tento přátelský postoj klienta může při intimních potížích působit pozitivně, protože je obvyklé, že ani lidé bez postižení se sexuálními problémy často nechodí za odborníkem. Další výhodou spočívá v tom, že jde asistent ke klientovi. Klient za ním chodit nemusí. Celkově přirozené chování pak eliminuje stud a nervozitu. K tomu lze přičíst fakt, že během dlouhodobější přímé péče vzniká i jistá důvěra a vztah k asistentovi, který tak jako tak často vstupuje do klientova soukromí.

Náplní asistence je osobní pomoc při zajištění běžných životních úkonů s cílem umožnit postiženému klientovi žít takovým způsobem života, který se co nejvíce blíží životu bez postižení, a to bez závazně vymezených úkonů přímé péče, kdy je centrem zájmu pomáhajícího pracovníka jeho klient se všemi svými rolami (Matoušek, 2008: 128). Široký záběr těchto služeb tak kompenzuje klientovo postižení ve všech činnostech, které nemůže vykonávat, a uspokojuje jeho základní životní potřeby, jak biologické, tak společenské (Kozlová a kol. in Lévicová, Mrázová, 2003: 62). Ale co sexualita klienta? Je vůbec součástí přímé péče? Sexuální akt je běžný životní úkon a podle četných definic osobní asistence jsou právě ony obvyklé úkony hlavní náplní pomoci. Jana Hrdá (2001, on-line), která je nestorkou české osobní asistence, hovoří o základních lidských potřebách jako o pilířích této sociální služby. Přitom zcela vynechává jednu z nejnižších fyziologických potřeb, tedy potřebu sexuální. Víme, že její uspokojení je pro většinu z nás důležité, ale pravděpodobně se budeme

ptát, zda by měl asistent i v této oblasti pomáhat a jak to může realizovat. Vlastně již základní činnosti, jako pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pozitivně napomáhají intimnímu životu jejich příjemce. Nejedná se sice o vlastní naplnění sexuální potřeby, tím se nám však nevyčerpávají všechny možnosti pro podporu v sexuálním životě klienta. I v tomto případě platí staré úsloví – kdo chce, hledá způsoby, kdo nechce, hledá důvody. A podle Hrdé (tamtéž) mohou být osobní asistenti odborníky v čemkoli. Navíc v případě, že se nebudeme v rámci přímé péče věnovat opravdu všem základním potřebám klienta, bude naše snaha o pomoc prostě neúplná! Otázkou je, jak toho lze dosáhnout? Jednou z odpovědí může být pomáhající vztah jako cesta ke společné intimitě.

Osobní asistence je povolání, jehož hlavní náplní je pomáhat lidem. Vztah klienta s asistentem přitom hraje podstatnou roli a na rozdíl od jiných profesí, kde také dochází ke společnému kontaktu více lidí, jsou na pomáhajícího pracovníka kladeny požadavky jiné kvality než vlastní odborná dovednost. Klient má mnohem vyšší nároky hlavně tam, kde je v nouzi nebo v závislém postavení (Tóthová a kol. in Lévicová; Mrázová, 2003: 66). Můžeme uvést, že samotná sexualita je nedotknutelnou intimitou každého z nás, proto se také toto téma často pohybuje na hranici veřejného tabu. Lze však předpokládat, že náš klient, který je fakticky zdravotně postižený, může mít se svou sexualitou kvantitativní i kvalitativní nesnáze. Tato skutečnost by nás měla navádět k poskytování pomoci i v této intimní oblasti, v níž má nezastupitelnou úlohu právě společný vztah. Nutno ovšem podotknout, že není naší povinností podobnou pomoc vždy nabízet. Hovoříme o zcela křehké a citlivé součásti lidského bytí, která má svá určitá pravidla, morální hranice a vyžaduje nezbytné podmínky. Hrdá (2001, on-line) uvádí, že vztah klienta s osobním asistentem je často velmi osobní a intimní, kdy obě strany dávají do vzájemného vztahu jistý vklad, přičemž klient má konečné slovo a asistent právo veta. Díky tomu je vztah rovnoprávný, což je samotnou podstatou asistence. Jiné pracovní vztahy nejsou podobné tomuto v osobní asistenci. Vidíme, že asistent má u svého klienta přirozenou možnost věnovat se oblasti jeho sexuality a partnerského života. Je však nutné vidět pomoc jako nabídku, která by tak měla jako v každém přátelském vztahu působit.

Hrdá (tamtéž) uvádí, že náplň práce při osobní asistenci se nedá jednoznačně popsat. Vodítkem je fakt, že s druhým člověkem musíme umět dělat to, co bychom dělali sami se sebou. A položme si otázku: Chceme souložit nebo pravidelně souložíme? Víme, zda by to chtěl i náš klient? Co bychom chtěli my sami, po čem toužíme, umožníme i druhému. Je možné, že si to přeje i on, ale rozhodně mu to nevnucujeme (Hrdá, tamtéž). „Obsahem osobní

asistence je v podstatě vše, o co klient požádá, přičemž vždy záleží na vzájemné dohodě.“ (Kozlová a kol. in Lévícká; Mrázová, 2003: 64)

Také osobní asistent jako každý pomáhající pracovník musí dobře znát svou roli, hranice vztahu i míru svých možností a dovedností, v nichž je schopen naplňovat daný účel té či jiné sociální služby. Podle Hrdé (2001, on-line) by měl být asistent plně vyváženou osobností, která ví, co chce a jakým způsobem bude dotyčnému klientovi schopna pomoci k tomu, aby dostal vše, co mu právem náleží. Poté se nám nabízejí různé možnosti pomoci, od pouhé znalosti kontaktů na odborníky a organizace, které nabízejí služby v podpoře partnerského a sexuálního života, až po služby extrémní péče, jakou je asistovaný sex, o kterém se v dalších kapitolách blíže zmíníme. S přihlédnutím k Hrdé (tamtéž) můžeme ve zprostředkování kontaktu se společenským prostředím vidět asistenta jako někoho, kdo nabízí dostupné informace, jež jsou nezbytnou podmínkou pro orientaci člověka. Existují i speciální informace, jiné než pro intaktní společnost, které potřebuje klient získat. Takové informace se někdy týkají jeho intimního života. Jde například o informační materiály některých organizací. Zde může pomoci osobní asistent nejen přímo tím, že klienta do organizace doprovodí, ale už jen upozorněním na tyto služby. Jde především o seznamky, specializované sexuology, erotické pomůcky, organizace nabízející služby v oblasti sexuality a partnerských vztahů nebo dostupnou literaturu a webové stránky. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím může však zahrnovat i například vytipování dostupných služeb v podobě erotických klubů bez architektonických bariér. Protože se osobní asistence v některých případech může podobat odlehčovací péči, může mít v rámci kombinovaného partnerského vztahu postiženého klienta význam i v odpočinku od často dlouhodobé péče blízké osoby bez postižení. Hovoříme především o intimní péči, která může mít negativní dopad na atraktivitu zdravotně postiženého partnera. Také v rámci výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti může asistent pozitivně ovlivnit budoucí sexuální život u nezletilého klienta, a to spoluprací s rodiči při vhodně zvolené a srozumitelné sexuální výchově (po případné konzultaci s dalšími pracovníky, především speciálními pedagogy). V každém případě je nutné si v oblasti sexuality vymezit činnosti, ve kterých asistent bude spolupracovat, a ty, v nichž nikoli. Máme právo klientovi nevyhovět, je však dobré hledat náhradní řešení, aby bylo jeho přání možné splnit. V případě, že nejsme schopni nabídnout vhodnou pomoc sami, je vždy naděje, že nalezneme organizaci či službu, která může klientovi účinně pomoci (Hrdá, tamtéž). Vidíme, že v podpoře klientových sexuálních potřeb by služby sociální péče mohly být jednou z vhodných cest i proto, že pracovník v přímé péči je kvalifikovaným pomáhajícím s často blízkým a jedinečným vztahem ke svému klientovi.

Musíme však zdůraznit, že by nemělo být snahou slepě profesionalizovat osobní asistenty a další pracovníky přímé péče, protože pro jejich výkon jsou významnější složkou především charakter a motivace pracovníka než jeho odbornost. Nicméně myšlenka vhodné (do)pomoci k běžnému a uspokojivému životu zdravotně postižených, kdy je pracovník součástí interdisciplinární pomoci a snaží se o naplnění opravdu všech potřeb svého klienta, má v komplexu sociálních služeb své smysluplné místo.

## **5.4 Služby sociální prevence**

Dle § 53 zákona o sociálních službách napomáhají služby sociální prevence zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. V následujících podkapitolách si ukážeme, že také v rámci sociální prevence lze poskytovat služby, které mohou pozitivně ovlivnit partnerský a sexuální život zdravotně postižených.

### **5.4.1 Krizová intervence**

Novosad (2009: 168) konstatuje, že ani lidem s postižením se krizové životní situace nevyhýbají, spíše naopak. Víme, že mohou i nemusejí souviset jak se vznikem nemoci či postižením, tak se zvládáním života a různých překážek, jež postižení provázejí. Krizová životní situace nastane ve chvíli, kdy si uvědomíme, že něco není v pořádku, a zároveň jsme neschopni udělat nějaký konstruktivní krok, přičemž sexuální potíže jsou také často precipitorem krize (podle tzv. tabulky životních událostí je jejich závažnost na rozvoj krize ohodnocena 39. body na škále 0–100) (Vodáčková a kol., 2007: 32-33). V psychosociální oblasti je krize definována jako důsledek střetu s překážkou, kterou nemusejí být pouze potíže v sexuální oblasti, ale též absence partnera nebo sexuálních prožitků, vznik postižení jednoho z partnerů, závažné onemocnění, sexuální selhání, diagnostikovaná neplodnost či náhlá osamělost. Nejistota v sexuální oblasti pak může vést k těžkým krizím, jež umocňují kontakt s vlastními niternými potřebami, protože doposud mohly být opomíjeny, přehrazeny nebo nedostupné a nyní nastal moment, kdy neuspokojené potřeby přicházejí ke slovu. A zdravotně postižení také hledají partnera, sami si pokládají otázky: Jsem dostatečně přitažlivý? Jsem

normální? Mohu mít přítele? V současnosti pak soustavný tlak na výkon a krásu vytváří takový obraz, který vede k závažné konfrontaci postiženého a může se stát jeho ohrožením (Vodáčková a kol., 2007: 49, Lorenc in Vodáčková a kol., 2007: 280). Následné traumata a životní krize mohou mít různé následky na úrovni emociální, tělesné, psychosomatické a jsou u každého jedince značně proměnlivé (Spilková in Weiss a kol., 2010: 104). Podle Šmolky (In Vodáčková a kol., 2007: 286-287) patří krize v partnerství či manželství nejen mezi nejčastější, ale také mezi nejintenzivněji prožívané krizové události vůbec. Podobně i práce s klientem, který má významné obtíže s hledáním partnera a s pocity osamění je cílem krizové intervence. Vzhledem k významu problematiky osamocení u zdravotně postižených je podstatným záměrem krizové intervence snaha o podporu a rozvíjení ostatních typů sociálních kontaktů. Pokusit se s klientem například o vhodnější sladění nároků na případného partnera vzhledem k jeho reálným možnostem (Šmolka in Vodáčková a kol., 2007: 289).

