
PARTNERSKÝ A SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

PUBLIKACE PRO ODBORNÉ
SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ



Mgr. Tomáš Drábek



PARTNERSKÝ A SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM – PUBLIKACE PRO ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Mgr. Tomáš Drábek



Praha 2013

Tato publikace je součástí projektu „Problematika partnerského a sexuálního života osob se zdravotním postižením – publikace pro odborné sociální poradenství“, který je realizován za finanční podpory Úřadu vlády České republiky a Vládního výboru pro zdravotně postižené občany.

Vyloučení odpovědnosti vydavatele: Autor i vydavatel věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace zde obsažené odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy publikace k vydání. I když tyto informace byly kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit úplnou bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých či nepřímých škod.

© Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., Praha 2013
© Mgr. Tomáš Drábek, 2013

ISBN 978-80-260-5282-1

O AUTOROVÍ	8
ÚVOD	9
1. LIDSKÁ SEXUALITA A PARTNERSKÉ VZTAHY	11
VÝZNAM INFORMACÍ Z OBLASTI SEXUALITY PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI	11
CO BY MĚL PRACOVNÍK VĚDĚT O LIDSKÉ SEXUALITĚ?	13
POJEM <i>SEXUALITA</i> VE VZTAHU KE ZDRAVOTNÍMU POSTIŽENÍ	14
ZDRAVÝ SEXUÁLNÍ ŽIVOT A KVALITA ŽIVOTA.....	15
CITOVÉ A EROTICKÉ POTŘEBY A JEJICH LEGITIMITA.....	17
SEX JAKO POZITIVNÍ HODNOTA A VSTŘÍCNÝ PŘÍSTUP K SEXUALITĚ.	19
PARTNERSKÉ VZTAHY A PROBLEMATIKA OSAMOCENÍ.....	21
PŘÍNOS PARTNERSKÝCH VZTAHŮ A SEXUALITY	23
2. SOCIÁLNÍ PRÁCE V SOUVISLOSTI S PARTNERSKÝM A SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	25
POJETÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE VZHLEDEM K PROBLEMATICE.....	25
SPECIALIZACE SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	27
SPECIALIZOVANÉ PORADENSTVÍ JAKO MEZIOBOROVÁ PRÁCE	28
SOUČASNÝ STAV PRÁCE SE SEXUALITOU V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH...	30
PRÁCE SE SEXUALITOU JAKO SOUČÁST KVALITNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	32
3. VYBRANÁ VÝCHODISKA PRO PODPORU SEXUÁLNÍHO A PARTNERSKÉHO ŽIVOTA LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE VZTAHU K SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	35
POŽADAVKY NA POMÁHAJÍCÍHO PRACOVNÍKA	35
OSA ZAPOJENÍ PRACOVNÍKA DO PRÁCE SE SEXUALITOU KLIENTA ...	37
SEBEREFLEXE VLASTNÍHO SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA	39
ETICKÉ ASPEKTY V PRÁCI SE SEXUALITOU KLIENTA	40

ZVLÁŠTNOSTI A PRAVIDLA KOMUNIKACE	41
ZÁKLADNÍ VÝCHODISKA PRO PRÁCI SE SEXUALITOU KLIENTA	44
MAPOVÁNÍ PROBLÉMŮ A POTÍŽÍ	45
4. MOŽNOSTI POMOCI A PODPORY V RÁMCI ODBORNÉHO SOCIÁLNÍHO PORADENSTVÍ.....	47
ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ.....	47
INTERVENCE	49
KONZULTAČNÍ ČINNOST A OSVĚTA	51
PODPORA PŘI NAVAZOVÁNÍ VZTAHŮ	52
INTERNETOVÉ PORADENSTVÍ	53
VYUŽITÍ BIBLIOTERAPIE	53
SKUPINOVÁ PRÁCE A SVĚPOMOCNÉ SKUPINY	55
5. PARTNERSKÉ VZTAHY A SEXUALITA LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	59
SEXUALITA A SEXUÁLNÍ ŽIVOT POSTIŽENÉHO JEDINCE	59
SPOLEČENSKÉ MÝTY A PŘEDSUDKY	60
SPOLEČNÉ PROBLÉMY LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ	61
PROBLEMATIKA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA JEDNOTLIVÝCH SKUPIN ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH	66
PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	68
PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA LIDÍ SE SMYSLOVÝM POSTIŽENÍM	70
PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	71
PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA LIDÍ S INTERNÍM POSTIŽENÍM	72
PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM POSTIŽENÍM	73
PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA SENIORŮ	75
PARTNERSKÉ VZTAHY LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	76
PROBLÉMY LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V REALIZACI PARTNERSKÝCH VZTAHŮ	78
GENDEROVÉ ROLE A ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	79
6. MOŽNOSTI DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	83
DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ JAKO FORMA SPECIALIZACE.....	83
DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ	84
DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	85

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ PODLE ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	86
PŘEHLED VYBRANÝCH VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ.....	86
JINÉ MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ.....	90
ZÁVĚR.....	91
LITERATURA.....	93

Mgr. Tomáš Drábek vystudoval husitskou teologii v kombinaci s psychosociálními studií na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze a získal kvalifikaci pro činnost sociálního pracovníka. Působí ve Svazu tělesně postižených v ČR, kde je vedoucím pracovníkem pražské poradny pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Dlouhodobě pracuje také v Klubu vozíčkářů Petýrkova, kde se podílí na zajištění služby osobní asistence pro osoby s tělesným postižením.

Od roku 2009 se snaží o šíření informací, které se týkají tematiky partnerského a sexuálního života u lidí s různým typem zdravotního postižení. Jedním z podnětů k této činnosti mu bylo letité působení na pozici osobního asistenta – především pro osoby s těžkým tělesným postižením, kdy se navzájem poznával s lidmi různého postižení a věku, přičemž se nejen při příležitosti pomoci s osobní péčí postupně seznamoval s pohledem na jejich život, do něhož pochopitelně patří i partnerská a sexuální oblast. Je autorem vysokoškolských prací a několika odborných článků, v nichž se zabývá zmíněnou problematikou. Ve volném čase se jako rozhodčí věnuje vozíčkářskému ragby a hudbě.

Vážení čtenáři,
v současnosti existuje jen několik publikací, které se cíleně zabývají problematikou partnerského a sexuálního života lidí se zdravotním postižením. Většina podkladů a informací je roztroušena po různých knihách, sbornících, časopisech a webových stránkách náležejících k nejrůznějším oblastem a zájmům, zpravidla však k lékařským oborům, včetně jejich notně odborného medicínského zaměření. Publikace, která se vám nyní dostala do rukou, proto přináší základní informace o možnostech pracovníků v sociálních službách v oblasti podpory sexuality a partnerských vztahů svých klientů – lidí se zdravotním postižením. Paradox v koncepci sociální práce lze totiž spatřovat v tom, že tito pracovníci mívají znalosti z mnoha oborů, avšak v něčem tak obvyklém, co úzce souvisí s kvalitou života, tedy v lidské sexualitě, je často nikdo nepoučí. Navíc je sexualita lidí s postižením bohužel i nadále někdy vnímána jako částečné společenské tabu zatížené všelijakými mýty – to i odbornou veřejností, k níž patří právě i sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Záměrem publikace je proto pomoci usnadnit naplňování přirozených potřeb člověka se zdravotním postižením prostřednictvím distribuce dostatečných informací z této oblasti směrem k sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách.

Přestože obsah publikace v některých svých částech vychází ze znalostí autora zaměřených na oblast partnerského a sexuálního života lidí s tělesným či interním postižením, publikace se zaměřuje na celé spektrum problematiky různých typů zdravotního postižení tak, aby byla užitečnou pomůckou pro všechny své

čtenáře. Podstatným cílem předkládané publikace je upozornit na možný potenciál odborného sociálního poradenství v této problematice a všeobecně sociální práce jako takové, která je jedinečnou disciplínou a především jen těžko nahraditelnou multioborovou formou společenské pomoci.

Doufám, že obsažené poznatky budou významné nejen pro oblast sociální pomoci, ale především pro zdraví a štěstí člověka. Je neblahým faktem, že sexuální či partnerské potíže připravují o životní radosti mnoho lidí, přičemž musíme mít na vědomí, že také lidé se zdravotním postižením zpravidla sexuálně žijí či žít chtějí, neboť sexualita je důležitou složkou i jejich života. Věřím, že si publikace najde svou cestu nejen k pracovníkům odborného sociálního poradenství specializovaného na osoby se zdravotním postižením, pro které je především určena, ale také ke všem ostatním, kteří chtějí nalézt potřebné informace a nahlédnout do problematiky partnerského a sexuálního života lidí se zdravotním postižením.

Na závěr mi dovolu poděkovat všem lidem, kteří byli ochotni hovořit o vlastním intimním životě. Zvláštní poděkování patří Petru Eisnerovi za pomocnou ruku v podobě odborných konzultací při tvorbě publikace.

Tomáš Drábek

LIDSKÁ SEXUALITA A PARTNERSKÉ VZTAHY

Význam informací z oblasti sexuality pro sociální práci

Tak jako by měl být u každého jedince se zdravotním postižením kladen důraz na jeho edukaci týkající se sexuální problematiky včetně rodinné výchovy, je nutné speciální sexuální výchovu zaměřit také na všechny pomáhající pracovníky, kteří člověku se zdravotním postižením poskytují pomoc a participují na jeho podpoře. Znalosti o partnerském a sexuálním životě by tak měly být orientovány nejen na pedagogy, vychovatele, ošetřovatele a zdravotnický personál, ale také na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. K tomu J. Levická a Z. Truhlářová (2009: 81) uvádějí, že právě i sociální pracovníci někdy řeší řadu problémů, které souvisejí s lidskou sexualitou, jež je přirozenou a neoddělitelnou součástí každého lidského života. Zásadní význam má skutečnost, že klienti se zdravotním postižením, kteří se obracejí na sociálního pracovníka nebo jiné pomáhající pracovníky, se na ně obracejí s různými otázkami a problémy, tedy i ze svého intimního života, často ze zcela běžných důvodů, jež sumarizují J. Levická a Z. Truhlářová (2009: 80):

- Jejich otázka je napadla právě ve chvíli, kdy hovořili s pracovníkem.

- Mají k pracovníkovi důvěru vzhledem k předcházející spolupráci.
- Řeší s pracovníkem různé problémy, tak proč neřešit i sexuální život.
- Jít za sociálním pracovníkem je pro ně přijatelnější než návštěva sexuologa.
- Pracovník je zkrátka fakticky nejdostupnější (např. pro lidi s mentálním postižením) nebo nejbližší (např. pro lidi s tělesným postižením).

P. Eisner (In Venglářová; Eisner a kol., 2013: 133) upozorňuje také na skutečnost, že v mnoha případech může být sociální pracovník či pracovník v sociálních službách jediným člověkem v životě klienta, který s ním dokáže efektivně komunikovat a podporovat jeho práva a povinnosti.

Působení a vliv sexuální či rodinné výchovy je podle Z. Truhlářové (2008) ve velké míře propojen s výkonem sociální práce, především během případové práce s jednotlivcem. Mnoho potíží, které mohou mít uživatelé sociálních služeb, totiž vychází z rodinného prostředí nebo vztahových a sexuálních problémů. Pokud bude vzdělání z oblasti sexuality pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách dobře nastaveno, mělo by to přispět ke snížení počtu jedinců se zdravotním postižením, kteří budou v sexuálním a partnerském životě trádat a pocítovat problémy.

Již v úvodu publikace je nutné uvést, že pokud se pracovník, potažmo organizace rozhodnou pracovat se sexualitou svých uživatelů služby, je nezbytné tuto pomoc jasně pojmenovat a vymezit její hranice, aby byly srozumitelné jak všem pracovníkům, tak klientům, jejich rodičům a opatrovníkům nebo dalším osobám. U konkrétních pracovníků se předpokládá jistá vnitřní zralost, reálné dovednosti a erudovanost v problematice sexuality či partnerských vztahů. Tyto kompetence by měly být navíc dány jmenováním (pověřením) takového pracovníka v organizaci –

sociální službě a vymezením jeho působnosti v rámci konkrétní náplně práce (Eisner in Venglářová; Eisner a kol., 2013: 80, 97).

Co by měl pracovník vědět o lidské sexualitě?

Zásadní otázkou pro nás je, co by měli sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vědět jak o lidské sexualitě, tak o specifických potížích, které vznikají v jejím vztahu ke zdravotnímu postižení. Mimo obecný tematický rámec běžné sexuální výchovy je zajisté vhodné zaměřit se na určité zásadní a specifické okruhy, jež mají svou určitou roli ve vztahu k jednotlivým typům zdravotního postižení. Víme, že lze hovořit o mnoha společných tématech (například jako jsou tabu a mýty v sexualitě, genderové stereotypy či sociosexuální normy), jednotlivé okruhy však často ve vztahu k určitému zdravotnímu postižení získávají zvláštní náplň – a to i ve vztahu k přímé praxi. Mimo poznatky z oblasti biologie člověka, psychologie sexuality, komunikaci v oblasti sexuality, současný stav sexuálních výzkumů, problematiky menšinových skupin či sexuálního zneužívání existují právě oblasti, jež jsou v určitém zaměření proměnné.

- Ve vztahu k mentálnímu postižení je například speciální problematikou masturbace, obnažování se na veřejnosti, těhotenství nebo rodičovství.
- U lidí s tělesným postižením jsou specifickým tématem sexuální dysfunkce, sebepojetí jedince, vliv nemoci a neúspěchu na sexuální život či asistovaná soulož.
- Naopak u lidí s duševním postižením musíme řešit rizikové sexuální chování nebo vliv farmakoterapie na sexualitu, s kterým se často můžeme setkat také u lidí s mentálním postižením.
- Specifické tematické oblasti pak nalezneme například u lidí s poruchou autistického spektra, kteří mají potíže s dovednostmi

nutnými pro rozvoj a udržení sociálních, emocionálních a sexuálních vztahů.

Pojem *sexualita* ve vztahu ke zdravotnímu postižení

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

o sexualitě, důvěrou, postoji a hodnotami každého jedince. Sexualita by proto neměla být posuzována jen v kontextu se sexem – pohlavním stykem, zahrnuje také socializaci rolí souvisejících s pohlavím, fyzické dozrávání a tělesný vzhled, sociální vztahy a budoucí sociální aspirace“ (Štěrbová in Volfová a kol., 2008: 15).

„Všechna známá lidská společenství předpokládají, že plně socializovaní dospělí jedinci mají nejen schopnost se sexuálně vzrušit, nýbrž i schopnost heterosexuálního pohlavního styku. Nicméně společenská očekávání ve smyslu úrovně sexuálního vzrušení a naplnění jsou velice proměnlivá“ (Vrhel in Weiss a kol., 2010: 670). Tato proměnlivost se významně dotýká lidí se zdravotním postižením. Postižení je charakterizováno částečným nebo úplným omezením schopnosti vykonávat některou činnost, která však nemusí mít za následek snížení kvality jejího prožitku. Takovéto pojetí dysfunkce lidí se zdravotním postižením se významně týká i oblasti jejich sexuality a partnerského života. Právě společenské povědomí a postoje „zdravé společnosti“ k postižené populaci vytvářejí i v této oblasti nálepky sociálního stigma. Lidé s postižením bývají bohužel dodnes vnímáni jako asexuální bytosti, které se nacházejí mimo sociokulturní normu, a to pro časté mýty a předsudky, jež se mimo předpokládané neschopnosti aktivního prožívání sexuálního života týkají též nemožnosti reprodukce, rodičovství či navázání partnerského vztahu.

Zdravý sexuální život a kvalita života

Sexuální život je souhrnem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, které obohacují osobnost, zlepšují vztahy k lidem a rozvíjejí schopnost lásky (Venglářová, 2007: 65). Neoddiskutovatelnou skutečností je, že sexualita má pozitivní vliv a významný podíl na celkovém zdraví člověka a jeho životní pohodě, je základní složkou lidské přirozenosti. Sexuální vztahy jsou cenné pro většinu lidí a mají často za následek šťastnější život, který vede k rozšíření životních

zkušeností. Pro vliv na celkovou kvalitu života jde o stejně důležitou součást bytí také u lidí se zdravotním postižením. A. Zourková (In Weiss a kol., 2010) konstatuje, že v běžné populaci je kvalitní sexuální život považován za důležitou složku kvality života u 70 % populace. Proto bychom měli u každého člověka se zdravotním postižením podporovat snahy o jeho seberealizaci v této oblasti. Téměř každý má své schopnosti a dovednosti, které se dají při správném přístupu využít a rozvíjet. Navíc moderní pojetí sexuality akceptuje všechny formy sexuálního života, které nepoškozují druhého. Významnou a zdravou součástí sexuálního života je autoerotika. Její úloha se zvyšuje především v situaci absence partnera, a protože není její praktikování vázáno na další osobu, její význam stoupá právě u lidí se zdravotním postižením.

