

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

POHLED SPOLEČNOSTI NA INTIMNÍ ASISTENCI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA SUCHÁNKOVÁ, DIS.

PRAHA 2019

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S., PRAHA 5

POHLED SPOLEČNOSTI NA INTIMNÍ ASISTENCI

Bakalářská práce

VERONIKA SUCHÁNKOVÁ, DIS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

PRAHA 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

SUCHÁNKOVÁ Veronika

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Pohled společnosti na intimní asistenci

Society Attitude towards Intimate Assistance

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 03. 2019

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala doc. MUDr. Lidmile Hamplové, PhD. za vedení bakalářské práce a respondentům za spolupráci při realizaci průzkumného šetření.

ABSKTRAKT

SUCHÁNKOVÁ, Veronika DIS. *Pohled společnosti na intimní asistenci*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha. 2019. 67 s.

Tématem bakalářské práce je pohled společnosti na intimní asistenci. Teoretická část práce charakterizuje všeobecnou sexualitu včetně pojmů, funkce sexuality, sexuální výchovy, ochrany před početím. Dále odlišnosti, specifikace sexuality u zdravotně hendikepovaných osob a služby intimní asistence. Praktická část se zabývá průzkumným šetřením široké veřejnosti na názor na sexualitu a intimní asistenci pro zdravotně hendikepované osoby.

Klíčová slova

Intimita. Intimní asistence. Sexualita. Sexuální potřeby. Zdravotní hendikep.

ABSTRACT

SUCHÁNKOVÁ, Veronika DIS. *Attitude of Society Towards Intimate Assistance*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Prague. 2019. 67 pages.

The topic of this thesis is Society Attitude towards Intimate Assistance. The theoretical part of the thesis characterizes general sexuality including terms, function of sexuality, sex education, protection against conception. Furthermore, differences, specification of sexuality of disabled people and services of intimate assistance. The practical part deals with the survey of survey of general public respondents about the opinion on sexuality and intimate help for people with disabilities.

Key words

Hendicap. Intimity. Intimate Assistance. Sexuality. Sexual needs.

PŘEDMLUVA

Tématem bakalářské práce je pohled společnosti na intimní asistenci. Otevřeně hovoří o sexualitě člověka a o potřebě blízkosti, které má každý z nás. Téma jsem si vybrala proto, že je stále tabu v naší zemi otevřeně hovořit o sexualitě. Díky svému povolání se setkávám s lidmi postiženými, staršími a jinak znevýhodněnými. Uvědomila jsem si, že jsou tito lidé často díky nevědomosti a ostychu okolí, ochuzeni o základní lidskou potřebu. O intimitu, blízkost a v neposlední řadě sexualitu. Veřejně se o těchto otázkách nemluví a nejsou prezentované způsoby intimity těchto lidí. Svou práci směřuji k potřebám zdravotně hendikepovaných osob. Píši o službě, jenž má napomoci uspokojit jejich intimní potřeby. Prospěšnost služby vidím v tom, že může pomoci pokrýt potřeby jedince, pokud se mu jich v reálném životě nedostává. Neméně důležitý dopad má tato služba na sexuální výchovu zdravotně hendikepovaných jedinců. Lidem se zdravotním s mentálním vrozeným hendikepem, může pomoci naučit se své potřeby ovládat, uspokojovat a korigovat tak, aby byla tato stránka v souladu s nějakými pravidly. Lidem se zdravotním hendikepem získaným během života, může velmi dobře tato služba pomoci najít vnitřní rovnováhu a odvahu se opět začlenit do běžného života a navázat na zprerhané intimní vztahy. Potřeba sexuality nemizí, nýbrž se mění s daným postižením, její podstata zůstává neměnná. Na toto téma jsem prováděla průzkumné šetření u široké veřejnosti.

Cílem bakalářské práce, je rozšířit povědomí o této problematice. Pokusit se odstranit předsudky v této oblasti a vysvětlit, co intimní asistence nabízí. Troufám si říci, že každý občan České republiky přišel do kontaktu s hendikepovaným, ale jen někteří zaregistrovali, že ač má hendikep, potřeba sounáležitosti a lásky zůstala. Člověk je tvor ve své podstatě společenský a s hendikepem se nestává člověkem samotářským. To z něho dělá společnost. Mým cílem je ukázat, že ač nejsou stejní jako my, uvnitř jsme všichni stejní, se stejnými potřebami. Z tohoto důvodu vznikla služba intimní asistence, která dává těmto lidem prostor a možnost prožít to, co každý zdravý jedinec zažívá a prožívá. Nechala jsem respondenty, ve věku 15 až 66 a více let, odpovědět prostřednictvím sociální a komunikační sítě na otázky, díky kterým bych ráda zjistila, jak na tuto oblast a službu nahlíží.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK

ÚVOD	13
1 SEXUALITA A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	16
1.1 SEX.....	16
1.2 SEXUALITA	16
1.3 POHLAVNÍ STYK.....	17
1.4 ORÁLNÍ SEX	17
1.5 ORGASMUS.....	17
1.5 MASTURBACE	18
1.6 PORNOGRAFIE.....	18
2 VÝVOJOVÁ STÁDIA SEXUALITY	19
3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA	21
3.1 SEXUÁLNÍ DESATERO	21
3.2 CÍLE SEXUÁLNÍ VÝCHOVY	22
3.3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V PRŮBĚHU ŽIVOTA.....	22
3.3.1 PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	22
3.3.2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA.....	23
4 OCHRANA PŘED POČETÍM A RIZIKA SEXUALITY	24
4.1 PŘIROZENÉ METODY	24
4.1.1 PŘERUŠOVANÁ SOULOŽ.....	24
4.1.2 PERIODICKÁ ABSENCE.....	24
4.1.3 ABSTINENCE.....	24
4.1.4 PAPÁJA - semena	24
4.2 BARIÉROVÉ METODY MUŽSKÉ A ŽENSKÉ, CHEMICKÉ A MECHANICKÉ	24
4.2.1 PREZERVATIV	25
4.2.2 VAGINÁLNÍ SPERMICIDY.....	25
4.2.3 ŽENSKÉ MECHANICKÉ BARIÉRY.....	25

4.3	NITRODĚLOŽNÍ ANTIKONCEPCE.....	25
4.4	GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE.....	25
4.4.1	<i>PERORÁLNÍ MINIPILULKY</i>	25
4.4.2	<i>PODKOŽNÍ IMPLANTÁT</i>	25
4.4.3	<i>INJEKCE</i>	25
4.5	KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	26
4.6	STERILIZACE	26
4.7	ABORTIVNÍ ANTIKONCEPCE	26
4.8	SEXUÁLNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ.....	26
5	SEXUÁLNÍ DEVIACE, PARAFILIE, DELIKVENCE A DYSFUNKCE..	28
5.1	PARAFILIE.....	28
5.2	DELIKVENCE	29
5.3	DYSFUNKCE.....	29
6	ODLIŠNOSTI SEXUALITY HENDIKEPOVANÝCH OSOB	30
6.1	SEXUALITA OSOB TĚLESNĚ HENDIKEPOVANÝCH	30
6.1.1	<i>SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE</i>	30
6.1.2	<i>PŘÍPRAVA K POHLAVNÍMU STYKU</i>	31
6.1.3	<i>POHLAVNÍ STYK</i>	32
6.1.4	<i>SEXUÁLNÍ POMŮCKY</i>	32
6.2	SEXUALITA OSOB SE SMYSLOVÝM HENDIKEPEM	33
6.2.1	<i>ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ</i>	33
6.2.2	<i>SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ</i>	33
6.2.3	<i>SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE</i>	33
6.3	SEXUALITA U OSOB S MENTÁLNÍM HENDIKEPEM	33
6.3.1	<i>SEXUÁLNÍ VÝCHOVA</i>	34
6.3.2	<i>ASPEKTY</i>	35
7	INTIMNÍ ASISTENCE	36
7.1	INTIMNÍ ASISTENT/ASISTENTKA	36
7.2	PASIVNÍ INTIMNÍ ASISTENCE	37
7.3	AKTIVNÍ INTIMNÍ ASISTENCE	37
7.4	PRŮBĚH INTIMNÍ ASISTENCE.....	37
7.4.1	<i>PRVNÍ FÁZE</i>	37

7.4.2	<i>DRUHÁ FÁZE</i>	38
7.5	PRÁVNÍ LEGISLATIVA.....	38
7.5	CENA INTIMNÍ ASISTENCE A PROSTITUCE.....	38
8	PRŮZKUM.....	40
8.1	PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	40
8.2	METODIKA PRŮZKUMU.....	41
8.3	ČASOVÝ HARMONOGRAM.....	41
8.4	PRŮZKUMNÝ VZOREK	42
8.5	PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	43
9	VERIFIKACE VÝSLEDKŮ	66
9.1	STATISTICKÉ OVĚŘENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY Č. 3 POMOCÍ CHÍ KVADRÁT TESTU.....	66
9.1.1	<i>DATOVÉ SOUBORY</i>	66
9.1.2	<i>VÝPOČET</i>	67
9.1.3	<i>VÝSLEDEK</i>	68
10	INTERPRETACE PRŮZKUMU	69
11	DISKUZE.....	72
11.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	74
ZÁVĚR	75	
CITOVANÁ LITERATURA		78
SEZNAM PŘÍLOH.....		81

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS.....Acquied Immune Deficiency Syndrome

HIV.....Human Immunodeficiency Virus

HPS.....Antivirový Plicní Syndrom

HPV.....Lidský Papilovirus

R-R.....ROZKOŠ bez rizika

(WEISS, 2010) (ŠÍDOVÁ, et al., 2013)

SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK

Graf 1 Pohlaví respondentů	43
Graf 2 Věk respondentů	44
Graf 3 Kategorie povolání respondentů	45
Graf 4 Podíl respondentů dávající péči zdravotně hendikepované osobě	46
Graf 4. 1 Porovnání výsledků - Kategorie povolání pečujících respondentů	45
Graf 5 Zdravotní hendikep přijímajícího péči – pečující respondenti	48
Graf 6 Pohlaví přijímající osoby – pečující respondenti	49
Graf 7 Věk přijímající osoby – pečující respondenti	50
Graf 8 Vztah k přijímajícímu péči – pečující respondenti	51
Graf 9 Sexuální potřeba u přijímajícího péči – pečující respondenti	52
Graf 10 Reakce na sexuální potřebu přijímajícího péči – pečující respondenti	53
Graf 10.1 Porovnání výsledků – Reakce na sexuální potřebu dle kategorie povolání	54
Graf 11 Znalost služby aktivní intimní asistence	56
Graf 12 Zdroj informací o aktivní intimní asistenci	57
Graf 13 Poskytovatel aktivní intimní asistence	58
Graf 14 Náplň aktivní intimní asistence	59
Graf 15 Názor na aktivní intimní asistenci	61
Graf 16 Připravenost na tento typ intimní službu v České republice	63
Graf 17 Cena aktivní intimní asistence	64
Graf 18 Schopnost sexuálního kontaktu mezi respondentem a hendikepovaným	65
Obrázek 1 Penilní vibrátor	31
Obrázek 2 Love Chair	32
Tabulka 1 Ceník intimní asistence (pasivní/aktivní)	39
Tabulka 2 Ceník prostituce	39
Tabulka 3 Pohlaví respondentů	43
Tabulka 4 Věk respondentů	44
Tabulka 5 Kategorie povolání respondentů	45
Tabulka 6 Podíl respondentů dávajících péči zdravotně hendikepované osobě	46
Tabulka 6.1 Porovnání výsledků - Kategorie povolání pečujících respondentů	47

Tabulka 7 Zdravotní hendikep přijímajícího péči – pečující respondenti	48
Tabulka 8 Pohlaví přijímající osoby – pečující respondenti.....	49
Tabulka 9 Věk přijímající osoby – pečující respondenti	50
Tabulka 10 Vztah k přijímajícímu péči – pečující respondenti	51
Tabulka 11 Sexuální potřeba u přijímajícího péči – pečující respondenti.....	52
Tabulka 12 Reakce na sexuální potřebu přijímajícího péči – pečující respondenti.....	53
Tabulka 12.1 Porovnání výsledků – Reakce na sexuální potřebu dle kategorie povolání	54
Tabulka 13 Znalost služby aktivní intimní asistence.....	56
Tabulka 14 Zdroj informací o aktivní intimní asistenci	57
Tabulka 15 Poskytovatel aktivní intimní asistence.....	58
Tabulka 16 Náplň aktivní intimní asistence	59
Tabulka 17 Názor na aktivní intimní asistenci	61
Tabulka 18 Přípravenost na tento typ intimní služby v České republice.....	63
Tabulka 19 Cena aktivní intimní asistence	64
Tabulka 20 Schopnost sexuálního kontaktu mezi respondentem a hendikepovaným....	65
Tabulka 21 Skutečná absolutní četnost respondentů dle typu povolání s názorem na aktivní intimní asistenci	66
Tabulka 22 Očekávaná absolutní četnost respondentů dle typu povolání s názorem na aktivní intimní asistenci	67

„Člověk užívá své fantazie k uspokojování svých ve skutečnosti nesplněných přání“.
(Sigmund Freud)

ÚVOD

V České republice je zdravotně hendikepovaný každý desátý. Vyplývá to ze *šetření u osob se zdravotním postižením, které v roce 2013, již po druhé v historii, realizoval ČSÚ ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Vyplynulo, že z celkového počtu obyvatel bylo 1.077.673 osob se zdravotním postižením*“ (KOTÝNEK, Josef, 2014).

Jedním z důležitých kroků, jak bychom mohli napomoci zdravotně hendikepovaným osobám v intimitě, by měla být informovanost zdravotnického personálu, či sociálních pracovníků a široké veřejnosti o typech služby intimní asistence. Právě zdravotnický personál nebo pracovníci sociální péče, jsou v prvotním kontaktu se zdravotně postiženým.

Sexualita patří mezi základní lidské potřeby má mnoho aspektů. Nejde pouze o fyzický sex a sexuální uspokojení, ale intimní kontakt s druhou osobou, prožití citu, sounáležitosti, či opory a jiné (VENGLÁŘOVÁ, 2013).

V České republice máme od roku 2015 celkem 5 žen vyškolených organizací R - R . Na základě vysoké poptávky se uvažuje o navýšení vyškolených žen, které mohou nabízet služby aktivní intimní asistence. Dále se uvažuje i o vyškolení několika mužů, neboť poptávka po opačném pohlaví stoupá.

Otázkou však zůstává, kdy je tato služba na hraně zákona, a kdy je pouhou službou, usnadňující život osob se zdravotním postižením.

Na základě těchto faktů jsme se rozhodli zabývat názorem společnosti na intimitu zdravotně hendikepovaných osob a služby intimní asistence.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat z dostupných a nových zdrojů informace týkající se všeobecných pojmů intimity, rozdílů intimity zdravotně hendikepovaných osob a služby intimní asistence, která napomáhá danou intimní potřebu naplňovat.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vyhodnotit reakci na sexuální potřebu u pečujících respondentů, podle jejich typu povolání.

Cíl 2: Zjistit znalosti respondentů o existenci služby aktivní intimní asistence.

Cíl 3: Zmapovat, zda existuje statisticky významný rozdíl v názoru na aktivní intimní asistenci s ohledem na typ povolání pečujících respondentů.

Cíl 4: Zjistit, zda je Česká republika připravena na tento typ intimní služby.

Cíl 5: Zjistit schopnost respondentů sexuálního kontaktu se zdravotně hendikepovanou osobou.

Vstupní literatura

FIFKOVÁ, Hana, HRICZ, Miroslav a Lucie JARKOVSKÁ, ed., 2009. *Sexuální výchova - vybraná témata* [online]. MŠMT Praha [cit. 03. 03. 2019]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/8304_1_1/

PRAŠKO, Ján a Ondřej TROJAN, 2001. *O milování s důvěrou a láskou*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0063-8.

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

ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-4453-7.

VALENTA, Milan, 2009. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

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

Popis rešeršní strategie

V první fázi vyhledávání byla vymezena a definována klíčová slova v českém jazyce - intimita, intimní asistence, sexualita, sexuální potřeby, zdravotní hendikep

(v anglickém jazyce - handicap, intimacy, intimate assistance, sexuality, sexual needs). Vyhledávání odborné literatury, která byla částečně následně využita pro tvorbu bakalářské práce s názvem Pohled společnosti na intimní asistenci, proběhlo v časovém období říjen 2018 až březen 2019.

Časové vymezení v českém, slovenském a anglickém jazyce bylo zvoleno od roku 2009 až po současnost. Rešerše byla zpracována v březnu 2019 ve spolupráci s knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze (viz Příloha B).

Použity byly i vlastní dohledané zdroje z elektronické databáze Jednotná informační brána, katalog Národní městské knihovny i Národní lékařské knihovny, katalog Říčanské městské knihovny, vyhledávač Google Schol a databáze vyšších a vysokoškolských prací.

Pomocí rešerše bylo dohledáno celkem 35 záznamů. Pro tvorbu bakalářské práce byly z rešerše využity pouze 4 záznamy. Z vlastních vyhledaných zdrojů bylo využito celkem 18 záznamů a celkem 7 záznamů překračující časový limit v časovém období 2009 až do současnosti. Daná literatura je pro naši práci stěžejní.

1 SEXUALITA A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Pro správné porozumění v následujících kapitolách, je v první řadě potřeba vysvětlit několik důležitých pojmů, charakteristických pro dané téma a problematiku.

Pod pojmem sex, či sexualita, si většina lidí představí spojení primárně z biologického aspektu, při němž dochází k vytvoření nového života, k takzvané reprodukci. Dále navození příjemných pocitů a prostředek k sociální komunikaci. Z tohoto vyplývá, že potřeba sexu není pouze reprodukční, ale také psychický a fyzický prožitek s uspokojením či orgasmem (VENGLÁŘOVÁ, 2013).

1.1 SEX

V překladu znamená pohlaví, pochází z latinského slova “sexus”. Je to projev lidské biologie, který má primárně reprodukční účel, sekundárně zdroj navození příjemných pocitů a terciárně prostředek k sociální komunikaci. Zvláštním lidským aspektem je, že ženy prožívají orgasmus a nejsou ovlivněny obdobím říje. Chování z hlediska sexuálního chování, tak podléhá různým vlivům (BINAROVÁ, 2000). Vymezuje jistý rozdíl mezi výše zmíněnou sexualitou a sexem takto: *„Sex je obecně chápán převážně biologicky. Jde o fyzický kontakt, nejčastěji mezi dvěma jedinci, za účelem uspokojení sexuální potřeby. Převážně je toto slovo spojováno s pohlavním stykem (koitus)“* (BINAROVÁ, 2000, p. 21).

1.2 SEXUALITA

„Sexualita není sex. Sexualita, jako pohlavnost, pohlavní chování, má mnohem širší význam než sex“ (BINAROVÁ, 2000, p. 21). Sexualita je tedy sexuální chování, integrované v životě každého člověka a je jeho naprostou a neoddělitelnou přirozeností. Dále ji lze definovat a nahlížet na ni jako na snůšku postojů, hodnot, vztahů, aktivit mezi jedinci a morálkou. V dnešní době se již můžeme střetnout i s **bisexualitou**, kde je jedinec sexuálně přitahován, jak jedinci stejného, tak i opačného pohlaví. **Heterosexuál** je jedinec, u kterého je sexualita orientována pouze na opačné pohlaví. K reprodukci dochází pouze v tomto vztahu. V případě, kdy je člověk sexuálně přitahován pouze stejným pohlavím, hovoříme o tak zvaném **homosexuálním vztahu**. Dotyčný sám sebe takto vnímá a též se tak ve společnosti prezentuje. Méně známým pojmem je **intersexualita**, kde jedinec není sexuálně vyhraněn, má jak mužské, tak i ženské pohlavní

znaky. Má problém pojmenovat svou sexuální orientaci. **Transsexuál** má v protikladu své tělesné a psychické pohlaví. Dotyčný má pocit, že se narodil ve špatném těle. Blízce spojený s výše uvedenými pojmy, je **coming out**, což je proces zjištění, přijímání a sžívání se se svou vlastní sexuální orientací. Jedinec v této fázi sděluje svému okolí svou sexualitu (KOLEKTIV AUTORŮ, 2014). Sexualita má v dnešní době své místo v životě každého člověka. Dá se říci, že je vlastně nedílnou součástí lidských životů, jako třeba potřeba potravy či pití. Je to potřeba jako každá jiná a lidské tělo si o ni umí říci.

