

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Monika Petrová

Problematické aspekty partnerství

osob s mentálním postižením

Olomouc 2012

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně, pod odborným vedením
Mgr. Zdeňky Kozákové, Ph.D., a použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Pusté Kamenici 20. 6. 2012

.....

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, PhD., za odborné vedení a poskytování cenných rad a připomínek, které přispěly k vypracování diplomové práce.

Dále děkuji osobám, které mi prostřednictvím svých komentářů umožnili nahlédnout do životního příběhu ženy s mentálním postižením.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ DOSPĚLOSTI.....	7
1.1 Mentální postižení a mentální retardace	7
1.2 Klasifikace mentální retardace	9
1.3 Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením.....	10
1.4 Dospělost osob s mentálním postižením	17
1.4.1 Vymezení dospělosti.....	17
1.4.2 Charakteristika období mladé dospělosti.....	19
1.4.3 Osoba s mentálním postižením v období mladé dospělosti.....	20
1.5 Potřeby osob s mentálním postižením.....	22
1.6 Práva osob s mentálním postižením.....	23
1.6.1 Způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví.....	26
2 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	28
2.1 Předsudky vůči sexualitě osob s mentálním postižením	28
2.2 Vývoj sexuality	30
2.3 Formy sexuality.....	32
2.4 Problematika antikoncepce a rodičovství.....	33
2.5 Problematika sexuálního zneužívání.....	35
2.5.1 Prevence sexuálního zneužívání	37
2.6 Sexuální výchova	38
2.7 Protokol o vztazích a sexualitě.....	40
3 PROBLEMATIKA PARTNERSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM... ..	42
3.1 Význam partnerství v životě člověka.....	42
3.2 Problematické aspekty navazování vztahů a výběru partnera u osob s mentálním postižením.....	45
3.3 Problematické aspekty fungování vztahů osob s mentálním postižením.....	46
3.4 Problematické aspekty ukončení vztahu u osob s mentálním postižením	49
PRAKTICKÁ ČÁST	
4 METODOLICKÁ VÝCHODISKA ŠETŘENÍ.....	51
4.1 Cíle a místo šetření.....	51
4.2 Metody šetření.....	51
4.2.1 Pozorování	52
4.2.2 Analýza dokumentů	54
4.2.3 Interview	55
4.2.4 Narativní analýza	59

4.3	Charakteristika vzorku šetření.....	63
4.4	Průběh šetření.....	64
5	PROBLEMATICKÉ ASPEKTY PARTNERSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM – PREZENTACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	65
5.1	Specifika vývoje Ivony	65
5.1.1	Řešení problematiky partnerství a sexuality v Domově sociálních služeb Slatiňany	72
5.2	Partnerský vztah s Petrem	74
5.3	Partnerský vztah s Liborem.....	77
5.4	Partnerský vztah s Radkem	83
5.5	Partnerský vztah s Milanem	85
5.6	Současný život Ivony a její plány do budoucnosti.....	86
6	ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	88
	Závěr.....	94
	Seznam literatury.....	95
	Seznam příloh.....	101
	Anotace	

Úvod

„A láska, přestože klame, jest přece jen jedinou skutečnou a opravdovou hodnotou životní, jediným citem, který je hodný, aby byl prožit.“

František Xaver Šalda

Diplomová práce se zabývá problematickými aspekty partnerství dospělých osob s mentálním postižením.

Jednou z nejdůležitějších lidských potřeb je potřeba lásky a sounáležitosti, která platí pro každého člověka bez rozdílu. Partnerské vztahy významným způsobem ovlivňují kvalitu života jedince. Ve společnosti ovšem stále přetrvávají předsudky vůči partnerství a sexualitě osob s mentálním postižením. Vzhledem k rovnocennosti práv osob s mentálním postižením se v současné době toto téma dostává do popředí zájmu pracovníků zařízení sociálních služeb.

Zájem o danou problematiku projevují také odborníci a stále častěji jsou pořádány různé konference a přednášky. V literárních zdrojích se však s informacemi zaměřenými na problematické aspekty partnerství osob s mentálním postižením příliš často nesečkáváme. Právě tato skutečnost je jedním z důvodů volby tohoto tématu pro zpracování v diplomové práci. Dalším z podnětů byla osobní účast autorky při řešení nepříznivých situací v partnerských vztazích ženy s mentálním postižením.

Cílem teoretické části diplomové práce je seznámit čtenáře s problematikou mentálního postižení, jeho charakteristikou a klasifikací. Pozornost je věnována období dospělosti jedince s mentálním postižením a souvisejícím naplněním rolí. Další kapitoly teoretické části diplomové práce jsou zaměřeny na problematické aspekty spojené se sexualitou a partnerstvím osob s mentálním postižením.

Praktická část diplomové práce se zabývá přiblížením životního příběhu dospělé ženy s mentálním postižením a popisem jejích jednotlivých partnerských vztahů. Příběh je prostředkem zjištění přítomnosti problematických aspektů při navazování, průběhu a ukončení partnerských vztahů. V kapitolách praktické části diplomové práce jsou podrobněji rozepsány metody, které byly v šetření využity k získání dat. Další kapitoly jsou blíže věnovány prezentaci dat a jejich následné analýze.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce je v první kapitole zaměřena na charakteristiku mentálního postižení, jeho klasifikaci, specifika osobnosti jedince s mentálním postižením a v neposlední řadě na člověka s mentálním postižením v období dospělosti. Další kapitoly se zabývají sexualitou a problematikou partnerství osob s mentálním postižením.

1 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ DOSPĚLOSTI

Z historického hlediska se objevují v literárních pramenech různé pojmy, kterými byly „označovány“ osoby s mentálním postižením. S postupem vývoje péče se objevovaly další termíny a od starších bylo upouštěno. Dříve používané termíny upozorňovaly na diagnózu jedince, na jeho nedostatky a nezdůrazňovaly významnost osobnosti. V druhé polovině 20. století se v důsledku humanizace oboru objevovaly snahy, jejichž vyústěním je kromě jiného označení primárně zaměřené na jedince a sekundárně na postižení – tedy jedinec s mentálním postižením. (Černá a kol., 2008, s. 75-76)

1.1 Mentální postižení a mentální retardace

V literatuře se setkáváme s rozdílným pojetím termínů mentální postižení a mentální retardace. Někteří autoři tyto termíny vnímají jako odlišné, jiní je považují za synonyma. Mentální postižení je termín používaný jako zastřešující pro snížení inteligence a zahrnující tedy širší skupinu osob s IQ pod 85 s různou etiologií vzniku. (Kozáková, 2005, s. 16-17)

Mentální postižení je stav, který není neměnný. Jedinci s mentálním postižením představují heterogenní skupinu. Mentální postižení může vznikat na základě široké škály příčin – od genetických či metabolických poruch až po vzniklé změny v důsledku traumatu mozku při narození nebo pozdějším vývoji jedince. (Harris, 2006, s. 12-13, vlastní překlad)

Sociálně podmíněné mentální postižení je stav snížené inteligence, který vzniká na základě působení sociálních faktorů. Nedochozí při něm k úměrnému rozumovému vývoji jedince vzhledem k věku a lze pozorovat poruchy chování. Tento stav se však dá ovlivnit vhodným výchovným působením a není neměnný. (Kozáková, 2005, s. 17-18)

„Dementia je organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.“ (Vágnerová, 2008, s. 265). Jedná se o stav s tendencí postupného zhoršování a prohlubování příznaků. Nejčastějšími příčinami vzniku demence jsou záněty mozku, mozkových blan, úrazy mozku a duševní poruchy. (Kozáková, 2005, s. 18)

Mentální retardaci můžeme definovat jako *„vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální či postnatální etiologií.“* (Valenta, Müller, 2009, s. 12)

Jak uvádí Švarcová (2006, s. 29), mentální retardace znamená *„trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.“*

S vymezením mentální retardace z medicínského pohledu se můžeme setkat v 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace (World Health Organization): *„Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“* (World Health Organization, 2008, s. 242)

Procentuální zastoupení osob s mentálním postižením v populaci se pohybuje v rozmezí 3 – 4 %, celosvětově počet stoupá. Nárůst je vysvětlován přesnější evidencí osob s mentálním postižením a poskytováním lepší lékařské péče novorozencům, kteří by dříve nepřežili. (Švarcová, 2006, s. 38-39)

Osoby s mentálním postižením jsou heterogenní skupinou osob s řadou odlišností, které můžeme pozorovat v různých oblastech života. Stupeň mentálního postižení je určujícím prvkem vývoje v jednotlivých obdobích života jedince. *„Celkové poškození neuropsychického vývoje přináší změny v oblasti poznávacích procesů, zasahuje sféru*

emocionální a volní, ovlivňuje adaptibilitu i chování, projevuje se i v omezení motoriky.“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 22)

1.2 Klasifikace mentální retardace

Na základě třídění poznatků získaných ze zkoumání mentální retardace vzniklo několik klasifikačních systémů, z nichž některé v následujících odstavcích blíže charakterizujeme.

„Vzniklé klasifikační systémy můžeme chápat pouze jako více či méně dohodnutý způsob diferencování mezi jednotlivci, jejichž společnou charakteristikou je mentální retardace.“ (Černá, 2008, s. 85)

Klasifikace dle etiologie se řídí podle faktorů, které měly vliv na vznik mentální retardace. Jsou jimi faktory endogenní, neboli dědičné, a exogenní, které značí působení vlivů prostředí v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období vývoje jedince.

Symptomatologická klasifikace se zaměřuje na příznaky mentální retardace, tzn. *„příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností motorického a psychického vybavení osob s mentálním postižením.“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 31)*

Klasifikace na základě projevů chování jedince není závislá na stupni mentálního postižení. Odborníci v tomto případě rozlišují:

- 1) **Typ eretický** (neklidný, verzatilní) – vyznačuje se neklidem, střídavostí vzruchu a útlumu, proměnlivostí emocí, nesoustředěností.
- 2) **Typ apatický** (netečný, torpidní) – charakteristický pasivitou, zpomaleností vzruchu a útlumu, celkovou zpomaleností pohybových i řečových projevů.
- 3) **Nevyhraněný typ** – procesy vzruchu a útlumu jsou vyvážené nebo některý z nich mírně převládá. (Kozáková, 2005, s. 21)

V současné době je nejpoužívanější **klasifikace podle jednotlivých stupňů mentální retardace**, kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace v již výše zmíněné

10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a vstoupila v platnost v roce 1992. V oddílu F70-79 je mentální retardace rozdělena následovně:

F70 Lehká mentální retardace – IQ 50-69

- u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let

F71 Střední mentální retardace – IQ 35 – 49

- u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let

F72 Těžká mentální retardace – IQ 20 – 34

- u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let

F73 Hluboká mentální retardace – IQ nejvýše 20

- u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky

F78 Jiná mentální retardace – mentální retardaci nelze přesně určit

F79 Neurčená mentální retardace – pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit

Na čtvrtém místě k základnímu kódu je použit znak určující případnou přidruženou poruchu chování:

. 0 Žádná nebo minimální porucha chování

. 1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu

. 8 Jiné poruchy chování

. 9 Bez zmínky o poruchách chování (World Health Organization, 2008, s. 242-243)

Při diagnostikování mentální retardace je důležité pozorovat a zkoumat projevy jedince v běžném životě. Podrobnější diagnostika umožňuje určení horního, dolního nebo středního pásma určitého stupně mentální retardace. (Kozáková, 2005, s. 22)

1.3 Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením

Pojem osobnost bychom mohli z psychologického pohledu definovat jako „*vnitřní organizaci duševního života člověka, skutečnost, že je jednou z dílčích funkcí, že tedy funguje jako jednotný celek interindividuálně odlišných dispozic a jako takový vytváří smysluplné souvislosti s vnějšími projevy, tj. s chováním individua. Pojem osobnost*

tak vyjadřuje vnitřní psychické uspořádání člověka, jeho vnitřní dynamickou strukturu, determinující jeho duševní život.“ (Nakonečný, 2009, s. 10)

Lečbych (2008, s. 29) uvádí, že *„osobnost je individuální jednota člověka, jeho duševních vlastností a dějů, která je založená na jednotě těla a projevuje se ve společenských vztazích.*“

Struktura osobnosti znamená vnitřní uspořádání osobnosti, tedy skladbu jejích prvků. Nejvýše položenou osobnostní podstrukturou je egotická podstruktura, která představuje vědomí sebe. Kromě toho zahrnuje také sebehodnocení, sebepoznání apod. Nižšími položenými podstrukturami jsou pak podstruktura motivační a výkonová. Nejnižšími úrovněmi jsou psychické funkce. (Müller, 2002, s. 22)

Činnost osobnosti je ovlivňována motivační podstrukturou, přivádí nás na základě motivů k hybným silám chování. Formami motivů jsou naše potřeby, postoje, hodnoty a cíle. Výkonová podstruktura udává řízení a regulaci činnosti a určuje způsob, jakým se činnost uskutečňuje, výkonovou úroveň činnosti a vůli. (Müller, 2002, s. 22)

Vzájemné působení vnitřních biologických podmínek, faktorů prostředí a vlastní aktivity jedince mají vliv na utváření osobnosti. *„Biologičtí činitelé neurčují jednoznačně psychické vlastnosti člověka. Vrozeny jsou předpoklady pro utváření a formování psychických vlastností, tyto předpoklady jsou od počátku života výrazně ovlivňovány společenským prostředím, ve kterém člověk žije.*“ (Čechová, Rozsypalová, 2001, s. 46)

„Každý mentálně retardovaný jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastními vývojovými potencialitami, které je možné a nutné podporovat a rozvíjet.“ (Švarcová, 2006, s. 31)

Mentální retardace se vyznačuje jistými společnými znaky, které blíže specifikuje tabulka č. 1. Uváděná specifika osobnosti jedince s mentálním postižením mohou být zavádějící. Každý člověk je individualita se svými osobnostními kvalitami.

Řada odborníků se při diagnostice shoduje v nutnosti hledat silné stránky osobnosti jedince s mentálním postižením, v literatuře se však setkáváme spíše s výčtem nedostatků. (Lečbych 2008, s. 29)

Tabulka č. 1: Průvodní jevy mentální retardace (Švarcová, 2006, s. 40)

	Mentální retardace			
	lehká (IQ 50-69)	středně těžká (IQ 35-49)	těžká (IQ 20-34)	hluboká (IQ nižší než 20)
neuro-psychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky, epilepsie	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
poruchy motorik	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění, ale postižení jsou mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké postižení všech funkcí
komunikace a řeč	schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovitě jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování	těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled
možnosti vzdělávání	na základě speciálního individuálního vzdělávacího programu	na základě speciálních programů (speciální škola)	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační vzdělávací program	vytváření jednoduchých dovedností a návyků (rehabilitace, individuální péče)

Každý člověk se liší od ostatních v psychických procesech a stavech. Čechová, Rozsypalová (2001, s. 64) uvádějí dělení těchto stavů a procesů následovně:

Psychické procesy:

- Poznávací procesy – vnímání, představy, fantazie, myšlení, řeč
- Procesy paměti – zapamatování, vybavení, uchování
- Motivační procesy – procesy citové a volní

Psychické stavy:

- Stavy pozornosti
- Citové stavy

V následujících odstavcích blíže uvedeme specifika psychických procesů a stavů u osob s mentálním postižením.

„Vnímání je psychický proces, kterým poznáváme to, co v přítomném okamžiku působí na naše smyslové orgány.“ (Čechová, Rozsypalová, 2001, s. 65) Přináší nám informace o vnějším světě, stavu těla a umožňuje nám základní orientaci v prostředí.

Vágnerová (2004, s. 53) uvádí, že vnímání je značně ovlivňováno dosaženou úrovní rozumových schopností, které jsou klíčové pro zpracování informací, zejména v nejasných nebo neznámých situacích.

U dětí s mentálním postižením se počitky a vjemy vytvářejí pomalu a s řadou odlišností. Charakteristické je opoždění a omezení vnímání, které mají vliv na psychický vývoj jedince. (Rubinštejnová, 1973, s. 121)

Charakteristickými rysy vnímání osob s mentálním postižením jsou zpomalenost a zúžený rozsah zrakového vnímání, nediferencovanost počitků a vjemů, inaktivita vnímání, nedostatečné prostorové vnímání, snížená citlivost hmatových vjemů, špatná koordinace pohybu způsobená nedostatečným procesem analýzy v korové části proprioceptivního analyzátoru, opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení, nedokonalé vnímání času a prostoru. (Rubinštejnová, 1973, s. 122-126; Valenta, Müller, 2009, s. 36)

Čechová, Rozsypalová (2001, s. 75) definují **představu** jako *„psychický proces, který názorně zobrazuje předmět nebo děj, jež nepůsobí v přítomném okamžiku*

na smyslové orgány.“ Při procesech vnímání a zapamatování vznikají v nervových buňkách stopy, které jsou základem pro vybavení a přetváření představ.

Důsledkem poruch vnímání u osob s mentálním postižením je omezená zásoba představ. *„Nedostatek názorných a sluchových představ, velmi omezená zkušenost z her, malá znalost zacházení s předměty a hlavně špatný rozvoj řeči zbavují dítě té nezbytné základny, na níž se má rozvíjet myšlení.“* (Rubinštejnová, 1973, s. 140-141)

Představy u osob s mentálním postižením jsou často nejasné, vyznačují se útržkovitostí a nepřesností. Počet představ je nižší než u intaktních osob a v některých případech nejsou představy zachovány v daných souvislostech. (Müller, 2002, s. 41)

Psychický vývoj dítěte může být ovlivněn také nadměrně ochranným a pečovatelským přístupem rodičů, kdy dítě přichází o přirozené osvojování různých úkonů, které mají ve vývoji nezastupitelnou roli. Úkony je v tomto případě myšleno např. zacházení s předměty, poznávání fyzikálních vlastností věcí, rozvoj pohybů apod. (Švarcová, 2006, s. 43)

Fantazie je psychický proces, při kterém vznikají nové představy, jejichž základem jsou pozměněné zkušenosti, vjemy a vzpomínky.

Kombinování představ je u osob s mentálním postižením sníženo na základě specifík v oblasti představ a deficitů myšlení. Tvořivé využívání předchozích zkušeností je tedy zapříčiněno nejen samotnými deformovanými představami. (Müller, 2002, s. 47)

Myšlení je proces zprostředkovaného a zobecněného poznání skutečnosti. Umožňuje nám porozumět podstatě, příčinám a vztahům předmětů a jevů. Myšlení je úzce spjato s vnímáním, představami, pamětí a řečí.

Základním specifíkem mentální retardace je postižení kognitivních funkcí. Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007, s. 24) poznamenávají, že myšlení osob s mentálním postižením *„se utváří v podmínkách neplnohodnotného smyslového poznávání, nedostatečného rozvoje řeči a omezené praktické činnosti.“*

Pro myšlení osob s mentálním postižením je charakteristická výrazná konkrétnost a slabá schopnost zobecňování. Důsledkem těchto nedostatků je chudé a neproduktivní myšlení a problémy v osvojení pravidel a obecných pojmů. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 24) Dalšími specifiky jsou nepřesnost a chyby v analýze a syntéze, neschopnost vyšší abstrakce, snížená kritičnost, vyšší ovlivnitelnost (závisí

na stupni postižení). Jedinec s mentálním postižením není schopen uvažovat o podstatě jevů, důležité pro něj je, jak situaci vnímá, jaké má potřeby a pocity. Myšlení je zatíženo značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. (Vágnerová, 2008, s. 292-293) V případě potřeby není jedinec s mentálním postižením schopen využít již osvojených rozumových operací a nedomyšlí důsledky svého jednání.

S myšlením velmi úzce souvisí **řeč**. Rozvoj jazykových kompetencí závisí na vzájemném působení vrozených dispozic a kvality stimulace. (Vágnerová, 2004, s. 116)

Vývoj řeči je u osob s mentálním postižením ovlivněn stupněm, formou a typem mentální retardace. Je obvykle omezený a opožděný. Nejčastějšími poruchami řeči jsou narušení článkování řeči – dyslalie, narušení plynulosti řeči – breptavost, narušení zvuku řeči – huhňavost, popř. narušení článkování řeči - dysartrie v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou. (Kozáková, 2005, s. 33; Peutelschmiedová, 2005, s. 51, 54, 63, 67)

U osob s mentálním postižením bývá řeč porušena z hlediska formy i obsahu. K nesprávné výslovnosti přispívají nedostatky v motorické koordinaci mluvidel nebo sluchové diferenciaci. Aktivní slovní zásoba je často chudá, řečový projev se vyznačuje porušením gramatické shody ve větách, nápadnou jednoduchostí vyjádření. (Vágnerová, 2008, s. 293) Charakteristický je defekt obsahu sdělení, který znamená nedostatečnou schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči. (Valenta, Müller, 2009, s. 37; Kozáková, 2005, s. 33)

Omezený rozvoj komunikačních kompetencí je velkou překážkou socializace. Komunikace intaktních osob a osob s mentálním postižením je často asymetrická, méně empatická a trvá kratší dobu. Jedinci s mentálním postižením dávají přednost kontaktu se známými lidmi, kteří značí určitou jistotu. (Vágnerová, 2008, s. 308)

Paměť je soubor psychických procesů a vlastností, umožňující uchování důležitých informací a zobecnění minulé zkušenosti a tím následné získávání vědomostí a dovedností. Paměťové procesy probíhají ve třech fázích a to zapamatování, uchování a vybavení.

Paměť se u osob s mentálním postižením vyznačuje určitými specifiky. Při procesu zapamatování převládá mechanická paměť, na logické myšlení má vliv

nedostatek představ. Zapomínání probíhá intenzivněji, paměťové stopy rychleji vyhasínají. Vybavování představ je často chybné, v paměti jsou představy bez výběru, neutříděné podle důležitosti, významu a potřeby. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 24-25)

Osoby s mentálním postižením si nové poznatky osvojují velmi pomalu a po mnoha opakováních, osvojené rychle zapomínají a získané vědomosti a dovednosti nedovedou včas využít v praxi. Příčina je ve vlastnostech psychických procesů. (Rubinštejnová, 1973, s. 163)

„Emoce jsou psychické jevy, které hodnotí to, co poznáváme a co děláme. Hodnocení se přitom řídí našimi potřebami a cíly.“ (Čechová, Rozsypalová, 2001, s. 89) Vágnerová (2004, s. 145) uvádí, že hlavní funkcí emocionality je základní orientace a regulace, směřující k přizpůsobení se daným podmínkám.

Emoční prožívání se u osob s mentálním postižením vyznačuje obvykle vysokou dráždivostí, větší pohotovostí k afektivním reakcím či mrzuté náladě. Psychické potřeby mají všichni lidé stejné, ale způsob jejich uspokojování potřeb závisí na mentální úrovni. U osob s mentálním postižením není dostatečná rozumová kontrola a tím dochází k tendenci uspokojování potřeb neodkladně a bez zábran. (Vágnerová, 2008, s. 295) Dalšími specifickými rysy je dlouhodobá a nedostatečná diferencovanost citů, neadekvátnost citů svojí dynamikou a intenzitou vzhledem k podnětům, egocentrické emoce, slabé řízení citů intelektem. (Rubinštejnová, 1973, s. 192-194)

Důsledkem emočního strádání může být emoční deprivace, která je velmi častá u osob umístěných v institucionálních zařízeních. Emoční deprivace má závažný dopad na duševní vývoj jedince. (Švarcová, 2006, s. 53)

Vůle se projevuje v uvědomělém a cílevědomém jednání. Je jí zapotřebí v situacích, kdy je na cestě k cíli nutné překonávat překážky.

Abulie popř. dysbulie (porucha vůle) se u osob s mentálním postižením projevuje v absenci potřeby jednat, i když vědí jakým způsobem. Objevuje se zvýšená sugestibilita, emoční a volní labilita, impulzivnost. (Kozáková, 2005, s. 32)

Pozornost, jakožto psychický stav zajišťující soustředěnost člověka na danou činnost, se u osob s mentálním postižením vyznačuje nestálostí, lehkou unavitelností, neschopností zaměřit se na více činností, nízkým rozsahem sledovaného pole. Udržení

pozornosti je závislé nejen na stupni postižení, ale i na dalších faktorech, jako je např. momentální rozpoložení, typ činnosti, časová křivka dne. (Kozáková, 2005, s. 32)

Rozvoj **sebepojetí** závisí na vědomí vlastního já, tedy představě o sobě samém. Sebepojetí se vytváří v průběhu života člověka v interakci s vnějším, zejm. sociálním, prostředím.

