

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Sexualita osob se zdravotním handicapem z pohledu
vysokoškolských studentů

Bc. Jana Křemečková

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Křemečková**
Osobní číslo: **H17371**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Sexualita osob se zdravotním handicapem z pohledu
vysokoškolských studentů**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce "Sexualita osob se zdravotním handicapem z pohledu vysokoškolských studentů" si klade za cíl zjistit informovanost vysokoškolských studentů a jejich názory na problematiku sexuality osob s handicapem. Diplomová práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části budou charakterizováni jedinci s různými typy handicapů, jejich sexualita, sexuální zneužití, ale také služby sexuální asistence. Praktická část se bude zaměřovat na zjištění informovanosti vysokoškolských studentů a názorů týkající se problematiky sexuality osob s handicapem. Výzkum bude prováděn pomocí kvantitativního výzkumu. Jako nástroj sběru dat bude použit dotazník navržený pro účely průzkumu. Výsledky dotazníkového šetření budou zpracovány do grafů.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DRÁBEK, Tomáš. Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013, 98 s. ISBN 978-80-260-5281-4.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sexualita osob se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 121 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3680-7.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013, 178 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál, 2013, 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

Vedoucí diplomové práce: **PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **1. dubna 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. června 2019**



L.S.

prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. listopadu 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26. 8. 2019

Bc. Jana Křemečková

Poděkování:

Tímto bych chtěla velmi poděkovat své vedoucí diplomové práce paní PaedDr. Zdence Šandorové, Ph.D., za cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení mé diplomové práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu při psaní diplomové práce a za podporu během celého mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce "Sexualita osob se zdravotním handicapem z pohledu vysokoškolských studentů" si klade za cíl zjistit informovanost vysokoškolských studentů a jejich názory na problematiku sexuality osob s handicapem. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou charakterizováni jedinci s různými typy handicapů, jejich sexualita, sexuální zneužití, ale také služby sexuální asistence. Praktická část se zaměřuje na zjištění informovanosti vysokoškolských studentů a názory týkající se problematiky sexuality osob s handicapem. Výzkum je prováděn za pomoci kvantitativního výzkumu. Jako nástroj sběru dat je použit dotazník navržený pro účely průzkumu. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do grafů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sexualita, zdravotní handicap, sexuální asistence, sexuální zneužívání

TITLE

Sexuality of people with health disabilities from the point of view of college students

ANNOTATION

The diploma thesis "Sexuality of people with health handicap from the perspective of university students" aims to find out the awareness of university students and their opinions on the issue of sexuality of people with disabilities. The thesis is divided into the theoretical and practical part. In the theoretical part, there are characterized individuals with different types of handicaps, their sexuality, sexual abuse, but also services of sexual assistance. The practical part focuses on finding out awareness of university students and their opinions on the issue of sexuality of people with disabilities. Research is carried out with quantitative research. A questionnaire, designed for survey purposes, is used as a data collection tool. The results of the questionnaire survey are processed into graphs.

KEYWORDS

Sexuality, health handicap, sexual assistance, sexual abuse

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZDRAVOTNÍ HANDICAP/POSTIŽENÍ.....	11
1.1 Definice pojmu zdravotní postižení	11
1.2 Historické etapy osob se zdravotním postižením.....	12
1.3 Právo, legislativa a potřeby osob se zdravotním postižením	14
2 SEXUALITA A SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V ŽIVOTĚ JEDINCE	17
2.1 Sexualita a její místo v životě	17
2.2 Sexuální výchova	20
3 SEXUALITA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	22
3.1 Postoje k sexualitě osob se zdravotním postižením	23
3.2 Mentální postižení a sexualita osob s mentálním postižením.....	25
3.3 Tělesné postižení a sexualita osob s tělesným postižením.....	27
3.4 Partnerské vztahy	31
3.5 Sexuální zneužívání	32
4 SEXUÁLNÍ ASISTENCE.....	34
4.1 Vznik sexuální asistence v České republice	36
4.2 Formy sexuální asistence	37
4.3 Sexuální asistence v zahraničí.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	39
5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	39
5.2 Charakteristika výzkumných metod.....	40
5.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	41

5.4	Realizace výzkumného šetření.....	41
6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
7	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	63
8	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	70
	ZÁVĚR	74
	POUŽITÁ LITERATURA	76
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	83

ÚVOD

Téma diplomové práce je zaměřeno na *“Sexualitu osob se zdravotním handicapem z pohledu vysokoškolských studentů“*. Toto téma je aktuální, protože sexualita je nedílnou součástí života lidí a z toho důvodu by neměla být opomíjena ani u jedinců se zdravotním postižením. Jedním z dalších důvodů, proč psát diplomovou práci právě na toto téma, bylo také to, že se o sexualitě zdravotně postižených příliš nehovoří a společnost nemá dostatek informací o této problematice. V současné době se začíná více hovořit i o tak zvané sexuální asistenci, která pomáhá lidem s různými typy postižení. V dnešní postmoderní době se stále ještě setkáváme s předsudky jedinců vůči osobám se zdravotním postižením. Část populace nahlíží na sexualitu jako přirozenou součást života, ovšem v momentě, kdy se jedná o jedince s postižením, tak ji vnímají jako nepřirozenou součást života. Zapomíná se na skutečnost, že potřeba emočního sblížení se s druhým jedincem je stejně tak důležitá i pro jedince se zdravotním postižením, stejně tak i potřeba sexuálního uspokojení.

Pipeková, Vítková et al. (2017, s. 35) poukazují, že pojem postižení, stejně tak i zdraví, je vždy relativní. Už od samého začátku lidstva se vyskytovali jedinci se zdravotním omezením či postižením a budou existovat nadále. Tento fakt prostupuje každou společností, kde se řeší nelehký vztah zdravých, nepostižených k těm slabším, nemocným a postiženým.

Diplomová práce se zaměřuje především na sexualitu jedinců dvou typů postižení, a to na jedince s mentálním a tělesným postižením. Práce je rozdělena klasicky na teoretickou a praktickou část. Každá část je dále rozdělena do kapitol a podkapitol.

Teoretická část se skládá ze 4 kapitol. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na zdravotní postižení, sexualitu, sexuální asistenci, sexuální zneužívání či sexuální výchovu. Dále jsou popisovány postoje k sexualitě jedinců se zdravotním postižením, jednotlivé formy sexuální asistence či práva a potřeby jedinců se zdravotním postižením. Hlavní část teoretické práce vymezuje rozdíl v sexualitě a partnerských vztazích u jedinců s mentálním a tělesným postižením. Zde je definováno také mentální a tělesné postižení.

Praktická část diplomové práce vychází z kvantitativní strategie. Hlavním cílem bylo *zjistit informovanost vysokoškolských studentů Univerzity Pardubice a jejich názory na problematiku sexuality osob se zdravotním handicapem*, tedy především to, jak studenti vnímají rozdíl mezi sexualitou jedinců s mentálním postižením a tělesným postižením. Výzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 20 otázek a byl distribuován vysokoškolským studentům Univerzity Pardubice prostřednictvím sociálních sítí. Získaná data byla zpracována a graficky zaznamenána.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNÍ HANDICAP/POSTIŽENÍ

Tato kapitola se zabývá definicí pojmu zdravotní postižení z pohledu různých autorů i z pohledu školského zákona. Dále zde budou rozděleny jednotlivé historické etapy osob se zdravotním postižením. A poslední kapitola se zaměřuje na pochopení problematiky potřeb osob se zdravotním postižením z legislativního a právního hlediska.

1.1 Definice pojmu zdravotní postižení

V dnešní době se stále více hovoří o osobách se zdravotním postižením. Většina z nás považuje za zcela normální být zdravý, ale v okamžiku, kdy vlivem nemoci nebo úrazu vznikne určitý zdravotní problém, si uvědomí, jak cenné zdraví je, jak zdravotní problém člověka limituje a jak mění jeho kvalitu života. Vzhledem k tématu se setkáváme s nejednotnou terminologií zdravotního postižení, a z toho důvodu v následující kapitole bude popsán terminologický aparát, potřeby, legislativní oblast a vnímání osob se zdravotním postižením.

Michalík (2011, s. 183–184) definuje lidské zdraví jako soulad bio-psychosociálních faktorů a rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka. Zdravý organismus je schopen se vyrovnat s měnícími se vlivy vnějšího prostředí. Zdraví představuje určitý stav ucelenosti a integrity lidského bytí. Seběmenší porucha tohoto stavu a omezení sebeurčení k přístupu životním příležitostem je právě tím, co transformuje zdravotní poruchu či postižení člověka v jeho znevýhodnění – handicap. Takovému člověku pak hrozí sociální vyloučení.

Novosad (2009, s. 16) se dívá na zdravotní postižení či handicap jako na společenský problém, který se odvíjí ze vztahu mezi tělesným, smyslovým či psychickým poškozením a společenským prostředím.

Pipeková (2010, s. 111) charakterizuje osoby se zdravotním postižením jako děti, mladé jedince a dospělé, kteří jsou v sociálním chování, učení, komunikaci, řeči či psychomotorických schopnostech tak omezení, že jejich život ve společnosti je těžce ztížený.

Kroupová (2016, s. 24) popisuje handicap jako znevýhodnění jedince se speciálními potřebami v rámci interakce se společenským prostředím. Dle ní se jedná o znevýhodnění, které vyplývá z vady, poruchy nebo poškození, které brání jedinci dosáhnout takové role, která je pro něj přirozenou součástí života.

Školský zákon č. 561/2004 Sb., definuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a jiné vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, a zdravotní postižení vymezuje v rámci speciálních vzdělávacích potřeb. Podle § 16, odst. 2 se jedná o „*mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování*“ (Zákon č. 561/2004 Sb.,[online], 2018).

Volfová, Kozáková a Velemínský (2008, s. 13) vnímají zdravotní postižení jako nepříjemné následky nejen pro jedince, ale také pro jeho rodinu a především i pro celou společnost. K jedinci s handicapem se váže celá řada omezení, jelikož není schopný společně s vrstevníky trávit volný čas. Vzniká tím narušení sociálního začlenění jedince.

Krhutová (2013, s. 76) říká, že zdravotní postižení přináší do života lidí, kteří se s tímto problémem narodili nebo jej během života získali, potřebu vyrovnat se s touto rolí. Záleží na každém člověku, jakým způsobem se s touto rolí vyrovná, ztotožní či ji odmítne. To se odvíjí do určité míry na úrovni zralosti jeho osobnosti.

1.2 Historické etapy osob se zdravotním postižením

Už v dávných dobách se objevovali jedinci se zdravotním postižením vlivem, které získali díky úrazů, následkem onemocnění či se už tak narodili. Při zachování kmenů bylo nutné vyloučit slabé jedince k zachování životaschopnosti kmene.

Sovák (1983, s. 56) rozděluje sedm stádií vývojové péče o jedince s postižením, které jsou následující:

- 1. Stádium represivní (osoby s defektem byly ze společnosti odstraněny vyloučením či zabitím)*
- 2. Stádium zotročování (osoby s defektem byly otrokářsky vykořisťovány)*
- 3. Stádium charitativní (k osobám s defektem byly použity náboženské postoje)*
- 4. Stádium renesančního humanismu (hledala lidský přístup k osobám s defektem)*

5. *Stádium rehabilitační (věnovalo péči defektním osobám příčinou ekonomických, kdy bylo výhodnější zapojení se do pracovního procesu)*
6. *Stádium socializační (prováděla se za pomoci rehabilitace, vedla k pracovním i společenskému uplatnění)*
7. *Stádium prevenční (charakterizované pro předcházení defektu u osob s postižením)*

Sovák (1983, s. 54-55) zmiňuje, že v 11. Století bylo obyvatelům Islandu po zavedení křesťanství umožněno usmrcení postižených novorozenců. V otrokářském řádu byli jedinci rozděleni na svobodné a otroky. Slabé děti byly vybíjeny, aby nezatěžovaly rodiny. Postižené narozené děti byly různými způsoby zbavovány života – ve Spartě bylo dítě pohozeno v pustině, v Aténách bylo dítě vloženo do hliněného hrnce a Severští národové se zbavovali dětí hozením do moře. U židů bylo zakázané zabíjet děti. Ve starověku byly děti ponechány na živu a prodávány jako otroci k nejtěžším pracím. U některých národu, jako třeba Egyptanů, byla vytvořena veřejná péče o jedince s postižením, kdy každý jedinec dostal vhodné zaměstnání. Za feudalismu byly vytvořeny sociálně etické názory na jedince s postižením. Rozvíjely se charitativní činnosti. Kostely pečovaly o potřebné a ubohé jedince. V období renesance se pohled na jedince s postižením začal měnit pozitivním směrem k lidskosti. Za kapitalismu v 18. A 19. Století se objevují začátky péče o jedince s postižením. Pro tyto jedince byly zakládány ústavy, azyly, ale i rehabilitační zařízení. V socialistickém zařízení je o jedince s postižením dle zákona vyžadována zvláštní péče ze strany společnosti záležitostí státní. Jedná se především o to, aby jedinci byli připraveni pro život a zapojili se do života jako spoluobčané nezávislí.

V odborných zdrojích se setkáváme s dělením přístupů společnosti k jedincům s různými druhy postižení dle časových období. Z historického hlediska Fischer a Škoda (2008, s. 14–15) popisují několik přístupů společnosti ke znevýhodněným jedincům.

Represivní postoj

Tento přístup spadá do období starověku i částečně raného středově. Dle tohoto postoje byli jedinci označováni za neschopné, nepotřebné až nežádoucí. Přístup vedl ke lhostejnosti, neposkytnutí pomoci až k likvidaci jedince s postižením. Postižený jedinec byl odhozen na ulici.

Segregativní postoj

Z historického hlediska tento přístup spadá do období středověku. Jedinci s postižením byli vyloučeni ze společnosti, popřípadě byli ponecháni na úkor svým blízkým. V tomto případě byla pouze minimální možnost seberealizace jedince s postižením.

Charitativní postoj

Tento postoj můžeme z historického hlediska datovat nástupem renesance. Jedinci s postižením byli v této době označováni za ubožáky a neschopné se o sebe postarat, protože potřebují neustálou péči a pomoc druhých. Tento postoj je odlišný od předchozích postojů tím, že jedinci s postižením nejsou odmítáni. Vznikají první organizované formy pomoci, avšak dobrovolné. Objevuje se zde soucit k jedincům s postižením. Na pomoci se podílejí církve, církevní řády, ale také jednotlivci z řad šlechty.

Humanistický postoj

Tento přístup je charakteristický pro současnou dobu. Základem tohoto postoje je zachování přirozeného principu důstojnosti k jedincům s postižením. Každého jedince s postižením akceptujeme a přijímáme jeho odlišnost. Nedílnou součástí tohoto postoje je integrační tendence, která souvisí s integrací jedince s postižením do společnosti.

1.3 Právo, legislativa a potřeby osob se zdravotním postižením

Každá osoba má svá lidská práva, která jsou uvedena v Listině základní práv a svobod. Šturma (2014, s. 19–20) uvádí, že lidská práva charakterizují člověka jako lidskou bytost, která je součástí jednotlivce jako individua. Lidská práva ukazují člověku souhrn všech jeho osobních práv. Všechna tato práva Šturma (2014, s. 8) stanovil ve vnitrostátních a mezinárodních lidsko-právních dokumentech a tvoří ucelenou část všech demokratických států.

Milfait (2013, s. 158–161) v lidsko-právních dokumentech a právních předpisech uvádí, že každému jedinci je od narození uznána jeho svoboda, důstojnost, rovnost a jeho nadání rozumem a svědomím. Z toho vyplývá, že každý jedinec má stejná základní práva a svobody bez jakéhokoliv rozdílu. Tedy jedinec se zdravotním postižením by měl mít všechna práva stejná jako intaktní jedinec, ovšem někdy tomu tak není. Rozdělujeme jednotlivé kategorie jedinců, u kterých není pokaždé brán ohled na jejich rozdílné potřeby. Spadají sem zejména

jedinci se zdravotním postižením. Avšak jedinci se zdravotním postižením nemohou využívat stejným způsobem všechna práva a potřeby jako intaktní jedinci. Tito jedinci mají díky své zranitelnosti menší možnosti se účastnit ve společenském a politickém životě. V následující větě můžeme vidět příklad týkající se ovlivnění právních norem. Intaktní jedinci nemají ponětí, jak se jedinci se zdravotním postižením cítí, nebo co chtějí či co je pro ně nejlepší, a v některých případech rozhodují za ně. Všechna lidská práva jsou zakotvena v lidsko-právních dokumentech a každému by měl být umožněn přístup bez jakéhokoliv rozdílu.

Pipeková, Vítková et al. (2017, s. 59) cituje deklaraci lidských práv ze státu Virginie, z roku 1789, kde se uvádí: „Všichni lidé jsou od narození svobodní a sobě rovní.“ O pár let později deklarace lidských práv člověka a občana z roku 1789 prohlašuje: „Lidé se rodí a zůstávají svobodní a sobě rovní.“ K tomuto výroku se však ohrazuje Tuláček (1992), který uvádí, že příroda každého člověka obdařila jiným nadáním, rozumem, proto si lidé nemohou být rovni. Je lépe tento pojem definovat tak, že si jsou rovnoprávní či rovni před zákonem.

Důležitým právním dokumentem je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Skládá se z preambule a 50 článků, které shrnují jednotlivá práva. Úmluva vstoupila v platnost ode dne 3. Května 2008 a uplatňuje se ode dne 22. Ledna 2011. Článek 3 definuje obecné zásady úmluvy a zakládá si na následných zásadách:

- a) respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislost, zahrnující svobodu volby, samostatnosti osob,
- b) nediskriminace,
- c) plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti,
- d) respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součást lidské různorodosti a přirozenosti,
- e) rovnost příležitostí,
- f) přístupnost,
- g) rovnoprávnost mužů a žen,
- h) respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity.

(Úmluva o právech osob se zdravotním postižením,[online], 2018)

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením definuje také to, na co mají jedinci se zdravotním postižením právo. V článku 17 je definováno „Každá osoba se zdravotním postižením má právo na zachování vlastní fyzické a duševní integrity na rovnoprávném základě s ostatními.“ Dále v článku 23 o respektování bydlení a rodiny se uvádí, že: „Osoby se zdravotním postižením mají právo se svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu svých dětí a jejich věkovém odstupu, právo na sexuální výchovu a výchovu k plánovanému rodičovství, a na poskytnutí nezbytných prostředků umožnit tyto práva.“

Novosad (2009, s. 28) zastává ten názor, že jedinci se zdravotním postižením mají stejné potřeby, jako intaktní jedinci. Problém nastává tehdy, kdy jedinec díky svému funkčnímu, orgánovému postižení či poruše nemůže realizovat své lidské potřeby obvyklým způsobem. U jedince se zdravotním postižením nastávají překážky, které mohou vyvolat frustraci, citovou, podnětovou i výkonovou deprivaci, mohou ovlivnit začlenění jedince a narušit jeho vývoj osobnosti.

Evropská Unie se aktivně podílí na začleňování a plnohodnotnou účast zdravotně postižených ve společnosti. Jedincům se zdravotním postižením jsou zpřístupněny potřeby, na které mají dle práva nárok. Toto stanovisko je základem Úmluvy OSN o právech zdravotně postižených. Na Úmluvu OSN pokračuje Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010-2020. Hlavní cíle strategie jsou rozděleny do následujících 8 přednostních oblastí:

1) Přístupnost

Hlavním předpokladem je zapojení jedinců s postižením do společnosti a ekonomiky. Cílem je zajistit přístupnost ke zboží a službám a podporovat trh s kompenzačními pomůckami.

2) Zapojení do společnosti

Hlavním cílem je zabezpečit plného zapojení jedinců se zdravotním postižením do společnosti. Sejmout všechny překážky bránící k rovnému zapojení ve veřejném životě. Poskytovat kvalitní komunitní služby společně s osobní asistencí.

3) Rovnost

Cílem je postavit se proti diskriminaci jedinců se zdravotním postižením a pomáhat k rovnocenné příležitosti.

4) Zaměstnání

V této oblasti je cílem napomáhat jedincům se zdravotním postižením na trhu práce, aby si samostatně vydělávaly na živobytí.

5) Vzdělávání a odborná příprava

Hlavním cílem je podpora inkluzivního vzdělávání a celoživotní učení žáků a studentů se zdravotním postižením.

6) Sociální ochrana

Zde je cílem získat důstojné životní podmínky, bojovat proti chudobě a sociálnímu vyloučení pro jedince se zdravotním postižením.

7) Zdraví

Hlavním cílem je podpořit dostupnost zdravotnických služeb a zařízení pro jedince se zdravotním postižením.

8) Vnější činnost

V této oblasti je cílem podporovat práva jedinců se zdravotním postižením v rámci EU a mezinárodních rozvojových programů.

([_ttp://ec.europa.eu](http://ec.europa.eu)) [online]

2 SEXUALITA A SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V ŽIVOTĚ JEDINCE

Tato kapitola definuje sexualitu z více úhlů pohledu jednotlivých autorů. Vymezuje jednotlivá sexuální práva u všech jedinců. Zabývá se definicí a problematikou sexuální výchovy u jedinců se zdravotním postižením.

2.1 Sexualita a její místo v životě

Sexualita je nedílnou součástí každého z nás, proto bychom neměli zapomínat i na jedince se zdravotním postižením. Tito jedinci mají stejnou sexuální potřebu jako intaktní jedinci. Většina populace má předsudky vůči sexualitě jedinců s postižením a považuje to za zcela nepřirozené. Každý z nás přeci touží po lásce, něžnostech, dotecích, vztazích, polibcích a pocitu pocit, že mu na někom záleží. V této části se setkáme s definicí sexuality, jaký je

postoj společnosti k této problematice, sexuální výchovou, sexuálním zneužíváním a co dále k sexualitě patří - partnerské vztahy.

Problematikou v oblasti sexuality se zabývá organizace Světová asociace pro sexuální zdraví (World association for sexual health). Organizace vznikla v roce 1978, jejím hlavním posláním je podporovat zdraví v celém světě a zároveň rozšiřovat a podporovat sexuální práva pro všechny (www.worldsexology.org) [online].