1.3 POHLAVNÍ STYK

Pohlavní styk, neboli soulož či koitus, je další důležitý pojem. V hovorové češtině se též užívá pojem sex. Dochází k sexuálnímu spojení pohlavních orgánů muže a ženy, pomocí spojení mužského pohlavního orgánu pyje s ženskými. Při spojení dvou mužů, můžeme hovořit o **análním sexu**, či **análním pohlavním styku**. Tento styk zahrnuje vniknutí mužského pyje do konečníku druhé osoby. Není podmínkou, aby k tomuto pohlavnímu styku docházelo pouze u homosexuálních mužů. Tato praktika může být používána i v heterosexuálním vztahu (ZVĚŘINA, 2012).

1.4 ORÁLNÍ SEX

Orální sex bývá často spojován s výše uvedenými pojmy. Při této činnosti dochází k dráždění pohlavního orgánu jazykem či ústy. Tento akt bývá často součástí **předehry**, kdy se provádí za účelem navození mužské erekce, či u žen k navození vzrušení. Jde tedy o způsob, jak u partnera navodit mimopohlavním způsobem orgasmus, či vzrušení (ZVĚŘINA, 2012).

1.5 ORGASMUS

Orgasmus, neboli hovorově vyvrcholení, přichází při nepřetržitém dráždění pohlavního orgánu. K dosažení můžeme dojít při samotném pohlavním styku, nebo drážděním pohlavního orgánu. Člověk v této fázi prožívá pocit uspokojení, kontrakce svalstva různé intenzity, především v oblasti pánevního dna. U mužů dochází k vypuzení ejakulátu (výron semene) z údu a následné ochabnutí erekce. U žen je orgasmus komplikovanější. Dochází též ke stahům pánevního svalstva (malý orgasmus) a expulzi, v tomto případě sekretu z pochvy (velký orgasmus). Ale relaxační fáze ustupuje pomaleji,

než u mužů, a tak je možné navodit další vyvrcholení za pomoci dráždění pohlavních orgánů (WEISS, 2010).

1.5 MASTURBACE

Masturbace, jež je v některých publikacích nazývána jako **onanie**, či **sebeukájení**, je označováno sexuální vzrušení a uspokojení, vyvolané drážděním vlastní rukou, tření stehny, sexuální pomůcky, či jiného nástroje, jenž k tomu není primárně určen (polštář, hračky, sprcha, atd.) (PRAŠKO & TROJAN, 2001). Základní technika **mužské masturbace** je nejčastěji obejmutí a následné tření těla penisu a žaludu prsty, či celou dlaní, nahoru a dolů. **Ženská masturbace** je oproti mužům rozmanitější a dost individuální. Za pomoci prstů, dlaně či nějaké pomůcky (například sprchy) si buď může třít poštváček, nebo pouštět proud vody. Některé ženy však preferují vnitřní stimulaci, kdy za pomoci prstů, či sexuální pomůcky (například vibrátor), dráždí tzv. „bod G“, který se nachází na přední straně pochvy. Postoj vůči masturbaci se v průběhu století měnil. V křesťanské církvi Tomáš Akvinský doporučoval zpívat žalmy k pokání při onanii. V 18. století byla dle církve, dokonce příčinou slepoty, impotence, slabomyslnosti i třeba smrti. 19. století přineslo pohled na daný akt takový, že způsobovala vyčerpanost a prováděly se chirurgické zákroky na pohlavních orgánech. Ženám se jako prevence před onanií odstraňoval poštváček (dodnes se v některých afrických státech tento zákrok děje). U mužů, hlavně u mladých chlapců, se prováděla obřízka (trvalé odstranění předkožky) Ve 20. století začala být masturbace konečně akceptována lékařskou komorou jako normální jev (PRAŠKO & TROJAN, 2001) (WEISS, 2010).

1.6 PORNOGRAFIE

Nedílnou součástí výše zmíněné masturbace je pornografie. Vyvolání sexuálního vzrušení je hlavním cílem pornografie. Uvádí se, že pornografie se dělí na měkkou, kde se odehrává normální erotikou sycený sex a tvrdou, kde jsou popisovány sexuální úchytky, které by měly být zakázané. S pornografií se můžeme střetnout v několika formách. Jsou to například časopisy, kresby, filmy, nebo fotografie. V dnešní době je cca 200.000 webových stránek přístupných všem. Vzhledem k nedostatečné sexuální výchově a adolescentní zvědavosti, je jasné, že v 11 letech se s pornografií setkala přibližně polovina adolescentů (BRENOT, 2017).

2 VÝVOJOVÁ STÁDIA SEXUALITY

Je známo, že již v **prvních měsících těhotenství** je utvářena základna pro budoucí sexualitu, pohlavní orgány a v neposlední řadě formování psychiky. Z toho vyplývá, že již v prenatálním období jsou zakódovány anomálie (například úchylky) a sexuální preference (heterosexualita, homosexualita) (PRAŠKO & TROJAN, 2001).

V **kojeneckém a batolecím** věku dítě zažívá rozkoš ze strany matky, která mu uspokojuje základní potřeby. Věk předškolní je obdobím socializace, poznávání/pozorování svého, či cizího těla, prvotní sebeuspokojování (masturbace-hraní si s vlastními genitáliemi) (PRAŠKO & TROJAN, 2001).

Školní věk (do puberty) vznikají a utvrzují se vztahy, první platonické lásky, identifikace pohlaví (podstatný vliv pro budoucí partnerské vztahy a ujasnění rolí). V tomto období též dochází k uvědomění si sexuální odlišnosti (například transsexualita). K pohlavnímu dozrávání dochází v pubertě, za vlivu hormonální vlny v lidském organismu a začínají se projevovat fyzické rozdíly mezi pohlavími. Kdežto po psychické stránce jedinec zaostává. Jedinec začíná experimentovat s intimitou, vztahy, první záblesk fantazie, první orgasmus (sny/masturbace). Dále je toto období charakterizováno emocionální labilitou, deziluzí k rodičům a je nacházena sexuální preference. Dále Šrámková udává, že kolem 4 % lidí si během mladšího věku uvědomí svou homosexualitu. V tomto období je důležité děti dostatečně a otevřeně informovat o lidské sexualitě a pojmech, které se k tomuto vztahují (ŠRÁMKOVÁ, 2015) (PRAŠKO & TROJAN, 2001).

Dospělost (do 35 let) je specifická svým sexuálním vrcholem, jak po stránce výkonu, tak i po stránce reprodukce. Dochází k utváření manželského svazku a zakládání rodin. **Rodina** je v podstatě malá uzavřená komunita, svázána silnými, intenzivními svazky/pouty mezi všemi členy, výraznou soudržností a otevřenou intimitou. Nedílnou součástí této skupiny je zpravidla matka, otec a dítě (BINAROVÁ, 2000). Muž přijímá otcovskou roli a žena roli matky. Projevuje se pud pro založení rodiny (PRAŠKO & TROJAN, 2001).

Ve **středním věku** (45-60 let) přichází tak zvaná krize středního věku. Dochází k útlumu reprodukčních funkcí i k fyziologickým změnám, jež mohou vést k sexuálním poruchám.

Stáří (61 a více) s sebou přináší stále výraznější úbytek fyzických sil, sexuální chuť ustupuje a častěji se objevují poruchy sexuálních funkcí. Dochází k prohloubení intimního prožitku za pomoci dotyků, porozumění ale i trpělivosti (PRAŠKO & TROJAN, 2001).

3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

Uzel uvádí, že sexuální výchova představuje nejen přípravu na sexuální život, ale vychovává i k mezilidským a rodinným vztahům. Klade důraz na antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných nemocí, řeší psychologické a psychosexuální problémy spojené s každým partnerským soužitím. Dále autor uvádí, že výchova v sexuální oblasti, má širší význam, než výchova rodinná, jelikož se zabývá i problémy sexuality předmanželské, onanií, homosexualitou a jinými (UZEL, 2006). Velkou roli hraje osobní, i individuální úroveň předchozí zkušenosti. Integrace sexuality ve výchově, zdravě přijímaná sexualita (schvalování sexuálních potřeb a jejich odsuzování), tak zkušenost ze strany rodičů a samotného dětství (PRAŠKO & TROJAN, 2001). Z toho vyplývá, že chladné vztahy v dětském věku, nedostatek doteků jak mezi rodiči navzájem, ale i rodičů s dětmi, odmítání sexuální výchovy vůči dítěti, blokuje samotné sexuální zrání. Pro dítě je nejlepším vzorem pro osvojení si sexuálních rolí matka a otec. Kladný vliv má důvěrný vztah s dotyky, tělesné dotyky jsou akceptované v celém rozsahu rodiny vůbec.

3.1 SEXUÁLNÍ DESATERO

Sexuální desatero hovoří o základních bodech/pravdách, která vštěpují dobrou sexuální výchovu.

1. *Sex je zdravý (je zdrojem psychické energie).*
2. *Sex je příjemný.*
3. *Sex je krásný.*
4. *Sex je dobrý (je potvrzením sounáležitosti a blízkosti).*
5. *Sex umožňuje uvolnit a rozvinout to nejlepší v nás (důvěru, lásku, intimitu, tvořivost).*
6. *Sexuální fantazie jsou přirozené.*
7. *Sexuální fantazie jsou neomezené, sexuální chování je omezeno zásadou neublížit.*
8. *Masturbace je přirozená a neškodí zdraví.*
9. *Normu si určují partneři společně, je to věc dohody.*
10. *Je nutné respektovat hranice partnera.*

(PRAŠKO & TROJAN, 2001, p. 43)

3.2 CÍLE SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Podstatným bodem pro realizaci sexuální výchovy je specifikovat její cíle, které řadí Zvěřina takto:

- Předání znalostí dětem o anatomii, fyziologii, psychologii a v neposlední řadě etice sexuality v sociálních vztazích. Jedinec by měl být potom veden ke své sexuální praxi racionálními motivy a též chráněn škodlivému vlivu předsudků a mýtů.
- Měli bychom mu tím poskytnout takové předpoklady, aby mohl jako jedinec tvořit sobě vlastní hodnotová schémata a zodpovědně usměrňovat svůj život.
- Dále bychom měli třeba vycházet z toho, že s lidským životem je sexualita úzce spjata a je jeho nedílnou součástí. Napomáhá k vývoji lidstva, tradic a je součástí vztahů, jak partnerských, tak i ve společenské struktuře.
- Při samotné sexuální výchově je třeba brát zřetel a respektovat složitost a pestrost různých stanovisek.

(ZVĚŘINA, 2012)

3.3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V PRŮBĚHU ŽIVOTA

Fifková a kolektiv uvádí: v **rodině** začíná sexuální výchova. Rodiče jsou vzory a jedinci tak přejímají jejich role, stejně tak, jako jejich postoje i hodnoty. Přístup dětí ovlivňuje právě výchova v rodině a její přístup k samotné sexualitě. Mělo by být a také zpravidla tak bývá, že rodiče jsou první, od kterých by měly dostat základní informace. Přístup rodičů bývá často ovšem ovlivněn jak společností, společenskými normami, kulturou, ale i důvěrou v rodině a její celistvosti (fungování) (FIFKOVÁ, et al., 2009).

3.3.1 PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

V předškolním vzdělání (mateřská škola) je důležité, aby dítě chápalo své tělo, svou psychiku (pocity, sebepojetí,...), chování vůči druhým (pravidla, vztahy, komunikace), společnost (pravidla společenského soužití) a na závěr svět, ve kterém žije (kultura,...) (FIFKOVÁ, et al., 2009).

3.3.2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA

Na základní škole je sexuální výchova realizována zejména prostřednictvím vzdělávacích programů, rozdělených pro děti I. a II. stupně. Dále je výchova v sexuální oblasti integrována jak do výuky, tak i činností školy samotné. V některých případech bývá i samostatným předmětem (FIFKOVÁ, et al., 2009).

3.3.2.1 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ

Výchova ke zdraví. Výuka bývá zpravidla interaktivní, což napomáhá k lepší představě, pochopení a osvojení. Je podstatné, aby učitel k dotazům a k látce přistupoval s empatií a byl vůči sexuálním orientacím, či úchylnkám neustranný. Rodina, vztahy a komunikace mezi vrstevníky, osobní bezpečí, základní lidská práva, týrání, zneužívání, či zanedbávání dětí, dětská krizová centra, rizika elektronické komunikace, lidská postava, puberta, dospívání, intimní a osobní hygiena, základy lidské reprodukce, péče o děti, infekční nemoci, základy prevence pohlavních nemocí, sexuální chování, bývají základní témata **prvního stupně** na základní škole.

Sexuální výchova na **druhém stupni** je rozšířená o další témata. Jako příklad můžeme uvést sociální klima, sexuální zneužívání, včetně její prevence, zanedbání rodičovské výchovy, náhradní rodinná péče, Úmluva o právech dítěte, sebepoznání, volba partnera, samostatný život, bezpečné sexuální chování, metody antikoncepce, předčasná těhotenství, interrupce (umělé přerušování těhotenství), manželství nezletilých, plánované rodičovství, ekonomické aspekty rodiny, morálka a mravnost, návykové látky, sexuálně přenosné choroby (HIV/AIDS), sexualita a zákon, sexualita v médiích, sekty, poruchy pohlavní identity, sexuální dysfunkce, sociální výchova.

Sexuální výchova na **středních školách** je hodně individuální. Záleží přímo na škole, jak přistoupí k danému tématu. Z pravidla se studenti zúčastňují nejrůznějších besed s odborníky, ale najdou se i takové školy, kde se studenti se sexuální výchovou setkávají velice zřídka. Sexuální výchova podle Rámcového vzdělávacího programu bývá řazena do těchto oblastí: Člověk a příroda, Člověk a zdraví a společnost (FIFKOVÁ, et al., 2009).

4 OCHRANA PŘED POČETÍM A RIZIKA SEXUALITY

Ovlivnění frekvence a průběh pohlavního styku, může silně narušit, jak ze strany žen, tak i mužů, strach z početí. Proto pro některé určité věkové kategorie a některé jedince může být nechtěné početí velice problematické a stresové. Antikoncepce je tedy možnost, jak zabránit při pohlavním styku případnému nechtěnému těhotenství. Mezi běžné antikoncepční metody patří přerušovaná soulož, prezervativ, využití neplodných dnů, pesar s nekoncepčním krémem, nitroděložní tělísko, ženská hormonální antikoncepce, sterilizace (pro muže i ženy) (PRAŠKO & TROJAN, 2001). Praško a Trojan, dělí antikoncepci takto:

4.1 PŘIROZENÉ METODY

Nevyužívají žádné speciální metody nebo farmaka.

4.1.1 PŘERUŠOVANÁ SOULOŽ

- závisí na sebeovládání muže - bývá malá spolehlivost
- výrazně ruší potěšení z pohlavního styku
- vede k napětí a hrozí předčasné vyvrcholení

4.1.2 PERIODICKÁ ABSENCE

- počítání plodných a neplodných dní, hlenová a teplotní metoda.

4.1.3 ABSTINENCE

- sexuální abstinence, abstinence sexuálního styku

4.1.4 PAPÁJA - semena

- přirozená antikoncepce
- forma zpracování: rozdrcená, rozemletá a syrová

4.2 BARIÉROVÉ METODY MUŽSKÉ A ŽENSKÉ, CHEMICKÉ A MECHANICKÉ

Překážka zabraňující spermii v cestě do dělohy.

4.2.1 PREZERVATIV

- velice dostupná, poměrně spolehlivá
- z počátku může narušovat pohlavní styk ze strany muže
- může vadit méně dráždivým mužům, blokovat erekci a tím může vést k eventuální ztrátě prezervativu
- materiál: latexové/bez latexové
- druhy: dle velikosti, barvy, stimulace (vroubky, hřejivé, chladící...)
- ochrana před pohlavními nemocemi

4.2.2 VAGINÁLNÍ SPERMICIDY

- spermie v pochvě jsou inaktivovány za pomoci chemické látky

4.2.3 ŽENSKÉ MECHANICKÉ BARIÉRY

- poševní pesar

4.3 NITRODĚLOŽNÍ ANTIKONCEPCE

- tělísko zaváděné do dutiny děložní
- průměrná doba: 5 let

4.4 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE

- kontinuální aplikace progestinu

4.4.1 PERORÁLNÍ MINIPILULKY

- užívají se denně

4.4.2 PODKOŽNÍ IMPLANTÁT

- maximální doba funkčnosti 3 roky

4.4.3 INJEKCE

- nutná aplikace jednou za 3 měsíce

4.5 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Cyklická, eventuálně kontinuální aplikace estrogenu a progestinu.

- perorální pilulky, mikro pilulky (užívají se 21 dní a 7 dní pauza)
- náplasti na kůži (výměna 1 až 3 krát týdně, dle výrobce)
- vaginální kroužek zavedený do pochvy (na 21 dní)

4.6 STERILIZACE

- nejspolehlivější
- mikrochirurgické uzavření chámovodů u muže, či vejcovodů u ženy
- nevratná

(PRAŠKO & TROJAN, 2001)

4.7 ABORTIVNÍ ANTIKONCEPCE

Pilulka blokující uhníždění vajíčka v děloze. Tento preparát je vhodný při selhání antikoncepce přírodní metodou, nebo bariérové metody. Aby účinek byl 100 %, je potřeba užít tabletku do 12 hodin po první nechráněné souloži. Jejich časté užívání může mít negativní vliv na organismus. Pokud dojde i přes všechny antikoncepční metody k oplození vajíčka, můžeme v neposlední řadě hovořit o možnosti interrupce, což je umělé přerušování těhotenství do 12. týdne těhotenství. Praško a Trojan dále uvádí, že muži nejvíce preferují metodu nitroděložního tělíska a hormonální antikoncepce, jelikož mají pocit, že prezervativ narušuje jejich prožívání. V dnešní době dávají větší přednost ochraně před početím, než ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi (PRAŠKO & TROJAN, 2001).

4.8 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ

Pohlavní nemoci jsou jedním z rizik pohlavního styku. Dělíme je do několika skupin. První skupinu zahrnují infekce, které jsou šířené téměř výhradně pohlavním stykem. Tyto pohlavní nemoci se řadí ke klasifikaci nemocí, které dle zákona České republiky je povinnost hlásit. Příjice, neboli syfilis, kapavka, měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc, se řadí do této skupiny pohlavně přenosných nemocí a je nutné je hlásit (WEISS, 2010).

Další skupinou jsou infekce **šířené převážně pohlavním stykem**. Sem se řadí chlamydiové infekce, infekce vyvolané prvoky, virové infekce (HIV, HPV, HPS, hepatitida), mykotické infekce a další. Rizikovými faktory pro vznik těchto nemocí je považována vysoká frekvence pohlavních styků, brzký začátek pohlavního života, náhodné známosti, prostituce, promiskuita (časté střídání sexuálních partnerů), krvavé sexuální praktiky, orální a vaginální styk bez použití prezervativu. Vhodnou prevencí je užívání prezervativů, očkování, věrnost partnerovi a prostá abstinence (WEISS, 2010).