Sebehodnocení (znalost vlastních kompetencí) je u osob s mentálním postižením často neobjektivní, nekritické a emocionálně ovládané. Příčinou je způsob uvažování a omezená možnost pochopení reálných kompetencí. (Vágnerová, 2008, s. 299-300) Příznačné je zkreslené sebehodnocení tj. k podhodnocování nebo nadhodnocování se. K tomuto faktu přispívá kromě vlastního ohodnocení také hodnocení sociálního prostředí. V této souvislosti americký psycholog Festinger uvádí teorii „role mentálně retardovaného“. Každý jedinec usiluje o dosažení sebeoceny na základě srovnávání s jinými lidmi ve skupině. Potřeba sebeuspokojování je frustrována, neboť jedinci s mentálním postižením těžko nalézají ve společnosti jedince srovnatelné a také nemohou být ve skupině vybráni jinou osobou jako srovnatelní. (Dolejší, 1973, s. 76-77)

Člověk s mentálním postižením se obtížněji přizpůsobuje novým situacím. V oblasti sebehodnocení se objevuje rigidita sebepojetí, vedoucí ke stále stejnému chování, bez ohledu na vzniklé změny.

1.4 Dospělost osob s mentálním postižením

Úkolem společnosti by mělo být poskytování potřebné podpory osobám s mentálním postižením k naplňování sociálních rolí, které jsou charakteristické pro období dospělosti v daném socio-kulturním prostředí. (Šiška, 2005, s. 40)

1.4.1 Vymezení dospělosti

Dospělost je ve vývoji jedince považována za období nejvyšší zralosti. Je to životní období, kdy je člověk na vrcholu svých sil jak fyzických, tak i tvůrčích, dosahuje citové

vyrovnanosti, nejvyššího stupně sociální zralosti a je schopen vykonávat v životním přizpůsobení samostatné činnosti. (Holásková, 2010, s. 131)

Relativní svoboda chování a rozhodování je spojená se zodpovědností ve vztahu k druhým lidem, stejně jako za svá rozhodnutí a činy. (Vágnerová, 2000, s. 301)

Definice dospělosti uváděné v literárních zdrojích se značně liší v závislosti na úhlu pohledu, kdy na ni lze nahlížet např. z pohledu filosofického, právního, sociologického, pedagogického apod. (Müller, 2006, s. 23)

Primární je biologické vymezení dospělosti, které je závislé na úrovni fyzické zralosti, velký význam má proměna sexuality. Psychosociální vymezení dospělosti není jednoznačné, neboť proměna probíhá individuálně v odlišnou dobu a nemá stejné tempo v jednotlivých složkách. (Vágnerová, 2007, s. 9)

Vymezení statusu dospělosti je nejasné a obtížné. I přes tuto skutečnost existují faktory, které mohou k dosažení statusu dospělosti přispívat nebo bránit:

- Ukončení školní docházky
- Získání zaměstnání
- Odchod z domova rodičů
- Uzavření sňatku, založení rodiny
- Administrativní a právní faktory např.: dosažení zletilosti, trestní odpovědnosti, držení identifikačních průkazů
- Právo volit a být volen
- Získání sociálních dávek od státu
- Postoje personálu
- Postoj samotných dospívajících
- Diagnostická terminologie
- Předsudky a stereotypy společnosti (Šiška, 2005, s. 39-40)

Většina uvedených faktorů má obecnou platnost, netýká se tedy pouze osob s mentálním postižením. (Šiška, 2005, s. 39-40)

Věkové rozdělení dospělosti se u různých autorů mírně liší. Dělení dle Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 167):

- **Časná dospělost (od 20 do 25-30 let)**
- **Střední dospělost (do 45 let)**
- **Pozdní dospělost (do 60-65 let)**

Vágnerová (2007) rozděluje období dospělosti následovně:

- **Mladá dospělost (20-40 let)**
- **Střední dospělost (40-50 let)**
- **Starší dospělost (50-60 let)**

V následující podkapitole se vzhledem k šetření v praktické části diplomové práce zaměříme na specifika období mladé dospělosti.

1.4.2 Charakteristika období mladé dospělosti

Dospělost s sebou přináší práva i nárůst povinností a odpovědnosti.

Osamostatnění je jednou ze změn v socializačním rozvoji a je podmíněné ekonomickou nezávislostí. Mladý dospělý se tak odpoutává od své primární rodiny. Vztahy s vrstevníky jsou symetrické, v oblasti partnerství jsou zakládány a udržovány stabilní vztahy.

V oblasti kognitivních kompetencí a jejich užívání dochází ke stabilizaci citového prožívání a změnám v oblasti sebepojetí. Změny v oblasti socializace ústí k přijetí nových rolí a s nimi spojených způsobů chování, vyjasnění hodnot a dovršení morálního vývoje. Nabyté zkušenosti ovlivňují psychiku jedince a mají vliv na fungování v tomto období. Důležitá je zkušenost z dětství s chováním dospělých. Mladí dospělí se srovnávají se svými vrstevníky, kteří vyvíjí tlak k přijetí sociálně žádoucí varianty.

Rozhodování v čase mladé dospělosti je velmi významné, neboť ovlivňuje další životní období. Na jedné straně jsou otevřené možnosti a výzvy, na druhé straně rizika, která se mohou naplnit na základě nezkušenosti, nerozvážnosti a neuvažování o důsledcích jednání. Pro mladou dospělost je typická otevřenost pro nové zážitky, získávání nových zkušeností.

Do období mladé dospělosti jsou zasazeny zásadní životní události. V profesní oblasti člověk získává stabilnější postavení. Partnerské vztahy ústí v uzavírání manželství a zakládání rodiny. (Vágnerová, 2007, s. 9-17)

1.4.3 Osoba s mentálním postižením v období mladé dospělosti

Pro dospělost jsou charakteristické tři významné role: profesní, partnerská a rodičovská. Dosažení těchto rolí není pro osoby s mentálním postižením vždy dostupné, popřípadě možné pouze s podporou a pomocí. (Vágnerová, 2008, s. 311)

Profesní uplatnění osob s mentálním postižením je často závislé na podpoře okolí. Vzhledem ke specifickým poznávacích procesů a rozumových schopností je patrné ohrožení větší nezaměstnaností. Práce je jednou ze základních potřeb člověka, její neuspokojení může vést k frustraci. Důsledkem nezaměstnanosti mohou být obranné reakce nebo naopak pasivita a přijetí bezmoci. (Lečbych, 2008, s. 58)

Šiška (2005, s. 49) uvádí ve své publikaci shrnutí významu práce pro osoby s mentálním postižením:

- Práce poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší životní standard.
- Práce pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka.
- Status „být zaměstnán“ u člověka s postižením pozitivně ovlivňuje postoje společnosti k postiženým.
- Pracovní místo v integrovaném prostředí je prostředkem pro vytváření a rozvíjení nových sociálních interakcí.
- Práce je jeden ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení svých kompetencí.
- Vytváření nových pracovních příležitostí je pro společnost finančně výhodnější než poskytování podpory v nezaměstnanosti.
- Placená práce přispívá k vysvobození postiženého z dlouhodobé závislosti na podpůrných službách a péči.

Vhodnost typu pracovního uplatnění osob s mentálním postižením musí být posuzována vždy individuálně a odpovídat možnostem i přáním jedince. Nejvhodnější je klidné

a známé pracovní prostředí, práce se stabilnější náplní, nevyžadující rychlé reakce, přílišnou přesnost a vysoké nároky na senzomotorickou koordinaci. (Vágnerová, 2008, s. 312)

Často větší význam, než je finanční ohodnocení odvedené práce, má pro osoby s mentálním postižením příležitost k navazování sociálních kontaktů, smysluplné vyplnění času, možnost seberealizace apod.

Podporované zaměstnávání je komplex služeb, napomáhající k pracovnímu uplatnění osob s mentálním postižením na volném trhu práce. Při poskytování služeb a hledání vhodného pracovního místa se vychází z aktuálních možností zájemce. Pro podporované zaměstnávání je specifické okamžité umístění na pracovní místo, nácvik dovedností přímo na pracovišti. Pracovní asistent poskytuje průběžnou a „na míru šitou“ podporu, která by měla mít sestupný charakter. Podpora je poskytována také zaměstnavateli. (Müller, 2006, s. 38)

„Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 67 odst. 1) Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků

a dovedností. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 67 odst. 2)

I přes širší možnosti pracovního uplatnění osob s mentálním postižením uvádíme výše zmíněné varianty záměrně - vzhledem k šetření v praktické části diplomové práce.

Dospělost s sebou přináší také **proces osamostatňování**. Tato skutečnost není u osob s mentálním postižením ovlivňována potřebou samostatného života, kterého by někteří v důsledku svého postižení nebyli schopni. Proto například zůstávají v primární rodině, která jim poskytuje zázemí. Negativní stránkou setrvání v rodině může být sociální izolace, která zabraňuje kontaktu s vrstevníky. Dalším rizikem je skutečnost, že v rodině jsou rozdané neměnné role a jedinec je dále v pozici závislého dítěte bez možnosti

rozhodování o sobě samém. Důsledkem může být nesamostatnost jedince. Jednou z možností osamostatnění vedoucího k nezávislosti je **chráněné bydlení**. (Vágnerová, 2008, s. 311)

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51 odst. 1) Služba chráněného bydlení obsahuje následující základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., §51 odst. 2)

Pracovníci chráněného bydlení provádí kontrolu a dohled a napomáhají v činnostech, které jedinci sami nezvládají. (Vágnerová, 2008, s. 311)

V institucionálních zařízeních jsou umístěny většinou osoby s těžším stupněm mentálního postižení. (Vágnerová, 2008, s. 314)

Jedinci s mentálním postižením mají širší možnosti výběru sociální služby. Výše zmíněné uvádíme blíže, neboť se vztahují k praktické části práce.

Problematice partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením budou věnovány samostatné kapitoly.

1.5 Potřeby osob s mentálním postižením

„Potřeby jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí člověka, a cílem chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je redukce těchto potřeb, jež je prožívána jako různé druhy uspokojení.“ (Nakonečný, 2009, s. 249)

Základní lidské potřeby zobrazuje následující schéma dle A. H. Maslowa:



Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb (Šimánková a kol., 2011, s. 26)

V souvislosti s poskytováním podpory a pomoci osobám s mentálním postižením se používají pojmy zdůrazňující specifika jedince a z nich vyplývající důsledky. Těmito pojmy jsou specifické, speciální či zvláštní potřeby. Již předem naznačují, že jedinci s postižením mají nějaké mimořádné nebo jiné potřeby. (Novosad, 2009, s. 27-28)

Schéma Maslowovy pyramidy potřeb je platné pro každého člověka bez rozdílu. Z pohledu osoby s mentálním postižením může docházet k jinému způsobu realizace potřeb, než je obvyklé. Mohou také potřebovat pomoc, podporu nebo kompenzaci při uspokojování základních lidských potřeb. V případě strádání v oblasti uspokojování potřeb může docházet k existenčním potížím, frustraci až deprivaci. Tato skutečnost vážně ovlivňuje vývoj osobnosti. (Novosad, 2009, s. 28)

Poskytovaná podpora a pomoc lidem s mentálním postižením by měla vždy směřovat k naplnění základních lidských potřeb.

1.6 Práva osob s mentálním postižením

V úvodu této podkapitoly je nutné zmínit, že na osoby s mentálním postižením se vztahují veškerá práva, jako na všechny ostatní lidské bytosti. (Švarcová, 2006, s. 17)

„Lidská práva se obvykle charakterizují jako ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále více pociťované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti. Respektování lidských práv a svobod je základem spravedlivého uspořádání každé společnosti.“ (Švarcová, 2006, s. 16)

V roce 1992 vstoupila v platnost Listina základních práv a svobod, platný dokument pro každého člověka bez rozdílu. Je součástí ústavního pořádku České republiky, vychází především ze Všeobecné deklarace lidských práv z roku 1948.

Jedním z nejvýznamnějších mezinárodních dokumentů, vztahujících se k osobám s mentálním postižením, je Deklarace práv mentálně postižených osob, která byla přijata Valným shromážděním OSN v prosinci roku 1971. Příčinou vzniku této deklarace byla mimo jiné skutečnost, že jedinci s mentálním postižením na základě specifik v oblasti komunikace nemají možnost prosazovat sami svá práva a vyžadovat jejich dodržování. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 17)

V následující části textu uvádíme práva, která jsou zakotvena v Deklaraci práv mentálně postižených osob (1971):

- 1.** Jedinec s mentálním postižením má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
- 2.** Jedinec s mentálním postižením má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
- 3.** Jedinec s mentálním postižením má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
- 4.** Pokud je to možné, má jedinec s mentálním postižením žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
- 5.** Jedinec s mentálním postižením má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
- 6.** Jedinec s mentálním postižením má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního

stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří jedinci s postižením nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí. (Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením, 2006)

Vzhledem k zaměření práce uvádíme také Světovou deklaraci sexuálních práv, která byla přijata na 14. celosvětovém sexuologickém kongresu 26. října 1999 v Hongkongu:

1. Právo na sexuální svobodu - sexuální svoboda zabezpečuje jednotlivcům plné vyjádření jejich sexuálních možností. Přitom trvale vylučuje všechny formy sexuálního nátlaku, vykořisťování a zneužití ve všech životních situacích.

2. Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost sexuálního subjektu - toto právo představuje schopnost činit autonomní rozhodnutí týkající se vlastního sexuálního života v souladu s vlastní osobní a sociální etikou. Také zahrnuje kontrolu a osobní ochranu před jakýmkoliv druhem mučení, mrzačení a násilí.

3. Právo na sexuální soukromí - zahrnuje právo na osobní rozhodnutí co do intimity chování, pokud neporušuje sexuální práva ostatních.

4. Právo na sexuální rovnost - upozorňuje na svobodu od všech forem diskriminace bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, věk, rasu, sociální zařazení, náboženství, nebo fyzické či emoční diskvalifikace.

5. Právo na sexuální potěšení - sexuální potěšení, včetně autoerotických aktivit, je zdrojem tělesného, duševního a intelektuálního blaha.

6. Právo na vyjádření sexuálních citů - sexuální projev je více než erotické potěšení ze sexuálního aktu. Jednotlivci mají právo vyjádřit svou sexualitu prostřednictvím komunikace, dotyku, citového vyjádření a lásky.

7. Právo na svobodné sexuální sdružování - vyjadřuje možnost uzavřít nebo neuzavřít manželství, rozvést se nebo založit jiný typ zodpovědného sexuálního společenství.

8. Právo učinit svobodné a zodpovědné rozhodnutí - obsahuje právo rozhodnout se zda mít, či nemít děti, počet dětí a intervaly mezi jejich zrozením, dále právo na plnou dostupnost prostředků regulujících plodnost.

9. Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích - právo na sexuální informace, které mají být otevřené, založené na vědeckých a etických poznatcích, šířené vhodným způsobem pro příslušníky všech sociálních skupin.

10. Právo na komplexní sexuální výchovu - je to celoživotní proces trvající od narození, trvající celý život a ovlivňující všechny společenské instituce.

11. Právo na sexuální zdravotní péči - sexuální zdravotní péče by měla být dostupná pro prevenci a léčbu všech sexuálních záležitostí, problémů a poruch.

Sexuální práva jsou základní a všeobecná lidská práva. (Světová deklarace sexuálních práv, 2001)

1.6.1 Způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví

Význam způsobilosti k právním úkonům je schopnost vlastním jednáním nabývat práva a povinnosti. Tu mají pouze osoby, které jsou zejména pro svůj věk a duševní stav schopni posoudit své jednání. Plné způsobilosti nabývá jedinec dosažením zletilosti. (Michalík, 2006, s. 40-41)

V Občanském zákoníku (Zákon č. 40/1964 Sb., §10 odst. 1,2) jsou vymezeny dva druhy zbavení způsobilosti k právním úkonům v České republice:

1. Úplné zbavení způsobilosti k právním úkonům

- jestliže osoba trpí duševní poruchou, která není přechodná a není vůbec schopna činit právní úkony. (Zákon č. 40/1964 Sb., § 10 odst. 1)

2. Omezení způsobilosti k právním úkonům

- jestliže osoba trpí duševní poruchou, která není přechodná a je schopna činit jen některé právní úkony. (Zákon č. 40/1964 Sb., § 10 odst. 2)

Zbavením nebo omezením způsobilosti k právním úkonům v žádném případě nedochází ke ztrátě způsobilosti k právům jedince. Dále Michalík (2006, s. 40-41) podotýká, že tento proces je nutné chápat v preventivně-ochranné rovině, čímž má na mysli ochranu jedince s mentálním postižením před důsledky právních úkonů, jejichž následky nemůže předvídat a očekávat vzhledem ke svému postižení.

Zákonným zástupcem osoby, které byla omezena nebo byla zbavena způsobilosti k právním úkonům, je soudem stanovený opatrovník. Opatrovníkem může být ustanoven příbuzný osoby, popř. orgán státní správy nebo jeho zařízení (oprávněné vystupovat svým jménem). (Zákon č. 40/1964, §27 odst. 3)

Opatrovnictví lze definovat jako „*právní vztah vzniklý na základě soudního řízení mezi dospělou osobou, která je považována za právně nezpůsobilou rozhodovat za sebe, a osobou ustanovenou, aby rozhodovala jménem takové dospělé osoby.*“ (Mental Disability Advocacy Center, 2007, s. 10)

Opatrovnictví však neznamená převzetí odpovědnosti za život, zdraví nebo jednání zastoupeného, stejně jako nezakládá moc opatrovníka nad zastoupeným a nemá právo rozhodovat o osobních záležitostech zastoupeného. (Kořínková, 2006)

2 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Sexualita je podstatná a cenná součást lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý člověk, mladý nebo starý, s handicapem nebo bez něj, je sexuální bytost a má právo na prožití vlastní sexuality.“ (Bazalová, Huliaková, 2004, s. 63)

Sexualita má v intimní oblasti tři hlavní funkce:

- **Individuální neboli rekreační** – pohlavnost člověku může přinášet radost, uvolnění, rozkoš, a to i v případě, že je sám se sebou.
- **Párová neboli komunikační** – sexuální styk je posuzován jako svébytný a hluboce důvěrný rozhovor dané dvojice.
- **Druhová neboli prokreační** – v důsledku sexuálních styků mají lidé děti, naštěstí je sexualita právě kvůli své rozmnožovací složce pudem, a proto lidstvo ještě nevyhynulo. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 153)

„Sexuální pud je podmíněn automatickým mechanismem přežití a člověk je tímto biologickým atributem vybaven bez ohledu na stupeň své mentální úrovně.“ (Uzel, 2004, s. 18)

„Rozpor mezi tělesnými předpoklady a mentální zralostí, mezi pohlavní zralostí a sociální nezralostí je zvláště výrazný u mentálně postižených.“ (Mellan, 2004, s. 13)

2.1 Předsudky vůči sexualitě osob s mentálním postižením

Téma sexuality osob s mentálním postižením bylo dlouhá léta tabuizované. I přesto, že je v současnosti diskutovaným tématem, stále v sobě nese známky ostychu, zablokovanosti a dokonce i senzace. (Štěrbová, 2004, s. 22) Náhled intaktních na sexualitu osob s mentálním postižením je závislý na vývoji společnosti. Postoje společnosti se mění, stále v ní však přetrvávají předsudky. V následujících odstavcích uvádíme nejčastější z nich.

Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud.

Ještě donedávna přetrvávající názor o hypersexualitě osob s mentálním postižením, o jejich sexuálních projevech kdykoli a kdekoli. Řešení sexuálního chování v zařízeních dříve často spočívalo v podávání farmak. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 46)

Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací.

Předsudek se zakládá na názoru, že pokud má jedinec dostatek fyzických a jiných aktivit, nemyslí na své sexuální potřeby. Ty však nespočívají pouze v pudové stránce sexuality, ale zahrnují také potřebu blízké osoby, pohlazení, líbání apod. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 47)

Sexuálními problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví.

Dříve bylo řešení problematiky sexuality osob s mentálním postižením založeno na názoru, že po oddělení obou pohlaví sexuální projevy vymizí. Člověk je sexuální bytostí bez ohledu na prostředí, ve kterém vyrůstá. Sexuální uspokojení má celkový vliv na osobnost. Pokud dojde ke strádání, projevuje se tato skutečnost navenek. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 48)

Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem.

Tento předsudek je založen na přesvědčení pečujících osob, že osoby s mentálním postižením nikdy nedospějí a z tohoto plynoucí přístup, který odmítá myšlenky související s dospíváním jedince, jeho přirozenými citovými a sexuálními potřebami. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 48)

Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy.

Sexuální touhy jsou přirozené a sexuální výchova na jejich vznik nemá vliv. Naopak je sexuální výchova velmi důležitá k ovlivnění a kultivaci sexuality jedince. Jejím prostřednictvím se k jedinci dostávají informace související s jeho vývojem. Sexuální výchova také představuje prevenci vůči negativním zkušenostem. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 48)

Osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb.

Tento předsudek je opačným extrémem oproti výše zmiňované hypersexualitě. Osoby s mentálním postižením jsou často vnímány jako bytosti bez sexuálních potřeb. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 48)

Osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality.

Sexuální odchylky bývají přičítány mentálnímu postižení, ovšem častěji jsou způsobeny vyrůstáním v nepřírozeném prostředí, nízkou informovaností nebo traumatizujícími zkušenostmi. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 49)

Součástí intimního vztahu musí být i pohlavní styk.