Jako základní stanoviska si uvedeme souhrn, který sestavila M. Venglářová (2007: 66) jako *Desatero zdravého sexuálního života*:

- „Sex je zdravý, přirozený a krásný. Může být zdrojem pozitivní energie a v případě partnerského soužití je potvrzením naší sounáležitosti a blízkosti k druhému.“
- „Umožňuje uvolnit a prožívat hodnoty v podobě lásky, důvěry či intimity.“
- „Sexuální fantazie jsou obvyklé a neomezené, samotné sexuální chování je omezeno pouze zásadou nepoškodit druhého, kdy musíme respektovat hranice partnera, se kterým si společně určujeme normu.“
- „Autoerotika je přirozená a neškodí zdraví, naopak je to jedna z forem intimního vyjádření, která může značně obohatit sexuální život.“

Pro doplnění I. Volfová a M. Velemínský (2008: 17) uvádějí, že pro lidi zdravé i se zdravotním postižením platí tato stanoviska týkající se sexuálního života: Každý člověk má právo na uspokojivý sexuální život, který se liší pouze projevem, možnostmi a touhou každého jedince, přičemž jsou si všechny formy sexuálních aktivit

rovnocenné. Podle P. Eisnera (In Venglářová; Eisner a kol., 2013) však nesmíme zapomenout, že k tomuto právu každého člověka se vždy nutně pojí také určité povinnosti (například neohrožovat nikoho svou sexualitou, neomezovat druhému osobní prostor apod.). Cílem podpory lidí se zdravotním postižením je tedy pomoci jim prožít takovou sexualitu, jakou si sami zvolí, avšak pouze pokud by tato volba neměla poškodit druhou osobu či překračovat zákonné a sociální normy. Dalším cílem u lidí se zdravotním postižením je posilovat jejich odpovědnost za své zdraví, k partnerovi a k zabránění nechtěného početí. Především u velmi citlivé problematiky rodičovství lidí se zdravotním postižením musíme na jednu stranu respektovat právo každého člověka být rodičem, na druhou stranu však nesmíme zapomínat na ochranu a práva potenciálních dětí. Obecně u všech lidí se zdravotním postižením je snaha zvyšovat jejich obranyschopnost proti zneužívání, především pak u lidí s mentálním či těžkým tělesným postižením.

Citové a erotické potřeby a jejich legitimita

Opět musíme zdůraznit, že lidé se zdravotním postižením, byť individuálně podle stupně a míry svého postižení, mohou být dobrým partnerem, který je sexuálně schopný a má stejné potřeby jako lidé bez postižení. Opomíjení těchto potřeb vede k narušení duševního zdraví, což se negativně projeví v sexuální identitě, přátelství, sebeúctě, povědomí o svém těle i emočním a sociálním růstu (Štěrbová, 2009). I. Volfová a M. Velemínský (2008: 17) uvádějí, že pochopit citové a erotické potřeby lidí s postižením znamená akceptovat jejich dosavadní sexuální vývoj, sexuální projevy a zkušenosti. Sexuální chování lidí se zdravotním postižením se projevuje velmi individuálně, v závislosti na pohlaví, věku, stupni a typu postižení, navíc také podle míry doposud poskytnuté pomoci a podpory. Realizace práce se sexualitou osob se zdravotním postižením je významná i z hlediska naplňování

základních lidských práv. Při hledání oprávněnosti poskytování podpory a poradenství v oblasti partnerských a sexuálních potřeb můžeme vycházet ze základních lidských práv a svobod, jež přísluší všem lidem bez rozdílu. Stejně jako každý jiný člověk, i člověk se zdravotním postižením má sexuální práva a potřeby, které chce vyjádřit a uspokojit. „Na rozdíl od člověka bez postižení však většinou potřebuje vyšší míru podpory a pomoci“ (Kozáková in Volfová a kol., 2008: 45). Protože každý poskytovatel sociálních služeb musí dodržovat všechny aspekty českého právního řádu, stejně jako se musí držet listin a dokumentů hájících práva osob s postižením, je nutná znalost zásadních právních dokumentů, které se problematice věnují (například Všeobecná deklarace lidských práv, Deklarace práv zdravotně postižených osob, Charta sexuálních a reprodukčních práv nebo Deklarace sexuálních práv).

Konkrétní dokument, který vytváří rámec pro sexuální osvětu, poradenství, podporu sexuality, jednotlivé služby a ochranu před sexuálním zneužitím, je souhrnem vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, kterých se lze držet při práci s klientovou sexualitou. V Nizozemsku, které má v této oblasti mnohaleté zkušenosti, začal být takový souhrn pravidel nazýván *Protokol sexuality*. D. Štěrbová (2009: 31) uvádí, že modelový protokol si může vytvořit každé zařízení podle svých potřeb a filozofie, jež vycházejí z potřeb osob s postižením a z potřeb svých zaměstnanců. P. Eisner (In Venglářová; Eisner a kol., 2013: 85) popisuje protokol sexuality „jako souhrnný materiál, který v sobě soustředí veřejné pojmenování přístupu a vymezení působnosti organizace při práci se sexualitou jejích klientů a také soubor pravidel, případně metodiku, které práci se sexualitou konkrétně ošetřují. Protokol může rovněž obsahovat kompetenční strukturu práce se sexualitou uvnitř organizace a pojmenovávat kritéria pro stanovení konkrétních kompetentních pracovníků.“

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

Každý má právo uspokojovat své fyziologické potřeby způsobem, který jemu samotnému vyhovuje, avšak zároveň nesmí porušovat toto či jakkoliv jiné právo u jiných osob. Lze tedy dovodit, že právo na sexuální praktiky může být účinně omezeno pouze v těch případech, jestliže jedinec porušuje nezpochybnitelná práva jiných osob odmítnout pro ně neakceptovatelný typ sexuality nebo formu její realizace, případně má-li být realizována taková sexuální praktika, která je výslovně zákonem zakázána.“ (viz předchozí kapitola Zdravý sexuální život a kvalita života, str. 15). V případě, že je tedy právo uspokojovat své fyziologické potřeby realizováno s ohledem na zákonné a sociální normy, nesmí být toto právo nikdy svévolně omezováno žádným pracovníkem sociální služby, rodičem nebo opatrovníkem. Podle P. Eisnera (In Venglářová; Eisner a kol., 2013: 45) mohou v rámci sociálních služeb bohužel všechny výše uvedené sexuální práva často narážet na nesoulad s filozofií zřizovatele konkrétní služby, kdy například představitelé organizací zřizovaných církvemi vidí práci se sexualitou klientů v rozporu s mravními hodnotami, jež církev zastává (nejkontroverznější témata jsou v tomto případě zpravidla nerespektování homosexuální orientace, zákaz masturbace, zákaz používání antikoncepce nebo nepřipustnost sexuálního kontaktu mimo rámec manželství aj.). Tyto organizace si mnohdy ani nepřipouštějí, že svým jednáním porušují právní normy, pokud uplatňují v životě všech svým klientů náboženská pravidla, aniž by se pro ně jejich klienti sami svobodně rozhodli.

Sex jako pozitivní hodnota a vstřícný přístup k sexualitě

Základní ideou při práci se sexualitou je respektování holistického přístupu k člověku. Přecenění zdravotního postižení jako organické poruchy či nerespektování psychogenní problematiky může klienta v jeho intimním životě poškozovat. Zcela určitě bychom neměli chápat sexuální aktivity jako výkonnostní činnost, spíše vidět

stránku duševního prožitku a celkové relaxace. Proto je vhodné pochopit sexuální život komplexně, pozitivně a snažit se o odstranění negativní vlivů, které na něj působí. Velmi důležitým aspektem ve filosofii sexuality osob se zdravotním postižením je uznání vztahů lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako bytostných aspektů štěstí. Také M. S. Tepper (In Štěrbová, 2009) jednoznačně podporuje složku sexuálního prožitku jako významného aspektu v lidském životě. Sexuální rozkoš dává pozitivní význam našim životům a především pomáhá k sociální integraci, která patří mezi již zmiňované cíle sociální práce (tamtéž). Nelze však v možné míře integrovat lidi se zdravotním postižením do většinové populace, když nebudeme hovořit o jejich sexualitě a sexuálních potřebách. Každý z nás musí přijmout skutečnost, že lidé s postižením mají jako každý jiný právo na sexuální život s jeho rozličnými projevy. V případě, že právo na sexualitu nepřijmeme a nebudeme jejich intimitu akceptovat, nebudeme také moci umožnit snahy ucelené integrace, která je nejen z pohledu sociální práce více než žádanou.

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

Protože sexuální složka nejen obohacuje, ale též komplikuje lidský život, je při podpoře lidí se zdravotním postižením v jejich sexualitě zvláště nutný důraz na kladnou stránku sexuality oproti různým restrikcím a zákazům. S. Kratochvíl (2005: 96) uvádí, že „sexuální vzrušení a uspokojení patří k nejsilnějším lidským emocím.“ Orgasmus, jako vrchol sexuálního uspokojení, může být někdy takovým prožitkem, kterého těžko lze dosáhnout jiným

způsobem. Dále S. Kratochvíl (tamtéž) dodává, že svět je s prožíváním vlastní sexuality živější a barevnější.

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

Partnerské vztahy a problematika osamocení

„Při osobním zrání a vývoji v dospělosti neexistuje silnější podnět než milostný vztah. Zároveň však nenajdeme žádný jiný vztah, který by tolik ohrožoval osobní pohodu a psychické i tělesné zdraví jako milostné pouto“ (Jürg, 2006: 13). Abychom se cítili dobře sami sebou, cítili se být produktivní, všichni potřebujeme být v kontaktu s lidmi. Všichni potřebujeme významné osoby ve svém životě. Potřebujeme mít důvěrný vztah, blízkého přítele jako zdroj radosti a pocit, že k někomu patříme (Štěrbová, 2009: 69). Pro člověka s postižením má získání partnera ještě větší význam než pro člověka bez postižení. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu partnerského vztahu, o jeho symbolický význam. Získání partnera funguje jako důkaz normality (Vágnerová, 2004: 186). Tento důraz normality je jednoznačně spojen se sociokulturní normou, s očekáváním společnosti. Člověk se zdravotním postižením tak plní mimo jiné i sociální roli, roli partnerskou a kromě naplňování svých potřeb se zároveň vyrovnává lidem bez postižení. Z. Kozáková (In Volfová a kol., 2008: 68) dodává, že každý člověk, tedy i s kterýmkoli typem postižení, touží po blízkosti druhé osoby, po užším vztahu, než je kamarádství nebo přátelství.

Také je třeba zdůraznit mimořádný význam partnerského vztahu jako sociální opory. Příkladem je mladý muž se spoustou životních plánů, který po autonehodě ochrnul od pasu dolů. Když jeho manželka pochopila, jaké následky takové postižení má, požádala o rozvod. Mladý muž i přes oporu profesionálů ztratil motivaci k rehabilitaci i k adaptaci na změněné životní podmínky, přijal umístění v domově pro osoby se zdravotním postižením a rezignoval na řadu osobně dosažitelných cílů (Novosad, 2009: 232). S. M. Allen a A. S. Ciammbrone (In Štěrbová, 2009: 49) zdůrazňují význam vzájemného vztahu jako sociální opory zejména u lidí se zdravotním postižením. „Emoční a sociální opora vede ke snížení důsledků sociální izolace, čímž přispívá k sociální integraci. Dostatečná sociální síť pomáhá k prevenci depresí a pomáhá zmírňovat i projevy somatické.“ Poskytovatelé sociálních služeb by proto měli u klientů podporovat vedle sexuálního života také jejich stávající či budoucí partnerské vztahy a pro své klienty vytvářet vhodné možnosti k jejich navázání (například realizací volnočasových aktivit). Podle P. Eisnera (In Venglářová; Eisner a kol., 2013: 125) „lze totiž říct, že lidé s postižením mají ve svém životě obecně mnohem méně možností jak k navázání, tak k udržení vztahu, ať už mezi lidmi s postižením, nebo bez postižení.“

Vhodným příkladem jsou seznamovací večírky v podobě společenských akcí, pořádané občanským sdružením Máme otevřeno?, které jsou určené výhradně pro lidi s mentálním postižením. S patřičným ohledem na „Standardy kvality sociálních služeb“ můžeme podle D. Štěrbové (2009) doplnit, že je zcela legitimní, aby uživatelé žádali o pomoc v rozšiřování svých sociálních sítí. To totiž směřuje k možnosti získání sociální opory.

Velmi závažnou problematikou je osamocení jedince s postižením. Nedobrovolné osamocení na dlouhý čas může vést k závažným psychosociálním následkům. Jednotlivce postrádá lidskou blízkost, jejíž potřeba nabývá na intenzitě se zvyšujícím se věkem. Vedle

psychické zátěže jsou jednotlivci v nebezpečí sociální dezintegrace. M. Kastnerová (2009) uvádí, že žít o samotě nemá žádnou vlastní hodnotu. Být sám může vést až k depresivním náladám nebo sebevraždnému jednání. Je skutečností, že častými příčinami sebevražd bývá zhroucení interpersonálních vztahů, zvláště těch intimních. Jednotlivci bez úzkého partnerského vztahu jsou výrazněji konfrontováni s pocitem osamění než ostatní skupiny obyvatel a více trpí psychickými problémy. „Partnerství a manželství představují nejdůležitější dominanty subjektivního pocitu blaha. Lidé s partnerem na své straně se zřetelně lépe vyrovnávají s těžkostmi života. Nikdo nežije pro sebe samotného“ (Kastnerová, 2009: 137). Uvědomme si, že to dvojnásob platí pro lidi se zdravotním postižením. Není vhodné, aby se jedinec pod vlivem svého postižení smířil se svým smutným osudem a neviděl žádné reálné možnosti, jak svou partnerskou roli uskutečnit. Nepřítomnost partnera bychom měli vnímat jako nepříjemný, ale přechodný stav. Lidé se zdravotním postižením jsou v osamocení vystaveni nebezpečné rezignaci na vlastní sexuální roli, protože pocity beznaděje, sociální izolace či předsvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci, vzdalují jedince od běžného způsobu života v každodenních interpersonálních vztazích a sítích.

Přínos partnerských vztahů a sexuality

Podle B. Baštecké (In Vodáčková a kol., 2007: 249) se v intimní oblasti zpravidla udávají tři hlavní funkce sexuality:

- Individuální – pohlavnost může člověku přinášet uvolnění, rozkoš, a to i v případě, že je sám se sebou.
- Párová – sexuální styk jako svébytný a hluboce důvěrný rozhovor dané dvojice.
- Druhová – v důsledku sexuálních styků mají lidé děti.

Především individuální funkce sexuality může být v průběhu dlouhodobého onemocnění či zdravotního postižení jednou z mála radostí, která přináší zmíněné uvolnění a potěšení. Intimní kontakt s partnerem pak může dávat pocit sounáležitosti, potřeby a smyslu života. Stejně tak je důležitá i autoerotika. Ta může být jistým druhem terapie, neboť se při ní uvolňuje sexuální napětí. Tím se odstraňují psychické bloky a jedinec s postižením se může osobnostně rozvíjet zejména díky větší vstřícnosti ke všem podnětům. Jsme-li sexuálně uspokojeni a dokážeme-li se intimně realizovat, pomůže nám to i fyzicky. Každý z nás určitě slyšel o tom, jak psychický stav ovlivňuje fyzický a naopak. Sexuální sny, fantazie a vzpomínky nás neopouštějí nikdy, proto mohou být v některých případech také spojnicí s reálným životem (Pastor in Weiss a kol., 2010: 222–223). „Mít možnost vzpomenout si v těžkých chvílích života na silný sexuální zážitek, přivolat si ho v představách v celé jeho jasnosti a síle – není to mocná protiváha utrpení a smutku?“ (Kratochvíl, 2005: 96). Uspokojující partnerský život, který je velkým obohacením, není ovšem hodnotou jedinou a ani hodnotou nejdůležitější. Podle S. Kratochvíla (2005: 54–55) je společně sdílený osud se vzájemnou podporou, něžností, láskou a vzájemným porozuměním nebo péčí o děti to, co dává partnerskému nebo manželskému soužití smysl i v situaci, kdy v něm sexuální aktivity neprobíhají ideálně. Uvádí, že ve většině případů stojí za to zkoušet stále znovu intimitu prožívat a ožивovat.

SOCIÁLNÍ PRÁCE V SOUVISLOSTI S PARTNERSKÝM A SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Pojetí sociální práce vzhledem k problematice

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

Je skutečností, že předcházení sociálnímu vyloučení můžeme považovat za jeden z nejdůležitějších principů zákona o sociálních službách, tedy i samotné sociální práce. Sociální začleňování poté směřuje k příležitostem a možnostem žít takovým způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Přitom vcelku běžné je mít

partnera, být rodičem nebo vést sexuální život. Dalším z cílů sociální práce je vytvořit klientovi takové podmínky, které vedou k uspokojování jeho přirozených potřeb. A každý člověk má během života touhu naplňovat jednotlivá patra pomyslné pyramidy svých potřeb, od těch nižších, jako je například sexuální vybití, přes potřeby sounáležitosti a sebeúcty až k těm vyšším, jako například k potřebě seberealizace. Nutno dodat, že sociální pomoc je nejčastěji zaměřena na jedince ze specifické a ohrožené skupiny populace, přičemž se v mnoha případech jedná o lidi se zdravotním postižením. Z výše uvedeného by mělo být zřejmé, že sociální práce a jednotlivé sociální služby se mohou podílet na partnerském a sexuálním poradenství pro lidi se zdravotním postižením. Dokonce nejen podílet, ale i v této oblasti vyvíjet záměrnou a cílenou podporu, protože mezilidské vztahy spolu se sexualitou jednoduše patří mezi základní atributy lidství. Je neoddiskutovatelné, že samotná sexualita je běžnou součástí života jedince. Proto vytváření optimálního a zdravého životního stylu musí zahrnovat také oblast této problematiky. Její závažnost navíc vyplývá z významného postavení sexuality v životě každého z nás (Kaliba, 2009: 42).