5 SEXUÁLNÍ DEVIACE, PARAFILIE, DELIKVENCE

A DYSFUNKCE

Stav kvalitativně změněné sexuální motivace lidí, nazýváme sexuální deviace, nebo parafilie. V této oblasti rozlišujeme tři oblasti. První skupinou je oblast se sexuálními identifikací a sexuálními rolí, dále pak sexuální orientace a sexuální chování, emoce a reakce (ZVĚŘINA, 2012). Dle těchto oblastí poté rozlišujeme sexuální deviaci takto:

- *deviace sexuální identifikace (transsexualismus)*
- *deviace sexuální orientace (pedofilie, fetišismus)*
- *deviace sexuálního chování (exhibicionismus, sadismus, masochismus)*
- *deviace kombinované (pedofilní sadismus, sadomasochismus, homosexuální pedofilie)*

(ZVĚŘINA, 2012, p. 34)

Sexuální deviace (chování) nejsou brány jako aktivity lišící se kvantitativně. Též se za deviaci nepovažuje onanie, anální či orální styk. Zvláštností je potom homosexualita, která je považována jako menšinová součást lidské sexuality a na druhou stranu transsexualita za vývojovou poruchu s intenzivním sexuálním cítěním (ZVĚŘINA, 2003).

5.1 PARAFILIE

Pedofilie je jednou z nejčastějších parafilií. Jedinec/deviant preferuje sexuální aktivity s dětmi, nebo dětmi v prepubertálním věku. Mezi další deviantní chování můžeme řadit **auto-pedofilii**, dotyčná osoba chce, aby s ní bylo nakládáno jako s malým dítětem (např. kojení s partnerčina prsu, přebalování atd.). Mezi další nejčastější parafilii řadíme fetišismus. Deviant je fascinován obuví, prádlem nebo částmi těla (např. nohy). **Pyrofilie** je další deviantní chování. Jedinec si v tomto případě libuje v ohni a vyžaduje jím být sexuálně stimulován. Sexuální vzrušení na základě horké koupele či sprchy se říká **ablutofilie**. **Amaurofil** preferuje partnery, kteří jsou slepí nebo slabozrací. Jedinec, jenž se sexuálně vzrušuje a následně ukájí nad tajným sledováním objektu při intimních erotických aktivitách (např. mazlení, pohlavní styk nebo onanie), ale i při neerotických

aktivitách hovoříme o **slídičství**. **Sadista** je sexuálně vzrušován agresivitou vůči sexuálnímu objektu. Oproti tomu **masochista** je sexuálně vzrušován, když je agresivita směřována proti jeho osobě. **Gerontofilie** je eroticko-sexuální zaměření na staré lidi. **Kinefobie** schopnost souložit jen s nehybným partnerem (JANULA, 2010) (CAPPONI, et al., 1994).

5.2 DELIKVENCE

Sexuální delikvence je usměrněná jak etickými, tak i právními normami. V České republice se trestají jen ty činy, při nichž dochází objektivně k poškození jiného člověka, či ohrožují stabilitu společnosti. Trestní zákoník České republiky hovoří o kuplířství, dvojím manželství, ohrožování mravnosti a výchovy mládeže, ohrožování pohlavně přenosnými nemocemi, znásilnění (vynucený pohlavní styk), pohlavní zneužívání, incest (soulož mezi příbuznými), obchodování s ženami a dětmi, omezování osobní svobody, sexuální agrese, sexuální vražda, vydírání a na závěr exhibicionismus (ukazování genitálu na veřejnosti) (ZVĚŘINA, 2003).

5.3 DYSFUNKCE

O sexuální dysfunkci (poruše) hovoříme při dlouhodobém problému v sexuálním prožívání a při špatné funkci pohlavních orgánů. Nejčastější mužskou dysfunkcí jsou **porucha erekce** a předčasná **ejakulace**. U žen patří mezi nejčastější sexuální dysfunkce anorgasmie. **Anorgasmie** je stav, kdy žena není schopná dosáhnout orgasmu, jinak řečeno pocitu vyvrcholení, i přesto, že je dostatečně sexuálně vzrušená. V některých případech jsou ženy schopné dosáhnout orgasmu pouze masturbací, hovoří se tedy o **koitální anorgasmii**. U žen postrádajících sexuální touhu a sexuální vzrušení, hovoříme o **frigiditě**. Pokud má žena naprostý odpor vůči pohlavní aktivitě, hovoříme o **sexuální averzi**. Příčinou může být sexuální zneužívání, či sexuální traumata z dětství (KRATOCHVÍL, 2008).

6 ODLIŠNOSTI SEXUALITY HENDIKEPOVANÝCH OSOB

Sexualita zdravých a zdravotně hendikepovaných jedinců má mnoho odlišností. Vnímání, prožívání a samotný průběh závisí na typu hendikepu (fyzické, smyslové či mentální postižení). Je důležité myslet na fakt, že i hendikep jakéhokoliv druhu, nebrání a ani nezastavuje potřebu sexuálního života. Jedná se pouze o změnu v potřebách, pohledu a vnímání, oproti zdravým jedincům. Lidé s hendikepem postupem času nacházejí jiné možnosti, jak daného sexuálního a intimního uspokojení dosáhnout.

6.1 SEXUALITA OSOB TĚLESNĚ HENDIKEPOVANÝCH

Problematika sexuality a způsob jejího prožívání, je v této skupině lidí jasně propojena s mírou a typem poškození těla jedince. Rozlišujeme dvě skupiny hendikepovaných. Postižení získaná v průběhu života úrazem, nehodou či následkem nemoci a vrozená, či získaná v raném věku. Tělesným hendikepem jsou míněny mírné odchylky, které ovlivňují pohybovou soustavu jedince (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

U hendikepu získaného v průběhu života závisí a hraje velkou roli adaptace a přizpůsobení na změnu v životě. Význačnou roli hraje věk jedince, sociální zázemí, životní zkušenosti a osobnost dotyčného. Čím dříve k postižení došlo, tím závažnější jsou důsledky pro sexuální život. Tělesný hendikep může ztížit, ale i úplně znemožnit, snahu prožít intimní vztah, či samotnou sexualitu (KOZÁKOVÁ, 2013) (PRAŠKO & TROJAN, 2001).

6.1.1 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

I přes poranění míchy, amputace částí těla, atd., zůstává jedinec sexuální bytostí, jenž chce žít sexuální život, jako většina zdravých jedinců. V případě poranění míchy dochází ke změně sexuální touhy, změně erotogenních zón. Z pravidla se přesouvají nad místo ochrnutí. Můžeme hovořit tedy o ušních lalůčcích, bradavkách, šiji či ústech (ŠRÁMKOVÁ, 2013). Jedním z dalších problémů pro postižené muže, je myšlenka impotence a ztráty mužství. Uvádí se, že přibližně u 60 % tělesně postižených paraplegiků (od pasu dolů) a kvadruplegiků (od hlavy dolů), je zachována schopnost erekce a tedy i možnost pohlavního styku. Dále se uvádí, že pouze u 15 % není změněna schopnost

ejakulace a plodnosti. V případě žen paraplegiček je možnost početí potomka z velké části zachována a též v malých procentech přichází o schopnost dosáhnout orgasmu. Je to dáno jak odlišností z biologického hlediska, tak i pozicí pohlavních orgánů (VRUBLOVÁ, 2005).

6.1.2 PŘÍPRAVA K POHLAVNÍMU STYKU

V případě **mužů** hovoříme o dvou možnostech navození erekce. První metodou pro navození erekce je farmakologická (perorální či intravenózní léčba). Druhou možností je podtlakový přístroj, který však touto skupinou lidí nebývá moc vyhledávaný. Penilní vibrátor (viz Obrázek 1) je využíván k reflexní erekci při stimulaci nervových zakončení na penisu. V případě, že výše zmíněné metody selhaly, nastupuje možnost penilní endoprotéza. Používají se nafukovatelné a hydraulické. **Ženy** mají zpravidla problém se ztrátou schopnosti lubrikace. V tomto případě je vhodné a snadné použití lubrikačního gelu. Další příprava k sexuálnímu styku spočívá v léčích snižující intenzitu stahů, vyprázdnění močového měchýře za pomoci močového katetru, eventuálně vyprázdnění střev (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

Obrázek 1 Penilní vibrátor



VIBERECT-PENILE VIBRÁTOR. In: CMT Medical. [online]. © 2011 Current Medical Technologies. [vid. 02. 01. 2019]. Dostupné z: <https://www.cmtmedical.com/product/viberec-penile-vibrator-stimulator-ed/>

6.1.3 POHLAVNÍ STYK

Hlavním aspektem je především pohodlí, rovnováha a bezpečí. Vhodnými polohami jsou lžička nebo jezdkyňě. Vhodným a nejčastějším místem tělesně postižených je pro pohlavní styk lůžko, sprcha nebo samotný invalidní vozík, kde lze provádět jak orální sex, tak samotný pohlavní styk (HANKOVÁ & VÁVROVÁ, 2016).

6.1.4 SEXUÁLNÍ POMŮCKY

Tyto pomůcky lze rozdělit do několika skupin: masturbační pomůcky pro muže a ženy, vakuové pumpy, pomůcky nábytkového, či polštářového charakteru, lubrikační gely a masážní oleje. Love Chair (viz Obrázek 2), je nábytková pomůcka umožňující širší rozsah pohybu s malým úsilím. Další nábytkovou polštářovou pomůckou je sexuální houpačka. Poskytuje pohodlí a fixaci zad a krku na pevné podložce. Je upevněna ke stropu (HANKOVÁ & VÁVROVÁ, 2016).

Obrázek 2 Love Chair



LOVE CHAIR. In: Společnost C-M-T [online]. © 2019 [vid. 02. 01. 2019].
Dostupné z: <https://www.c-m-t.cz/2017/04/08/nove-pomucky-pro-zdravotne-postizene/>

6.2 SEXUALITA OSOB SE SMYSLOVÝM HENDIKEPEM

6.2.1 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

V případě **vrozeného** postižení zraku, můžeme hovořit jako o slepých, nebo slabozrakých. Tato skupina, má jako kompenzaci svého hendikepu, více vyvinuty ostatní smysly, jako sluch, hmat, čich, chuť. Z toho vyplývá, že prožívání sexuality, je do určité míry velice ovlivněno. Zrakově postižení jsou velmi citliví, vnímaví sexuální partneři. Oproti zdravým jedincům, využívají všechny smysly, a tím je sexuální prožitek mnohem intenzivnější. Druhou skupinou jsou zrakové vady **získané**. Příčiny mohou být jakéhokoliv druhu. Po ztrátě zraku dochází k adaptaci na tuto skutečnost. Dochází ke ztrátě sexuální chuti. Kladným aspektem je sexuální život postiženého ještě před získáním hendikepu (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

6.2.2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Základními příčinami poškození sluchu jsou genetické aspekty, nemoci, léky, fyzické poškození. Komunikační bariéra (hluchota) je jedním z problémů, jak navázat partnerský vztah, získání informací o sexu ze strany odborníka a jiné (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

6.2.3 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Mohou se vyskytovat všechny formy sexuální dysfunkce u jakéhokoliv zdravého jedince.

6.3 SEXUALITA U OSOB S MENTÁLNÍM HENDIKEPEM

Sexualita mentálně postižených, je velice specifickou oblastí, o které koluje domněnka, že jedinec mentálně postižený, nemá tuto potřebu. Opak je pravdou. Jsou bytostí jako každý jiný, a tak mentálně hendikepovaní mají potřebu intimity, i když v mnoha případech velice individuální. S uspokojováním sexuálních potřeb pudově, se můžeme setkat u osob se středním, či hlubokým mentálním postižením. Je důležité jim dopřát soukromí, ale též sledovat, zda se jedinec nesebepoškozuje. Sexuální touha je orientována na masturbaci a anální oblast. Častou hrou, jsou hry s exkrementy, nebo

zavádění cizích těles do análního otvoru, či snaha za jejich pomoci dosáhnout orgasmu (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2011) (VENGLÁŘOVÁ & EISNER, 2013).

Nejčastější předsudky – uvádí se osm nejčastějších předsudků:

1. *mají zvýšený sexuální pud*
2. *sexuální potřeby lze utlumit fyzickou aktivitou*
3. *sexuální interakci předejdeme, pokud oddělíme pohlaví*
4. *rodí se dítětem, umírá dítětem*
5. *sexuální výchova vzbuzuje sexuální touhu*
6. *nemají sexuální potřebu*
7. *jsou postiženi i v oblasti sexuality*
8. *intimní vztah musí jít ruku v ruce s pohlavním stykem*

(VALENTA, 2009, p. 21)

6.3.1 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

U osob s tímto hendikepem je velice specifická v závislosti na charakteru mentálního postižení. Hlavními problémy je snížená inteligence a problémy s kognitivními schopnostmi. Pro správné pochopení ze strany hendikepovaného je potřebné poskytnout vše srozumitelně, přiměřeně a co nejvíce názorně. Musíme brát též v úvahu, že mentální postižení je a bývá tělesně, mentálně a ze strany sociálního zranění, v rozporu. Proto je potřeba určit, kdy je tělesně zralý, abychom předešli eventuálnímu těhotenství (VALENTA, 2009).

6.3.1.1 METODY A FORMY

Mezi aktivizační metody patří metody diagnostické, problémové, inscenační a hrové. Dále je důležité hrát modelové situace, nebo sociální učení. Video, fotografie, obrázky, reálné předměty, mohou být vhodnými materiály pro názornou ukázkou (VALENTA, 2009).

6.3.2 ASPEKTY

Masturbace je přirozenou součástí sexuálního vývoje. Nijak neohrožuje mentálně postiženého jedince. Problém nastává ze strany rodičů, kdy je vidí stále jako „děti“ (UZEL, 2006).

Výběr vhodné **antikoncepce** závisí na formě mentálního postižení. Za nevhodné lze považovat formu periodické abstinence. Zvolení kondomu jako antikoncepční metody závisí na individuálních schopnostech jedince. Je důležité podrobné vysvětlení a názorná instruktáž. Další formou je hormonální antikoncepce, kde však hrozí k nepravdělnému užívání. Jako nejlepší možnost je udávána dlouhodobě působící hormonální injekce. Nejideálnější možností je antikoncepce formou náplasti, která nemá vliv na menstruační cyklus. Výhodou je také možnost trvalé kontroly správného užívání. Sterilizace je v České republice omezena zákonem (THOROVÁ & JŮN, 2012) (VALENTA, 2009).

7 INTIMNÍ ASISTENCE

Vyjasnění si základních terminologických pojmů považují za nutné pro lepší orientaci v této části práce. S intimní asistencí se můžeme setkat v mnoha označeních. Modifikace používané v České republice jsou „sexuální, či intimní asistence“, „sexuální, či intimní doprovázení“ a mnoho jiných. Dále jsou rozděleny na pasivní a aktivní intimní asistenci.

Projekt „sexuální asistence“ převzala v naší republice společnost Rozkoš bez Rizika v roce 2013 ze Švýcarska. Pasivní intimní asistence v naší zemi byla již mnohem dříve (DVTV, 2015).

7.1 INTIMNÍ ASISTENT/ASISTENTKA

Sexuální asistentka, nebo asistent, poskytuje erotickou službu. Z toho vyplývá, že je to žena, nebo muž, kteří svou činností nabízejí podpůrné aktivity hendikepovaným a napomáhají jim v uspokojování sexuální potřeby. V České republice máme oficiálně vzděláno pět žen od organizace R-R od roku 2015. Těchto pět žen bylo vybráno na základě osobní známosti, z toho důvodu není vyškolen žádný muž. V případě mužského pohlaví je spíše preferována forma intimního poradenství. Sexuální asistentky jsou ženy ve středním věku, pohybující se přibližně deset let v erotických službách a mají již delší spolupráci s R-R (ŠÍDOVÁ, et al., 2013).

Motivací, jež je vede stát se sexuální asistentkou, je jedním z mnoha faktorů, finanční stránka věci. Ženy přecházejí z klasické prostituce z důvodu vyššího věku, a tím se snižuje jejich prestiž a výdělečnost. Všechny vyškolené asistentky nabízejí tuto specifickou službu jako nadstavbu svých primárních služeb. Díky jejich dlouholetým zkušenostem mají v oblasti sexuality značné znalosti. V rekvalifikačním kurzu se dozvědí o rozdílech těla hendikepovaného, jak s ním pracovat po stránce fyzické, tak i psychické (ŠÍDOVÁ, et al., 2013).

Z hlediska profesního, se tyto ženy dostávají ze spodní příčky na pozici pomáhající profese, a tím nejsou tolik odsuzovány společností. Člověk, který tuto činnost bude vykonávat, musí být vzdělán v oblastech psychologie, fyziologie a mít znalost

základní ošetrovatelské péče, aby bylo s hendikepovanými zacházeno zodpovědně a bezpečně (ŠÍDOVÁ, et al., 2013).

7.2 PASIVNÍ INTIMNÍ ASISTENCE

Pasivní intimní asistenci provádí vyškolení muži i ženy, kteří získali certifikační kurz k vykonávání intimní asistence. Služby, které vykonávají, jsou edukace v oblasti hygieny, rozdílnosti mužského a ženského těla, pohlavního styku, prevence početí. Dále se věnují vysvětlení sexuálních aktivit, včetně činností, které do této skupiny spadají. Vysvětlují jakým způsobem, a kde si mohou obstarat pornografii a sexuální pomůcky, včetně vhodnosti s ohledem na jejich postižení a v neposlední řadě jejich bezpečné užívání. Dále se věnují vysvětlení techniky masturbace. Posledním okruhem této služby, je nastavení hranic v sexualitě, nevhodné chování včetně jejich důsledků, sexuální násilí, antikoncepce. V této formě je nežádoucí a nepřipustný fyzický kontakt. Tato forma intimní asistence je vhodná zejména pro rodiče, ošetrovatele, blízké osoby, či přímo pro konkrétní hendikepované (ŠÍDOVÁ, et al., 2013).

7.3 AKTIVNÍ INTIMNÍ ASISTENCE

Aktivní intimní asistence, jak už je zjevné z názvu, nese formu fyzického kontaktu s tělem hendikepovaného. Asistent, či asistentka, oproti pasivní asistenci, využívají vlastní tělo k uspokojení postiženého. V tomto případě se jedná o erotické masáže, objímání, eventuální výpomoc při masturbaci, nebo samotný orální styk. Dále, jako aktivní služba, zahrnuje klasickou formu pohlavního styku, včetně sexuálních praktik s ním spojených. Vše je předmětem dohody. Z tohoto vyplývá, že aktivní sexuální asistentka, používá své tělo jako nástroj ke své práci. Stejně, jako u pasivní formy, dochází k edukaci ve zmíněných oblastech, i když z velké části dochází k jejich spolupráci (ŠÍDOVÁ, et al., 2013).

7.4 PRŮBĚH INTIMNÍ ASISTENCE

Intimní asistence spočívá ve dvou fázích.

7.4.1 PRVNÍ FÁZE

První fází je vyhledávání a následné navázání kontaktu s intimní asistentkou. Nejčastěji to bývá na popud blízkých osob (rodiče, ošetrovatelé, partneři, přátelé, atd.)

nebo ji vyhledá sám klient. Pokud to bylo na popud blízkých osob, asistentka kontaktuje postiženého (pokud to jeho hendikep dovoluje) a zjišťuje, zda má o tuto službu zájem. V případě lehčích forem mentálního, nebo fyzického hendikepu, je klient z velké části schopen říci svá přání, či v jaké oblasti by chtěl pomoci (ŠÍDOVÁ, et al., 2013).