#### **5.4.2 Raná péče**

Odlišnou formou sociální prevence je podpora zdravotně postižených rodičů prostřednictvím služby rané péče. Jejím hlavním cílem je podpora klientů v jejich rodičovské roli, posilování jejich kompetencí k vytváření stabilního rodinného zázemí a snaha o získání pozitivní motivace v přístupu k rodičovství. Pracovník ke klientovi nepřichází hodnotit, kontrolovat a kritizovat, ale pomoci se zcela konkrétními věcmi – s výchovou dítěte a péčí o ně, se zajištěním chodu domácnosti, provázením a emocionální podporou v obtížných situacích, s podporou vytváření a udržování přátelských vztahů v rámci lokality v níž žijí apod. Asistent může představovat jednu z možností, jak si neformálně popovídat, sdílet radosti, starosti, trápení, vnést do života rodičů a dětí nové podněty a impulzy, a to na základě přátelského vztahu (Pavlíková, Honzářková, 2010: 139). Podobně u služby osobní asistence můžeme předpokládat její potenciál pro zaměření se na asistenci klientům coby rodičům, tedy na pomoc s jejich rodičovskými povinnostmi a při výchově dítěte.

Občanské sdružení HoSt Home-Start ČR je jednou z málo organizací, které službu rané péče poskytují. Hlavním kritériem pro využívání služeb HoStu je výchova alespoň jednoho dítěte do 6 let. Další kritéria nemusejí být splněna všechna současně, přičemž dobrovolníci z HoStu mohou být nápomocni například právě handicapovaným rodičům s malými dětmi.

### **5.4.3 Sociální rehabilitace**

Široké pole možností může v rámci podpory v partnerském a sexuálním životě zdravotně postižených přinést služba sociální rehabilitace, která se zaměřuje na překonání informačního deficitu, rozvoj samostatnosti a rozvoj společenského uplatnění. Tato služba je součástí ucelené rehabilitace, na níž kooperují mnohé pomáhající profese tak, aby rehabilitace obsáhla všechny stránky klientovy existence dotčené nemocí, úrazem či postižením (Novosad, 2009: 90). Podle Novosada (2009: 95) je současně jedním z nejvýznamnějších prostředků integrace zdravotně postižených do společnosti. Hlavním cílem sociální rehabilitace je reedukace, kompenzace a především akceptace současného stavu klienta (vyrovnání se s postižením), jež buduje na možnostech postiženého. Vychází z pozitivních vlastností i hodnot a respektuje potřebu holistického přístupu ke klientovi. Je zaměřena na jedince s takovým zdravotním postižením, které tyto osoby nemohou samy překonat (Novosad, 2009: 92). Již Jesenský (1988) zařazoval do sociální rehabilitace například problematiku rozpadu partnerství a rodiny člověka se získaným postižením vinou zdravého partnera.

### **5.5 Využití biblioterapie**

Vzhledem k tomu, že víme, že osamocení či problémy v sexuálním životě patří mezi vysoce zátěžové situace, je vhodné se zmínit také o využití biblioterapie jako pomocné psychoterapeutické metodě, která může být v sociální práci využívána u každého, kdo se ocitl v těžké životní chvíli. Biblioterapii tak lze aplikovat i v podpoře partnerského a sexuálního života u některých lidí se zdravotním postižením, vzhledem k dosaženým kognitivním schopnostem a zachovaným smyslům. Někdy totiž stačí poskytnout určité informace, aby se situace zlepšila, a někdy knihy nasměrují člověka k odborníkovi. Podle Vodáčkové (2007: 52) patří inspirace literárními příběhy a literaturou k základním vyrovnávacím strategiím člověka. Uvádí, že s příchodem písma se začaly objevovat příběhy, jejichž autorem byl konkrétní člověk. A tyto příběhy nejen vyprávějí, ale především učí, obohacují a rozšiřují naši vlastní sféru možností. Proto je vhodné, aby organizace shromažďovaly publikace s tématy, která mohou klienty oslovit a přispět k řešení jejich situace či potíží. Knihovna populárně naučné, odborné či prozaické literatury s možností bezplatného zapůjčení knih čtenářům může sloužit jako významná a přínosná pomůcka v rámci nabízených služeb. Seznam těchto knih pak může být uveden na webových stránkách. Mimo uvedené druhy literatury by byly ideální publikace,

kteří obsahují autentické výpovědi lidí se zdravotním postižením o sexuálním prožívání a chování, včetně jejich zážitků a zkušeností. Takové tituly však na českém knižním trhu chybějí.

*Centrum pro zdravotně postižené ve Středočeském kraji* (Mladá Boleslav) nabízí vedle zprostředkování sexuologického poradenství také vlastní knihovnu, v které shromažďuje k zapůjčení publikace zaměřené na sexualitu lidí s postižením. On-line přístup do databáze: [http://www.czpmb.cz/?page\\_id=65](http://www.czpmb.cz/?page_id=65).

Vedle zmíněné biblioterapie a četby relevantní literatury mohou pomoci též aktivity, jež můžeme nazvat edukační intervencí. Do této oblasti patří organizace výpomocných aktivit pro zdravotně postižené, distribuce publikací nebo informačních materiálů a rovněž pořádání přednášek či seminářů. Avšak také internetové portály a virtuální komunikace mohou plnit tuto úlohu velmi dobře i distančně.

Jako příklad si můžeme uvést webové stránky *První krok – portál pro klienty se zdravotním omezením* (<http://www.prvnikrok.cz/>), či tematicky zaměřenou diskusní skupinu „*Lidé na vozíku a sex*“ na webových stránkách <http://diskuse.doktorka.cz/lide-voziku-sex/> nebo informační portál pro zdravotně postižené *Dobromysl* (<http://www.dobromysl.cz/temata/sexualita.htm>). Další vhodnou formou edukační intervence je účast zdravotně postižených ve svépomocných skupinách.

## 5.6 Skupinová práce a svépomocné skupiny

Pro zdravotně postižené může být mnohdy potřebnější získat informace ze skutečného života či praktický nácvik různých dovedností než teoretické informace a poučky. Proto tento typ sociální práce je vhodné využít skupinovou sociální práci, která umožňuje tyto informace přirozeně získat a dále participovat na dosažení žádané změny. Je zapotřebí zdůraznit velkou sílu skupiny, která dává jednotlivci příležitost a bezpečný prostor ke změně chování, pocitů i postojů a také příležitost k učení. Z interakcí mezi jednotlivými členy i mezi členy a vedoucím skupiny mohou vyvstat různé podněty, které napomáhají rozvoji jednotlivce. Skupinová sociální práce přesto není v našich podmínkách příliš uplatňována. Vyžaduje totiž širokou škálu dovedností a schopností, které by měl pracovník zvládat a které je potřeba získat ve výcviku skupinové práce, v ideálním případě zaměřeném na danou cílovou skupinu.



Podle Matouška (2008: 190) je cílem skupinové práce zlepšení kvality života celé skupiny nebo podpora potřeb jednotlivých členů skupiny (rozvoj sociálních dovedností, posílení sebevědomí apod.). Mezi technikami skupinové práce uvádí názornou instruktáž, výměnu informací, přehrávání rolí, volnou diskusi aj. Podstatou skupinové práce je schopnost klientů využít potenciálu přirozené komunity (podobně jako schopnost využít zkušenost blízkých lidí v případě práce s jednotlivcem či párem). Přirozenou komunitu mohou tvořit lidé ze stejné zájmové skupiny, tedy lidé s podobným zdravotním postižením nebo s podobnými problémy. Často se v ní pak setkají lidé různého věku a v rámci své skupiny si mohou předávat řadu hodnot. Síla komunity vede i k nenásilné podpoře těch, kteří mají problémy a potřebují je řešit. Děje se tak na principu vzájemnosti a může jít o výpomoc, radu, podporu, zájem, stvrzení apod. (Vodáčková a kol., 2007: 51).

Výjimečnost využití skupinové práce s uzavřenou skupinou vedenou odborným lektorem, je ve vytváření bezpečného prostoru pro vyjádření svých nejistot a obav, získávání sebejistoty díky konfrontaci svých názorů s ostatními a postupnému osvojování si potřebných dovedností, navazování sociálního kontaktu s lidmi ve stejné situaci a možnosti vyjadřovat své pocity spojené s potížemi v osamělosti, partnerském vztahu nebo sexuálním životě. Skupinová práce s osamělými jedinci se může více přibližovat skupinové terapii při tréninku sebeprosazení. Nejvhodnější formou takového nácviku je zkoušení sebeprosazujícího chování pomocí hraní předepsané role v interakci s dalšími účastníky, tedy využití psychodramatu či dramaterapie. U nesmělých klientů je možno též nacvičovat scénky, v nichž si domlouvají schůzku s dívkou, aktivně se chovají na schůzce, vyjadřují vlastní sexuální přání a popřípadě informují partnerku o vlastních sexuálních potížích a obavách (Kratochvíl in Weiss a kol., 2010: 374).

Pražské *Centrum Paraple* pravidelně nabízí sociálně rehabilitační program „Máma – táta na vozíku.“ Jde o několikadenní pobyt určený matkám a otcům po úrazu páteře a jejich partnerům a partnerkám. Hlavní náplní jsou přednášky a besedy s odborníky, povídání si na společná témata. Kurz v dřívějších letech probíhal převážně pro ženy a v jeho průběhu 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 rodičovství tělesně postižených lidí 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, jenž zprostředkovává přístup k informacím.