Na základě tohoto předsudku mohou být osoby s mentálním postižením směřovány do oblastí, do kterých ani sami nechtějí. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 49)

2.2 Vývoj sexuality

Člověk prochází ve svém vývoji řadu etap, při kterých se sexualita utváří a diferencuje. Při vzniku poruch v jedné etapě se jedinec v následující etapě může vyvíjet odlišně. Z toho plyne poznatek, že je sexualita u některých jedinců s mentálním postižením opožděna nebo nedokonale vyjádřena, ne však nevyvinuta. (Mellan, 2004, s. 11)

První významnou etapou je utváření chromozomálních struktur. Genetické pohlaví určují chromozomy X a Y. Poškození chromozomálních struktur má různě závažný význam. V prvním trimestru vývoje embrya dochází k vytváření orgánových základů. Proto je citlivým obdobím na působení škodlivých vlivů, z nichž některé mohou vést ke vzniku vývojových vad. Do 4. měsíce probíhá vývoj mozkových struktur, kdy se utváří pohlavně rozdílná centra v mezimozku. Tato vývojová etapa udává předpoklady pro směr a sílu pudového nutkání a jednání. (Mellan, 2004, s. 11-12)

Uvědomění si příslušnosti k jednomu z pohlaví (pohlavní identifikace) je další etapou sexuálního vývoje. Pohlavní identita je tvořena:

- **Biologickým pohlavím**, na které rodiče myslí dlouho před narozením dítěte a s přihlédnutím k němuž vymýšlejí dítěti jméno.
- **Psychosexuální rolí**, která vypovídá o tom, jak se dítě s biologickým pohlavím chlapce nebo dívky v dané kultuře jako chlapec či dívka chová a jak se k nim jako takovým vztahuje okolí – nověji gender.
- **Mapou lásky** – tedy individuálním prožíváním sebe jako sexuální bytosti. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 150)

„Pro zdravou pohlavní identitu se dítě musí naučit rozeznávat sexuální a nesexuální části těla a pocity, které jim přísluší. Potřebuje se naučit přijímat a odmítat erotické projevy včetně dotyků rodinných příslušníků, musí se naučit hygieně a krášení a potřebuje adekvátně přijmout projevy rozvíjející se pohlavnosti v době dospívání (od změn tělesného obrazu až k menstruaci u žen a k poluci u mužů).“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 152-153)

Mellan (2004, s. 13) upozorňuje, že *„pohlavní pud sám o sobě nedokáže zajistit odpovídající sexuální chování. Pudové podněty vedou často k projevům, které jsou neobratné, impulzivní, společensky obtížné až nebezpečné.“* Tato problematika je v popředí zejména u osob, vyrůstajících v nepřírozených podmínkách bez informací o lidském sexuálním chování. (Mellan, 2004, s. 13)

Vliv hormonálních projevů v období puberty přináší zájem o druhé pohlaví. Ve vývoji vztahu následuje držení za ruce, políbení, objímání, hlazení apod. Osoby s mentálním postižením tuto fázi překvapivě dobře zvládají, přináší jim uspokojení a dlouhodobě v ní setrvávají. Postupně dochází k posunu intimních aktivit do oblastí genitálu. Muži mají tendenci dříve než ženy přecházet do koitální fáze. (Mellan, 2001, s. 14)

2.3 Formy sexuality

Každý člověk má právo na prožívání vlastní sexuality, která je přirozenou součástí života člověka nezávisle na jeho fyzickém či mentálním zdraví. Nikoho nelze omezovat v sexuálních projevech, pokud však nejsou pro společnost nebezpečné a nemají charakter trestného činu. V párové sexualitě je uznávaný princip, že je dovoleno vše, co je oběma příjemné a akceptovatelné. To platí a musí platit stejně u osob s mentálním postižením. (Mitlöhner, 2004, s. 43-44)

V sexuálních vztazích je třeba rozlišovat a zamýšlet se nad úrovní rozumových schopností partnerů. Pokud si jeden z partnerů v důsledku svého mentálního stavu neuvědomuje sexuální chování druhého a nemůže se k tomuto vyjádřit, může být na tuto skutečnost nahlíženo jako na jeden z trestných činů. *„Sex s mentálně postiženou osobou, byť ze strany mentálně zdravé osoby citově motivovaný, bude vždy v sobě zahrnovat prvky zneužití bezbrannosti, a tudíž bude blízký znásilnění. Nicméně je nutné připustit, že ani této mentálně postižené osobě nelze v realizaci sexuálního kontaktu*

a styku bránit, pokud projeví zájem nebo na podnět reaguje vstřícně a zjevně jí to dělá dobře.“ (Mitlöhner, 2009, s. 66-67)

Projevy sexuality se liší na základě možností, tužeb a potřeb každého jedince. (Bazalová, Huliaková, 2004, s. 63)

Prevendárová (2002) uvádí, že zhruba 10 procent jedinců s mentálním postižením jsou zralí v té míře, že touží realizovat **pohlavní styk**. Je nutné partnery seznámit o negativních stránkách a důsledcích pohlavního styku i o soukromí a vhodnosti provádění na různých místech. Milování je širší pojem, který zahrnuje jakýkoli tělesný erotický kontakt, jako je líbání, hlazení apod.

Pro intimní sexualitu platí, že vztahy se mají vyznačovat rovnocenností a dobrovolným souhlasem obou partnerů. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 153)

Masturbace je forma sexuálního sebevyjádření. Pro jedince s těžším stupněm mentálního postižení je často jedinou možností uspokojení permanentní sexuální frustrace. Někteří jedinci mají problém při zvládnání techniky masturbace, aby dosáhli uspokojení. Důsledkem je nepřetržité sexuální vzrušení a onanie je prováděna několikrát denně. Východiskem z této situace by mohla být jednoduchá rada

nebo názorná ukázka. V této oblasti se však setkáváme s etickými problémy. (Prevendárová, 2002) Jedním z úkolů sexuální výchovy je v tomto případě poučení o významu masturbace a jejím soukromém provádění.

V současné době jsou snadno dostupné **pornografické materiály**, s nimiž se mohou jedinci s mentálním postižením bez problémů setkat. Důležité je poučení o jejich funkci a srovnání s realitou, aby nedocházelo k napodobování a nevhodnému sexuálnímu chování.

Promiskuita je jednou z problematických oblastí sexuality osob s mentálním postižením. Šulista (2004, s. 69-70) uvádí, že se jedinci s mentálním postižením mohou kontaktovat a stýkat s rizikovými skupinami společnosti. Na základě důvěřivosti a ne zkušenosti v mezilidských vztazích dochází k sexuálním stykům bez použití ochrany a riziko nakažení pohlavně přenosnými chorobami je vysoké. Jedním z úkolů sexuální výchovy je vést jedince s mentálním postižením k odpovědnému, uvážlivému a bezpečnému styku, k němuž dojde na základě citového vztahu k druhému člověku.

Prostituce je dalším z problémů v oblasti sexuality, zvláště u osob s lehčím stupněm mentálního postižení.

Problematickými a netolerovanými formami sexuality je **sexuálně deviantní chování** (pedofilie, voyeurismus, exhibicionismus apod.), které může vyústit v trestný čin. Prevendárová (2002) uvádí, že výskyt deviací je ve 20-25 procentech spojen s lehkým stupněm mentálního postižení. Častěji jsou však jedinci s mentálním postižením obětí nežli pachatelé.

2.4 Problematika antikoncepce a rodičovství

Sexuální city, potřeby, tužby a zájmy osob s mentálním postižením by měly být plně respektovány a zároveň vhodným způsobem usměrňovány a to na základě uplatnění individuálních zájmů jedince i určitých kritérií společnosti. (Uzel, 2009, s. 119)

Využívání antikoncepce by mělo být důsledkem dobrovolného rozhodnutí uživatelky s uplatněním lidského práva na plánované rodičovství, jak je zaznamenáno v mezinárodních dokumentech. (Uzel, 2004, s. 17)

Výběr antikoncepční metody musí být stejně jako u intaktních osob individuální a je ovlivněn stupněm mentálního postižení. Samozřejmostí je i vhodnost z medicínského pohledu.

Hormonální antikoncepce v podobě tablet je založena na požadavku v každodenním užívání. Vynecháním tablety může být účinnost ohrožena. Tento problém se vyskytuje poměrně často u intaktních uživatelék, tím spíše může dojít k vynechání tablety u uživatelék s mentálním postižením. Opodstatněné je však také tvrzení psychologů, že užívání antikoncepce u žen s mentálním postižením pomáhá upevňovat pocit zodpovědnosti a hrdosti nad kontrolou své situace. (Uzel, 2004, s. 18)

Častěji využívanými antikoncepčními metodami jsou ty s dlouhodobou působností, mezi něž lze zařadit vaginální kroužek, podkožní implantát, náplasti, depotní injekční antikoncepci. (Uzel, 2009, s. 120)

Sterilizace je ireverzibilní metoda, která vylučuje možnost otěhotnění. U žen spočívá v uzavření vejcovodů. (Cohen a kol., 1995, s. 205) Ke konečnému rozhodnutí musí podat vyjádření legislativně právní odborník, který je oprávněn posuzovat souhlas zákonného zástupce nebo soudního rozhodnutí, pokud je osoba s mentálním postižením nezpůsobilá k právním úkonům. (Uzel, 2004, s. 17)

Těžší stupně mentální retardace je možné zahrnout mezi zdravotní indikace sterilizace. (Uzel, 2009, s. 120)

U mužů je nutný individuální přístup při pomoci se zvládnutím techniky používání prezervativu, který nejen zabraňuje početí, ale je také prevencí sexuálně přenosných chorob.

„Sexuální život osob s mentálním postižením se vyznačuje značnou individualitou. Ta souvisí s pohlavím, věkem a v neposlední řadě také se stupněm mentálního postižení. Závisí však i na specifických vlivech výchovného prostředí. Posuzování a hodnocení všech aspektů sexuality by tedy mělo brát v úvahu celý tento komplex okolností. Týká se to i problematiky plánovaného rodičovství.“ (Uzel, 2009, s. 119)

Rodičovství u osob s mentálním postižením je závažnou etickou otázkou. U žen se středním a těžkým mentálním postižením je těhotenství méně obvyklé.

Prevendárová (2002) zastává názor, že rodičovská práva by měla být spjata s povinnostmi.

Z rodičovství osob s mentálním postižením vyvstávají dvě hlavní obavy. První je neschopnost poskytnutí kvalitní péče dítěti, péče by musela být zajištěna náhradní osobou. Druhou je genetická zátěž, znamenající možnost výskytu postižení u potomka. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 52)

U některých žen převládá touha po vlastním dítěti, představa je často plná fantazií. Důležitá je motivace a přání, která k touze vedou. Ty musí být však posouzeny na základě reálných možností. Je třeba situaci adekvátně vysvětlit a neponechávat falešné naděje. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 52-53)

2.5 Problematika sexuálního zneužívání

„Přetrvávající závislost, neschopnost diferencovat míru přiměřenosti chování nejen vlastního, ale i jiných lidí, nekritičnost a sugestibilita jsou příčinou skutečnosti, že mentálně postižení mohou být snadno manipulováni, zanedbáváni, týráni či různým způsobem zneužíváni. Velmi často se nedovedou bránit a mnohdy si ani neuvědomují, že by se bránit mohli. Leckdy vůbec nevědí, na co má jiný člověk ve vztahu k nim právo.“ (Vágnerová, 2008, s. 309)

Sexuálním zneužitím můžeme nazvat *„širokou škálu nevhodných a nežádoucích forem sexuální aktivity od mazlení až po pohlavní styk, přičemž asi v 5% incidentů dochází ke skutečnému pohlavnímu styku.“* (Novosad, 2002, s. 21)

„Sexuální zneužití, napadení a jeho důsledky se v zásadě neliší u lidí postižených a nepostižených, liší se jen v příležitostech, motivaci a průběhu činu, objektech útoku a některých osobnostních rysech pachatelů.“ (Novosad, 2002, s. 21)

Jedinci s mentálním postižením patří k rizikové skupině osob ohrožených sexuálním zneužitím. Čím je forma sexuálního zneužití brutálnější, častější a dlouhodobější, tím zřetelnější a intenzivnější jsou následky. Zneužívající osoba používá různé praktiky, zejména slabostí a nedostatků oběti. S cílem znejistění, vytvoření kladných postojů a podřízenosti oběti užívá pachatel destabilizační techniky, jimiž začíná promyšlený útok. Pachatelé mohou být typem preferenčním nebo situačním. Preferenční pachatel vyhledává snadno dostupné objekty, zranitelnější,

bezbranné apod. Situační typ využívá náhod, kdy jsou pro sexuální zneužití příhodné podmínky a následně jej realizuje. (Sedlák, 2002, s. 8-9)

Novosad (2002, s. 21) uvádí charakteristiky, na jejichž základě může u osob s mentálním postižením docházet ke zneužití:

- Důvěřivost a nezkušenost v mezilidských vztazích („kdo je na mne hodný, má mne rád“).
- Odkázanost na asistenci či dohled druhé osoby.
- Rozpor mezi vývojem pohlavních znaků a rozumovou úrovní.
- Ztížené porozumění i dorozumění.
- Menší svědecká věrohodnost a snadná ovlivnitelnost.
- Fixace na známé prostředí a dezorientovanost v běžném životě.

Častými pachateli sexuálního zneužití jsou blízké osoby, ty, kterým oběť důvěřovala, s nimiž se cítila dobře a byla závislá na jejich péči a pomoci. (Novosad, 2002, s. 20)

Důsledkem sexuálního zneužívání jsou závažné problémy oběti, jako jsou psychosomatické poruchy, úzkost, poruchy spánku, deprese apod. Vznik těchto poruch ovlivňuje řada faktorů. Rozhodující je věk a fáze vývoje, druh zneužívání, kvalita adaptačních mechanismů oběti, chování a vrozený mechanismus pro zvládání emocí. Může dojít ke vzniku symptomů, spojených s posttraumatickou stresovou poruchou. Častý je obranný mechanismus popření nebo disociace. Projevy obranných mechanismů mohou mít negativní dopad na život jedince, jeho sebepojetí a postoj k sobě samému. (Novosad, 2002, s. 21)

Odhalení sexuálního zneužívání je často velmi obtížné. Je nutné si všimnout varovných signálů, jsou např. obavy z konkrétního místa nebo osoby, nevhodné a nezvyklé sexuální chování, zjištění pohlavní choroby nebo symptomů, které ji provázejí, stopy po fyzickém násilí, změna chování, poruchy spánku, příjmu jídla. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 54)

Šetření sexuálního zneužití ztěžuje pocit bezmocnosti oběti, který je důsledkem obav z reakcí okolí na tuto skutečnost a strach z osamělosti a zostuzení. (Novosad, 2002, s. 21)

2.5.1 Prevence sexuálního zneužívání

Důležitost prevence sexuálního zneužívání je často neprávem podceňována. Preventivní opatření by měla odpovídat závažnosti problému. (Sedlák, 2002, s. 11)

Novosad (2002, s. 24) rozděluje prevenci na primární, sekundární a terciární. Do primární prevence patří sexuální výchova, zmiňovaná podrobněji v následující podkapitole. Významnou součástí je depistážní činnost, která spočívá ve vyhledávání jedinců ohrožených sexuálním zneužíváním.

Sekundární prevence je zaměřena na rizikové či ohrožené osoby. Patří k ní výchova a výcvik osob vzhledem k nebezpečí sexuálního násilí.

Cílem terciární prevence je předcházení opakování a prohlubování problému.

Novosad (2002, s. 24) dále uvádí priority preventivních opatření:

- Charakteristika a depistáž potencionálních obětí sexuálního násilí a odhalování situací, které k němu mohou vést.
- Sestavení metodických podkladů k výcvikům zdravotně postižených osob, vedoucím k posílení jejich sociálních dovedností a předcházení ohrožujícím situacím, včetně implementace takových výcviků do vzdělávání dětí a mládeže.
- Metodika práce s oběťmi sexuálního násilí z řad zdravotně postižených osob pro sociální pracovníky, učitele, vyšetřovatele a pracovníky justice s vymezením způsobů jednání a zacházení se zdravotně postiženými oběťmi sexuálního násilí ze strany policie, justice a orgánů státní správy.
- Tvorba a aktualizace informačních materiálů pro zdravotně postižené občany i pro rodiče a odbornou veřejnost – pečovatele, asistenty, pedagogy atd.

Významným požadavkem pro předcházení sexuálního zneužívání je informovanost osob s mentálním postižením i odborníků a veřejnosti. Překážkou v prevenci sexuálního zneužívání je nedostatečné hlášení případů, které se na základě této skutečnosti mohou opakovat. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 56)

Sexuální výchova je bezesporu jedním z nejdůležitějších preventivních opatření před sexuálním zneužíváním. Důležité je praktické nacvičení situací s cílem rozpoznání hrozícího nebezpečí sexuálního zneužívání a naučení reakcí. Stejně tak poučení o přijatelnosti tělesných kontaktů, dotyčích na intimních místech jejich či žádostech dotyků na pachateli, žádosti o obnažování či nucení pozorování něčí nahoty. Osoby

s mentálním postižením musí vědět o svém právu rozhodování (kdo a jak se jich dotýká, právo říci „ne“, prosadit svůj názor) a možnostech oznámení sexuálního zneužívání (významné je vědomí podpory). (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 56-57)

2.6 Sexuální výchova

Příprava osob s mentálním postižením na partnerský život, sexualitu, popř. manželství či rodičovství, hraje nesmírně důležitou roli. Často dochází v této oblasti k úplnému výchovnému selhání rodiny i vzdělávacích institucí. Chybějící sexuální osvěta u osob, které pracují s osobami s mentálním postižením, může mít dopady na vnímání přirozenosti jejich sexuálních projevů. Z těchto skutečností vyplývá fakt, že osoby s mentálním postižením nejsou vybaveny do života potřebnými poznatky a postoji. Nedostatek vědomostí spolu s mentálním postižením je komplikací ve vývoji vztahů ve společnosti, přístupu k životu a pohledu na společnost. (Novosad, 2000, s. 40)

„Vzdělávání v oblasti sexuality pomáhá prevenci před nechtěným otěhotněním, ochraně před pohlavními nemocemi, sexuálním zneužitím.“ (Štěrbová, 2007, s. 42)

Cílovými skupinami sexuální výchovy jsou:

- osoby s mentálním postižením,
- rodiče, jako primární vychovatelé svých dětí,
- vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové a ostatní osoby, které pracují s lidmi s mentálním postižením (nutná spolupráce s rodiči),
- budoucí profesionálové, vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové, kteří chtějí pracovat s lidmi s mentálním postižením,
- nejširší veřejnost – je nutná změna negativních postojů veřejnosti. (Kozáková, 2004, s. 34)

Sexuální osvěta by měla probíhat v následujících rovinách:

- **Obecně preventivní**, která zahrnuje anatomii a sexuální fyziologii, výchovu k rodičovství, sexuální a komunikační dovednosti, základy sebeobrany proti sexuálnímu obtěžování či zneužívání.

- **Individuálně preventivní**, obsahující poučení o sexuálním chování (projevy a metody) a poučení o koitálních i nekoitálních sexuálních technikách, znalost antikoncepce, partnerské dovednosti atd.
- **Intervenční poradenství**, soustředěné na řešení aktuálních problémů jedince či partnerské dvojice. (Novosad, 2000, s. 40)

Probíraná témata se týkají poznávání těla, dodržování osobní hygieny, kultivace citů a sexuálních projevů, prevence přenosných chorob, sexuálního zneužívání, u partnerských párů se pak témata věnují antikoncepci, sexuálním praktikám, pravidlům spoluzítí atp. (Prevendárová, 2002)

Pro účinnost sexuální výchovy v sociálních službách je nutné vytvořit podmínky. Obecné podmínky se týkají koedukovanosti zařízení, integrace osob s mentálním postižením do společnosti, rozšiřování sociálních kontaktů. Konkrétní podmínky znamenají vytvoření určitých vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, tvořících rámec pro řešení problematiky sexuality osob s mentálním postižením. Součástí podmínek je také příprava cílových skupin sexuální výchovy (výcvikové a vzdělávací kurzy, změna postojů apod.). (Kozáková, 2004, s. 32-35)

Sexuální výchova může probíhat skupinovou nebo individuální formou. Výhody skupinových setkání spočívají v lepším přehledu o znalostech klientů, prožívání, téma je více otevřené a klienti se lépe orientují v termínech týkajících se sexuality. (Kozáková, 2004, s. 45) Zapojeny mohou být také aktivity, jako je např. vyprávění, hry, diskuse, filmy, rolové hry. Skupinová osvěta se blíže nezaměřuje na potřeby jednotlivce, není příliš spojena s osobním životem jedince. (Štěrbová, 2007, s. 41)

Řešení specifických problémů a otázek týkajících se jednotlivých klientů představuje individuální osvěta. Oblastí zájmu jsou soukromé problémy, klienti také mohou sami o pomoc požádat. (Kozáková, 2004, s. 35) Tento přístup je přizpůsobován individualitě klienta, jeho zkušenostem, dovednostem a případným nedostatkům s následným plánováním konkrétních cílů. (Štěrbová, 2007, s. 41-42)

Důležité je vždy vycházet z konkrétních potřeb klienta a uzpůsobit jim poskytovanou podporu. Stejně tak by měla být témata individuálně orientovaná, „s ohledem na biologický, mentální, sociální a sexuální věk klientů.“ (Kozáková, 2004, s. 35)

Rodiče hrají v sexuální výchově osob s mentálním postižením velmi významnou roli, nejen proto, že by měli znát nejlépe pocity a problémy svého dítěte. Rodiče by měli být seznámeni s potřebou sexuální výchovy, důležitá je spolupráce se zařízením, které jejich dítě navštěvuje. Hyperprotektivní přístup rodičů často brání naplňování práv sexuality a svobody rozhodování svých dětí. (Štěrbová, 2007, s. 49-50) Tím je ovlivněn přirozený proces dospívání a osamostatňování, následně může docházet k trvalé frustraci a také k velké sociální nezkušenosti. (Prevendárová, 2002) Rodiče mají obavy z autoerotického chování svých dětí, nechtěného těhotenství, pohlavně přenosných chorob, sexuálního zneužití apod. Možností pomoci je školení rodičů profesionálem, který jim předá základní informace z oblasti sexuality. (Štěrbová, 2007, s. 49-50)

2.7 Protokol o vztazích a sexualitě

Některá zařízení, poskytující služby osobám s mentálním postižením, mají vytvořený tzv. Protokol o vztazích a sexualitě, jehož náplní je „*souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů, který je typický pro každou instituci.*“ (Štěrbová, 2009, s. 53)

Dokument by měl umožnit personálu rychle a správně jednat v různých složitých situacích. Je důležité, aby se na jeho tvorbě podíleli všichni, kterých se má protokol týkat, zejména pracovníci a vedení konkrétního zařízení. Základem je vždy respektování práv a potřeb osob s mentálním postižením. (Kozáková, 2004, s. 33-34)

Protokol o sexualitě a sexuálním zneužití by měl obsahovat:

- postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů (filozofie sexuality a postoje k ní, hodnoty a normy, kterých se budeme držet),
- téma osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty (formy vztahů a sexuality – co si pod nimi představují naši klienti, co o nich ví současná věda, co z toho budeme svým klientům zprostředkovávat),
- způsob řešení možných důsledků sexuality (otázky antikoncepce a možné důsledky sexuality),

- přípustné a nepřípustné formy kontaktu péče a poskytované podpory (přípustné formy kontaktu a důstojného zacházení, tělesná péče, její možnosti a hranice),
- zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality (obecná zodpovědnost – všichni pracovníci, odpovědnosti ve výchově a sexuální osvětě, osoba „důvěrníka“, spolupráce s rodiči, odborníky),
- rodiče a zákonní zástupci (vzájemná spolupráce),
- postoj k sexuálnímu abusu,
- postup při sexuálním zneužití (podezření a hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora oběti, přístup k pachateli),
- preventivní politika uvnitř zařízení (osvěta pracovníků i klientů). (Kozáková, 2004, s. 33)

Protokol o vztazích a sexualitě v České republice zatím nemá legislativní zakotvení. Stejně tak chybí doporučující stanoviska nadřízených orgánů, které metodicky vedou zařízení poskytující služby osobám s mentálním postižením. (Štěrbová, 2007, s. 53)

3 PROBLEMATIKA PARTNERSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Problematické aspekty partnerství spojené se sexualitou člověka byly již zmíněny výše. Nynější kapitola je zaměřena zejména na problematické aspekty partnerství, ke kterým může docházet při výběru partnera a navazování vztahů, fungování nebo ukončení partnerského vztahu.

3.1 Význam partnerství v životě člověka

Potřeba lásky a sounáležitosti jsou jedny z nejdůležitějších lidských potřeb. K jejich uspokojování dochází prostřednictvím partnerských vztahů. Naplnění těchto potřeb je důležité pro každého člověka. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 49)

Partnerství osob s mentálním postižením „*může výrazně ovlivňovat kvalitu jejich života a přispívat k pocitu životní spokojenosti, seberealizaci a pocitu vlastní hodnoty. Získání partnera je do značné míry důkazem vlastní normality, atraktivity a vlastní kompetence.*“ (Lečbych, 2008, s. 59)

Stejně tak Hadj-Mousová (2001, s. 224) uvádí, že partnerské vztahy mají pro mladé jedince s postižením velký význam – jsou důkazem rovnocennosti s druhými a potvrzením vlastní hodnoty.