Protože má široká veřejnost různé představy o sociální práci, dospěl L. Musil (2008: 60) k závěru, že lidé, kteří sociální práci považují za blíže nespecifikovanou profesi, zpravidla nemají představu, co zvláštního by jim mohli sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách nabídnout, a tudíž si o to nemohou říci. To platí i pro klienty, zřizovatele sociálních služeb, pracovníky různých pomáhajících profesí a bohužel často i pro samotné sociální pracovníky. L. Musil (2008: 64–65) proto nabízí hypotézu, že pestrý prostor, ve kterém se v České republice v praxi sociálních služeb potkávají, střetávají a míjejí různorodé představy o sociální práci, lze ohraničit třemi přístupy k sociální práci, které označuje jako administrativní, profesionální a filantropické pojetí. Jedná se o tři myšlenkové orientační body, o něž se s různou intenzitou a různými způsoby opírají představy různých jedinců a skupin. Každé pojetí přináší v určitých situacích své pro a proti, ale vzhledem k charakteru námi řešené problematiky bychom měli být stoupenci

tzv. profesionálního přístupu podobně jako L. Musil (2008) nebo R. Janebová (2008). Tzv. profesionální pojetí sociální práce totiž od pomáhajícího pracovníka očekává, že bude specialistou, což podporuje globální jev, kdy můžeme stále častěji zaznamenat celosvětový trend specializace pracovníků nejen ve sféře zdravotní, ale i sociální.

Specializace sociální práce

Je důležité, aby si sociální pracovník – už během studia – našel svou vlastní specializaci a zájem o konkrétní oblast nebo cílovou skupinu. Tím můžeme myslet takovou specializaci, v které se pracovník zaměřuje na komplexní posouzení individuálně specifických potíží, jež klientovi brání zvládat jeho interakce se sociálním prostředím. V rámci interdisciplinárního přístupu pak zprostředkovává spolupráci pracovníků jiných pomáhajících profesí při řešení různorodých nesnází konkrétních klientů nebo je schopen sám poskytnout pomoc na základě zkušeností z praxe, pomocí dalšího vzdělávání a samostudia, kdy prohlubuje svou specializaci pro určitou oblast (Musil, 2008). Takto se pracovník může specializovat právě i na oblast partnerství a sexuality lidí se zdravotním postižením. Je pochopitelné, že u někoho takové tvrzení může vyvolat údiv či otázku, zda do poradenského a sociálního kontextu tato problematika patří. Samozřejmě, když přijmeme jednoduché východisko, které určuje L. Novosad (2009: 53), „že podpora lidí s postižením zahrnuje škálu vzájemně propojených oblastí, jež se dotýkají kvality jejich života. Pak je nám zřejmé, že sexualitu lidí s postižením nelze opomenout.“ Proto stačí jen rozlišovat mezi obecnými tématy zdraví a nemoci a specifickými tématy zdravotního postižení, jak uvádí. V tomto smyslu může sociální práce přistupovat i k takové aktuální problematice, jakou je oblast partnerských vztahů a sexuality klienta se zdravotním postižením v rámci zvyšování kvality jeho života. Poté, co jsme si objasnili obecně žádanou specializaci sociální práce, se musíme ptát, co

v dané problematice znamená či může znamenat pomoc sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách nejen pro samotného klienta, ale i pro ostatní pomáhající profese, jež participují na jejím řešení.

Specializované poradenství jako mezioborová práce

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

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

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

Současný stav práce se sexualitou v sociálních službách

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

Podíváme-li se na situaci konkrétní pomoci v oblasti partnerských vztahů a sexuality lidí se zdravotním postižením, zjistíme, že existuje nabídka přímých služeb, avšak ve velmi malé míře. Za zmínku zajisté stojí uvést například Poradenské centrum Amorela zaměřené na oblast sexuality a mezilidských vztahů v životě lidí se zdravotním postižením, které nalezneme v Plzeňském kraji. Přesto aktivity jednotlivých organizací vytvářejí pomyslné základy systému relevantní pomoci nejen lidem s postižením, ale také jejich rodičům a pomáhajícím pracovníkům, kteří se pak mohou zpětně podílet na budování cílené pomoci

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

Vzhledem k tomu, že značná část praxe sociální práce spadá do působnosti zákona o sociálních službách, je třeba nahlížet na problematiku i podle legislativního měřítka. Standardy kvality sociálních služeb, byť nepřímou poukázaly na nutnost věnovat se u klientů také této problematice, nepřinesly žádnou přímou pozornost otázkám partnerských vztahů a sexuality, což lze považovat za významné opomenutí. Přitom je v dikci zákona o sociálních službách v § 88 uvedeno, že poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, jež umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva. Zákon o sociálních službách může navíc vyvolávat představu, že sociální práce je

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

Práce se sexualitou jako součást kvalitní sociální služby

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

Rozsah znalostí z oblasti sociální práce by měl v rámci dobré praxe zahrnovat i předpoklady pro podporu klientů v oblasti jejich sexuality a partnerských vztahů. Problematika zdravotního postižení se netýká pouze oblasti sociálního zabezpečení, architektonických bariér nebo pracovního uplatnění. Také v oblasti intimního života je více než nutné při zájmu klienta nabízet pomocnou ruku. Kdyby nebyla pokryta všechna úskalí a zákoutí života lidí s postižením, nemohli bychom zajistit poskytnutí kvalitních sociálních služeb, kam i oblast sexuality jednoznačně patří. Je nutné, aby se pracovníci orientovali v dané problematice a věnovali pozornost i těmto potřebám svých klientů. Nemusí se jednat přímo o specializované poradenství, ale například o různé formy cílené osvěty nebo pomoci při seznamování apod. Základním kamenem pro pracovníka služby i

jeho klienta je samozřejmě informovanost, kde lze hledat vhodnou pomoc. To je podstatný a výchozí fakt, protože lidé s postižením mnohdy prostě nevědí, kam a na koho se obrátit. Opět však musíme mít na paměti, že základním předpokladem pro poskytování jakékoli podpory v této oblasti je připravenost a rozhodnutí organizace zřizující sociální službu a její dostatečné personální zajištění pracovníky s jasným přístupem a potřebnými kompetencemi. „Práce se sexualitou v rámci sociálních služeb je velmi žádoucí přímo pro lidi s postižením jakožto uživatele, ale také pro efektivitu poskytované služby a pracovníky, kteří ji poskytují. Aby mohla organizace s problematikou bezpečně zacházet (neublížit klientovi), je nutné ji pečlivě ošetřit a nastavit. Prvním krokem je rozhodnutí organizace, že pomoc v partnerské nebo sexuální oblasti zdravotně postižených klientů bude součástí nabízených služeb. Management musí vymezit a veřejně pojmenovat, jak organizace problematiku vnímá, jak k ní přistupuje a do jaké míry je a bude schopna reagovat na zakázky od uživatelů“ (Eisner, 2010 C: 4).

Postavení organizace v její participaci na podpoře sexuality a partnerských vztahů jejích klientů dobře znázorňuje pomůcka od Petra Eisnera tzv. *Dům sexuality*, o kterém nalezneme bližší informace v publikaci *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* (Venglářová; Eisner a kol., 2013: 76–84). Spoluautor výše uvedené knihy, Petr Eisner, nyní samostatný lektor, který dříve působil např. v pražské společnosti Pohoda, nabízí pro vymezení a postavení organizace odborné konzultace zaměřené na zavádění práce se sexualitou v službách a tvorbu příslušných dokumentů. Jde o moderovaná setkání pro vedení organizace a jednotlivé týmy pracovníků v sociálních službách. Výsledkem je pak nalezení pozice organizace v práci se sexualitou lidí s postižením, vymezení postoje a jeho srozumitelné pojmenování. Hlavními výstupy jsou stanovení možností poskytovaných služeb ve vztahu k práci se sexualitou, prověření jednotnosti týmu v základním přístupu k sexualitě, stanovení možností, vymezení postoje organizace a vytyčení základních bodů pro Protokol sexuality.

VYBRANÁ VÝCHODISKA PRO PODPORU SEXUÁLNÍHO A PARTNERSKÉHO ŽIVOTA LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE VZTAHU K SOCIÁLNÍ PRÁCI

Požadavky na pomáhajícího pracovníka

Je samozřejmé, že otevřenou podporu může poskytovat jen pracovník, který se v této činnosti cítí zcela bezpečný a nedělá mu potíže o sexuálním jednání jasně a srozumitelně hovořit. Je velmi obtížné definovat požadavky a dovednosti na pracovníka, lze však stanovit určité základní principy pro ty, kteří se oblasti partnerských vztahů a sexuality svých klientů chtějí věnovat. Skutečností je, že prostě ne každý může v této oblasti pracovat a pomáhat. Potřebuje přiměřené sebevědomí a musí být člověkem se vším všudy, který je schopen komplexně a citlivě přistupovat k druhému. Především se však musí umět vyrovnávat s možnými pochybnostmi v oblasti lidské sexuality a mezilidských vztahů. Na další věc upozorňuje D. Štěrbová (2009: 17), totiž že chceme-li osobu s postižením rozvíjet v kterékoli oblasti, potřebujeme o ní hodně vědět. Abychom mohli řešit problémy spojené se sexualitou, nestačí nám jen to, co vidíme, co si myslíme a jací jsme. Přestože znalosti, hodnoty a podporující úrovně směřující k sexualitě jsou u

jednotlivých lidí různé, musejí si pomáhající pracovníci často zajišťovat své vlastní nezbytné kompetence nutné pro tuto podporu.

Určité srozumitelné kompetence pro pracovníka pracujícího se sexualitou uvádí P. Eisner (In Venglářová; Eisner a kol., 2013: 97):

- Pracovník by měl svým vystupováním, projevy i pohlavností jako takovou působit jako přirozený vzor pro druhé.
- O tématu by měl umět mluvit velmi otevřeně, ale citlivě a s uvědoměním svých osobních i profesních hranic.
- Měl by si rovněž uvědomit, že jeho odbornost také někde končí a neznamená tedy, že zná odpovědi na všechny otázky a že dokáže pracovat s jakýmkoli klientem.
- Zcela zásadní je nehodnotící přístup a respekt k hodnotám druhých.

Konkrétní podrobně rozepsaná pravidla poukazující na základní dovednosti pracovníka podle P. Eisnera nalezneme v publikaci *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* (Venglářová; Eisner a kol., 2013: 61–72).

J. Risenová (In Vodáčková a kol., 2007: 255–256) uvádí překážky, které vnímají pomáhající pracovníci při práci se sexualitou klientů. Jedná se o tři oblasti, se kterými by měl pracovník umět zacházet. Uvedená omezení jsou však odstranitelná praxí a nácvikem. Přestože ne každý pomáhající pracovník dovede nebo bude chtít tyto překážky odstranit, je v rámci kvalitní služby základní vybavenost v tomto směru nezbytná.

- První je omezenost osobní normy. Nezkušený pracovník si tváří v tvář klientovi a jeho výpovědím o sexuálním životě klade otázky: „Znám někoho, kdo něco takového dělal?“ a má tendenci porovnávat klientovy zážitky se svými s tím, že své považuje za normu.

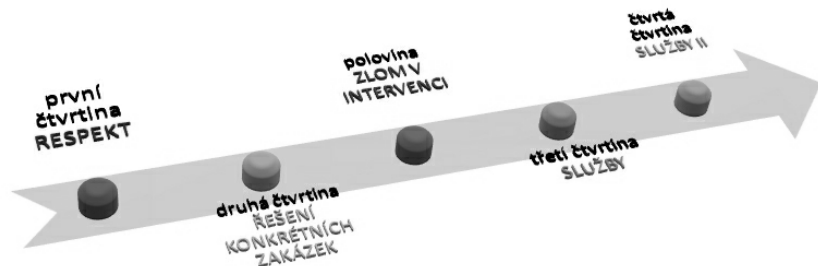
- Druhou překážkou bývá strach z možných následků hovoru o sexualitě. Hovor o intimních tématech může vést u pracovníka k zadrhnutí hlasu, ke změně dechu, k zčervenání.
- Třetí oblastí je neobratnost při pojmenovávání sexuálních témat a při kladení otázek, tedy nedostatečné komunikační dovednosti vzhledem k problematice. Pracovník váhá, zda pojmenovat jev slovy klientovými nebo slovy spisovnými, zda jasně vyjádřit a upřesňovat naznačené a neví, kam až může v dotazech zajít.

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

Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta

Mimo výše uvedený Dům sexuality (viz předchozí kapitola Práce se sexualitou jako součást kvalitní sociální služby, str. 31) vytvořil Petr Eisner ještě další účinnou pomůcku určenou přímo pro jednotlivé pracovníky sociálních služeb, kterou je Osa rozlišující zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením, kde si každý pracovník může určit své místo a jasně si uvědomit hranice svých možností a dovedností v této oblasti. Toto uvědomění je pro pracovníka zvláště důležité, protože v oblasti sexuality a partnerských vztahů může z nesprávného přístupu vyplývat řada rizik jak pro uživatele, tak pro pracovníka.

Obrázek 1 – Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta



Zdroj: (Venglářová; Eisner a kol., 2013: 51)

- Před osou se nacházejí ti pracovníci, kteří nevnímají práci se sexualitou jako součást své práce, pracovníci, kteří neuznávají člověka s postižením jako osobu se sexuálními potřebami a právem na jejich projevy a uspokojení.
- V první čtvrtině osy se pohybují všichni pracovníci, kteří respektují člověka s postižením jako osobu se sexuálními potřebami a dovedou adekvátně reagovat. Tito pracovníci vnímají práci se sexualitou jako součást své práce a vytvářejí patřičnou kulturu, která je nezbytná k tomu, aby uživatel cítil bezpečí a důvěru v této citlivé oblasti a mohl beze strachu řešit své případné potíže.
- V druhé čtvrtině osy se nalézají pracovníci, kteří již dokážou řešit konkrétní zakázku klienta. Na rozdíl od standardu respektujícího přístupu z první čtvrtiny osy, by neměl být pracovník do pozice ve druhé čtvrtině osy nijak tlačěn (ani uživatelem, ani organizací). Mělo by jít o jeho svobodnou volbu, zda se chce problematice věnovat i na takovéto úrovni.
- Polovina osy značí zlom mezi prací s uživatelem formou sezení, povídání a fyzickou přítomností – např. nácvikem masturbace. Platí zde pravidlo, že pro zachování intimity a jasných hranic by

intervence v druhé polovině osy měl provádět pracovník z jiné organizace, který uživateli neposkytuje žádné jiné služby.

- Hranici mezi třetí a čtvrtou čtvrtinou osy tvoří služba typu asistované soulože – tedy jasně pojmenovaná a vymezená služba.

Bližší informace o ose zapojení spolu s mnoha praktickými příklady nalezneme opět v publikaci *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* (Venglářová; Eisner a kol., 2013: 51–76).

Sebereflexe vlastního sexuálního života

Konfrontace s vlastní sexualitou je jednou z důležitých oblastí při snahách o podporu sexuálního života u lidí se zdravotním postižením. Znalost a vyladování osobních postojů je pro poskytování podpory (nejen) sexuálního života lidí se zdravotním postižením zcela zásadní. Vlastní postoje nám umožňují druhému porozumět. Sexualita každého z nás je zranitelná především v oblasti identity. Při poskytování pomoci se potřebujeme vyznat v tom, co daný člověk nebo daný pár potřebuje, především pak v čem mu my můžeme pomoci. Musíme vědět i to, že ne v každé situaci dovedeme pomoc poskytnout. Rodič či pedagog, který neví nic o tom, jak člověk s určitým typem postižení může sexuálně žít, zvládat péči o malé dítě nebo navazovat intimní vztahy, je nutně bezradný a může napáchat více škody než užtku (Baštecká in Vodáčková a kol., 2007). Základním prvkem sebereflexe je začít s uvědoměním si své vlastní sexuality. Musíme si dokázat sebekriticky zodpovědět otázky typu: *Způsobila někdy v mém životě sexualita krizi? Jak se to projevilo? Znáám nějaká sexuální témata, která přesahují mou osobní normu? Která to jsou?* To z důvodu, abychom si uvědomili své osobní postoje, pocity z vlastní sexuality a věděli, jak můžeme pomoci druhým lidem, jak se zachováme k někomu, kdo má jiné sexuální představy než my sami, a zda pro to máme dostatečné znalosti. Možná bychom nabídli devatenáctiletému

chlapci bez postižení jiné rady než třicetileté paní s těžkým tělesným postižením. *Jak se tedy vyrovnáváme s vlastní sexualitou? Uvědomujeme si vlastní představy a případné předsudky jak k sexualitě druhých, ale především ke své vlastní?* A pozor! Pro každého člověka může být konfrontace s vlastní sexualitou velkým úskalím. Nemůžeme přece podporovat druhé bez vlastní otevřenosti k sexuálním problémům a snahy k přijetí pluralitních názorů. Otázky sexuálního života lidí se zdravotním postižením mohou řešit jen ti, kteří mají vyřešeny své vlastní sexuální problémy. Konfrontace s vlastní sexualitou je obecně také jednou z překážek při snahách o změnu negativního pohledu na sexuální život u lidí se zdravotním postižením. Tyto postoje jsou výsledkem poplatných společenských obav z vlastní neschopnosti uspokojit partnera a strachu hovořit o svých problémech v sexu. A ruku na srdce, i značná část zdravé populace má v oblasti vztahů a sexuality obtíže. Pro ty, kteří by rádi pomohli, je velmi významné, jaké mají zázemí ve svém osobním životě. Dlouhodobě neřešené konflikty v partnerství a rodině spolu s kvalitou sexuálního života jsou totiž důležitým hlediskem pro každého z nás. Podle P. Eisnera (2010 A) jsou často do života lidí s postižením aplikovány takové hodnoty a normy, které zastává konkrétní člověk. A mnozí z nás zapomínají, že tyto hodnoty si vždy volíme jen pro svůj vlastní život. Je třeba vidět problematiku z různých perspektiv a tyto perspektivy vědomě reflektovat a kriticky je nahlížet. I takovou podobu může mít sebereflexe vlastní sexuality.