## 5.7 Asistovaný sex

Představme si situaci, kdy má muž progresivní nervosvalové onemocnění, jehož důsledkem je celková slabost, a žena má po úrazu páteře kvadruplegii, která jí způsobuje značné potíže v její mobilitě. Žijí spolu v partnerském vztahu, a přestože jsou v intimním životě schopni společnými silami zaujmout pozici, ve které mohou dosáhnout pohlavního spojení, již nedovedou najít správnou polohu jednotlivých částí těla a provádět kopulační pohyby. Přesto jsou stále odhodláni dosáhnout pohlavního styku. Po vyčerpání veškerých nápadů, různých pozic a kompenzačních pomůcek zbývá jen jediná možnost, požádat o pomoc osobního asistenta či asistentku, tak jako v jiných oblastech jejich života, v kterých si nedovedou pomoc sami. Od této chvíle hovoříme o tzv. asistovaném sexu či sexu facilitovaném osobním asistentem. Byť je přítomnost třetí osoby během intimní chvíle velice složitou záležitostí, není zcela nereálnou. O asistovaném sexu nepanuje zatím celosvětově univerzální konsensus a je publikováno pouze několik studií, které se zabývají sexuálním vyjádřením zdravotně postiženého jedince nebo páru za účasti a pomoci osobního asistenta. Obecně se předpokládá, že řešení této problematiky bude dalším mezníkem v oblasti podpory sexuálního života lidí s postižením. Asistovaný sex zahrnuje jak pomoc v partnerském sexuálním vyjádření, tak pomoc v autoerotickém vyžití jedince, zpravidla lidem s těžkým stupněm zdravotního postižení (zejména tělesným a mentálním). V případě asistované soulože se jedná o pomoc se zaujmutím vhodné polohy, pomoc s kopulačními pohyby nebo s použitím prostředků k zamezení nechtěného početí (např. nasazení kondomu). Asistence v oblasti autoerotiky může spočívat v nepřímé pomoci při masturbaci, popřípadě v nepřímém nácviku masturbace. Podstatným znakem asistovaného sexu je fakt, že se tři lidé snaží dosáhnout toho, co obvykle dělají dva, eventuálně se dva lidé snaží dosáhnout toho, co obvykle dělá jen jeden (v případě autoerotiky). A je nepříjemnou skutečností, že potřebují-li lidé pomoc v intimní oblasti, přestává být celá věc intimní. I proto přináší asistovaný sex v praxi řadu překážek a potíží. Klient může mít strach z odmítnutí, být ve stresu z přítomnosti třetí osoby nebo vnímat celou záležitost příliš technicky na úkor svých emocí. V případě asistované soulože vstupují do hry také genderové otázky, kdy se přítomnost člověka druhého pohlaví může stát významnou překážkou (postižená žena může mít obavy, že jejímu postiženému partnerovi bude pomoc osobní asistentky příjemná nebo naopak, podobně jako zažité představy, v kterých se předpokládá, že každý heterosexuální muž sní o sexuálním vyžití se dvěma ženami zároveň). Lze také předpokládat, že je služba asistovaného sexu ovlivněna mírou vzájemné závislosti pracovního či osobního vztahu asistenta s klientem (klienty) a intimního vztahu mezi klienty

coby příjemci extrémní péče. Další komplikace mohou přijít ve chvíli, kdy je jednomu nebo oběma partnerům méně než osmnáct let nebo když je jejich vztah realizován v institucionálním zařízení apod. (O facilitovaném sexu se příliš nemluví, on-line).

V případě, že bychom chtěli vymezit službu asistovaného sexu, hovoříme již o aktivní sexuální asistenci. Podle Maihofer (In Bednář a kol., 2010: 22-23) spočívá rozdíl mezi pasivní a aktivní sexuální asistencí v tom, že k pasivní sexuální asistenci patří například informování, zprostředkování poradenství, pomoc při shánění sexuálních pomůcek nebo doprovod do zařízení zprostředkovávajících seznámení, tedy činnosti uvedené v předešlých podkapitolách. Aktivní sexuální asistencí pak rozumíme všechny formy přímé pomoci, které se týkají intimní sféry určité osoby nebo osob a navozují sexuální uspokojení, tedy zmiňovaná pomoc při masturbaci nebo pohlavním styku – asistovaný sex. Přestože se v každém případě jedná o podporu, která klientům umožňuje žít sexuálním životem, u aktivní sexuální asistence se můžeme setkat s problémem, který spočívá v její podobnosti s komerční erotickou službou. Thorová (2008, on-line) uvádí, že není přesně definováno, co je sexuální asistence, zda asistent pomáhá pouze uskutečnit sexuální styk nebo sexuální uspokojení, či uspokojení sám přímo poskytuje, podobně jako u služby poskytované komerčním sexuálním pracovníkem či pracovníci. Z hlediska sociální práce panuje shoda alespoň v tom, že sexuální asistenci by měl poskytovat člověk, který neposkytuje klientovi přímou péči. Z těchto důvodů je zcela jistě aktivní sexuální asistence otázkou k širší diskusi, přesto můžeme najít určité vodítka, podle kterých tuto službu extrémní péče lze blíže vymezit. V České republice se služby podobného typu zatím otevřeně neposkytují, pouze pražská organizace Pohoda službu pojmenovává a vymezuje v rámci služeb druhého stupně zaměřených na podporu sexuálního života zdravotně postižených lidí. Oproti tomu v Německé spolkové republice si může klient zajistit podporu v podobě sexuální asistence, coby požadované sociální služby. Vyškolený profesionál pak poskytuje asistenci při sexuální potřebě klienta, aby kompenzoval jeho postižení (Thorová, tamtéž). A protože známe také jiné speciální erotické služby v zemích západní Evropy, kterým se v další kapitole budeme věnovat, můžeme připustit určité rozlišování aktivní sexuální asistence na nepřímou podporu během asistovaného sexu a činnost již podobnou komerční sexuální službě, která je však poskytována za definovaných podmínek a vyškoleným profesionálem – surogátním partnerem či partnerkou. Přestože má každý člověk plné právo vzdát se některých součástí své sexuality a spokojit se například s nekoitálními sexuálními technikami či kognitivní erotikou, je zcela na místě uvažovat o řešení klientovy obtížné situaci i takto u nás netradičním způsobem, jakým je asistence při pokusu o sexuální vyjádření člověka, který tuto pomoc potřebuje.

## 5.8 Služby surogátních partnerů pro zdravotně postižené v zahraničí

Zcela odlišným druhem služeb pro zdravotně postižené v oblasti sexuality je činnost organizací poskytujících speciální erotické služby formou surogátních partnerů pro osamělé jedince se zdravotním postižením. Organizací tohoto druhu zatím není mnoho a našli bychom je v západní části Evropy, jmenovitě ve Švýcarsku, Francii, Nizozemsku, Německu a Izraeli (Votava, 2000: 60). Služby tohoto typu nejdéle poskytuje organizace SAR 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 poskytovat ucelené služby sexuálních pečovatelů a pečovatelek v podobě laskání, masáží a při oboustranném souhlasu i úplného sexuálního styku (Sexualita tělesně postižených přestává být ve Francii tabu, on-line, Ve Švýcarsku hledají dobrovolníky na sex s postiženými, on-line). U sexuálních pracovníků-zaměstnanců organizace je samozřejmostí psychologická a zdravotní diagnostika, odborné proškolení a orientace v potřebách postižených. Zakladatelé těchto organizací se shodují na tom, že v dnešní době už prostě nelze témata sexuálních potřeb u postižených opomíjet. Ano, je pochopitelné, že se setkáme s rozličnými názory na „takovouto“ pomoc zdravotně postiženým. My však především vidíme, že existují další možnosti skutečné pomoci při podpoře sexuality v rámci inovačních služeb. Tento způsob řešení klientových potíží, který v našich podmínkách dosud nenalezneme a není ani příliš známý, spočívá ve speciální sociální službě, která umožňuje některým klientům sexuální aktivitu podle jejich představ. Surogátní praktiky pro zdravotně postižené spočívají v poskytnutí náhradní sexuální partnerky či partnera, kdy je služba různou mírou zpoplatněna.

S využitím surogátních partnerů se však můžeme setkat také v sexuologické terapii. Již Masters a Johnsonová, kteří byli průkopníky párové sexoterapie, řešili situaci jedinců, jež pro své potíže nemohli získat partnera. Pro terapeutický nácvik jim nabídli náhradního partnera. V žádném případě se nejednalo o komerční sexuální pracovníky či pracovnice, náhradní partneři byli často dokonce proškoleni v psychoterapii. Při terapii však začali vznikat problémy, nikoli etické, ale především interpersonální. Při pravidelném kontaktu a sexuálním nácviku se stávalo, že ani náhradní partneři, ani pacienti nedokázali zůstat emočně

zainteresovaní a docházelo i k sexuální fixaci. Po deseti letech byla spolupráce se surrogátními partnery přerušena (Pondělíčková in Morus, 1992: 287). V roce 1992 v Izraeli, na konferenci o zdravotně postižených osobách, referovala sexuoložka Ronit Aloni o svých terapeutických zkušenostech se surrogátními partnerkami, které pod lékařským dozorem vedly osoby s postižením k znovuoobnovení normální sexuality (Votava, 2000: 60, Kolan, on-line). Podle Zvěřiny (In Weiss a kol., 2010: 350) je z hlediska klasické párové sexoterapie vlastně situace muže bez partnerského vztahu řešitelná jen angažováním surrogátní partnerky. Avšak toto řešení nepovažuje za *lege artis*. Jenže podobně, jako je povinností lékaře poskytnout diagnostickou i léčebnou péči pacientovi v každé jeho sociální situaci, je nutné řešit klientův stav také v případě jeho dlouhodobého osamocení a nabízet mu na poli sociální péče adekvátní služby. Tak například klienti se závažným tělesným nedostatkem po těžších úrazech či při vleklých onemocněních, kteří nemají partnerský vztah, mohou být lidmi po delší vynucené sexuální abstinenci. Na rozhraní mezi aktivní sexuální asistencí (nepřímé podpory během asistovaného sexu) se službou surrogátní partnerky je činnost, kterou v Rakousku od roku 1996 nabízí Nina de Vries. Jedná se o specifickou formu sexuální asistence pro lidi s určitým druhem postižení. V příjemném prostředí nabízí něžné dotyky, případně pomoc při masturbaci, ne však pohlavní styk nebo orální praktiky. Nejdříve pracovala pouze s lidmi s tělesným postižením, nyní se však zaměřuje více na osoby s těžkým mentálním nebo tělesným postižením. Do své práce zapojuje i rodinu klienta a snaží se aktivizovat sexuální potenciál (Mairhofer in Bednář a kol., 2010: 23).