Partnerství přináší lidem s mentálním postižením nové zkušenosti, může dále rozvíjet jejich osobnost a přispívat k osamostatňování. (Vágnerová, 2008, s. 313)

Významný vliv na formování osobnosti a vztahů s okolím jedince má primární rodina. Důležité jsou následující faktory:

- Kvalita manželského soužití rodičů.
- Vztah rodičů k dítěti a jejich výchovné styly.
- Celková úroveň dětství – jeho prožívání.
- Vzory v rodině, týkající se např. naplňování funkcí a rolí, dělby práce v rodině, řešení problémů apod. (Prevendárová, 2000, s. 11)

Doplňující a ne již tak významný vliv mají mimorodinné vzory. Výchova rodičů k partnerství potomků je převážně intuitivní povahy, není tedy záměrná. Rodiče působí

jako vzor s dlouhodobým formativním účinkem na osobnost. (Prevendárová, 2000, s. 11)

Zájem o opačné pohlaví je patrný v období adolescence. Přátelství mají větší intenzitu a mohou jedince stimulovat v duševním rozvoji a podporovat ve využívání životních možností. Některé vztahy však mohou více ublížit nežli pomoci. Významná je poskytovaná podpora okolí osobám s mentálním postižením a chránění proti rizikovým vztahům. Podpory je zapotřebí také při udržování partnerských vztahů osob s mentálním postižením z důvodu absence některých sociálních dovedností. (Craft, 1985, s. 185, vlastní překlad)

Sexualita a partnerství osob s mentálním postižením jsou zastíněny mýty a předsudky. Sexualitu nelze redukovat pouze na uspokojení sexuální potřeby, neboť zahrnuje širší škálu projevů a výrazů. Plným výrazem sexuality je plnohodnotný, naplňující a harmonický partnerský vztah. (Slowík, 2009, s. 107)

Značný význam má příprava na partnerský vztah. Jedinci s mentálním postižením mají malé zkušenosti s navazováním partnerských vztahů, zejména pokud žijí v institucionálním prostředí. Jsou tak ochuzeni modelové situace, přirozený a názorný příklad z rodinného prostředí, který je jedinou srozumitelnou ukázkou. Příprava na partnerství se tedy primárně odehrává v rodině příkladem rodičů, jejich emocionální podporou, komunikací o intimních otázkách apod. Komplikací v přípravě k partnerství mohou být předchozí negativní zkušenosti z partnerského vztahu a navázání dalšího vztahu ztěžuje nedůvěra a obavy. V současné době není vytvořen žádný metodický materiál, který by pomohl k přípravě na partnerské soužití osob s mentálním postižením. Zkušenosti potvrzují, že započítí cílené přípravy k partnerskému soužití je vhodné u jedinců, kteří již navázali partnerský vztah. Přínosné je v tomto období poskytnout potřebnou podporu a pomoc, která je cílená na rozvíjení a upevnění partnerského vztahu – umožnění společného setkávání partnerů, svobodné volby programu setkání, soukromí. Důležité je chránit bezpečnost partnerů, předcházet ohrožování či zneužívání. (Slowík, 2009, s. 109-110)

Formy partnerských vztahů osob s mentálním postižením nejsou od vztahů intaktních odlišné. Lidé s mentálním postižením prožívají normální lidské emoce. Volba partnerských vztahů však nemusí být svobodná, zodpovědnost často přebírají rodiče nebo pracovníci zařízení.

Osoby s mentálním postižením navazují **kamarádké a přátelské vztahy**. Ty se vyznačují různou kvalitou. Přátelské vztahy mohou přejít v **zamilovanost** a následné „**chození spolu**“, které má různé podoby. Důležité je, co chození pro každého partnera znamená, jaké má představy a přání. (Bednář, 2005 In Burianová, 2009, s. 25-26)

U dlouhodobějších vztahů je logickým pokračováním **spolužití**, kterému by měla předcházet praktická příprava. Ta je zaměřena především na zvládnutí komunikace, rozdělení rolí a zodpovědnosti ve vztahu, řešení konfliktů, podporu, toleranci. Mezi partnery mohou být odlišnosti, znamenající pozdější komplikace ve vztahu. V takovém případě je třeba asistence. Partneři by se měli s předstihem naučit činnosti spojené s chodem domácnosti a orientací v novém společném prostředí. Zvýšená míra podpory je nutná zejména na začátku společného soužití partnerů, postupně by však měla mít sestupnou tendenci s převáděním kompetencí na partnery. Osamostatňování je spojeno i s rizikovými situacemi. V popředí zájmu musí být šance osob s mentálním postižením na samostatnější život. (Slowik, 2009, s. 110-111)

Manželství je dle Zákona o rodině č. 94/1963 (§ 1 odst. 1, 2) „*trvalé společenství muže a ženy založené zákonem stanoveným způsobem. Hlavním účelem manželství je založení rodiny a řádná výchova dětí.*“ Jedním ze základních podmínek pro vznik manželství je dosažení plnoletosti a způsobilost k právním úkonům. „*Manželství nemůže uzavřít osoba zbavená způsobilostí k právním úkonům. Osoba, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, může uzavřít manželství jen s povolením soudu.*“ (Zákon č. 94/1963, §14 odst. 1, 2)

Pro jedince s mentálním postižením je důležité věnovat pozornost formám vztahů, které jsou pro ně dostupné. Možností zveřejnění vztahu mohou být tzv. **zásnuby**. K tomuto rozhodnutí je třeba přistupovat zodpovědně, s uvědoměním vážnosti. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 52) Realizaci zásnub umožňují některá zařízení.

3.2 Problematické aspekty navazování vztahů a výběru partnera u osob s mentálním postižením

Potřeba partnerství se u osob s mentálním postižením nemusí vždy vytvářet. V některých případech může docházet k uspokojení potřeby ze vztahu s rodiči nebo dalšími členy rodiny. Partnerství tedy nemusí mít vždy standardní charakter, často jde o vyjádření touhy po blízkém člověku. (Vágnerová, 2008, s. 312)

„Specifické problémy utváření partnerských vztahů u postižených souvisí na jedné straně s představami o partnerství, o budoucím partnerovi a o vnímání role rodiny ve vlastním životě. Druhou stránkou je pak reálná možnost tyto vztahy navazovat a realizovat.“ (Hadj-Mousová, 2001, s. 223)

Obava z odmítnutí, snížené sebevědomí, omezené komunikační schopnosti a další problémy v sociální oblasti mohou být ztěžujícím faktorem při navazování vztahů. V některých případech není jedinec schopen nebo připraven na přijetí role partnera. Tento fakt ovlivňuje udržení partnerského vztahu. Pro dlouhodobý partnerský vztah je důležitá jistá strategie a také vzájemné uspokojování osobnostních potřeb partnerů. Tyto skutečnosti mohou zejména u osob s mentálním postižením středního a těžšího stupně představovat problém. *„Lidé s mentálním postižením by měli být dostatečně seznamováni s oblastí partnerství. Je zapotřebí nacvičovat jednání v rozličných situacích, vytvářet potřebné návyky a kompetence pro zvládnutí role partnera a budovat reálný pohled vzhledem k závažnosti a důsledkům daného postižení (rodičovství apod.). Vždy je nutné vycházet z reálné situace bez zbytečného budování klamných očekávání, neboť ta mohou vést k závažným důsledkům, pokud se např. na jejich základě jedinec rozhodne mít děti.“* (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 50-51)

Výběr partnera obecně je ovlivněn několika faktory. Jedním z nejdůležitějších je vzhled, neboť je bezpochyby tím prvním, čeho si na druhém všimneme. Patří k němu jak upravenost, tak i projevy chování. Zalíbení vzhledu druhého člověka vyvolává přání bližšího poznání. Dalšími faktory mohou být psychické vlastnosti druhého člověka, jeho věk, zaměstnání, výchozí rodina, zdravotní stav ale také vlastní sebehodnocení. (Mojžíš, Sobota, 1997, s. 35-38)

Lečbych (2008, s. 59-60) upozorňuje na omezenou možnost výběru partnera, seznamování a navazování trvalejších intimnějších vztahů zejména u osob s mentálním postižením žijících v uzavřených rodinách nebo v institucionálním prostředí, zvláště nekoedukovaném. Velmi omezen je sociální okruh osob. Některá pobytová zařízení mají negativní názor na partnerský život svých uživatelů a naopak jiná umožňují partnerské soužití osob s mentálním postižením.

Příležitosti k navázání vztahů mohou vznikat na různých akcích (např. seznamky), které pořádají některá sdružení či organizace. (Kozáková In Valenta, Müller, 2009, s. 50)

Institucionální prostředí může ztěžovat vývoj partnerských vztahů v omezených možnostech volného výběru kontaktů, pohybu bez dozoru. Pro vývoj vztahu je velmi důležitá možnost setkávání, vzájemného poznávání a sžívání partnerů. Tyto aktivity mohou být ztíženy vlivem postižení ale i zásahy sociálního prostředí. Rodiče osob s mentálním postižením mají často obavy z partnerského života svých potomků a z následně možných vzniklých komplikací. Provádějí zákroky, které znamenají nedostatek soukromí partnerů. Jedním z důvodů může být neporozumění potřebě jiných vztahů nežli rodinných. (Lečbych, 2008, s. 59-60; Hadj-Mousova, 2001, s. 223-224)

Štěrbová (2009, s. 49) uvádí, že poskytovatelé služeb by měli u svých uživatelů rozpoznat nedostatek přátelských vztahů a podporovat rozvíjející se milostné vztahy. Emoční a sociální opora přispívá k sociální integraci a snižuje dopady sociální izolace. Pro osoby žijící v institucionálním prostředí jsou dobré sociální vztahy základem kvality života.

3.3 Problematické aspekty fungování vztahů osob s mentálním postižením

Ve vztazích je třeba rozlišovat, zda se jedná o vztah mezi dvěma osobami s mentálním postižením, popřípadě se stejným rozsahem mentálního postižení nebo osobou zdravou a osobou s mentálním postižením. (Mittlöhner, 2009, s. 66)

V průběhu partnerských vztahů mohou být přítomné různé problematické situace. Jednou z hlavních příčin je výše zmiňovaná nerovnocennost partnerů.

Důsledkem nerovnocenného vztahu může být např. využívání druhého partnera či manipulace.

Aktivita manipulátora mají závažný dopad na druhého partnera. Situace může být ztěžována specifiky osobnosti jedince s mentálním postižením, jako je např. snížená kritičnost či vyšší ovlivnitelnost. Manipulaci bude věnována rozsáhlejší část textu, neboť je podstatným problémem jednoho z partnerských vztahů ženy s mentálním postižením.

Manipulaci lze definovat jako způsob ovlivňování nebo ovládnutí člověka, který je využíván k dosažení promyšleného cíle. Oběti manipulace tyto cíle nevědomky realizují. Záměrem manipulace je dosáhnout maximálního prospěchu na úkor druhých. (Wróbel, 2008, s. 23-24)

Velký rozdíl v manipulativním jednání je mezi muži a ženami, každý z nich využívá jiné taktiky. Vzhledem k šetření v praktické části se zaměříme na manipulativní jednání muže. V následujícím textu budeme vycházet zejména z publikace francouzské poradenské psycholožky Isabelle Nazare-Aga.

Manipulátor je typ osobnosti, která je z psychologického hlediska patologická. Pro manipulátory nejsou typické pouze negativní rysy, proto je někdy obtížné jejich osobnost odhalit.

Někteří manipulátoři se mohou vyznačovat perverzním jednáním. Perverzní manipulátor popírá realitu druhých a snaží se ji ovládat. Nazare-Aga (2003, s. 20) dodává charakteristiky, kterými se perverzní manipulátor vyznačuje:

- Ničí, místo aby něco vytvářel.
- Jeho myšlení není tvůrčí, ale strategické.
- Nemá skutečné přátele, spíše vyhledává spojence.
- Nemá pocitu viny a jedná bez jakýchkoli skrupulí.
- Nepochybuje, ale s jistotou tvrdí.
- Megalomanie mu brání respektovat druhé a důvěřovat jim.

Pro manipulující osoby, na rozdíl od manipulovaných, je typické uvědomování si svého jednání a cíle, kterého chtějí dosáhnout. Setkáváme se s procesem zpředmětnění osoby, sloužící jako nástroj k dosažení cílů. (Wróbel, 2008, s. 41-43)

Většina manipulátorů si uvědomuje svoji moc a vliv, který na druhé mají. Ne všichni jsou si ale vědomi ničivých účinků svého jednání a chování na psychiku partnera. Negativně ovlivňují fyzické i psychické zdraví oběti.

Ve fázi svádění a počátku vztahu se chová partner dle očekávání, typická je snaha jevit se druhému jiný. Záhy po získání protějšku se postupně chování a jednání manipulátora mění, je podivné. Jeho sebejistota je matoucí, snaží se měnit společné prožívání přítomnosti.

Manipulátor izoluje partnera od ostatních osob. Zabraňuje mu v setkávání s novými lidmi a navazování vztahů. Ve snaze odcizení partnera rodině či přátelům se manipulátor k druhým chová nepříjemně. Muž manipulátor může také např. nutit partnerku k přestěhování do svého bytu, a to i přes její nevoli.

Osoba s manipulativním jednáním se snaží postupně a nenápadně odstranit z okolí partnera každého člověka, který znamená ohrožení – hlavně přátele a členy rodiny. Manipulátor přímo nezakazuje partnerovi mluvit o jejich vztahu, ale vysloví přání mlčení, že se vztah druhých netýká. Zamilovanost blízkého člověka (oběti) zabraňuje zásahu druhých osob, které mají strach z role „kazisvěta“.

Žárlivostí manipulátor usiluje o úplné splynutí. Není spokojený s tím, co dostává a neuvědomuje si, že u partnera dochází k vnitřní destrukci.

V některých případech ve vztahu s manipulátorem jsou přítomny poruchy v sexuálním soužití. Je výjimkou, pokud si partner najde milence. Většinou je to právě manipulátor, který má i více dalších partnerů a vše zakrývá lží. Je-li přistižen, často tento fakt vyvolá bouřlivou reakci.

K izolaci manipulovaného přispívá citová závislost. Jedná se o psychickou závislost člověka k jedinému objektu. Dochází k zanedbávání ostatních aspektů života - zdraví, rozvoje a rovnováhy. *„Citově závislý jedinec se domnívá, že je schopen najít rovnováhu a smysl vlastní existence pouze prostřednictvím druhého. Zoufale se upne na člověka, který ho poctil tím, že si ho vybral za partnera. Připoutá se k němu, aniž by rozpoznal, zda mu dotyčný opravdu vyhovuje.“* (Nazare-Aga, 2003, s. 61)

Citově závislý člověk má obavy ze skutečnosti, že ho partner opustí. Je schopen udělat vše pro to, aby k rozchodu nedošlo. Neumí samostatně žít, děsí ho samota, proto raději s nevyhovujícím partnerem zůstává.

Partneři manipulátora často trpí i po stránce sexuální. Sexualita je v těchto případech využívána jako prostředek k podvolení druhého. Sexuální partner je v pozici

předmětu, slouží pouze k uspokojení, manipulátorovi nezáleží na pocitech a potřebách partnera, nebere v úvahu pro něj nepříjemné aktivity. Dominantnost jednoho z partnerů je ve vztazích běžná, pokud souhlasí oba partneři, důvěřují si a sdílí potěšení. V tomto případě se však jedná o přidělenou roli, dominantní je většinou manipulátor.

Manipulativní partner je ve vztahu největším zdrojem stresu, který se projevuje v rovině:

- Psychické – únava a zemdlenost, deprese, úzkost, podrážděnost apod.
- Somatické – nespavost, trávicí potíže, bolesti hlavy, migréna, lupénka, svalové napětí, hormonální poruchy atd.
- Chování – zvýšená konzumace tabáku a alkoholu, bulimie, nervozita atd.
- Výkonu – ztráta motivace, nesoustředěnost, poruchy paměti, nezvládnání pracovních úkonů, častější chyby atd. (Nazare-Aga, 2003, s. 92)

Rozchod s manipulátorem přináší značný stres. Přicházejí od něj projevy zbožňování, a pokud nemají na rozhodnutí partnera o rozchodu vliv, následuje jednání s cílem zastrašení, vytvoření atmosféry hrůzy vedoucí k zabránění aktivit.

Na vztah s manipulujícím člověkem nelze zapomenout. Je však důležité začít nový život a tím předcházet trvalým následkům.

Důležité je neztrácet kontakty se svými blízkými a přáteli, neboť jsou to právě oni, kteří mohou poskytnout potřebnou podporu. V případě manipulativního jednání jednoho z partnerů ve vztahu osob s mentálním postižením je situace ztížena specifiky jejich rozumových schopností a tato skutečnost přispívá k neschopnosti vyřešit situaci bez pomoci okolí – rodičů, pracovníků sociálních služeb, přátel apod.

3.4 Problematické aspekty ukončení vztahu u osob s mentálním postižením

Rozchod partnerů obecně přináší nutnost zapomenout na oběti, které do vztahu vložili a odchod se ztrátou, která je patrná u obou partnerů, nemusí být však symetrická. Tato skutečnost může být jedním z důvodů rozvoje představ o manipulaci nebo pomstě. Za rozpad vztahů mohou být zodpovědné vnitřní i vnější příčiny, které jsou těžko

ovlivnitelné. Zralost partnerů významně ovlivňuje potřebu se rozcházet a nacházení jiného způsobu soužití. Pokud i přesto dojde k rozchodu, většinou má důstojný a kultivovaný charakter. Znaky nezralého rozchodu mohou být asymetrické nebo jednostranné rozhodnutí, manipulace apod. Komplikace ve vztahu i následný rozchod může zapříčinit také neschopnost konečných rozhodnutí, sebenenávist, potřeba symbolického vztahu nebo např. psychopatická reaktivita. (Klimeš, 2005, s. 11-14)

Obnovení vztahu v některých případech znamená opakování traumatu. U jiných vztahů naopak může dojít k návratu, ale je třeba překonat překážky (staré nevyřešené problémy, reakce na rozchod, požadavek změny taktiky ve vztahu). Přemítání o bývalém vztahu a o vzniklých ztrátách vytváří nebezpečnou závislost a ustrnutí v rozpadlém vztahu. Události spojené s rozchodem a konečná rezignace vedou k samostatnému životu každého s partnerů. Zaměřenost na bývalý vztah se rozplývá a zůstávají pouze fantazie. Partneři jsou sice svolní k navázání nového vztahu, přesto ale přetrvávají sny o společném životě s bývalým partnerem. Ten má také stále „přednost“ před novými potencionálními partnery. (Klimeš, 2005, s. 58-73)

Výše uvedené problematické situace se mohou vyskytnout bez rozdílu u osob s mentálním postižením, neboť prožívané emoce nejsou rozdílné od prožívání intaktních osob.

Do řešení rozchodu mezi partnery se významnou měrou prolínají specifika osobnosti jedince s mentálním postižením. Velký význam má způsob vnímání dané situace a aktuální potřeby a pocity jedince. Projevované emoce mohou mít neadekvátní charakter v důsledku nedostatečného řízení citů intelektem. K nevhodnému jednání může přispívat také nedostatek sociálních dovedností.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce je zaměřena na prezentaci výsledků šetření v oblasti partnerských vztahů dospělé mladé ženy s mentálním postižením. K jejímu vytvoření došlo na základě získání a zpracování dat níže uvedenými metodami.

4 METODOLICKÁ VÝCHODISKA ŠETŘENÍ

Následující část práce se zabývá objasněním cílů praktické části diplomové práce a popisem metod, které byly využity k jejímu zpracování.

4.1 Cíle a místo šetření

Hlavním cílem práce je zmapovat výskyt problematických aspektů partnerství ve vztazích dospělé ženy s mentálním postižením v pásmu středně těžké mentální retardace.

Dílčím cílem je zjistit vliv případných problematických aspektů partnerství na samotné vztahy a život dospělé ženy s mentálním postižením.

Záměrem práce je zmapovat výskyt problematických aspektů partnerství ve vztazích ženy s mentálním postižením. Výběr malého vzorku je založen na přesvědčení, že by v případě velkého vzorku zkoumaných osob nebylo možné se věnovat této problematice do hloubky.

Realizované šetření probíhalo zejména v přirozeném prostředí zkoumané, tedy v rodině, dále v chráněném bydlení a domově pro osoby se zdravotním postižením.

4.2 Metody šetření

Pro získávání dat k vypracování praktické části diplomové práce byly využity metody pozorování, analýzy dokumentů a interview, které v následujících podkapitolách blíže charakterizujeme. Metodou zpracování získaných dat je narativní analýza.

4.2.1 Pozorování

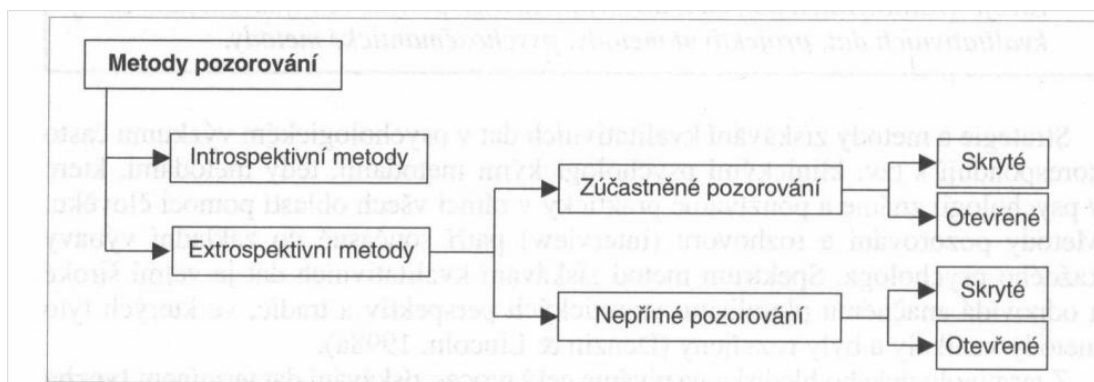
Pozorování je charakterizováno jako jedna z nejobtížnějších metod sběru dat v kvalitativním výzkumu. Pozorování má několik variant. Základním typem je zúčastněné pozorování, které znamená „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.*“ (Švaříček, 2007, s. 142) Zúčastněný pozorovatel je účastníkem interakcí a zároveň badatelem. Účastní se aktivit, ale přilíší se do dění nezapojuje.

Úkolem pozorování je zachycení děje a atmosféry situace. Zúčastněné pozorování umožňuje pochopení kontextu, což tvoří základ pro porozumění problému v celé jeho šíři. Dalšími výhodami pozorování je otevřenost vůči problémům bez ohledu na koncept, zachycení rutinních situací, objevení dříve nepozorovaných jevů a vztahů mezi nimi. (Švaříček, 2007, s. 142-143)

Metody pozorování můžeme dělit na základě různých hledisek. Výše jsme si již uvedli zúčastněné pozorování, opakem je pozorování nezúčastněné (za použití technických prostředků). Přímost a nepřímost pozorování spočívá v účasti při situacích s výskytem pozorovaného jevu. Strukturované pozorování má na rozdíl od nestrukturovaného předem vymezené a určené jevy. Při otevřeném pozorování pozorovatel vystupuje jako výzkumník, uzavřené pozorování znamená utajení jeho identity. (Švaříček, 2007, s. 144-146)

Dělení z pedagogického hlediska odvíjející se od času uvádí Chráska (2007, s. 151) na krátkodobé a dlouhodobé. Dlouhodobá pozorování, která probíhají řadu let, jsou označována jako longitudinální.

Z psychologického pohledu lze metody pozorování rozdělit na introspektivní a extrospektivní. Další dělení zobrazuje následující schéma:



Obrázek č. 2: Členění metod pozorování (Miovský, 2006, s. 142)

Jednou ze strategií extrospekce je izomorfní deskripce. Izomorfní deskripce znamená maximálně otevřené pozorování, při kterém je zaznamenávané vše, co je člověk schopen vnímat. Miovský (2006, s. 150) uvádí, že výsledná podoba dat se blíží volnějším narativním útvarům. Vědomá je snaha o omezení hodnotících soudů a interpretačních nadstavb. Proces pozorování a interpretace však od sebe oddělit nelze. Vnímané současně interpretujeme. Na základě nás, jako výzkumného nástroje, může docházet ke zkreslení, které nelze vždy vyloučit. (Miovský, 2006, s. 150)

Objektivnost pozorování mohou ovlivňovat následující subjektivní faktory:

- **Haló efekt** – tendence vnímat jedince pod vlivem celkového dojmu, vytvářeného obvykle na začátku seznámení s hodnoceným člověkem díky nějaké jeho nápadné a často i nedůležité vlastnosti.
- **Logická chyba** – sklon pozorovatelů hodnotit logicky pozorované vlastnosti.
- **Stereotypizace a analogie** – sklon k vytváření schémat obrazů a osobností, která mechanicky aplikujeme.
- **Tradice** – na hodnocení má vliv tradice zakotvená ve rčeních, příslovích.
- **Figura a pozadí** – mechanismus odvozený z celostních zákonitostí vnímání.
- **Aktuální psychický stav** – vliv aktuálního psychického stavu pozorovatele na posuzování pozorované skutečnosti.
- **Tendence k průměru** - tendence přisuzovat jevům střední intenzitu.
- **Kontrast** – tendence podhodnocování vlastností na základě pocitu, že sám pozorovatel v nich vyniká a naopak.