Venglářová, Eisner a kol.(2013, s. 17) rozdělují ve Světové sexuologické asociaci (WAS) následujících 10 sexuálních práv:

1. právo na sexuální svobodu
2. právo na sexuální autonomii
3. právo na sexuální soukromí
4. právo na sexuální rovnost
5. právo na sexuální potěšení
6. právo na vyjádření sexuálních citů
7. právo na svobodné sexuální sdružování
8. právo učinit svobodné sexuální rozhodnutí
9. právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích
10. právo na komplexní sexuální výchovu.

Kubík (2012 s. 10 – 11) uvádí, že při setkání s pojmem „sexualita“ každý z nás pomyslí na sex. Sex nám umožňuje prožít pocit slasti, rozkoše a potěšení. Pro většinu jedinců je to přirozený akt v životě. Sexuální činnost připadá na třetí místo našich každodenních činností, hned za jídlem a spánkem. Dle Sigmunda Freuda je sex a erotika naším hnacím motorem našeho lidského konání.

Drábek (2013 s. 14–15) uvádí, že všichni jedinci se narodí se sexuálními potřebami i přesto, že jsou individuální, jinak intenzivní a jiným způsobem prožívány. Každý jedinec, bez ohledu na zdravotní postižení, je za každých podmínek sexuální bytostí. Jedinec, který strádá v sexuální oblasti, projevuje svoje chování jinými způsoby. Sexualita není vymezena jen v kontextu sexu – pohlavním stykem, ale znamená především socializaci rolí souvisejících s pohlavím, fyzické dozrávání, tělesný vzhled a sociální vztahy.

Venglářová, Eisner a kol.(2013, s. 17–18) vysvětlují sexualita za nedílnou součástí uspokojování základních lidských potřeb. Nezahrnuje pouze fyzický sex, ale řadu dalších bodů jako je:

- potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem
- prožitek silného citu, sounáležitost, opora
- pocit potřebnosti pro jiné, spokojenost
- sex, sexuální uspokojení
- rodičovství, které zahrnuje i potřebu pokračovat ve svém rodu

Venglářová (2007, s. 65–66) formuluje sexuální život jedince, který je souborem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti. Zdravý sexuální život obohacuje osobnost, zlepšuje vztahy k lidem a naplňuje schopnost lásky. Autorka stanovila desatero zdravého sexuálního života:

- Sex je zdravý, přirozený a krásný. Je zdrojem pozitivní energie a v možné míře partnerství je naší sounáležitostí a blízkostí k druhému.
- Dává možnosti prožívat hodnoty v podobě lásky, důvěry či intimity.
- Sexuální fantazie jsou neomezené a normální, hlavní zásadou je zpravidla nepoškodit toho druhého. Musíme respektovat hranice partnera, se kterým si stanovíme normu.
- Autoerotika je přirozenou součástí života, která slouží jako forma intimního vyjadřování a obohacuje sexuální život.

Giddens (2012, s. 25) popisuje sexualitu jako otevřenost a zpřístupněnost k budování různorodých životních stylů. Sexualita pracuje jako tvárný rys vlastního já, působí jako spojovací bod mezi tělem, vlastní identitou a sociálními normami. Giddens (2012, s. 169) dále uvádí, že správně se projevující sexualita je našim hlavním zdrojem pocitu štěstí. Člověk, který je šťastný, zažívá pocit skutečného života, který pramení z potenciálu vlastního já. Freud in Giddens (2012, s. 175) uvádí, že sexuální láska je vztah mezi dvěma lidmi, v němž je třetí nadbytečný nebo rušivý.

Fafejta (2016, s. 16–18) uvádí, jestliže by sex pojednával pouze o univerzální biologické funkci, jednalo by se o něco automatického, co by všichni okolo prováděli stejně bez nutnosti se v tom směru zaučít, a nebyl by spojován s úzkostí a nejistotou. Každý jedinec má své tělo, které jej nějak omezuje a sexualita je jedním z nejilustrativnějších příkladů. Sexuální touha a vyvrcholení je stanoveno biologickou konstitucí člověka. Jestliže tato konstituce nedosáhne sexuálního vyvrcholení, je sexualita u jedince značně omezena. Řada autorů považuje za hlavní sexuální orgán mozek.

Fafejta (2016, s. 111) in Diane Richardsonová (2002) stanovili tři základní typy sexuálních práv, a to „práva vztahující se k praktikám a jednáním“, „práva vztahující se k identitě“, „práva vztahující se ke vztahu“. Autorka uvádí, že se objevují i další typy práv jako „právo na potřebu sexuálních komodit a služeb“.

2.2 Sexuální výchova

Štěrbová, Rašková I. (2016, s. 5–6) objasňují sexuální výchovu, která bývá někdy označována jako výchova k manželství, výchova k rodičovství, citová výchova apod. V širším slova smyslu do sexuální výchovy spadá velká část mezilidských vztahů, ochrana zdraví nejen stavu fyzického, ale i duševního a sociální pohody, vlastní mravní a etické normy, ale i úcta k odlišným normám, manželství, partnerství a rodičovství, různorodé lidské chování a možnost svobodné volby jedince.

Svatoš (2004, s. 71–72) říká, že klíčem pro životní dráhu a sexuální život jedince se zdravotním postižením se stává dostatek srozumitelných informací, které poskytuje sexuální výchova a osvěta. Sexuální výchova se nezaměřuje pouze na jedince s postižením, ale slouží, jako vzdělávání a předávání informací pro vychovatele, rodiče, pečovatele, ošetřovatele, zdravotnický personál, tedy pro všechny aktéry, kteří se účastní na edukaci a služeb o jedince s postižením. Sexuální výchova zajišťuje prevenci proti sexuálnímu zneužívání jedinců s postižením. Sexuální a rodinná výchova je realizována od raného věku po stáří jedince s postižením.

Štěrbová, Rašková II. (2016, s. 11–12) definují sexuální výchovu zabývající se problematikou lidské sexuality, která je začleněna v rámci edukačního procesu a má své nezastupitelné místo v českém školství. Sexuální výchova je také nedílnou součástí rodiny. Nutností sexuální výchovy je odborně proškolený učitel, který nahlíží na specifické potřeby žáků a respektuje etické zásady. Bez společné spolupráce včetně komunikace s rodinou a akceptování rodinných postojů není možné sexuální výchovu bez jakýkoliv problémů zvládnout. Rodiče žáků by při vzájemné spolupráci se školou měli být informováni o průběhu a obsahu sexuální výchovy, a také o tom, jaké jsou použity metody při výuce.

V celostátní úrovni se sexuální výchovou zabývá společnost SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States). Společnost SIECUS byla založena v roce 1964 Dr. Mary S. Calderone. Společnost podporuje práva všech lidí, komplexní sexuální výchovu a řadu služeb sexuálního a reprodukčního zdraví. Komplexní sexuální výchova (CSE) je nazývána jako program sexuální výchovy, který začíná ve školním prostředí. Program CSE zahrnuje věk, vývojové, kulturní, vědecké a lékařské informace o řadě témat týkajících se sexuality, včetně vztahů, lidského vývoje, sexuálního zdraví a chování (www.siecus.org) [online].

Při předávání informací jedincům o sexualitě za pomoci pedagogů je nutné, aby jedinci daným informacím porozuměli a vytvořili si tak vhodný postoj. Dále je nezbytné nutné nezapomínat na to, že jedinci s mentálním postižením jinak přijímají a zpracovávají informace než intaktní jedinci. Pedagog se musí neustále vracet k probíranému tématu o sexualitě a dokázat vhodně reagovat na dotazy a chování jedinců. (Štěrbová, Rašková II., 2016, s. 33).

Štěrbová, Rašková II. (2016, s. 60) vysvětlují, že u jedinců s mentálním postižením je nezbytným předpokladem vhodně používat obecně známá slova, mluvit v jednoduchých a jednoznačných větách. Mezi nejdiskutovanější otázku patří, zda může být jedinec s mentálním postižením sexuálně aktivní. Může, pokud má základní znalosti o sexualitě, rozumí důsledkům sexuální aktivity a ví, jak se chránit. Abychom dokázali stanovit přesné schopnosti a dovednosti jedinců s mentálním postižením, lze využít pomoci měřícího nástroje „The Sexual Consent and Education Assessment (SCEA).“ SCEA obsahuje dvě škály - K-škála určuje znalost lidské sexuality a S-škála znalost o bezpečí.

3 SEXUALITA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Sexualita je základní lidskou potřebou, kterou popsal psycholog Abraham Maslow a zaznamenal ji do hierarchického systému potřeb, který je ve tvaru pyramidy. Mezi nejdůležitější potřeby patří potřeby fyziologické (jídlo, tekutiny, spánek, pohyb, sexuální uspokojení, pohyb), poté následuje potřeba bezpečí a jistoty, společenské potřeby (láska, náklonnost), potřeba uznání a úcty, potřeba seberealizace. Základní lidské potřeby jsou určeny pro všechny jedince bez rozdílu věku, pohlaví a rasy. Při uspokojení základních potřeb nastane psychická pohoda jedince. V následující kapitole se seznámíme s mýty a předsudky sexuality, definicí sexuality mentálního a tělesného postižení.

Novosad (2009, s. 56) poznamenává, že mnoho jedinců se stále domnívá, že sexualita zdravotně handicapovaných je něco amorálního, nemorálního, zruďného či nepřirozeného. Opak je ale pravdou. Naplňovat svoji citovou a tělesnou touhu, rozkoš a sdílení citů s blízkým jedincem nemůžeme nikomu odepřít. Jedinec jakkoliv handicapovaný má svoji osobnost, nadání, touhu, umí být smutný, smát se i milovat a tím vším obohacuje život lidí, které má kolem sebe

Novosad (2000, s. 36) také zdůrazňuje, že v rodinné a ústavní péči žije řada jedinců se zdravotním postižením, kteří jsou v sociální izolaci a díky tomu se u nich vyskytuje citová deprivace a sexuální frustrace. To zásadně omezuje jejich životní motivaci a základní postižení umocňuje patopsychologickými tendencemi, které ohrožují osobnost jedince.

Volfová, Kozáková a Velemínský (2008, s. 15) podotýkají, že i v dnešní moderní době jsou neustále zakořeněné mýty a předsudky o lidech s trvalým tělesným, smyslovým či mentálním postižením. Mezi přetrvávající předsudky a mýty patří:

- Lidé s postižením nemají sexuální život
- Lidé s postižením jsou nepřitažliví
- Tihle lidé vzbuzují u každého z nás pouze soucit a lítost
- Lidé s handicapem často masturbují

- Děti s handicapem si nejsou vědomy a ani necítí sexuální zneužití. Děti s postižením také prožívají stejné sexuální zneužití jako jejich intaktní vrstevníci. Kvůli zneužití se u nich projevují negativní pocity.
- Děti jsou většinou sexuálně obtěžovány cizími osobami (výzkumy prokázaly, že polovina pachatelů se vyskytuje ve vlastních rodinách, kde k dětem mají volný přístup).

Novosad (2000, s. 38–39) upřesňuje, že při pomáhání a vedení k sexuálním aktivitám slouží rehabilitační postupy (masáže, jóga a hipoterapie). Nelze opomenout i masturbační techniky, které jsou jediné kontraindikované v případech s velmi těžkým fyzickým či mentálním postižením. Masturbace je obecná záležitost, jestliže je citlivě a humánně zařazena do režimu dne. Je brána jako terapie, díky tomu se psychika uvolní. Jedinec s postižením se tak může osobnostně rozvíjet a jeho život se stává prožitkově plnější. K tomu, aby měl jedinec s postižením vyrovnaný vztah k sexualitě, musí mít vztah k vlastní sexualitě a uvědomit si své sexuální chování (masturbace, bi-, hetero-, homosexualita).

Giddens (2012, s. 25) doplňuje, že v dřívějších dobách byla masturbace brána jako děsivý symbol sexuality, která prošla dlouhodobým tzv. „*coming outem*“. Stejně jako homosexualita, kdy docházelo k utajování své sexuální orientace. Masturbace je v moderní době chápána jako důležitý zdroj sexuální rozkoše, je doporučována mužům i ženám jako prostředek k navození schopnosti sexuálně reagovat.

3.1 Postoje k sexualitě osob se zdravotním postižením

Postoj společnosti k sexualitě se v průběhu našeho století výrazně změnil. Žít plnohodnotný a úspěšný sexuální život se v dnešní době považuje za důležitou hodnotu, na kterou má každý jedinec právo. Tento názor však bohužel většina jedinců nevztahuje na jedince se zdravotním postižením.

Mandzáková (2013, s. 35) v psychologii uvádí, že není možné zcela jednoznačně určit, co postoj k sexualitě osob se zdravotním postižením vyjadřuje. Ve většině případů jsou postoje vysvětlovány jako druhy motivů, což však může být zavádějící. Postoj můžeme charakterizovat jako chování se v nějaké situaci určitým způsobem, ustáleným způsobem reakcí na předměty, osoby, situace či na sebe samotné

Kozáková (2013, s. 8) rozděluje 3 základní složky postoje. Dělí je na vnitřní a vnější projev. Do vnitřní části spadá složka citová a kognitivní, do vnější části složka behaviorální.

Kognitivní složka – Postoje tvoří vědomosti, znalosti a představy osob o objektu postoje. Množství a kvalita informací o určité problematice ovlivňuje postoj k určité oblasti, osobě, události či skupině. Jestliže jsou tyto informace omezené, dochází ke zkresleným informacím o objektu postoje. Postoje v oblasti sexuality jedinců se zdravotním postižením byly celou řadu let ovlivněny tabulací problematiky a nedostatkem informací. Jedinci se s osobami se zdravotním postižením neseťkávali, a to vedlo k jejich neinformovanosti o jejich problémech až k vytváření předsudků.

Emocionální (citová) složka – Postoje se skládají z celé škály pocitů a emocí, které mají jedinci spojené se sexualitou, manželstvím, partnerstvím a rodičovstvím. Emoce jsou ovlivňovány osobními zkušenostmi z oblasti partnerství, manželství a rodičovství. U každého jedince je emocionální složka individuální. Tato složka je velmi důležitá, jelikož může ovlivnit celkový postoj jedince, zejména jeho behaviorální složku.

Behaviorální (konativní) složka – Postoje se skládají z konkrétních činností, aktivit a fyzických či pohybových reakcí na objekt postoje. Do této složky patří všechny pozorovatelné reakce a projevy konkrétního jedince na konkrétní situaci, ostatní jedince či oblast. V chování můžeme odhalit skutečný charakter postoje k určité oblasti, problematice nebo osobě.

Pipeková, Vítková et al. (2017, s. 13–14) zdůrazňuje, že společenské postoje výrazně ovlivňují každodenní život, postoje a chování jedinců s postižením, stejně tak i jejich životní zkušenosti a možnosti. Jestliže se jedná o negativní postoje, ty brání k začlenění jedince do života. Tímto u něj vniká stres, nízké sebevědomí, negativní pocity, strach či rozpaky z každodenního kontaktu. Specifickou skupinu mezi jedinci s postižením zaujímají jedinci s mentálním postižením. Tato skupina je ze společnosti nejvíce vyčleňována z důvodu nedostatečné informovanosti, zkušenosti, obavy populace z kontaktu, což vede k následku sociální izolace těchto jedinců. Postoje jsou víceméně stabilní a získávají se učením od jiných jedinců, jako jsou učitelé, rodiče, vrstevníci či mediální vzory. Pipeková, Vítková et al. (2017, s. 13–14) shrnul výzkumy, které byly prováděny v posledních letech (British Social Attitudes Survey 2009) a ukazují, že situace ohledně postojů k osobám s postižením se zlepšuje. Jedinci mají menší tendenci přemýšlet o jedincích s postižením jako o někom, kdo je překážkou,

o někom, koho potkáme s rozpaký a pocitem trapnosti. Intaktní jedinci právě naopak přistupují k jedincům s postižením jako ke komukoliv jinému.

Lečbych (2008, s. 17) dodává, že postižení jako takové je chápáno jako neutrální fakt. Teprve až postoje a hodnoty společnosti z něj vytvářejí sociální znevýhodnění, tedy se jedná o tzv. handicap.

3.2 Mentální postižení a sexualita osob s mentálním postižením

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je mentální retardace definována jako *„stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností“* (Bendová, Zíkl, 2011, s. 9).

Knotová (2014, s. 103) definuje mentální postižení jako vývojovou poruchu, kdy jedinec trpí nízkou rozumovou úrovní schopností s omezeným rozvojem myšlení a učení. To vše přispívá k následkům těžké adaptaci do běžného života jedince.

Černá (2015, s. 85) považuje etiologii mentálního postižení za různorodou. Příčin výskytu mentálního postižení u jedinců je celá řada. Jsou vzájemně se prolínající, podmiňující a působí zde i jiné faktory. Nejsme proto schopni zcela určit jestliže bylo mentální postižení způsobeno vlivem biologickým či sociálním faktorem. Řada autorů se domnívá, že čím je stupeň mentálního postižení lehčí, tím je větší pravděpodobnost, že určení přesné příčiny nebude možné.

Hachová (2013, s. 14) dělí etiologii mentálního postižení do 3 následujících období:

Prenatální – do tohoto období spadá řada negativních faktorů, které ohrožují vývoj jedince od početí až do porodu. Spadají sem například úrazy, škodlivé záření, nesprávné stravování matky, infekce, návykové látky či stres.

Perinatální – probíhá v období porodu a bezprostředně po něm. Vývoj centrální nervové soustavy jedince může poškodit nezvyklá zátěž, jako je nízká porodní váha, nedonošenost, mechanické poškození mozku či nedostatek kyslíku při porodu.

Postnatální – probíhá v období po narození až do 2 let života jedince. Vyskytují se zde řady vad či poruch, kdy se jedná o stejné příčiny jako v prenatalním období. Negativní vlivy působí přímo na organismus jedince.

Fischer, Škoda (2008, s. 97–98) hodnotí mentální postižení v rámci následujících kategorií.

Lehké mentální postižení (IQ 50–69) – jedinci uvažují na úrovni středního školního věku dítěte. Jsou schopni respektovat pravidla logiky, avšak nejsou schopni uvažovat abstraktně. Mají specifické problémy se psaním a čtením, ale i přesto většina jedinců se tomu naučí. Jejich vývoj oproti intaktní populaci je zpomalen. Jsou schopni se v dospělosti o sebe sami postarat a začlenit se do společnosti. Jedinci potřebují pouze dohled a oporu.

Středně těžké mentální postižení (IQ 35–49) – jedinci uvažují na úrovni předškolního věku dítěte. Učení je mechanicky podmiňováno, k zafixování všeho, kde je zapotřebí neustálého opakování k zapamatování. Dokáží zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti v oblasti sebeobsluhy. Vykonávají jednoduché pracovní úkony, kde není zapotřebí přesnost a rychlost. Potřebují trvalý dohled.

Těžké mentální postižení (IQ 20–34) – jedinci uvažují na úrovni batolete, v dospělosti jsou schopni chápat základní vztahy a souvislosti. Řeč je omezená, naučí se pouze několik slovních výrazů, které používají nepřesně či někdy nemluví vůbec. Jedince provází i řada jiných kombinovaných postižení jako epilepsie, postižení motoriky. Nejsou schopni se o sebe postarat, proto jsou závislí na péči jiných lidí.

Hluboké mentální postižení (IQ 0–19) – jedná se o propojení kombinovaných postižení. Řeč je nevytvořena, jedinci dokážou pouze rozeznat známé či neznámé předměty. Potřebují komplexní péči jiných lidí, proto bývají umístěovány do ústavu sociální péče.

Novosad (2000, s. 36) uvádí, že jedinci s mentálním postižením mají rozdílné zkušenosti a odlišnou úroveň informací o sexualitě, kterých se jim dostalo během sexuální výchovy v průběhu jejich vývoje. Řada z nich vyrůstala v rodinách či zařízeních, které poskytovali sociální služby. Na rozdíl od intaktní společnosti mají nerovnoměrné informace nejen o sobě, ale i o tom, co se s nimi může stát v oblasti sexuality.

Pipeková, Vítková et al. (2017, s. 33) dodávají, že jedinci s mentálním postižením obvykle mají zvýšenou emoční dráždivost, větší pohotovost k afektivním reakcím a proměnlivé změny nálad. Emocionalita je u těchto jedinců nedostatečně rozumově kontrolovaná, má nízkou úroveň autoregulace a zaměřuje se na přítomnost. Celkově můžeme hodnotit, že se jedná o emocionalitu, která je nevyspělá a nezralá. Právě stres zanechává na těchto jedincích negativní dopady a může je dlouhodobě poškozovat.

Dle Fafejty (2016, s. 13–14) na jedince s mentálním postižením bývá nahlíženo jako na děti, které by měly být chráněny před sexualitou a jsou proto „desexualizováni“ a „asexualizováni“. Sexuální život jim není umožněn, popřípadě je omezen na autosexualitu pro klienty v sociálních ústavech a odehrává se v nedůstojných podmínkách. Jejich právo na intimitu je tímto způsobem omezeno. Jestliže hovoříme o právu na partnerský sexuální život osob s mentálním postižením, je nutné si uvědomit, že toto právo musí být spojeno se schopností jedinců dát informovaný souhlas se sexuálním stykem. Jedinec si musí uvědomit možné důsledky a následky sexuální aktivity (těhotenství, pohlavní nemoci) a také to, jak jim předcházet. Musí být schopný rozpoznat, kdy je situace riziková, musí mít schopnost říci ne a zároveň poznat, kdy jeho vlastní sexuální aktivita je nebezpečná či nechtěná ze strany druhé osoby.

3.3 Tělesné postižení a sexualita osob s tělesným postižením

Kroupová (2016, s. 175) definuje tělesné postižení jako: „*Vada pohybového a nosného ústrojí (tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení), jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí včetně vrozených i získaných deformit tvaru těla a končetin. Jedná se o přetrvávající či trvalé nápaditosti pohybového schopnosti s trvalým či podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.*“

Sovák (1983, s. 199) definuje somatopedii jako pedagogickou disciplínu zabývající se rozvojem, výchovou a vzděláváním jedinců tělesně vadných, oslabených či nemocných. Hlavním znakem osob tělesně postižených je celkové nebo částečné omezení hybnosti.