Velmi diskutabilní je v rámci podpory směřování klienta k využití komerční erotické služby, kdy je sexuální potřeba uspokojována komerčním sexuálním pracovníkem či pracovnící. Přestože využití těchto služeb eliminuje komplikovaný vztah mezi mužem a ženou, který se nahradí prostým výměnným obchodem a jsou odstraněny různé starosti, zbude sexuální akt jako jediný, nezastíraný cíl sexuálního vyžití (Morus, 1992: 22), což není záměrem sociální integrace. I přesto bychom si měli pro zajímavost uvést výpověď tělesně postiženého muže o jeho zkušenostech s komerční sexuální službou: „Zkusil jsem využít placené sexuální služby v podnicích s dostatečně vysokým hygienickým standardem. Zjistil jsem, že 95 % prostitutek, které jsem poznal na vlastním těle či s nimi aspoň hovořil, jsou velmi citově založené ženy s pochopením pro druhého člověka. Nikdy mi nedaly najevo to lidské pohrdání, s kterým jsem se často střetával u zdravých vedoucích organizací zdravotně postižených či u rehabilitačních pracovníků. V erotickém klubu jsem se nikdy nesešel s tím běžným rozdělováním zdravých a zdravotně postižených. Kdo to nezažil, může jen pohrdavě povídat, že je to jen otázka peněz. Ano, za peníze je možné si koupit sexuální službu právě

tak, jako například rehabilitační cvičení, ale ne porozumění a vlídné slovo“ (Němec, 2000: 62).

## **6. PROFESNÍ PŘÍPRAVA A DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ**

### **6.1 Význam informací z oblasti sexuality v praxi sociální práce**

Tak jako by měl být u každého jedince se zdravotním postižením brán důraz na jeho edukaci o sexuální problematice včetně rodinné výchovy, je nutné speciální sexuální výchovu zaměřit také na rodiče osob se zdravotním postižením (především u postižených dětí a mladistvých) a především na všechny pomáhající pracovníky, kteří člověku se zdravotním postižením poskytují pomoc a participují na jejich podpoře. Znalosti o partnerském a sexuálním životě by tak měly být orientovány nejen na pedagogy, vychovatele, ošetřovatele a zdravotnický personál, ale také na sociální pracovníky a další pracovníky v sociálních službách. K tomu Levická a Truhlářová (2009: 81) uvádějí, že právě i sociální pracovníci řeší řadu problémů, které souvisejí s lidskou sexualitou, jež je přirozenou a neoddělitelnou součástí každého lidského života. Zásadní význam má skutečnost, že klienti se zdravotním postižením, kteří se obracejí na sociálního pracovníka nebo jiné pomáhající, se na ně obracejí s různými otázkami a problémy, tedy i z jejich intimního života, často ze zcela běžných důvodů, jež sumarizují Levická a Truhlářová (2009: 80): jejich otázka je napadla právě ve chvíli, kdy hovořili s pracovníkem; mají k němu důvěru vzhledem k předcházející spolupráci; řeší s pracovníkem různé problémy, tak proč neřešit i sexuální život; jít za sociálním pracovníkem je pro ně přijatelnější než návštěva sexuologa či psychiatra; nebo je pracovník zkrátka fakticky nej dostupnější (např. pro mentálně postižené) nebo nejbliže (např. pro tělesně postižené). Působení a vliv sexuální či rodinné výchovy je podle Truhlářové (2008) ve velké míře propojen s výkonem sociální práce, především během případové práce s jednotlivcem. Mnoho potíží, které mohou mít uživatelé sociálních služeb, totiž vychází z rodinného prostředí nebo vztahových a sexuálních problémů.

Pokud bude sexuální vzdělání pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách dobře nastavené, mělo by to přispět ke snížení počtu jedinců se zdravotním postižením, kteří budou v sexuálním a partnerském životě strádat a pociťovat problémy.

### **6.2 Profesionální příprava sociálních pracovníků ve vztahu k sexualitě klienta**

V praxi pomáhajících profesí se často vedou diskuse o tom, zda pracovník může být jen odborníkem v příslušném oboru, jako např. pedagog, psycholog či sexuolog. Novosad (2009:

148) k tomu dodává, že při hledání odpovědi musíme vždy vycházet z působnosti, poslání a erudice pracovníka. Uvažujeme-li v tomto kontextu o profesí sociálního pracovníka, pak je rozsah a náplň jeho činnosti dána právě širší kvalifikací, resp. profesně-osobnostními kompetencemi příslušného pracovníka. V praxi to znamená, že sociální pracovník bude vždy schopen rozpoznat a pojmenovat klientův problém, bude vědět, na jakého odborníka se může klient obrátit a s kým může spolupracovat. To však neznamená, že by nemohl provádět facilitaci, intervenci, terapii apod. Míra a rozsah činnosti je daná především možnou specializací, o které jsme hovořili v první kapitole. Tato specializace pak může přímo souviset se zaměřením jeho studia a studijními možnostmi, jež konkrétní školská instituce nabízí.

V rámci pregraduální přípravy sociálních pracovníků by sexuální tematika měla být součástí studijního rámce, a to i ve vztahu k disability studies. V současnosti jsou studenti sociální práce seznamováni s různorodými tématy z oblasti lidské sexuality, kdy většina těchto základních informací bývá tematicky začleněna do předmětů jako sociální patologie, práce s rodinou či etika. Přes oprávněný význam těchto informací lze předpokládat, že nejsou pro specifickou praxi dostatečné. To potvrzují také Levická a Truhlářová (2009: 80), které konstatují, že v rámci pregraduální a graduální přípravy sociálních pracovníků je lidské sexualitě věnovaná nedostatečná pozornost. S výjimkou asi dvou škol v ČR a SR není tato problematika standardní součástí vysokoškolské přípravy sociálních pracovníků. Zařazení širších poznatků z oblasti sexuálního, partnerského a rodinného života lidí jak bez zdravotního postižení, tak s postižením do přípravy sociálních pracovníků, je nutným předpokladem pro pozitivní vývoj v řešení problematiky. „Teprve poté, co budou všechny cílové skupiny (tedy včetně sociálních pracovníků) vybaveny dostatečnými informacemi a metodickými radami, může nastat změna v této oblasti“ (Kozáková in Volfová a kol., 2008: 47). Můžeme se domnívat, podobně jako Marková a Lukšík (2009: 83), že sociální pracovníci si nebyvají jisti svými kompetencemi a možnostmi pomoci v oblasti sexuality. Aby se pracovníci mohli cítit kompetentními například pro vedení rozhovorů o sexualitě svých klientů, měli by mít dostatečné teoretické znalosti a potřebné dovednosti pro praktické vedení těchto rozhovorů. Toho lze docílit zařazením odpovídajících předmětů, jako „základy lidské sexuality pro sociální pracovníky“ nebo „zdravotní postižení a sexualita“ (Levická, Truhlářová: 2009: 82). Marková a Lukšík (2009: 89-90) na základě výzkumného zjištění jednoznačně podporují opodstatněnost realizace komplexní a systematické „sexuální výchovy“ během vzdělávání sociálních pracovníků. Konkrétně navrhují předmět, který by zprostředkoval teoretické informace ve vztahu k sociokulturním, biologickým, psychologickým a pedagogickým okruhům a podporoval tak problematiku genderu a sexuality v kontextu sociální práce.



V oblasti lidské sexuality považují za nutnost pracovat především se samotným postojem sociálních pracovníků k tematice. Do takto profilovaného předmětu lze zahrnout i problematiku sexuality a partnerských vztahů v kontextu disability studies a vlivu zdravotního postižení.

„Mimoto je neméně důležité realizovat výcvikové kurzy pro budoucí lektory a učitele sexuální výchovy osob se zdravotním postižením v zařízeních sociální péče, kteří už dlouhodoběji pracují v dané oblasti a byli by ochotni školit další. Výměna informací a praktických zkušeností je nenahraditelná. Lidé se zdravotním postižením potřebují většinou více a kvalitněji zpracované sexuální poradenství, nežli je tomu u lidí bez postižení“ (Kozáková in Volfová a kol., 2008: 72).

### **6.3 Profesionální příprava pracovníků v sociálních službách ve vztahu k sexualitě klienta**

Do jiné situace se dostaneme v oblasti profesionální přípravy pracovníků v přímé péči. Vzhledem k tomu, že na pracovníky je kladen požadavek nižších znalostí a standardizovaný rozsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách nemívá nijak rozsáhlou hodinovou dotaci, měly by být jejich znalosti k dané problematice získávány spíše dalším vzděláváním. Podle Kozákové (In Volfová a kol., 2008: 72-73) by pak bylo nejvhodnější, aby základní kurz v oblasti sexuality osob se zdravotním postižením absolvoval celý personál pracující s lidmi se zdravotním postižením i v případě, že nebude přímo vzdělávat klienty v této oblasti. Je důležité dostatečně informovat zaměstnance o tom, jakým způsobem reagovat na nejrůznější dotazy a potíže. Pro samotnou kvalitu sociálních služeb při práci s cílovou skupinou zdravotně postižených je nutné, aby všichni pomáhající pracovníci byli v určitých oblastech poučeni a aby získali dostatečné informace. Zaměstnanci by měli vědět, že jsou k dispozici tištěné informace, audio-vizuální zdroje nebo že existují organizace, na které se lze obrátit (Štěrbová, 2009: 39). McCarthy a Thompson (In Trúchla, Debnáriková, Oravcová, 2009: 145) zdůrazňují přínos těchto kurzů pro pracovníka hned v několika oblastech: poznání, že lidé se zdravotním postižením jsou sexuální bytosti, že jejich sexualita se nikterak neodlišuje. Pracovníci budou spíše podporovat sexuální edukaci a nebudou se obávat případných důsledků a projevů sexuálního života u zdravotně postižených. Budou mít možnost pochopit, že zkušenost druhých lidí se sexualitou je odlišná od jeho vlastní zkušenosti. Především pak

budou mít potenciál šířit své zkušenosti a způsoby práce v oblasti sexualitu v rámci nastavené strategie.

Zvyšování erudice formou dalšího vzdělávání se pak pochopitelně týká také sociálních pracovníků, kdy je pro oblast sexuálního a partnerského života zdravotně postižených spíše nutností, a to vzhledem k výše popsaným možnostem pregraduálního vzdělání.