7.4.2 DRUHÁ FÁZE

Součástí druhé fáze je schůzka, kde asistentka zjišťuje formu a míru postižení, trvale užívané léky, chování a jiné. Velice podstatnou částí je vymezení si hranic a domluvení si přesného harmonogramu další schůzky s přítomností blízké osoby. Důležité je vysvětlit klientovi, že asistent je „druh pečovatele“, není to kamarád, ani partner, a po uskutečnění závazku odejde (ŠÍDOVÁ, et al., 2013).

7.5 PRÁVNÍ LEGISLATIVA

Sjednání sexuální služby za úplatek spadá pod trestní čin kuplířství. Z toho vyplývá, že intimní asistence v České republice není zákonnou, ani právní cestou stále vyřešena. Prostituce je definována jasně a zřetelně, jako poskytování sexu za úplatu, ale není nelegální. Až kuplířství je trestným činem. Z toho vyplývá, že samotný akt, není trestný čin, ale její doprovázení už ano. Klient, který si tuto službu vyhledá a sjedná schůzku, se nedopouští trestného činu. Trestným činem by to bylo tehdy, kdy je osoba prostředníkem tohoto kontaktu (ČESKO, 2009).

7.5 CENA INTIMNÍ ASISTENCE A PROSTITUCE

V této části jsou vypracovány příklady cen za pasivní intimní asistenci, aktivní intimní asistenci a prostituci. Čerpáno z webových stránek, kde jsou online ceníky nabízejících služeb.

Za pasivní intimní asistenci klient zaplatí okolo 300 Kč za hodinu.

Cena aktivní sexuální asistence je zhruba 1.700 Kč. V této částce je zahrnuta úvodní konzultace (500 Kč) a hodina s asistentkou (1.200 Kč). Dále se k ceně účtuje doprava (4-10 Kč/Km). V případě, že klient absolvuje intimní asistenci i konzultaci v jeden den, získává zpravidla slevu v hodnotě 200 Kč.

Ceny za prostituci se rozdělují na základní ceny (pohlavní styk s ochranou) a příplatky za sexuální služby. Ceny jsou uvedeny z webových stránek pražských privátů. V případě, kdy hovoříme o privátu, jedná se o místnost v klubu či bytě, kam klient dochází. Službu lze využívat i formou eskortu, kdy jsou ženy/muži dovezeni za klientem na určené místo. Klient privátu zaplatí za pohlavní styk s ochranou v délce 15 minut 700 Kč, 30 minut 1.000 Kč a hodinu 1.500 Kč. Mezi příplatky patří orální sex bez ochrany (+300 Kč), líbání (+500 Kč), anální sex (+500 Kč) a pohlavní styk bez ochrany (+5.000 Kč). Eskortní služba začíná na 3.000 Kč za hodinu. (viz Tabulka 1 a Tabulka 2).

Tabulka 1 Ceník intimní asistence (pasivní/aktivní)

Kategorie	Úvodní konzultace	Služba/Hodina	Doplatky	Bonusy
Pasivní intimní asistence		300 Kč		
1. aktivní intimní asistence	500 Kč	1.200 Kč	Doprava: 10 Kč/Km	Sleva: 200 Kč
2. aktivní intimní asistence	500 Kč	1.200 Kč	Doprava: do 20 Km 100 Kč tam i zpět nebo 4 Kč/Km	Sleva: 200 Kč

Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 2 Ceník prostituce

Kategorie	Pohlavní styk s ochranou			Příplatky			
	15 min.	30 min.	1 hod.	Orál. sex bez ochrany	Líbání	Anál. sex	Pohl. styk bez ochrany
Privat	700 Kč	1.000 Kč	1.500 Kč	300 Kč	500 Kč	500 Kč	5.000 Kč
Eskort			3.000 Kč				

Zdroj: Autor, 2019

Částky jsou získané prostřednictvím různých volně dostupných webových zdrojů.

8 PRŮZKUM

Praktická část je pojatá metodou kvantitativního průzkumu za použití dotazníkového šetření.

PRŮZKUMNÉ TÉMA, PROBLÉM A CÍL

Téma: Pohled společnosti na intimní asistenci

Problém: Je přijatelná intimní potřeba, intimní kontakt se zdravotně hendikepovanou osobou a znalost služby intimní asistence, pro osoby s povoláním ve zdravotnictví/sociální péče nebo jiné?

Cíl 1: Vyhodnotit reakci na sexuální potřebu u pečujících respondentů, podle jejich typu povolání.

Cíl 2: Zjistit znalosti respondentů o existenci služby aktivní intimní asistence.

Cíl 3: Zmapovat, zda existuje statisticky významný rozdíl v názoru na aktivní intimní asistenci s ohledem na typ povolání pečujících respondentů.

Cíl 4: Zjistit, zda je Česká republika připravena na tento typ intimní služby.

Cíl 5: Zjistit schopnost respondentů sexuálního kontaktu se zdravotně hendikepovanou osobou.

8.1 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Průzkumná otázka 1: Jaká je procentuální zastoupenost reakce na sexuální potřebu hendikepované osoby s ohledem na typ povolání pečujícího respondenta?

Průzkumná otázka 2: Vědí respondenti o existenci této intimní služby?

Průzkumná otázka 3: Existují statisticky významné rozdíly v počtu názorů na aktivní intimní asistenci s ohledem na typ povolání respondentů?

Průzkumná otázka 4: Je Česká Republika připravená na tento typ intimní služby?

Průzkumná otázka 5: Jsou respondenti schopni sexuálního kontaktu se zdravotně hendikepovanou osobou s ohledem na typ jejich postižení?

8.2 METODIKA PRŮZKUMU

Pro získání potřebných dat jsme použili kvantitativně anonymní průzkumnou metodu za pomoci anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek, stanovený limit 100 respondentů a byl sdílen pomocí sociálních a komunikačních sítí. Předpoklad správně vyplněných dotazníků v časovém intervalu bylo 100, nicméně 40 dotazníků bylo po určité době ze strany respondenta ukončeno. Z toho vyplývá, že z celkového počtu bylo možné vyhodnotit pouze 60 dotazníků.

Otázky součástí dotazníku, byly pouze formou nabídky uzavřených odpovědí. Otázka č. 1.-4. a 11-18 byla určená pro všechny dotazované respondenty. Otázka č. 5.– 10., byla určená pro respondenty, kteří v otázce č. 4 uvedli, že se starali, či starají o zdravotně hendikepovanou osobu.

Vyhodnocení našeho průzkumného šetření bylo vyhodnoceno v programu Microsoft Office Excell 2013 a následně převedeno do tabulek a grafických znázornění. Vyhodnocené výsledky jsou zaznamenány v absolutních a relativních hodnotách (relativní hodnoty jsou uvedeny v procentuálním vyjádření).

První stránka dotazníku obsahovala informace pro respondenty, vyjasnění si určitých pojmů, k jakému účelu dotazník slouží, je anonymní a jeho výsledky budou následně použity a vyhodnoceny v bakalářské práci.

8.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM

V období říjen 2018 až březen 2019 jsme kompletovali literární zdroje potřebné k napsání teoretické části. V průběhu března 2019 jsme si stanovili průzkumné cíle a vytvořili dotazník ke sběru dat kvantitativního průzkumného šetření, které probíhalo od 9. března 2019 do 16. března 2019. Zpracování získaného materiálu proběhlo v průběhu března 2019.

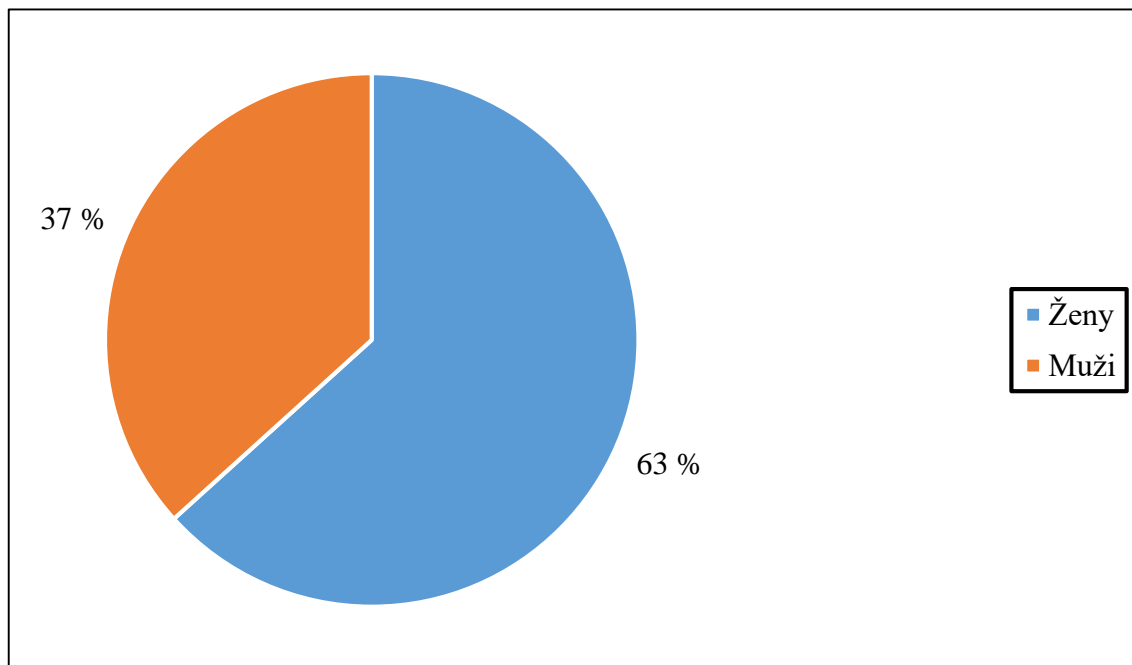
8.4 PRŮZKUMNÝ VZOREK

Soubor byl tvořen uživateli sociálních (Facebook) a komunikačních (email) sítí, ženy i muži ve věku od 16 do 66 a více let, různého typu povolání. Respondenti byli osloveni pomocí přímého odkazu na zmíněných sítích s žádostí o rozesílání a sdílení odkazu, který fungoval jako mezičlánek ke stránce s elektronickým odkazem. Předpokládaný počet řádně vyplněných dotazníků bylo 100. Nicméně řádně vyplněno, dokončeno a následně použito bylo pouze 60 pro zpracování této bakalářské práce. V procentech respondentce činila tedy pouze 60 %.

8.5 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 3 Pohlaví respondentů

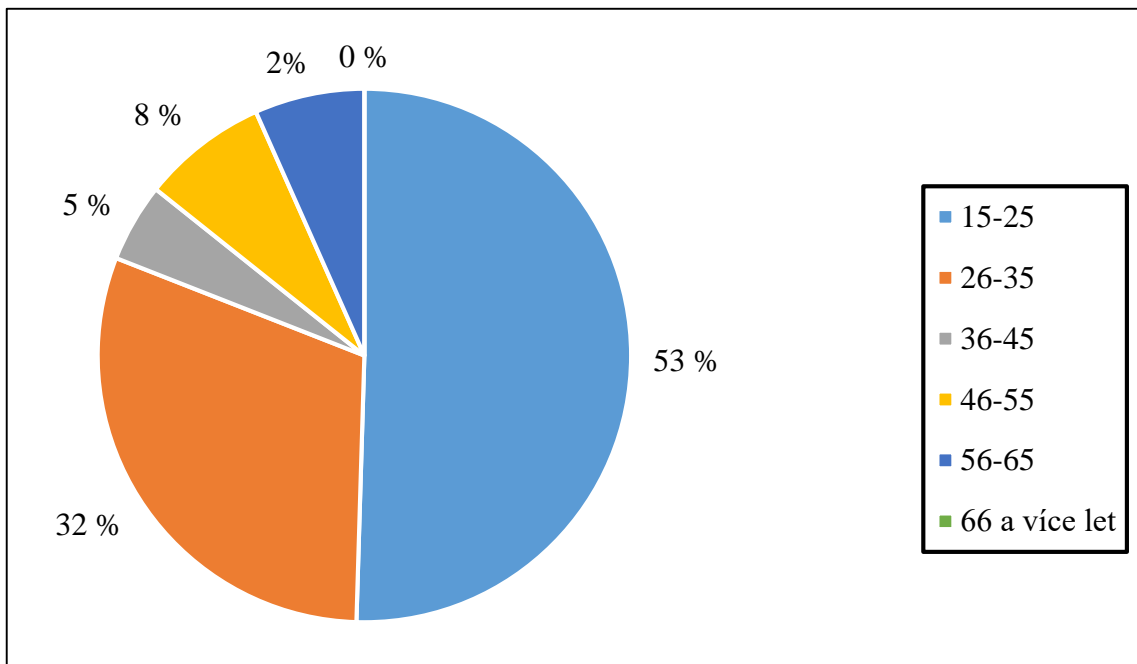
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Žena	38	63
Muž	22	37

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů bylo 38 (63 %) žen a 22 (37 %) mužů.

Otázka č. 2 Kolik je Vám let?

Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 4 Věk respondentů

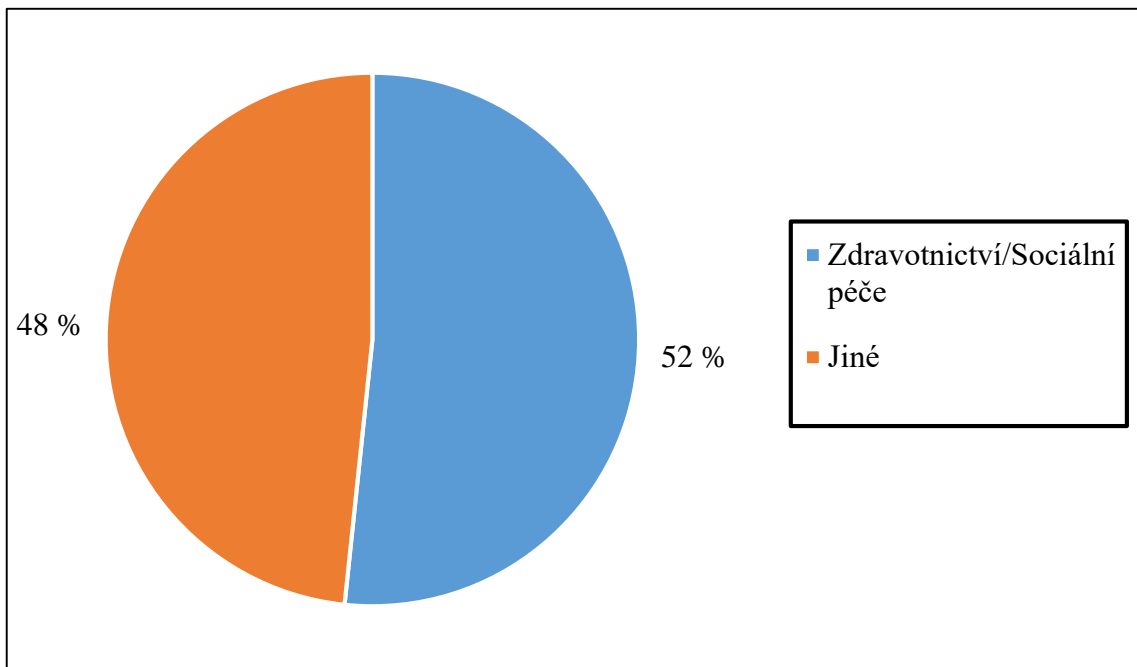
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
15-25	32	53
26-35	19	32
36-45	3	5
46-55	5	8
56-65	1	2
66 a více let	0	0

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů bylo 32 (53 %) ve věku 15-25 let, 19 (32 %) ve věku 26-35 let, 3 (5 %) ve věku 36-45 let, 5 (8 %) ve věku 46-55 let, 1 (2 %) ve věku 56-65 let. Průzkumu se nezúčastnili žádní respondenti ve věku 66 a více let.

Otázka č. 3 Jaké je Vaše povolání?

Graf 3 Kategorie povolání respondentů



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 5 Kategorie povolání respondentů

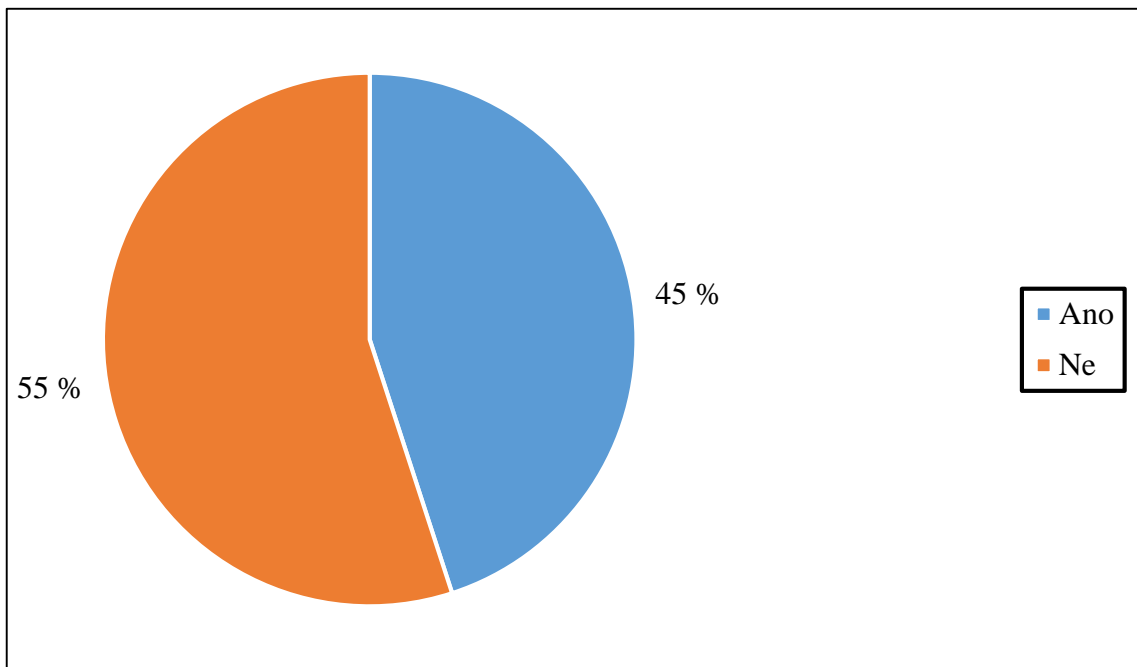
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Zdravotnictví/Sociální péče	31	52
Jiné	29	48

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů bylo 31 (52 %) ze zdravotnictví/sociální péče a 29 (48 %) z povolání s jiným zaměřením.

Otázka č. 4 Staral/a jste se/Staráte se o osobu zdravotně hendikepovanou?

Graf 4 Podíl respondentů dávající péči zdravotně hendikepované osobě



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 6 Podíl respondentů dávajících péči zdravotně hendikepované osobě

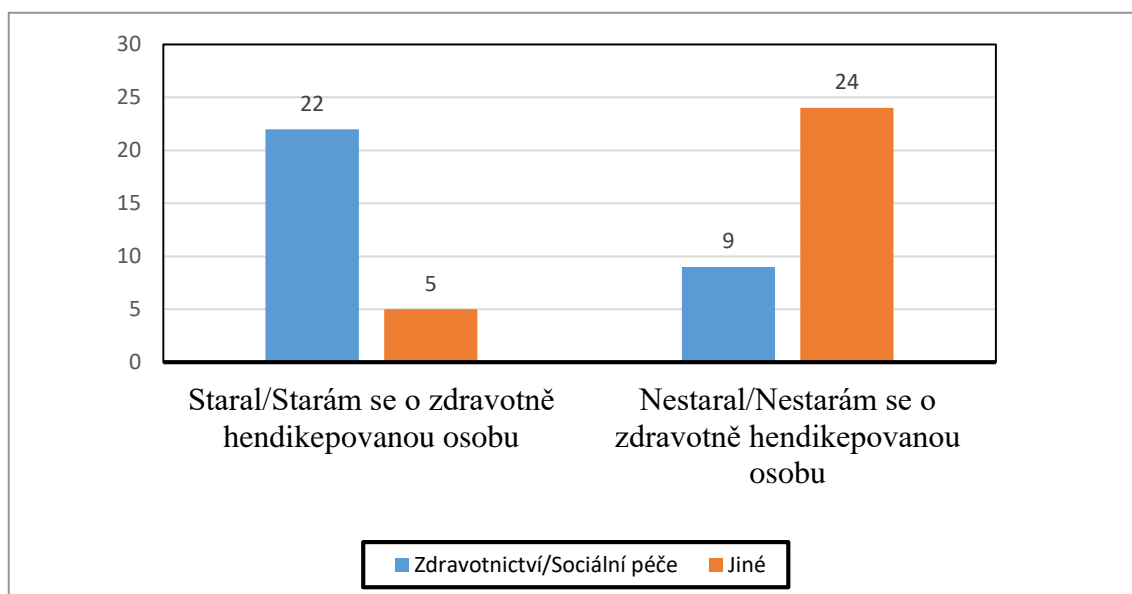
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	27	45
Ne	33	55

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů uvedlo, že 27 (45 %) se staralo či stará o zdravotně hendikepovanou osobu a zbylá část 33 (55 %) se nestará a ani nestarala o žádnou takto hendikepovanou osobu.