Hanková, Vávrová (2016, s. 13) uvádí, že tělesné postižení patří k hlavním problémům se zajištěním základních lidských potřeb díky sebeobslužným schopnostem člověka. Proto je takto postižený jedinec závislý na pomoci druhých. Vzniká trvalý vliv na kognitivní, ale také na emocionální a sociální výkon jedince.

Novosad (2011, s. 113–115) rozděluje tělesné postižení na:

Vrozené postižení – Psychika jedince se vlivem vrozeného postižení vyvíjí jinak než u jedince, u kterého se jeho zdravotní stav změnil v průběhu jeho života. Můžeme tedy říci, že jedinec s postižením má k dispozici časový prostor a škálu podpůrných opatření k tomu, aby se dokázal lépe adaptovat na svoji situaci. Jedinec s tělesným postižením se socializuje už od narození.

Získané postižení – Jedná se o postižení, které jedince postihlo v průběhu jeho života vlivem úrazu, akutní operace či v průběhu progredující nemoci. Vlivem postižení je narušena kvalita života jedince, která se promítne do sociální, osobní, rodinné a profesní stránky. Každý jedinec se s následky traumatu vyrovnává jinak. Někteří se s postižením vyrovnávají relativně rychle a žijí plnohodnotný život. Jiní se naopak nedokážou vyrovnat se svým postižením a mohou trpět méněcenností.

Valenta (2014, s. 107–108) pojednává o jednotlivých pohybových vadách, které se mohou vyskytovat v několika stupních. Dle postižených částí těla rozlišujeme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace. Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní zahrnuje obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy postižení se od sebe rozlišují rozsahem a stupněm závažnosti. Dělíme je na parézy a plegie. Parézy jsou částečné ochrnutí těla a plegie úplné ochrnutí těla. Deformace zahrnují vrozené a získané vady, které mají nesprávný tvar některé části těla. Získané deformace mohou být skoliózy a kyfózy, které vznikají vlivem špatného držení těla. Důležitá je prevence a rehabilitační cvičení. Progresivní svalová dystrofie (myopatie) je primárně dědičné onemocnění svalů vzniklé díky dědičné metabolické poruše.

Valenta (2014, s. 111) rozlišuje dle lokalizace postižení u spastických typů mozkové obrny následující formy postižení:

Forma diuretická – jedná se o postižení dolních končetin. Spasticita může být patrná na horních končetinách, ale není tak nápadná. U této formy se často objevuje strabismus (šilhavost), méně často epilepsie nebo snížení intelektu, které nepřesahuje jednu třetinu případů.

Forma hemiparetická – jedná se o postižení poloviny těla dle svislé osy. Více je ale postižena horní končetina. Ruka většinou bývá zaťatá v pěst, palec přitažen do dlaně. Jedinec dává přednost zdravé straně, postižená strana je vytěšňována.

Forma kvadruparetická – jedná se o těžké postižení všech čtyř končetin a trupu. Buď je v obrazu kvadruparézy akceptována diuréza s větším postižením dolních končetin, nebo jde o zdvojenou hemiparézu. Následně jsou více postiženy horní končetiny a je znatelné postižení na jedné straně.

Můžeme narazit na pojmy, jako jsou monoparéza (postižení jedné končetiny), triparéza (postižení u obou dolních a jedné horní končetiny) nebo tetraparéza (postižení čtyř končetin).

Novosad (2011, s. 66) uvádí, že život jedinců s tělesným postižením lze chápat jako výzvu v osobní i společenské rovině. Jedinec se svým postižením přijímá životní situaci jako výzvu k překonání nepříznivé situace. Jeho hlavním podnětem jsou stejné předpoklady v osobním i společenském uplatnění stejně jako intaktní jedinci. Jedinec s tělesným postižením, který o něco usiluje, je výzvou intaktním lidem, kteří posouvají hodnotovou orientaci na kvalitativně vyšší úroveň.

Hanková, Vávrová (2016, s. 59) říkají, že jedinci s tělesným postižením si díky omezení sociálních kontaktů za své životní partnery vybírají podobně či stejně znevýhodněného jedince. Vybírají si takové partnery i z toho důvodu, že mají podobné problémy a cítí se tak mezi sebou navzájem rovnocenní

Hanková, Vávrová (2016, s. 32) dále uvádějí, jestliže pohlédneme na partnerské vztahy jedinců s tělesným postižením, je třeba, aby jedinec dokázal sám sebe reflektovat. Při zhlédnutí sebe samého v zrcadle by si měl připustit, že je atraktivní, vede k životnímu uspokojení a následně od toho se rozvíjí sexuální život jedince. Partnerské vztahy jsou u těchto lidí založené na vzájemném respektu a na tom, jaký jedinec opravdu je. Nikoliv na tom, jak vypadá. Obměna vzhledu za cílem akceptování nedokáže nic změnit na realitě zdravotního postižení.

Hanková, Vávrová (2016, s. 69–74) také definují řadu mýtů o partnerském a intimním životě jedinců s tělesným postižením. Tyto mýty jsou následně objasněny a vyvráceny.

Lidé s tělesným postižením jsou asexuální – mýtus vznikl z důvodu, že intaktní populace se liší od jedinců s postižením. Intaktní populace se domnívá, že jedinci s postižením nejsou schopni se o sebe sami postarat, proto nedokážou žít sexuálním životem. *„Nejsou ale schopni na plno vyjádřit svou sexualitu, nikoliv kvůli svému postižení, ale kvůli tomu, že jsou považováni za asexuální.“*

Lidé s tělesným postižením nejsou žádoucí – všem je nám známo, že sexuálně žijí jen krásní a mladí lidé. Jedince s tělesným postižením poškozují a poznamenávají jejich vzhled. Každý jedinec má své kvality a přednosti, které mohou těm druhým připadat přitažlivé, a tím pádem může vzniknout funkční partnerský a sexuální vztah.

Lidé s tělesným postižením nemohou mít „opravdový sex“ – Společnost si myslí, že jedinci se zdravotním postižením jsou křehcí na to, aby měli vitální sexuální život. Sexuální život jedince s tělesným postižením spočívá v rovnováze, pohodlnosti a bezpečnosti, které lze dosáhnout pomocí sexuálních poloh lžička, jezdkyň nebo amazonka. Sex se týká kohokoliv z nás i přesto, že způsob provedení se může lišit.

Lidé s tělesným postižením se mají zabývat jinými věcmi než je sex – Každý z nás potřebuje sex. Sex patří k základním biologickým potřebám, jež zajišťuje přežití jedince jako organismu. Jedinci s tělesným postižením mají fyzické či sociální znevýhodnění, ovšem není to důvod k tomu, aby nenaplňovali svoje sexuální potřeby.

Lidé s tělesným postižením nemohou být sexuálně zneužiti – Jedinci s tělesným postižením jsou sexuálně nežádoucí, tím pádem nemohou být oběti sexuálního zneužívání. Avšak je prokázáno, že právě jedinci s tělesným postižením patří do rizikové skupiny a bývají často zneužíváni.

Lidé s tělesným postižením nepotřebují sexuální výchovu – U jedinců se nevyskytují sexuální touhy a nemají nikoho, s kým by mohli mít pohlavní styk. Proto tedy ani nepotřebují sexuální výchovu. Velká řada odborníků se shoduje, že jedinci s tělesným postižením si zaslouží sexuální výchovu, která je naučí vše o lidské sexualitě, sexuálních potřebách a vyjádření lásky. Také slouží jako prevence před onemocněním HIV či nechtěnému těhotenství.

3.4 Partnerské vztahy

Nikdo z nás nechce být v životě sám, proto si vyhledává vhodného partnera pro společné žití. Každý má právo mít vedle sebe milujícího partnera, který jeden druhému bude přinášet pocit štěstí. Jedinci se zdravotním postižením mají na hledání partnera daleko těžší podmínky než intaktní jedinci.

Novosad (2000, s. 37–38) vyjmenovává následující faktory, které stěžují postiženému jedinci vytvořit vyvážený partnerský svazek.

-Zdravotní stav, který se projevuje např. v omezení pohybu, kdy hůře pohyblivý jedinec má redukovanou možnost výběru partnera. Seznamování u jedinců se smyslovým postižením bývá ztíženo, jelikož se špatně orientují a komunikují.

-Psychický stav je vlivem postižení jedince značně ovlivněn. Řada jedinců s postižením má komplexy z méněcennosti, egoistické sklony a negativní sebehodnocení, to vše stěžuje k navázání a udržení partnerského vztahu. V těchto případech je nezbytně nutné absolvovat včasnou a systematickou psychoterapii nejlépe v období nástupu puberty.

-Sociální klima, kdy jedinec se zdravotním postižením žijící v rodinném harmonickém zázemí má přirozeně touhu po partnerském soužití. Právě rodina působí na jedince se zdravotním postižením. Hraje určitou roli jak při sexuální výchově, tak je i zdrojem motivace k vytváření životních postojů. U takového jedince je větší šance při vytváření vztahu mezi ženou a mužem. Naopak u jedinců se zdravotním postižením žijících v ústavní péči dochází k rizikovějšímu selhání v partnerství kvůli nedostatku pozitivních vzorů. Musíme si uvědomit, že je zapotřebí, aby jedinci s postižením naplnili svoji tělesnou i citovou touhu. Rozkoš a řada příjemných pocitů sdílených s blízkým člověkem by neměli být nikomu odepřeny.

Fafejta (2016, s. 37–38) upřesňuje, že sex není brán jen jako zdroj tělesné rozkoše, ale dává emocionální potěšení. Ukazuje, že ve vztahu je vše v pořádku. Sex může být považován za zdroj dominance. Sexualita nemusí být považována za nástroj reprodukce či dokonce nemusí přinášet všem zúčastněným aktérům rozkoš, ale může jít o potvrzení vztahu mezi partnery. Každý jedinec má své právo na uspokojení svých potřeb způsobem, který mu vyhovuje, ale zároveň nesmí porušovat práva jiných.

Novosad (2009, s. 58–59) rozlišuje u jedinců se zdravotním postižením dva typy partnerských vztahů. Jestliže je jeden z partnerů zdravý, musí respektovat omezení, která vyplívají z partnerova postižení. Musí se ho naučit vnímat, objevovat a rozvíjet vlastnosti, které jsou jedinečné. Aby se vztah nevyvíjel jako jednostranný, snažení nesmí být pro toho druhého samozřejmostí. Je nutné, aby vzniklo pouto, láska, úcta a vůle ke společnému hodnotnému životu. Je vhodné, aby spolu partneři dokázali otevřeně komunikovat o tom, co jim v sexu vyhovuje či naopak nevyhovuje, a šli tou správnou cestou, která jim bude oběma příjemná. Sex je nepostradatelnou složkou života jedince významem nejen reprodukčním, ale také rekreačně-relaxačním, psycho-rehabilitačním a sociálně-komunikačním.

3.5 Sexuální zneužívání

Kozáková (2013, s. 97) sexuální zneužívání definuje takto: *„Sexuální zneužití je nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostane do nějakého styku. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“*

Kutálková, Kobová (2014, s. 16) poukazují na pojem sexuální násilí tak, že zde není základem sexuální touha, ale používání sexuality jako nástroj moci. Oproti tomu termín sexualizované násilí nepojednává pouze o fyzickém napadení či kontaktu, ale o jakémkoliv narušení intimity či osobní hranice s cílem ponížení či degradace. Tyto definice se volně u nás i v zahraniční literatuře zaměňují.

Zahraníční autoři Basile, Saltzman (2009, s. 9) definují sexuální násilí používané v americkém centru pro prevenci a kontrolu nemocí jako *„pokus nebo dokonaný kontakt mezi penisem a vaginou nebo penisem a konečníkem, kontakt mezi ústy a penisem, vaginou či konečníkem, penetraci vaginou či konečníku jinou částí lidského těla nebo předmětem, úmyslný tělesný kontakt na genitálu, konečníku, tříslech, prsou, vnitřních stehén či hýždích. Všechny tyto činy jsou vyhodnoceny jako sexuální násilí, jestliže jsou spáchány proti někomu, kdo k nim nedal souhlas, či je nemohl odmítnout.“*

Světová zdravotnická organizace (WHO) charakterizuje sexuální násilí jako „*jakékoli sexuální jednání zahrnující pokusy o dosažení sexuálního styku, nežádoucí sexuální poznámky či návrhy, činy směřující k obchodování či jinak směřující proti sexualitě jedince, které využívají nátlak. Může být prováděno kýmkoli, nezávisle na vztahu mezi obětí a pachatelem, a v kterémkoli prostředí včetně domova a práce*“ (Kutálková, Kobová, 2014, s. 19).

Kutálková, Kobová (2014, s. 198–199) uvádí, že jedinci se sluchovým postižením, společně s dalšími osobami se zdravotním postižením, patří do rizikové skupiny sexuálního násilí než intaktní jedinci. Oproti ostatním zdravotním postižením jedinec se sluchovým postižením nemůže získávat informace, které slyšící běžně získávají. Proto takový jedinec patří do nejrizikovější skupiny sexuálního násilí. Dle realizovaného výzkumu v Německu bylo 43% neslyšících žen sexuálně zneužíváno ve srovnání s 13% slyšících žen.

Štěrbová, Rašková II. (2016, s. 53) poukazují na sexuální výchovu, která je brána jakou součástí ochrany před sexuálním zneužitím jedinců s mentálním postižením. Právě jedinci s mentálním postižením jsou nejčastějším rizikem sexuálního zneužití, protože nejsou schopni se proti tomu bránit.

Kozáková (2013, s. 98) rozděluje několik forem sexuálního zneužívání:

- Bezdotykové (nekontaktní)

Jsou zde zahrnuty verbální sexuální návrhy, promítání pornografického materiálu, exhibicionismus – jedinec ukazuje své genitálie okolí, zneužití dítěte pro dětskou pornografii, voyeurismus – sexuální vzrušování při pozorování nahého či svlékajícího dítěte.

- Dotykové (kontaktní)

Jsou zde zahrnuty doteky na genitáliích či prsou předměty, rukou, genitálem (přes oblečení, ale také na nahé tělo), sexuální proniknutí prsty nebo předměty do genitálu.

- Komerční

Dítěte je zde využito pro sexuální účely výměnou za peníze či jinou odměnu, tj. obchodování s dětmi, pornografie a dětská prostituce.

4 SEXUÁLNÍ ASISTENCE

V současné době existuje tak zvaná sexuální asistence, která pomáhá jedincům s postižením uspokojit svou sexualitu. Tuto službu využívají jedinci s postižením, kteří nedokážou žít sami svůj život bez podpory jiných, potřebují pomoc při hledání své vlastní sexuality, získávají informace o svém vlastním těle a bodech k dosažení svého uspokojení, jsou informovaní o prostředcích prevence pohlavně přenosných chorob.

Šídová et al. (2013, s. 126–127) uvádí, že sexuální asistenci provozují ženy a muži, kteří nabízejí podpůrné aktivity pro osoby s handicapem. Služba je obecně nazývána jako sexuální asistence či sexuální doprovázení a poskytuje jedincům s handicapem pomoc v prožitku jejich sexuálních potřeb. Rozdíl mezi sexuální asistencí a prostitucí je v tom, že sexuální asistence je vykonávána s úctou a respektem, nepřihlíží se zde na ekonomické hledisko. Zaměřuje se na individuální potřeby a požadavky klientely.

Ve většině případů nemusí každý pozitivně vnímat sexuální asistenci pro jedince s postižením za přínosnou. Fafejta (2016, s. 116) dodává, že v případě mentálně postižených může dojít k tomu, že veřejnosti či úřady nebudou vnímat sexuální asistenci jako službu, ale nýbrž jako zneužívání těchto jedinců. Zároveň může nastat problém, že mentálně postižení jedinci budou vnímat asistentky či asistenty jako své milostné partnery. Hlavním cílem sexuální asistence není poskytovat klientovi pravidelné sexuální služby, ale naučit jej uvědomit si své sexuální já (sexuální orientace) a to, jak může v životě sexuálně žít a najít si stálého partnera pro život.

Fafejta (2016, s. 116–117) dále uvádí, že aktivní sexuální asistence se týká i řady jiných lidí s postižením. Jedinci s tělesným postižením v některých případech nejsou schopni autosexuálních praktik, byť sexuální touhu pociťují. Někteří klienti s tělesným postižením nejsou schopni běžného sexuálního života. V takových situacích je nutné, aby sexuální asistenti měli dostatečné vzdělání a dovednosti, aby dosáhli u klientů rozkoše např. pomocí masáží. Ředitel Langer z organizace Trend vozičkářů, který je sám na vozíku, uvádí, že pro tělesně handicapované je sexuální asistence podstatným psychologickým rozměrem a může jít o formu terapie. Jde především o sebevědomí a pozitivní sebehodnocení, uvědomění si své hodnoty. Langer říká: „Handicapované jedince je potřeba vůbec přesvědčit o tom, že jejich tělo je hodno toho, aby na něj někdo pohlédl a pohládl ho. Jako každý člověk můžeme mít

svá přání a touhy.“ Jestliže toho jedinci nejsou schopni, tak si nedokážou najít partnera, jelikož nemají dostatek sebevědomí. Nejde tedy jen o poskytování sexuálních služeb, ale o terapeutickou činnost, která by měla skončit nalezením partnera, a to nejen toho sexuálního.

Vidurová (2015, s. 16) vidí rozdíly mezi sexuální asistencí a prostitucí. Mezi hlavní motiv prostitute patří především vidina rychlého vysokého finančního výdělku, oproti tomu motivací sexuální asistence je rozvoj klienta, dokázat mu vytvořit vztah ke svému vlastnímu tělu a k sobě samotnému. Každý jedinec s postižením by měl začít vnímat své tělo nejen jako hmotu, ale tělo, které je přitažlivé, lidské a náleží mu, aby se ho někdo dotýkal a hladil. Sexuální asistence není založena pouze na sexuálním aktu, nýbrž také na přítomnosti nahého těla, dotecích a pohlazení.

Většina odborníků nenahlíží na sexuální asistenci pozitivním směrem, ale jako na možné nebezpečí. Zemella (in Šídová et al., 2013, s. 127) varuje před návratem možné teorie tlakového hrnce a nebezpečím, kdy příbuzní a pečovatelé uvidí v sexuálním doprovázení univerzální možné řešení, aby zklidnili chování postiženého klienta, které vnímají za nepříjemné. Vernaldi (in Šídová et al., 2013, s. 127) nás zase varuje před tím vidět v sexuální asistenci univerzální řešení. Sexuální pomoc nemůže být víc než jasnou odpovědí na sexuální strádání řady postižených jedinců.

Dle Prachty (2011, s. 28 – 30) je nutné se před poskytnutím sexuální asistence zaměřit na následující kritéria:

- Individuální přístup – Sexuální asistenti musí ke svým klientům přistupovat individuálně. Každý klient má jiné požadavky, možnosti a schopnosti.
- Na vyžádání – Sexuální asistence by měla být prováděna na základě přání klienta, bez jakéhokoliv nátlaku. Problém může nastat u jedinců, kteří nejsou schopni verbálně vyjádřit své přání.
- Žádný jiný způsob k sebeuspokojení – Aktivní sexuální asistence je prováděna pouze u jedinců s takovým stupněm postižením, kdy sami nejsou schopni uspokojit své sexuální potřeby. Jedná se o jedince s těžkým mentálním postižením.
- Dobrovolné rozhodnutí – Jedinec by měl sexuální asistenci využít pouze na základě svého svobodného rozhodnutí.

- Pomoc ke svépomoci – Patří sem didaktické materiály s různými ukázkami technik masturbace. Asistenti pomáhají klientům pracovat se svým vlastním tělem, aby uspokojili své potřeby.
- Priorita pasivní sexuální asistence – Pasivní asistence má mít vždy přednost před aktivní asistencí.
- Externí sexuální asistence – Při využití aktivní asistence je vhodné, aby byla prováděna mimo zařízení, z důvodu vyskytnutí se rizika na závislosti na určitém pracovníkovi.
- Právní rámec – Sexuální asistence má právní rámec, který je nutno dodržovat. V týmu, který se skládá z asistentů, pracovníků a vedení zařízení, blízkých osob, by měla být aktivní sexuální asistence diskutována
- Úroveň roviny vztahů – Sexuální asistenti jsou součástí celého týmu, kde je nutná spolupráce všech.

4.1 Vznik sexuální asistence v České republice

Služba sexuální asistence v České republice vznikla, oproti jiným zemím jako je Francie, Německo či Dánsko, až mnohem později. Na samém začátku vzniku této služby stojí organizace Rozkoš bez rizika (R-R). Organizace vznikla v roce 2013 a přes 20 let se zaměřuje na pomoc ženám, které se pohybují v oblasti sexbyznysu. Téma sexuální asistence bylo poprvé otevřeno na mezinárodní konferenci „*Ze sexbyznysu na trh práce*“. Při nečekaném podání informací o sexuální asistenci vznikl zájem médií a organizací, které pracují s jedinci s postižením, rodičů a samotných jedinců s postižením. Při tak velkém zájmu z okolí vznikl nový projekt Právo na sex. Cílem projektu bylo otevřít téma sexuality jedinců s postižením. Ředitelka organizace R-R společně s řadou kolegů získala z různých zemí informace ohledně vzdělávání sexuálních asistentů. Zahraniční lektoři ze Švýcarska proškolili 60 pracovníků R-R a 5 žen, které se věnují erotickým službám, pracím s tělem nebo masáží. Sexuální asistentky začaly své služby poskytovat koncem roku 2015. O sexuální asistenci vznikl nečekaný zájem a tak se Šídová, ředitelka organizace R-R, rozhodla založit společnost Freya, která se věnuje sexuální asistenci, poradenství a sexualitě jedinců s postižením (Rozkoš bez Rizika[online], 2015).

V současné době službu sexuální asistence vykonává 15 žen a 2 muži, kteří na tuto profesi mají certifikaci. Sexuální asistence je tak více dostupná i v jiných regionech. Sexuální asistence je placenou službou, její přibližná cena je při první konzultaci 500,- a poté další běžné setkání 1200,-. Každý sexuální asistent si vytváří své požadavky. Tuto službu si klient hradí zcela sám bez nároku na příspěvek od státu. (Novinky.cz [online], 2019).