## **6.4 Co by měl pracovník vědět o lidské sexualitě?**

Zásadní otázkou pro nás je, co by měli sociální pracovníci a další pracovníci v sociálních službách vědět jak o lidské sexualitě, tak o specifických problémech, které vznikají v jejím vztahu ke zdravotnímu postižení. Mimo obecný rámec „plošné“ sexuální výchovy, která je dobrým základem, by bylo vhodné zaměřit se na určité zásadní a specifické okruhy, jež mají svou určitou roli ve vztahu k jednotlivým typům zdravotního postižení. Typ postižení se tak vlastně stává měřítkem pro obsahovou náplň předmětů, kurzů a seminářů. Víme, že lze hovořit o mnoha společných tématech, jednotlivé okruhy však často ve vztahu k určitému postižení získávají zvláštní náplň – to i ve vztahu k přímé praxi. Mimo poznatky z oblasti biologie člověka, psychologie sexuality, komunikace v oblasti sexuality, současného stavu sexuálních výzkumů, problematiky menšinových skupin či sexuálního zneužívání, existují právě oblasti, jež jsou v určitém zaměření proměnné. Ve vztahu k mentálnímu postižení je například speciální problematikou hygiena klienta, masturbace, těhotenství a rodičovství nebo hypersexualita. U tělesného postižení jsou specifickým tématem sexuální dysfunkce, problémy v sexuálním životě, sebepojetí jedince, vliv nemoci a neúspěchu na sexuální život či výběr partnera. Naopak u lidí s duševním postižením a psychiatrických klientů musíme řešit rizikové sexuální chování, vliv návykových látek na sexualitu atd. Obecně jsou v sexuálním životě zdravotně postižených důležité kategorie jako tabu a mýty v sexualitě, genderové stereotypy, socio-sexuální normy, návštěva odborného lékaře (gynekologie, sexuologie apod.) nebo sexualita a náboženství.

## **6.5 Další vzdělávání pracovníků v sociálních službách**

Víme, že dosažení určité kvalifikace není v praxi sociální práce dostačující, navíc když se pracovník specializuje na podporu v oblasti sexuality, naopak bychom měli předpokládat jeho účast na dalším odborně orientovaném celoživotním vzdělávání. V srpnu roku 2009

vystoupila v platnost novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která pracovníkům v sociálních službách a sociálním pracovníkům stanovuje povinnost dalšího vzdělávání v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Z těchto 24 hodin je možné absolvovat 8 hodin v rámci odborné stáže v zařízení sociálních služeb a dalších 8 hodin v rámci školicí akce. Minimálně 8 hodin musí být tedy splněno formou akreditovaného kurzu u MPSV ČR. V systému dalšího vzdělávání, který je obvyklý u jiných pomáhajících profesí (zdravotní sestry, lékaři apod.), je zaměstnavatel povinen zabezpečit pracovníkům účast na těchto stážích, školicích akcích a kurzech, kde si obnovují, upevňují a především doplňují kvalifikaci. Bylo by vhodné, aby se tyto aktivity častěji a více věnovaly i problematice sexuálního a partnerského života lidí se zdravotním postižením. Akreditované kurzy se v České republice v malé míře již realizují, zaměřují se především na cílovou skupinu lidí s mentálním postižením nebo seniorů.

Štěrbová (2009: 9) konstatuje, že by měl být při vzdělávání zaměstnanců zachován standardní postup, jak je ověřený v organizacích v zahraničí. Dodává, že především v oblasti sexuálního a partnerského života osob s mentálním postižením je nezbytné, aby zaměstnanci byli pravidelně proškoleni a měli k dispozici odborné zázemí, čímž má na mysli dostatek odborných materiálů a možnost konzultací s odborníky. Ovšem i ve vztahu k jiným typům zdravotního postižení by mělo být další vzdělání v problematice zcela žádanou realitou. Aby mohli být pracovníci proškoleni, je potřebné, aby byl vytvořen systém vzdělávacích akcí a doškolovacích aktivit pro sociální pracovníky a pracovníky v přímé péči, čímž by byl zaručen odborný přístup k sexualitě uživatelů služeb (Štěrbová, 2009:14).

Jak jsme se již zmínili, akreditované kurzy i ostatní školicí akce pro pracovníky v přímé péči i samotné osoby s postižením zaměřené na sexuální výchovu a osvětu u nás existují, avšak příliš se o nich zatím neví.

*Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu* v Praze nabízí semináře, které se konají od roku 2005. V roce 2008 je vzdělávání „Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením“ akreditováno jako vzdělávací program MPSV ČR (číslo akreditace vzdělávacího programu: 2008/333-SP). Semináře svým obsahem naplňují cíle, které jsou stanoveny ve standardech kvality sociálních služeb, umožňují rozšíření kvalifikace a další vzdělávání pracovníkům poskytujícím sociální služby. Více informací viz. <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/smp>.

Již zmiňovaná organizace *Pohoda* v Praze nabízí také vzdělávání v oblasti sexuality prostřednictvím kurzů „Sexualita a vztahy lidí s postižením 1,2“ (číslo akreditace od MPSV ČR: 2009/533-SP a 2009/534-SP). Kurzy na sebe navazují, první je určen všem pracovníkům v přímé péči a druhý pro pracovníky, kteří se specializují. Více informací viz. <http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=204&lang=cs> a <http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=205&lang=cs>.

Škola *SPMP Modrý klíč* v Praze nabízí čtyřdenní kurz „Problematika sexuality u lidí s mentálním postižením.“ Během kurzu se řeší mnoho témat, od postojů k sexualitě mentálně postižených, tvorby protokolu sexuality, rozsahu odpovědnosti pracovníků, až po program osvěty pro rodiče. Více informací viz.

<http://www.modry-klic.cz/index.php?nid=3339&lid=CZ&oid=408141>.

*Apla – Asociace pomáhající lidem s autismem*, nabízí výjezdní kurz „Sexualita lidí nejen s mentální retardací“ určený především pro domovy sociální péče a jiná pobytová zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Kurz je zaměřen na změnu postojů u pracovníků a tvorbu protokolu sexuality. Více informací viz. <http://www.praha.apla.cz/sluzby-vzdelavaci-2.html>. Tento kurz je nabízen také Slezskou univerzitou v Opavě v rámci dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách (<http://www.vck.slu.cz/katalog-kurzu/vzdelavani-socialniho-pracovnika/sexualita-lidi-nejen-s-mentalni-retardaci>).

Poradenské centrum *Amorela* nabízí kurz „Sexualita aneb život se vším všudy.“ Jedná se o vzdělávací program pro pracovníky v sociálních službách, který je zaměřen na práci v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením. Program je realizován jako základní a nadstavbový seminář. Více informací viz.

[http://www.amorela.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23:novy-kurz-pro-pracovniky-v-socialnich-slubach&catid=7:novinky](http://www.amorela.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=23:novy-kurz-pro-pracovniky-v-socialnich-slubach&catid=7:novinky).

PhDr. Martina Venglářová nabízí individuální semináře z oblasti sexuologie na různá témata, jako „Sexualita nemocných, Sexualita klienta s mentálním postižením, Sexualita seniorů nebo Sexualita seniorů žijících v institucích“. Více informací viz. <http://www.venglarova.cz/>.

Podle Štěřbové (2009: 16) „není pochyb o nezbytnosti proškolení pracovníků v přímé péči. Další vzdělávání v této oblasti je zárukou rozvoje sebe sama a současně základem pro rozšíření a zdokonalení služeb pro uživatele sociálních služeb.“

Mimo uvedené kurzy existují ještě jiné možnosti, jak získat tolik potřebné znalosti. Několik organizací v České republice pravidelně pořádá osvětové akce, často v podobě společných diskusí a besed (*Apla, Centrum pro zdravotně postižené Středočeského kraje Mladá Boleslav, poradenské centrum Amorela* aj.). Dalším zdrojem informací jsou nepravidelně probíhající konference, které se věnují problematice z mnoha různých úhlů (*Orfeus, PF UHK, VOŠ Olomouc*). Také každoroční konference *Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu* nabízejí další poznatky, kdy jsou otázky z rodinného, sexuálního a partnerského života zdravotně postižených zahrnuty do přednášek na krajských konferencích a celostátních kongresech „*O sexualitě, lidských vztazích a sexuální výchově.*“

## ZÁVĚR

V současnosti by se mohlo zdát, že je tělesným prožitkům a lidské sexualitě přikládán až příliš velký význam. Mnoho jedinců se snaží dostat svým tělem všeobecného uznání, čímž se i samotná sexualita a partnerské vztahy stávají měřítkem úspěchu a významně ovlivňují společenské postavení druhého jedince. I proto je sexualita podstatným sociálním ukazatelem. Přestože křesťanské náboženství dříve přineslo nejen v evropské kultuře potlačení sexuality a sexuálních projevů, kdy i hovor o sexualitě býval zapovězený, do dnešních dní je součástí lidské intimity mnoho rozporných hodnocení a vyhraněných názorů, včetně její tabuizace. O to více je tato problematika složitější ve vztahu k fenoménu zdravotního postižení. Z mnoha studií a dotazníků, jež se věnovali kvalitě života u osob s různými typy postižení, je přitom ze všech odpovědí patrná touha po rodině, lásce a blízkém intimním vztahu. Tím se logicky potvrzuje, že kvalita života těchto lidí je velmi závislá na spokojenosti v partnerském či manželském soužití, tedy v oblastech, které tak jako u jiných lidí úzce souvisejí se sexuálním životem. Sociální služby pro zdravotně postižené by proto měly cestou respektu, podpory a rozšiřováním možností skutečně naplňovat plnohodnotný život svých klientů právě i ve vztahu k jejich sexualitě. Tyto cíle je možné uskutečňovat prostřednictvím řady aktivit: zpřístupněním myšlenek a znalostí rodičům, pracovníkům v přímé péči, pedagogům, lékařům i širší veřejnosti, organizováním konferencí, seminářů a kurzů, vytvářením různých projektů, pořádáním speciálních výcvikových programů pro pomáhající pracovníky a především konkrétní intervenční a poradenskou pomocí v rámci jednotlivých organizací.