- **Shovívavost pozorovatele** – způsobuje posuzování pozorované skutečnosti mírněji. (Chráska, 2007, s. 153-154)

Informace získané z pozorování jsou jiného typu nežli informace z rozhovoru. „Pozorování slouží k popisu jednání aktérů, zatímco rozhovor dokáže zachytit to, co účastníci říkají, co si myslí, a dospět k pochopení jejich zkušeností.“ (Švaříček, 2007, s. 143)

Švaříček (2007, s. 158) doporučuje spojení metody pozorování s rozhovory, neboť tyto dvě metody mohou vytvořit komplexní obraz o situaci. Vhodné je jejich prolínání. Informace z rozhovorů nás dovedou k pozorování dalších jevů a naopak pozorování dává podněty k otázkám rozhovoru. V průběhu pozorování můžeme přicházet na další témata, která nám dávají podněty k dalšímu pozorování.

Informace ze života ženy s mentálním postižením autorka získávala prostřednictvím pozorování od útlého věku, neboť s ní byla v pravidelném kontaktu.

Od roku 2007 bylo pozorování záměrné a zaměřovalo se na problematické aspekty partnerství ženy s mentálním postižením. Pozorování mělo zpočátku charakter izomorfní deskripce. V letech 2010-2012 pozorování získávalo přesně daný záměr, strukturu a přímost, jednalo se tedy o pozorování strukturované a přímé.

Cílem pozorování bylo zjistit přítomnost problematických aspektů v navazování, průběhu a ukončení partnerských vztahů ženy s mentálním postižením. Další oblastí zájmu bylo sledování prožívání jednotlivých fází partnerských vztahů dospělou ženou s mentálním postižením a vliv těchto partnerských vztahů na život zkoumané.

Metoda pozorování byla využívána dlouhodobě, jednalo se tedy o pozorování longitudinální.

4.2.2 Analýza dokumentů

Analýzu dokumentů je možné chápat v širším nebo užším pojetí. V širším pojetí znamená rozbor materiálů, které jsou nějakým způsobem zdrojem informací k cílům výzkumu. V užším pojetí je analýza dokumentů chápána jako rozbor již existujícího materiálu. Výzkumník tedy nevytváří nové materiály pro analýzu, ale pracuje s již vytvořenými. (Miovský, 2006, s. 98-99)

Analýza dokumentů nezahrnuje pouze analýzu listin či částí textu, ale také předmětná svědectví (filmy, fotografie, zvukové nahrávky apod.) Výzkumník vybírá a zpracovává materiál na základě výzkumného cíle. Jednou z výhod analýzy dokumentů je skutečnost, že zdrojové materiály nelze ovlivnit, resp. jejich charakter. Námitkou k tomuto tvrzení je fakt, že nejsou v povědomí okolnosti, za jakých materiály vznikaly. (Miovský, 2006, s. 99)

Varianty analýzy dokumentů:

- **Analýza písemných dokumentů** – listinné či jiné dokumenty se zachycením obsahu písmen.
- **Analýza obrazových a zvukových dokumentů** – materiál v podobě obrazového nebo zvukového záznamu.
- **Analýza jiných hmotných dokumentů.**
- **Vzájemná kombinace předchozích variant.** (Miovský, 2006, s. 100)

Vypovídající hodnotu o materiálech mají také jejich vlastnosti – doba vzniku, účel vzniku, vnější znaky a stav, obsah, původ apod. (Miovský, 2006, s. 101-102)

Analýza dokumentů byla v realizovaném šetření využita zejména při získávání informací z lékařských zpráv, soudních rozhodnutí, fotografií a videozáznamů. Důvodem aplikace metody bylo získání objektivních informací. Příslušná data byla základem zejména pro zpracování podkapitoly o specifických vývoje ženy s mentálním postižením.

4.2.3 Interview

Interview je jednou z nejvýhodnějších a nejrozšířenějších metod kvalitativního výzkumu. Vyžaduje citlivost a jisté sociální dovednosti. Jak jsme již uváděli výše, interview nelze provést bez kombinace s pozorováním. Navození důvěrné a otevřené atmosféry v rozhovoru usnadňuje získání bohatších a hlubších dat. (Miovský, 2006, s. 155-156)

Dle míry strukturace Miovský (2006, s. 157) rozlišuje interview:

- **nestrukturované**
- **polostrukturované**
- **strukturované**

Nestrukturované interview se vnějšími znaky podobá běžnému rozhovoru. V nestrukturovaném interview není předem vytvořená struktura, oblastí zaměření je hlavní téma, které nás zajímá a sledujeme jeho rozvíjení. Nemusí být přesně dodržována strategie vedení interview. Typická je otevřenost danému člověku a situaci. Důležitá je však jasná představa co nás zajímá a jaká je náš cíl. Hlavní výhodou nestrukturovaného interview je jeho flexibilita. Tazatel se však musí držet základního zadání a cíle. Minimální úroveň struktury podněcuje dotazovaného k samostatné strukturaci, která má vypovídající charakter. Nevýhody nestrukturovaného interview se mohou objevit ve fázi zpracování a analýzy dat. Materiál může být nesourodý a situace může být ještě zkomplikována v případě, že zadáváme téma nestrukturovaného interview více dotazovaným (nastávají výrazné rozdíly v uchopení zadání). (Mioviský, 2006, s. 157-159)

Narativní interview je zvláštní formou nestrukturovaného interview. Tazatel vede spíše k vyprávění, nežli ke klasické konverzaci. Základem je tedy pomocí dotazovanému vhodnými otázkami, aby nám vyprávěl o daném jevu. Tazatel v průběhu interview spíše podněcuje, zasahuje pouze v nejasných výpovědích upřesňujícími otázkami. Cílem takového interview je získání autentického materiálu, který v sobě nese informace o samotném vypravěči, jeho životě, prožitcích, zkušenostech apod. (Mioviský, 2006, s. 158)

Polostrukturované interview je nejrozšířenější podobou interview. Vyžaduje náročnější technickou přípravu, spočívající ve vytváření schématu s okruhy otázek. Ty nemusejí být pokládány v přesném pořadí, mohou se přizpůsobovat potřebám a daným možnostem v interview. Vhodné je zařazení otázek zaměřených na upřesnění, vysvětlení odpovědi a doplňujících otázek, které pomáhají k rozpracování tématu do hloubky. Polostrukturované interview vyplývá z kombinace strukturovaného a nestrukturovaného interview, jeví se tedy jako ideální nástroj v kvalitativním výzkumu. Výhodou je volné využívání komunikace a v jiných částech větší míry

strukturace podle oblastí interview. Co se týče nevýhod, platí stejné jako u nestrukturovaného interview. (Miovský, 2006, s. 159-161)

Pravidla pro realizaci interview:

- Interview by mělo probíhat vždy za vhodné situace. Pro interview by měl být vytvořen dostatečný časový prostor. Interview by neměly být svědky osoby, jichž se netýká. Interview by mělo vždy probíhat v přirozeném prostředí.
- Doporučuje se interview začínat nejobecnějšími otázkami, které respondentu uvedou do problematiky.
- Při interview je třeba čelit působení psychologických faktorů, které mohou negativně ovlivnit výsledky rozhovoru.
- Je třeba vytvářet podmínky pro náležité navázání kontaktu s respondentem a pro jeho motivaci ke spolupráci. Tazatel by měl projevovat přiměřený zájem o výpovědi respondentu, měl by být taktní a nevtíravý. Na výsledky interview má vliv i úprava zevnějšku tazatele, jeho chování během rozhovoru (např. upjatost, familiárnost, atd.) a řada dalších osobnostních charakteristik.
- Velký význam má přesný záznam průběhu interview. Písemný záznam můžeme provádět přímo během interview nebo až po jeho ukončení. Provádíme-li zápis během interview, snížíme tím riziko zkreslení výsledků vlivem zapomínání, avšak zapisování odpovědi během interview může znamenat obtížnější navazování kontaktu a vytvoření celkově nepříznivé atmosféry rozhovoru. Zaznamenávání odpovědi respondentů až po skončení interview většinou z psychologického hlediska vyhovuje lépe, klade však větší nároky na přesné zapamatování průběhu interview. Pro záznam průběhu interview je možno použít také technických prostředků (např. magnetofonu). Vzhledem k tomu, že používání těchto zařízení je pro většinu respondentů zcela běžnou záležitostí, rušivý vliv na průběh interview nebývá většinou příliš velký. (Chráška, 2007, s. 183-184)

Považujeme za podstatné na tomto místě uvést zásady, které je třeba dodržovat při kontaktu s osobami s mentálním postižením, neboť byly při získávání dat využívány.

Dvanáctero kontaktu s osobami s mentálním postižením (Krejčířová, 2007, s. 26):

1. Jednejme s osobami s mentálním postižením vždy s velkou mírou respektu k jejich osobnosti.
2. Buďme empatičtí a trpěliví.
3. Dejme najevo vždy zájem o kontakt.
4. Jasně vyjadřujeme své myšlenky.
5. Vyhýbejme se abstraktním pojmům, cizím slovům a zkratkám.
6. Poskytněme dostatečný čas na odpověď.
7. Používejme mimiku a řeč těla.
8. Vždy si ověříme, že nám klient rozuměl.
9. Nekladme sugestibilní otázky.
10. Při komunikaci používejme řeč dospělých.
11. Pamatujme, že se v neznámém prostředí velmi obtížně orientují.
12. Jednejme s osobami s mentálním postižením vždy tak, jak bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi.

Metoda interview byla v rámci realizovaného šetření použita v komunikaci s dospělou ženou s mentálním postižením, jíž byly kladeny otázky polostrukturovaného interview zaměřené na partnerské vztahy (viz Příloha č. 1). Na základě souhlasu byl pořízen zvukový záznam interview. Vzhledem ke komunikačním schopnostem dotazované byly výpovědi doplněny interview vedeného s matkou. Informace přispěly ke komplexnímu pohledu na danou problematiku. Z počátku mělo interview s matkou dospělé ženy charakter narativního interview, zejména v otázkách týkajících se vývoje zkoumané. Informace z oblasti partnerských vztahů byly získávány pomocí metody polostrukturovaného interview (viz Příloha č. 1). Stejně jako u ženy s mentálním postižením byl po předchozím souhlasu dotazované pořízen zvukový záznam.

K celkovému náhledu na situaci přispěl polostrukturovaný interview s pracovnící Domova sociálních služeb Slatiňany (viz Příloha č. 1). Získané informace byly využity zejména pro podkapitulu týkající se řešení problematiky partnerství a sexuality osob s mentálním postižením v Domově sociálních služeb Slatiňany, v němž byla na týdenním pobytu dospělá žena s mentálním postižením 20 let. Při tomto interview byl prováděn písemný záznam v bodech a doslovný přepis klíčových odpovědí.

Interview probíhal v přirozeném prostředí dotazovaných s ohledy k aktuální situaci a časové podmínky. Důraz byl kladen na dodržování zásad při komunikaci se ženou s mentálním postižením a na vytvoření pozitivní atmosféry.

Informované souhlasy dotazovaných s použitím poskytnutých údajů v diplomové práci jsou uloženy v archivu autorky.

4.2.4 Narativní analýza

Narativní analýza „navazuje na velmi dlouhou a hlubokou tradici původně intuitivního a spontánního výkladu příběhů a rozvíjí ji na poli psychologického výzkumu do proudu svěbytného proudu, či přístupu. Předmětem narativní analýzy může být jakýkoli lidský výtvar obsahující, resp. zachycující určitý příběh nebo jeho části, označujeme jej jako narativní materiál. Narativním materiálem mohou být různé typy literárních prací, autobiografie, deníky, zachycená běžná konverzace, interview atd.“ (Miovský, 2006, s. 242)

Příběh je vyjádření způsobu organizace našich zkušeností. Narativitu lze na základě toho považovat za záznam jednání, mající časový rozsah a uspořádání prožitých zkušeností. Narativní přístup odmítá jedinou pravdu a interpretaci lidského jednání, jejím předmětem není hledání obecných pravd či pravidel. Příběhy jsou vytvářeny okolo jádra faktů nebo životních událostí, jde o jejich interpretaci. Pro narativní přístup je příznačný pluralismus, relativismus a subjektivismus. Aby mohl být narativní přístup přístupem vědeckým, je nutné definovat metody, postupy a způsob dojít k výsledkům. Životní příběh se v průběhu času mění, stejně jako jeho nositel. To znamená, že každý příběh je ovlivněn kontextem, v němž je vyprávěn. (Miovský, 2006, s. 242-243)

Narativně orientovaný výzkum vychází z psychologicky zaměřených přístupů. Zahrnuje proces sběru dat, přístupy k analýze a interpretaci dat. Na začátku realizace je výzkumná otázka, od níž se odvíjí plán výzkumu. Vhodnou metodou pro získávání informací je narativní interview (charakterizován výše). Dalším postupem je výběr vhodných interpretačních perspektiv. Čermák, Hiles, Chrz (2007, s. 54-55)

Čermák (2006, s. 97-98) uvádí dvě hlavní dimenze, které jsou východiskem interpretace i celého narativního výzkumu:

Holistická versus kategoriální – důležitá je skutečnost, zda jednotkou analýzy bude promluva, popř. část textu nebo zda je narativita brána jako celek. Kategoriální perspektiva představuje původní příběh. Výseky nebo jednotlivá slova jsou vyjmuty z původního celku příběhu. Kategoriální přístup je využíván při zkoumání problému sdíleného skupinou lidí. Pro holistický přístup je charakteristické zaměření na příběh osoby jako celku, části textu jsou interpretovány v kontextu ostatních částí vyprávění. Holistický přístup je využíván za cílem explorační osoby jako celku.

Obsahová versus formální – rozdíl je v zaměření na obsah nebo formu příběhu. V případě zaměření na obsah je v oblasti zájmu to co se stalo nebo proč se to stalo. Při zaměření na formu se výzkumník zajímá o strukturu zápletky, sekvence událostí, vztah k časovému průběhu apod. (Čermák, 2006, s. 97-98)

Z výše uvedených dimenzí vycházejí čtyři módy interpretace:

- Modus holisticko obsahový
- Modus holisticko formální
- Modus kategoriálně obsahový
- Modus kategoriálně formální

Čermák, Hiles, Chrz (2007, s. 55-64) uvádějí následující dělení, konkrétně se jedná o šest interpretačních perspektiv:

- Syžet-Fabule
- Holisticko-obsahová perspektiva
- Holisticko-formální perspektiva
- Kategoriálně-obsahová perspektiva
- Kategoriálně-formální perspektiva
- Kritická narativní analýza

V dalším textu uvedeme charakteristiky zmíněných interpretačních perspektiv.

Syžet-Fabule

„Smyslem této analýzy je rozlišení dvou vzájemně provázaných částí: co bylo převyprávěno (fabule) a jak to bylo převyprávěno (syžet).“ (Čermák, Hiles, Chrz,

2007, s. 58) Příběhy nejsou brány pouze jako události, ale jsou vyprávěny jedinečně – způsobem, do sekvencí, úhlu pohledu. (Čermák, Hiles, Chrz, 2007, s. 58)

Holisticko-obsahová perspektiva

Čermák (2006, s. 98) uvádí, že se výzkumník v rámci této perspektivy zaměřuje na životní příběh jedince jako celek a zejména na jeho obsah. V případě analýzy části textu postupuje ve světle obsahu.

V tomto přístupu je doporučováno:

- číst text opakovaně a bez specifického zaměření tak dlouho, dokud se nevynoří nějaká struktura či smysluplná konfigurace,
- prvnímu dojmu z takového druhu čtení dát písemnou podobu, tj. pokusit se reflektovat také kontradiktorické epizody, neobvyklé části příběhu, všechno, co se zdá být disharmonické ve srovnání s koherentním obrazem příběhu,
- vybrat si z obsahu příběhu takové téma, které se v textu vyskytuje opakovaně a které se jeví být z hlediska příběhu jako celku významotvorným nebo alespoň smysluplným,
- vyznačit různá témata a číst je separátně a opakovaně,
- sledovat výsledek různým způsobem, například, kdy se téma objevilo poprvé, kdy se témata kříží, které téma se jeví jako hlavní a které jako marginální, zachytit kontradiktorická témata. (Čermák, 2006, s. 98)

Holisticko-formální perspektiva

Zaměřuje se spíše na formu nežli na obsah příběhu. „*V popředí je především dějová linie a struktura životního příběhu jako celku nebo životních událostí v souvislosti s celkovou strukturou.*“ (Čermák, 2006, s. 99)

Kategoriálně-obsahová perspektiva

Postup spočívá ve výběru dílčích výroků z textu, které se seskupí do kategorií – předem vytvořených nebo vytvořených v průběhu analýzy. Časté je kvantitativní zacházení s narativitou. Kategoriálně-obsahová perspektiva znamená obsahovou analýzu. (Čermák, 2006, s. 100-101)

Kategoriálně-formální perspektiva

Výzkumník se zaměřuje „na *diskrétní stylistické nebo lingvistické charakteristiky definovaných jednotek narativity*.“ (Čermák, 2006, s. 102) Narativita je nabitá emocionální zkušeností, kterou lze zachytit na hranici výzkumu narativity mezi lingvistickými a psychologickými charakteristikami. (Čermák, 2006, s. 102)

Kritická narativní analýza

Je charakterizována jako psychosociální, která obsahuje „*kritické zisky diskurzivní analýzy...kombinované se zaměřením na aktivní konstrukci procesu, jehož prostřednictvím se jedinci pokoušejí zachytit své životy*.“ (Emerson, Froshe, 2004 In Čermák, Hiles, Chrz, 2007, s. 63)

Existuje několik **způsobů (možností) popisu narativní konstrukce**.

- **Diskurzivní konvence** „*je pojmána jako diskursivní výkon, prováděný podle pravidel vytvořených společensko-historickým kontextem*.“ (Miovský, 2006, s. 243) V narativní konstrukci se uplatňují konvence, které charakterizuje Gergen (dle Chrz, 2002):

- ustanovení hodnotného cílového bodu, tj. stavu, jehož je třeba dosáhnout, či jemuž je třeba se vyhnout.
- výběr událostí relevantních vzhledem k cílovému bodu
- uspořádání vybraných událostí v rámci určitých časoprostorových vztahů
- stabilita identity postav v průběhu času
- kauzální zřetězení událostí
- zarámování vyprávění určitými výrazy signalizujícími začátek a konec.
(Chrz, 2002, s. 42)

- Jiný způsob představují **tzv. mentální schémata**. Jsou tvořena typickým uspořádáním. Počátek příběhu je zachycen určitou situací s uvedením postav. Počáteční událost přináší určitý cíl. Pokusy o dosažení cíle dokládají určité výsledky. Výhodou těchto schémat je uchopení událostí jako smysluplných a uspořádaných celků. (Miovský, 2006, s. 243-244)

Klíčové události, hodnoty a přesvědčení, perspektivy a cíle a sebeobrazy jsou hlavními komponentami modelu D. McAdamse. K charakteristice uvedených kategorií

lze využít tzv. **tematických linií** a komplexity vyprávění. Tematické linie znamenají opakující se vzorce lidských přání a záměrů. Popis je zaměřován na klíčové oblasti v příbězích, perspektivní zaměření na cíle, životní plány a perspektivy, personifikované obrazy sebe a druhých, hodnoty a přesvědčení. (Miovský, 2006, s. 244)

Kategorie narativní rekonstrukce:

- **Životní témata** – jsou vyjadřována jako to, „*o co se jedná a o co tu jde*“, jsou výchozí kategorií narativní rekonstrukce
- **Ztvárnění jednání** – způsob jednání a důvody, které k němu vedly
- **Zápletky a figury** – vyprávění příběhu prostřednictvím konstrukce dějové souvislosti
- **Hodnoty a přesvědčení** – hodnotíme cíle a zdůvodňujeme jednání aktérů, které k cílům směřuje
- **Obrazy sebe a druhých**
- **Reflexe**
- **Hledisko** – úhel pohledu, z jaké perspektivy na zkušenost nahlížíme
- **Diskursivní kontext** – znamená strukturu a tvarování vyprávění vzhledem k příjemcům (Miovský, 2006, s. 243-246)

Narativní analýza je kvalitativní metodou využívanou především v psychologickém výzkumu, v pedagogických vědách není příliš obvyklá. Metoda byla pro šetření v této práci zvolena z důvodu malého vzorku šetření a zaměření na příběh, jako prostředku i cíle šetření. Pro analýzu dat byla v praktické části využita holisticko-obsahová perspektiva narativní analýzy.

4.3 Charakteristika vzorku šetření

Vzorkem realizovaného šetření jedna osoba – žena v období mladé dospělosti s mentálním postižením v pásmu středně těžké mentální retardace. Cílem praktické části práce je zmapovat přítomnost problematických aspektů v partnerských vztazích jedné konkrétní osoby. K malému vzorku šetření bylo přistoupeno se záměrem rozsáhlejšího šetření problematických aspektů partnerství osob s mentálním postižením. Domníváme

se, že v případě většího vzorku zkoumaných osob by nebylo možné se věnovat této problematice do hloubky.

Jméno zkoumané osoby bylo v práci změněno, stejně tak jako jména partnerů. Mladá žena s mentálním postižením se pro účel této práce jmenuje Ivona, v současné době jí je 32 let.

4.4 Průběh šetření

Hlavní část šetření zaměřeného na problematiku partnerských vztahů byla realizována od ledna roku 2011 do května roku 2012.

Metoda pozorování v přirozených podmínkách (v rodinném prostředí) probíhala od raného dětství autorky, neboť byla se zkoumanou osobou ve stálém kontaktu. Záměrné pozorování ženy s mentálním postižením v institucionálních podmínkách se konalo v letech 2008-2010.

Analýza dokumentů byla prováděna v měsících lednu až květnu roku 2012.

Realizace polostrukturovaných interview se ženou s mentálním postižením se odvíjely od aktuální situace v partnerských vztazích. Informace pomocí interview byly získávány v letech 2011-2012, častěji však v měsíci březnu a dubnu roku 2012.

Narativní a polostrukturované interview s matkou ženy s mentálním postižením se uskutečnily rovněž v měsíci březnu a dubnu roku 2012.

Místem průběhu interview bylo přirozené prostředí dotazovaných. Vyloučena byla přítomnost dalších osob. Časový prostor pro interview se odvíjel od vzájemné domluvy a ochoty respondentů odpovídat.

Komunikace s pracovníci Domova sociálních služeb Slatiňany proběhla v měsíci únoru roku 2012.

V průběhu měsíců března až června roku 2012 byla zpracovávána získaná data a prováděn jejich rozbor pomocí metody narativní analýzy, konkrétněji její holisticko-obsahové perspektivy.

5 PROBLEMATICKÉ ASPEKTY PARTNERSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM – PREZENTACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Praktická část je zaměřena na výskyt problematických aspektů partnerství ve vztazích dospělé ženy s mentálním postižením.

Pro účel práce jsou následující podkapitoly členěny dle chronologického hlediska. To znamená, že nejprve bude věnována pozornost specifikům vývoje Ivony. Další podkapitoly pak budou věnovány jednotlivým partnerským vztahům, kdy blíže uvedeme jejich průběh i specifika.

Přestože se práce zabývá dospělostí jedince s mentálním postižením, pokládáme za důležité (vzhledem ke zkoumanému tématu) uvést vývoj ženy od narození po současnost, neboť tyto informace umožňují komplexní náhled na problematiku a jsou významné pro zkoumané oblasti.

K získání dat pro podkapitolu týkající se vývoje, byl využit narativní interview s matkou, polostrukturovaný interview s pracovnící Domova sociálních služeb Slatiňany a analýza dokumentů. Komentáře Ivony v následující podkapitole jsou spojeny s jejími vzpomínkami na tehdejší období. V dalších podkapitolách, zaměřených na partnerské vztahy, jsou zdroji dat odpovědi na otázky z polostrukturovaných interview vedených se ženou s mentálním postižením a její matkou. Údaje jsou současně výsledkem longitudinálního pozorování.