4.2 Formy sexuální asistence

O sexuální asistenci můžeme hovořit, také jako o intimní asistenci. Rozdílem těchto termínů je to, jakou formou je tato služba poskytována.

Fafejta (2016, s. 114–115) následně dělí sexuální asistenci na pasivní a aktivní:

Při pasivní sexuální asistenci jsou za pomoci asistentek či asistentů vysvětlovány handicapovaným jedincům co je sex a jaké mohou být sexuální praktiky. Učí je rozpoznání sexuálního nátlaku či zneužívání a jak se těmto nechtěným praktikám bránit. Dále je učí jak komunikovat s druhým o sexualitě a touze. Sexuální asistentky či asistenti vše vysvětlují buď na figurínách, nebo na sobě samé klientům ukazují jak stimulovat jednotlivé části těla. Mezi pasivní asistenci také patří asistovaná soulož, kdy asistentka či asistent učí pár různým sexuálními praktikám. Ve většině případů asistovaná soulož nastává u jedinců s mentálním postižením či u párů s nízkým prahem studu. Při aktivní asistenci se asistentky či asistenti přímo sexuálně účastní aktivity s klientem.

Šídová et al. (2013, s. 126) zařazuje do sexuální asistence i další služby, jako je sexuální poradenství, seznam kontaktů na asistenty/ky či semináře. Pro pasivní sexuální asistenci je používán termín intimní asistent/ka. Hranice mezi aktivní či pasivní sexuální asistencí nebývá příliš jasná. Mezi sexuální asistenty spadají sexuální pracovnice/pracovníci, bývalé sexuální pracovnice/pracovníci, pečovatelky/pečovatelé a fyzioterapeutky/fyzioterapeuti.

4.3 Sexuální asistence v zahraničí

Problematika sexuality jedinců s postižením se v zahraničních zemích projednávala už v dřívější době. Právě organizace R-R se při zavedení sexuální asistence inspirovala v různých zemích, které tuto službu poskytují a jsou již zblhlí v tom, co se týká problematiky sexuality jedinců s postižením. Jedinci s postižením mohou sexuální asistenci vyhledávat i v zemích jako je Švýcarsko, Dánsko, Německo, Itálie, Anglie, Rakousko či Nizozemsko.

Fafejta (2016, s. 115) argumentuje, že v určitých zemích (Německo, Švýcarsko, Nizozemsko) je sexuální asistence povolena jako poskytování sexuálních služeb za úplatu a nikterak se příliš neliší z hlediska zákona od prostituce. V jiných zemích je sexuální asistence považována jako součást systému pečovatelských služeb společně s erotickými masážemi. V Dánsku je přímo sexuální asistence usazena do zákona daného práva na sexualitu.

Dle Šídové et al. (2013, s. 128) probíhá vzdělávání asistentek/asistentů v každé zemi jiným způsobem. Pro vykonávání této profese je zapotřebí mít určitou kvalifikaci a speciální vzdělání. Německo zavedlo rekvalifikační kurz pro sexuální asistentky/asistenty, který má 9 modulů a každý z nich trvá 4 hodiny. Náplní kurzu je prevence, hygiena, první pomoc, role sexuální asistence, znalost tělesných postižení, sexualita a další. Ve Švýcarsku asistenti/ky absolvují tříleté pomaturitní studium a musí absolvovat psychoterapii. Tuto práci vykonávají pro určitá zařízení či dochází za klienty/klientkami. Pojišťovny za služby vyplácí 80 eur. Proškolení pracovníků/pracovnic probíhá i v Holandsku a Dánsku. Sexuální asistence je v několika zemích vyhledávanou službou, a proto je cena těchto služeb poměrně vysoká. V Německu asistenti/ky cestují i do jiných měst z důvodu nedostatku pracovníků a tím je služba dražší. Cena za hodinu sexuální asistence se pohybuje okolo 120 eur. Ve Finsku je cena za hodinu sexuální asistence okolo 340 eur. K těmto cenám je však nutné připočítat i vedlejší výdaje (doprava, ubytování, ...).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkum se zaměřuje na zjištění informovanosti vysokoškolských studentů Univerzity Pardubice a jejich názory na problematiku sexuality osob s handicapem. V diplomové práci je zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Dle Gavory (2008, s. 34) kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji a za pomoci nich zjišťuje množství, rozsah či frekvenci výskytu jevu. Pomocí získaných dat se vypočítá průměr, který je posléze zaznamenán procentuálním výsledkem. Díky tomu je možné ověřit hypotézy, které jsou dopředu stanovené.

Jako nástroj sběru dat byl použit dotazník. Chráska (2007, s. 163) definuje dotazník jako nástroj, který umožňuje písemné kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jedná se o soustavu předem připravených otázek, na které dotazovaná osoba odpovídá. Výsledky z dotazníkového šetření byly vyhodnoceny pomocí popisné statistiky a zpracovány do grafů a tabulek.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumného šetření

Hlavní cíl výzkumného šetření je:

Zjistit informovanost vysokoškolských studentů Univerzity Pardubice a jejich názory na problematiku sexuality osob se zdravotním handicapem.

Vedlejší výzkumné otázky

Pro výzkum byly stanoveny 3 výzkumné otázky, na které studenti v dotazníku odpovídali.

VO1: Má osoba se zdravotním handicapem stejné sexuální potřeby jako intaktní osoba?

VO2: Jaký je postoj vysokoškolského studenta Univerzity Pardubice k zakládání rodin u osob se zdravotním handicapem?

VO3: Setkal se vysokoškolský student Univerzity Pardubice s pojmem sexuální asistence a dokázal by jej definovat?

Stanovené hypotézy

V rámci výzkumného šetření bylo vytvořeno k ověření 5 hypotéz.

H 1: Osoba s tělesným handicapem má více sexuálních potřeb než osoba s mentálním postižením.

H 2: Studenti/ky UPa, kteří znají ve svém okolí osobu se zdravotním handicapem si myslí více, že by měli být osoby s handicapem informovány o sexuální výchově.

H3: Studenti/ky UPa jsou více tolerantní k zakládání rodinu osob s tělesným handicapem než u osob s mentálním postižením.

H 4: Studenti/ky UPa, pro které jsou sexuální potřeby v životě hodně důležité, si myslí, že při neuspokojení sexuálních potřeb dochází k frustraci, která negativně ovlivňuje život osoby s handicapem.

H 5: Studentky UPa se častěji setkali s pojmem sexuální asistence než studenti UPa.

5.2 Charakteristika výzkumných metod

Jako nástroj sběru dat bylo použito dotazníkové šetření. Dotazníkového šetření je zvoleno z důvodu získání většího počtu informací. Při použití dotazníkového šetření lze zjistit, jaká je informovanost vysokoškolských studentů Univerzity Pardubice a jaké jsou jejich názory na problematiku sexuality osob se zdravotním handicapem. Dle Gavory (2008, s. 122) patří dotazník mezi nejpoužívanější výzkumnou techniku. Dotazník je považován za ekonomicky výzkumný nástroj z důvodu získání velkého množství informací v krátkém časovém období. Hlavní podstatou dotazníku je stanovení cíle, kterého chceme dosáhnout.

Dotazník obsahuje celkem 20 dotazníkových otázek, z toho je 16 otázek uzavřených a dvě otázky jsou formulovány pomocí škály, kde studenti dle číselné stupnice vyjadřovali své názory. V poslední řadě je zde otevřená otázka, kde studenti měli možnost vyjádřit se k tématu sexuální asistence a napsat, co si pod tímto pojmem představují. Dotazník se skládá z několika částí. Nejdříve jsou zde základní identifikační údaje - pohlaví, věk, fakulta. Poté je

dotazník zaměřen na problematiku sexuality osob s tělesným a mentálním handicapem. Na závěr dotazník obsahuje problematiku sexuální asistence.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Punch (2008, s. 52) definuje výzkumné šetření jako takové, které je založené na dotaznících vyplněných respondenty, kdy se shromažďují informace od určitého vzorku lidí. Na začátku výzkumu je nutné si stanovit velikost vzorku a také to, od jaké skupiny budeme informace sbírat. Vzorek je pouze technické označení, místo toho může být použit výraz výběr.

Výběr výzkumného souboru je zaměřen na studenty Univerzity Pardubice. Výzkum se zaměřuje pouze na studenty z této univerzity proto, aby byl získán ucelený přehled jejich informací a názorů na problematiku sexuality osob se zdravotním handicapem. Tento vzorek studentů byl vybrán na základě dostupnosti a účelnosti výzkumného šetření.

5.4 Realizace výzkumného šetření

Při zhotovení dotazníku byl proveden předvýzkum na malém vzorku 10 studentů, kteří studují na jiné fakultě. Předvýzkum pomohl opravit drobné nesrovnalosti, kterým studenti nerozuměli, popřípadě doplnit otázku, která jim tam chyběla. Dotazník je formulovaný tak, aby byly otázky studentům srozumitelné.

Výzkum diplomové práce byl realizován v období března a dubna 2019. Dotazník byl studentům zveřejněn v elektronické podobě přes sociální síť. Během tohoto období studenti mohli vyplňovat dotazník, který byl zcela anonymní. Celkově dotazník vyplnilo 195 studentů Univerzity Pardubice. Některé dotazníky musely být vyřazeny z důvodu nesprávného či neúplného vyplnění. Získaná data byla posléze vyhodnocena v programu Microsoft Office Excel. Pomocí deskriptivní statistiky jsou výsledky sběru dat zaznamenány v grafech a tabulkách.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Četnost lze definovat jako počet prvků s hodnotami znaku, které patří do určitého intervalu. Četnost dělíme na absolutní a relativní.

Absolutní četnost (n_i) vyjadřuje absolutní hodnotou četnost zastoupených hodnot v určitém souboru dat.

Relativní četnost (f_i) vyjadřuje četnost pomocí relativních hodnot, jehož výpočet je:

$$f_i = \frac{n_i}{n}$$

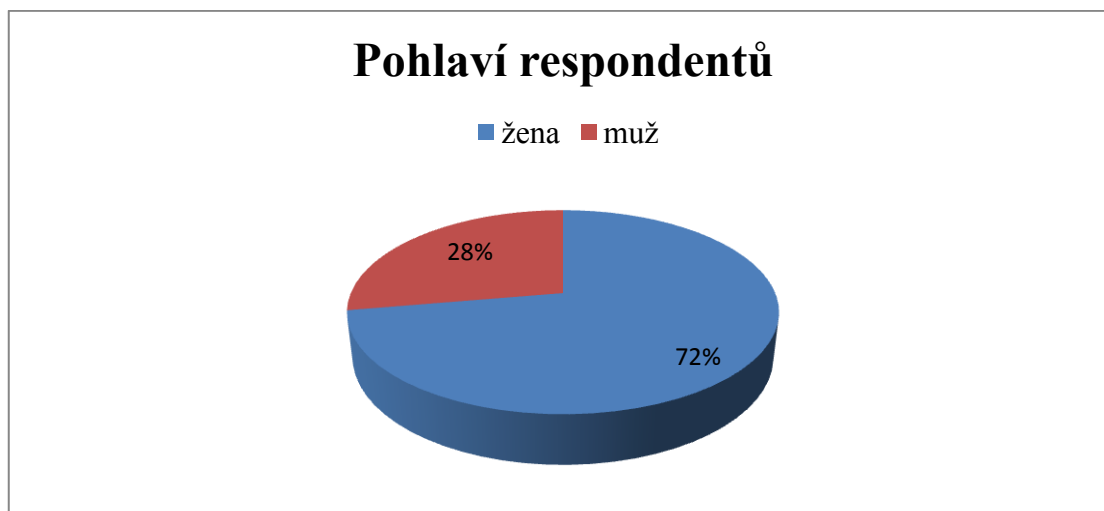
Tento výpočet je podílem absolutních četností n_i k rozsahu souboru n . Relativní četnost se vyjadřuje procentuálně nebo desetinným číslem. Kladivo (2013, s. 11)

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muž	54	27,7
Žena	141	72,3
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

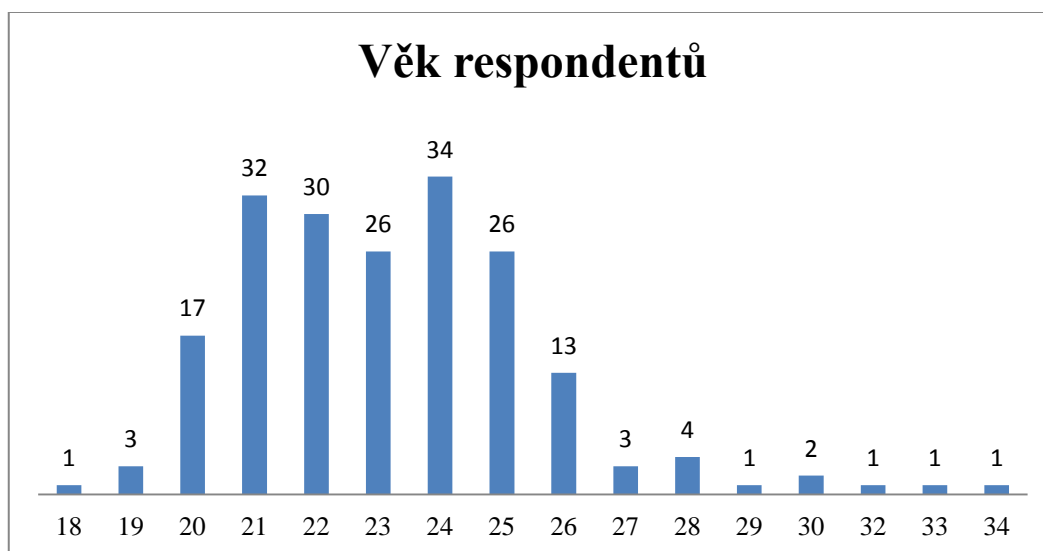
Tabulka společně s grafem č. 1 zobrazuje pohlaví respondentů. Celkově se výzkumu zúčastnilo 195 respondentů. Z toho 141 (72%) žen a 54 (28%) mužů. Z grafu je zřejmé, že větší počet studentů tvoří ženy.

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
18	1	0,5
19	3	1,5
20	17	8,7
21	32	16,4
22	30	15,4
23	26	13,3
24	34	17,4
25	26	13,3
26	13	6,7
27	3	1,5
28	4	2,1
29	1	0,5
30	2	1
32	1	0,5
33	1	0,5
34	1	0,5
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2: Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

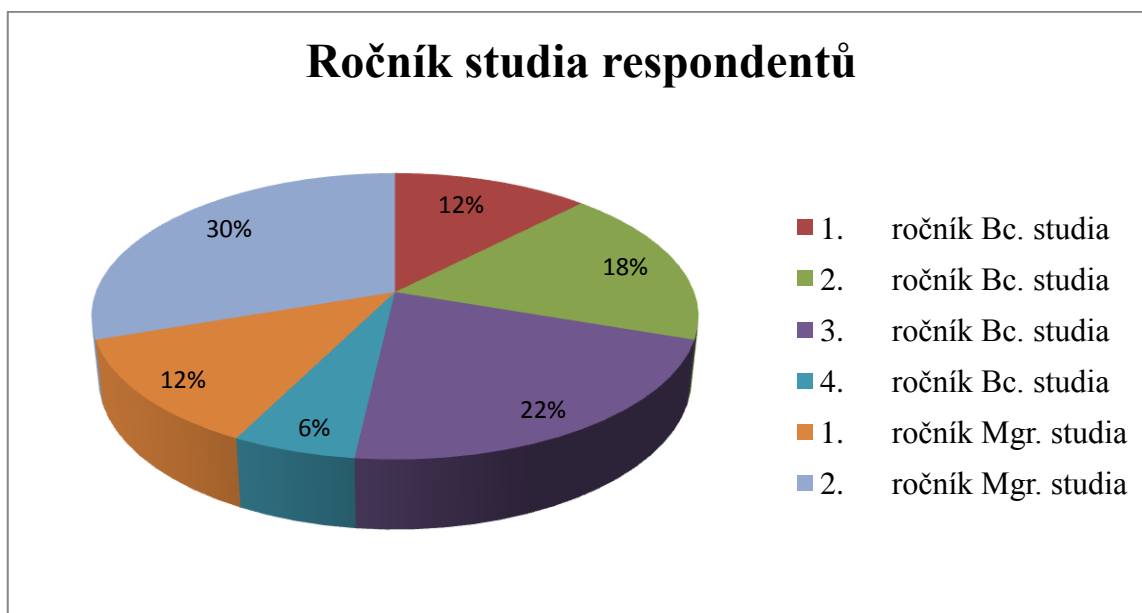
Tabulka společně s grafem č. 2 zobrazuje věk respondentů. Ze získaných dat je zřejmé, že se výzkumu nejvíce zúčastnilo 34 (17,4%) respondentů ve věku 24 let, 32 (16,4%) respondentů ve věku 21 let, 30 (15,4%) respondentů ve věku 22 let, 26 (13,3%) respondentů ve věku 23 let, 26 (13,3%) respondentů ve věku 25 let, 17 (8,7%) respondentů ve věku 20 let, 13 (6,7%) respondentů ve věku 26 let, 4 (2,1%) respondenti ve věku 28 let, 3 (1,5%) respondenti ve věku 27 let, 3 (1,5%) respondentů ve věku 19 let, 2 (1%) respondenti ve věku 30 let, 1 (0,5%) respondent ve věku 18 let, 1 (0,5%) respondent ve věku 29 let, 1 (0,5%) respondent ve věku 32 let, 1 (0,5%) respondent ve věku 33 let, 1 (0,5%) respondent ve věku 34 let. Z grafu je zřejmé, že největší věkové zastoupení studentů od 21 do 25 let.

Tabulka č. 3: Ročník studia respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1. ročník Bc. studia	24	12,3
2. ročník Bc. studia	35	17,9
3. ročník Bc. studia	42	21,5
4. ročník Bc. studia	11	5,6
1. ročník Mgr. studia	24	12,3
2. ročník Mgr. studia	59	30,3
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3: Ročník studia respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

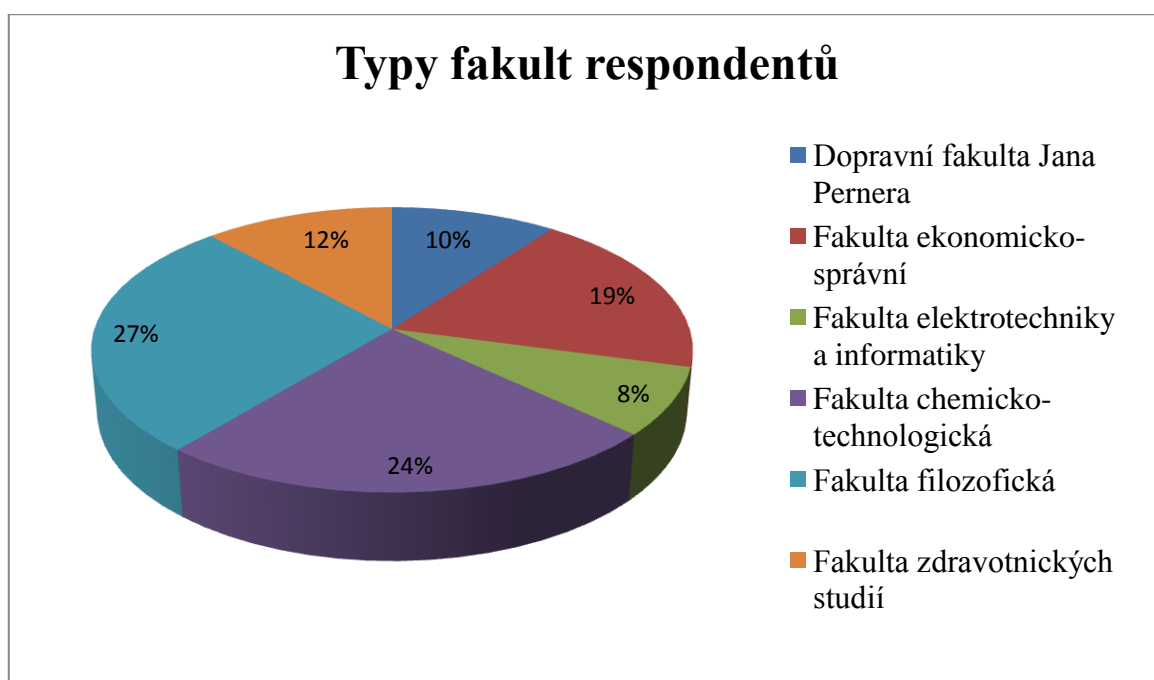
Tabulka společně s grafem č. 3 zobrazuje ročník studia respondentů. Nejvíce studentů bylo 59 (30,3%) respondentů studujících 2. ročník Mgr. studia, 42 (21,5%) respondentů studujících 3. ročník Bc. studia, 35 (17,9%) respondentů studujících 2. ročník Bc. studia, 24 (12,3 %) respondentů studujících 1. ročník Bc. studia, 24 (12,3 %) respondentů studujících 1. ročník Mgr. studia, 11 (5,6 %) respondentů studujících 4. ročník Bc. studia. Ve výzkumu nejvíce figurují studenti 2. ročníku Mgr. studií. Z grafu je zřejmé, že nejvíce studentů má zastoupení z 2. ročníku Mgr. studia a 3. ročníku Bc. studia.

Tabulka č. 4: Typy fakult respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Dopravní fakulta Jana Pernera	20	10,3
Fakulta ekonomicko-správní	37	19
Fakulta elektrotechniky a informatiky	15	7,7
Fakulta chemicko-technologická	47	24,1
Fakulta filozofická	53	27,2
Fakulta zdravotnických studií	23	11,8
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4: Typy fakult respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 4 zobrazuje jednotlivé typy fakult, které respondenti navštěvují. Nejvíce respondentů, 53 (27,2 %), je zastoupeno z Fakulty filozofické, 47 (24,1 %) respondentů je z Fakulty chemicko-technologické, 37 (19 %) respondentů je z Fakulty ekonomicko-správní, 23 (11,8 %) respondentů je z Fakulty zdravotnických studií, 20 (10,3 %) respondentů je z Dopravní fakulty Jana Pernera, 15 (7,7 %) respondentů je z Fakulty elektrotechniky a informatiky. Z grafu je zřejmé, že nejvíce studentů odpovědělo z Filozofické a Chemicko-technologické fakulty UPa.