Porovnání výsledků z otázek č. 3 a č. 4, část první

Graf 4.1 Porovnání výsledků – Kategorie povolání pečujících respondentů



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 6.1 Porovnání výsledků – Kategorie povolání pečujících respondentů

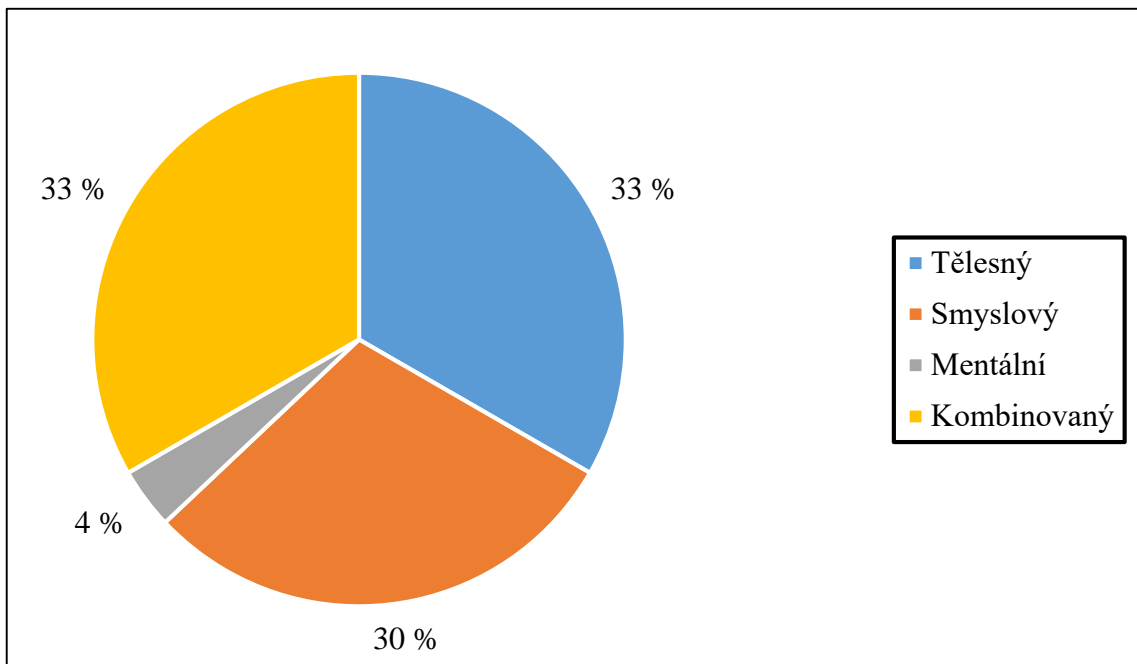
Kategorie	Zdravotnictví/Sociální péče		Jiné	
	Počet respondentů	Podíl v %	Počet respondentů	Podíl v %
Staral/Starám se o zdravotně hendikepovanou osobu	22	71	5	17
Nestarál/Nestarám se o zdravotně hendikepovanou osobu	9	29	24	83

Zdroj: Autor, 2016

Porovnání výsledků mezi respondenty z kategorie zdravotnictví, sociální péče a jiného povolání týkajících se péče o hendikepované osoby.

Otázka č. 5 Jaký měla/má tato osoba zdravotní hendikep??

Graf 5 Zdravotní hendikep přijímajícího péči – pečující respondenti



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 7 Zdravotní hendikep přijímajícího péči – pečující respondenti

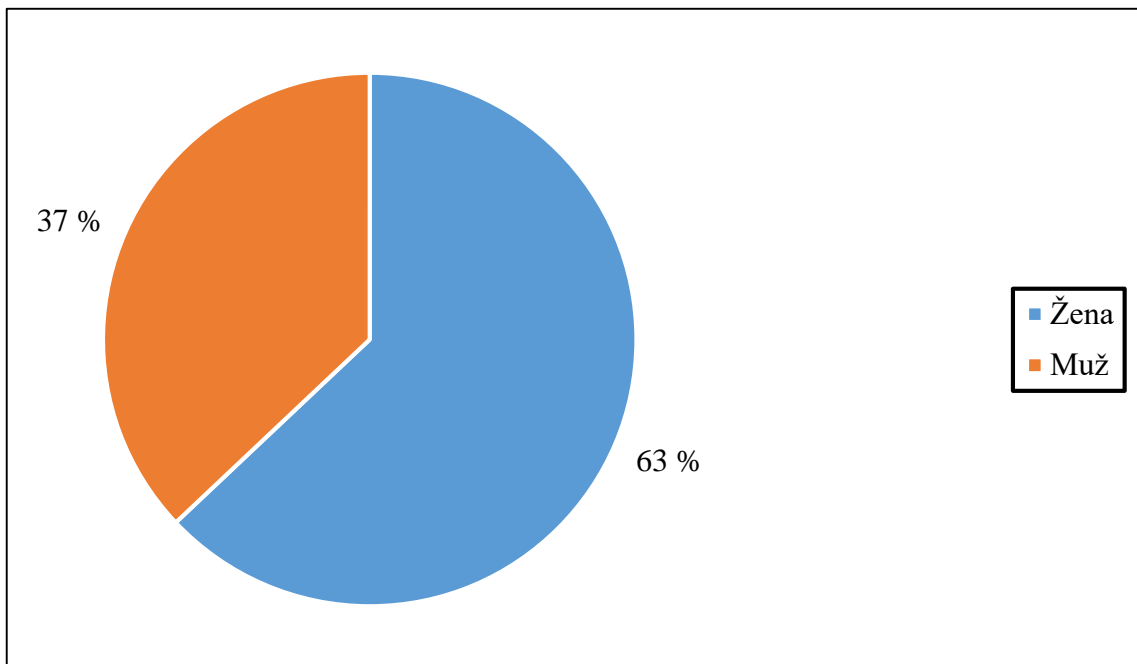
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Tělesný	9	33
Smyslový	8	30
Mentální	1	4
Kombinovaný	9	33

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů (pečujících) uvedlo tyto typy zdravotního hendikepu u přijímající osoby. Celkem 9 (33 %) s tělesným, 8 (30 %) se smyslovým, 1 (4 %) s fyzickým a 9 (33 %) s kombinovaným postižením.

Otázka č. 6 Jaké bylo/je pohlaví zdravotně hendikepované osoby?

Graf 6 Pohlaví přijímající osoby – pečující respondenti



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 8 Pohlaví přijímající osoby – pečující respondenti

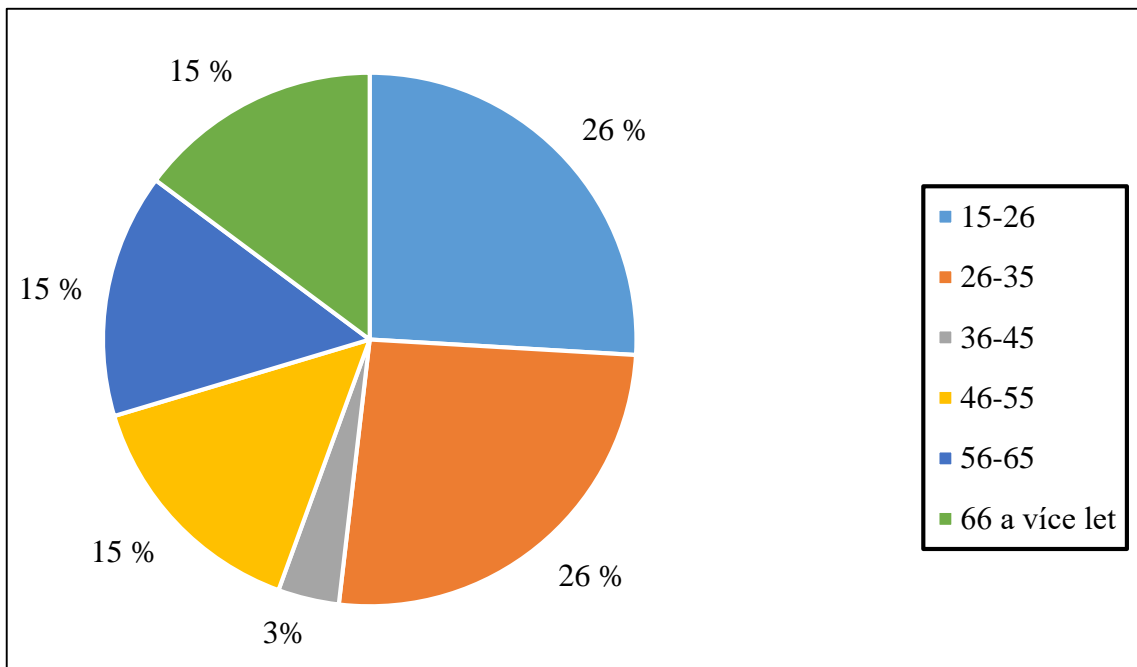
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Žena	17	63
Muž	10	37

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů (pečujících) uvedlo pohlaví osob přijímajících péči. Ženského pohlaví bylo celkem 17 (63 %) a mužského pohlaví 10 (37 %).

Otázka č. 7 Jaký byl/je věk zdravotně hendikepované osoby?

Graf 7 Věk přijímající osoby – pečující respondenti



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 9 Věk přijímající osoby – pečující respondenti

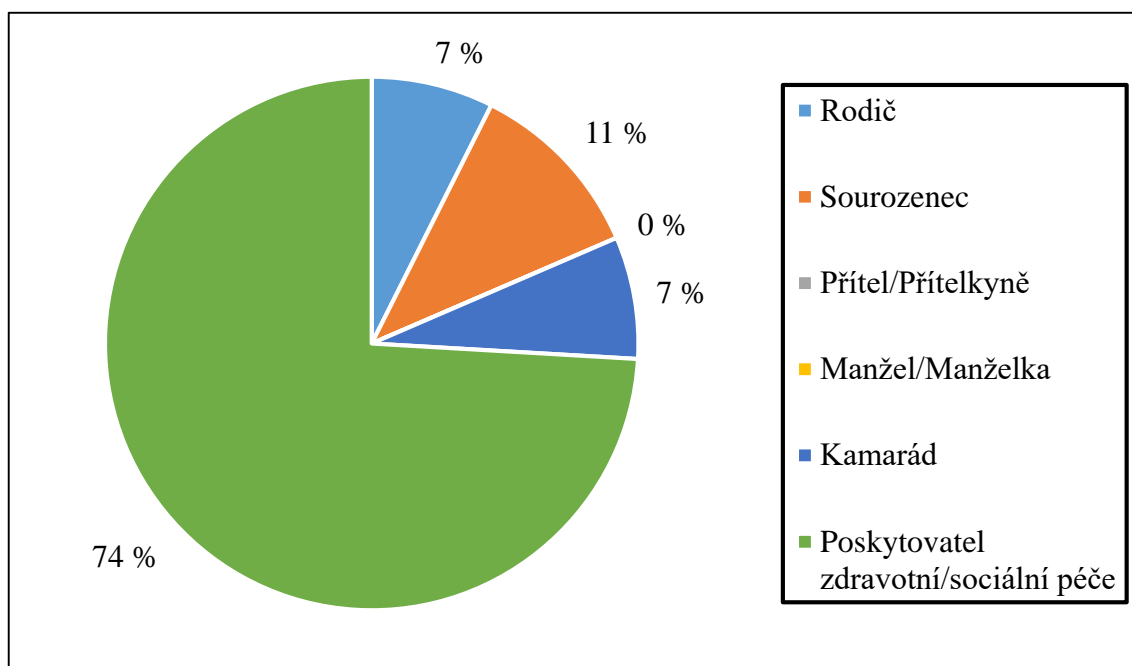
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
15-25	7	26
26-35	7	26
36-45	1	3
46-55	4	15
56-65	4	15
66 a více let	4	15

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů (pečujících) uvedlo věk přijímajících péči. Ve věku 15 až 25 let bylo 7 (26 %) osob, 26-35 let 7 (26 %) osob, 36-45 let 1 (3 %) osoba, 46-55 let 4 (15 %) osoby, 56-65 let 4 (15 %) osoby a ve věku 66 a více let byly celkem 4 (15 %) osoby.

Otázka č. 8 Jaký byl/je Váš vztah k zdravotně hendikepované osobě?

Graf 8 Vztah k přijímajícímu péči – pečující respondenti



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 10 Vztah k přijímajícímu péči – pečující respondenti

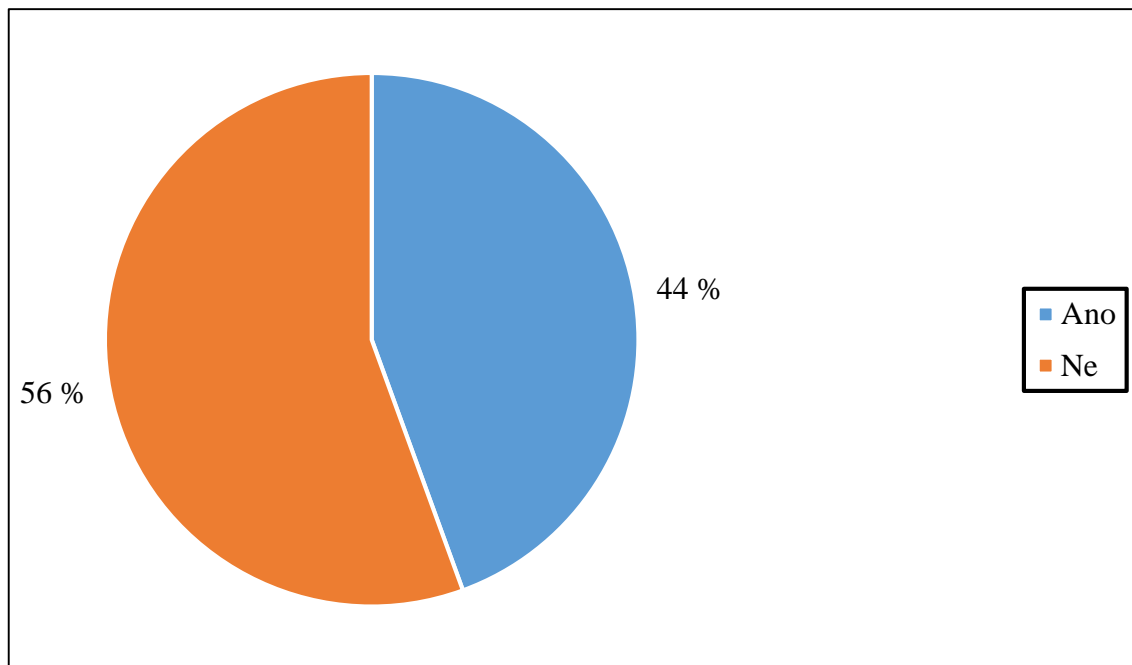
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Rodič	2	7
Sourozenec	3	11
Přítel/Přítelkyně	0	0
Manžel/Manželka	0	0
Kamarád	2	7
Poskytovatel zdravotní/sociální péče	20	74

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů (pečujících), byli ve vztahu k přijímajícímu péči 2 (7 %) v rodičovském vztahu, 3 (11 %) v sourozeneckém, 0 (0 %) jak v partnerském tak i manželském, 2 (7 %) v kamarádském a 20 (74 %) v poskytovatelském zdravotní či sociální péči.

Otázka č. 9 Pozoroval jste sexuální potřebu u této zdravotně hendikepované osoby?

Graf 9 Sexuální potřeba u přijímajícího péči – pečující respondenti



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 11 Sexuální potřeba u přijímajícího péči – pečující respondenti

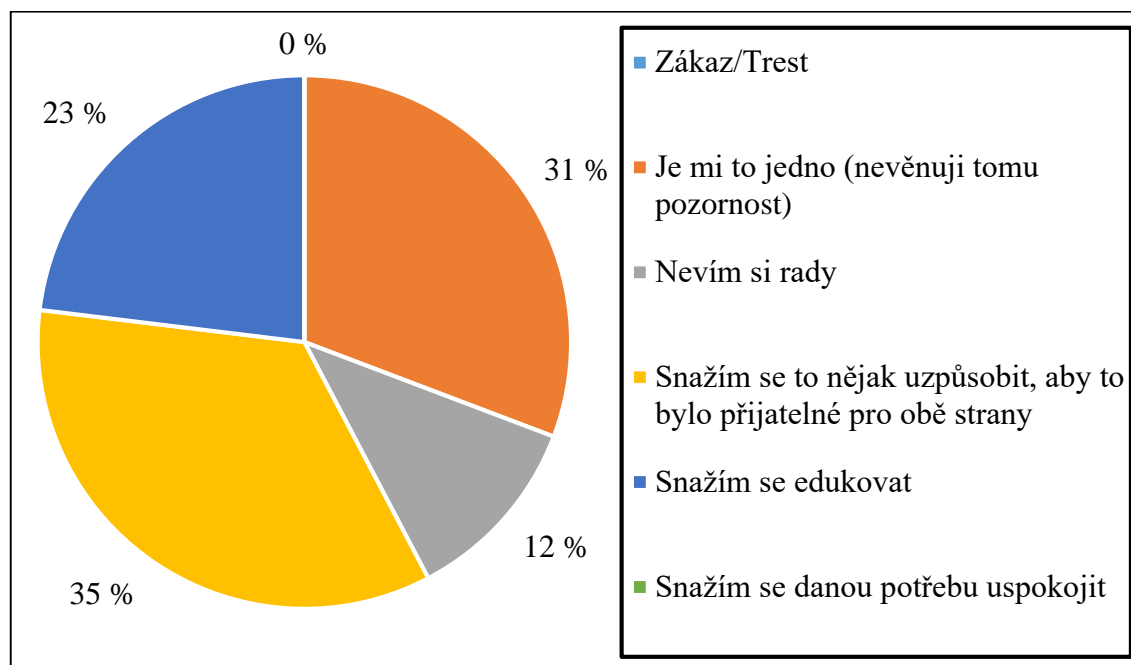
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	12	44
Ne	15	56

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů (pečujících) uvedlo, že 12 (44 %) pozoruje a 15 (56 %) nepozoruje sexuální potřebu u přijímajícího péči.

Otázka č. 10 Jaká byla/je Vaše reakce na sexuální potřebu zdravotně hendikepované osoby?