5.1 Specifika vývoje Ivony

Ivona se narodila předčasně ve 38. týdnu normálně probíhajícího 2. matčina těhotenství. Žádná skutečnost nenasvědčovala tomu, že by se mělo narodit dítě s postižením. Porodní hmotnost byla 2750 g, délka 47 cm (Výpis ze zdravotnické dokumentace

v Příloze č. 2). Podle slov matky lékař při začínajícím porodu prohlásil, že „*to ještě nebude*“ a odešel spát. Sestra povolila matce dojít si na toaletu, která však po vstání z lůžka ucítila hlavičku dítěte. Porod proběhl bez komplikací, ale bez přítomnosti lékaře, pod dohledem zdravotní sestry. Z lékařských zpráv vyplývá, že Ivona byla

po porodu kříšena, „lokla“ si plodové vody. Několik hodin po porodu došlo opakovaně k zástavě dechu, pravděpodobně na základě vdechnutí látek do dýchacích cest. Byla provedena resuscitace, umělé dýchání a podávání kyslík. V dalších hodinách docházelo ke zvracení krve. Tato skutečnost byla matce oznámena po osmi hodinách po porodu. Lékaři matce současně sdělili, že „*si s malou nevědí rady a asi ji pošlou do Hradce.*“

Matka ke své reakci po sdělení říká: „*Nebyla jsem schopná slova a jen brečela*“.

Rodiče Ivony si byli vzájemnou oporou a společně doufali, že bude vše v pořádku. Matka si vyčítá, že tehdy lékaře neprosila, aby Ivona dostala lepší péči.

Poporodní stav dítěte byl komplikován těžkou novorozeneckou žloutenkou, pro kterou muselo být hospitalizováno několik týdnů. Propuštěno bylo v dobrém stavu.

V prvním měsících vývoje matka pozorovala opoždování, zejména po motorické stránce. Měla možnost srovnávání vývoje s neteří, Ivona byla pouze o tři týdny starší. Lékaři byla ujišťována, že je vše v pořádku. K prvnímu celkovému vyšetření byla Ivona na základě diagnózy psychomotorické retardace podrobena v roce a čtyřech měsících. Konečnou diagnózou byla dětská mozková obrna.

Lékařská péče byla v následujících měsících zaměřena na zvládnutí stavu spojeného s dětskou mozkovou obrnou. Přibližně ve dvou letech byla Ivona poprvé hospitalizována v dětské rehabilitační léčebně v Luži-Košumberku. Zde bylo provedeno psychologické vyšetření, které potvrdilo mentální úroveň necelého jednoho roku, odpovídající stupni středně těžké mentální retardace. Současně je ve zprávě uváděno, že dívka má jisté rezervy a je možné předpokládat, že by se v předškolním věku mohla dostat do úrovně lehké mentální retardace.

Vývoj po motorické stránce byl opožděný. Ivona seděla až v jednom roce, ve dvou letech byla chůze plná pádů, ve třech letech již byla schopna samostatné krátkodobé chůze. K motorickému vývoji velmi přispěly pobyty v rehabilitačním ústavu v Luži-Košumberku a také pravidelné cvičení dle vojtovy metody.

Vývoj řeči rovněž probíhal pomaleji. Ve stáří 22 měsíců říkala 3-5 jednoduchých slov. Ve třech letech již více jednotlivých slov, ve 4 letech rozvoj řeči nedosahoval druhého vývojového věku. V sedmi letech byla již slovní zásoba poměrně dobrá, řeč ve větách, občas nesrozumitelná, objevovala se patlavost a agramatismy. V osmi letech odpovídala slovní zásoba čtvrtému vývojovému roku. Z vyšetření v patnáci

letech vyplývá, že řeč je čistá, jen občas se vyskytuje patlavost a agramatismy, ale vyjadřuje se v plných větách.

První psychologické vyšetření v okresní pedagogickopsychologické poradně proběhlo přibližně ve třech letech dívky. Závěr vyšetření: *„nesplní úkoly pro druhý rok v intelektové zkoušce.“* Kontrolní vyšetření proběhlo ve čtyřech letech: *„dívka je schopna zachování čistoty přes den, hra samostatná není.“*

Matka vzpomíná na pracovníka pedagogicko psychologické poradny negativně: *„Když Ivonka neměla náladu, komín nepostavila, i když doma se jí to dařilo. Ale tam to prostě naše Ivonka neudělala, tak řekl, že nic neumí, nic neudělá, že je nevzdělavatelná a co si jako myslím, že bych ji chtěla dávat do školy.“*

Ve čtyřech letech byla Ivona hospitalizována na neurologickém oddělení v Praze v Motole. Do dutiny břišní jí byla opakovaně voperována telecí hypofýza, která měla podporovat činnost mozku (viz Anamnestické údaje získané od rodičů vyšetřované v Příloze č. 2). Ivona současně docházela k alternativnímu léčiteli.

Matka: *„Je lepší než byla, to se vůbec nedá srovnat. K tomu léčiteli jsme se najezdili. Řekl mi, že první dva měsíce tam musíme jezdit každý den. V té době jsme ještě neměli auto, tak nás tam musela vozit známá. Nejhorší bylo to čekání, bylo tam vždycky hodně lidí. Já jsem tomu věřila a lepší prostě byla.“*

Další hospitalizace byla zapříčiněna malými epileptickými záchvaty, které Ivona měla třicetkrát až čtyřicetkrát denně, začaly se objevovat ve věku dvou let. Epilepsie je až do současnosti kompenzovaná medikamenty.

V předškolním věku Ivona do mateřské školy nedocházela. Důvodem bylo odmítnutí jejího přijetí do předškolního vzdělávání učitelkou mateřské školy. Hlavním argumentem bylo, že *„nemá mezi zdravými co dělat.“*

Vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny v pěti letech: *„neklidná, pozornost udrží jen krátkodobě, grafomotorika na úrovni 3 let, slovní zásoba na úrovni 2 let.“*

Psychologické vyšetření v sedmi letech potvrzovalo, že mentální retardace zasahuje do pásma nevzdělavatelnosti a doporučením bylo zařazení na zkoušku do zvláštní školy. Do zvláštní školy Ivona později nastoupila, učivo však nezvládala.

Ivona: „*Já propadla, já to nezvládala, bylo to těžký na mě. Mě to asi nešlo moc. Mě tam nadali paní učitelky nějaký a mě to nešlo.*“

V osmi letech byla Ivona opětovně vyšetřena v okresní pedagogicko-psychologické poradně pro selhání ve výuce ve zvláštní škole. Škola navrhovala zbavení školní docházky. Ve zprávě je uvedeno, že Ivona není schopna soustředění, nespolupracuje, není schopna se naučit ani nejzákladnější úkony. Doporučena byla pomocná škola internátní.

Na základě rozhodnutí rodičů byla Ivona v osmi a půl letech zařazena do vzdělávání v internátní pomocné škole. Matka jí každé pondělí odvážela do školy a v pátek ji vyzvedávala domů. Vzpomíná na tehdejší špatné spoje, neboť tato nejbližší pomocná škola byla od bydliště vzdálena devadesát kilometrů. Nemožné bylo také z tohoto důvodu zaměstnání matky.

Pedagogická rada internátní pomocné školy však doporučovala zbavení školní docházky. Situace byla ztěžována opakovanými hospitalizacemi Ivony v rehabilitačním ústavu. Po půlročním opětovném zařazení bylo doporučeno osvobození od školní docházky a stalo se tak v deseti letech.

Vyšetření ve dvanácti letech v Luži-Košumberku prokazuje, že došlo k mírnému pokroku ve všech složkách psychomotoriky. Na základě toho byla Ivona umístěna do tehdejšího Ústavu sociální péče pro mládež ve Slatiňanech. Týdenní pobyt tam dříve nebyl možný, rodiče se na něm však se zařízením domluvili. Ivona neměla výraznější problémy s adaptací, nikdy se u ní neprojevyly žádné projevy agresivity či psychomotorický neklid (viz Anamnestické údaje získané od rodičů vyšetřované v Příloze č. 2).

Matka: „*Já jsem říkala, že na měsíc jí tam prostě nenechám, že na týden si tam snad nějak zvykne. Pro mě to taky bylo hrozně těžký, říkala jsem, že Ivonku v životě nikam nedám. Dneska jsem tomu šťastná, že jsem jí tam dala. Za první, byla tam mezi svými, za druhé, když je někdo horší, tak ona se před ním snaží, doma se snažit nebude, protože je každý lepší než ona. Pak byla Ivonka šťastná, když se jí v něčem dařilo a to jí táhlo k tomu, aby se víc snažila.*“

Ze zprávy z tehdejšího Ústavu sociální péče pro mládež ve Slatiňanech 2001 (v Ivoniných 21 letech): „*Navštěvuje devátý ročník pomocné školy. Čte bez chyb, vážne*

porozumění textu. Opisuje a přepisuje bez chyb, v diktátu chybuje. S mírnou nápovědou zvládá početní operace do stovky. Zvládá jednodušší manipulaci s penězi. Chování je bezproblémové, je ukázněná, pečlivá, vstřícná k plnění úkolů, nevyvolává konflikty. “

Z psychologického vyšetření z roku 2009 (v Ivoniných 29 letech): *„Počítá do 40, 2 a 5 je 10, polovinu z 10 neřeší. Násobení a dělení nezná. Potok X rybník – je tam hodně vody. Rozezná papírové peníze i mince, jejich hodnotu však nedovede pochopit, kdyby šla nakupovat, neví, co by jí měli vrátit. Kolik stojí jízdenka na známé trati, po které jezdí do práce, neví, to jí v ústavu vždy dají a ona si za to koupí zpáteční jízdenku. Prezident republiky je Klaus. Hlavní město republiky nezná. Státní hymna se jmenuje Kde domov můj. Současné roční období je jaro. Dovede vyjmenovat všechna roční období. Vltava je potok. Dopis, který by našla o frankovaný pod schránkou, by hodila do schránky. Jaký je rozdíl mezi omylem a lží neřeší. “*

Ivona se po absolvování pomocné školy vyučila dvouletému oboru kuchařské práce v Chroustovicích. Následně se jí ujala chrudimská agentura podporovaného zaměstnávání Rytmus. Po dobu tří měsíců v roce 2005 docházela pracovat jako pomocná síla na úklid v uvedené agentuře. Pracovníkům agentury se později podařilo navázat kontakt s úklidovou firmou. Tehdy Ivona začala pracovat jako uklízečka na zkrácený pracovní úvazek. Ze Slatiňan dojížděla do práce v Chrudimi autobusem. Asistence na pracovišti trvala půl roku a měla sestupnou tendenci. Při nácviu dovedností spojených s dojížděním do zaměstnání (na základě vypracování krizového plánu) trénovala spolu s asistentem, jak se má zachovat v krizových situacích. Ivona měla na pracovišti vytvořené návody - co má který den dělat, jaké prostředky má používat. Dokázala si říct, že jí něco chybí, že něco potřebuje nebo není něco v pořádku. V práci byla velmi oblíbená, zodpovědná a pracovitá. Výdělek spolu s invalidním důchodem hradil její pobyt v chráněném bydlení.

Na otázku, co v práci dělá, toho času odpovídala: *„Uklízím. Vezmu potřeby tam a pak dělám schody, stírám všechny chodby a ještě záchody dole. Pracuju, protože mě to baví. “*

Od roku 2006 Ivona bydlela v jednom z nově postavených domků chráněného bydlení. K jejich vybudování došlo na základě procesu transformace poskytovaných služeb

Domova sociálních služeb Slatiňany. Ivona měla samostatný pokoj, o který se sama starala. Velmi se zlepšila v samostatnosti.

Ivona: „*Já vytírala, nebo uklízela nádobí, pomáhala s dětma dávat na nočník, do koupelny pomáhala umývat.*“

Pro svoji dobrosrdečnost byla zneužívána ostatními uživateli zařízení. Telefonovali z jejího mobilního telefonu - provolali nemalé částky, někdy si půjčovali drobné peněžní částky a již nevraceli.

V osmnácti letech byla Ivona zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovnící je až doposud matka. Rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům je uvedeno v Příloze č. 3.

Ivona vyrůstala v harmonickém rodinném prostředí se svojí o rok starší zdravou sestrou, která s ní trávila svůj volný čas spolu s vrstevníky. Snaha Ivony o rozvoj po vzoru sestry nebyla patrná, příčinou nejspíše byly pocity nedostačivosti. V Ivoniných 18 letech se narodila mladší sestra.

Období puberty a dospívání nebylo u Ivony bouřlivým obdobím. Tělesné změny spojené s rozvojem sekundárních pohlavních znaků probíhaly v normě. Menstruace se u Ivony objevila ve věku 15 let. S významem menstruace Ivonu seznámila její matka a také pracovnice Domova sociálních služeb Slatiňany. Ivona situaci pochopila a nepředstavovala pro ni problém. Matka popisuje, že používání hygienických pomůcek nejprve Ivoně názorně ukázala, poté nějaký čas s jejich použitím pomáhala, až byla Ivona postupně v této oblasti plně samostatná.

V tomto období se u Ivony po sexuální stránce neobjevovaly žádné projevy. Ve zprávě z roku 1998 (tedy v jejích 18 letech) je uváděno, že Ivona zatím nejeví zájem o druhé pohlaví.

Matka Ivony byla tehdy pracovnicí domova vyrozuměna: „*Ve Slatiňanech mi říkali, že by bylo vhodné jí zajistit nějaký druh antikoncepce, třeba nějaký prášky. Že tam mají nějaký volno, že jim ho musí dát a když by spolu odešli třeba na záchod a udělali to tam, aby to bylo nějak ošetřené. Ty děti, které chodily, měly nějakou volnost, aby nebyly*

pořád zavřený. Tak jsem se tenkrát bavila s gynekologem a ten mi říkal, že by doporučoval, aby děti vůbec neměla, že by je nedokázala vychovat. Že bych měla potom ještě tři malé děti – jako Ivonu, mimino a ještě toho otce dítěte.“

Ivona měla v té době problémy s menstruačním cyklem. Rodiče se rozhodovali, jak situaci ohledně antikoncepce vyřešit. Nakonec přistoupili k nezvratnému řešení – sterilizaci. Ivona s touto skutečností není doposud seznámena takovým způsobem, aby závažnost zákroku a jeho důsledky pochopila.

Matka: „Jako opatrovník jsem mohla rozhodnout. Gynekolog napsal doporučení, že tento zákrok doporučuje na základě zdravotního postižení, a že s tím my rodiče souhlasíme.“

Matka: „O rodičovství jsem se Ivonkou bavila. Říkala jsem jí, jestli si myslí, že by zvládala starat se o miminko celý den. Že miminko pláče v noci, musí se k němu vstávat, prát... No a ona mi na to řekla, že by všechno dělala. Povídám, Ivonko, to bys musela všechno dělat, to už by nebylo kávička a televize, musela bys vařit a tak dál. To není jen tak.“

Problematické situace spojené s dospíváním byly řešeny rodiči ve spolupráci s pracovníky Domova sociálních služeb Slatiňany, jehož služby toho času Ivona využívala. Matka Ivony byla s přístupem personálu velmi spokojená.

Z rozhovoru na téma sexuální výchova a osvěta s matkou Ivony: *„To jsem s ní neprobírala, ona to ví. Ještě než jsem jí to chtěla říct, tak už to věděla. Ve Slatiňanech to s nimi všechno probírali. Ivonka vždycky když přijela domů, hned mi všechno říkala. Tím, že tam byla od dvanácti let, tak jí brali jako stárou a na tyhle výchovy ona docházela. Říkali jí tam o měsíčkách, to už jsem jí teda taky říkala, ale tam se to znovu učili, i o uvolnění vajíčka, to ona všechno věděla. Úplně jsem se tomu divila, co všechno jí tam naučili.“*

5.1.1 Řešení problematiky partnerství a sexuality v Domově sociálních služeb Slatiňany

Níže předkládaná fakta uvádíme záměrně, neboť Ivona, dospělá žena s mentálním postižením, v Domově sociálních služeb Slatiňany žila 20 let. Tato skutečnost v ní bezpochyby zanechala mnoho vzpomínek, ale také přispěla k velkému osobnostnímu rozvoji v oblasti pedagogické, pracovní, sociální i partnerské a sexuální. V následujícím textu se blíže se zaměříme na problematiku partnerství a sexuality a její řešení v Domově sociálních služeb Slatiňany.

Domov sociálních služeb Slatiňany je příspěvkovou organizací Pardubického kraje. V současné době poskytuje sociální služby: domov pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, denní stacionář a chráněné bydlení. Je koedukovaným zařízením. Zabezpečuje denní a celoroční pobyty pro 385 uživatelů – děti, mládež a dospělé osoby s mentálním postižením v kombinaci s tělesným nebo smyslovým postižením. Uživatelé žijí v tzv. domácnostech, sociálně zdatnější uživatelé v chráněném bydlení. V domově sociálních služeb je přibližně 80% uživatelů s mentálním postižením v pásmu těžké a hluboké mentální retardace.

Domov sociálních služeb Slatiňany podporuje prosazování vlastní vůle uživatelů, poskytuje uživatelům podporu při jejich začleňování do samostatného života, poskytuje nebo zajišťuje potřebnou zdravotní, rehabilitační a ošetrovatelskou péči pod vedením odborných lékařů, nabízí uživatelům širokou škálu terapií, zajišťuje výchovně vzdělávací činnost jako nedílnou součást života uživatelů, spolupracuje s odbornými pracovišti, podporuje a zabezpečuje přípravu a zapojení uživatelů do pracovního procesu, nabízí uživatelům širokou škálu zájmové a rekreační činnosti, organizuje tradiční tábory a rekreační pobyty v rámci ČR i zahraničí, poskytuje poradenskou činnost a speciální péči odborníků, je pracovištěm klinických praxí Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. (Domov sociálních služeb Slatiňany, 2012)

Jedním ze závazných a platných dokumentů v Domově sociálních služeb je Protokol o vztazích a sexualitě. Na jeho vytvoření se podílel tým pracovníků. Podněty ke zpracování byly získávány mimo jiné z různých školení týkajících se partnerství a sexuality osob s mentálním postižením. Protokol o vztazích a sexualitě je uveden v Příloze č. 4.

Sexuální osvěta je zaměřena třemi směry – na výchovu uživatelů, program výchovy a výcviku pro personál, osvětu zákonných zástupců, opatrovníků, rodinných příslušníků apod.

V rámci sexuální výchovy jsou zejména pro osoby s lehčím stupněm mentálního postižení organizována setkání – tzv. „Posezení u kávy“. Jednotlivých sezení se účastní maximálně čtrnáct uživatelů. Sexuální výchova probíhá také individuálně, zejména u osob s těžším stupněm mentálního postižení. Tréninkový program je zaměřen na užívání antikoncepce, tedy i nácviku používání prezervativu. Uživatelé jsou vedeni k hygienickým návykům a péči o tělo. Pro uživatele jsou pořádány přednášky odborníků (psycholog, sexuolog, psychiatr). Za účelem přípravy na partnerský život probíhají přednášky vedené psychologem. V rámci sexuální osvěty je používán jednotný sexuální jazyk.

Pro sexuální výchovu uživatelů jsou využívány různé názorné pomůcky a materiály, jako jsou např. obrázky postavy muže a ženy, zobrazení postupu masturbace, instruktážní DVD „O vztazích“, „O sexu“. Důraz je kladen na názornost, stálé opakování a jednoduchost probíraných témat.

Veškerý personál zařízení je seznámen a proškolen se základními pojmy a přístupy týkající se sexuality. Pedagogický, zdravotnický personál a pracovníci sociální péče jsou pravidelně proškoleni formou přednášek. V zařízení je určen pracovník zodpovědný za sexuální výchovu a osvětu uživatelů, který je systematicky vzděláván v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.

Důraz je kladen také na prevenci před sexuálním zneužíváním, neboť někteří uživatelé opouštějí zařízení, zejména při dojíždění do zaměstnání. Pracovníci upozorňují uživatele na jejich práva. Jsou seznámeni s možností svěřením se klíčovému pracovníkovi s problémy týkajícími se nejen sexuality. Za prevenci sexuálního zneužívání v praxi lze také považovat oddělení malých dětí s mentálním postižením od dospělých uživatelů.

Volba antikoncepce závisí na doporučení odborného lékaře, souhlasu opatrovníka a informovaném souhlasu uživatelky. Výběr antikoncepce je ovlivněn zdravotním stavem, stupněm postižení, individualitě klienta a ochotou ke spolupráci. Dle stupně postižení je každý uživatel zařazen do individuálního nebo skupinového tréninkového programu v používání antikoncepce. Nejčastěji využívanou antikoncepcí u dívek je injekčně aplikovaná hormonální antikoncepce Depo-Provera a hormonální antikoncepce v podobě tabletek, kterou většinou podávají zdravotní sestry spolu

s dalšími léky. Velký důraz je kladen na používání prezervativu, také z důvodu prevence proti pohlavně přenosným chorobám.

Preventivní programy a sexuální výchova jsou zaměřeny na předcházení těhotenství. Zařízení nemůže poskytovat služby osobám, které se pro rodičovství rozhodnou. Touha po dítěti se objevuje zejména u žen s lehčím stupněm mentálního postižení, práci s tímto tématem mají za úkol klíčoví pracovníci.

Problémové (deviantní) sexuální chování je řešeno s příslušnými odborníky zejména z Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.

Pracovníci Domova sociálních služeb podporují navazování vztahů uživatelů. Společně se účastní různých společenských akcí, jako je např. Valentýnský ples, sportovní hry. V případě navázání vztahů umožňují telefonický kontakt, podporují při dopisování. Po navázání známosti je možné ubytování jednoho z partnerů na ubytovně, aby se mohli partneři společně setkat.

Na základě déletrvajících partnerských vztahů mezi uživateli je umožněno společné bydlení párů. V případě zájmu jsou jim uspořádány tzv. zásnuby – partneři si dají slib a vymění prstýnky před sezvanými rodinnými příslušníky.

5.2 Partnerský vztah s Petrem

Petr a Ivona se seznámili v Domově sociálních služeb Slatiňany, jehož byli toho času oba uživateli služeb. Ivona již tehdy bydlela v chráněném bydlení.

Ivona je přibližně o dva roky starší než Petr.

Podle dostupných informací bydlel Petr v dětství s rodiči, byl sexuálně zneužíván otcem, matka o něj zájem nejevila. Poté se ho ujala jeho babička, která s přibývajícím věkem přestala péči zvládat. Petr se tehdy dostal do Domova sociálních služeb Slatiňany.

Petr bydlí v samostatném bytě, ve kterém má dva pokoje, malou kuchyň a sociální zařízení. Z počátku k němu docházeli pracovníci za účelem podpory v nezávislém bydlení. Nyní bydlí zcela samostatně a vše bez problémů zvládá.

Petrovo mentální postižení se pohybuje v pásmu lehké mentální retardace. Je však zbaven způsobilosti k právním úkonům, jeho opatrovníkem je ustanoven pracovník z Domova sociálních služeb Slatiňany. Petr ve volném čase rád rybaří a jezdí na kole. Je velice pracovitý, do svého zaměstnání chodí rád. Dříve pomáhal v okresní nemocnici

s převážením jídla, v současné době vykonává pomocné zednické práce na stavbách. Invalidní důchod společně s výdělkem tvoří jeho příjem, ze kterého platí nájemné a další důležité výdaje. Petr dokáže hospodařit se svými penězi. Je schopen si sám šetřit i na výdajích za vodu či plyn. Pokud si chce koupit něco finančně náročnějšího, domlouvá se se svým opatrovníkem.

Jelikož oba partneři pobývali ve stejném městě, k jejich setkávání docházelo poměrně často. Ivona zpravidla v pátek přespávala v bytě Petra a společně v sobotu dojížděli k Ivoniným rodičům.

Matka: *„Někdy jsem se bála k němu Ivonu pustit, aby třeba nešel do hospody. Někdy se taky vytahoval, že se opil, ale nemyslel to asi zle, jen se chtěl tak trochu pochlubit. Nikdy jsem ho opilého neviděla.“*

Petr jezdil také na víkendové návštěvy k Ivoně. Času spolu příliš mnoho netrávili, společné plány víceméně neměli. Pokud byli Petr s Ivonou na procházce, nedrželi se za ruce a měli mezi sebou několikametrový odstup z důvodu Ivoniny obtížnější chůze, na kterou Petr nebral ohledy. Petr během dne navštěvoval příbuzné Ivony.