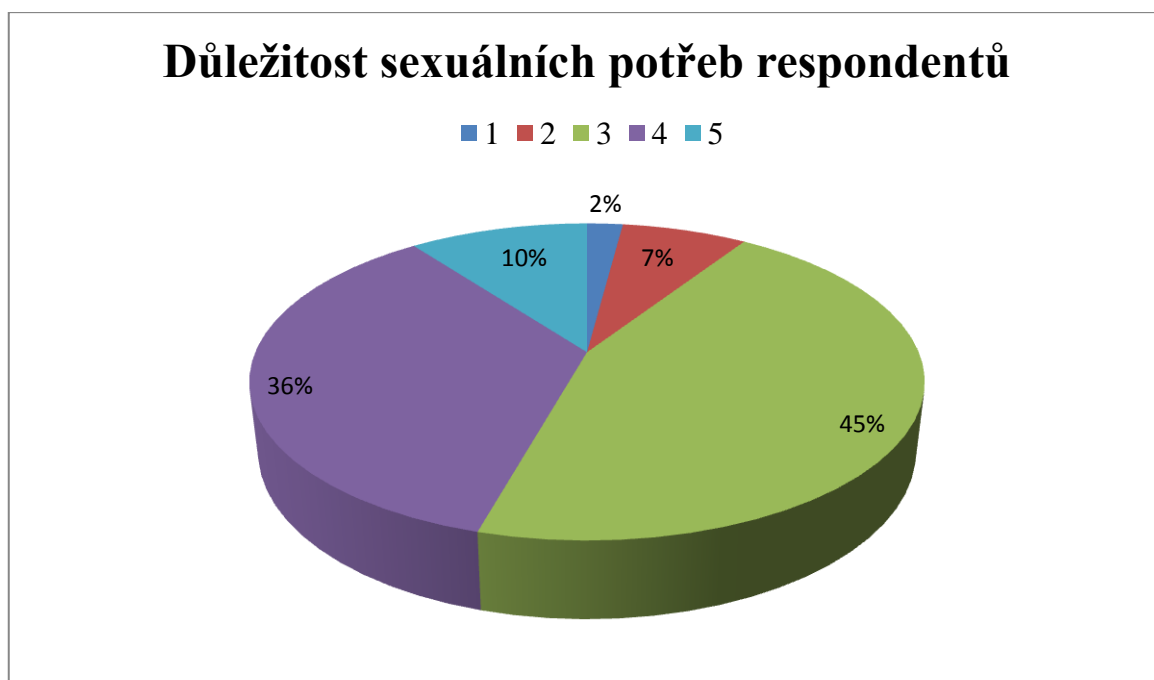
Tabulka č. 5: Důležitost sexuálních potřeb respondentů

1 – nejméně důležité, 5 – nejvíce důležité

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1	4	2
2	14	7
3	88	45
4	69	36
5	20	10
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5: Důležitost sexuálních potřeb respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 5 zobrazuje, jak moc jsou důležité sexuální potřeby u respondentů. Nejvíce respondentů, 88 (45 %), volilo zlatou střední cestu svých sexuálních potřeb, poté 69 (36 %) respondentů označilo své sexuální potřeby do 4 hodnoty, 20 (10 %) respondentů označilo sexuální potřeby do 5 hodnoty, tedy pro ně nejvíce důležité, 14 (7 %) respondentů označily své sexuální potřeby do 2 hodnoty a 4 (2 %) respondenti označili sexuální potřeby za nejméně důležité. Z grafu je zřejmé, že skoro polovina studentů má důležitost sexuality na střední příčce.

Tabulka č. 6: Poznání osoby se zdravotním handicapem v okolí respondenta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	138	70,8
Ne	57	29,2
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6: Poznání osoby se zdravotním handicapem v okolí respondenta



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 6 zobrazuje, zda respondenti znají ve svém okolí osoby se zdravotním handicapem. Ve většině případů, 138 (70,8 %), respondenti znají ve svém okolí osobu se zdravotním handicapem, 57 (29,2 %) respondentů nezná ve svém okolí osobu se zdravotním handicapem. Z grafu je zřejmé, že většina studentů se setkala s osobou se zdravotním handicapem.

Tabulka č. 7: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	158	81
Spíše ano	31	15,9
Nevím	5	2,6
Spíše ne	1	0,5
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

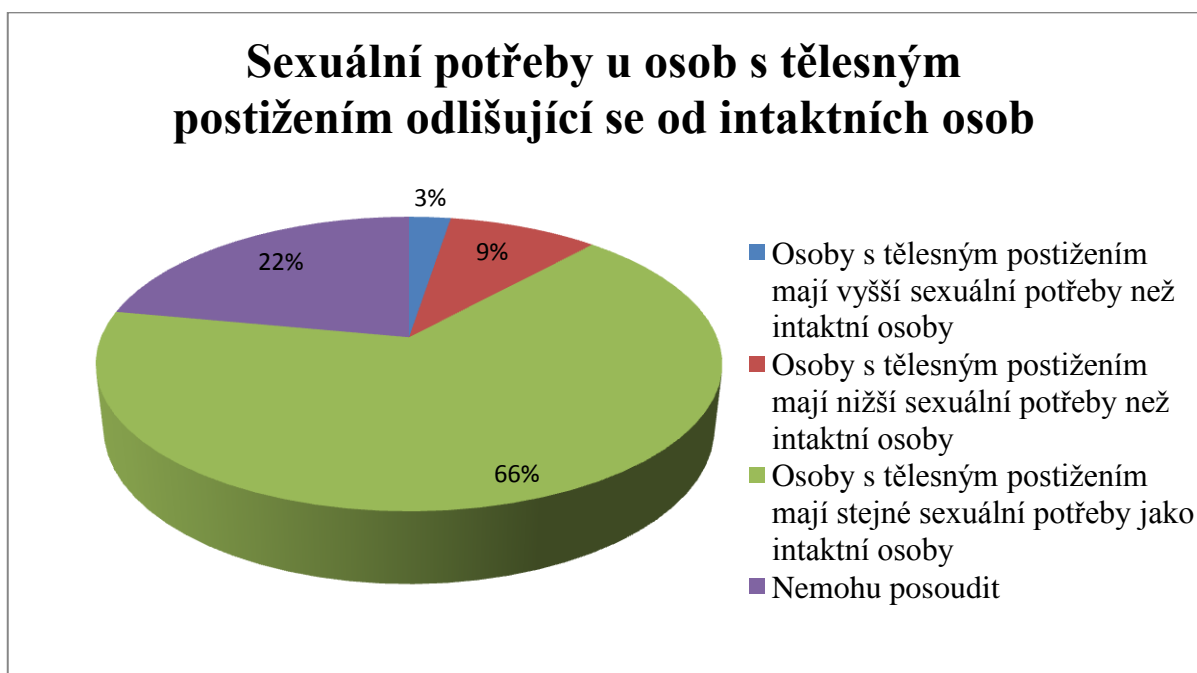
Tabulka společně s grafem č. 7 zobrazuje názor respondentů na to, zda osoby s tělesným postižením mají sexuální potřeby. Většina, 158 (81 %), respondentů odpověděla, že osoby s tělesným postižením mají sexuální potřeby, 31 (15,9 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 5 (2,6 %) respondentů označilo odpověď nevíím a 1 (0,5 %) respondent označil, že osoby s tělesným postižením spíše nemají sexuální potřeby. Z grafu je zřejmé, že většina studentů považuje sexuální potřeby u osob s tělesným postižením za důležité.

Tabulka č. 8: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením odlišující se od intaktních osob

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Osoby s tělesným postižením mají vyšší sexuální potřeby než intaktní osoby	5	2,6
Osoby s tělesným postižením mají nižší sexuální potřeby než intaktní osoby	18	9,2
Osoby s tělesným postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby	129	66,2
Nemohu posoudit	43	22
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením odlišující se od intaktních osob



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

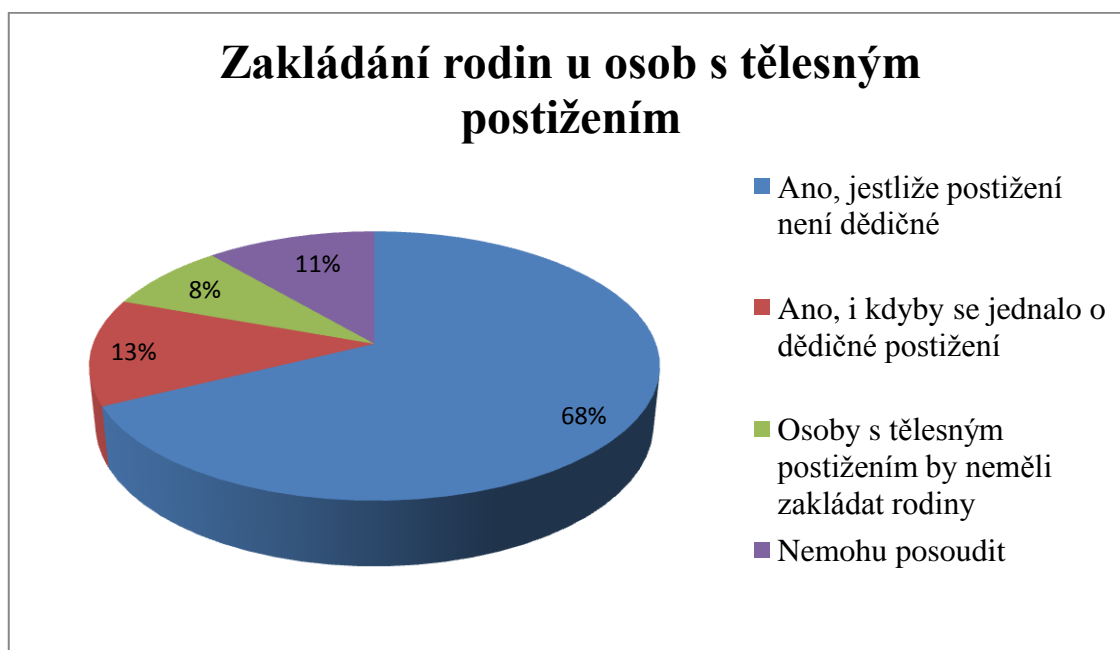
Tabulka společně s grafem č. 8 zobrazuje, zda sexuální potřeby u osob s tělesným postižením jsou odlišné od intaktních osob. Nejvíce respondentů, 129 (66,2 %), se domnívá, že osoby s tělesným postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby, 43 (22 %) respondentů nedokáže posoudit, zda jsou sexuální potřeby odlišné. Dále 18 (9,2 %) respondentů označilo, že osoby s tělesným postižením mají nižší sexuální potřeby než intaktní osoby, 5 (2,6 %) respondentů označilo, že osoby s tělesným postižením mají vyšší sexuální potřeby než intaktní osoby. Z grafu je zřejmé, že většina studentů se domnívá, že osoby s tělesným postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby.

Tabulka č. 9: Zakládání rodin u osob s tělesným postižením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, jestliže postižení není dědičné	132	67,7
Ano, i kdyby se jednalo o dědičné postižení	25	12,8
Osoby s tělesným postižením by neměli zakládat rodiny	16	8,2
Nemohu posoudit	22	11,3
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9: Zakládání rodin u osob s tělesným postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 9 zobrazuje, jaký mají respondenti postoj k zakládání rodin u osob s tělesným postižením. Větší část, 132 (67,7 %), respondentů uvedla, že pokud postižení nebude dědičné, mohou zakládat rodiny. 25 (12,8 %) respondentů souhlasí se založením rodiny, i kdyby se jednalo o dědičné postižení, 22 (11,3 %) respondentů nedokáže vyjádřit svůj názor k zakládání rodin u tělesně postižených, 16 (8,2 %) respondentů uvedlo, že osoby s tělesným postižením by neměly zakládat rodiny. Z grafu je zřejmé, že většina studentů souhlasí se zakládáním rodin u osob s tělesným postižením v případě, že postižení nebude dědičné.

Tabulka č. 10: Sexuální potřeby u osob s mentálním postižením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	83	42,6
Spíše ano	56	28,7
Nevím	36	18,5
Spíše ne	20	10,3
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10: Sexuální potřeby u osob s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

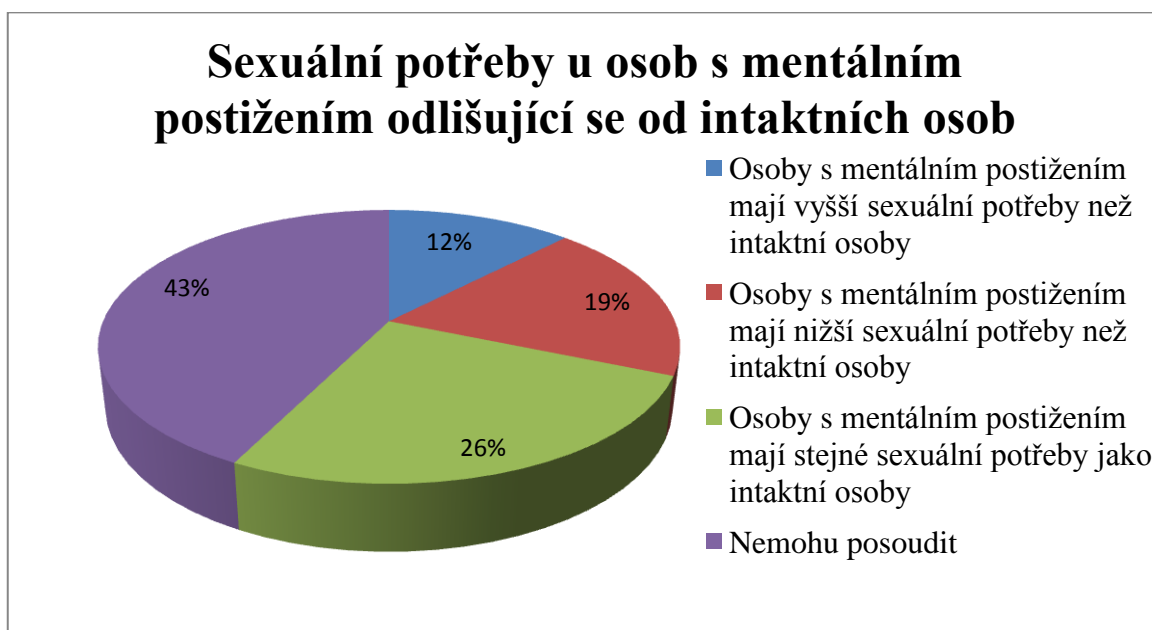
Tabulka společně s grafem č. 10 zobrazuje názor respondentů, zda osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby. Nejvíce, 83 (42,6 %), respondentů uvedlo, že osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby, 56 (28,7 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 36 (18,5 %) respondentů uvedlo odpověď nevím a 20 (10,3 %) respondentů si myslí, že osoby s mentálním postižením spíše nemají sexuální potřeby. Z grafu je zřejmé, že skoro polovina studentů považuje sexuální potřeby u osob s mentálním postižením za důležité.

Tabulka č. 11: Sexuální potřeby u osob s **mentálním postižením** odlišující se od intaktních osob

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Osoby s mentálním postižením mají vyšší sexuální potřeby než intaktní osoby	24	12,3
Osoby s mentálním postižením mají nižší sexuální potřeby než intaktní osoby	37	19
Osoby s mentálním postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby	51	26,2
Nemohu posoudit	83	42,6
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11: Sexuální potřeby u osob s **mentálním postižením** odlišující se od intaktních osob



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

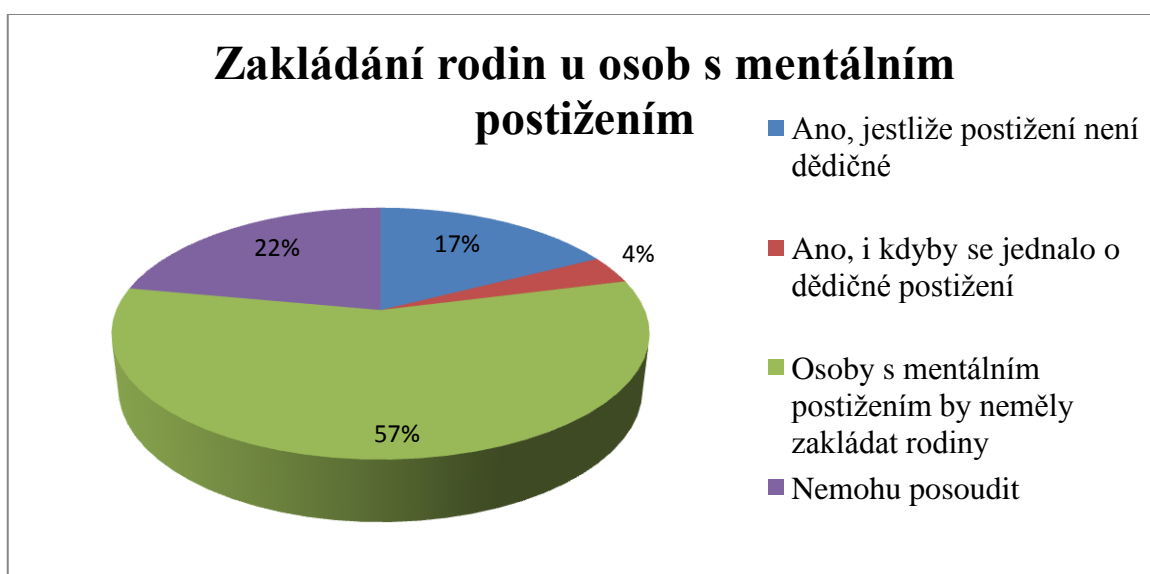
Tabulka společně s grafem č. 10 zobrazuje, zda jsou sexuální potřeby u osob s mentálním postižením odlišné od intaktních osob. Nejvíce respondentů, 83 (42,6 %), nemůže posoudit, zda jsou sexuální potřeby odlišné. 51 (26,2 %) respondentů uvedlo, že osoby s mentálním postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby, 37 (19 %) respondentů označilo, že osoby s mentálním postižením mají nižší sexuální potřeby než intaktní osoby, 24 (12,3 %) respondentů označilo, že osoby s tělesným postižením mají vyšší sexuální potřeby než intaktní osoby. Z grafu je zřejmé, že skoro polovina studentů nemůže posoudit, zda sexuální potřeby u osob s mentálním postižením jsou odlišné od intaktních osob.

Tabulka č. 12: Zakládání rodin u osob s mentálním postižením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, jestliže postižení není dědičné	34	17,4
Ano, i kdyby se jednalo o dědičné postižení	7	3,6
Osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny	111	56,9
Nemohu posoudit	43	22,1
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12: Zakládání rodin u osob s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

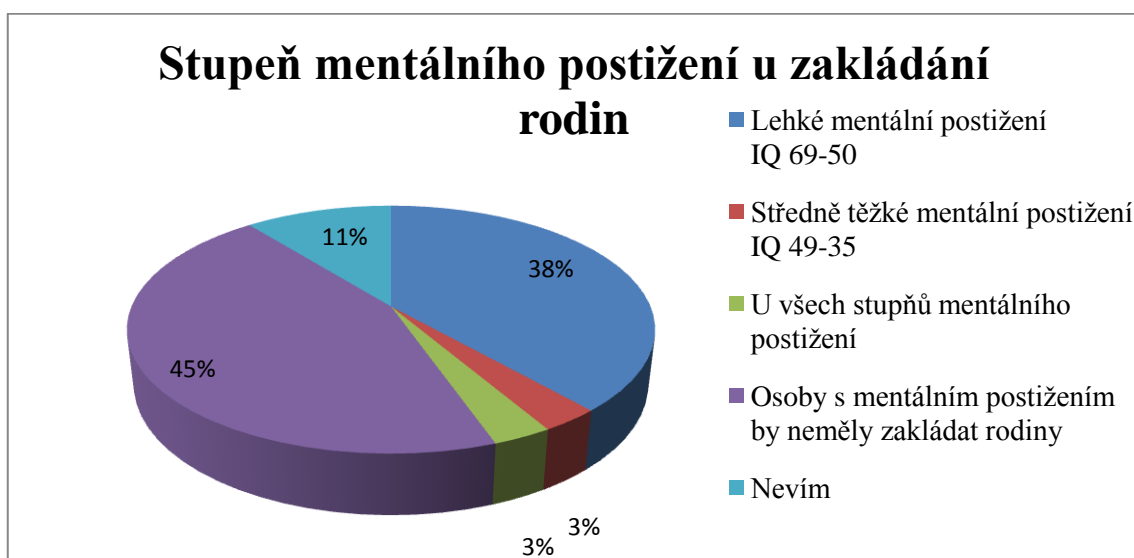
Tabulka společně s grafem č. 12 zobrazuje postoj respondentů k zakládání rodin u osob s mentálním postižením. Větší část, 111 (56,9 %), respondentů uvedla, že osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny, 43 (22,1 %) respondentů nedokáže vyjádřit svůj názor k zakládání rodin u mentálně postižených, 34 (17,4 %) respondentů zastává pozitivní názor na zakládání rodin jen v případě, jestliže se nejedná o dědičné postižení, 7 (3,6 %) respondentů souhlasí se založením rodiny i kdyby se jednalo o dědičné postižení. Z grafu je zřejmé, že polovina studentů se domnívá, že osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny.