Graf 10 Reakce na sexuální potřebu přijímajícího péči – pečující respondenti



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 12 Reakce na sexuální potřebu přijímajícího péči – pečující respondenti

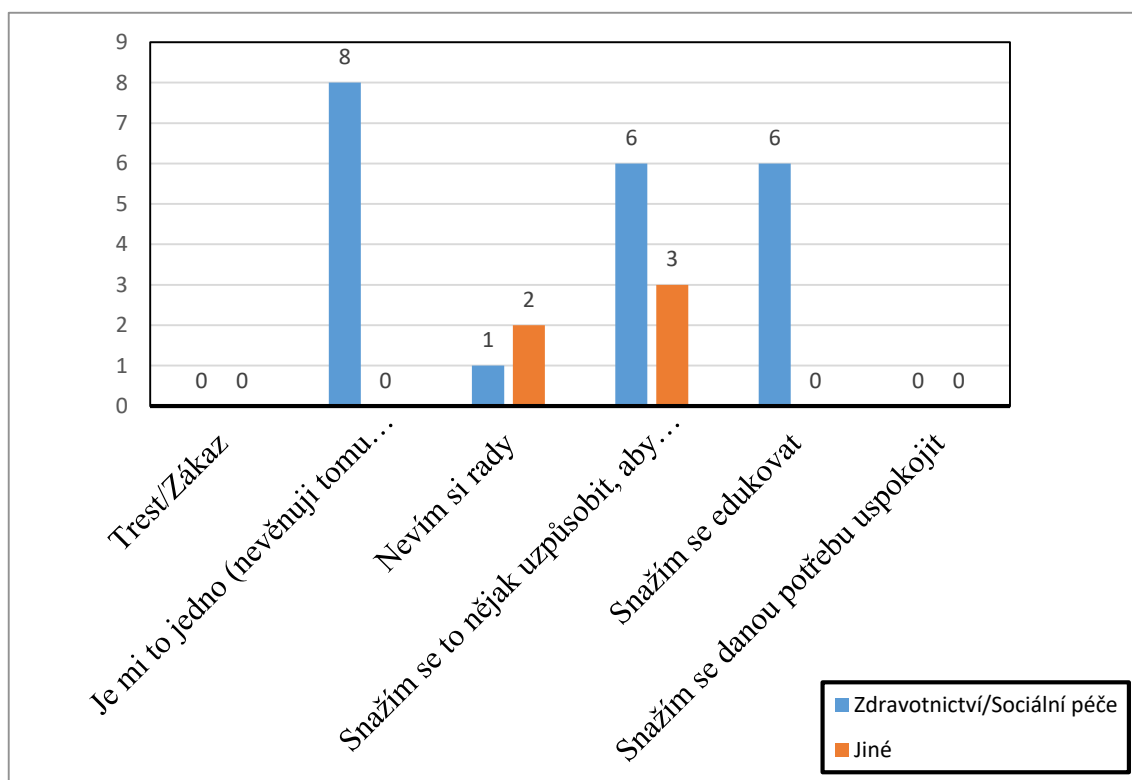
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Trest/Zákaz	0	0
Je mi to jedno (nevěnuji tomu pozornost)	8	31
Nevím si rady	3	11
Snažím se to nějak uzpůsobit, aby to bylo přijatelné pro obě strany	9	35
Snažím se edukovat	6	23
Snažím se danou potřebu uspokojit	0	0

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů (pečujících) uvedlo reakce na sexuální potřebu u přijímajícího péči. Celkem 0 (0 %) pečujících neupřednostňuje trest či zákaz, 8 (31 %) tomu nevěnuje žádnou pozornost, 3 (11 %) si neví rady, 9 (35 %) se snaží to nějak uzpůsobit tak, aby to bylo přijatelné pro obě strany, 6 (23 %) se snaží edukovat přijímající osobu a 0 (0 %) se nesnaží danou sexuální potřebu jakkoliv uspokojit.

Porovnání výsledků z otázek č. 4.1 a č. 10, část první

Graf 10.1 Porovnání výsledků – Reakce na sexuální potřebu dle kategorie povolání



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 12.1 Porovnání výsledků – Reakce na sexuální potřebu dle kategorie povolání

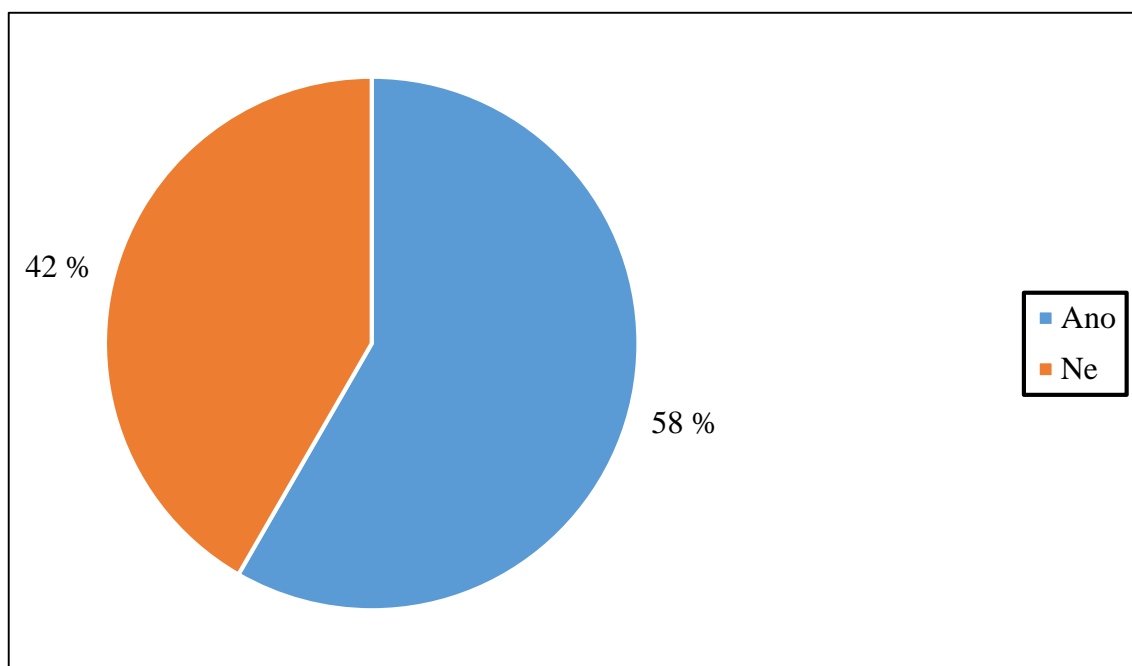
Kategorie	Zdravotnictví/Sociální péče		Jiné	
	Počet respondentů	Podíl v %	Počet respondentů	Podíl v %
Trest/Zákaz	0	0	0	0
Je mi to jedno (nevěnuji tomu pozornost)	8	38	0	0
Nevím si rady	1	4	2	40
Snažím se to nějak uzpůsobit, aby to bylo přijatelné pro obě strany	6	29	3	60
Snažím se edukovat	6	29	0	0
Snažím se danou potřebu uspokojit	0	0	0	0

Zdroj: Autor, 2016

Porovnání výsledků mezi respondenty z kategorie zdravotnictví, sociální péče a jiného povolání ohledně reakcí na sexuální potřebu hendikepované osoby.

Otázka č. 11 Znáte službu aktivní intimní asistence?

Graf 11 Znalost služby aktivní intimní asistence



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 13 Znalost služby aktivní intimní asistence

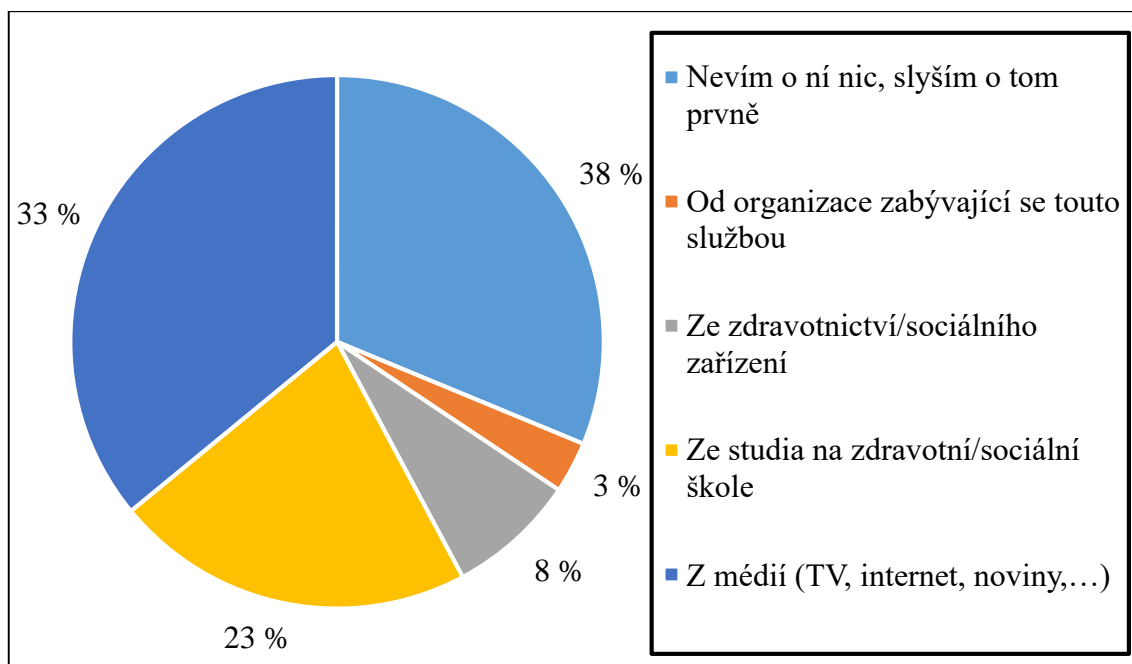
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	35	58
Ne	25	42

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů (pečující i nepečující) uvedlo 35 (58 %) znalost o této intimní službě a 25 (42 %) o této intimní službě vůbec nevědělo.

Otázka č. 12 Odkud víte o službě aktivní intimní asistence?

Graf 12 Zdroj informací o aktivní intimní asistenci



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 14 Zdroj informací o aktivní intimní asistenci

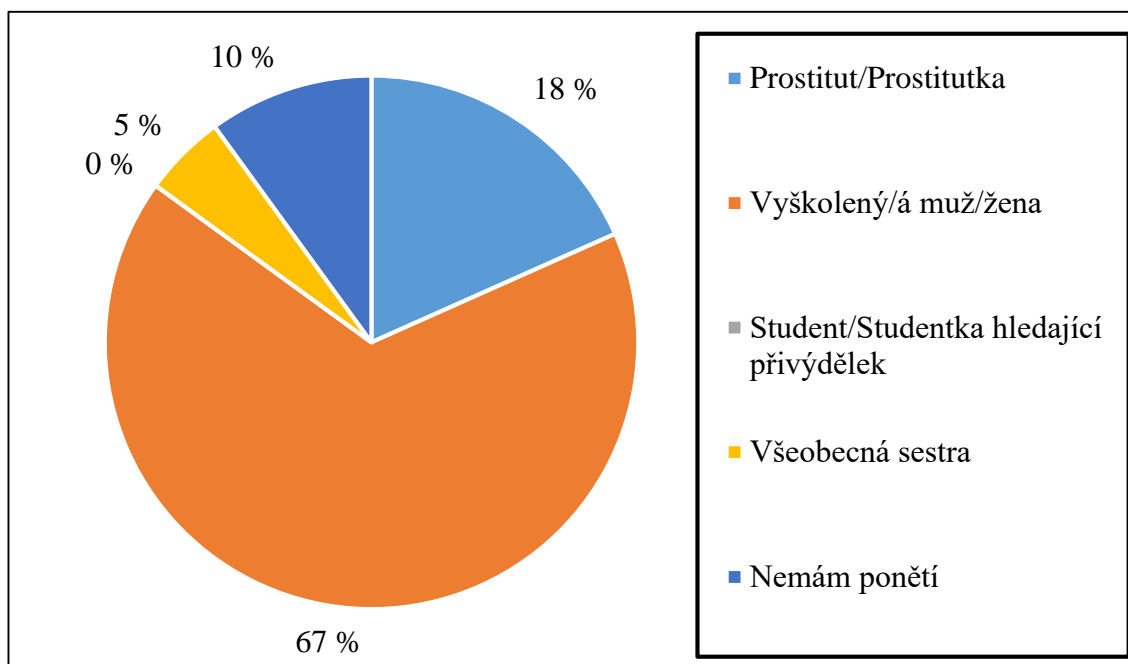
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Nevím o ní nic, slyším o tom prvně	25	38
Od organizace zabývající se touto službou	2	3
Ze zdravotnictví/sociálního zařízení	5	8
Ze studia na zdravotní/sociální škole	14	23
Z médií (TV, internet, noviny,...)	18	33

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 respondentů (pečující i nepečující) mohlo v této otázce vybrat více než jednu možnou odpověď. Každá odpověď byla vyhodnocena zvlášť (105 %). Výsledkem tedy je, že možnost „nevím o ní nic, slyším o tom prvně“ byla vybrána celkem 25 (38 %) krát, od samotné organizace 2 (3 %) krát, ze zdravotnického či sociálního prostředí 5 (8 %) krát, ze studia 14 (23 %) krát a prostřednictvím médií 18 (33 %) krát.

Otázka č. 13 Kdo podle Vás poskytuje aktivní intimní asistenci?

Graf 13 Poskytovatel aktivní intimní asistence



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 15 Poskytovatel aktivní intimní asistence

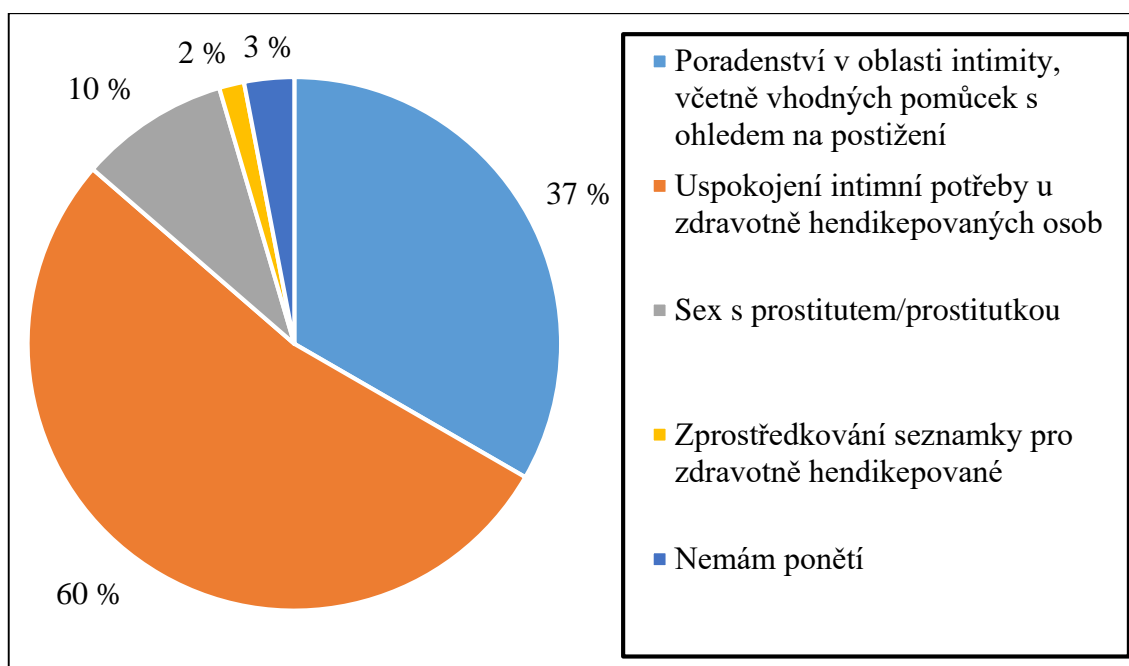
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Prostitut/Prostitutka	11	18
Vyškolený/á muž/žena	40	67
Student/Studentka hledající přívýdělek	0	0
Všeobecná sestra	3	5
Nemám ponětí	6	10

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů (pečující i nepečující) uvedlo poskytovatele 11 (18 %) prostituta či prostitutku, 40 (67 %) vyškolenou osobu (muže nebo ženu), 0 (0 %) osobu připravující se na budoucí povolání s vidinou přívýdělku, 3 (5 %) uvedlo všeobecnou sestru a ponětí o poskytovateli nemá 6 (10 %).

Otázka č. 14 Co podle Vás aktivní intimní asistence nabízí?

Graf 14 Náplň aktivní intimní asistence



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 16 Náplň aktivní intimní asistence

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Poradenství v oblasti intimity, včetně vhodných pomůcek s ohledem na postižení	22	37
Uspokojení intimní potřeby u zdravotně hendikepovaných osob	35	60
Sex s prostitutem/prostitutkou	6	10
Zprostředkování seznamky pro zdravotně hendikepované	1	2
Nemám poněti	2	3

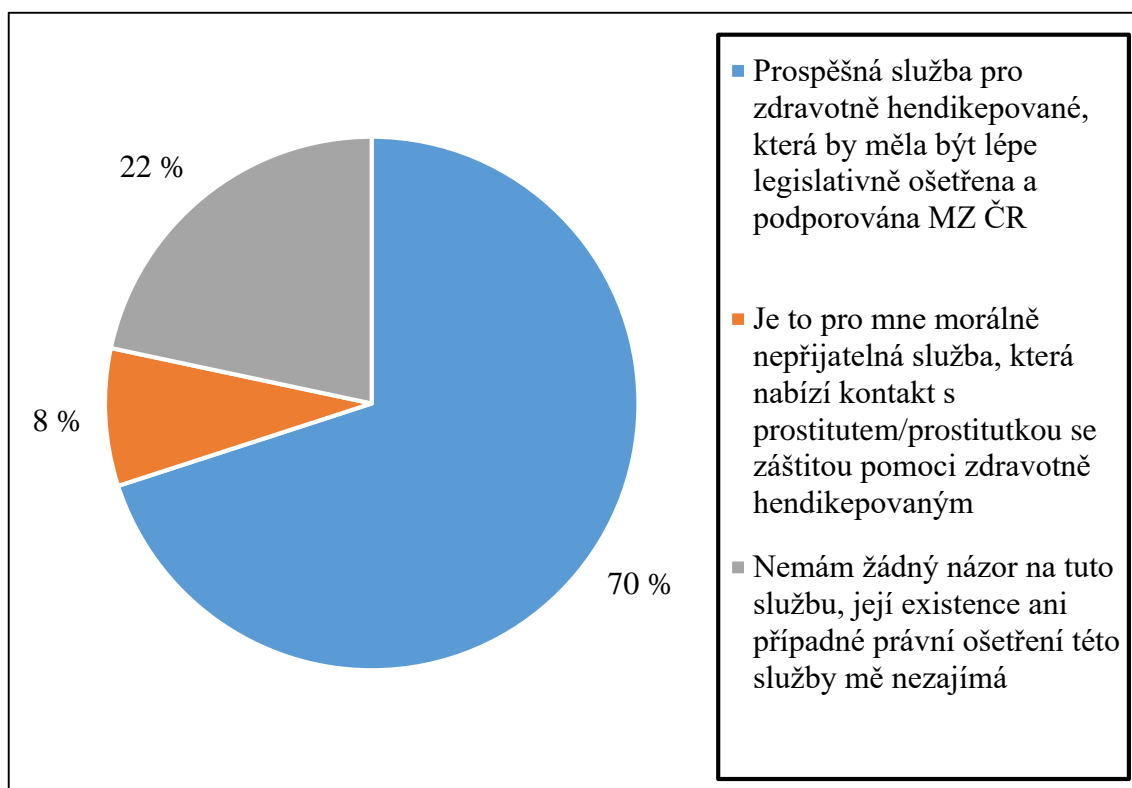
Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 respondentů (pečující i nepečující) mohlo v této otázce vybrat více než jednu možnou odpověď. Každá odpověď byla vyhodnocena zvlášť (112 %). Výsledkem tedy je, že poradenství a výběr vhodných pomůcek bylo vybráno celkem 22 (37 %) krát, uspokojení intimní potřeby 35 (60 %) krát, sex s osobou poskytující sexuální potěšení 6 (10 %) krát, zprostředkování seznamky pro

hendikepované osoby 1 (2 %) krát a celkem 2 (3 %) krát bylo vybráno, že nemají poněti o náplni poskytované péče.