Míra a potřeba podpory v oblasti sexuality a partnerských vztahů u lidí se zdravotním postižením je jednoznačně individuální. Závisí především na věku jedince, na konkrétních přáních, na pohlaví, na individuálních charakteristikách, na druhu zdravotního postižení, na charakteristice postižení, na prostředí nebo na výchovných vlivech apod., přičemž je potřeba důsledně vycházet z vlastních potřeb podporovaných. Klienti poté mohou být velmi různorodí, což způsobuje všelijaké situace spojené s jejich sexualitou. Citlivé zachování principu individuality je proto při podpoře zcela zásadní. U jedince je nutné respektovat úroveň schopností, sociálních dovedností, jazykové kompetence či osobní a rodinnou historii. Záměrem pomoci je nalezení pomyslného průsečíku pozitivního prožívání sexuální radosti, vzhledem k zdravotnímu stavu, míře postižení a individualitě klienta. Přitom je dobré nezapomínat, že existují i vyšší hodnoty než jsou sexuální prožitky.

Záměrem autora nemohlo být zachycení všech hledisek této problematiky, ale objasnit širší souvislosti a některé principy podpory sexuálního a partnerského života u lidí se zdravotním postižením, upozornit na vybraná úskalí spojená s její realizací, a přispět k rozvíjející se diskusi o možnostech sociální práce v dané oblasti, respektive o možnostech optimálního naplňování přirozených lidských potřeb poskytovateli sociálních služeb v České republice.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Monografie

1. ADAM, T. Život s diagnosou psychiatrického onemocnění. In Sborník *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 54 – 56.
2. BAŠTECKÁ, B. Rodinný a sexuální život z hlediska vývoje a výchovy. In Sborník *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 32 – 37.
3. BAŠTECKÁ, B. Sexualita, její vývoj a krize. In Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.
4. BEDNÁŘ, M.; PALAŠČÁKOVÁ, D. *Spravedlnost a služba*. Olomouc: Caritas, 2010. ISBN 978-80-254-7050-3.
5. BRICHČÍN, S. Soudní sexuologie. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 527 – 559. ISBN 978-80-247-2492-8.
6. DRÁBEK, T. Úloha osobní asistence v intimním životě tělesně handicapovaných. In Dolista, J. (Ed.) *Práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotní a sociální péče*. Praha: Evropské vzdělávací centrum. 2010, s. 68-73. ISBN 978-80-87386-10-1.
7. FIFKOVÁ, H. Poruchy pohlavní identity. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 439 – 468. ISBN 978-80-247-2492-8.
8. HANUŠ, M. Aging male. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 177 – 193. ISBN 978-80-247-2492-8.
9. JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477.
10. JESENSKÝ J. *K partnerským vztahům zdravotně postižených*, materiály z odborného semináře. Praha: FV SI, 1988.
11. JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia consult, 1993.
12. JUSTINOVÁ, J. Vliv psychoaktivních látek na sexualitu. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 625 – 638. ISBN 978-80-247-2492-8.
13. JÜRG, W. *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7178-982-8.



14. KALIBA, M. Sexuální výchova jako předmět zájmu sociální pedagogiky. In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů z 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009*. Brno: SPRSV, 2009, s.41 – 43. ISBN 978-80-7399-835-6.
15. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
16. KRACÍK, J.: *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-626-9.
17. KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-332-3.
18. KRATOCHVÍL, S. *Sexuální starosti a radosti*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-633-0.
19. KRATOCHVÍL, S. *Sex jako obohacení života*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0887-6.
20. KRATOCHVÍL, S. Psychoterapie sexuálních dysfunkcí. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 365 – 385. ISBN 978-80-247-2492-8.
21. LÉVICKÁ, J.; MRÁZOVÁ, A. *Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky*. Trnava: Mosty, 2003. ISBN 80-89074-71-5.
22. LEVICKÁ, J.; TRUHLÁŘOVÁ, Z. Miesto a význam informácií z oblasti ľudskej sexuality v praxi sociálneho pracovníka. In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů z 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009*. Brno: SPRSV, 2009, s. 80 – 82. ISBN 978-80-7399-835-6.
23. MARKOVÁ, D.; LUKŠÍK, I. Aký by mal byť obsah sexuálnej výchovy pre študentov a študentky sociálnej práce? In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů z 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009*. Brno: SPRSV, 2009, s. 83 – 90. ISBN 978-80-7399-835-6.
24. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
25. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
26. MORUS, R.L. *Světové dějiny sexuality*. Praha: Naše vojsko, 1992. ISBN 80-206-0071-X.
27. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.

28. NĚMEC, T. Rodinný a sexuální život lidí zdravotně postižených od narození. In Sborník *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 61 – 62.
29. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
30. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
31. OAKLEYOVÁ, A. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-403-6.
32. PASTOR, Z. Sexuologická problematika v gynekologii. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 195 – 230. ISBN 978-80-247-2492-8.
33. PASTOR, Z.; UZEL, R. Aging female. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 255 – 273. ISBN 978-80-247-2492-8.
34. PONĎĚLÍČKOVÁ, J.; RABOCH, J. *O sexualitě a partnerských vztazích*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-323-0.
35. PROCHÁZKA, I. Partnerský a sexuální život HIV pozitivních. In Sborník *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 63 – 65.
36. PROCHÁZKA, I. Sexuální orientace. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 107 – 119. ISBN 978-80-247-2492-8.
37. SPILKOVÁ, J. Psychosexuální vývoj. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 93 – 106. ISBN 978-80-247-2492-8.
38. ŠRÁMKOVÁ, T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků, 1997.
39. ŠRÁMKOVÁ, T. Sexualita handicapovaných. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 387 – 416. ISBN 978-80-247-2492-8.
40. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením. Strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů*. Praha: SPRSV, 2009. ISBN 978-80-7415-005-0.
41. TRUHLÁŘOVÁ, Z. Odras sexuální výchovy v praxi sociální práce. In Mítlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů z 16. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2008*. Praha: SPRSV, 2008. ISBN 978-80-86559-99-5.

42. TRÚCHLA, Z; DEBNÁRIKOVÁ, M., ORAVCOVÁ, I. Sexuální výchova v Domove sociálních služeb Nádej Vidiná. In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů z 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009*. Brno: SPRSV, 2009, s. 142 – 146. ISBN 978-80-7399-835-6.
43. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
44. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
45. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.
46. VOLFOVÁ, I.; KOZÁKOVÁ, Z. VELEMÍNSKÝ, M. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-129-1.
47. VOTAVA, J. Rodinný a sexuální život z hlediska rehabilitační medicíny. In *Sborník Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 59 – 60.
48. VRHEL, F. Sexualita v transkulturní perspektivě. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 667 – 690. ISBN 978-80-247-2492-8.
49. WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
50. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003. ISBN 80-7204-264-5.
51. ZVĚŘINA, J. Sexuální dysfunkce. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 339 – 363. ISBN 978-80-247-2492-8.
52. ŽOURKOVÁ, A. Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů. In Weiss, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 417 – 437. ISBN 978-80-247-2492-8.

## Periodika

1. DZIDO, P. Zdravotně postižení a sex? *Vozka*, 2002, č. 2, s. 15 – 16.
2. EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách. *Svět neziskovek*, 2009, roč. 1, č. 9, s. 3. ISSN 1803-8824.
3. EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách – informovanost a svobodné rozhodnutí. *Svět neziskovek*, 2010 A, roč. 2, č. 1, s. 4. ISSN 1803-8824.

4. EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách – současný stav práce se sexualitou v českých sociálních službách. *Svět neziskovek*, 2010 B, roč. 2, č. 2, s. 4. ISSN 1803-8824.
5. EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách – práce se sexualitou jako součást kvalitní sociální služby. *Svět neziskovek*, 2010 C, roč. 2, č. 3, s. 4. ISSN 1803-8824.
6. GOJOVÁ, A. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, roč. 2010, č. 3, s. 4 – 6. ISSN 1213-6204.
7. JANEBOVÁ, R. Úvahy nad genderovým tichem aneb Je gender relevantní kategorií v sociální práci? *Sociální práce/Sociálna práca*, 2008, roč. 2008, č. 2, s. 90 – 105. ISSN 1213-6204.
8. KASTNEROVÁ, M. Ideologie jednotlivců, singles a skutečnost žití o samotě. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2009, roč. 2009, č. 4, s. 135 – 142. ISSN 1213-6204.
9. KRHUTOVÁ, L. Teorie a modely zdravotního postižení. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, roč. 2010, č. 4, s. 49 – 59. ISSN 1213-6204.
10. MUSIL, L. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2008, roč. 2008, č. 2, s. 60 – 79. ISSN 1213-6204.
11. NEČASOVÁ, M. a kol. Využití vybraných etických teorií v praxi sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, roč. 2010, č. 3, s. 76 – 87. ISSN 1213-6204.
12. PAVLÍKOVÁ, E., HONZÁRKOVÁ, B. Sociální služby pro rodiny s malými dětmi se specifickými potřebami. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, roč. 2010, č. 3, s. 132 – 142. ISSN 1213-6204.
13. ŠRÁMKOVÁ, T. Souhrnné poznámky k sexuálnímu životu po poranění míchy. *Vozíčkář*, 2009, č. 5, s. 11.
14. VÁVROVÁ, S. Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, roč. 2010, č. 4, s. 67 – 75. ISSN 1213-6204.
15. Škola seznamování. *Esprit*, 2009, roč., č. 2, s. 3. ISSN

### Internetové zdroje

1. HRDÁ, J. *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. Praha: POV, 2001. [on-line] [15. 5. 2011] Dostupné z:  
<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=200640>.