Tabulka č. 13: Stupeň mentálního postižení u zakládání rodin

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Lehké mentální postižení IQ 69-50	75	38,5
Středně těžké mentální postižení IQ 49-35	6	3,1
U všech stupňů mentálního postižení	6	3,1
Osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny	87	44,5
Nevím	21	10,8
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13: Stupeň mentálního postižení u zakládání rodin



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

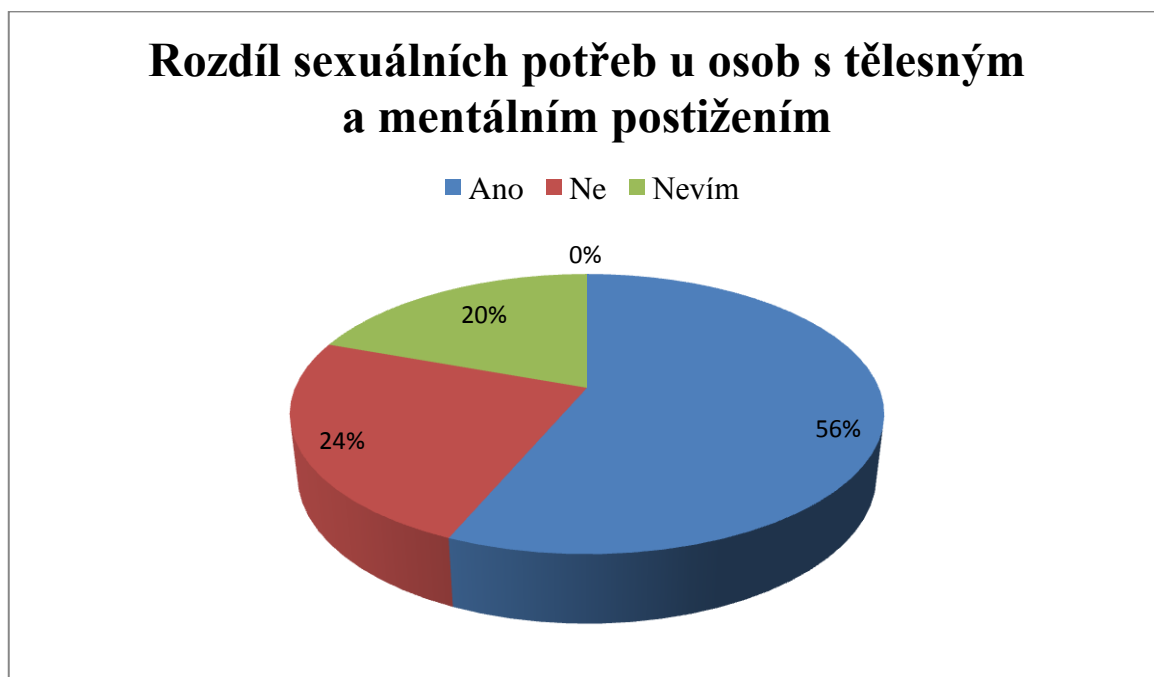
Tabulka společně s grafem č. 13 zobrazuje názor respondentů na to, u kterého stupně mentálního postižení akceptují zakládání rodin. Polovina, 87 (44,5 %), respondentů zastává názor, že osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny, 75 (38,5 %) respondentů akceptuje zakládání rodin u lehkého mentálního postižení, 21 (10,8 %) respondentů uvedlo nevím, 6 (3,1 %) respondentů akceptuje zakládání rodin u středně těžkého mentálního postižení a 6 (3,1 %) respondentů akceptuje zakládání rodin u všech stupňů mentálního postižení. Dle grafu si téměř polovina studentů myslí, že by osoby s mentálním postižením neměly zakládat rodiny. Jestliže studenti souhlasí se zakládáním rodin u těchto osob, tak jedině u osob s lehkým mentálním postižením.

Tabulka č. 14: Rozdíl sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	110	56,4
Ne	47	24,1
Nevím	38	19,5
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14: Rozdíl sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 14 zobrazuje názor respondentů na to, zda mají osoby s mentálním a tělesným postižením rozdílné sexuální potřeby. Většina, 110 (56,4 %), respondentů se domnívá, že osoby s mentálním a tělesným postižením mají rozdílné sexuální potřeby. Dále 47 (24,1 %) respondentů si nemyslí, že by osoby s mentálním a tělesným postižením měly rozdílné sexuální potřeby a 38 (19,5 %) respondentů nedokázalo odpovědět na tuto otázku. Dle grafu je zřejmé, že polovina studentů vnímá rozdílnost sexuálních potřeb mezi mentálním a tělesným postižením.

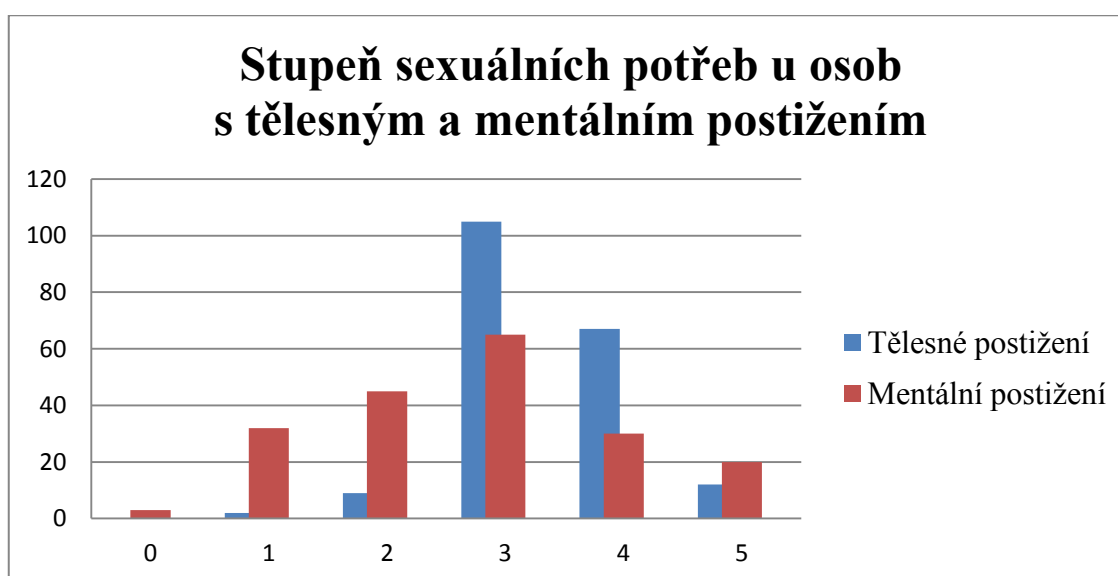
Tabulka č. 15: Stupeň sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením

0 – nemají sexuální potřeby, 5 – nejsilnější sexuální potřeby

Odpověď	Tělesné postižení		Mentální postižení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
0	0	0	3	2
1	2	1	32	17
2	9	5	45	23
3	105	54	65	33
4	67	34	30	15
5	12	6	20	10
Celkem	195	100	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15: Stupeň sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 15 zobrazuje názor respondentů na stupeň sexuálních potřeb u osob s mentálním a tělesným postižením. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že osoby s tělesným postižením mají vyšší sexuální potřeby než osoby s mentálním postižením.

Tělesné postižení

U tělesného postižení 105 (54 %) respondentů označilo střední hodnotu sexuálních potřeb. Dále 67 (34 %) respondentů označilo 4 hodnotu sexuálních potřeb, 12 (6 %) respondentů označilo 5 hodnotu, tedy nejsilnější sexuální potřeby, 9 (5 %) respondentů označilo hodnotu 2, která značí druhou nejnižší sexuální potřebu, 2 (1 %) respondenti označili hodnotu 1, která značí nejnižší sexuální potřeby.

Mentální postižení

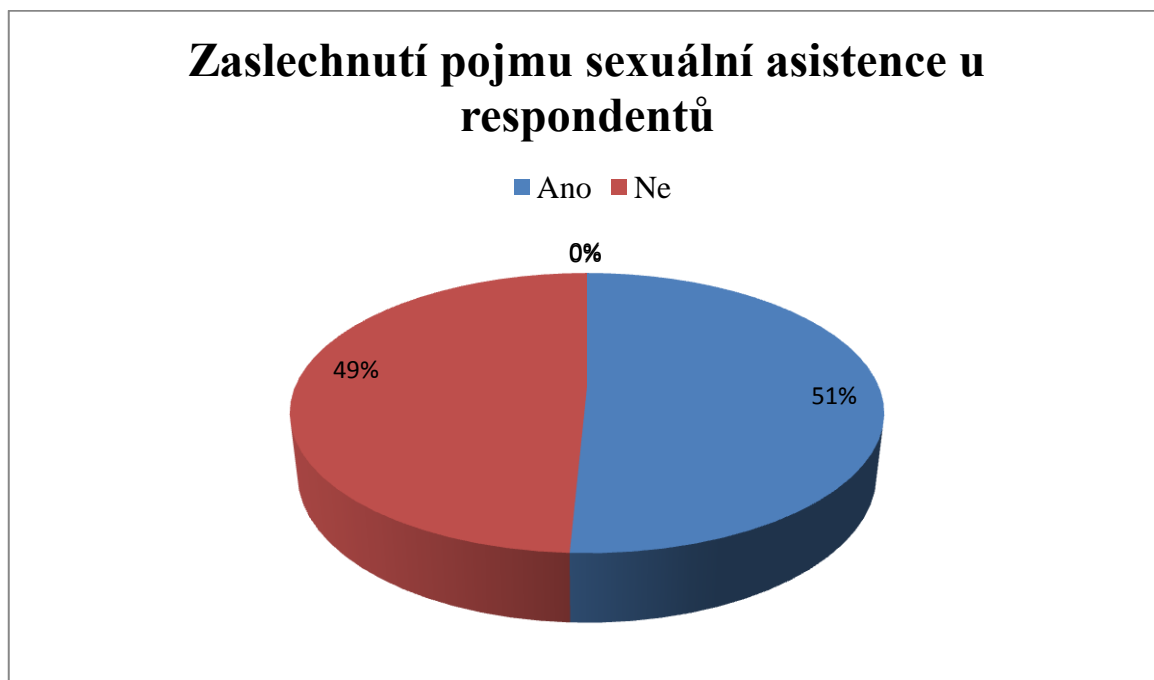
U mentálního postižení 65 (33 %) respondentů nejčastěji označilo prostřední hodnotu sexuálních potřeb. Dále 45 (23 %) respondentů označilo 2 hodnotu sexuálních potřeb, 32 (17 %) respondentů označilo hodnotu 1, tedy že jedinci s mentálním postižením mají nejnižší sexuální potřeby, 30 (15 %) respondentů označilo 4 hodnotu sexuálních potřeb, 20 (10 %) respondentů označilo nejvyšší 5 hodnotu, kdy jedinci s mentálním postižením mají nejsilnější sexuální potřeby a pouze 3 (2 %) respondenti označili, že jedinci s mentálním postižením nemají sexuální potřeby.

Tabulka č. 16: Zaslouchnutí pojmu sexuální asistence u respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	99	50,8
Ne	96	49,2
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16: Zaslouchnutí pojmu sexuální asistence u respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 16 zobrazuje to, zda se respondent někdy setkal s pojmem sexuální asistence. Dalo by se říci, že polovina tj. 99 (50,8 %) respondentů slyšela pojem sexuální asistence a druhá polovina tj. 96 (49,2 %) respondentů se s pojmem sexuální asistence dosud neseťkala.

Součástí této otázky byla také otevřená podotázka, kde měli respondenti vyjádřit a vysvětlit pojem sexuální asistence. Na tuto podotázku odpovědělo 84 respondentů. Všechny odpovědi respondentů jsou uvedeny v příloze. Cituji pouze nejčastější odpovědi:

„Asistent, který pomáhá mentálně postiženým uspokojovat jejich potřeby za pomoci pomůcek.“

„Osoby, které pomáhají se sexualitou u osob s handicapem.“

„Nápomocná asistence při zjišťování možností v sexuálním životě.“

„Asistent pomáhá pochopit klientovi, jak funguje jeho tělo, co je mu příjemné a co ne.“

„Služba, která pomáhá handicapovaným k uskutečnění sexuálních potřeb.“

„Vyškolený asistent/ka, který/rá pomáhá osobám se zdravotním handicapem objasnit věci ohledně sexuality. Od pohlavního styku, masáže až po poradenství.“

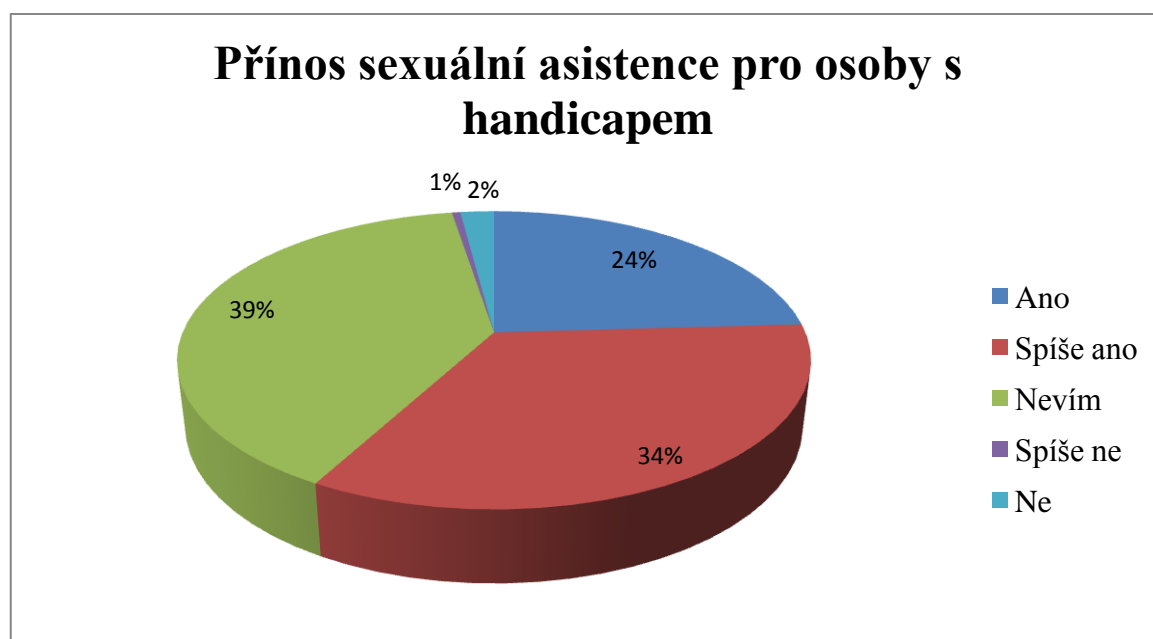
Studenti UPa dokázaly správně definovat pojem sexuální asistence. Každý student zvolil individuální vysvětlení pojmu.

Tabulka č. 17: Přínos sexuální asistence pro osoby s handicapem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	47	24,1
Spíše ano	66	33,8
Nevím	77	39,5
Spíše ne	1	0,5
Ne	4	2,1
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17: Přínos sexuální asistence pro osoby s handicapem



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

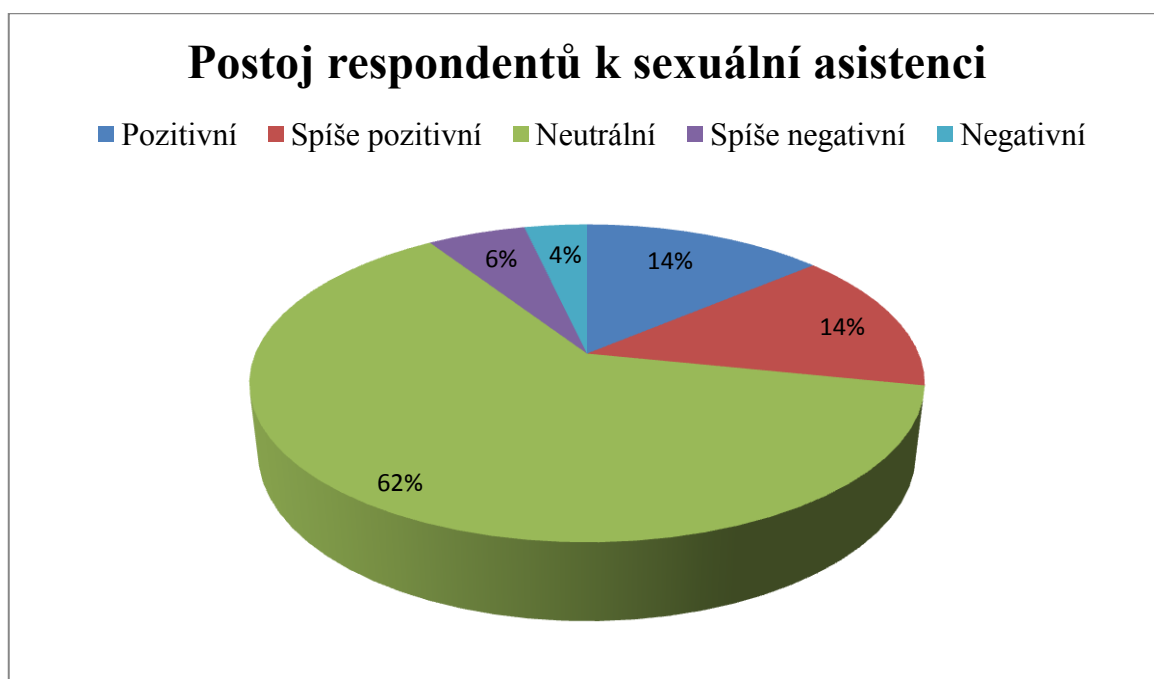
Tabulka společně s grafem č. 17 zobrazuje, zda respondenti vnímají sexuální asistenci jako přínos pro osoby s handicapem. 77 (39,5 %) respondentů neví, zda je tato služba pro handicapované osoby přínosná. 66 (33,8 %) respondentů spíše vnímá sexuální asistenci za přínosnou, 47 (24,1 %) respondentů zcela kladně vnímá sexuální asistenci za přínosnou, 4 (2,1 %) respondenti nevnímají sexuální asistenci za přínosnou pro osoby s handicapem a 1 (0,5 %) respondent ji spíše nevnímá za přínosnou. Dle grafu je zřejmé, že větší část studentů nedokáže posoudit, zda je sexuální asistence přínosná.

Tabulka č. 18: Postoj respondentů k sexuální asistenci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Pozitivní	27	13,8
Spíše pozitivní	28	14,4
Neutrální	122	62,6
Spíše negativní	11	5,6
Negativní	7	3,6
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18: Postoj respondentů k sexuální asistenci



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

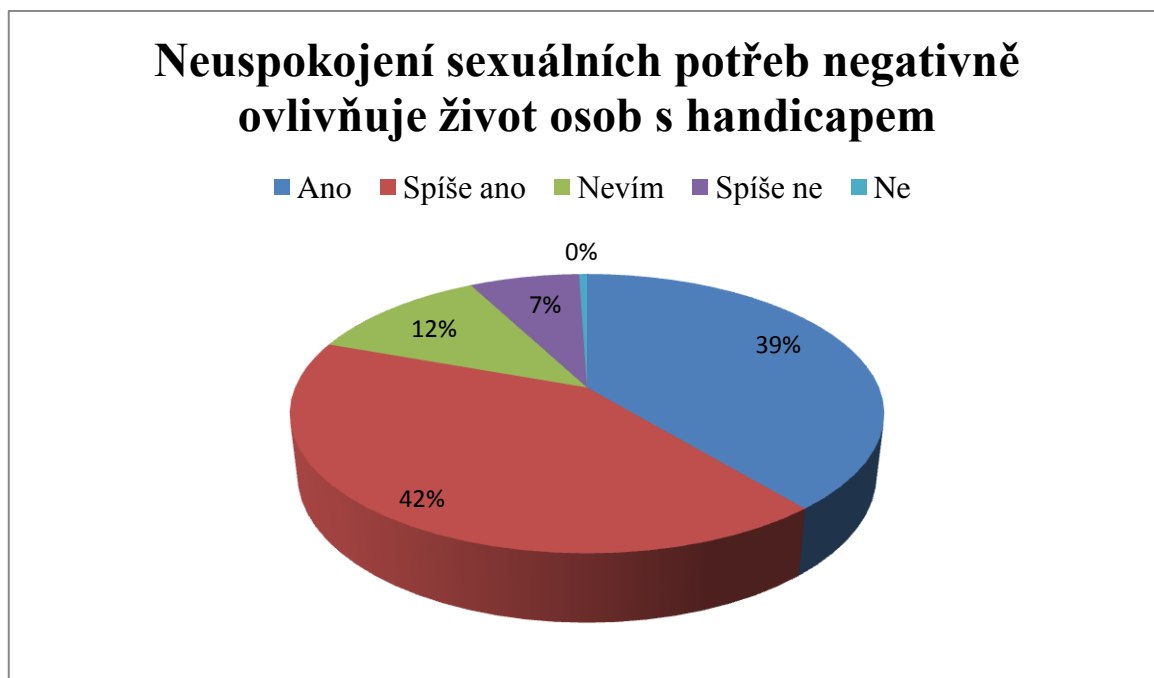
Tabulka společně s grafem č. 18 zobrazuje postoj respondenta k sexuální asistenci. Většina, 122 (62,6 %), respondentů zaujímá neutrální postoj k sexuální asistenci, 28 (14,4 %) respondentů má spíše pozitivní postoj k sexuální asistenci, 27 (13,8 %) respondentů vnímá sexuální asistenci jako pozitivní, 11 (5,6 %) respondentů zaujímá spíše negativní postoj k sexuální asistenci a 7 (3,6 %) respondentů zaujímá zcela negativní postoj. Dle grafu je zřejmé, že větší část studentů zaujímá neutrální postoj k sexuální asistenci.