Otázka č. 15 Jaký je Váš názor na aktivní intimní asistenci?

Graf 15 Názor na aktivní intimní asistenci



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 17 Názor na aktivní intimní asistenci

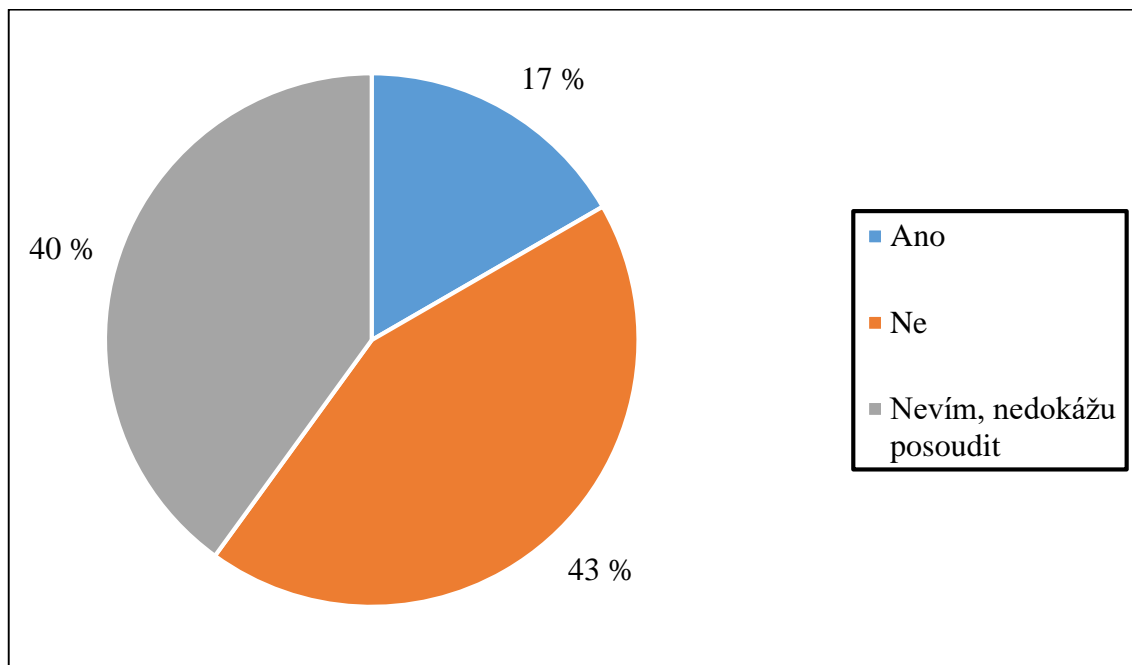
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Prospěšná služba pro zdravotně hendikepované, která by měla být lépe legislativně ošetřena a podporována MZ ČR	42	70
Je to pro mne morálně nepřijatelná služba, která nabízí intimní kontakt s prostitutem/prostitutkou se záštitou pomoci zdravotně hendikepovaným osobám	5	8
Nemám žádný názor na tuto službu, její existence ani případné právní ošetření této služby mě nezajímá	13	22

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů (pečující i nepečující) uvedlo prospěšnou službu 42 (70 %), morálně nepřijatelnou službu 5 (8 %) a žádný názor na tuto službu nemá 13 (22 %).

Otázka č. 16 Myslíte si, že je Česká republika připravena na tento typ intimní služby?

Graf 16 Připravenost na tento typ intimní službu v České republice



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 18 Připravenost na tento typ intimní služby v České republice

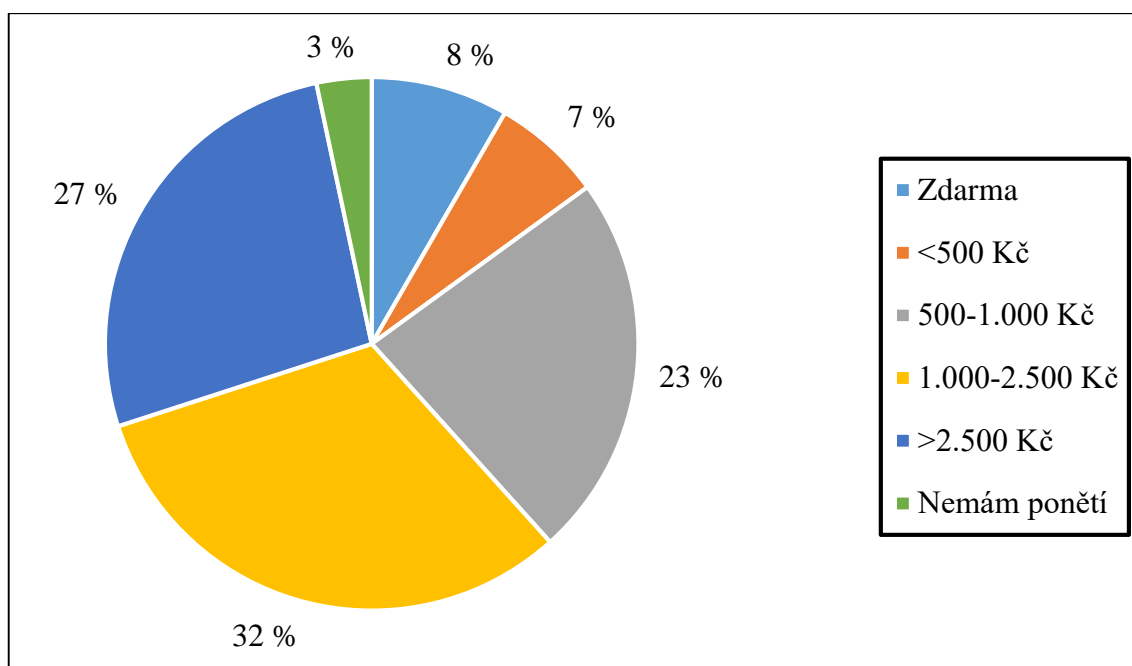
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Ano	10	17
Ne	26	43
Nevím, nedokážu posoudit	24	40

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů (pečující i nepečující) uvedlo připravenost ČR na tento typ intimní služby 10 (17 %) respondentů, 26 (43 %), že není připravená a 24 (40 %) zatím neví či neumí posoudit.

Otázka č. 17 Kolik si myslíte, že aktivní intimní asistence stojí?

Graf 17 Cena aktivní intimní asistence



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 19 Cena aktivní intimní asistence

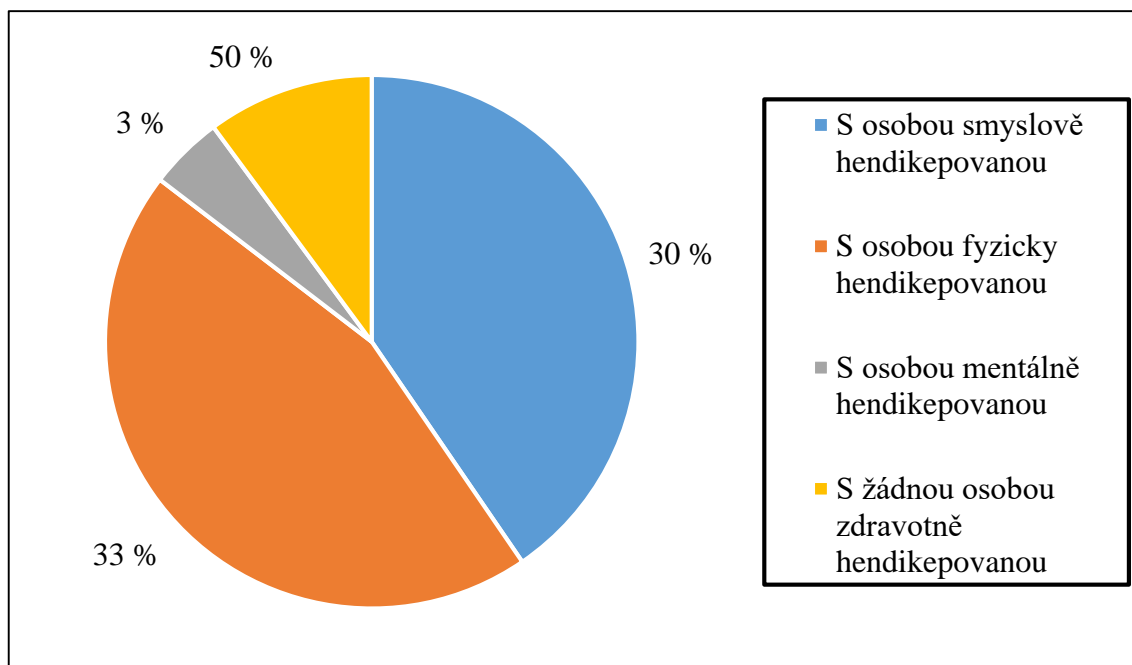
Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
Zdarma	5	8
<500 Kč	4	7
500-1.000 Kč	14	23
1.000-2.500 Kč	19	32
>2.500 Kč	16	27
Nemám ponětí	2	3

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů (pečující i nepečující) uvedlo nenáročnost na finanční odměnu 5 (8 %) respondentu, 4 (7 %) cenu méně než 500 Kč, 14 (23 %) rozmezí mezi 500 až 1.000 Kč, 19 (32 %) rozmezí mezi 1.000 až 2.500 Kč, 16 (27 %) více než 2.500 Kč a 2 (3 %) nemá žádné ponětí o finanční odměně za aktivní intimní službu.

Otázka č. 18 S jakou osobou zdravotně hendikepovanou byste byl/byla schopný/schopná sexuálního kontaktu?

Graf 18 Schopnost sexuálního kontaktu mezi respondentem a hendikepovaným



Zdroj: Autor, 2019

Tabulka 20 Schopnost sexuálního kontaktu mezi respondentem a hendikepovaným

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
S osobou smyslově hendikepovanou	18	30
S osobou fyzicky hendikepovanou	20	33
S osobou mentálně hendikepovanou	2	3
S žádnou osobou zdravotně hendikepovanou	30	50

Zdroj: Autor, 2019

Z celkového počtu 60 respondentů (pečující i nepečující) mohlo v této otázce vybrat více než jednu možnou odpověď. Každá odpověď byla vyhodnocena zvlášť (116 %). Výsledkem tedy je, že schopnost sexuálního kontaktu se smyslově hendikepovanou osobou uvedli 18 (30 %) krát, s fyzickým hendikepem 20 (33 %) krát, s mentálním 2 (3 %) krát a 30 (50 %) krát bylo vybráno, že s žádnou osobou zdravotně hendikepovanou by nebyli schopni sexuálního kontaktu.

9 VERIFIKACE VÝSLEDKŮ

Tato část práce je vyhrazena všem výpočtům, které sloužily pro vyhodnocení průzkumné otázky s číslem 3.

9.1 STATISTICKÉ OVĚŘENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY Č. 3 POMOCÍ CHÍ KVADRÁT TESTU

Soubor obsahuje datové informace zjištěných výsledků z odpovědí z otázky č. 3 a č. 15. Verifikace proběhla pomocí chí-kvadrátu nezávislosti v kontingenční tabulce. Hodnota pro hladinu významnosti byla zvolena $\alpha = 0,05$ (přirozená hladina významnosti). Dále jsme si určili nulovou a alternativní hypotézu, kritický obor a jeho hodnoty a testované kritérium. V tabulce očekávaných četností hodnoty nesplňovaly podmínku pro použití testu (20 % hodnot musí být menších než 5), proto došlo ke sloučení skupin (je to pro mne morálně nepřijatelná služba a nemám žádný názor).

9.1.1 DATOVÉ SOUBORY

Soubor datových informací udávajících skutečné zjištění četnosti (absolutní):

Tabulka 21 Skutečná absolutní četnost respondentů dle typu povolání s názorem na aktivní intimní asistenci

	Zdravotnictví/ Sociální péče	Jiné	Celkem
Prospěšná služba pro zdravotně hendikepované, která by měla být lépe legislativně ošetřena a podporována MZ ČR	23	19	42
Je to pro mne morálně nepřijatelná služba, která nabízí intimní kontakt s prostitutem/prostitutkou se záštitou pomoci zdravotně hendikepovaným osobám Nemám žádný názor na tuto službu, její existence ani případně právní ošetření této služby mě nezajímá	8	10	18
Celkem	31	29	60

Zdroj: Autor, 2019

Soubor datových informací udávajících očekávané četnosti (absolutní):

Tabulka 22 Očekávaná absolutní četnost respondentů dle typu povolání s názorem na aktivní intimní asistenci

	Zdravotnictví/ Sociální péče	Jiné	Celkem
Prospěšná služba pro zdravotně hendikepované, která by měla být lépe legislativně ošetřena a podporována MZ ČR	21,7	20,3	42
Je to pro mne morálně nepřijatelná služba, která nabízí intimní kontakt s prostitutem/prostitutkou se záštitou pomoci zdravotně hendikepovaným osobám Nemám žádný názor na tuto službu, její existence ani případně právní ošetření této služby mě nezajímá	9,3	8,7	18
Celkem	31	29	60

Zdroj: Autor, 2019

9.1.2 VÝPOČET

Definice nulové a alternativní hypotézy:

Nulovou hypotézu H_0 jsme stanovili tak, že znak „Povolání“ a znak „Názor“ jsou nezávislé. Alternativní hypotézu jsme stanovili tak, že znak „Povolání“ a znak „Názor“ jsou závislé.

Definice kritické hodnoty a kritického oboru:

$\chi_{(1-\alpha); df} = 3,841$ (hodnota df byla vyjádřena ze statistických tabulek kvantilů)

kde $(1-\alpha)$ je spodní index daného kritického oboru a df je hodnota kritického oboru.

Kritická hodnota chí kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a pro stupeň volnosti je 3,841.

Vypočtená hodnota testovaného kritéria je 0,537.

Hodnota vypočteného testovaného kritéria je menší, než hodnota kritického oboru, z toho vyplývá, že nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nelze zamítnout na hladině významnosti 0,05.

9.1.3 VÝSLEDEK

Nulovou hypotézu (H_0) nelze na hladině významnosti 0,05 zamítnout.

Dle výpočtu nelze tvrdit, že existují statistické rozdíly názorů na intimní asistenci s ohledem na jejich povolání.

10 INTERPRETACE PRŮZKUMU

V této bakalářské práci s názvem *Pohled společnosti na intimní asistenci*, jsme se zabývali názorem široké veřejnosti ve věku 15 až 66 let a více s ohledem typu povolání na intimní potřebu ale i službu intimní asistence určenou pro zdravotně hendikepované osoby. Součástí průzkumného šetření jsme si na začátku stanovili pět cílů. Prvním stanoveným cílem bylo Vyhodnotit reakci na sexuální potřebu u pečujících respondentů, podle jejich typu povolání. Druhým bylo zjistit znalosti respondentů o existenci služby aktivní intimní asistence. Třetím cílem, který byl nejrozsáhlejší, bylo zmapovat, zda existuje statisticky významný rozdíl v názoru na aktivní intimní asistenci s ohledem na typ povolání pečujících respondentů. Rozhodli jsme se prozkoumat rozdíly mezi respondenty ze zdravotnictví/sociálních služeb a jiného, které by mohly ovlivnit jejich názory. Jako čtvrtý cíl jsme si stanovili zjistit, zda je Česká republika připravena na tento typ intimní služby. Posledním, pátým cílem bylo zjistit, schopnost respondentů sexuálního kontaktu se zdravotně hendikepovanou osobou.

K cílům 1-5 jsme si vytvořili jednu průzkumnou otázku.

Tohoto průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 60 respondentů z celkem 100 dostupných dotazníků. Respondenti byli z široké veřejnosti.

CÍL 1

Prvním cílem je vyhodnotit reakci na sexuální potřebu u pečujících respondentů, podle jejich typu povolání. K výsledkům jsme se dopracovali šetřením jednotlivých faktorů, a to kategorii povolání respondentů, zda pečují či pečovali o zdravotně postiženou osobu a jaká je jejich reakce na sexuální potřebu hendikepované osoby. Na závěr jsme vyhodnotili a srovnali výsledky pečujících ze zdravotnictví/sociální péče a z jiného typu povolání.

Ke zjištění prvního cíle jsme využili výpočty v kapitole 9.1, které jsou čerpány z otázek z dotazníku s číslem 3, 4 a 10.

Průzkumná otázka 1: Jaká je procentuální zastoupenost reakce na sexuální potřebu hendikepované osoby s ohledem na typ povolání pečujícího respondenta?

V této zkoumané části jsme se zabývali shodou odpovědí pečujících respondentů podle jejich typu povolání. Výsledky jsou graficky znázorněné v grafu 10.1, ze kterého je patrné, že jsou výsledky na počet odpovědí odlišné. Hlavním důvodem je výrazně menší zastoupení hlasů pečujících z jiného typu povolání (5 získaných odpovědí oproti 21 respondentů ze zdravotnictví či sociální péče). Procentuální srovnání poukazuje na největší shodu odpovědí (36 % rozdílných odpovědí) si neví rady a o něco málo (31 %) kteří se to snaží, aby to bylo pro obě dvě strany přijatelné. Největší procentuální neshodu v odpovědích je pro skupinu, které je to jedno (38 % ze zdravotnictví/sociální péče), edukovat se snaží (29 %). Ze získaných výsledků lze tvrdit, že odpovědi (pečujících respondentů dle typu povolání) se neshodují.

CÍL 2

Druhým cílem jsme měli zjistit znalosti respondentů o existenci služby intimní asistence.

Ke zpracování druhého cíle nám byla nápomocná otázka s číslem 11.

Průzkumná otázka 2: Vědí respondenti o existenci této intimní služby?

Jak již bylo výše zmíněno, z výsledků průzkumného šetření bylo zjištěno, že o této intimní službě vědělo 58 % respondentů a nevědělo 42 % respondentů (po vyhodnocení 60 vyplněných dotazníků).

CÍL 3

Ve třetím cíli jsme si dali úkol vyhodnotit, zmapovat, zda existuje statisticky významný rozdíl v názoru na aktivní intimní asistenci s ohledem na povolání pečujících respondentů.

Ke zjištění třetího cíle jsme použili výpočty v kapitole 8.5, které jsou čerpány z otázek s číslem 3 a 15. Zjištěné výsledky podstoupily testy hypotézy (metoda chí- kvadrátu, výpočtové postupy a aplikované vzorce), které nám pomohly k zjištění potřebných výsledků.

Průzkumná otázka 3: Existují statisticky významné rozdíly v počtu názorů na aktivní intimní asistenci s ohledem na typ povolání respondentů?

Testem hypotéz a chí-kvadrátu v kapitole 9.1 jsme zjistili, že nelze tvrdit na základě výpočtu (při zvolené běžné hladiny významnosti 0,005), že existují statistické rozdíly názorů na intimní asistenci s ohledem na jejich povolání.

CÍL 4

Čtvrtým cílem jsme měli zjistit, zda je Česká republika připravena na tento typ intimní služby.

Ke zpracování čtvrtého cíle nám byla nápomocná otázka s číslem 16.

Průzkumná otázka 4: Je Česká republika připravená na tento typ intimní služby?

Jak již bylo výše zmíněno, z výsledků průzkumného šetření bylo zjištěno, že 17 % respondentů si myslí, že připravená je, 43 %, že není a 40 % neví, nedokáže posoudit (po vyhodnocení 60 vyplněných dotazníků).