Etické aspekty v práci se sexualitou klienta

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

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

Zvláštnosti a pravidla komunikace

Více než dobré komunikační dovednosti jsou pro pracovníka důležité z toho důvodu, že se dotýká té nejintimnější stránky svých klientů. Jedincům navíc obvykle v komunikaci brání zbytečný, ale pochopitelný stud. Přitom základní anamnestický rozhovor je v rámci mapování problémů klienta a případné pomoci zpravidla nejdůležitějším zdrojem informací. Přestože podrobná diagnostika sexuálních potíží patří především do kompetence sexuologů a komunikace o těchto problémech je často složitá pro řadu pomáhajících pracovníků, měl by orientační rozhovor zvládnout každý pracovník v sociálních službách, který se problematice věnuje (Janáčková; Weiss, 2008).

Úvodní rozhovor s jedincem nebo párem bychom měli zaměřit nejprve na podporu otevřené komunikace, zjistit očekávání, potřeby a případné obavy se zaměřením na dosažení vzájemného chápání a snahy vyjít si vstříc. Při první konzultaci musíme počítat s možností, že nám klient nebude schopen vše otevřeně sdělit, nejčastěji proto, že se stydí, není schopen na toto téma mluvit nebo zatím nad svými

problémy nepřemýšlel. Dále se musíme zaměřit na klientovu orientaci v situaci, kdy je běžným dotazem pracovníka ptát se klienta, co si o své vlastní situaci a o svém sexuálním životě myslí, co o ní ví a co by vědět potřeboval. Komunikaci někdy může ztěžovat chudý slovník v oblasti erotických témat, případné předsudky o pohlavních rolích, jindy pocity studu a viny. Ostych při verbalizaci sexuálních problémů se může stupňovat jak před pracovníkem, tak klientem opačného pohlaví. K páru bychom samozřejmě měli přistupovat jako k celku a komunikovat s oběma partnery. V každém případě je důležitá otevřená a upřímná komunikace. Při otázkách osobního charakteru ponechme co největší prostor klientovi. Některé věci se dozvíme až časem (Kratochvíl in Weiss a kol., 2010: 377, Procházka in Weiss a kol., 2010: 116, Vodáčková a kol., 2007: 50, Brichcín in Weiss a kol., 2010: 531). Průběh a výsledek komunikace může být značně ovlivněn také přítomností jiných zúčastněných osob mimo klienta, např. rodičů, sourozenců či pracovníků jiné služby.

Při rozhovorech o sexuálním životě je navíc nutné umět vhodně formulovat otázky a vyhradit si na tento rozhovor patřičný prostor. Náročnost komunikace pro všechny zainteresované může vést k užití dotazníkových metod, jimž klienti, kteří neumějí nebo ani nedovedou své potíže sdělit, mohou dát přednost (Žourková in Weiss a kol., 2010: 417). Vedle výše uvedeného je pochopitelně nutné respektovat obecná pravidla pro komunikaci s klientem se zdravotním postižením. Je potřeba dodat, že právo pomáhajícího přicházet s vlastní iniciativou musí být vždy spojeno s citlivým vnímáním a respektováním vnitřního světa klienta.

Podle A. Žourkové (In Weiss kol., 2010) také samotní lékaři bez sexuologické erudice mají potíže při zahájení a vedení rozhovoru o sexuálním životě svých pacientů léčených pro jiná závažná onemocnění, než jsou sexuální dysfunkce. Navíc se v sexuologické ordinaci ocitají lidé, kteří se rozhodli své potíže v sexuálním životě řešit a jsou na rozhovor připraveni. Tuto zjevnou výhodu sociální pracovník nebo pracovník v přímé péči mnohdy mít nemusí, a tak začít rozhovor o sexuálním životě klienta může mu činit potíže. I

proto, že v této oblasti přetrvává řada mýtů, existuje mnoho důvodů, a to jak na straně pracovníka, tak i klienta, proč se vyhnout hovoru na toto téma. Níže si uvedeme možné příčiny, zpracované volně podle A. Žourkové (In Weiss a kol., 2010: 418). Co může pracovníkovi bránit zahájit rozhovor na téma sexuálního života:

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

Které aspekty naopak mohou bránit klientovi mluvit o sexuálních problémech:

- Strach hovořit o sexuálním životě.
- Těžkosti s formulací problému a nalezení vhodných slov k vyjádření potíží.
- Málo zkušeností v hovorech o sexualitě.
- Obavy, že se ztrapní, zesměšní.

- Obavy ze ztráty image, když přizná, že má v sexuálním životě potíže.
- Přesvědčení, že se pracovník sám začne ptát na sexuální život.
- Přesvědčení, že sexuální problémy nelze kompenzovat a léčit.
- Málo informací o tom, že je pracovník schopen poskytnout pomoc.
- Nechut' partnera ke změně, protože mu současná situace vyhovuje.

Základní východiska pro práci se sexualitou klienta

Je nutné si uvést také základní specifika, s nimiž musí pracovník ve vztahu k osobám se zdravotním postižením počítat. Pro sociální práci je nezbytné, abychom viděli ve člověku se zdravotním postižením sociosexuální bytost, která má svůj pozitivní potenciál a má specifika daná svým omezením nebo postižením. Respektování každého klienta s jeho životní historií se pak kladně odrazí ve výsledku práce s klientem i v pocitech klienta samého. Jednou ze zásadních informací, která bude formovat naši práci s klientem je to, zda se jedná o postižení vrozené nebo získané (Novosad, 2009: 147–148). Je nutné brát vždy v potaz tyto faktory:

- Existuje široká škála a proměnlivost obtížných životních situací a problémů, přímo i nepřímo souvisejících se zdravotním postižením.
- Ke klientům patří jak lidé s nejružnějšími typy či formami zdravotního postižení, tak i lidé s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.
- Každý jedinec má individuální zkušenosti a rozdílné adaptační schopnosti.
- Existující klíše a předpojaté postoje vůči jednotlivým typům zdravotního postižení. Především je určitá danost, nezvratnost

individuálních mezí či hranic možností lidí se zdravotním postižením (Novosad, 2009: 110–111).

Podle B. Baštecké (2000: 37) je nutné v rámci poradenské práce zaměřené na sexualitu člověka s postižením dodržovat několik pravidel:

- Seznámit se s povahou daného postižení, určit potřeby (proč potřebuje pomoc a co mu můžeme nabídnout) a nic nepředpokládat.
- Vzdělávat se v hodnotových a postojoyých posunech, uvědomovat si zkreslení daná vlastní normou, hodnotami a postoji.
- Uvědomovat si právní rámec i s jeho případnými nedostatky a v případě potřeby použít tzv. tlumočnicka. Tlumočnickem se myslí mluvčí, který je člověkem s určitým zdravotním postižením. Tito mluvčí mohou seznamovat lidi bez zdravotního postižení (např. pomáhajícího pracovníka) s potřebami a odlišnostmi lidí se zdravotním postižením.

Mapování problémů a potíží

Jakási sexuální anamnéza, nebo spíše zjištění současného stavu klienta v jeho sexuálním a partnerském životě, musí nutně patřit mezi základní kroky před poskytováním osvěty či intervence. Míra analýzy je pochopitelně proměnná vzhledem k dosažené kvalifikaci a zkušenostem pracovníka, kdy navíc předpokládáme jeho cílenou specializaci vzhledem k problematice. Způsob a rozsah získávání informací o klientově intimitě je také určen jeho komunikačními a kognitivními dovednostmi vzhledem k typu a míře jeho postižení. Cílem přitom není sestavit odbornou sexuologickou anamnézu, která patří do práce specializovaných lékařů, základní orientace v potížích klienta je však nutná. Podle M. Venglářové (2007: 70–71)

je naším cílem zjistit aktuální spokojenost či obtíže a zvážit, zda je můžeme situaci řešit nebo zda je vhodné klientovi doporučit konzultaci u jiného odborníka, především sexuologa. Získávání informací provádíme s velkým taktem a zprvu se zaměřujeme na základní představy klienta o jeho sexualitě, zda má nějaké obavy, jestli má/měl partnera a zda má zájem žít sexuálním životem. V každém případě je klíčové získat od klienta jasný souhlas k rozhovoru o jeho sexuálním životě, a pokud jej nedá, není vhodné tímto způsobem pomoc poskytovat. Zcela zásadní je vzhledem k charakteru zdravotního postižení zjištění klientova vztahu ke své pohlavnosti a k vlastnímu tělu. Také je vhodné získat informace o případné sexuální a rodinné výchově, jež se klientovi dostalo či naopak nedostalo (Brichcín in Weiss a kol., 2010: 532). Je pochopitelné, že získání potřebných informací vyžaduje často dlouhodobější komunikaci s klientem a určitý vzájemný vztah, podobně jako v terapeutické intervenci v jiných oblastech klientova života.

Oblast komunikace o sexuálních a intimních tématech není běžně zvládána ani samotnými lékaři (např. urology), kteří na pomoci především participují. M. Hanuš (In Weiss a kol., 2010: 187) uvádí, že si lékař (či obdobně jiný pomáhající pracovník) musí pro získání potřebných informací vytvořit jistý algoritmus a někdy i specifický slovník. Potom lze docílit uvolnění v popisu případných intimních a vztahových potíží. Pracovník musí vystupovat přirozeně, beze spěchu, diskrétně a respektovat soukromí svého klienta. Především v těchto situacích vynikne profesionalita pracovníka.

MOŽNOSTI POMOCI A PODPORY V RÁMCI ODBORNÉHO SOCIÁLNÍHO PORADENSTVÍ

Odborné sociální poradenství

Podle § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je odborné sociální poradenství poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením aj., přičemž tato služba podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. zahrnuje základní činnosti v podobě zprostředkování navazujících služeb, poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání, pomoc při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Takto hovoří literatura zákona, pro nás je však důležité uvědomit si, že to, co děláme pro klienty, není vždy přesně definovanou sociální službou nebo jinou činností, kterou popisuje teorie sociální práce. Například podle L. Novosada (2009) je poradenská činnost chápána poměrně široce, což je dáno tím, že rozeznáváme řadu podob i řadu specificky orientovaných poradenských aktivit s jejich specifickými cíli a prostředky. U lidí se zdravotním postižením se speciální poradenství zaměřuje jak na jejich primární znevýhodnění, tak na případný vznik sekundárního znevýhodnění a stavy subjektivní nepohody, kdy se

problémy života se zdravotním postižením mohou dotýkat také sociálního, sexuálního nebo partnerského aspektu bytí. Specifickou formou poradenství pak může být např. partnerské poradenství zaměřené na kritické situace v partnerských vztazích, klima v rodině a mezilidské vztahy. Oborově vychází speciální poradenství z poznatků lékařských věd a zdravotnických oborů, etiky, filozofie, aplikované sociologie, sociální patologie, psychologických disciplín, pedagogiky, speciální pedagogiky, kulturní a sociální antropologie, politologie, disability studies, sociální pedagogiky a velkou měrou také z teorie i metod sociální práce (Novosad, 2009: 99–106). Výsledný vzhled poradenské pomoci je ve výsledku pak určen osobou poradce, jeho kompetencemi a pracovním zařazením.

Víme, že v současném spektru sociálních služeb chybí dostupná forma speciálního poradenství v oblasti partnerského a sexuálního života zaměřená na lidi se zdravotním postižením. Přesto nám L. Novosad (2006) nabízí tři roviny možné sexuální osvěty, z nichž každá zaujímá svou jedinečnou pozici a zahrnuje jednotlivé okruhy témat, které se vzájemně prolínají a doplňují.

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

Rovina obecné a individuální prevence se pak týká především sexuální výchovy a intervenční poradenství je poté zaměřeno na velmi specifickou odbornou pomoc. Základním nedostatkem v této oblasti je prostý fakt, že doposud neexistuje dostatečný počet kvalitních odborníků, kteří by byli schopni poskytnout odbornou poradenskou činnost pro lidi se zdravotním postižením v otázkách sexuálních potíží, rodičovství a celkově praktických možností v jejich partnerském a sexuálním životě.

Intervence

Jednotlivé cíle naší podpory lze spatřovat v obecném poskytování informací, v dosažení náhledu klienta, posílení jeho sebevědomí, v dosažení sexuální adaptace, a nakonec tedy v jeho celkové sociální integraci. Získání potřebných informací o sexualitě pak umožňuje lidem především lépe poznat sebe samotného a své reálné možnosti. V sexuální adaptaci lze vidět především nalezení alternativních způsobů sociálně akceptovatelného sexuálního uspokojení nebo adaptaci na nekoitální techniky a na autoerotickou aktivitu. Intervenční a terapeutické působení v nejširším slova smyslu může představovat celé spektrum možných aktivit socioterapeutického charakteru, od poradenství přes individuální i skupinovou práci až po sexuální nácvik a práci s partnerem nebo rodinou. Jako pomocné terapeutické techniky je možné využít různé postupy, například biblioterapii, ergoterapeutické aktivity, trénink asertivity, trénink empatie či různé kulturní programy. Takovým komplexním přístupem lze pomoci člověku se zdravotním postižením zlepšit jeho sociální kompetence a především zvýšit tolik potřebné sebevědomí.

Podle B. Baštecké (2000) je základním cílem pomoci podporovat identitu a sebeúctu jedinců s postižením, protože člověk, který má úctu sám k sobě, se může rozhodovat svobodněji. Například při plném vědomí svého mužství nebo ženství se může i rozhodnout do oblasti intimní sexuality nevstoupit. Důležitá je také snaha o snížení negativního vlivu postižení či onemocnění na intimní život klienta. To je možná racionálním vysvětlením problému, srozumitelným nástinem možné podpory a nabídkou alternativních sexuálních aktivit.

V přímé praxi by nám proto hlavním cílem podpory mělo být posilování pozitivního vztahu člověka s postižením k sexuálnímu životu v nejširším smyslu slova. Tak například získání kladného vztahu k experimentování s masturbací, nekoitálním sexem či poskytnutí dostatečného soukromí bývá velmi užitečné. Pro zmírnění problému někdy stačí prosté poučení jedince nebo páru o

tom, že dosažení orgasmu při pohlavním styku není jedinou podmínkou pro uspokojivé sexuální soužití.

Základním nástrojem podpory je vždy podávání validních informací. V případě potřeby je pak vhodné spolupracovat s odborníky z dalších oborů (např. sexuologie, psychologie, speciální pedagogika aj.), a to nejen v nutné léčbě a terapii, ale i v oblastech prevence a osvěty. Důležitá je prognóza základního onemocnění a zhodnocení tělesného a mentálního potenciálu ke všem formám sexuálního vyjádření (koitální a nekoitální aktivity, autoerotika, kognitivní erotika apod.). Další fází je vymezení vhodné podpory a případné použití vhodných edukačních, kompenzačních nebo erotických pomůcek, čímž se může rozrůst soubor sexuálních aktivit do své maximální šíře (Zvěřina in Weiss a kol., 2010; Justinová in Weiss a kol., 2010).

Vhodný intervenční rámec při práci se sexualitou klientů nalezneme u sexuologa J. Annona (In Vodáčková a kol., 2007: 258), který vytvořil na kognitivně-behaviorálním základě hierarchický systém a nazval ho P-LI-SS-IT. Ten spočívá v metodě nejmenšího zásahu do klientovy intimity, kdy postupujeme od jednoduššího ke složitějšímu řešení. Práci s klientem rozdělil na tři fáze:

- První fází je svolení, kdy klientovi potvrdíme, že to, co prožívá, je normální a že s takovými prožitky a pocity není sám. Například řekneme: „Ano, mnoho mužů s postižením...“ Při svolení naznačujeme, že na své starosti není sám, že nás jimi nezaskočil, že si s nimi víme rady a že věříme, že i on si s nimi bude vědět rady.
- Dalším krokem je ohraničení informace, kdy jsme stále na obecné úrovni. Nyní však klient potřebuje znát základní informace vzhledem k problematice, a pokud je pracovník nezná, nevadí to – řekne, že je nezná. Zjistí, kde už klient po informacích sám pátral, doporučí podle klientovy zakázky vhodnou a dostupnou literaturu nebo návštěvu odborníka. Stejně jako při jiných problémech klienta především

zplnomocňuje a dodává mu odvalu, aby informace nebo konkrétní pomoc byl schopen vyhledat a využít jich.

- Posledním krokem je konkrétní doporučení, v kterém pracovník navrhuje klientovi konkrétní postup k odstranění potíží. Zde je často nutná určitá specializace pracovníka v problematice. Konkrétními doporučeními myslíme například doporučení v oblasti sexuálního nácviku, využití určitých služeb apod.

Konzultační činnost a osvěta

Protože může mít odborné sociální poradenství velmi odlišnou podobu, je vhodné se také zmínit o konzultační činnosti jako jedné ze součástí poradenské pomoci. L. Novosad (2009: 115) totiž uvádí, že mimo přímé práce s klienty patří do pracovní náplně poradce i činnost konzultační, která zahrnuje např. poskytování konzultací institucím, osvětovou a informační činnost, kampaně ovlivňující veřejné mínění a realizaci vzdělávání dalších pracovníků. To může zcela zásadně přispívat k řešení partnerské a sexuální problematiky lidí s postižením, protože podle P. Eisnera (2010A: 4) hraje postoj všech pracovníků a široké veřejnosti v tomto procesu velkou roli. Jedná se tedy především o aktivity v makropraxi sociální práce, které jsou orientovány především k široké veřejnosti s cílem eliminovat nebo alespoň redukovat přetrvávající předsudky a zkreslené vnímání zdravotního postižení společností. Prohlubování informovanosti laické a odborné společnosti, šíření osvěty formou přednášek, prezentací či besed jsou cestami, kterými lze významně přispět ke zvýšení kvality osobního života lidí s postižením.