Ivona: *„Petr mě vůbec nebral za ruku a pusou dával jednou za čas.“*

Ivona: *„Jak je ségra nahoře, tak musel pořád chodit za ní a nikdy nebyl se mnou dole.“*

Petr byl Ivoniným prvním mužem, se kterým došlo k pohlavnímu styku. Ivona byla informována svou matkou, aby při intimních aktivitách s partnerem dodržovala určité zásady, nejen hygienické. Jejich vzájemný vztah týkající se sexuální stránky a projevů zamilovanosti byl spíše strohý, příčinou byla s největší pravděpodobností odezva sexuálního zneužívání Petra v dětství.

Rodiče Ivony byli vztahu nakloněni, snažili se partnery ve vztahu podporovat a pomáhali s realizací návštěv a vzájemných setkání.

V průběhu vztahu se nevyskytovaly žádné výrazné problematické situace nebo neshody mezi partnery. Ze zprávy z Domova sociálních služeb však vyplývá, že Ivona byla Petrem finančně využívána.

Ivoně na Petrovi vadilo: „*Někdy na mě nebyl moc hodný.*“

Ivona: „*On měl špinavý nádobí a já drbala to a nešlo to ani (smích).*“

Matka: „*Když nás Petr pozval k sobě domů, tak tam měl naklizeno. Ale jak asi věděl, že přijde Ivona, tak si říkal, proč by to neumyla ženská. Ona na to nadávala, ale myslím si, že mu to nádobí ráda umyla.*“

Ivona o svých plánech toho času říkala, „*že si chce Petra vzít a mít s ním děti*“.

Petr měl na jejich vztah podobný názor. Všiml si, že Ivona každý den užívá prášky a naváděl ji, aby s tím přestala, že to jsou prášky, aby nemohli mít děti. Situaci bylo nutné vysvětlit, neboť šlo o antiepileptika.

Ivona: „*Já měla ráda Petra dlouho.*“

Vztah Ivony a Petra trval přibližně 4 roky. Ke konci tohoto vztahu Ivona dojížděla do chrudimské agentury podporovaného zaměstnávání Rytmus, kde se na společných setkáních s dalšími uživateli setkala s Liborem, do kterého se zamilovala. Sama se pak rozhodla, že se s Petrem rozejde.

Ivona však říká: „*Já se s ním rozešla, protože on jel na kole a já za ním utíkala jako blbá. Pak on na mě nepočkal a já šla po tmě sama. On byl doma a on říkal a měl tam nějaký bratránky, ať prej jdu domů sama. Já bála.*“

Petr s rozchodem nesouhlasil a nemohl se s ním vyrovnat. S Ivonou se zpočátku snažil domluvit, aby se k sobě vrátili. Ta ale nesouhlasila a Petr jí začal slovně napadat, používal vulgarismy, pronásledoval ji a vyhrožoval jí zabitím, pokud se k němu nevrátí. Ivona měla z Petra strach, obávala se jeho nepředvídatelných reakcí a volala matce. Ta se zapojila do řešení situace a domluvila se s Petrovým opatrovníkem na napomenutí. Petr tak vše pochopil a o Ivonu se již dále nezajímal. Ještě několikrát zavolal Ivoniným příbuzným nebo za nimi po předchozí domluvě přijel. Ivona se s ním však vidět nechtěla.

Matka Ivony vzpomíná na Petra: „*Já bych ho měla hrozně ráda. On je takový šikovný a pracovitý, ale on za to nemůže, že to tam takhle není. Kdyby on jí vzal alespoň za ruku. Ale on jel raději na kole a Ivona za ním běžela. Ale jinak jí měl rád a nikoho jiného nehledal. Myslím si, že jí byl věrný.*“

5.3 Partnerský vztah s Liborem

Vztah s Liborem navazoval bezprostředně na zaniklý vztah s Petrem. Ivona se s Liborem seznámila v agentuře podporovaného zaměstnávání Rytmus v Chrudimi, kam dojížděla autobusem ze Slatiňan. Ivona již docházela do zaměstnání v nejmenované firmě, kde pracovala na zkrácený pracovní úvazek jako uklízečka.

Libor byl veden v agentuře Rytmus jako uchazeč o pracovní místo, sám však snahu nevyvíjel. Bydlel v malém bytě s matkou. Ta byla rovněž nezaměstnaná, pracovní místo nehledala. Oba pobírali částečný invalidní důchod, který byl jediným příjmem. Jejich finanční situace nebyla příliš příznivá.

Matce Ivony byla pracovníci Domova sociálních služeb oznámena jako opatrovníci povinnost - osobní návštěva v rodině Libora, za účelem zjištění poměrů v rodině, zda tam může její dcera docházet.

Matka: „*Tenkrát jsem tam pro Ivonu jela a matka Libora mě pozvala dál. Já jsem jí to teda neřekla, že to mám jako povinnost a že tam potřebuju jít. Byl to malý byt, malá kuchyňka, chodbička, místnost na spaní, v ní dvě postele a jedna skříň. Takže spali s mámou dohromady. Ivoně jsem tam povolila spát jen dvakrát. Shodou okolností, když jsem tam byla, přijel Libora bratr a jeho bývalá holka s novým přítelem, ta se tulila k bratrovi Libora a ten nový přítel tam jen tak postával. Pak odešla do vedlejší místnosti masturbovat. Tak jsem se bála, protože Libora bratr mámu mlátil, asi kvůli penězům. To říkala i Ivona, když tam byla. Měla jsem strach, aby ještě neudělal něco Ivoně nebo aby tam nedocházelo třeba k hromadnému sexu.*“

Ivona: „*Ne, ted' nemlátil. Ale má bráchu zlýho, ten mi jednou řekl něco sprostýho. On mámu mlátil a skopal jí prej. Ona začala brečet mamka a já ji litovala, ona byla hodná, já chtěla něco říct tomu bráchoj, ale radši neřekla.*“

Matka: „*Vůbec jsem nevěděla, jestli tam můžu Ivonu pustit. Tak jsem volala paní X a ta mi řekla, ať to jednou zkusím a že jí mám mít na telefonu. Když jsem jí tam poprvé pustila, říkala jsem jí, ať se neopovazuje vypnout mobil nebo jít v noci někam ven. On jí ale řekl, ať ten mobil vypne. Já jsem jí několikrát volala, stále to měla vypnuté. To byly nervy.*“

Libor byl přibližně stejného věku jako Ivona. Rozdílná byla však jejich rozumová úroveň, mentální postižení Libora dosahovalo přibližně lehkého stupně mentální retardace. Libor nebyl zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Ivona se do Libora zamilovala. Jeho chování bylo přesně takové, jaké jí dlouhou dobu chybělo a jaké potřebovala.

Matka: „*Když s ním Ivona začala chodit, byla hrozně nadšená. Říkala, že se vodi za ruce a chodí spolu po Chrudimi. Ptala jsem se i vychovatele, ty mi říkali, že je taková veselejší.*“

Ivona: „*Libor bral mě za ruku a pusy dal taky. Jenom Petr mě nebral za ruku.*“

Ivona: „*Plánovali se brát. Že se vezmem, budem spolu bydlet a to. Taky plánovali děti. Libor spěchal na mě.*“

Po nějakém čase se začaly objevovat problémy. Libor chodil na návštěvy k Ivoně do chráněného bydlení, které se opakovalo každý den. Stále se odvolával na svá práva. Přítomnost Libora narušovala život ostatních uživatelů.

Ivona: „*Já byla ráda, že tam byl.*“

Ivona: „*Dívali na televizi a ještě chtěl se mnou na pokoji milovat. Já tam řekla nemůžeme dělat, uvidí to sestra. On nutil. Pak mi třeba řekl - jdeme se milovat, já to zamknu. A pak někdo na nás ťukal, když my milovali (smích).*“

Tehdy se začala projevovat manipulace ze strany Libora a Ivona začala dělat vše, co jí řekl.

Matka: „*Co řekl Libor, to prostě platilo.*“

Po sexuální stránce ve vztahu docházelo k pohlavnímu styku. Při návštěvách Ivony v chráněném bydlení provozovali podle slov matky nevhodné aktivity. Otázka mířená na problematiku sexuálního zneužívání zůstala matkou nezodpovězená. Ivona v rozhovoru potvrdovala, že Libor jí nenutil do žádných sexuálních aktivit, které by byly proti její vůli.

Matka: „*To jsem si říkala taky. Ale on kdyby jí řekl, ať se zabije, tak ona to udělá. Říkala jsem jí, ať to hlavně nikdy nedělají v parku nebo někde na veřejných místech. Ona mi říkala, že ne, ale těžko říct.*“

Libor Ivonu finančně využíval. Veškeré peníze, které u sebe měla, mu odevzdala. Tajně vybírala z pokladničky větší obnosy peněz. Na návštěvy k Ivoně domů jezdil Libor bez peněz. Aby odjel, Ivonina matka mu cestu musela zaplatit.

Mnohokrát se dostával do slovních rozepří nejen s matkou, ale i personálem chráněného bydlení a připomínal svá práva. V krajních situacích používal vulgární nadávky a vyhrožoval policií.

Ivona: „*Libor jednou vynadal mamce pořádně. Jak já byla jednou nemocná a měla chřipku a on přijel k nám domů.*“

Ivona se postupně začala uzavírat do sebe. Vázla její komunikace s kamarády i celou rodinou. Při návštěvách u příbuzných se s nikým nebavila a jakákoliv snaha o navázání kontaktu dopadla strohou odpovědí. Zvláště citlivá byla na dotazy, týkající se jejího vztahu s Liborem. Věděla, že jsou všichni proti. Ve vypjatých situacích se projevovala agresivně. Snižoval se její zájem o aktivity, které byly dříve její oblíbené, přestala chodit do pěveckého i tanečního kroužku v rámci aktivit Domova sociálních služeb.

Změnil se Ivonin jindy milující vztah k rodičům, zvláště k matce, která celou problematiku nejvíce řešila. Podle matčiných slov se s Ivonou nebylo možné domluvit a vše platilo tak, jak řekl Libor.

Ivona: „*Říkal, že nemám mít mamku ráda. Proč to nedovolí mamka. Já říkám, je to moje mamka, tak co. Třeba bydlet s ním.*“

Matka: „*Já jsem byla kráva a Libora máma byla její máma. Když s ní volala, tak to bylo: Ahoj mami, jak se máš? Já jsem její máma nebyla, to byla ta z Chrudimi. To mi nikdy neudělala, dřív za mnou přišla, objala mě a říkala, jak mě má ráda. Když jsem pro ni tenkrát přijela do Slatiňan, nadávala mi, že jsem kráva a že se mnou nikam nepojede. Tak jsem jí řekla, ať si nastoupí do auta, doma sbalí tašku a může si jít, kam chce. Když jsme přijeli domů, nikoho nepozdravila a okamžitě vzala tašku a začala do ní dávat věci. Tak jsem jí řekla, že to v žádném případě nepřichází v úvahu. Ivona tady začala se vším mlátit, vzala tužku a do krve si s ní poškrábala předloktí. Říkala, že vyskočí z okna. Libor jí v zápětí volal, kde je.*“

Liborova manipulace byla zaměřena na navádění k nepřijímání jídla. Po příchodu z práce do chráněného bydlení měla připravený oběd, který ihned vyhodila. Příčinou Liborova chování byla pravděpodobně jeho špatná finanční situace, kdy jim peníze na jídlo nezbývaly. Matka se dověděla od pracovníků chráněného bydlení odpověď na otázku, proč jídlo vyhazuje. Řekla, že nemá hlad. Jídlo odmítala i o víkendech u svých rodičů.

Ivona: „*Já měla hlad, ale bála se něco vzít. Asi mě zmlátil, kdybych jedla. Oni mě říkali, jak hubla. Já ráno nasnídala, pak obědvala trošku a večer už nejedla. Mě kručelo v břiše, ale vydržela to. Libor jedl, ten jo, u mamky.*“

Ivona: „*To mi tam dali najíst, když já spala u něj. Měli třeba chleba, salám nebo rajče.*“

Nedostatek příjmu jídla se začal projevovat ve změně váhy Ivony, která se při své výšce přibližně 165 centimetrů dostala na 45 kilogramů. Jídlo stále odmítala, pracovníci chráněného bydlení se jí snažily podávat alespoň energetické nápoje a oblíbené olivy.

Matka: „*Všechno oblečení jí bylo velké. Úplně to z ní padalo.*“

Navádění Libora probíhalo i v dalších oblastech. Nedostávalo se mu peněz na obstarávání cigaret. Ivoně dával příkazy, aby vybírala nedopalky z popelníků.

Ivona: „*Libor taky chtěl na mě peníze. Říkal, jestli na cigarety nemám. Já mu to musela dávat. Já musela vybírat z odpadáku a pak mě načapali tam. Jak měli tam popelník a tam vajgly, tak oni mě viděli, jak tam vybírám. Já nevím, na co to chtěl.*“

Ivona: „*Já v úterý chodila k Liborovi domů. Říkal, až půjdeš k nám tak nasbírej vajgly. Tam měli popelník v práci venku.*“

Přes víkendy se Ivona s Liborem neviděli, stále spolu však byli v kontaktu. Libor jí volal vícekrát denně. Jeho telefonáty trvaly několik hodin a probíhaly i v nočních hodinách. Ivona odcházela z domů a volala s Liborem na různých místech v okolí.

Vztah s Liborem měl závažný dopad na pracovní uplatnění Ivony.

Matka: „*Než se s Liborem dala dohromady, všude ji chválili. Říkali jak je šikovná a pracovitá. Sama vedoucí mi volala, jak je s Ivonou spokojená. Tenkrát jsem se za ní v Chrudimi stavila a paní vedoucí mi ukazovala, jak to má všechno krásně uklizené, tak jsem to sama viděla. Nebyla na ni jediná stížnost. Ale s tím Liborem to byl konec.*“

„*Od té doby, co měla Libora, se na ní začaly objevovat stížnosti, že nechodí do práce, že Libor za ní stojí a přitom nemá v budově co dělat. On jí nakázal, že ho tam musí pustit, i když to měla sama zakázané. To jí nadával a pokřikoval na ní, ať dělá a spěchá. No a někdy tam vůbec nepřišla, lhala mi, že tam byla a v telefonu jsem slyšela Libora, jak jí navádí.*“

„*Když mi říkali, že nechodí do práce, rozhodla jsem se jet za ní do Chrudimi a podívat se, co dělá. Dlouho nešla, a když jsem jí uviděla, stavila se do bufetu pro cigaretu, kterou si hned zapálila a šla dál. Nikdy předtím nekouřila. Šla jsem opatrně za ní. Ona si sedla na břeh a zapálila druhou cigaretu. Pak došla do firmy, po chvílce vyšla před dveře a zapálila si třetí cigaretu a čekala, až jí skončí pracovní doba. Pak jsem to nevydržela a šla jsem jí tam domluvit. Bylo jí to úplně jedno, v té době mě jako mámu neuznávala. Jediné, co jí zajímalo, byl Libor. Pak jsem Ivonu vzala do Slatiňan autem, Libor přijel v zápětí. Tak jsem mu řekla, co si myslí, že bude Ivonu navádět, že nechodí do práce, že tam na ni čeká a je s ní ve firmě, jen jí nadává, že dělá pomalu a ať spěchá. On mi na to řekl, že to není pravda a chodil za Ivonou dál.*“

„V práci jí vše taky dlouho trpěli. Pak jsem volala s paní vedoucí a říkala jí, že jsem tak šťastná, že má Ivona práci, ale nevím, co mám dělat. Když mi řekla, že už to tak dál nejde a musí Ivonu propustit, chápala jsem její rozhodnutí a věděla, jak to všechno je.“

Ivona nakonec o své místo ve firmě přišla. Domluvy rodičů i personálu ignorovala. Déle nebylo možné její docházku a pracovní výkony tolerovat.

Ivona: *„Oni vyhodili z práce kvůli asi Liboroj, že za mnou chodil. Vadilo mě to (propuštění).“*

Po ztrátě zaměstnání měla Ivona zakázáno jezdit ze Slatiňan a pohybovat se sama mimo zařízení, Libor za ní však stále jezdil. Ivona jako uživatelka chráněného bydlení měla na návštěvy nárok.

Matka: *„Zavolala mi paní psycholožka z domova sociálních služeb, že je třeba celou situaci řešit. Ivona jí tam vše slíbila, že se nenechá Liborem ovlivňovat. Ale všechno pokračovalo znova.“*

O několik týdnů později byla matka kontaktována vedoucí pracovnící z Domova sociálních služeb Slatiňany, že situace není příznivá a je třeba navštívit psychiatra. Ivona po jeho návštěvě opět vše slíbila, ale nic se nezměnilo.

Ke konci vztahu Ivony a Libora už platila spousta omezení. Ivona cítila, že jejímu vztahu s Liborem okolí brání. Asistentky v chráněném bydlení na ní tlačily zvláště kvůli dodržování stravování.

Matka: *„Pak už jsem se o ni hodně bála, tak jsme se s pracovníky Domova domluvili, že si jí vezmeme domů. Ti s tím souhlasili. Ivona byla v těch dnech taky už vyděšená a hlavně musela mít velký hlad. Já jsem byla rozhodnutá, že s námi bude natrvalo bydlet doma. Ivona se doma úplně zklidnila a stále jedla. Říkala jsem jí, že jsem moc ráda, že jí chutná, ale že se nesmí zase tak moc přejídat. Byla schopná během dne sníst tři bonboniéry.“*

Ivona: „*Měl ještě jinou holku, Lenku X, už s ní nechodí. Říkala to kamarádka. Mně to nakonec dlouho řekl, že má holku. Mě to ale za dlouho řekl. Já řekla, že už dál nechci tohleto, protože on zahejbal.*“

Vztah Ivony a Libora trval necelý rok. Po odchodu Ivony ze Slatiňan jí Libor psal výhružné textové zprávy, aby mu zavolala. Když provolala kredit, prosila matku o jeho dobití, ta to však odmítla. Agresivní reakce Ivony se již neobjevovaly. Libor Ivoně nadával a vyhrožoval, aby mu vrátila peníze, které mu dluží. Myslel tím ty, co s ní sám provolal.

Ivona: „*On pak psal esemesky a volal taky často. Prej vrátit nějaký peníze, prej za to můžeme my s mamkou, jak mu říkali, policajtům udali ho. To žádná pravda nebyla. Já nevím, kdo to byl. Prej to byli podepsaný my.*“

Ivona začala mít Liborova chování obavy. Do Slatiňan se už nikdy vrátit nechtěla a dělala vše pro to, aby mohla být doma s rodinou.

5.4 Partnerský vztah s Radkem

Ivona po několikaměsíčním pobytu doma toho času začala využívat služeb sociálně terapeutických dílen. Patrná byla její snaha o navázání partnerského vztahu. Její přítelkyně s podobným postižením začala žít se svým přítelem. Pro Ivonu tato skutečnost přiváděla k lítosti a přála si svůj život s někým sdílet.

Radek je uživatelem služeb Domova na zámku v Bystrém, kde je na celoročním pobytu. Jeho mentální postižení se pohybuje přibližně v pásmu lehké mentální retardace. Je zbaven způsobilosti k právním úkonům. Pracuje v rámci Domova na zámku, dochází na aktivity do pracovních dílen.

S Radkem se Ivona potkala na Dni otevřených dveří v Domově na zámku v Bystrém. Jejich setkání bylo předem domluvené, znali se již z dřívějšíka ze Slatiňan. Vyměnili si telefonní čísla a slíbili si, že si zavolají.

Matka: „*Ivona mi říkala, že neumí vytočit telefonní číslo. Tak jí povídám, ať se to naučí. Napsala jsem jí ho na papír a říkám jí - číslo máš, poznáš to na mobilu, tak si to zkus*

vytočit. To si tam zavolala a říká – „Dobrý den, já jsem Ivonka X, není tam, prosím Vás někde Rád'a X?“ Oni že jí přepojí, tak jim poděkovala a já jsem žasla.“

Ivona za Radkem nejprve dojížděla s matkou. Pak si sama domluvila společnou cestu do Bystrého s jiným uživatelem ze sociálně terapeutických dílen. Matka si spoj ověřila a domluvila v Domově na zámku s Radkem schůzku. Ivona byla velice šťastná, že za Radkem dokázala sama docestovat, návštěvy se pak uskutečňovaly častěji. Radek však za Ivonou nikdy nepřijel.

Ivona: „Já byla šťastná, že to sama dokázala. Já to zvládla dojet za Radkem.“

Při společných setkáních chodili na procházky nebo posedět do cukrárny. Účty však vždy platila Ivona.

Ivona: „My se šli projít nebo byli někde sednout.“

Na otázku týkající se tehdejších plánů s Radkem Ivona říká: *„My taky spolu plánovali děti.“*

Ivona: „My vodili za ruce, dali pusu, ale spolu nespali, vůbec ne. Myslím ani nechtěl.“

Radkovi stále telefonovala pouze Ivona, byla tak schopna provolat veškerý dobitý kredit.

Matka: „Ivona mu tenkrát volala, povídal si s ní strašně dlouho a na konci hovoru jí řekl, že už s ní nechce chodit a že má jinou. Já jsem jí říkala, ať Radka nechá, když si našel jinou holku, ale ona jiného nechtěla. Pak jí volal Radek znovu, že už je to dobrý, ať zase přijede, že už byl u faráře a domlouval svatbu. Tak jsem říkala Ivonce, ať mu nevěří, že jí přece nemůže tohle dělat.“

Ivona za Radkem znovu začala jezdit a vše se opakovalo. Po několika návštěvách jí opět zavolal, že potkal novou přítelkyni a s Ivonou už nechce být.

Ivona: „Ten Radek mě nechal úplně. Taky mě to bolelo, když mě to řekl, to bolelo tady (ukazuje na srdce). Já brečela. Já mu zavolala a pak on říká: Mám jinou holku.“

On to do telefonu řekl, má jinou holku. Měl správně říct tam, když já jezdila za ním. Řekl, že mám malý prsa a že má rád holky s většíma prsama.“

Ivona Radkovi často vozila dárky, o které si sám v telefonátech říkal. Později si vymýšlel i své jmeniny.

Ivona: „Já blbá jsem mu dávala tričko, kdybych já věděla, že se se mnou rozejde, tak já mu nic nedávala.“

Vztah Ivony a Radka trval přibližně půl roku. Po několikátém zklamání se Ivona rozhodla, že už se s Radkem nechce vidět a už za ním nikdy nepojede.

5.5 Partnerský vztah s Milanem

Ivona se s Milanem seznámila před rokem, kdy nastoupila do nového zařízení – sociálně terapeutických dílen.

Ivona: „Mě Milan líbil od začátku. Já mu řekla, jestli chce se mnou chodit a on řekl, že jo. Pak se dali do kupy. Mamka byla ráda, je hezkej kluk prej. Už to všichni vědí, že já chodím s Milanem.“

Milan bydlí ve městě, v bytě se svými rodiči. Dochází denně do sociálně terapeutických dílen. Bližší informace k jeho zdravotnímu stavu se nepodařilo získat. Údajně je „na tom lépe“ než Ivona. Věkový rozdíl mezi nimi je přibližně 5 let, Ivona je starší. V současné době chodí Ivona s Milanem necelé dva měsíce.

Ivona: „A tadyten co s ním chodím teď s Milanem, to je hodnej Milan. Ten je na mě hodnej Milan. Miluje mě, chytne za ruku třeba. On ještě neměl žádnou holku.“

Ivona: „On chodí někdy vyprovázet na vlak. Milan kouká na mě furt u oběda. Říká mám pěkný věci, přistrojená jsem pěkně.“

Ivona: „*Já mu dala plyšáka a líbilo doma prej. Ptali se, kdopak to dal. Přítelkyně, holka. Byli rádi, má holku. Řekl, že mě miluje a musí taky něco koupit.*“

Matka: „*Ten den, co jsme koupili toho plyšáka, ani nemohla usnout, toho rána se nemohla dočkat. Hned po neděli jí Milan daroval plyšáka taky a Ivona byla tak šťastná.*“

V zařízení, které oba navštěvují, mají zakázané tělesné kontakty. Ivona k tomuto tématu poznamenává: „*Já jsem tak rozzlobená, proč nemůžeme pusinkovat. Nám zakázali. Můžeme jen venku.*“

Ivona je zamilovaná a plánuje si s Milanem budoucnost. Ivonina kresba zobrazující její vztah s Milanem je uvedena v Příloze č. 5.