CÍL 5

Posledním cílem bylo zjistit schopnost respondentů sexuálního kontaktu se zdravotně hendikepovanou osobou.

Ke zpracování pátého cíle nám byla nápomocná otázka s číslem 18.

Průzkumná otázka 5: Jsou respondenti schopni sexuálního kontaktu se zdravotně hendikepovanou osobou s ohledem na typ jejich postižení?

Jak již bylo výše zmíněno, z výsledků průzkumného šetření bylo zjištěno, že sexuálního kontaktu se smyslově hendikepovanou osobou by bylo schopno 30 % respondentů, s fyzickým hendikepem 33 %, s mentálním 3 % a 50 % s žádnou osobou se zdravotním hendikepem (po vyhodnocení 60 vyplněných dotazníků s možností jedné a více odpovědí).

11 DISKUZE

Srovnání naší bakalářské práce s jinými autory není příliš jednoduché. Existuje několik prací se zaměřením na stejné téma, ale každý autor se zaměřoval na jinou oblast, která ho zajímala. Bohužel nebyla dohledána žádná práce, kde by se autor zaobíral pohledem široké veřejnosti, ani rozdílného pohledu v jednotlivé kategorii povolání.

Tohoto průzkumného šetření se nakonec zúčastnilo celkem 60 (60 %) respondentů z možných 100 dostupných dotazníků. I z takto malého počtu respondentů můžeme naše průzkumné šetření považovat za objektivní.

I přesto, že byl dotazník tvořen uživateli sociálních sítí (Facebook) a komunikačních sítí (email), bylo našim velkým zjištěním, že i tento způsob sběru dat nám umožnilo shromáždit respondenty ve věku 15-65 let.

Vybrali jsme tedy části získaných dat, které nás velice překvapily. Jsme velice rádi, že dotázaní, kteří se starali, či starají o osobu zdravotně hendikepovanou (27 osob) ani jednou neuvodili reakci na sexuální potřebu u výše zmíněné skupiny formou trestu či zákazu, ale 35 % se snaží najít způsob, přijatelný pro obě strany a 23 % se snaží edukovat. Velkou část zahrnuje ale i skupina dotázaných, kteří buď tomu nevěnují pozornost (31 %), nebo si neví rady (11 %). Musíme brát v úvahu, že velkou část zahrnují respondenti ze zdravotnictví a sociální péče, kteří by se měli zajímat o člověka po všech stránkách, včetně potřeb. Není často v jejich moci se danému problému postavit, jelikož na to nejsou dostatečně školeni.

Jako poskytovatele služby aktivní intimní asistence zvolilo 67 % vyškolenou sestru nebo muže, 18 % prostitutu či prostitutku, 10 % nemá ponětí a 5 % všeobecnou sestru. Je šokující, jaké všechny úkony, dle respondentů, provádí všeobecná sestra ve své pracovní době. Pokud by se jednalo o poskytovatele pasivní intimní asistence, byla by i všeobecná sestra možnou edukátorkou. Dále si musíme uvědomit, že práce s hendikepovanými v oblasti sexuality je odlišná od zdravého jedince, a ne každý je schopný zrealizovat aktivity s ní spojené. I co se pasivní intimní služby týče.

Názor na aktivní intimní asistenci se v tomto případě celkem dost rozcházel. Z 60 respondentů 70 % uvedlo prospěšnost služby, která by měla být lépe legislativně

ošetřena a podporována ministerstvem zdravotnictví České republiky, 13 % nemá žádný názor a tato služba je nikterak nezajímá a 5 % je morálně nepřijatelná.

Získali jsme zajímavé poznatky v oblasti finanční stránky služby aktivní intimní asistence. Z počtu 60 respondentů zvolilo 32 % rozmezí 1.000 až 2.500, 27 % více než 2.500 Kč a 23 % v rozmezí 500 až 1.000 Kč. Dokonce 8% uvedlo nenárokovost na finanční odměnu. Klient, který si tuto službu objedná, zaplatí kolem 1 600 až 1 900 Kč. Povědomost respondentů o cenách za tyto služby je s nedostatky.

Závěrem jsme zjistili, že i s osobou zdravotně hendikepovanou by byli naši respondenti schopni sexuálního kontaktu. Problém nastává u typu zdravotního hendikepu, kdy respondenti mohli vybrat více odpovědí. Pouze 2 krát respondenti zvolili osobu s mentálním postižením, 18 krát se smyslovým postižením, 20 krát s fyzickým a 30 krát s žádnou osobou zdravotně hendikepovanou. Vyplývá z toho, že schopnosti sexuálního kontaktu je velice individuální

11.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z naší interpretace a průzkumu vyšli velice zajímavé výsledky. Díky těmto poznatkům bychom chtěli navrhnout doporučení pro praxi především u zdravotníků a sociálních pracovníků připravujících se na povolání nebo již v pracovním procesu, ale i zároveň u široké veřejnosti.

Doporučení pro zdravotníky a sociální pracovníky

- zvýšení zájmu na zdravotnických a sociálních školách o sexualitě hendikepovaných osob a službě intimní asistence,
- aktivní účast na přednáškách a seminářích zahrnujících problematiku sexuality u zdravotně hendikepovaných osob,
- zvýšit zájem o sexuální programy ze strany zaměstnavatele (na pracovištích, kde se nejčastěji tyto skupiny lidí vyskytují),
- snažit se samostatně aktivně vzdělávat – být schopný edukovat či informovat pacienta.

Doporučení pro širokou veřejnost:

- zvýšit snahu se samostatně aktivně vzdělávat.

Doporučení pro zdravotnický management

- aktivně se snažit dát do povědomí veřejnosti sexuologii zdravotně hendikepovaných osob, ale i služby intimní asistence.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali pohledem široké veřejnosti na intimní asistenci a sexualitu u zdravotně hendikepovaných osob. Předem stanovené cíle se nám podařili naplnit. Cílem této práce bylo seznámit a pokusit se odstranit předsudky široké veřejnosti v této oblasti a vysvětlit, co intimní asistence je a co nabízí.

V teoretické části jsme se zaměřili na vymezení základních pojmů v oblasti sexuality, funkce sexuality, vývojová stádia sexuality, včetně sexuální výchovy, cílů a zvláštností v průběhu života. Dále jsme se věnovali ochraně před početím a riziky sexuality, kde jsme se věnovali antikoncepci a sexuálně přenosným onemocněním. Dále jsme se věnovali asexuálním deviacím a delikvencím, jako parafilie, delikvence a dysfunkce. Zaměřili jsme se na odlišnost sexuality u tělesně, smyslově a mentálně hendikepovaných. Tato část poukazuje na rozdílnost funkčnosti těla zdravého a hendikepovaného jedince. Napomáhá nám to blíže pochopit specifika v oblasti intimity. V závěru teoretické části se zaměřujeme na intimní asistenci, vyjasnění rozdílů pasivní a aktivní asistence. Bonusově jsme přiložili přílohu s cenami za tuto službu od různých žen nabízejících službu intimní asistence a prostituci.

V praktické části jsme si stanovili pět cílů, ke kterým jsme si určili průzkumné otázky. V prvním cíli jsme vyhodnocovali reakci na sexuální potřebu u pečujících respondentů, podle jejich typu povolání. První cíl jsme vyhodnotili tak, že největší shodu v odpovědích podle typu povolání (5 z jiného a 21 respondentů ze zdravotnictví/sociální péče) bylo 36 %, kteří si neví rady a 31 % se snaží, aby to bylo pro obě dvě strany přijatelné. Největší procentuální neshodu v odpovědích je pro skupinu, které je to jedno nebo se snaží edukovat. Primárním důvodem je, že tyto možnosti uvedli pouze respondenti ze zdravotnictví a sociální péče. V druhém cíli jsme měli zjistit znalosti respondentů o existenci služby intimní asistence. Druhý cíl jsme vyhodnotili tak, že 58 % o této intimní službě vědělo a 42 % nevědělo. Třetím cílem jsme mapovali, zda existuje statisticky významný rozdíl v názoru na aktivní intimní asistenci s ohledem na povolání pečujících respondentů. K určení tohoto cíle jsme využili výpočtů metodou chí-kvadrátu a stanovení hypotéz. Závěrem našeho zjištění bylo, že při zvolení běžné hladiny významnosti (0,05) nelze tvrdit, že existují statistické rozdíly názorů na intimní asistenci s ohledem na jejich povolání. Předposledním čtvrtým cílem, bylo zjistit, zda je Česká republika dle respondentů připravená na tento typ intimní služby. Po vyhodnocení

čtvrtého cíle bylo zjištěno, že 17 % dle dotázaných je připravená, 40 % neví nebo nedokáže posoudit a největší zastoupenou skupinou bylo 43 %, kteří uvedli, že připravená není. Posledním, pátým cílem bylo zjistit schopnost respondentů sexuálního kontaktu se zdravotně hendikepovanou osobou s ohledem na typ jejich postižení. Zde jsme zjistili, že sexuálního kontaktu by bylo z celého počtu respondentů schopno pouze 30 osob. Tato otázka byla s možností více odpovědí a tak 18 krát byl zvolen smyslový hendikep, 20 krát fyzický hendikep a 2 krát s mentálním postižením.

V naší práci zveřejňujeme výsledky průzkumného šetření v podobě grafů a tabulek. Tato forma slouží k přehlednější orientaci získaných výsledků. Průzkumné šetření bylo formou kvalitativního průzkumu s použitím dotazníkové metody.

Ke zjištění jednoho cíle nám byl nápomocný statistický výpočet metodou chí kvadrátu a aritmetických průměrů.

Sexualita je stále ve světě tabuizované téma, ačkoliv je naší přirozenou součástí. Vyplývá to i z počtu respondentů, kteří dotazník ani nedokončili či po otevření okamžitě ukončili. Měli bychom se naučit s ní pracovat a odstraňovat veškeré předsudky s ní spojené. Zdravotně hendikepovaní jsou odlišní od zdravých jedinců, ale abychom je pochopili a mohli jim naslouchat, je třeba se zajímat o sexualitu ve větším rozsahu a ne pouze u zdravých jedinců. Myslíme si, že by bylo vhodné, obzvláště u osob pracujících ve zdravotnických a sociálních službách, ale i u pečujících, aby o těchto zvláštностech, či službě intimní asistence, věděli a mohli eventuálně danému člověku doporučit pomoc, nebo předejít incidentu, který nemusí být příjemný ani pro jednu stranu. Sex za peníze je další z aspektů, které se považují v naší společnosti za něco ohavného, špinavého. Musíme si však uvědomit, že prostituce má mnoho forem a aktivní intimní asistence je její nadstavbou. Práce asistentů není snadná, ale je velice záslužná a bylo by potřeba, aby pojem intimní asistence byl ve společnosti správně chápán se vším všudy.

V průběhu psaní této bakalářské práce došlo ke změně počtu, ale i náhledu na mužského poskytovatele aktivní intimní služby. K dnešnímu dni může v České republice poskytovat aktivní intimní asistenci celkem 15 žen a nově 2 muži, kteří jsou vyškolení společností Freya (vzdělávací organizace), která převzala program od R-R. V roce 2018 zůstaly na celou Českou republiku pouze čtyři asistentky, které poskytly za uplynulý rok kolem 230 asistencí. Veškerý seznam sexuálních asistentek a asistentů je dostupný na výše zmíněné vzdělávací organizaci. Rozhodli se takto i přes všechna možná právní

stíhání. Nicméně si zajistili právní analýzu ve které je uváděno, že se nejedná o kuplířství a nejde tedy proti českým zákonům (ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ, 2019).

CITOVANÁ LITERATURA

BINAROVÁ, Ivana, 2000. *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. ISBN 80-244-0138-X.

BRENOT, Philippe, 2017. *Sex komiks: první komiksové dějiny sexuality*. Ilustroval Laetitia CORYN, přeložil Michala MARKOVÁ. V Praze: Paseka. ISBN 978-80-7432-842-8.

CAPPONI, Věra, Tomáš NOVÁK a Růžena HAJNOVÁ, 1994. *Sexuologický slovník*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-115-1.

ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ, 2019. *V ČR je 15 sexuálních asistentek a dva asistenti pro postižené* - českéNoviny.cz [online]. České noviny [19. 02. 2019]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/v-cr-je-15-sexualnich-asistentek-a-dva-asistenti-pro-postizene/1720508>

ČESKO, 2009, *Zákon č.40/2009 sb., o trestných činech proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti*. [online]. In: Sběrka zákonů České republiky [cit. 08. 01. 2019]. Dostupný z: <http://www.sagit.cz/info/sb09040>

DVTV, 2015. Šídová: Sexuální asistentky učí zažít intimitu, někteří postižení nevidí za celý život nahé tělo - Aktuálně.cz. [online]. Economia, a.s. [cit. 03. 02. 2019]. Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvttv/sidova-sexualni-asistentky-uci-zazit-intimitu-nekeri-postiz/r~f2f5c68484a611e58c710025900fea04/>

FIFKOVÁ, Hana, HRICZ, Miroslav a Lucie JARKOVSKÁ, ed., 2009. *Sexuální výchova - vybraná témata* [online]. MŠMT Praha [cit. 03. 03. 2019]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/8304_1_1/

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

JANULA, Jan, 2010. *Otroci sexu: sexuální zvrácenosti a nebezpečné deviace*. Praha: Brána. ISBN 978-80-7243-451-0.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2014. *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. V Brně: CPress. ISBN 978-80-264-0290-9.

- KOTÝNEK, Josef, 2014. V ČR byl zdravotně postižený každý desátý. In: Statistika&My - měsíčník Českého statistického úřadu. *Statistika&My*. 2014, s. 12. ISSN 1804-7149 Českého statistického úřadu [cit. 13. 03. 2019] [online]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2014/04/v-cr-byl-zdravotne-postizeny-kazdy-desaty/12/>
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka, 2013. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-3680-7.
- KRATOCHVÍL, Stanislav, 2008. *Sexuální dysfunkce*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2476-8.
- PRAŠKO, Ján a Ondřej TROJAN, 2001. *O milování s důvěrou a láskou*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0063-8.
- ŠÍDOVÁ, Lucie, Jana POLÁKOVÁ a Hana MALINOVÁ, 2013. *Ze sexybyznysu na trh práce?: přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. Brno: Rozkoš bez rizika. ISBN 978-80-260-4963-0.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-4453-7.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-162-9.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN, 2012. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy. ISBN 978-80-260-2759-1.
- UZEL, Radim, 2006. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-69-5.
- VALENTA, Milan, 2009. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER, 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-5.

VRUBLOVÁ, Yvetta, 2005. *Sexualita: přirozená potřeba: malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 80-7204-406-0.

WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZVĚŘINA, Jaroslav, 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM. ISBN 80-7204-264-5.

ZVĚŘINA, Jaroslav, 2012. *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2049-7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Rešerše

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí závěrečné bakalářské práce. Jeho vyplnění nám pomůže anonymně vyhodnotit názor a postoj široké společnosti k dané problematice.

Otázky se týkají intimity zdravotně hendikepovaných osob a intimní asistence, jenž je prospěšná pro tuto skupinu osob, ale i pro pozici ošetřovatele či blízké osoby.

Prosíme dotazované, aby brali na vědomí, že v tomto průzkumném šetření není nošení dioptrických brýlí, porucha barvocitu a jiné bráno jako smyslový zdravotní hendikep. Hendikepem je sluchová vada, kdy je poškozený sluchový orgán a důsledkem je porucha sluchu, hluchota nebo řečová vada. U zraku je hendikepem myšlena nevidomost, slabozrakost a jiné.

Děkujeme za vyplnění.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2) Kolik Vám je let?

- 15-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- 66 a více let

3) Jaké je Vaše povolání?

- Zdravotnictví/Sociální péče
- Jiné

4) Staral/a jste se/Staráte se o osobu zdravotně hendikepovanou?

- Ano
- Ne

Pokud odpovíte na tuto otázku NE, pokračujte prosím otázkou číslo 11

Pokud odpovíte na tuto otázku ANO, pokračujte prosím otázkou číslo 5

5) Jaký měla/má tato osoba zdravotní hendikep?

- Tělesný
- Smyslový
- Mentální
- Kombinovaný

6) Jaké bylo/je pohlaví zdravotně hendikepované osoby?

- Žena
- Muž

7) Jaký byl/je věk zdravotně hendikepované osoby?

- 15-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- 66 a více let

8) Jaký byl/je Váš vztah k zdravotně hendikepované osobě?

- Rodič
- Sourozenec
- Přítel/Přítelkyně
- Manžel/Manželka
- Kamarád
- Poskytovatel zdravotní/sociální péče

9) Pozoroval jste sexuální potřebu u této zdravotně hendikepované osoby?

- Ano
- Ne

10) Jaká byla/je Vaše reakce na sexuální potřebu zdravotně hendikepované osoby?

- Trest/Zákaz
- Je mi to jedno (nevěnuji tomu pozornost)
- Nevím si rady
- Snažím se to nějak uzpůsobit, aby to bylo přijatelné pro obě strany
- Snažím se edukovat
- Snažím se danou potřebu uspokojit

11) Znáte službu aktivní intimní asistence?

- Ano
- Ne

12) Odkud víte o službě aktivní intimní asistence?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Nevím o ní nic, slyším o tom prvně
- Od organizace zabývající se touto službou
- Ze zdravotnictví/sociálního zařízení
- Ze studia na zdravotní/sociální škole
- Z médií (TV, internet, noviny,...)

13) Kdo podle Vás poskytuje aktivní intimní asistenci?

- Prostitut/Prostitutka
- Vyškolený/á muž/žena
- Student/Studentka hledající přivýdělek
- Všeobecná sestra
- Nemám ponětí

14) Co podle Vás aktivní asistence nabízí?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Poradenství v oblasti intimity, včetně vhodných pomůcek s ohledem na postižení
- Uspokojení intimní potřeby u zdravotně hendikepovaných osob
- Sex s prostitutem/prostitutkou
- Zprostředkování seznamky pro zdravotně hendikepované
- Nemám ponětí

15) Jaký je Váš názor na aktivní intimní asistenci?

- Prospěšná služba pro zdravotně hendikepované, která by měla být lépe legislativně ošetřena a podporována MZ ČR
- Je to pro mne morálně nepřijatelná služba, která nabízí intimní kontakt s prostitutem/prostitutkou se záštitou pomoci zdravotně hendikepovaným osobám
- Nemám žádný názor na tuto službu, její existence ani případné právní ošetření této služby mě nezajímá

16) Myslíte si, že je Česká republika připravena na tento typ intimní služby?

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

17) Kolik si myslíte, že aktivní intimní asistence stojí?

- Zdarma
- <500 Kč
- 500-1.000 Kč
- 1.000-2.500 Kč
- >2.500 Kč
- Nemám ponětí

18) S jakou osobou zdravotně hendikepovanou byste byl/byla schopný/schopná sexuálního kontaktu?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- S osobou smyslově hendikepovanou
- S osobou fyzicky hendikepovanou
- S osobou mentálně hendikepovanou
- S žádnou osobou zdravotně hendikepovanou

Dotazník byl dostupný z:

<https://www.surveio.com/survey/d/L9T7I6W0N4G4J7E4P>



Pohled společnosti na intimní asistenci

Klíčová slova:

Sexualita, intimita, intimní zdravotní asistence, sexuální potřeby, handicap

Rešerše č. 13/2019

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 35 záznamů (kvalifikační práce – 5, monografie – 17, ostatní – 13)
Časové omezení:	2009 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	13. 3. 2019

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Souborný katalog ČR (www.caslin.cz)
- Informační portál MedLike (www.medvik.cz/medlike)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz, www.cuni.cz)
- Jednotný portál knihoven (www.knihovny.cz)
- PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)