Jedním z významných cílů osvěty je podpora zájmů sdělovacích prostředků o osoby se zdravotním postižením, které se naštěstí stále častěji dostávají na televizní obrazovky, stránky novin a časopisů, čímž i masmédia přispívají k proměně obrazu zdravotně znevýhodněných skupin obyvatel. Popularizačně-společenské příspěvky o problematice jejich sexuálního, partnerského a rodinného života pak tento obraz zcela jistě dotvářejí. Takto televize

Barrandov TV v posledních letech uváděla velice zajímavý cyklus *České milování*, v kterém byl jeden z dílů věnován přímo problematice zdravotně postižených (*O lásce handicapovaných*). Jeho zhlédnutí je možné v on-line archivu televize.

Podpora při navazování vztahů

Lze předpokládat, že mnoho lidí se zdravotním postižením může mít významné deficity také v oblasti vlastní intimity, tedy ve schopnosti prožívat blízké vztahy s jinými lidmi. Důsledkem těchto deficitů je pak pocit osamělosti, omezené sociální kontakty a absence vztahů vůbec. Mohou mít dysfunkční způsoby navazování citových kontaktů a být nejistí v interpersonálních vztazích. Podporu je vhodné proto realizovat i pro možnost navazování mezilidských vztahů, např. formou specializovaných seznamek pro lidi se zdravotním postižením. Například pro lidi s duševním onemocněním poskytuje Česká asociace pro psychické zdraví tzv. psychoseznamku na specializovaném webovém portálu www.psychoseznamka.cz. Další činností, kterou Asociace v této oblasti realizuje je projekt „Škola seznamování“, který v současnosti probíhá ve spolupráci s občanským sdružením Rainman. Tento program je určen mladým lidem, kteří mají zkušenost s duševní nemocí a nedaří se jim s někým se seznámit, najít si přítelkyni či přítele. Podpora účastníků je zaměřena na trénink sociálních dovedností, osvojování si seznamovacích aktivit a sdílení dosavadních zkušeností (Škola seznamování, 2009). Na projekt „Škola seznamování“ navázal v roce 2011 také projekt „Klub osamělých srdcí“, určený pro osamělé jedince taktéž se zkušeností s duševním onemocněním, kteří se chtějí s někým blíže seznámit.

Existují také další organizace, které pro lidi se zdravotním postižením zprostředkovávají možnost seznámení, především formou seznamek na jejich internetových stránkách (např. Liga vozíčkářů na webových stránkách časopisu Vozíčkář, Sdružení přátel Konta Bariéry ve spolupráci s Nadací Charty 77 na webových

stránkách časopisu Můžeš nebo občanské sdružení Neslyšící.cz). Specializované seznamky pro lidi se zdravotním postižením nalezneme také na internetových stránkách Yorika a známém internetovém portálu Lidé.cz (kategorie pro handicapované).

Internetové poradenství

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

Využití biblioterapie

Vzhledem k tomu, že víme, že osamocení či problémy v sexuálním životě patří mezi vysoce zátěžové situace, je vhodné se zmínit také o využití biblioterapie jako pomocné terapeutické metody, která může být v sociální práci využívána u každého, kdo se ocitl v těžké životní chvíli. Biblioterapii tak lze aplikovat i v podpoře partnerského a sexuálního života u některých lidí se zdravotním postižením,

vzhledem k dosaženým kognitivním schopnostem a zachovaným smyslům. Někdy totiž stačí poskytnout určité informace, aby se situace zlepšila, a někdy knihy nasměrují člověka k odborníkovi. Podle D. Vodáčkové (2007: 52) patří inspirace literárními příběhy a literaturou k základním vyrovnávacím strategiím člověka. Uvádí, že s příchodem písma se začaly objevovat příběhy, jejichž autorem byl konkrétní člověk. A tyto příběhy nejen vyprávějí, ale především učí, obohacují a rozšiřují naši vlastní sféru možností. Proto je vhodné, aby organizace shromažďovaly publikace s tématy, která mohou klienty oslovit a přispět k řešení jejich situace či potíží. Knihovna populárně naučné, odborné či prozaické literatury s možností bezplatného zapůjčení knih čtenářům může sloužit jako významná a přínosná pomůcka v rámci nabízených služeb. Seznam těchto knih pak může být uveden na webových stránkách. Mimo uvedené druhy literatury by byly ideální publikace, které obsahují autentické výpovědi lidí se zdravotním postižením o sexuálním prožívání a chování, včetně jejich zážitků a zkušeností. Takové tituly však na českém knižním trhu vesměs chybějí. Za zmínku však stojí alespoň elektronická kniha s krátkými povídkami od Věry Schmidové *Láska, sex a vozíčkáři*, kterou si lze objednat na internetových stránkách autorky (www.veraschmidova.eu).

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

Jako příklad si můžeme uvést tematicky zaměřenou diskusní skupinu „Lidé na vozíku a sex“ na webových stránkách <http://diskuse.doktorka.cz/lide-voziku-sex/>, diskusní web pro vozíčkáře a ne vozíčkáře na téma sex na vozíku – bourání tabu a předsudků na webových stránkách www.sex-navoziku.cz nebo

V dnešní moderní době může být zajímavou formou edukace také využití kinematografických či televizních filmů a seriálů. Především v posledních letech bylo natočeno několik velmi přínosných děl, v kterých je tematika sexuality a partnerských vztahů lidí s různým zdravotním postižením představena velmi přirozeně. Konkrétně například filmy *Hasta la vista*, *Šarlatová cesta*, *Nedotknutelní*, *Slepé lásky*, *Jmenuji se Sam*, *Teorie létání*, *Uvnitř tančím*, *Sezení*, *Zamilovaní blázní*, *Nuda v Brně* nebo seriál *Legit*. Bližší informace o nich můžete nalézt v Česko-Slovenské filmové databázi (Falcníková, 2013). Za zmínku stojí uvést také velice dobře zpracované osvětové filmy z českého prostředí *Vztahy* a *O sexu...* z roku 2008 od občanského sdružení Inventura, které se zaměřují na podporu sexuálního života u lidí s mentálním postižením.

Skupinová práce a svépomocné skupiny

Pro lidi se zdravotním postižením může být mnohdy potřebnější získat informace ze skutečného života či praktický nácvik různých dovedností než teoretické informace a poučky. Tento typ práce s klientem, resp. klienty, je vhodné využít skupinovou sociální práci, která umožňuje tyto informace přirozeně získat a dále participovat na dosažení žádané změny. Je zapotřebí zdůraznit velkou sílu skupiny, která dává jednotlivci příležitost a bezpečný prostor ke změně chování, pocitů i postojů a také příležitost k učení. Z interakcí mezi jednotlivými členy i mezi členy a vedoucím skupiny mohou vyvstat různé podněty, které napomáhají rozvoji jednotlivce. Skupinová sociální práce přesto není v našich podmínkách příliš uplatňována. Vyžaduje totiž širokou škálu dovedností a schopností, které by měl pracovník zvládat a které je třeba získat ve výcviku skupinové práce, v ideálním případě zaměřeném na danou cílovou skupinu. Podle O. Matouška (2008: 190) je cílem skupinové práce

zlepšení kvality života celé skupiny nebo podpora potřeb jednotlivých členů skupiny (rozvoj sociálních dovedností, posílení sebevědomí apod.). Mezi technikami skupinové práce uvádí názornou instruktáž, výměnu informací, přehrávání rolí, volnou diskusi aj. Podstatou skupinové práce je schopnost klientů využít potenciálu přirozené komunity (podobně jako schopnost využít zkušenost blízkých lidí v případě práce s jednotlivcem či párem). Přirozenou komunitu mohou tvořit lidé ze stejné zájmové skupiny, tedy lidé s podobným zdravotním postižením nebo s podobnými problémy. Často se v ní pak setkají lidé různého věku a v rámci své skupiny si mohou předávat řadu hodnot.

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

Pražské Centrum Paraple pravidelně nabízí sociálně rehabilitační program *Máma – táta na vozíku*. Jde o několikadenní pobyt určený matkám a otcům po úrazu páteře a jejich partnerům a partnerkám. Hlavní náplní jsou přednášky a besedy s odborníky či diskuse na společná témata. Kurz v dřívějších letech probíhal převážně pro ženy a v jeho průběhu měly účastnice možnost nejen výměny vlastních zkušeností ve výchově dětí a mateřství na vozíku, ale

zúčastnily se i besed s gynekoložkou, dětskou psycholožkou a urologem.

Kurzy s tematikou rodičovství tělesně postižených lidí jsou unikátní možností, jak získat informace a cenné zkušenosti pro případné plánované rodičovství na principu svépomocných skupin. Jistě se jedná o jednu z vhodných cest, jež zprostředkovává přístup k informacím.

PARTNERSKÉ VZTAHY A SEXUALITA LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Sexualita a sexuální život postiženého jedince

Sexualita vypadá jinak v osamocení, na začátku partnerského vztahu, jiným způsobem po porodu dítěte, jinak ve stáří a jinak se zdravotním postižením. „Jinak“ neznamená vždycky hůř. Nejdůležitější znalostí o sexualitě lidí s postižením je vědět, že existuje. Že u nich sexualita existuje jak na úrovni identity (líbit se sobě a druhým, být mužem a ženou), tak na úrovni intimity (jedinci chtějí mít radost z masturbace, druzí chtějí zažívat něhu ve dvojici) (Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 249).

Zdravotní postižení může vést k mnoha kvalitativním a kvantitativním změnám, které mohou mít dopad na sexualitu jedince. Problémy s pohyblivostí, ztráta citlivosti, problémy s komunikací, zhoršená kontrola vyměšování a vylučování, bolest, únava, snížené kognitivní funkce, změny v chování a myšlení, změny v sexuálních funkcích, v povědomí o vlastním těle – to vše má vliv na sexuální život. Sexuální pud také ovlivňuje stres, únava, bolest, strach, denní rutina, dosažení soukromí a samozřejmě i vlastní sebeúcta člověka. Na samotné sexuální funkce a sexuální apetit může mít velký dopad také užívání léků. Pro člověka s postižením může být sexuální aktivita méně spontánní a plánovanější vzhledem k celkovému dopadu postižení na ostatní

sféry života. Ve výsledku můžeme hovořit o hledání vlastního sexuálního projevu a vlastních možností.

Společenské mýty a předsudky

Nejen v oblasti sexuality lidí se zdravotním postižením se můžeme setkat s nejrůznějšími tabu, mýty a předsudky. Společnost stále žije pod vlivem rozšířených sexuálních mýtů, které zásadně ovlivňují postoje všech k sexualitě. Společenské normy jsou tradovány ústním podáním a působí velmi silně jako součást hodnotového systému jedinců i skupin. Jsou katalyzátorem nedorozumění v partnerských i manželských vztazích. K tomuto navíc vydatně přispívají média a pornografický průmysl. Výsledkem je vlastní porovnávání se a z toho plynoucí pocity nedostatečnosti ve vlastním sexuálním životě. Živnou půdou pro vznik mýtů je též všeobecný tlak na výkon, mládí a krásu, jemuž jsme denně vystaveni. Poté nejen člověk se zdravotním postižením, ale i jeho partner, rodiče nebo pracovníci v sociálních službách stále narážejí na odolnou zeď, která je na všemožných mýtech vybudována. Z. Kozáková (In Volfová a kol., 2008: 66) uvádí, že ačkoli se v průběhu posledních desetiletí mnohé změnilo, musí často ještě i dnes člověk se zdravotním postižením překonávat množství předsudků a bariér, stejně tak i vlastních mylných představ týkajících se sexuality. Podle P. Eisnera (2010 A: 4) se i v samotné oblasti sociálních služeb vytvářejí bludy a mýty, protože se před sexualitou klientů zavírají oči a chodí se okolo ní po špičkách, což se bohužel stále děje i mezi mnohými profesionály. Namátkou si můžeme uvést výroky, které obsahují tradované představy o druhých lidech a významně se dotýkají osob se zdravotním postižením:

- Uspokojivé soulože lze dosáhnout pouze s dokonalou erekcí.
- Lidé se zdravotním postižením jsou asexuální bytosti.
- Intimní kontakt musí vést k pohlavnímu styku.

- Zdraví partneri lidí s postižením musejí být úchylní.
- Lidé s mentálním postižením musejí často masturbovat.
- Lidé se zdravotním postižením by neměli mít děti.
- Lidé se sluchovým postižením jdou v sexu rovnou na věc.

Přestože každý z těchto výroků může být v jednotlivých případech stejně tak pravda jako nepravda, v podobě zobecnění zesilují a znamenají zraňující předsudky, které ztěžují poskytnutí i přijetí pomoci.

Společné problémy lidí se zdravotním postižením v sexuálním životě

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

dlouhodobé nemoci mohou zásadním způsobem ovlivňovat a limitovat intimní život.

Mimo to, že některé druhy onemocnění snižují sexuální apetenci a omezují průběh jednotlivých fází sexuálního styku, mají somatická a funkční poškození jedince za následek přímé sexuální dysfunkce (např. poruchy erekce a ejakulace, poruchy lubrikace, pokles vzrušivosti nebo orgastické schopnosti). Oproti tomu jiné typy zdravotních postižení nemají přímý vliv na omezení pohlavních funkcí (např. mentální postižení). V mnoha případech má však zdravotní postižení za následek negativní psychické prožívání různých okolností, které se k sexuálnímu životu vztahují a mohou vést k přímým blokádám či předčasným rezignacím na plný sexuálně-erotický život. Jde především o tyto druhy obtíží:

- v komunikaci,
- v pohyblivosti,
- v dálkové orientaci na partnera,
- ve strachu ze selhání při sexuálním styku,
- v poškození vzhledu jako estetického defektu.

Obtíže v komunikaci mají především lidé se sluchovým postižením, v některých případech také lidé s tělesným postižením (roztroušená skleróza, kombinované formy dětské mozkové obrny aj.) nebo lidé s těžším mentálním postižením. Obtíže s omezením pohyblivosti jsou u lidí s tělesným postižením, především těch, kteří jsou upoutáni na mechanický či elektrický vozík. Obtíže v dálkové orientaci na partnera mají zejména lidé s těžkým zrakovým postižením. Potíže z obav ze selhání při realizaci sexuálního styku jsou poměrně časté a zaznamenáváme je u lidí s tělesným, zrakovým, sluchovým a interním postižením. Zde se významně projevuje míra poskytnuté sexuální výchovy a dostatečné informovanosti. Obtíže z poškozeného tělesného vzhledu se vyskytují u lidí s tělesným postižením a těžkých forem zrakového postižení, a to především když jeden z partnerů není postižený.

Nutno dodat, že u lidí s mentálním postižením se můžeme setkat se všemi uvedenými obtížemi (Jesenský, 1993: 55–56; Kracík, 1992: 16).

Poukázali jsme si na sexuální dysfunkce, přičemž je nutné blíže pochopit jejich podstatu, a to vzhledem k jejich závažnosti, především v konstelaci s určitými typy somatických postižení (tělesné postižení, interní postižení, sexualita v období stáří). V České republice je pro diagnostický popis sexuálních poruch závazná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992. Světová zdravotnická organizace v ní definuje sexuální dysfunkce jako stavy, při kterých se jedinec nemůže na svém sexuálním životě podílet podle svých představ. Jsou to obecně poruchy sexuální výkonnosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických složek sexuálního chování. Přesto jde podle J. Zvěřiny (In Weiss a kol., 2010: 339) o kategorii chápanou velmi různě různými autory. Uvádí, že v literatuře nalezneme pojetí kladoucí důraz na funkční nebo psychogenní povahu sexuálních dysfunkcí, stejně tak i pojetí, která vycházejí z biologických a etiologických faktorů. Největší část odborníků proto prosazuje koncepci multifaktoriální podstaty těchto stavů. U lidí se zdravotním postižením, kteří jsou omezováni určitou sexuální dysfunkcí je proto třeba respektovat komplexní bio-psycho-socio-spirituální povahu obtíží. Také kritici uvedených klasifikací vytýkají časté zaměření na sexuální reakce na úkor emotivních a interpersonálních aspektů. Zároveň poukazují na malou vůli zabývat se složitějšími holistickými principy lidského bytí. Stejně tak kritizují standardně zažitě heterosexuální falocentrické modely, v nichž je diagnóza sexuální dysfunkce postavena na automatickém předpokladu soulože jako bodu, ke kterému je vztažena veškerá sexuální aktivita (Pastor; Uzel in Weiss a kol., 2010: 265–266).

Bohužel například u tělesného postižení vzniklého následkem úrazu páteře známe sexuální dysfunkce s celoživotními fatálními následky. Z pohledu lékařské sexuologie naštěstí v léčení takto závažných dysfunkcí hraje stále větší roli farmakoterapie, jež přináší pozitivní výsledky. Navíc se sexuální dysfunkce často úplně nekryje

s pojmem *poruchy sexuální výkonnosti*. Je známou zkušeností, že také lidé s téměř nulovou schopností dosáhnout orgasmu a sexuálního uspokojení mohou být v partnerských vztazích úspěšní. Tak například muž ochrnutý po úrazu páteře, byť není schopen vyvrcholení – ejakulace, může být vyhledávaným sexuálním partnerem v případě, že jeho erekce neselhává, když je například dobře kompenzována léky. I z těchto důvodů je nutné, aby pracovník byl s charakterem sexuálních dysfunkcí důsledněji seznámen a pochopil, že nejde o striktně ohraničenou skupinu potíží a poruch. Tyto poruchy se totiž projevují v různých oblastech v různé míře, kdy pár, který má sexuální potíže, může mít zároveň některé oblasti sexuality velmi uspokojivě zachovány. Mějme vždy na mysli, že nemůžeme se sexuální dysfunkcí klienta pracovat bez ohledu na vztah a okolnosti, dysfunkce je vždy relativní (Baštecká in Vodáčková a kol., 2007: 252–253).