2. KOLAN, P. *Sexualita handicapovaných v ČR – současný stav*. [on-line] [10. 4. 2011]  
Dostupné z:  
<http://rodicovstvo.files.wordpress.com/2009/04/sexualita-handicapovanych-kolan.doc>
3. PAESLACK, V. *Ochrnuté ženy*. 1996. [on-line] [15. 5. 2011]. Dostupné z:  
[http://www.paraple.cz/Portals/0/nase\\_sluzby/matky/ochrnut\\_e\\_zeny.pdf](http://www.paraple.cz/Portals/0/nase_sluzby/matky/ochrnut_e_zeny.pdf)
4. SPILKOVÁ, J. *Sexuální mýty naší doby*. [on-line] [10. 4. 2011] Dostupné z:  
<http://www.gona.in/?pg=13&idclanku=36>
5. THOROVÁ, K. *Zápis z konference na téma: Láska, touha a sexualita*. 2008. [on-line]  
[10. 4. 2011] Dostupné z: <http://www.autismus.cz/novinky-o-autismu/zapis-z-konference-v-ze-dne-21.-23.11.2007-na-tema-sexualita-a-post-2.html>
6. 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)
7. *O facilitovaném sexu se příliš nemluví*. [on-line] [10. 4. 2011] Dostupné z:  
<http://www.czpmb.cz/?p=747>
8. *Pohoda - Sexualita lidí s postižením*. [on-line] [10. 4. 2011] Dostupné z:  
<http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=196>
9. *Ve Švýcarsku hledají dobrovolníky na sex s postiženými*. [on-line] [10. 4. 2011]  
Dostupné z: <http://sex-vztahy.doktorka.cz/ve-svycarsku-hledaji-dobrovolniky-na-sex-s-postizenymi/>

### **Ostatní zdroje**

1. DRÁBEK, T. *Handicap a sexualita*. Praha, 2009. Bakalářská práce. HTF UK.
2. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: Dílčí výčet vysokoškolských prací**

**Příloha č. 2: Kontakty na vybrané organizace a základní informace**

**Příloha č. 3: Dům sexuality v organizaci**

**Příloha č. 4: Právní dokumenty**

**Příloha č. 5: Specifika komunikace v sexuologické péči**

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1: Dílčí výčet vysokoškolských prací

### Tělesné postižení

- BLAHOVÁ, M. *Osobní a rodinný život ženy s dětskou mozkovou obrnou*. Brno, 2009. Bakalářská práce PF MU.
- DRÁBEK, T. *Handicap a sexualita*. Praha, 2009. Bakalářská práce HTF UK.
- HELEMÍKOVÁ, L. *Partnerské vztahy a sexuality jedinců s tělesným postižením*. Brno, 2008. Bakalářská práce PF MU.
- HLUCHÁ, M. *Sexualita lidí s poškozením míchy – podoby sociální práce*. Praha, 2011. Absolventská práce EA.
- JADRNÁ, P. *Zkušenost mužů dlouhodobě žijících v manželství se ženou s dg. Roztroušená skleróza*. Brno, 2011. Diplomová práce FF MU.
- MACHÝČKOVÁ, K. *Partnerství a mateřství žen s postižením pohybového aparátu*. Olomouc, 2010. Diplomová práce FF UP.
- SIKLENKOVÁ, P. *Sexualita jedinců s tělesným a kombinovaným postižením*. Brno, 2008. Diplomová práce PF MU.
- ŠTĚTINOVÁ, M. *Sexuální výchova a příprava na partnerský život u dospívajících s tělesným postižením*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce PF UP.
- VÁVROVÁ, V. *Problémy v partnerském a sexuálním životě u osob s dětskou mozkovou obrnou*. Brno, 2009. Bakalářská práce PF MU.
- VLADÍKOVÁ, J. *Mateřství tělesně postižené ženy*. Brno, 2007. Diplomová práce PF MU.

### Mentální postižení

- BAZALOVÁ, B. *Sexuální edukace osob s mentálním postižením*. Brno, 2006. Bakalářská práce PF MU.
- BENEŠOVÁ, E. *Sexuální výchova lidí se středně těžkým mentálním postižením*. Ústí nad Labem, 2010. Bakalářská práce PF UJEP.
- BUCHAROVÁ, R. *Sexualita jedinců s mentálním postižením v ústavních zařízeních*. Brno, 2006. Bakalářská práce PF MU.

- BURIANOVÁ, V. *Sexualita lidí s mentálním postižením*. Brno, 2009. Diplomová práce FSS MU.
- ČEJKOVÁ, J. *Sexualita a partnerské vztahy u mladých lidí s mentálním postižením*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce PF UP.
- DVOŘÁK, J. *Postoj pracovníků domovů pro osoby se zdravotním postižením k sexualitě lidí s mentálním postižením*. Brno, 2010. Bakalářská práce PF MU.
- FRIISOVÁ, L. *Problematika sexuality osob s mentálním postižením*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce CTF UP.
- GRIGOROVÁ, M. *Sexualita mentálně postižených*. Ostrava, 2007. Diplomová práce FF OU.
- HAVLISOVÁ, H. *Sexuální výchova osob s mentálním postižením v ústavní péči*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce PF JU.
- HRUBEŠOVÁ, L. *Partnerství a sexualita u osob s mentálním postižením v lebensgemeinschaft Höhenberg*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce PF UP.
- HUBÁČKOVÁ, P. *Partnerství osob s mentálním postižením*. Zlín, 2010. Bakalářská práce FHS UTB.
- CHÁDOVÁ, M. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Pardubice, 2009. Absolventská práce VOŠP.
- KASLEROVÁ, K. *Sexuální život mentálně postižených mužů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením*. Ústí nad Labem, 2009. Bakalářská práce PF UJEP.
- KOCIHOVÁ, V. *Sexuální výchova osob s mentálním postižením v ústavní péči*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce PF JU.
- KOVÁŘOVÁ, P. *Problematika sexuality jedinců s mentálním postižením*. Brno, 2006. Diplomová práce PF MU.
- KUJALOVÁ, H. *Pohled rodičů na sexuální problematiku mentálně postižených jedinců*. Hradec Králové, 2005. Diplomová práce PF UHK.
- MACHULOVÁ, H. *Sexualita klientů s mentálním postižením v kontextu většinové společnosti*. Brno, 2008. Bakalářská práce PF MU.
- MYNAŘÍKOVÁ, B. *Postavení sexuální výchovy v systému edukace osob s mentální retardací*. Brno, 2006. Diplomová práce PF MU.
- NEŠETŘILOVÁ, A. *Sexualita u osob s mentálním postižením*. Ústí nad Labem, 2011. Diplomová práce PF UJEP.



- PANÝRKOVÁ, M. *Sexualita osob s mentálním postižením v kontextu pobytových zařízení*. Praha, 2010. Bakalářská práce PF UK.
- PLÍŠKOVÁ, I. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce PF UP.
- POSPÍŠILOVÁ, M. *Sexualita osob s mentálním handicapem v totálních institucích*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce FF UP.
- ŘÍMOVSKÁ, M. *Sexuální výchova žáků s lehkou mentální retardací*. Brno, 2008. Diplomová práce PF MU.
- SANETRŇÍKOVÁ, E. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Praha, 2009. Bakalářská práce ETF UK.
- SANETRŇÍKOVÁ, E. *Sexualita lidí s mentálním postižením z perspektivy etiky a lidských práv*. Praha, 2010. Bakalářská práce ETF UK.
- ŠIMONOVÁ, P. *Osobní život mentálně postižených (partnerství a sexualita)*. Zlín, 2007. Bakalářská práce FHS UTB.
- ŠIMONOVÁ, P. *Sexualita a sexuální výchova mentálně postižených lidí vyrůstajících v rodině*. Zlín, 2009. Diplomová práce FHS UTB.
- ŠKORPÍKOVÁ, A. *Partnerský a sexuální život osob s mentálním postižením*. Brno, 2007. Diplomová práce PF MU.
- ŠULÍKOVÁ, M. *Sexuální výchova osob s mentálním postižením v zařízeních s křesťanskou spiritualitou*. Olomouc, 2009. Bakalářská práce PF UP.
- ŠVEJDOVÁ, O. *Partnerství a sexualita lidí s mentálním postižením v souvislosti s praxí doprovázejících osob*. Praha, 2008. Bakalářská práce ETF UK.
- TĚLUPILOVÁ, M. *Přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k sexualitě lidí s mentálním postižením*. Zlín, 2010. Bakalářská práce FHS UTB.
- VODRÁŽKOVÁ, M. *Sexuální výchova osob s mentálním postižením v domově pro osoby se zdravotním postižením*. Ústí nad Labem, 2010. Bakalářská práce FSE UJEP.

### **Smyslové postižení**

- BROŽKOVÁ, L. *Partnerství, sexualita a rodičovství těžce zrakově postižených v kontextu s majoritou*. Praha, 2003. Absolventská práce VOŠ Jabok.
- HYNEK, O. *Sexuální výchova žáků se zrakovým postižením*. Praha, 2007. Diplomová práce PF UK.

- JANTO, P. *Partnerské vztahy osob se zrakovým postižením*. Praha, 2009. Diplomová práce PF UK.
- ŠIMŮNEK, J. *Představy mládeže se sluchovým postižením o partnerství, manželství a rodičovství*. Brno, 2007. Diplomová práce PF MU.

### Ostatní

- DRÁBEK, T. *Možnosti sociální práce v podpoře partnerského a sexuálního života lidí se zdravotním postižením*. Praha, 2011. Diplomová práce HTF UK.
- FIALOVÁ, O. *Sexualita seniorů – tabu nebo téma, o kterém lze otevřeně hovořit*. Brno, 2010. Diplomová práce LF MU.
- FLECHTNEROVÁ, J. *Sexuální zneužívání osob se zdravotním handicapem*. Hradec Králové, 2005. Diplomová práce PF UHK.
- FLORIÁNOVÁ, E. *Stáří a sexualita*. Brno, 2007. Bakalářská práce FSS MU.
- KUBEŠOVÁ, J. *Sexualita a sexuální chování žen nemocných mentální bulimií*. Praha, 2006. Diplomová práce FF UK.
- LIŠKOVÁ, K. *Rituály a intimní život ve stáří*. Brno, 2009. Bakalářská práce FSS MU.
- MÍKOVÁ, Z. *Partnerské vztahy v životě zdravotně postižených*. Praha, 2000. Diplomová práce FTVS UK.
- WODECKÁ, M. *Sexualita a body image u onkologicky nemocných*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce ZSF JU.

## Příloha č. 2: Kontakty na vybrané organizace a základní informace

<b>Organizace:</b>	Orfeus, o. s.
<b>Adresa:</b>	Sdružení 1341/39, Praha 4, 140 00
<b>Kontakt:</b>	222 310 209, <a href="mailto:info@orfeus-cr.cz">info@orfeus-cr.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.orfeus-cr.cz">www.orfeus-cr.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	MUDr. Jiří Mellan, Ivana Vodičková
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Specializovaná sexuologická poradna pro osoby se zdravotním postižením a specializovaná seznamka pro zdravotně postižené. Další aktivity v podobě vedení a konzultací odborných studií (např. diplomové práce) z problematiky sexuality zdravotně postižených. Příležitostně pořádají odborné konference o sexualitě mentálně postižených.	
<b>Organizace:</b>	Pohoda – společnost pro normální život lidí s postižením, o.p.s.
<b>Adresa:</b>	Hálkova 1/1612, Praha 2, 120 00
<b>Kontakt:</b>	296 303 000, 777 913 533, <a href="mailto:petr.eisner@pohoda-help.cz">petr.eisner@pohoda-help.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.pohoda-help.cz">www.pohoda-help.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	Petr Eisner, Dis.
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Individuální poradenství zaměřené na základní orientaci v problematice, individuální nebo párová intervence v řešení mezilidských vztahů a sexuality. Osvětové diskuse pro lidi s postižením – sexuální výchova. Vzdělání v oblasti sexuality formou specializovaných kurzů.	
<b>Organizace:</b>	Sexuologická ordinace SANIMA
<b>Adresa:</b>	Lovosická 440/40, Praha 9
<b>Kontakt:</b>	266 010 180, mimo ordináční dobu 266 010 321, <a href="mailto:mellan@volny.cz">mellan@volny.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.volny.cz/mellan/sex">www.volny.cz/mellan/sex</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	MUDr. Jiří Mellan
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Specializovaná sexuologická poradna pro osoby se zdravotním postižením	
<b>Organizace:</b>	Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu
<b>Adresa:</b>	Senovážná 2, Praha 1, 111 21
<b>Kontakt:</b>	224 231 524, <a href="mailto:planrod@centrobox.cz">planrod@centrobox.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.planovanirodiny.cz">www.planovanirodiny.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Pořádá krajské konference o sexualitě a lidských vztazích a celostátní kongres k sexuální výchově, dále semináře a odborná symposia. Poskytují webové poradenství. On-line archiv sborníků.	