Tabulka č. 19: Neuspokojení sexuálních potřeb negativně ovlivňuje život osob s handicapem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	76	39
Spíše ano	81	41,5
Nevím	23	11,8
Spíše ne	14	7,2
Ne	1	0,5
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19: Neuspokojení sexuálních potřeb negativně ovlivňuje život osob s handicapem



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

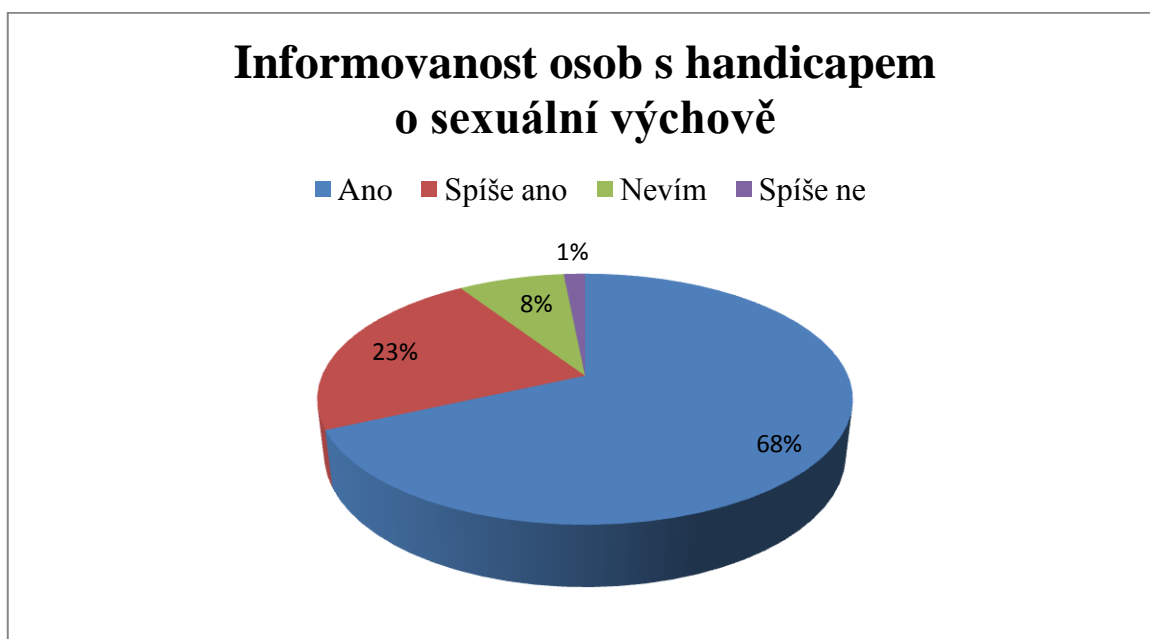
Tabulka společně s grafem č. 19 zobrazuje, zda se respondenti domnívají, že neuspokojením sexuálních potřeb dochází u osob s handicapem k frustraci, která výrazně ovlivňuje jejich život. 76 (39 %) respondentů souhlasí, že u osob s handicapem dochází k frustraci při neuspokojení sexuálních potřeb, 81 (41,5 %) respondentů spíše souhlasí, že u osob s handicapem dochází k frustraci, jestliže nejsou uspokojeny jejich sexuální potřeby. 23 (11,8 %) respondentů označilo odpověď nevím, 14 (7,2 %) respondentů si spíše nemyslí, že by docházelo k frustraci při neuspokojení sexuálního potřeb a 1 (0,5 %) respondent uvedl, že nedochází k frustraci při neuspokojení sexuálních potřeb. Dle grafu je zřejmé, že téměř polovina studentů se domnívá, že neuspokojení sexuálních potřeb negativně ovlivňuje život osob s handicapem.

Tabulka č. 20: Informovanost osob s handicapem o sexuální výchově

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	133	68,2
Spíše ano	44	22,6
Nevím	15	7,7
Spíše ne	3	1,5
Celkem	195	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20: Informovanost osob s handicapem o sexuální výchově



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka společně s grafem č. 20 zobrazuje, zda by osoby s handicapem měly být informovány o sexuální výchově. Většina, 133 (68,2 %), respondentů uvedla, že by osoby s handicapem měly být informovány o sexuální výchově. Dále 44 (22,6 %) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 15 (7,7 %) respondentů nedokáže vyjádřit svůj postoj o informovanosti k sexuální výchově a 3 (1,5 %) respondenti spíše nesouhlasí, aby osoby s handicapem byly informovány o sexuální výchově. Dle grafu je zřejmé, že většina studentů se domnívá, že je důležitá informovanost osob s handicapem o sexuální výchově.

7 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Před zahájením samotného výzkumu bylo stanoveno pět hypotéz, které budou v této kapitole vyhodnoceny. Všechny stanovené hypotézy byly ověřeny pomocí testu chí-kvadrátu nezávislosti v kontingenční tabulce.

Výsledky:

H 1: Osoba s tělesným handicapem má více sexuálních potřeb než osoba s mentálním postižením.

U H1 je určena nulová a alternativní hypotéza v tomto podání:

H_0 : Neexistuje statisticky významná závislost mezi mírou potřeb a typem postižení.

H_A : Existuje statisticky významná závislost mezi mírou potřeb a typem postižení.

Tabulka č. 21: Vyhodnocení hypotézy č. 1

0 – nemají sexuální potřeby

5 – nejsilnější sexuální potřeby

Empirické četnosti			
	Tělesné postižení	Mentální postižení	Celkem
0	0	3	3
1	2	32	34
2	9	45	54
3	105	65	170
4	67	30	97
5	12	20	32
Celkem	195	195	390

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti			
	Tělesné postižení	Mentální postižení	Celkem
0	1,5	1,5	3
1	17	17	34
2	27	27	54
3	85	85	170
4	48,5	48,5	97
5	16	16	32
Celkem	195	195	390

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou vypočítány dle následujícího vzorce:

$$\frac{n_1 * n_2}{n}$$

Testové kritérium („TK“) je vypočítání dle následujícího vzorce:

$$\sum \frac{(\text{empirická četnost} - \text{teoretická četnost})^2}{\text{teoretická četnost}}$$

Kritická hodnota („KH“) je vypočítána za pomoci statistické funkce v Microsoft Excel s názvem „CHIINV“. U funkce „Prst“ je zvoleno 0,05, což se shoduje s hladinou významnosti 5 % a funkce „Volnost je určen na 1 stupeň. V následujícím výpočtu jsme došli k těmto výsledkům: TK= 79 a KH= 3,84, kdy platí TK>KH.

Pravidlo: Jestliže by byla TK<KH, tak H₀ se nezamítá a TK≥KH se H₀ zamítá. Dle výpočtu je H₀vyvrácena a H_A je potvrzena.

⇒ **Platí tvrzení:** Existuje statisticky významná závislost mezi typem postižení a mírou sexuálních potřeb.

H 2: Studenti/ky UPa, kteří znají ve svém okolí osobu se zdravotním handicapem, si myslí více, že by osoby s handicapem měly být informovány o sexuální výchově.

U H2 je určena nulová a alternativní hypotéza v tomto podání:

H_0 : Neexistuje statisticky významná závislost mezi názorem, zda by měli být handicapovaní informováni o sexuální výchově, zda student/studentka UPa ve svém okolí zná osobu se zdravotním handicapem.

H_A : Existuje statisticky významná závislost mezi názorem, zda by měli být handicapovaní informováni o sexuální výchově, zda student/studentka UPa ve svém okolí zná osobu se zdravotním handicapem.

Tabulka č. 22: Vyhodnocení hypotézy č. 2

Empirické četnosti					
	Ano	Nevím	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
Ne	35	7	14	1	57
Ano	98	8	30	2	138
Celkem	133	15	44	3	195

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti					
	Ano	Nevím	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
Ne	38,88	4,38	12,86	0,88	57
Ano	94,12	10,62	31,14	2,12	138
Celkem	133	15	44	3	195

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou vypočítány dle následujícího vzorce:

$$\frac{n_1 * n_2}{n}$$

Testové kritérium („TK“) je vypočítání dle následujícího vzorce:

$$\sum \frac{(\text{empirická četnost} - \text{teoretická četnost})^2}{\text{teoretická četnost}}$$

Kritická hodnota („KH“) je vypočítána pomocí statistické funkce v Microsoft Excel s názvem „CHIINV“. U funkce „Prst“ je zvoleno 0,05, což se shoduje s hladinou významnosti 5 % a funkce „Volnost je určen na 1 stupeň. V následujícím výpočtu jsme došli k těmto výsledkům: TK= 2,92 a KH= 3,84, kdy platí TK<KH.

Pravidlo: Jestliže by byla TK<KH, tak H_0 se nezamítá a $TK \geq KH$ se H_0 zamítá. Dle výpočtu je **H_0 potvrzena a H_A je zamítnuta.**

⇒ **Platí tvrzení:** Neexistuje statisticky významná závislost mezi názorem, zda by měli být handicapovaní informováni o sexuální výchově, zda student/studentka UPa ve svém okolí zná osobu se zdravotním handicapem.

H3: Studenti/ky UPa jsou více tolerantní k zakládání rodinu osob s tělesným handicapem než u osob s mentálním postižením.

U H3 je určena nulová a alternativní hypotéza v tomto podání:

H_0 : Neexistuje závislost mezi typem postižení a názorem studentů UPa k zakládání rodin.

H_A :Existuje závislost mezi typem postižení a názorem studentů UPa k zakládání rodin.

Tabulka č. 23: Vyhodnocení hypotézy č. 3

Empirické četnosti					
	Ano, i kdyby se jednalo o dědičné postižení	Ano, jestliže postižení není dědičné	Ne, osoby s postižením by neměly zakládat rodiny	Nemohu posoudit	Celkem
Tělesné postižení	25	132	16	22	195
Mentální postižení	7	34	111	43	195
Celkem	32	166	127	65	390

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti					
	Ano, i kdyby se jednalo o dědičné postižení	Ano, jestliže postižení není dědičné	Ne, osoby s postižením by neměly zakládat rodiny	Nemohu posoudit	Celkem
Tělesné postižení	16	83	63,5	32,5	195
Mentální postižení	16	83	63,5	32,5	195
Celkem	32	166	127	65	390

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou vypočítány dle následujícího vzorce:

$$\frac{n_1 * n_2}{n}$$

Testové kritérium („TK“) je vypočítání dle následujícího vzorce:

$$\sum \frac{(\text{empirická četnost} - \text{teoretická četnost})^2}{\text{teoretická četnost}}$$

Kritická hodnota („KH“) je vypočítána pomocí statistické funkce v Microsoft Excel s názvem „CHIINV“. U funkce „Prst“ je zvoleno 0,05, což se shoduje s hladinou významnosti 5 % a funkce „Volnost“ je určena na 1 stupeň. V následujícím výpočtu jsme došli k těmto výsledkům: TK= 145,83 a KH= 3,84, kdy platí TK>KH.

Pravidlo: Jestliže by byla TK<KH, tak H₀ se nezamítá a TK≥KH se H₀ zamítá. Dle výpočtu je H₀ vyvrácena H_A je potvrzena.

⇒ **Platí tvrzení:** Existuje statisticky významná závislost mezi typem postižení a názorem studentů UPa k zakládání rodin.

H 4: Studenti/ky UPa, pro které jsou sexuální potřeby v životě hodně důležité, si myslí, že při neuspokojení sexuálních potřeb dochází k frustraci, která negativně ovlivňuje život osoby s handicapem.

U H4 je určena nulová a alternativní hypotéza v tomto podání:

H_0 : Neexistuje statisticky významná závislost mezi důležitostí sexuálních potřeb studentů UPa a tím, zda si myslí, že při neuspokojení sexuálních potřeb dochází k frustraci, která negativně ovlivňuje život osoby s handicapem.

H_A : Existuje statisticky významná závislost mezi důležitostí sexuálních potřeb studentů UPa a tím, zda si myslí, že při neuspokojení sexuálních potřeb dochází k frustraci, která negativně ovlivňuje život osoby s handicapem.

Tabulka č. 24: Vyhodnocení hypotézy č. 4

Empirické četnosti					
	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne, Ne	Celkem
1,2	4	6	4	4	18
3	29	43	9	7	88
4	33	24	8	4	69
5	10	8	2	0	20
Celkem	76	81	23	15	195

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti					
	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne, Ne	Celkem
1,2	1,30	0,29	1,66	4,94	18
3	0,82	1,14	0,18	0,01	88
4	1,39	0,76	0,00	0,32	69
5	0,62	0,01	0,05	1,54	20
Celkem	76	81	23	15	195

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou vypočítány dle následujícího vzorce:

$$\frac{n_1 * n_2}{n}$$

Testové kritérium („TK“) je vypočítání dle následujícího vzorce:

$$\sum \frac{(\text{empirická četnost} - \text{teoretická četnost})^2}{\text{teoretická četnost}}$$

Kritická hodnota („KH“) je vypočítána pomocí statistické funkce v Microsoft Excel s názvem „CHIINV“. U funkce „Prst“ je zvoleno 0,05, což se shoduje s hladinou významnosti 5 % a funkce „Volnost“ je určena na 1 stupeň. V následujícím výpočtu jsme došli k těmto výsledkům: TK= 15,03 a KH= 3,84, kdy platí TK>KH.

Pravidlo: Jestliže by byla TK<KH, tak H_0 se nezamítá a $TK \geq KH$ se H_0 zamítá. Dle výpočtu je H_0 vyvrácena H_A je potvrzena.

⇒ **Platí tvrzení:** Existuje statisticky významná závislost mezi důležitostí sexuálních potřeb studentů UPa a tím, zda si myslí, že při neuspokojení sexuálních potřeb dochází k frustraci, která negativně ovlivňuje život osoby s handicapem

H 5: Studentky UPa se častěji setkaly s pojmem sexuální asistence než studenti UPa.

U H5 je určena nulová a alternativní hypotéza v tomto podání:

H_0 : Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a povědomím o pojmu sexuální asistence.

H_A : Existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a povědomím o pojmu sexuální asistence.

Tabulka č. 25: Vyhodnocení hypotézy č. 5

Empirické četnosti			
	Ano	Ne	Celkem
Muž	34	19	53
Žena	65	77	142
Celkem	99	96	195

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti			
	Ano	Ne	Celkem
Muž	26,91	26,09	53
Žena	72,09	69,91	142
Celkem	99	96	195

Zdroj: vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou vypočítány dle následujícího vzorce:

$$\frac{n_1 * n_2}{n}$$

Testové kritérium („TK“) je vypočítání dle následujícího vzorce:

$$\sum \frac{(\text{empirická četnost} - \text{teoretická četnost})^2}{\text{teoretická četnost}}$$

Kritická hodnota („KH“) je vypočítána pomocí statistické funkce v Microsoft Excel s názvem „CHINV“. U funkce „Prst“ je zvoleno 0,05, což se shoduje s hladinou významnosti 5 % a funkce „Volnost“ je určena na 1 stupeň. V následujícím výpočtu jsme došli k těmto výsledkům: TK= 5,21 a KH= 3,84, kdy platí TK>KH.

Pravidlo: Jestliže by byla TK<KH, tak H_0 se nezamítá a $TK \geq KH$ se H_0 zamítá. Dle výpočtu je **H_0 vyvrácena H_A je potvrzena.**

⇒ **Platí tvrzení:** Existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a povědomím o pojmu sexuální asistence.

8 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ A VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Výsledky výzkumného šetření přinesly zajímavé poznatky. Ze získaných dat od studentů UPa byly zjištěny tyto závěry. Z pěti hypotéz, se čtyři hypotézy potvrdily. Potvrzené hypotézy jsou:

H1: Osoba s tělesným handicapem má více sexuálních potřeb než osoba s mentálním postižením. Domnívám se, že studenti UPa jsou právě více tolerantní k sexualitě jedinců s tělesným postižením, proto se přikláněli více k této možnosti.

H3: Studenti/ky UPa jsou více tolerantní k zakládání rodiny u osob s tělesným handicapem než u osob s mentálním postižením. Dle mého názoru se studenti UPa přiklánějí k tomuto tvrzení z toho důvodu, že u jedinců s mentálním postižením je více rizikové, že dítě postihne stejné mentální postižení. Právě z tohoto důvodu se studenti více přiklánějí k zakládání rodin u osob s tělesným postižením.

H4: Studenti/ky UPa, pro které jsou sexuální potřeby v životě hodně důležité, si myslí, že při neuspokojení sexuálních potřeb dochází k frustraci, která negativně ovlivňuje život osoby s handicapem. Domnívám se, že studenti UPa, jsou schopni se vcítit do situace osob s tělesným i mentálním postižením, a dokáží si představit, jaké to je být sám a neuspokojit své sexuální potřeby. Právě z toho důvodu dochází k frustraci, osamocení a vede to ke ztrátě chuti do života. Je důležité mít vedle sebe člověka, který vás naplňuje pocitem štěstí.

H5: Studentky UPa se častěji setkaly s pojmem sexuální asistence než studenti UPa. Dle mého názoru se o téma zdravotní postižení a sexuální asistence zajímají více ženy než muži. Lze tak usuzovat proto, že větší část osob, která vyplnila dotazník, byla ženského pohlaví.

Shrnutí praktické části

Výzkumné otázky se skládaly z jedné hlavní a 3 vedlejších výzkumných otázek. Hlavním cílem výzkumného šetření, bylo zjistit informovanost vysokoškolských studentů Univerzity Pardubice a jejich názory na problematiku sexuality osob se zdravotním handicapem. Z výzkumného šetření a vyhodnocení hypotéz jsou následně prezentovány výsledky. Z výzkumu, kterého se celkem zúčastnilo 195 respondentů, vyplývá, že 138 (70,8 %) studentů Univerzity Pardubice zná ve svém okolí osobu s handicapem. Výzkum byl zaměřen na osoby s tělesným a mentálním postižením. 158 (81 %) studentů Univerzity Pardubice zastává názor, že osoby s tělesným postižením mají sexuální potřeby, 83 (42,6 %) studentů Univerzity Pardubice je toho názoru, že osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby. Dále 105 (54 %) studentů Univerzity Pardubice u osob s tělesným postižením označilo střední hodnotu míry jejich sexuálních potřeb a 67 (34 %) studentů označilo hodnotu míry sexuálních potřeb 4. 65 (33%) studentů Univerzity Pardubice u osob s mentálním postižením označilo střední hodnotu míry jejich sexuálních potřeb a 45 (23 %) studentů označilo nízkou hodnotu sexuálních potřeb 2.

Je tedy zřetelné, že dle studentů je míra sexuálních potřeb vyšší u osob s tělesným postižením než u osob s mentálním postižením, kde zaujímá nízkou hodnotu sexuálních potřeb. Zde můžeme vidět také srovnání, že studenti se více přiklánějí k sexuálním potřebám u osob s tělesným postižením než u osob s mentálním postižením. Níže budou dále dokazovány názory studentů Univerzity Pardubice a jejich postoj k problematice sexuality.

Vedlejší výzkumné otázky:

VO1: Má osoba se zdravotním handicapem stejné sexuální potřeby jako intaktní osoba?

Z výzkumu vyplývá, že 129 (66,2 %) studentů Univerzity Pardubice označilo, že osoby s tělesným postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby. Oproti sexuálním potřebám u osob s mentálním postižením, kde 83 (42,6 %) studentů Univerzity Pardubice označilo, že nejsou schopni posoudit, zda osoby s mentálním postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby. Dle získaných výsledků je zřejmé, že studenti mají více ucelený názor na sexuální potřeby u osob s tělesným postižením. A to z toho důvodu, že většina studentů nedokázala posoudit rozdílnost sexuálních potřeb u osob mentálně postižených od intaktních osob.

VO2: Jaký je postoj vysokoškolského studenta Univerzity Pardubice k zakládání rodin u osob se zdravotním handicapem?

Z výzkumu vyplývá, že 132 (67,7 %) studentů Univerzity Pardubice má kladný postoj k zakládání rodin u osob s tělesným postižením v případě, zda se nebude jednat o dědičné postižení. 25 (12,8 %) studentů univerzity Pardubice uvedlo, že i kdyby se jednalo o postižení dědičné, tak osoby s tělesným postižením mohou zakládat rodiny. 22 (11,3 %) studentů nedokáže vyjádřit názor na tuto problematiku a 16 (8,2 %) studentů Univerzity Pardubice vyjadřuje názor, že osoby s tělesným postižením by neměly zakládat rodiny.

Z výzkumu vyplývá, že 111 (56,9 %) studentů Univerzity Pardubice jednoznačně sdílí názor, že osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny. Dále 43 (22,1 %) studentů Univerzity Pardubice nedokáže vyjádřit názor na tuto problematiku u osob s mentálním postižením, 34 (17,4 %) studentů Univerzity Pardubice souhlasí se založením rodiny v případě, jestliže mentální postižení není dědičné. Pouze 7 (3,6 %) studentů Univerzity Pardubice souhlasí zakládání rodin i přesto, že by mentální postižení bylo dědičné. Studenti Univerzity Pardubice se vyjadřovali, u kterého stupně mentálního postižení akceptují zakládání rodin. 87 (44,6 %) studentů se opět vyjádřilo, že osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny a jestliže chtějí založit rodinu, tak 75 (38,5 %) studentů akceptuje zakládání rodin pouze u lehkého mentálního stupně postižení (IQ 69-50).

Zde tedy můžeme vidět názory studentů Univerzity Pardubice a jejich postoj k zakládání rodin jak u osob s tělesným postižením tak u mentálního postižení. Z jejich

názoru vyplívá, že jsou více tolerantní k zakládání rodin u osob s tělesným postižením než u osob s mentálním postižením.

VO3: Setkal se vysokoškolský student Univerzity Pardubice s pojmem sexuální asistence a dokázal by jej definovat?

Ze získaných výsledků se 99 (50,8 %) studentů Univerzity Pardubice setkala s pojmem sexuální asistence a 96 (49,2 %) studentů Univerzity Pardubice se neseťkala s pojmem sexuální asistence. Studenti, kteří se setkali s pojmem sexuální asistence, se následně snažili definovat tento pojem. Celkově definovalo pojem 84 (43 %) studentů Univerzity Pardubice. Níže můžeme vidět, jak studenti tento pojem definovali. Všechny jejich definice jsou přiloženy v příloze.