Ve všech případech, kdy koitální aktivita není uspokojivá či možná, by v rámci podpory mělo jít o nasměrování klienta k přijetí jiných forem sexuálního uspokojení. „Poučení, tolerance, citlivý přístup a zachování taktu mohou pomoci upravit stav do přijatelné podoby“ (Jesenský, 1993: 55; Kracík, 1992: 13). Přestože řešení sexuálních dysfunkcí patří především do lékařské péče, určitá část pomoci směřuje též do působnosti sociální rehabilitace, která je součástí sociální práce a sociálních služeb. Některé poruchy erekce mají spíše povahu partnerského sexuálního nesouladu. Například muž, který má následkem roztroušené sklerózy nespolehlivou erekci, bude v přístupu k své partnerce spíše nejistý a právě tuto nejistotu může nepříznivé chování partnerky ještě více zvyšovat. Výše zmiňovaná kritika heterosexuálního falocentrického modelu se projevuje i v těchto případech, protože bývá hlavním negativním vlivem v párové sexuální interakci. Partnerky mužů s poruchou erekce někdy odmítají jakékoli nekoitální interakce. Přitom právě nekoitální aktivity jsou vhodnou cestou, která má intimní nesoulad překonat (Zvěřina in Weiss a kol., 2010: 348–349).

Bylo by scestné předpokládat, že mezi lidmi se zdravotním postižením jsou pouze lidé s heterosexuální orientací.

Homosexualita je všudypřítomný fenomén, který se vyskytuje po tisíce let a v nejrozličnějších populačních skupinách, tedy i u zdravotně postižených. Na homosexualitu jako jev, kdy je jedinec nejen sexuálně přitahován a vzrušován člověkem stejného pohlaví, se také velmi často nahlíží negativně. Stejně jako bývají stigmatizováni lidé pro své postižení, jsou nálepkováni i lidé s odlišnou sexuální orientací – jak homosexuální muži, tak ženy. Přestože se situace v této oblasti zlepšuje, dostává se člověk s postižením s odlišnou orientací do dvojité pasti, protože jeho partnerské a sexuální problémy jsou zasaženy většinou populací hned dvakrát, ocitá se na půdě dvou menšin, což se může projevit v ještě vyšší míře potíží než u lidí s postižením s heterosexuální orientací. Významná česká sexuoložka J. Pondělíčková (2005: 147–153) definuje odlišnou orientaci jako „celoživotní, neměnný a nositelem nezapříčiněný a nezvolený stav“ a u takto odchýlných lidí zdůrazňuje, „že sexuální deviace není morálním nedostatkem, protože ta je člověku daná, zakódovaná bez jeho přání, bez možnosti svobodného rozhodnutí, proto si tito lidé zaslouží porozumění a respektování jejich sexuální orientace“. Ani u lidí s postižením není nutné, aby byly projevy homosexuality potlačovány a omezovány, ba naopak. Důvod je nasnadě – pro každého je z mnoha důvodů důležité uspokojení jeho sexuální potřeby, což by bylo v případě potlačované homosexuality jak samotným jedincem, tak pro předsudky majoritní společnosti obtížné.

Problematika homosexuálních vztahů u lidí s postižením je ještě větší měrou než jiné oblasti intimního života handicapovaných pokryta otazníky. Níže uvedené zkušenosti homosexuálního muže, který je upoután na mechanický vozík, pro nás mohou být názorným potvrzením. Po úraze páteře se tento muž snažil najít partnera, ale marně. Konstatuje, že homosexuální muži to mají na vozíku mnohem těžší. Setkal se s mnoha ženami, které o něj jako o partnera měli vážný zájem, ale doposud nenalezl muže, který by zvládl unést vztah s gayem-vozičkářem. Zcela otevřeně uvádí, že v tomto ohledu je gay komunita tvrdá. Poznal i mnoho homosexuálů, kteří po úraze racionálně zvolili za partnera ženu, od které čekají do

budoucná především zajištění, a volí tak nešťastnou cestu vlastního sebezapření. Možnost je tedy dvojí: zvolit si zapření s nepodnětným sexem, nebo vystoupit se svou pravou orientací a dostat se tak do dvojnásobného znevýhodnění – být gayem a v gay komunitě ještě znevýhodněn svým postižením.

Jinou závažnou problematikou je intimita v tzv. totálních institucích – v dlouhodobých pobytových zařízeních. Prožívání sexuality a samotný sexuální vývoj lidí se zdravotním postižením v ústavní péči (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením) bývá zásadně ovlivňován nyní již dobře popsáním procesem institucionalizace a reálnými podmínkami daného zařízení. Bohužel se i doposud můžeme setkávat s potlačováním sexuality, sexuálních projevů a různými restrikcemi masturbace či jiných přiměřených sexuálně erotických aktivit. K životu v pobytovém zařízení se také k tomuto problému přidává nedostatek soukromí k autoerotickým experimentům apod. (Lečbych, on-line).

Problematika sexuálního života jednotlivých skupin zdravotně postižených

Pod pojmem *zdravotní postižení* je často rozlišováno tělesné, mentální, smyslové (zrakové a sluchové) nebo kombinované postižení. Toto členění je však rámcové a neúplné. Problematika podpory partnerského a sexuálního života u lidí se zdravotním postižením navíc také zahrnuje interní postižení, duševní postižení a sexuální život seniorů. Přestože není tak vysoká pravděpodobnost, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách budou cíleně poskytovat přímou pomoc lidem s interním onemocněním, tedy např. klientům s diabetem, srdeční chorobou aj., nelze ani interně postižené vyčleňovat jako případné adresáty naší intervence, podobně jako např. jedince s onkologickým onemocněním. I v těchto případech se vyskytují a mohou nastat závažné problémy dotýkající se partnerského a sexuálního života. Také civilizační onemocnění dnešní doby jsou formou zdravotního postižení,

protože i ony mohou mít celoživotní dopad na kvalitu života. Vždy však pamatujeme, že neexistuje zvláštní sexualita tělesně, smyslově či jinak postiženého člověka, ale existuje řada společných problémů v této oblasti života u lidí s postižením, přičemž každé postižení vyžaduje specifický přístup podle jeho druhu, stupně či etiologie (Kracík, 1992: 36). A především, každý člověk s postižením je svébytná sexuální bytost, která je zdravotním postižením zatížená, nikoli naopak. Jedním ze základních principů v práci se sexualitou klienta je proto především jeho individualita. Víme, že i jakákoli snaha o univerzalistickou definici zdravotního postižení nutně předpokládá kritickou míru redukce rozmanitosti aspektů a důsledků postižení, přičemž právě rozmanitost, různost je jedním z určujících atributů zdravotního postižení (Krhutová, 2010: 50). V následujících podkapitolách blíže poukážeme na vybrané potíže v partnerském a sexuálním životě, které se vyskytují nebo mohou vyskytovat u jednotlivých typů zdravotního postižení. Protože je problematika velice široká a individuální, uvedeme si zde ve stručnosti pouze některé typické problémy pro dané skupiny a pro další studium nalezneme v textu odkazy na jednotlivé publikace a příručky, které problematiku rozvádějí do větší šíře.

Primárním zdrojem pro odbornější a hlubší studium sexuologické problematiky nám u všech typů zdravotního postižení může být velmi dobře zpracovaná stat' *Sexualita handicapovaných* v kolektivní monografii Weiss P. a kol.: *Sexuologie* (2010), vypracována od autorky T. Šrámkové. Dalším vhodnou publikací je Kracík, J.: *Sexuální výchova postižené mládeže – kap. 3.2* (1992), přestože jsou některé poznatky, které uvádí, již překonány (například ve vztahu k lidem s mentálním postižením). V letošním roce vyšel na českém knižním trhu další vhodný zdroj, nová publikace *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* od autorské dvojice M. Venglářová a P. Eisner, která nabízí přímo informace k problematice sexuality vybraných skupin klientů sociálních a zdravotních služeb. Další přínosnou snahou o řešení problematiky jsou vysokoškolské studentské práce, které jsou mnohdy cenným zdrojem informací,

příčemž v posledních letech roste jejich počet. Jejich dílčí výčet můžeme nalézt v autorově diplomové práci (Drábek, 2011).

Problémy sexuálního života lidí s tělesným postižením

K charakteristickým zvláštnostem lidí s tělesným postižením patří poruchy hybnosti, které mají za následek také ztížený kontakt s druhými lidmi a omezené možnosti v navazování sexuálních vztahů. Jindy pohybové postižení brání frikčním pohybům během soulože – kompenzace se docílí volbou jiných technik či pozic, jež nemusí být zcela běžné. V některých případech je nutná i určitá pomoc třetí osoby, kdy hovoříme o tzv. asistovaném sexu. Tělesné postižení má často za následek změnu tělesného schématu, které vede ke sníženému sebehodnocení a narušenému sebepojetí. To vše souvisí se sexuálním životem jedince se somatickým postižením (Kracík, 1992: 17; Votava in Jesenský, 1993: 55; Baštecká, 2000: 35). Mezi početnou skupinu lidí s tělesným postižením patří jedinci s neurologickým onemocněním, které je druhou nejčastější příčinou erektilní dysfunkce. Společným znakem bývá zmiňovaná porucha hybnosti různého stupně, citlivosti a sexuálních funkcí. Ty bývají porušeny na úrovni mozku, míchy a periferních nervů. Do neurologických onemocnění řadíme především stavy po cévních mozkových příhodách, epilepsii, Parkinsonovu nemoc, roztroušenou sklerózu, dětskou mozkovou obrnu nebo periferní neuropatie u diabetiků. Například sexuální potíže se u nemocných s roztroušenou sklerózou vyskytují v 65–90 %. Ve srovnání s běžnou populací je pro obě pohlaví charakteristická nižší hladina sexuální aktivity, sexuální satisfakce a vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí. U lidí s epilepsií, ačkoli toto onemocnění nemívá přímí vliv na sexuální život, dochází zase ke sníženému zájmu o sexuální život pro nežádoucí vedlejší účinky léků. Dalším příkladem jsou jedinci s dětskou mozkovou obrnou, u kterých se při snaze o pohlavní styk mohou vyskytnout překážky v podobě prudké

spasticity dolních končetin nebo svalů v oblasti kyčle. Projevy obrny jsou stejně jako u jiných tělesných postižení individuální, a to nejen pro její různé druhy, ale také vzhledem k způsobu života člověka s postižením. V každém případě musejí tito lidé hledat vhodné možnosti provedení pohlavního styku, alternativních způsobů sexuálního vztahu nebo realizace autoerotiky.

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

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Šrámková, T.: *Poranění míchy pohledem sexuologa* (1997), Šrámková, T.: *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba* (2013), Faltýnková, Z.: *Cesta k nezávislosti po poškození míchy* (2004). Dále v příručkách, které vydává Unie Roska jako *Roztroušená skleróza – poruchy močení a sexuální dysfunkce* (2008), *Jak aktivně žít s roztroušenou sklerózou* nebo *Otevřeně o RS – vliv na rodinné vztahy* (2008). Společnost „E“ nabízí informační leták *Epilepsie, partnerské vztahy a rodičovství* (dostupné on-line). Liga vozíčkářů zase nabízí dostupný zdroj informací v sérii článků o *Partnerství a sexu po úrazu míchy* ve svém časopise *Vozíčkář* (2008/2009), kde dosud příležitostně vycházejí zajímavé články k problematice.

Problémy sexuálního života lidí se smyslovým postižením

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

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

Alespoň nějaké podrobnější informace nalezneme v publikaci Škutová, D.: *Sexuální výchova v tyflopédii předškolního a mladšího školního věku* (2007). Zvláštní pozornost vyžadují osoby s hluchoslepotou, která je specifickým duálním postižením, kdy je současné postižení zraku a sluchu násobkem případných potíží. Této oblasti se věnuje publikace Šterbová, D.: *Sexuální výchova a osvěta u osob s hluchoslepotou. Příručka pro rodiče a odborníky* (2006). Problematické sexuálního zneužívání u dětí se smyslovým postižením se věnuje starší publikace Hinkleová, K. R.: *Sexuální zneužití! Co je to?* (1993).

Problémy sexuálního života lidí s mentálním postižením

Lze říci, že sexualita lidí s mentálním postižením vytváří zcela speciální problematiku, přičemž můžeme pozorovat vyšší úsilí o její řešení. M. Venglářová (In Venglářová; Eisner a kol., 2013: 136) konstatuje, že je psychosexuální vývoj člověka s mentálním postižením odlišný od vývoje člověka bez postižení. Např. specifické působení na pohlavní roli (chlapeckou či dívčí) je daleko menší než u dětí bez postižení. Především děti s těžkým postižením vyrůstají poté asexuálně. Projevy sexuálního vyžívání u lidí s mentální retardací jsou často vnímány jako nepříjemné a nežádoucí (do popředí vystupuje diskrepance mezi infantilním chováním a sexualitou). Při snížené schopnosti rozpoznat společenské normy a zvyklosti se u lidí s tímto postižením často objevuje neskrývaná masturbace nebo obnažování, vyplývající například mnohdy z nedostatku soukromí.

U některých jedinců se může sexuální puzeň prosazovat s prvky agresivity a jejich chování se může stát nebezpečným. Na druhé straně lidé s mentálním postižením se mohou snadno stát obětí znásilnění nebo incestu. Je bohužel všeobecně známo, že existuje zvýšené riziko sexuálního zneužívání lidí s jakýmkoli zdravotním postižením, jež je ještě vyšší především u lidí s mentálním postižením. Sexuální zneužití bývá často spojeno s domácím násilím, obvykle se realizuje v domácím nebo ústavním prostředí. Děti se zdravotním postižením jsou nejčastěji zneužívané lidmi, které dobře znají a které k nim mají volný přístup.

Lidé s lehkým postižením mohou vést v dospělosti v podstatě normální sexuální život. U jedinců s mentální retardací je zvlášť důležitá sexuální výchova a osvěta, která by měla být koncipována srozumitelně a přiměřeně jejich schopnostem. Zde je nutné vytvářet důsledný důraz na etické aspekty jejich sexuality (např. rodičovství, potlačování sexuality aj.).

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Štěrbová, D.: *Sexualita osob s mentálním postižením* (2007), Štěrbová, D.: *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením. Strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů* (2009), Janiš, K.: *Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci* (2004) nebo v nově vydané knize Lištiak Mandzáková, S.: *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením se zaměřením na středně těžké a těžké postižení* (2013). Informace o problematice u osob s poruchami artistického spektra nabízí publikace Howlin, P.: *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti* (2005). Další informace o sexualitě lidí s mentálním postižením včetně problematiky sexuálního zneužívání jsou obsaženy také v publikaci Venglářová, M., Eisner, P. a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* (2013: 119–170). Informace o problematice sexuálního zneužívání nalezneme v publikaci Volfová, I., Kozáková, Z., Velemínský, M.: *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami* (2008).

Problémy sexuálního života lidí s interním postižením

Převážnou částí lidí s interním postižením, kteří mají sexuálními problémy a potíže, především erektilní dysfunkci, tvoří nemocní s kardiovaskulárními chorobami. Toto nikterak znatelné znevýhodnění také snižuje kvalitu života včetně její sexuální oblasti. K nejčastěji se vyskytujícím postižením patří ischemická choroba srdeční a *diabetes mellitus*. Sexuální problémy se vyskytují také u revmatických onemocnění, jako je revmatoidní artritida (dochází ke snížení sexuální chuti, potížím v realizaci sexuálního styku aj.). Zhoršení kvality sexuálního života je běžný důsledek u lidí s chronickým kožním onemocněním. Například až dvě třetiny lidí postižených psoriázou mívá určité sexuální problémy, jež souvisejí především s existencí psychologických problémů (Šrámková in Weiss a kol., 2010: 408–413). Jisté potíže v sexuálním životě a sexuální problémy nastupují i po infarktu myokardu.

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

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Šrámková, T.: *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba* (2013), Palmer, S.; Palmer, J. B.: *Soužití s partnerem po mrtvici* (2013) nebo v příručkách Dienstbier, Z.: *Rakovina a sex* (dostupné on-line), Niederle, P.: *Sexuální život a onemocnění srdce* (1999) nebo v australské publikaci přeložené do českého jazyka Galt, E.: *Sexualita a komunikace pro stomiky a jejich partnery* (2002).

Problémy sexuálního života lidí s duševním postižením

Problémy duševně nemocných s vlastní sexualitou jsou poměrně časté. Jejich sexualita může být narušena jak po stránce kvantitativní (sexuální dysfunkce), tak kvalitativní (poruchy sexuální identifikace a preference). Psychické onemocnění s sebou stále ještě nese stigma, a tak se na problémech v navazování intimních vztahů podílejí i negativní postoje společnosti (Žourková in Weiss a kol., 2010: 417).

U organických psychických poruch i poruch schizofrenního okruhu může docházet jak k projevům snížené i zvýšené sexuální aktivity, tak i parafilního chování (poruchy sexuální preference). Afektivní a neurotické poruchy snižují kvalitu sexuálního života, snížení libida patří k příznakům depresivní poruchy. U mentální anorexie je častěji popisována inhibice sexuality, u mentální bulimie impulzivní rizikové sexuální chování. Poruchy osobnosti jsou značnou nehomogenní skupinou, projevy jejich poruch v sexuální oblasti lze nalézt v celé škále kvantitativních a kvalitativních odchylek. T. Adam (2000: 55) konstatuje, že duševní onemocnění přináší do sexuální problematiky zdravotně postižených své další specifické rozměry. Partnerský a sexuální život duševně postižených se zjevuje spíše z jejich výpovědí a podle nich lze usuzovat na pocity nedostatečnosti a nespokojenosti s jejich stavem. Klienty často vyjadřují potřebu poradenství v této oblasti.