<b>Organizace:</b>	Úrazová nemocnice v Brně
<b>Adresa:</b>	Ponávka 10, Brno, 662 50
<b>Kontakt:</b>	545 538 393, 545 538 394, 545 538 399, <a href="mailto:tatana.sramkova@tiscali.cz">tatana.sramkova@tiscali.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.unbr.cz">www.unbr.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	MUDr. Taťána Šrámková
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Sexuologicko-andrologická ambulance pro tělesně postižené, poradna onkologické sexuologie, spinální jednotka (činnost specializovaného sexuologa). Dále také internetové poradenství <a href="http://www.prvnikrok.cz">http://www.prvnikrok.cz</a> – sexuologická poradna on-line, vše okolo partnerského života, především vozičkářů.	

<b>Organizace:</b>	Centrum Paraple, o. p. s.
<b>Adresa:</b>	Ovčářská 471, Praha 10, 108 00
<b>Kontakt:</b>	274 771 478, 274 777 973, <a href="mailto:paraple@paraple.cz">paraple@paraple.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.paraple.cz">www.paraple.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Poradenství v oblasti rodiny, partnerských vztahů, rodičovství a sexuality. Pořádají specializované kurzy o rodičovství zdravotně postižených (Máma na vozíku) a nabízejí edukační materiály. Například materiály o těhotenství žen s míšním poraněním dostupné z: <a href="http://www.paraple.cz/Default.aspx?tabid=230">http://www.paraple.cz/Default.aspx?tabid=230</a>	

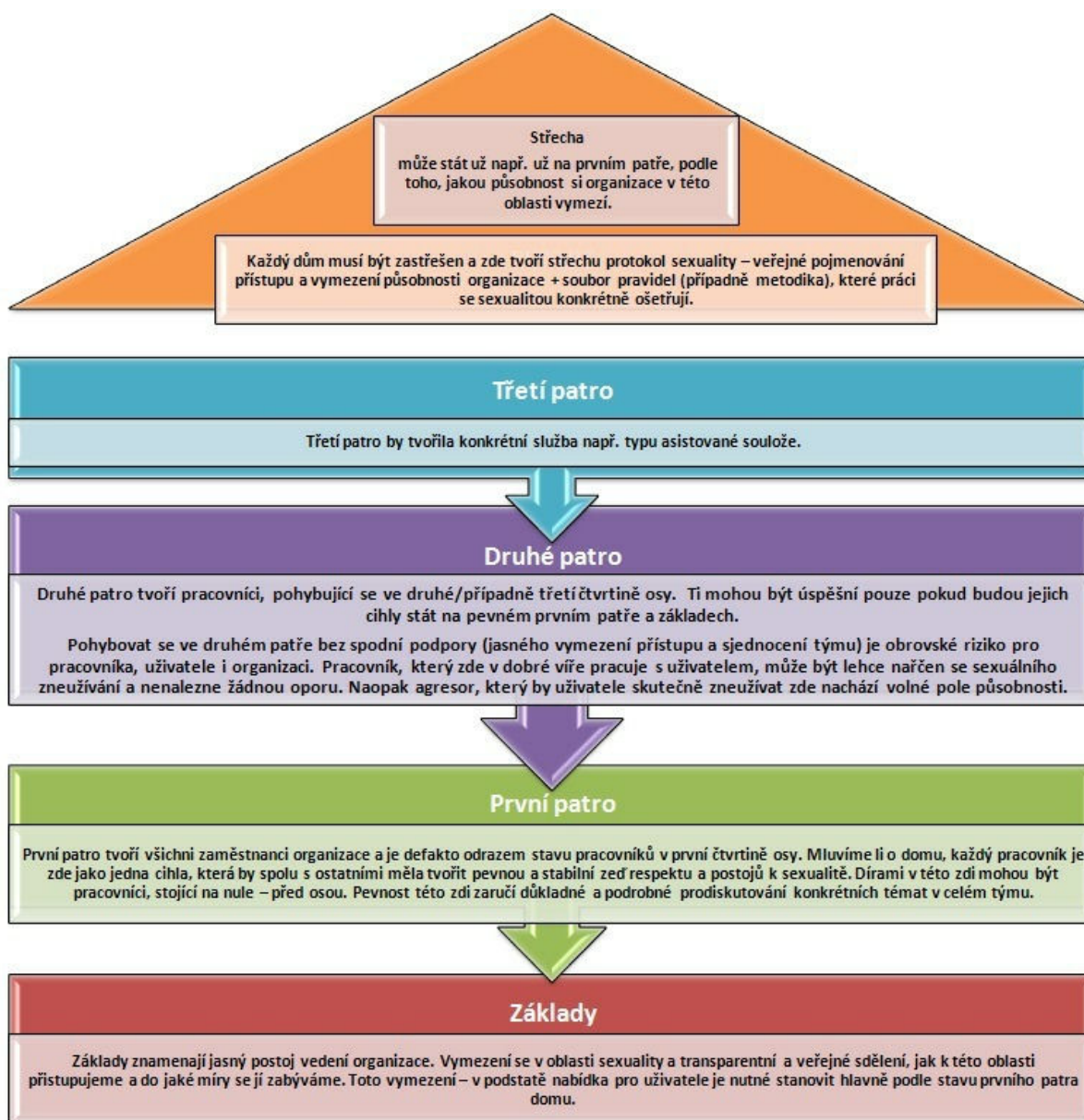
<b>Organizace:</b>	Amorela (v rámci Diakonie CČE)
<b>Adresa:</b>	Prokopova 17, Plzeň, 301 00
<b>Kontakt:</b>	739 244 617, <a href="mailto:amorela.plzen@diakonieccc.cz">amorela.plzen@diakonieccc.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.amorela.cz">www.amorela.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Poradenské centrum pro oblast sexuality a mezilidských vztahů v životě lidí s mentálním postižením. Poskytují služby v podobě poradenství, konzultace, osvěty a vzdělávání.	

<b>Organizace:</b>	Sdružení Tulipán
<b>Adresa:</b>	Sokolská 113/8, Liberec I, 460 01
<b>Kontakt:</b>	605 937 149, 485 354 127, <a href="mailto:zora.a.mach@centrum.cz">zora.a.mach@centrum.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://sdruzenitulipan.net">http://sdruzenitulipan.net</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	Bc. Zora Machartová
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Nabízejí poradenství a osvětu týkajících se sexuality zdravotně postižených.	

<b>Organizace:</b>	Centrum pro zdravotně postižené Středočeský kraj Mladá Boleslav
<b>Adresa:</b>	Havlíčková 447, Mladá Boleslav, 293 01
<b>Kontakt:</b>	326 324 021, <a href="mailto:czp@czpmb.cz">czp@czpmb.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.czpmb.cz">www.czpmb.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	Magda Hluchá, Dis.
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Internetové poradenství, biblioterapie.	

<b>Organizace:</b>	Soukromé sexuologické centrum GONA s.r.o.
<b>Adresa:</b>	Národní třída 25, Palác Metro, Prah 1, 110 00
<b>Kontakt:</b>	221 085 288, <a href="mailto:info@sex-centrum.cz">info@sex-centrum.cz</a>
<b>Webové stránky:</b>	<a href="http://www.sex-centrum.cz">www.sex-centrum.cz</a>
<b>Kontaktní osoba/y:</b>	Mgr. Pavlína Gregorová
<b>Stručný popis poskytované služby</b>	
Odborná pomoc zaměřená na sexualitu lidí s postižením či duševním onemocněním.	

### Příloha č. 3: Dům sexuality v organizaci



Zdroj: Pohoda, on-line, dostupné z <http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=273&lang=cs>

#### **Příloha č. 4: Právní dokumenty**

Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF (1995)

Deklarace sexuálních práv (1997)

Všeobecná deklarace lidských práv (1948)

Evropská sociální charta (1961)

Deklarace práv zdravotně postižených osob (1975)

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993)

Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (1996)

*Zdroj: Štěrbová (2009: 29)*

## **Příloha č. 5: Specifika komunikace v sexuologické péči**

Při sexuálních potížích se vzhledem k charakteru problému snažte pozvat k návštěvě oba partnery a poté terapeuticky pracovat s párem.

Vytvořte atmosféru spolupráce a důvěry.

Dejte klientům najevo, že netrpíte v této oblasti předsudky a vaše pojetí sexuální normality je široké, současně respektujete, že pro klienta není tak samozřejmé jako pro vás mluvit o intimních problémech.

Pomozte klientovi přímou otázkou („V kolika letech jste měl první pohlavní styk, prvně jste masturboval, kolik jste měl dosud sexuálních partnerů?“)

Mluvte srozumitelným jazykem, nezapomínejte, že klienti někdy nemají jasno ani v základních pojmech. V případě pochybností si přímou otázkou ověřte, zda mluvíte oba o tom samém.

Rozeberte s klientem možné příčiny jeho potíží a možnosti při volbě terapie, především možnost volby mezi psychologickými a farmakologickými postupy.

Dejte klientovi dostatek prostoru pro otázky, odpovídejte pravdivě, jasně a srozumitelně.

Chovejte se ke klientovi vždy s úctou, ať jsou vaše zjištění jakákoli.

Podpořte klienta a vyslovte reálnou naději na úspěch intervence.

*Zdroj: Upraveno dle Janáčková, Weiss (2008: 125)*