„Asistent, který pomáhá mentálně postiženým uspokojovat jejich potřeby za pomoci pomůcek.“

„Osoby, které pomáhají se sexualitou u osob s handicapem.“

„Nápomocná asistence při zjišťování možností v sexuálním životě.“

„Asistent pomáhá pochopit klientovi, jak funguje jeho tělo, co je mu příjemné a co ne.“

„Služba, která pomáhá handicapovaným k uskutečnění sexuálních potřeb.“

„Vyškolený asistent/ka, který/á pomáhá osobám se zdravotním handicapem objasnit věci ohledně sexuality. Od pohlavního styku, masáže až po poradenství.“

Studenti Univerzity Pardubice se ve výzkumu vyjádřili k tomu, jaký mají postoj k sexuální asistenci. Ve většině případů, 122 (62,6 %) studentů, zaujmají neutrální postoj k sexuální asistenci. Může to být díky tomu, že nejsou zcela seznámeni s problematikou týkající se sexuality osob s handicapem a proto nemají jasný názor na tuto problematiku. Další otázka, která se týkala sexuální asistence, byla, zda studenti vnímají sexuální asistenci za přínosnou pro osoby s handicapem. Nejvíce, 77 (39,5 %), studentů se vyjádřilo, že nedokáže vyjádřit svůj názor a 66 (33,8 %) studentů Univerzity Pardubice spíše vnímá sexuální asistenci pro osoby s handicapem za přínosnou. Můžeme říci, že studenti vnímají sexuální asistenci za přínosnou z toho důvodu, jestliže by u osob s handicapem nedocházelo k uspokojení jejich sexuálních potřeb, vnikla by frustrace a negativně by to ovlivnilo jejich život, jak uvedlo 81 (41,5 %) respondentů.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala sexualitou osob se zdravotním handicapem z pohledu vysokoškolských studentů. Teoretická část byla zaměřena na vymezení pojmu zdravotní postižení, problematiku osob se zdravotním postižením z legislativního a právního hlediska, sexualitu osob s mentálním a tělesným postižením, partnerské vztahy, sexuální zneužívání a sexuální asistenci.

Problematika sexuality osob se zdravotním handicapem byla dříve tabu, ale v současné době se o této problematice stále častěji více hovoří a společnost s ní přichází do kontaktu za pomoci různých médií, internetových sítí či rozhovorů. Zájem o službu sexuálních asistentek či asistentů se zvyšuje, a to právě díky zveřejnění této problematiky. Sexuální asistenci nevyužívají pouze klienti se zdravotním handicapem, ale také senioři. Je mnoho domovů sociálních služeb, které si o tuto službu žádají.

Tato práce byla zaměřena na studenty Univerzity Pardubice a jejím cílem bylo zjistit, jak právě oni sami vnímají tuto problematiku a jaký mají názor na sexualitu osob s mentálním či tělesným postižením a na sexuální asistenci. Hlavní úskalí této problematiky může být v tom, že sexualita se týká každého z nás, avšak velká většina studentů si nedokáže představit, jak je pro osoby s handicapem obtížné uspokojit své sexuální potřeby, protože mají problém s hledáním partnera. Z tohoto důvodu nabízí sexuální asistence právě těmto osobám pomoc, díky ní jsou uspokojeny jejich potřeby a zároveň poznají celé své tělo.

Ze získaných výsledků je zřejmé, že studenti Univerzity Pardubice jsou více tolerantní k sexuálním potřebám u osob s tělesným postižením než u osob s mentálním postižením. Vystihuje to i fakt, že osoby s tělesným postižením mají vyšší míru sexuálních potřeb. Dalším faktorem je, že studenti nesouhlasí s tím, aby osoby s mentálním postižením zakládaly rodiny a jestliže by chtěly založit rodinu, tak pouze osoby s lehkým mentálním postižením.

Každý z nás by se měl zamyslet a přiznat si, že i člověk se zdravotním handicapem potřebuje cítit doteky, pohlázení, lásku a mít vedle sebe někoho, s kým mu bude dobře a zároveň budou uspokojeny jeho potřeby. I osoby s handicapem si zaslouží žít zcela normální život jako intaktní osoby a prožívat plnohodnotný partnerský život. Člověk si sám nemá možnost vybrat, jestli se narodí zdravý či s nějakým handicapem. Avšak každý si může vybrat, jak svůj život hodlá prožít a měl by si užívat každé chvíle, která mu jsou umožněna. Většina osob s handicapem má strach ze společnosti, a to právě z důvodů předsudků. Každá osoba s handicapem má stejná práva jako intaktní osoba, proto by se neměla ohlížet na ostatní, ale žít si svůj život a nebát se otevřeně hovořit o svých potřebách a přáních. Většina jedinců se zdravotním postižením je nedostatečně informována o svých lidských právech, proto je nezbytně nutné jim tyto práva přiblížit. Musí vědět, že jedinci se zdravotním postižením si jsou rovni s intaktními jedinci.

Z diplomové práce je zřejmé, že většina studentů je více tolerantní k sexuálním potřebám u osob s tělesným postižením. Samotný přínos této práce považuji v samotném výzkumu, kdy studenti se seznámili s problematikou sexuality jedinců s postižením. Jako hlavní přínos této práce spatřuji v objasnění postojů studentů (intaktní jedinci) k jedincům se zdravotním postižením. Problematika sexuality jedinců se zdravotním postižením je poněkud opomíjena a měla by být více probádána.

POUŽITÁ LITERATURA

BASILE, K. C. – SALTZMAN, L. E. *Sexual Violence Surveillance Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2009. 2. vydání. Dostupné z: file:///C:/Users/Peta/Downloads/cdc_6545_DS1.pdf

BENDOVIÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3854-3.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. vyd. 2. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

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

Evropská komise. *Osoby se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2018-9-20]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=cs>

FAFEJTA, Martin. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1030-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

GIDDENS, Anthony. *Proměna intimity: sexualita, láska a erotika v moderních společnostech*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0175-5.

HACHOVÁ, Stanislava. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, 2013, 109 s. Monografie. ISBN 978-80-7414-677-0.

HANKOVÁ, Magdalena a Soňa VÁVROVÁ. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-271-0012-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

KLADIVO, Petr. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3841-2.

KNOTOVÁ, Dana. *Školní poradenství*. Praha: Grada, 2014, 258 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4502-2.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3680-7.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-232-7.

KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5264-8.

KUBÍK, Josef. *Sexualita bez tabu*. V Brumovicích: Carpe diem, 2012. ISBN 978-80-87195-10-9.

KUTÁLKOVÁ, Petra a Ľubica KOBOVÁ. *Sexuální násilí: proč se nikdo neptá?*. Praha: In Iustitia, 2014. ISBN 978-80-260-5793-2.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MILFAIT, René a Daniel BARTOŇ. *Lidská práva osob s postižením, nevyčísitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. 2., rozš. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa, 2013. ISBN 978-80-86057-85-9.

Novinky.cz (2019). *O sexuální asistenci pro postižené a seniory roste zájem. Nově ji vykonávají i muži* [online]. [cit. 2018-9-20] Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/497119-o-sexualni-asistenci-pro-postizene-a-seniory-roste-zajem-nove-ji-vykonavaji-i-muzi.html>

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a Miroslava BARTOŇOVÁ. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

PRACHT, Arnold. *Geistige Behinderung und Sexualität*. Esslingen: Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit & Pflege, 2011, s. 61.[online].[cit. 2018-9-20]. Dostupné z: <https://hses.bs-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/93/file/BachelorGeistigeBehinderung.pdf>

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

Rozkoš bez Rizika (2015). *Rozhovor: Lucie Šídová o dvou letech projektu právo na sex a zavedení sexuální asistence v ČR*[online]. Dostupné z: <https://rozkosbezrizika.cz/rozhovor-lucie-sidova-o-dvou-letech-projektu-pravo-na-sex-a-zavedeni-sexualni-asistence-v-cr/>

Sexuality Information and Education Council of the United[online]. 2018 [cit. 2018-9-20]. Dostupné z:<https://siecus.org/>

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. uprav. vyd. Praha: SPN, 1983. Knižnice speciální pedagogiky.

SVATOŠ, Tomáš. *Rodinná a sexuální výchova: dnešní reflexe a citlivá místa: sborník příspěvků ze 6. celostátní konference K aktuálním otázkám rodinné výchovy : Hradec Králové 9.4.2003*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-7041-078-7.

ŠÍDOVÁ, Lucie, Jana POLÁKOVÁ a Hana MALINOVÁ. *Ze sexybyznysu na trh práce?: přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. Brno: Rozkoš bez rizika, [2013]. ISBN 978-80-260-4963-0.

ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. Monografie. ISBN 978-80-244-5025-4.

ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě II: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením - z empirického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. Monografie. ISBN 978-80-244-4994-4.

ŠTURMA, Pavel. *Pojem a teorie lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013. Studie lidských práv. ISBN 978-80-87146-77-4.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011. ISBN 978-80-7421-037-2.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením [online]. [cit. 2018-4-8]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDUROVÁ, Aneta. *Sexuální asistence i v České republice? Sociální služby*, 2015, roč. XVII, č. 1.

VOLFOVÁ, Iva, Zdeňka KOZÁKOVÁ a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-129-1.

World association for sexual health [online]. 2013 [cit. 2018-9-20]. Dostupné z: <http://www.worldsexology.org/>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [online]. [cit. 2018-12-3]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-1-9-2018>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů.....	42
Tabulka č. 2: Věk respondentů.....	43
Tabulka č. 3: Ročník studia respondentů.....	44
Tabulka č. 4: Typy fakult respondentů.....	45
Tabulka č. 5: Důležitost sexuálních potřeb respondentů.....	46
Tabulka č. 6: Poznání osoby se zdravotním handicapem v okolí respondenta.....	47
Tabulka č. 7: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením.....	48
Tabulka č. 8: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením odlišující se od intaktních osob.....	49
Tabulka č. 9: Zakládání rodin u osob s tělesným postižením.....	50
Tabulka č. 10: Sexuální potřeby u osob s mentálním postižením.....	51
Tabulka č. 11: Sexuální potřeby u osob s mentálním postižením odlišující se od intaktních osob.....	52
Tabulka č. 12: Zakládání rodin u osob s mentálním postižením.....	53
Tabulka č. 13: Stupeň mentálního postižení u zakládání rodin.....	54
Tabulka č. 14: Rozdíl sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením.....	55
Tabulka č. 15: Stupeň sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením.....	56
Tabulka č. 16: Zaslouchání pojmu sexuální asistence u respondentů.....	58
Tabulka č. 17: Přínos sexuální asistence pro osoby s handicapem.....	59
Tabulka č. 18: Postoj respondentů k sexuální asistenci.....	60
Tabulka č. 19: Neuspokojení sexuálních potřeb negativně ovlivňuje život osob s handicapem.....	61
Tabulka č. 20: Informovanost osob s handicapem o sexuální výchově.....	62
Tabulka č. 21: Vyhodnocení hypotézy č. 1.....	64
Tabulka č. 22: Vyhodnocení hypotézy č. 2.....	65
Tabulka č. 23: Vyhodnocení hypotézy č. 3.....	66
Tabulka č. 24: Vyhodnocení hypotézy č. 4.....	68
Tabulka č. 25: Vyhodnocení hypotézy č. 5.....	69

Graf č. 1: Pohlaví respondentů.....	42
Graf č. 2: Věk respondentů.....	43
Graf č. 3: Ročník studia respondentů.....	44
Graf č. 4: Typy fakult respondentů.....	45
Graf č. 5: Důležitost sexuálních potřeb respondentů.....	46
Graf č. 6: Poznání osoby se zdravotním handicapem v okolí respondenta.....	47
Graf č. 7: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením.....	48
Graf č. 8: Sexuální potřeby u osob s tělesným postižením odlišující se od intaktních osob...	49
Graf č. 9: Zakládání rodin u osob s tělesným postižením.....	50
Graf č. 10: Sexuální potřeby u osob s mentálním postižením.....	51
Graf č. 11: Sexuální potřeby u osob s mentálním postižením odlišující se od intaktních osob.....	52
Graf č. 12: Zakládání rodin u osob s mentálním postižením.....	53
Graf č. 13: Stupeň mentálního postižení u zakládání rodin.....	54
Graf č. 14: Rozdíl sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením.....	55
Graf č. 15: Stupeň sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením.....	56
Graf č. 16: Zaslouchnutí pojmu sexuální asistence u respondentů.....	58
Graf č. 17: Přínos sexuální asistence pro osoby s handicapem.....	59
Graf č. 18: Postoj respondentů k sexuální asistenci.....	60
Graf č. 19: Neuspokojení sexuálních potřeb negativně ovlivňuje život osob s handicapem...	61
Graf č. 20: Informovanost osob s handicapem o sexuální výchově.....	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž

- 2) Jaký je Váš věk?
.....

- 3) V jakém jste ročníku?
 - a) 1. ročník Bakalářského studia
 - b) 2. ročník Bakalářského studia
 - c) 3. ročník Bakalářského studia
 - d) 4. ročník Bakalářského studia
 - e) 1. ročník Magisterského studia
 - f) 2. ročník Magisterského studia

- 4) Na jaké fakultě studujete?
 - a) Dopravní fakulta Jana Pernera
 - b) Fakulta ekonomicko-správní
 - c) Fakulta elektrotechniky a informatiky
 - d) Fakulta chemicko-technologická
 - e) Fakulta filozofická
 - f) Fakulta restaurování
 - g) Fakulta zdravotnických studií

- 5) Jak jsou pro Vás důležité sexuální potřeby v životě?
1 – nejmenší hodnota
5 – největší hodnota

1 2 3 4 5

- 6) Znáte ve svém okolí osobu se zdravotním handicapem?
 - a) Ano
 - b) Ne

- 7) Domníváte se, že osoby s **tělesným** postižením mají sexuální potřeby?
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne

- 8) Myslíte si, že rozsah sexuálních potřeb u osob s **tělesným** postižením je odlišný od rozsahu potřeb intaktních osob (osoby bez postižení)?
- Ano, osoby s tělesným postižením mají vyšší sexuální potřeby než intaktní osoby
 - Ano, osoby s tělesným postižením mají nižší sexuální potřeby než intaktní osoby
 - Osoby s tělesným postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby
 - Nemohu posoudit
- 9) Domníváte se, že osoby s **tělesným** postižením by měly zakládat rodiny?
- Ano, jestliže postižení není dědičné
 - Ano, i kdyby se jednalo o dědičné postižení
 - Ne, osoby s tělesným postižením by neměly zakládat rodiny
 - Nemohu posoudit
- 10) Domníváte se, že osoby s **mentálním** postižením mají sexuální potřeby?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne
- 11) Myslíte si, že rozsah sexuálních potřeb u osob s **mentálním** postižením je odlišný od rozsahu potřeb intaktních osob (osoby bez postižení)?
- Ano, osoby s mentálním postižením mají vyšší sexuální potřeby než intaktní osoby
 - Ano, osoby s mentálním postižením mají nižší sexuální potřeby než intaktní osoby
 - Osoby s mentálním postižením mají stejné sexuální potřeby jako intaktní osoby
 - Nemohu posoudit
- 12) Domníváte se, že osoby s **mentálním** postižením by měly zakládat rodiny?
- Ano, jestliže postižení není dědičné
 - Ano, i kdyby se jednalo o dědičné postižení
 - Ne, osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny
 - Nemohu posoudit
- 13) U kterého stupně **mentálního** postižení akceptujete zakládání rodin?
- Lehké mentální postižení (IQ 69-50)
 - Středně těžké mentální postižení (IQ 49-35)
 - Těžké mentální postižení (IQ 34-20)
 - U všech stupňů mentálního postižení
 - Osoby s mentálním postižením by neměly zakládat rodiny
 - Nevím
- 14) Myslíte si, že osoby s mentálním a tělesným postižením mají rozdílné sexuální potřeby?
- Ano
 - Ne
 - Nevím

15) Označte, dle Vaše názoru, jaká je míra sexuálních potřeb u osob s tělesným a mentálním postižením.

0 – nemají sexuální potřeby

5 – nejsilnější sexuální potřeby

Tělesné postižení	0	1	2	3	4	5
Mentální postižení	0	1	2	3	4	5

16) Slyšel/a jste někdy pojem sexuální asistence?

a) Ano

b) Ne

Jestliže ano:

Co si asi myslíte, že tento pojem znamená?

17) Vnímáte sexuální asistenci jako přínos pro osoby s handicapem?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

18) Jaký je Váš postoj k sexuální asistenci?

a) Negativní

b) Spíše negativní

c) Neutrální

d) Spíše pozitivní

e) Pozitivní

19) Myslíte si, že při neuspokojení sexuálních potřeb dochází k frustraci, která negativně ovlivňuje život osoby s handicapem?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

20) Domníváte se, že osoby s handicapem by měly být informovány o sexuální výchově?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Ne

Příloha 2: Vyjádření studentů UPa k pojmu sexuální asistence:

„poskytování aktivních či pasivních sexuálních služeb“

„pomocnice při sexu“

„pracovník/ce jež zastane funkci milence/ky“

„pomoc osobám, které nemohou sexuální potřeby uspokojit samy (poradenství, doporučení pomůcek, případně masáže apod.)“

„vyškolená asistentka pomáhá osobám s postižením nasytit svou sexuální potřebu v soukromí a bezpečí, tak aby nebyla ohrožována veřejnost a tak, jak je to klientovi příjemné a zároveň to nejde přes profesní hranice sexuální asistentky“

„asistent pomáhá jedinci s uspokojením sexuálních potřeb“

„poradenství v oblasti sexuálních potřeb“

„pomoc s uspokojováním sexuálních potřeb a to buď aktivně či pasivně“

„placené sexuální služby pro lidi s určitým druhem postižení“

„práce, při které osoba vykonává sexuální potřeby u osob s postižením“

„člověk, který pomáhá handicapovanému při sexuálním styku. Například když je někdo na vozíku a nemůže se hýbat, pomáhá s přesunem člověka“

„asistent, který pomáhá mentálně postiženým uspokojovat jejich potřeby za pomoci pomůcek“

„osoby, které pomáhají se sexualitou u osob s handicapem“

„nabízené služby pro postižené jedince vedoucí k uspokojení alespoň základních sexuálních potřeb“

„asistenci pro lidi s handicapem, kdy je buď někdo učí autoerotice, nebo jde o formu prostituce, kdy pracovnice / pracovníci nabízí sex. služby handicapovaným“

„učení postižených jedinců, jak sex praktikovat“

„prostitutky pro handicapované“

„ošetřovatelka s výhodami“

„asistent/ka pomůže uspokojit dotyčnou osobu“

„výpomoc postiženým s jejich sexuálními potřebami“

„legální prostitutka“

„pomoc při sexuálním styku“

„vyškolený asistent/ka, kteří lidem s postižením pomůže od sexuálního napětí“

„pomáhá při sexu např. osobám s fyzickým postižením“

„státem placené sexuální služby“

„prostitutka pro postižené“

„sexuální výpomoc pro lidi s postižením“

„asistence osobě s postižením, při uskutečňování sexuální potřeby“

„asistenci při sexu“

„asistentka, která by vyhověla potřebám takovýchto lidí“

„sexuální eskort s erotickými službami“

„ukázka postiženým osobám, jak bezpečně provozovat sex“

„pomoc handicapovaným pracovat s jejich sexualitou a vztahy. Zpravidla nezahrnuje styk (ať už orální, co vaginální), spíše masáže“

„kvalifikovaný pracovník asistuje u styku handicapovaných osob“

„sexuální služby – prostituce“

„dopomoc k sexuálnímu uspokojení“

„asistentka si povídá a radí s postiženou osobou o sexu“

„poskytování sexuálních služeb pro handicapované“

„pomáhá zákazníkovi seznámit se se sexualitou a rozvíjet ji, může, ale nemusí dojít v tomto vztahu ano na doteky či samotný akt sexu“

„placená prostituce státem“

„nápomocná asistence při zjišťování možností v sexuálním životě“

„asistence s ukázkou možností v této oblasti života“

„sexuální výpomoc“

„asistent pomáhá pochopit klientovi, jak funguje jeho tělo, co je mu příjemné a co ne“

„pomoc při sexu, jak slovní tak kontaktní“

„lidé, kteří dokážou uspokojit sexuální potřeby postižených lidí“

„pomoc při realizaci sexuálních potřeb postižených“

„sexuální asistent je průvodce sexuálním životem. Od hygieny a poradenství o vztazích až po učení jak používat sexuální pomůcky a vyhledávat informace“

„sexuální asistentky nejrůzněji uspokojují postižené“

„existuje nějaký sociální pracovník, který je schopen postiženým lidem poradit, jak se mají chovat a hlavně chránit“

„je to osoba, která pomáhá, porozumět styku, když má člověk postižení“

„pomoc se sexuálními potřebami handicapovaných“

„pomůže s uspokojením“

„asistence při uspokojení sexuálních potřeb hendikepovaným osobám“

„asistentka co uspokojí klienta“

„asistenti uspokojují sexuální potřeby handicapovaných“

„postiženému je poskytnuta sexuální služba“

„handicapovanému někdo poskytne sexuální rozkoš“

„asistent pomáhá dvou postiženým při sexu docílit tohoto aktu“

„přítomnost třetího člověka, který pomůže při sexu“

„pomoc ostatních uspokojit sexuální potřeby mentálně postižených“

„asistent/ka u sexuálního aktu partnerů“

„asistentky, které pomáhají lidem s postižením v sexuální potřebě“

„vysvětlení jak vše funguje, pomoc párům, muže zahrnovat i přímé doteky a výpomoc“

„asistentka, která uspokojí sexuální potřeby (například místo masturbace)“

„asistent, který radí jaké polohy a postupy aplikovat“

„asistentka s klientem navazují kontakt, osoby se zdravotním postižením uspokojí své potřeby, přání a tužby dotyku jiného člověka“

„služba, která pomáhá hendikepovaným k uskutečnění sexuálních potřeb“

„asistentky pomáhají lidem s mentálním nebo fyzickým postižením, dále třeba seniorům s řešením svých sexuálních potřeb. V rovině komunikační, názorové, vizuální i fyzické“

„služba, která napomáhá lidem s handicapem dosáhnout naplnění sexuálních potřeb“

„pracovnice, která "pomáhá" postiženým při sexuálním styku“

„podpora a pomoc s naplněním sexuální potřeby...spíše vedení, hledání řešení“

- „asistent, který pomáhá dvěma lidem se sexuálním stykem“*
- „pomoc, dosáhnout vyvrcholení“*
- „legální prostituce s odborným vzděláním (školením) pro postižené“*
- „sexuální pomoc lidem s postižením. Může se jednat pouze o objímání, hlazení“*
- „pomoc se sexuálními potřebami hendikepovaným“*
- „osoba specializující se na uspokojování sexuálních potřeb osob s tělesným postižením“*
- „vyškolený asistent/ka, který pomáhá osobám se zdravotním handicapem objasnit věci ohledně sexuality od (pohlavního) styku, masáže až po poradenství“*
- „výpomoc v oblasti sexu pro handicapované“*
- „zprostředkování služeb k dosažení sexuálních potřeb osob s handicapem, případně seniorů“*
- „placené služby pro handicapované“*