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

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Venglářová, M. a kol.: *Sexualita lidí s duševním onemocněním*, Žourková, A.: *Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů* (In Weiss, P. a kol.: *Sexuologie*, 2010), Vaškovský, R.: *Deprese, antidepresiva a jejich vliv na sexuální fungování* (2007). Další informace o sexualitě lidí s duševním postižením jsou

obsaženy opět také v publikaci Venglářová, M.; Eisner, P. a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* (2013: 189–207). Na internetu je volně dostupná elektronická publikace Žourková, A.: *Sexualita u nemocných s psychickými poruchami*.

Problémy sexuálního života seniorů

Přestože stáří ve své podstatě nelze zařazovat mezi kategorie zdravotního postižení, v poslední době ho stále více společnost považuje za určitý handicap. V sexualitě seniorů je mnoho znaků společných s problematikou u lidí se zdravotním postižením. Také staří lidé jsou vnímáni jako asexuální bytosti, podobně jako lidé s postižením, a jejich sexuální život je ovlivněn řadou psychických a fyzických změn, včetně somatosexuální oblasti. Řada mužů a žen, kteří si zakládali na svém tělesném vzhledu, tyto změny nese těžce. Ve stáří je sexualita, i vzhledem k častějším sexuálním dysfunkcím, vyjadřována pocitem sounáležitosti, společné blízkosti a nekoitální sexuální aktivitou. Jsou však i páry, které realizují uspokojivý sexuální styk do vysokého věku (Šrámková in Weiss a kol., 2010: 414–415).

Podle S. Kratochvíla (2000: 153) je třeba stárnoucím lidem pomoci překonat mýtus, že soulož je nejdůležitější součástí sexuální aktivity a že k sexuálnímu uspokojení musí docházet jen při souloži. Podobně jako u lidí s určitým závažným typem tělesného postižení se důraz více přesouvá na mimokoitální formu dráždění a uspokojení. Nesmíme zapomínat, že i ve stáří je sexualita významnou součástí hodnocení kvality života. Potvrzuje se, že život v páru spolu se sexuálním vyjádřením, jež odpovídá věku, je prevencí deprese a možností, jak si udržet životní vitalitu.

Podrobnější informace nalezneme v publikacích Tošnerová, T.: *Sexualita ve stáří* (1998, dostupné on-line), Venglářová, M.: *Problematické situace v péči o seniory* (2007), Venglářová, M.; Eisner P. a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* (2013: 171–188) nebo

Hanuš, M.: *Aging male* (In Weiss, P. a kol.: *Sexuologie*, 2010: 177–193) a Pastor, Z.; Uzel, R.: *Aging female* (In Weiss, P. a kol.: *Sexuologie*, 2010: 255–273).

Partnerské vztahy lidí se zdravotním postižením

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

Přestože neexistují přesná šetření, v praxi lze vyznívat, že s partnerskou dvojicí, kde je jeden z partnerů zdravý, se můžeme setkat zejména u osob se zdravotním postižením s lehčím (případně středním) stupněm postižení, častěji jde o muže. Mnohdy to jsou jedinci s vrozeným postižením. Oproti tomu se však v praxi také poměrně často setkáme v kombinovaných vztazích s partnery s těžkým stupněm jejich postižení, a to především u lidí tělesně postižených po úrazech páteře, obecně u lidí se získaným postižením. Jde o logický jev, který je zapříčiněn stálou přítomností sociálních kontaktů z dob před vznikem postižení a uchovanými osobními kompetencemi, z nichž někteří lidé s vrozeným postižením nemají šanci získat. Úskalí kombinovaných vztahů se skrývá v osobních kvalitách zdravého partnera, který se, jak potvrzuje L. Novosad (2006: 39), musí naučit respektovat určitá omezení svého partnera a především hledat jeho silné stránky a

dovednosti, které z něj vytvářejí charizmatickou a přitažlivou osobu. Jinou zátěží pro vztah je případná nutnost, aby zdravý partner převzal úlohu „pečovatele“ při vyšší závislosti na péči svého partnera. Například u lidí s tělesným postižením může mít intimní péče za následek nesoulad v sexuální oblasti nebo snížení přitažlivosti partnera. V každém případě můžeme předpokládat, že získání zdravého partnera se pro postiženého jedince stává ideálem a potvrzením vlastní hodnoty (Vágnerová, 2004: 187).

Typy vztahů, ve kterých jsou oba partneři postiženi, jsou častější a rozšířenější. U některých skupin jde o partnery stejného či obdobného stupně postižení (lidé se sluchovým postižením, s mentálním postižením), u jiných skupin (lidé se zrakovým postižením, s tělesným postižením, popř. s interním postižením) pozorujeme prevalence partnerských dvojic, kde u jednoho partnera jde o těžší stupeň postižení (častěji u mužů) a u druhého lehčí stupeň postižení (častěji u žen) (Jesenský, 1993: 51). Partnerské svazky lidí s vrozeným postižením mají také svou přirozenou etiologii. Osobní kvality zvoleného partnera podle M. Vágnerové (2004: 187) nemusejí hrát takovou roli ve vztahu jako v případě jedince bez postižení. Pro člověka s postižením nebývá tak těžké slevit z tohoto ideálu, protože je sám znevýhodněný, stejně jako jeho partner. M. Vágnerová (tamtéž) naopak uvádí, že je tento faktor pro vztah spíše stabilizující – partneři mají podobné problémy, cítí se rovnocenní a rozpad těchto vztahů nebývá tak častým jevem. Dále M. Vágnerová (tamtéž) popisuje jinou významnou skutečnost, totiž že se lidé s postižením mezi sebou znají z různých společenských aktivit, především ze speciálních škol, a nemívají mnoho dalších příležitostí k seznámení. L. Novosad (2006: 37) vše podtrhuje tvrzením, že svazek dvou jedinců se zdravotním postižením je logickým a pozitivním vyústěním jejich vzájemného vztahu. Avšak vzápětí upozorňuje, že se z takového partnerství nesmí stát útočiště před okolním světem většinové společnosti, které by mohlo přispívat k zvýšení sociální izolace.

Problémy lidí se zdravotním postižením v realizaci partnerských vztahů

Když zde hovoříme o zdravotním stavu a jeho faktických omezeních při výběru partnera, můžeme uvést čtyři hlavní oblasti obtíží, které jsou podobné jako v realizaci párového sexuálního života (Jesenský, 1993):

- poškozený vzhled,
- obtíže v komunikaci,
- obtíže v dálkové orientaci na partnera,
- obavy ze selhání při vzájemném kontaktu.

Tak například jedinec postižený dětskou mozkovou obrnou v její nejčastější spastické formě může mít nejen značně omezené možnosti v pohybu, ale další překážkou mu mohou být projevy tohoto postižení, jako je grimasování, mimovolní pohyby a pohybová inkoordinace, které spolu s emočním vypětím, zákonitě spojeným s procesem seznamování vyvolávají zvýraznění projevů emoci (Novosad, 2006: 37). Typickým příkladem nám může být výpověď mladého dvaadvacetiletého muže s dětskou mozkovou obrnou. I přes velké pohybové omezení vidí jako svůj největší handicap vadu řeči. Kvůli špatné artikulaci si nemůže podle svých představ promluvit s druhými lidmi a telefonování je pro něj přímo katastrofické. „Lidé mi většinou nerozumějí anebo nemají dostatek trpělivosti. Někteří mě i odsuzují a myslí si, že jsem mentálně zaostalý. To člověka zabolí.“

Z významných psychických vlivů ve spojitosti s horšími předpoklady pro partnerské uplatnění uvádí L. Novosad (2006: 37) časté specifické osobnostní rysy lidí se zdravotním postižením, kterými jsou zejména komplex méněcennosti, egocentrické sklony a negativní sebehodnocení. Ty pak člověku s postižením nejvíce stěžují navázání a udržení partnerského vztahu. Můžeme také hovořit o několika základních rysech, jež někteří postižení partneri

mohou mít. Je mnoho lidí s těžkým postižením, pro které je získání partnera obtížné a svízelné, protože nemají vhodné příležitosti a kompetence pro navázání intimnějšího vztahu, neboť se u nich ve vyšší míře vyskytují i praktické překážky, jež plynou z jejich zdravotních omezení. Často je pak „partner definován spíše dosažitelností než svými vlastnostmi“ (Vágnerová, 2004: 186). Reálné nebezpečí vyplývá také z působení osamělosti jako značně zátěžové situace (viz kapitola Partnerské vztahy a problematika osamocení, str. 20). Sociální deprivace vede k tendenci fixovat se na jakéhokoli člověka, který je nablízku. V takové situaci je partner ve vznikajícím či již funkčním vztahu značně zatížen, může pocítovat silný tlak, očekávání, což vše ohrožuje kvalitu vztahu jako celku.

Především lidé s mentálním či duševním postižením se mohou při realizaci svých partnerských vztahů setkat s překážkami v podobě konfliktu se svým rodičem, který často za své již dospělé dítě rozhoduje podle svého mínění, a nikoli v jeho zájmu – tedy i v oblasti navazování partnerských vztahů. S těmito potížemi souvisí také role opatrovníka lidí s postižením zbavených částečně nebo úplně způsobilosti k právním úkonům, kteří svou působnost často automaticky rozšiřují na veškeré oblasti svého svěřence, čímž překračují své zákonem vymezené pravomoci. S omezením způsobilosti k právním úkonům se v českém právním systému pojí také další neblahý fakt, že tito lidé nemohou uzavřít manželství, které je jistým naplněním partnerského soužití (např. názorný článek od Zdeňka Jirků *Právo na radost* v časopise *Můžeš*, 2011, číslo 7–8, str. 38–39).

Genderové role a zdravotní postižení

Je však nutné podívat se hlouběji na celkové odlišnosti u obou pohlaví v kontrastu partnerských vztahů, sexuality a fenoménu zdravotního postižení. Východiskem nám je fakt, že člověk jako vyšší živočišný druh vytváří pohlavní partnerství na základě genotropismu, tedy přitažlivosti mezi opačným pohlavím spolu

s jeho komplexním sexuálním chováním (Nakonečný, 1997: 190). Už samotné sexuální chování mužů a žen se však významně odlišuje. Žena přistupuje k milostné hře v podobě protikladů, tedy lákáním muže a následným odmítáním, nabízením se a odvracením nebo snůškou tajemství, která jsou konfrontována s naivní upřímností až drzostí. Oproti tomu muž využívá a nabízí své kvality v podobě síly, výkonu, důvtipného humoru a odvahy. Tato fakta shrnuje W. Jürg (2006: 74) ve své tezi o pronikání sexuality vášně: „Muž chce dobýt milovanou osobu, učinit ji povolnou, chce se jí zmocnit a podrobit si ji. Žena chce muže polapit a zajmout, chce být obdivována, přitahovat milovaného člověka, svést ho, vyvolat jeho hněv a odvalu, zlákat ho do sítě, kde ho chce chytit a udržet.“ Zajisté je tento oboustranný pohled na sexuální chování blízký realitě, ale v případě jak muže, tak ženy se zdravotním postižením může být pohlavní role mnohdy až radikálně změněna či alespoň značně omezena, protože je zdravotní postižení tak významný faktor, že je uvedeným pohlavním rozdílem doslova nadřazen. M. Vágnerová (2004: 186) uvádí, „že postižení je dominantním znakem identity, který překrývá pohlavní roli. Ostatní lidé vnímají postiženého jedince především jako postiženého, a teprve pak jako muže či ženu.“ V. Paeslack (1996, on-line) tomuto faktu dokonce přiřazuje nejvyšší význam v překážkách integrace zdravotně postižených, kteří jsou doslova cejchováni, muž stejně jako žena, na bezpohlavní a sexuálně neutrální osoby. Polemizuje nad příčinami tohoto mínění, kdy jako jednu z možností uvádí zažitý postoj hovořit o postižení podvědomě jako o neutrálním pojmu.

Z jiného hlediska genderu například „tradiční pojetí sexuální výkonnosti“ klade na muže vyšší požadavky než na ženy. V popisech sexuálních dysfunkcí žen bychom marně hledali pojem *impotence*. „Potentní, nebo naopak impotentní může být jen muž.“ (Zvěřina, 2003: 75) Tak u mužů s tělesným postižením po úrazu páteře s nižší lézí lze chápat jejich potíže s potencí doslova jako desexualizaci jejich osoby, kdy můžeme, nejen v jeho sexuálním životě, hovořit o ztrátě jeho přirozené pohlavní role. Když muž nemůže praktikovat sexualitu v podobě pohlavního styku, dostává

se do situace, kdy je jeho pozice muže zpochybněna mnohem víc než status postižené ženy. Muži s různým těžkým postižením tak mohou s přihlédnutím k genderu částečně či plně přijít o svou přirozenou dominantní roli v sexuálním chování v rámci heterosexuálního vztahu. Status ženy s postižením je však také tvrdě zasažen, a to především takzvaným mýtem krásy. V souvislosti s různým těžším postižením můžeme téměř vždy hovořit o změně fyzického vzhledu. Žena často sebe samu vnímá jako neatraktivní, čímž poškozuje pozitivní představu o vlastním těle. V. Paeslack (1996, on-line) při pojednání o ženské atraktivitě u žen s tělesným postižením po úrazu páteře uvádí jako nutnost zdoluhavý proces učení, na jehož konci je poznání, že každá žena, byť s tělesným postižením, je stále ženou. „Nejprve se musí naučit opět se jako žena chovat, jako žena se cítit. Musí získat nový vztah k vlastnímu, závažně a finálně změněnému tělu, musí mít odvalu cítit se sama zase jako hezká a atraktivní, mít své tělo ráda, aby je mohl za atraktivní a milované považovat také jejich partner“ (Paeslack, tamtéž). My však můžeme zcela oprávněně předpokládat, že tento proces sebepoznání vlastní sexuální role a nového sexuálního „já“ je významný nejen u žen po úrazu páteře, ale i ostatních žen s jiným tělesným postižením. Neméně závažné problémy mohou mít například ženy po amputaci prsu nebo amputaci končetin – radikální změna jejich fyzického vzhledu zákonitě také směřuje k vnímání sebe samé jako ošklivé a neatraktivní.

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

naší kultuře jeden z prostředků, jak dosáhnout určité moci a postavení (Oakleyová, 2000: 97).

Závěrem na konkrétním příkladu, který se vztahuje k lidem se zrakovým postižením, je jasné vidět význam genderových odlišností ve vztahu k lidské sexualitě a fenoménu zdravotního postižení. J. Money (In Weiss a kol., 2010: 484) uvádí, že ženy jsou v oblasti sexuální přede hry závislejší na doteku než muži, tedy že hmat má u nich větší význam pro erotické a genitální vzrušení a dosažení orgasmu. U mužů je naopak jejich sexuální reaktivita více závislá na zraku a na vizuálních sexuálních představách. Proto má na muže s těžkým zrakovým postižením jeho postižení vyšší dopad než na podobně postiženou ženu.

MOŽNOSTI DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Další vzdělávání jako forma specializace

V praxi pomáhajících profesí se často vedou diskuse o tom, zda pracovník může být jen odborníkem v příslušném oboru. L. Novosad (2009: 148) k tomu dodává, že při hledání odpovědi musíme vždy vycházet z působnosti, poslání a erudice pracovníka. Uvažujeme-li v tomto kontextu například o profesi sociálního pracovníka, pak je rozsah a náplň jeho činnosti dána právě širší kvalifikací, resp. profesně-osobnostními kompetencemi příslušného pracovníka. V praxi to znamená, že sociální pracovník bude vždy schopen rozpoznat a pojmenovat klientův problém, bude vědět, na jakého odborníka se může klient obrátit a s kým může spolupracovat. To však neznamená, že by v konkrétní problematice nemohl provádět facilitaci, intervenci či terapii. Míra a rozsah těchto činností jsou dány totiž především možnou specializací, která může přímo souviset se zaměřením jeho studia a studijními možnostmi, jež konkrétní školská instituce nabízí, nebo právě s možnostmi dalšího vzdělávání, které mu jistou formu specializace později také nabízí. V současnosti existují již přibližně tři desítky akreditovaných vzdělávacích programů pro celoživotní vzdělávání, které se na problematiku partnerských a sexuálních vztahů osob se zdravotním postižením zaměřují. Realizace těchto kurzů je roztroušena po celé České republice, často na konkrétní objednávku, přičemž jsou kurzy organizovány různými

organizacemi nebo individuálními subjekty. Podstatné však je, že tyto vzdělávací programy jsou a především že přibývají. Smysluplně využívané celoživotní vzdělávání může být vhodnou a dosažitelnou možností, jak získat dostatečné informace pro podporu partnerského a sexuálního života osob se zdravotním postižením. Tomu přispívá skutečnost, že se celý komplex sociálních služeb dostal do své další dekády, když zákon o sociálních službách reflektoval i jejich dosavadní vývoj a vnesl na pracovníky určité kvalifikační požadavky, včetně požadavku na pravidelné prohlubování získané kvalifikace.

Další vzdělávání sociálních pracovníků

V současnosti jsou studenti sociální práce seznamováni s různorodými tématy z oblasti lidské sexuality, kdy většina těchto základních informací bývá tematicky začleněna do předmětů jako sociální patologie, práce s rodinou či etika. Navzdory oprávněnému významu těchto informací lze předpokládat, že nejsou pro specifickou praxi dostatečné. To potvrzují také J. Levická a Z. Truhlářová (2009: 80), které konstatují, že v rámci pregraduální a graduální přípravy sociálních pracovníků je lidské sexualitě věnovaná nedostatečná pozornost. Můžeme se domnívat, podobně jako D. Marková a I. Lukšík (2009: 83), že sociální pracovníci si nebývají jisti svými kompetencemi a možnostmi pomoci v oblasti sexuality. Aby se pracovníci mohli cítit kompetentními například pro vedení rozhovorů o sexualitě svých klientů, měli by mít dostatečné teoretické znalosti a potřebné dovednosti pro praktické vedení těchto rozhovorů. Toho lze docílit zařazením odpovídajících předmětů do jejich studia, jako „základy lidské sexuality pro sociální pracovníky“ nebo „zdravotní postižení a sexualita“ (Levická; Truhlářová, 2009: 82). Zvyšování erudice formou dalšího vzdělávání by pak pro sociální pracovníky bylo pochopitelně další možností. Vzhledem k popsaným nedostatkům pregraduálního vzdělávání jsou však v současnosti akreditované vzdělávací programy v oblasti

partnerského a sexuálního života lidí s postižením spíše jedinou možností této přípravy.

Další vzdělávání pracovníků v sociálních službách

Do jiné situace se dostaneme v oblasti profesní přípravy pracovníků v sociálních službách. Vzhledem k tomu, že na pracovníky je kladen požadavek nižších znalostí a standardizovaný rozsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách nemívá nijak rozsáhlou hodinovou dotaci, měly by být jejich znalosti k dané problematice získávány standardně právě především dalším vzděláváním.

Nejenom podle Z. Kozákové (In Volfová a kol., 2008: 72) by pak bylo nejvhodnější, aby základní kurz v oblasti sexuality osob se zdravotním postižením absolvoval celý personál pracující s lidmi se zdravotním postižením. Je důležité dostatečně informovat zaměstnance o tom, jakým způsobem reagovat na nejrůznější dotazy a potíže. Pro samotnou kvalitu sociálních služeb při práci s cílovou skupinou lidí s postižením je nutné, aby všichni pomáhající pracovníci byli v určitých oblastech poučeni a aby získali dostatečné informace. Pracovníci by měli vědět, že jsou k dispozici tištěné informace, audiovizuální zdroje nebo že existují organizace, na které se lze obrátit (Štěrbová, 2009: 39).

Přínos těchto kurzů pro pracovníka je především poznání, že lidé se zdravotním postižením jsou sexuální bytosti, že jejich sexualita se nikterak neodlišuje. Pracovníci budou spíše podporovat sexuální edukaci a nebudou se obávat případných důsledků a projevů sexuálního života u lidí s postižením. Budou mít také možnost pochopit, že zkušenost druhých lidí se sexualitou je odlišná od jejich vlastní zkušenosti.

Další vzdělávání pracovníků podle zákona o sociálních službách

V srpnu roku 2009 vystoupila v platnost novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která pracovníkům v sociálních službách a sociálním pracovníkům stanovila povinnost dalšího vzdělávání v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Z těchto 24 hodin je možné absolvovat plný počet hodin vzdělávání v rámci odborných stáží v zařízeních sociálních služeb nebo účasti na akreditovaných kurzech u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV ČR), popř. osm hodin v rámci interní školicí akce. V systému dalšího vzdělávání, který je obvyklý u jiných pomáhajících profesí (např. zdravotnické obory), je zaměstnavatel povinen zabezpečit pracovníkům účast na těchto stážích, kurzech nebo školicích akcích, kde si obnovují, upevňují a především doplňují kvalifikaci.

Jak bylo již zmíněno, tyto akreditované kurzy jsou do jisté míry věnované i problematice sexuálního a partnerského života osob se zdravotním postižením. Kurzy se v České republice zaměřují především na cílovou skupinu lidí s mentálním postižením. Ovšem i ve vztahu k jiným typům zdravotního postižení by mělo být další vzdělání v problematice zcela žádanou realitou.

Aby mohli být pracovníci proškoleni, je třeba, aby byl vytvořen systém vzdělávacích akcí a doškolovacích aktivit pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, čímž by byl zaručen odborný přístup k sexualitě uživatelů služeb. Další vzdělávání v této oblasti je zárukou rozvoje sebe sama a současně základem pro rozšíření a zdokonalení služeb pro uživatele sociálních služeb (Štěrbová, 2009: 14–16).

Přehled vybraných vzdělávacích programů

Během přípravy této publikace byla provedena analýza Seznamů vzdělávacích programů akreditovaných MPSV ČR v letech 2007 až

2012, přičemž byl sestaven přehledný seznam vybraných vzdělávacích programů zaměřených na problematiku partnerských a sexuálních vztahů osob se zdravotním postižením, jejichž dostupnost a faktická realizace byla jednotlivě ověřena, byť nelze garantovat kvalitativní stránku jednotlivých kurzů. Z uskutečněné analýzy lze konstatovat navíc jeden příjemný fakt, že v roce 2011 došlo ke značnému navýšení nabídky těchto kurzů. V tabulce jsou u jednotlivých kurzů uvedeny pouze základní informace, které jsou považovány pro čtenáře za podstatné (název programu, číslo akreditace, realizátor programu a hodinová dotace).

Pro přehlednost významu akreditačního čísla je zde uvedeno vysvětlení písemných zkratk: PC (akreditace pro pracovníky v sociálních službách), SP (akreditace pro sociální pracovníky), VP (akreditace pro vedoucí pracovníky zaměstnanců v sociálních službách), PP (podpora fyzických osob, které poskytují pomoc příjemci příspěvku na péči).

Tabulka 1 – Seznam akreditovaných vzdělávacích programů v ČR

Sexuální pedagogika lidí s mentálním postižením	2008/138-SP
CARITAS – Vyšší odborná škola sociální	16 hodin
Sexualita lidí nejen s mentálním postižením	2009/556-PC
Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA	14 hodin
Přístup k sexualitě lidí s mentálním postižením	2010/0828-PC/SP/VP
Bc. Vítězslav Král	5 hodin
Přístup k sexualitě klientů v sociálních službách	2011/0220-PC
PhDr. Martina Venglářová	8 hodin
Sexualita osob s mentálním postižením	2011/0804-PC/SP/VP/PP
Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín	24 hodin
Sexualita lidí s mentálním postižením	2011/0285-PC/SP

EDUCO CENTRUM, s. r. o.	8 hodin
Úvod do praxe sexuální výchovy a osvěty osob s mentálním postižením 1	2011/0212-PC/SP/VP
Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu	8 hodin
Úvod do praxe sexuální výchovy a osvěty osob s mentálním postižením 2	2011/0213-PC/SP/VP
Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu	8 hodin
Sexualita handicapovaných	2011/0856-PC/SP/VP
Hartmann Rico, a. s.	5 hodin
Sexualita třetího věku	2011/0859-PC/SP/VP
Hartmann Rico, a. s.	5 hodin
Sexualita a vztahy lidí s postižením	2011/0882-PC/SP/VP
Marlin, s. r. o.	8 hodin
Přístup k sexualitě lidí s psychózou v rámci poskytování sociálních služeb	2011/1031-SP
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví	8 hodin
Sexualita u mentálně postižených	2011/1089-PC/SP/VP
PROFIMA EFFECTIVE, s. r. o.	6 hodin
Víkend s českým znakovým jazykem – Sex a intimita	2011/1214-PC
Pevnost – Institut neslyšících pro specializované vzdělávání	11 hodin
Úvod do sexuální výchovy a osvěty u osob s mentálním postižením 1	2012/0280-PC/SP/VP
Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu	8 hodin
Úvod do sexuální výchovy a osvěty u osob s mentálním postižením 2	2012/0281-PC/SP/VP

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu	8 hodin
Sexualita a vztahy lidí s postižením 1	2012/0853-PC/SP/VP/PP
Petr Eisner, DiS.	8 hodin
Sexualita a vztahy lidí s postižením 2	2012/0854-PC/SP/VP/PP
Petr Eisner, DiS.	8 hodin
Sexualita lidí s mentálním postižením II – úvod do problematiky pro pracovníky v sociálních službách	2012/1384-PC/VP
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	16 hodin
Sexuální zneužívání – zaměření na intervenci	2012/1385-PC
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	8 hodin
Spolupráce s rodinou v oblasti sexuality a osvěta s mentálním postižením	2012/1386-PC
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	8 hodin
Sexualita lidí s mentálním postižením I. – úvod do systémového uchopení v organizaci	2012/1387-SP/VP
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	16 hodin
Sexuální osvěta lidí s mentálním postižením – plán podpory	2012/1388-SP/VP
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	8 hodin
Spolupráce s rodinou v oblasti sexuality	2012/1389-PC
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	6 hodin
Tvorba protokolu sexuality v zařízení	2012/1390-SP/VP
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	8 hodin
Sexuální zneužívání – postoje organizace, prevence jevu, vyhodnocení rizik a tvorba opatření	2012/1391-SP/VP
Diakonie CČE – středisko Západní Čechy	8 hodin

Jiné možnosti vzdělávání

Mimo výše uvedené akreditované programy MPSV ČR existují ještě jiné možnosti, jak získat tolik potřebné znalosti. Několik organizací v České republice pravidelně pořádá osvětové akce, často v podobě společných diskusí a besed (například Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA). Dalším zdrojem k získání informací jsou nepravidelně probíhající konference, které se věnují problematice z mnoha různých úhlů (Pedagogická fakulta Univerzity v Hradci Králové, či dříve také organizace Orfeus aj.).

Také každoroční konference Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu (dále jen SPRSV) nabízejí další poznatky, kdy jsou otázky z rodinného, sexuálního a partnerského života lidí se zdravotním postižením zahrnuty do přednášek na krajských konferencích a celostátních kongresech (např. „O sexualitě, lidských vztazích a sexuální výchově“). SPRSV, která také realizuje vzdělávací programy, pravidelně zajišťuje akreditaci svých kurzů i pro nelékařské zdravotnické pracovníky, mezi které patří zdravotně sociální pracovník.

Vsoučasnosti by se mohlo zdát, že je tělesným prožitkům a lidském sexualitě přikládán až příliš velký význam. Mnoho jedinců se snaží dostat svým tělem všeobecného uznání, čímž se i samotná sexualita a partnerské vztahy stávají měřítkem úspěchu a významně ovlivňují společenské postavení druhého jedince. I proto je sexualita podstatným sociálním ukazatelem. O to více je tato problematika složitější ve vztahu k fenoménu zdravotního postižení. Z mnoha studií a dotazníků, jež se věnovaly kvalitě života u osob s různými typy postižení, je přitom ze všech odpovědí patrná touha po rodině, lásce a blízkém intimním vztahu. Tím se logicky potvrzuje, že kvalita života těchto lidí je velmi závislá na spokojenosti se svým sexuálním životem nebo v partnerském či manželském soužití.

Sociální služby pro lidi se zdravotním postižením, včetně jedné z jejich základních služeb – odborného sociálního poradenství, by proto měly cestou respektu, podpory a rozšiřováním možností skutečně naplňovat plnohodnotný život svých klientů právě i ve vztahu k jejich sexualitě nebo partnerským vztahům. Tyto cíle je možné uskutečňovat prostřednictvím řady aktivit, od organizování osvětových činností a seminářů až po konkrétní intervenční a poradenskou pomoc.

Míra a potřeba podpory v oblasti sexuality a partnerských vztahů u lidí se zdravotním postižením je jednoznačně individuální. Závisí především na věku jedince, na pohlaví, na individuálních charakteristikách, na druhu zdravotního postižení, na charakteristice postižení, na prostředí nebo na výchovných vlivech apod. Citlivé zachování principu individuality je proto při podpoře zcela zásadní.

U jedince je nutné respektovat také úroveň jeho schopností, sociálních dovedností či osobní a rodinnou historii. Záměrem pomoci je poté nalezení pomyslného průsečíku pozitivního prožívání sexuální radosti, vzhledem k zdravotnímu stavu, míře postižení a individualitě klienta.

- ADAM, T. Život s diagnosou psychiatrického onemocnění. In Sborník *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 54–56.
- BAŠTECKÁ, B. Rodinný a sexuální život z hlediska vývoje a výchovy. In Sborník *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 32–37.
- DRÁBEK, T. *Možnosti sociální práce v podpoře partnerského a sexuálního života lidí se zdravotním postižením*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 2011.
- EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách. *Svět neziskovek*, 2009, roč. 1, č. 9, s. 3.
- EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách – informovanost a svobodné rozhodnutí. *Svět neziskovek*, 2010 A, roč. 2, č. 1, s. 4.
- EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách – současný stav práce se sexualitou v českých sociálních službách. *Svět neziskovek*, 2010 B, roč. 2, č. 2, s. 4.
- EISNER, P. Sexualita klientů v sociálních službách – práce se sexualitou jako součást kvalitní sociální služby. *Svět neziskovek*, 2010 C, roč. 2, č. 3, s. 4.
- FALCŇÍKOVÁ, B. Facilitovaný sex. *Vozka*, 2013, roč. 16, č. 2, s. 55.
- JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008.

- JANEBOVÁ, R. Úvahy nad genderovým tichem aneb Je gender relevantní kategorií v sociální práci? *Sociální práce/ Sociálna práca*, 2008, roč. 2008, č. 2, s. 90–105.
- JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia consult, 1993.
- JÜRG, W. *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Praha: Portál, 2006.
- KALIBA, M. Sexuální výchova jako předmět zájmu sociální pedagogiky. In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů ze 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009*. Brno: SPRSV, 2009, s. 41–43.
- KASTNEROVÁ, M. Ideologie jednotlivců, singles a skutečnost žití o samotě. *Sociální práce/ Sociálna práca*, 2009, roč. 2009, č. 4, s. 135–142.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
- KRACÍK, J.: *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Univerzita Karlova, 1992.
- KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. Praha: Portál, 2000.
- KRATOCHVÍL, S. *Sex jako obohacení života*. Praha: Grada, 2005.
- KRHUTOVÁ, L. Teorie a modely zdravotního postižení. *Sociální práce/ Sociálna práca*, 2010, roč. 2010, č. 4, s. 49–59.
- LEČBYCH, M. *K sexualitě dospívajících osob*. Zpravodajský a informační server Dobromysl, 2005.
- LEVICKÁ, J.; TRUHLÁŘOVÁ, Z. Miesto a význam informácií z oblasti ľudskej sexuality v praxi sociálneho pracovníka. In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů ze 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009*. Brno: SPRSV, 2009, s. 80–82.
- MARKOVÁ, D.; LUKŠÍK, I. Aký by mal byť obsah sexuálnej výchovy pre študentov a študentky sociálnej práce? In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů ze 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009*. Brno: SPRSV, 2009, s. 83–90.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008.
- MUSIL, L. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce/ Sociálna práca*, 2008, roč. 2008, č. 2, s. 60–79.

- NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2006.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009.
- OAKLEYOVÁ, A. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000.
- PAESLACK, V. *Ochrnuté ženy*. 1996. [on-line] [15. 5. 2011].
Dostupné z: http://www.paraple.cz/Portals/0/nase_sluzby/matky/ochrnut_e_zeny.pdf
- PONDELÍČKOVÁ, J.; RABOCH, J. *O sexualitě a partnerských vztazích*. Praha: Galén, 2005.
- Škola seznamování. *Esprit*, 2009, roč., č. 2, s. 3.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením. Strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů*. Praha: SPRSV, 2009.
- TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Odraz sexuální výchovy v praxi sociální práce*. In Mitlöhner, M. (Ed.) *Sborník referátů z 16. celostátního kongresu k sexuální výchově v České republice 2008*. Praha: SPRSV, 2008.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007.
- VENGLÁŘOVÁ, M.; EISNER, P., a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007.
- VOLFOVÁ, I.; KOZÁKOVÁ, Z.; VELEMÍNSKÝ, M. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton, 2008.
- WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010.
- ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003.

PETR EISNER, DiS.

Zkušenosti, srozumitelnost a použitelnost pro vaši praxi

Jako **lektor a konzultant** se Vám může věnovat na mnoha úrovních vzdělávání, podle Vašich požadavků. Hlavní oblast jeho práce se týká **sexuality a vztahů lidí s postižením** nebo dalších klientů sociálních služeb. Vybrat si můžete z celodenních **kurzů akreditovaných u MPSV ČR (Sexualita a vztahy lidí s postižením)**, ale všechna témata může přednášet i v kratších blocích a v různých formách podle počtu účastníků a charakteru vzdělávací akce. V jeho nabídce je jak **vedení velkých workshopů** nebo přednášek na konferencích, tak **individuální odborné konzultace** či osvěta pro pracovníky, klienty nebo **jejich rodiče**. Organizacím může poskytnout **podporu tvorby a připomínkování protokolu sexuality** nebo **pomoci se zaváděním práce se sexualitou** do organizace.

Kontakt

E-mail: petr.eisner@seznam.cz

Mobil: 605 445 538

**Všechny podrobné informace na webu
www.petreisner.cz**

Těší se na setkání a spolupráci s Vámi!

POZNÁMKY

PARTNERSKÝ A SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM – PUBLIKACE PRO ODBOBNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Mgr. Tomáš Drábek

Vydal Svaz tělesně postižených v České republice, o. s.
Karlínské náměstí 59/12, 186 00 Praha 8
Tel.: +420 222 317 489
www.svaztp.cz

První vydání, Praha 2013
Náklad 550 výtisků
Vytiskla Střední škola mediální grafiky a tisku, s.r.o.
Neprodejné

ISBN 978-80-260-5282-1





ISBN 978-80-260-5282-1