Ivona: „*Milan už chce taky se mnou mít děti. Musíme nejdřív poznat. My nikam nespěcháme zatím.*“

5.6 Současný život Ivony a její plány do budoucnosti

Ivona v současné době žije se svými rodiči, mladší sestrou a rodinou starší sestry na vesnici v rodinném domě. Nebyla nikdy vynechávána z rodinných aktivit. S rodiči se účastní kulturních akcí nejen v obci.

Ivona je společenská, sociálně velmi dobře přizpůsobivá, plně samostatná při běžné sebeobsluze, toaletě, jídle, oblékání. Je schopna přijmout určitou míru zodpovědnosti a po předchozím obeznámení zvládnout předvídatelné sociální situace. Dokáže projevit své preference.

K vyplnění svého volného času je Ivona spíše pasivní. Má moc ráda malé děti, zvířata, ráda vaří a dívá se na televizi.

Ivona: „*Poslouchám hudbu někdy, třeba Bohuš Matuš, ten pěkně zpívá ty vogo. Taky Dana Hůlku, Lucii Bílou.*“

Tehdejší odchod z Domova sociálních služeb Slatiňany byl podmíněn zejména závažnými dopady partnerství s Liborem.

Ivona: „*Já nechtěla už vrátit do Slatiňan, já chtěla už být s mamkou, tatškem a ségrou. Ve Slatiňanech líbilo, ale už nechci tam.*“

Ivona sama dojíždí vlakem do nedalekého města, kde dochází do sociálně terapeutických dílen, provozovaných Oblastní charitou. Po jednom měsíci se střídá v jedné ze tří dílen – dřevodílně, keramické dílně a výtvarné dílně. Současně dochází na několik hodin měsíčně prodávat zboží do terapeutického obchůdku.

Ivona: „*Prodávám třeba věci na sebe nebo plyšáky, všechno možný tam prodáváme a korálky. Mě baví tam.*“

V individuálních plánech ze sociálně terapeutických dílen je psáno, že Ivona je pečlivá, snaživá, šikovná, pracovitá, ochotná, komunikativní a přátelská.

Ivona: „*V Charitě jsem spokojená, mám tam svého přítele a jsou tam na mě hodný.*“

Při rozhovoru, týkajícího se zaměstnání, Ivona říká: „*Ve městě bych taky chtěla najít nějakou práci. Mě bavilo uklízet, nebo někde vařit, dělat kuchařku. Ale radši v Charitě, tam mám svého, jinak nebudu vidět pořád. Já chtěla být se Standou.*“

Do budoucna rodiče Ivony uvažují o vybudování a celkového vybavení dvou místností v jejich rodinném domě, kde by Ivona měla svůj prostor a učila se samostatně a nezávisle bydlet. Rodiče se nebrání ani možnosti, že by Ivona bydlela sama s přítelem.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Prezentací dat získaných z příběhů o partnerských vztazích dospělé ženy s mentálním postižením vyvstalo několik podstatných témat. Rozsah jednotlivých příběhů se liší v závislosti na množství získaných informací. I přes tuto skutečnost lze v jednotlivých partnerských vztazích pozorovat společná témata, která se příběhy prolínají. Jiná témata jsou naopak specifická pro daný partnerský vztah.

Problematické aspekty partnerství osob s mentálním postižením byly přítomny u ženy s mentálním postižením v období navazování, průběhu i ukončení vztahů.

V následujících odstavcích uvádíme zásadní témata.

Potřeba lásky a sounáležitosti

Jedním z propojujících témat příběhů je bezesporu touha po blízkém člověku, která je naplněna prostřednictvím partnerských vztahů. Partnerství přispívá ke kvalitě života a spokojenosti jedince s postižením. Z výpovědí dospělé ženy s mentálním postižením je patrné, že partnerství vede k pocitu vlastní normality, hodnoty a splnění jedné z rolí dospělosti. Žena s mentálním postižením přikládá partnerským vztahům ve svém životě velkou důležitost. V oblasti partnerství probíhá srovnávání s vrstevníky a řešení této problematiky. Ve všech příbězích je patrné úsilí Ivony o vytvoření vyrovnaného a spokojeného partnerského vztahu a dosažení pocitu životní spokojenosti.

Navazování partnerských vztahů

Ze šetření vyplývá, že více možností k navazování partnerských vztahů se naskytlo při pobytu Ivony v institucionálním prostředí nebo jejím docházení do zařízení sociálních služeb, kde se setkávala s lidmi s podobným postižením.

Poskytovaná podpora okolí, zejména Ivoniny matky, měla významný podíl na vzniku a vývoji partnerských vztahů. Matka Ivoně umožňovala společné telefonáty a vzájemné návštěvy s jejími partnery. Pozitivním faktem je otevřenost matky k této problematice a její snaha o životní spokojenost své dcery.

Projevy zamilovanosti

Uspokojení sexuálních potřeb není v partnerských vztazích jediným nárokem či přáním. Značnou důležitost ve vztahu hrají aktivity jako je líbání, hlazení apod. Výpovědi Ivony i její matky a informace získané z pozorování potvrzují, že Ivona

ve vztahu s Petrem po této stránce velmi strádala. Tím snáze byl iniciován rozchod partnerů a navázán nový vztah s Liborem, který ji tělesnými kontakty zahrnoval. Ivona byla velmi spokojená. Našla to, co jí v předchozím vztahu chybělo a po čem toužila.

Vedení se za ruce s partnerem je pro Ivonu podstatným znakem normality. Tento projev pro ni má ve vztahu zásadní význam, je viditelným znamením pro okolí, že „má kluka“.

Toto zjištění dokazuje, že partnerské vztahy mají v životě mladé ženy nezastupitelné místo a nelze potřebu lásky a sounáležitosti saturovat pouze z rodinných vztahů.

Sexualita

Z rozhovorů s Ivonou o sexualitě v partnerských vztazích bylo patrné, že samotnému pohlavnímu styku ve vztahu nepřikládá hlavní smysl. K pohlavnímu styku docházelo v partnerství s Petrem a Liborem. Ivona se blíže k těmto aktivitám nevyjadřovala.

Vztah s Liborem se lišil větší sexuální apetencí ze strany partnera, Ivona však proti tomuto faktu žádný odpor nevyvíjela. Z počátku realizace šetření panovaly obavy ze zjištění sexuálního zneužívání ze strany partnera v tomto vztahu. Výsledky rozhovorů však prokázaly, že k tomuto negativnímu jevu nedošlo a Ivona nebyla ve vztahu s Liborem nucena do žádných sexuálních aktivit, které by byly proti její vůli.

Matka Ivony se aktivnímu řešení této problematiky bránila, pravdy se obávala. Negativní skutečnosti se naštěstí nepotvrdily.

Rodičovství

Ve všech vztazích Ivony bylo potvrzeno, že partneři spolu do budoucnosti plánovali založení rodiny.

Petrova snaha se projevovala v navádění Ivony proti užívání léků, o nichž se domníval, že mají vliv na zabránění početí.

V partnerském vztahu s Liborem Ivona říká, že na ní Libor spěchal a evidentně bylo jeho počínání proti její vůli i přesto, že sama po dítěti touží.

Stejně tak probíhalo plánování dítěte ve vztahu s Radkem. Ze strany partnera mělo však spíše charakter frází, které Radek využíval opakovaně ve svých

krátkodobých překrývajících se vztazích s partnerkami. Jaké bylo jeho opravdové přání a zda pro něj bylo rodičovství jednou z důležitých hodnot, kterých chtěl v životě dosáhnout, se nepodařilo zjistit.

Naplnění rodičovské role Ivony je nereálné z důvodu provedení nezvratného řešení – sterilizace. Ivona s tímto faktem není seznámena v plné míře.

Ivona v rozhovoru o vztahu se současným partnerem uvádí, že rovněž plánují založení rodiny.

Manželství

Otázka manželství byla stejně jako rodičovství dalším propojujícím tématem všech uvedených partnerských vztahů. Všichni partneři považují manželství za samozřejmost a logické pokračování vztahu. Ivona v interview uváděla příklady přátel s mentálním postižením, kteří „se vzali“. Jednalo se o tzv. zasnuby, Ivona však rozdíl svazků nerozumí a tyto akty vnímá jako identické.

Pro uzavření manželství Ivona nesplňuje zákonem stanovené podmínky, neboť je zbavena způsobilosti k právním úkonům. Jedinou možností stvrzení partnerského vztahu jsou zasnuby. Rodiče Ivony v tomto směru nemají žádné výhrady, jedinou podmínkou je dlouhodobý vyrovnaný vztah mezi partnery.

Spolužití

Ivona ve svých plánech do budoucnosti s jednotlivými partnery hovořila o společném bydlení. I když je schopna aktivity spojené se sebeobsluhou zvládat, pro dosažení tohoto cíle by byla nutná výrazná podpora okolí. Matka připouští, že pokud by Ivona měla spolehlivého partnera, v samostatném bydlení by Ivonu podpořila. Tomu nasvědčuje skutečnost, že rodiče plánují vybavení dvou místností v domě, kde by se Ivona učila praktickým dovednostem spojených se samostatným bydlením. Rodiče tak pomýšlejí na praktickou přípravu Ivony v oblasti samostatnosti a nezávislosti, které tvoří základ pro spolužití partnerů s mentálním postižením.

Ivona má ve svém blízkém okolí vzor ve společném bydlení kamarádky (s podobným postižením) s partnerem. Tím je touha Ivony po partnerském spolužití ještě více umocňována.

Nerovnocennost ve vztahu

Téma nerovnocennosti v partnerských vztazích Ivony bylo velice významné. Na základě mentální převahy partnerů se objevovaly problematické situace spojené s využíváním a manipulací.

Finanční využívání ze strany partnera se objevovalo ve třech partnerských vztazích. V partnerství s Petrem nebylo využívání patrně příliš závažné, tato informace se objevila pouze ve zprávě z Domova sociálních služeb Slatiňany. Ivona ani její matka se k této problematice nevyjadřovaly.

Ve vztahu s Liborem bylo finanční využívání jedním ze stěžejních problematických aspektů partnerství. Ivona byla nucena odevzdávat všechny svoje finance. Příčinou Liborova jednání byla s největší pravděpodobností jeho nepříznivá finanční situace. Ivona nebyla schopna situaci reálně zhodnotit a uvědomit si nežádoucí jednání partnera.

Nerovnocennost partnerů byla patrná i ve vztahu s Radkem. Využívání po finanční stránce se projevovalo zejména při společných setkáních v placení společných útrat, nízkou aktivitou Radka v telefonickém kontaktu, který iniciovala převážně Ivona. Za stálým obdarováváním byla ukryta snaha Ivony o splnění požadavků, které na ní Radek kladl. Dělal vše pro to, aby vztah s Radkem udržela.

U všech těchto zmiňovaných partnerů se potvrdilo, že využívali své mentální převahy a Ireniny dobrosrdečnosti. Po předchozích vztazích si Ivona využívání uvědomuje a sama říká, že takové jednání by se u partnerů vyskytovat nemělo.

Manipulace

Manipulace ze strany partnera byla stěžejním problémem Ivonina vztahu s Liborem. Ve vztahu se vyskytovaly znaky manipulace – ovlivňování a ovládání člověka vzhledem k promyšlenému cíli, ze kterého má manipulátor vlastní prospěch a partnera využívá pouze jako prostředek dosažení cíle. Na Ivoniny potřeby a pocity Libor nebral ohled.

Na počátku vztahu bylo uspokojování potřeb partnerů vzájemné. Manipulace se ve vztahu objevovala nenápadně a postupně se její intenzita zvyšovala. Liborovo získání moci nad chováním a jednáním Ivony se začalo projevovat jak v somatické, tak i psychické oblasti života. Docházelo k destrukci její osobnosti. Po psychické stránce se objevovala únava, úzkost a podrážděnost. Somatický stav byl zhoršen zejména z důvodu nepřijímání stravy. Chování bylo více nervózní a ve vypjatých

situacích až zkratovitě. Z hlediska výkonu docházelo k nesoustředěnosti a ztrátě pracovního nasazení.

V sociální oblasti se postupně začaly vytrácet kontakty Ivony s vrstevníky a zasaženy byly zejména vztahy s nejbližší rodinou. Manipulátor tak na sebe svoji oběť připoutával a Ivona se stala na Liborovi citově závislou.

Manipulativní jednání velmi úzce souvisí s nerovnocenností ve vztahu. Na konci takového partnerství bylo třeba značné podpory a ochrany manipulované ze strany okolí. Ivona by situaci sama nebyla schopna zvládat a řešit. Lze jen těžko předvídat, jaké dopady by v opačném případě mělo pokračování takového vztahu.

Rozchod

Prožívání emocí spojených s rozchodem ze strany partnera byla Ivona vystavena při ukončení vztahu s Radkem, k němuž došlo v tomto vztahu vícekrát. Bolest se stále opakovala, Ivona však nebyla sama schopna se od vztahu s Radkem odpoutat. Po rozchodu s Liborem čekala dlouhou dobu na vztah a tím byl právě ten s Radkem. Nejspíše proto se ho nechtěla vzdát.

Zaměříme se však také na druhou stránku věci, a to jak prožívali rozchod partneri Ivony a jaký mělo jejich jednání dopad. Po rozchodu s Petrem Ivona prožívala strach a bezmoc z důvodu Petrových výhrůžek, slovního napadání a pronásledování. Ivona nebyla sama schopna najít řešení, pomoc jí poskytla matka a pracovník Domova sociálních služeb Slatiňany.

V případě rozchodu s Liborem Ivona žila doma se svými rodiči a fyzicky se tak bývalí partneri nesetkávali. Jediný kontakt probíhal přes mobilní telefon prostřednictvím SMS zpráv a volání. Výhrůžky a obviňování byly založeny na nesmyslném finančním vyrovnání. Intenzita telefonických kontaktů se postupně snižovala, až došlo k jejich vymizení. Rozchod s osobou s manipulativním jednáním přinášel značný stres. Prožívání Ivony však bylo ovlivněno bezpečným prostředím.

Negativní vliv problematických aspektů partnerství na život zkoumané přinesla zejména manipulace. Její dopady zásadním způsobem ovlivnily Ivonin život po všech stránkách. Došlo ke zničení dlouhý čas budovaného zázemí pro samostatné bydlení. Vynaložené úsilí na získávání dovedností spojených se samostatnějším bydlením a pracovním uplatněním na volném trhu práce ztratilo svůj význam.

Ivona při vztahu s Liborem přestala využívat služeb chráněného bydlení v Domově sociálních služeb Slatiňany a rozhodla se, že trvale odejde domů za svými rodiči. Ztráta zaměstnání přinesla do Ivonina života změnu denního režimu a její čas zůstal nevyplněný. Úkolem nejbližších byla pomoc Ivoně v jejím dalším životním období a podpora při začátku budování dalšího uplatnění a životní náplně.

Z prožitých partnerských vztahů si Ivona „odnesla“ nové životní zkušenosti. Sama si je vědoma problematických aspektů, které by se ve vztazích vyskytovat neměly. Jsou jimi například finanční zneužívání, manipulace, fyzická napadení apod.

Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat výskyt problematických aspektů partnerství ve vztazích dospělé ženy s mentálním postižením v pásmu středně těžké mentální retardace. Dílčím cílem bylo zjistit vliv případných problematických aspektů partnerství na samotné vztahy a život dospělé ženy s mentálním postižením.

Pro získání dat byly využity metody pozorování, analýza dokumentů a interview. Následné zpracování informací probíhalo pomocí metody kvalitativního výzkumu narativní analýzy, přesněji holisticko-obsahové perspektivy. Výběr malého vzorku šetření byl založen na názoru, že v případě většího počtu zkoumaných osob by nebylo možné se problematice jednotlivých partnerských vztahů věnovat do hloubky.

Šetření bylo zaměřeno také na životní příběh ženy s mentálním postižením, neboť umožňuje komplexní náhled na problematiku a je významný pro zkoumané oblasti.

Výsledky šetření potvrdily, že partnerství má v životě člověka zásadní význam. Jeho cílem není pouze uspokojování sexuálních potřeb.

Výskyt problematických aspektů partnerství osob s mentálním postižením byl zjištěn v období navazování, průběhu i ukončení partnerských vztahů.

Jedinci s mentálním postižením navazují běžné partnerské vztahy. Jejich vznik a vývoj je vysoce ovlivněn prostředím, ve kterém člověk s mentálním postižením žije. V průběhu vztahů se na základě rozdílné mentální úrovně partnerů vyskytovaly problematické situace. Ty se projevovaly zejména finančním zneužíváním a manipulací. Manipulativní jednání jednoho z partnerů ženy s mentálním postižením mělo významný negativní dopad na život zkoumané.

Samostatné řešení vzniklých problematických situací v partnerských vztazích bylo pro osoby s mentálním postižením obtížné. Na základě této skutečnosti hrála významnou roli podpora rodičů a pracovníků zařízení.

Ve všech partnerských vztazích dospělé ženy s mentálním postižením bylo patrné úsilí partnerů směřující ke spolužití, manželství a rodičovství. Získání těchto rolí dospělosti je však ztíženo přítomností mentálního postižení, které více či méně dosažení cílů brání.

Výsledky šetření dokazují, že by mělo být problematickým aspektům partnerství ve vztazích osob s mentálním postižením věnováno více pozornosti. Úkolem diplomové práce bylo poukázat na aktuálnost tématu a podnětí dalších potencionálních autorů k jeho řešení, hlubšímu a rozsáhlejšímu zkoumání.

Seznam literatury

- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- BAZALOVÁ, B., HULIAKOVÁ, J. Zkušenosti se sexualitou postižených osob u ÚSP pro tělesně postižené Brno-Kociánka. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha : Orfeus, 2004. s. 62-68. ISBN 80-903519-0-5.
- BURIANOVÁ, V. *Sexualita lidí s mentálním postižením: diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2009. 104 s. Vedoucí diplomové práce Mirka Nečasová.
- COHEN, J. a kol. *Encyklopedie pohlavního života: dospělí*. 1. vyd. Bratislava : Slovart, 1995. ISBN 80-7145-105-3.
- CRAFT, A., CRAFT, M. Sexuality and Personal Relationships. In CRAFT, M., BICKNELL, J., HOLLINS, S. *Mental handicap: a multi-disciplinary approach*. 1. vyd. London : Bailliere Tindall, 1985. s. 177-196. ISBN 0-7020-1085-5.
- ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. 5. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-343-0.
- ČERMÁK, I. Narativně orientovaná analýza. In BLATNÝ, M. *Metodologie psychologického výzkumu: konsilience v rozmanitosti*. Praha : Academia, 2006. s. 85-109. ISBN 80-200-1450-0.
- ČERMÁK, I., HILES, D., CHRZ, V. Narativně orientovaný výzkum: interpretační perspektivy. In ŘEHAN, V., ŠUCHA, M. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku VI*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. s. 53-65. ISBN 978-80-244-1813-1.
- ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha : Avicenum, 1978. Bez ISBN.

- HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Puberta a dospívání. In VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Vyd. neuvedeno. Praha : Karolinum, 2001. s. 213-225. ISBN 80-7184-929-4.
- HARRIS, J. C. *Intellectual disability*. New York : Oxford University Press, 2006. ISBN 978-0-19-517885-2.
- HOLÁSKOVÁ, K. Dospělost. In ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Vývojová psychologie*, s. 131-140. 3., upr. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHRZ, V. Poetika identity: kategorie popisu narativní konstrukce. In ČERMÁK, I., MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí: sborník z konference*. Brno : Tišnov : Psychologický ústav akademie věd ČR, Sdružení SCAN, 2002. s. 40-47. ISBN 80-86620-03-4.
- KLIMEŠ, J. *Partneři a rozchody*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-045-3.
- KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- KOZÁKOVÁ, Z. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha : Orfeus, 2004. s. 28-36. ISBN 80-903519-0-5.
- KREJČÍŘOVÁ, O. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-244-1635-9.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- MELLAN, J. Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha : Orfeus, 2004. s. 10-16. ISBN 80-903519-0-5.
- MICHALÍK, J. Postižení, společnost, právo. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*, s. 31-38. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MITLÖHNER, M. Právní problematika sexuality osob s mentálním postižením. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha : Orfeus, 2004. s. 40-44. ISBN 80-903519-0-5.
- MITLÖHNER, M. Vybrané právní otázky sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených II*. Praha : Orfeus, 2009. s. 61-67. ISBN 978-80-903519-7-4.
- MOJŽÍŠ, L., SOBOTA, J. *Základy rodinné výchovy*. 1. vyd. Praha : Septima, 1997. ISBN 80-7216-023-0.
- MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0207-6.
- MÜLLER, O. *Psychopedie – andragogika*. 1. Vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1204-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha : Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
- NAZARE-AGA, I. *Láska a manipulace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-682-9.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7178-197-5.
- NOVOSAD, L. Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha : Sdružení zdravotně postižených, 2002. s. 20-24. Bez ISBN.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1233-0.
- PREVENDÁROVÁ, J. *Výchova k manželstvu a rodičovstvu*. 1. vyd. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2000. ISBN 80-08-02933-1.
- RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1973. Bez ISBN.
- SEDLÁK, J. Psychologické aspekty sexuálního zneužívání. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha : Sdružení zdravotně postižených, 2002. s. 7-12. Bez ISBN.

- SLOWÍK, J. Příprava mentálně handicapovaných osob dlouhodobě žijících v rezidenční péči na partnerské soužití. In *Sexualita mentálně postižených II*. Praha : Orfeus, 2009. s. 107-111. ISBN 978-80-903519-7-4.
- ŠIMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
- ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v negraduální přípravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha : Orfeus, 2004. s. 22-27. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Pelhřimov : Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2009. ISBN 978-80-7415-005-0.
- ŠULISTA, P. Promiskuita a mentálně postižení. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha : Orfeus, 2004. s. 69-70. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2006. 3., aktualiz. a přeprac. vyd. ISBN 80-7367-060-7.
- ŠVARŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- UZEL, R. Antikoncepce u mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha : Orfeus, 2004. s. 17-19. ISBN 80-903519-0-5.
- UZEL, R. Plánované rodičovství u osob s mentálním postižením. In *Sexualita mentálně postižených II*. Praha : Orfeus, 2009. S. 119-120. ISBN 978-80-903519-7-4.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

- VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.
- WRÓBEL, A. *Výchova a manipulace*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2337-2.

Elektronické zdroje

- *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením*. [online]. [cit. 12. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.imy.cz/content.php?id=2>>.
- DOMOV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SLATIŇANY. *Informace*. [online]. [cit. 13. 6. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.dss.cz/informace/>>.
- DOMOV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SLATIŇANY. *Protokol o vztazích a sexualitě*. [online]. [cit. 6. 6. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.dss.cz/dokumenty/>>.
- KOŘÍNKOVÁ, D. *Ochrana práv uživatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 13. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000178.pdf>>.
- MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*. [online]. [cit. 13. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.reformaopatrovnictvi.cz/data/MDAC%20report%20on%20guardianship%20czech%20republic.pdf>>.
- PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s mentálním postižením*. [online]. [cit. 20. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>>.
- *Světová deklarace sexuálních práv*. [online]. [cit. 12. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=4288&s_rub=0&s_sv=16&s_ts=>>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace nemocí. Desátá revize*. [online]. [cit. 2. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-dil-tabelami-ca>>.

- *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.* [online]. [cit. 10. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>.
- *Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.* [online]. [cit. 13. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1964-40>>.
- *Zákon č. 94/1963 Sb. o rodině.* [online]. [cit. 1. 6. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7262/ZR.pdf>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky polostrukturovaných interview

Příloha č. 2: Znalecký posudek – posouzení duševního stavu

Příloha č. 3: Rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům

Příloha č. 4: Protokol o vztazích a sexualitě Domova sociálních služeb Slatiňany

Příloha č. 5: Ivona a Milan – Ivonina kresba

Příloha č. 1: Otázky polostrukturovaných interview

Otázky polostrukturovaného interview využité v komunikaci s pracovníci Domova sociálních služeb Slatiňany:

- Jaké služby v současné době Vaše zařízení poskytuje?
- Jaké cílové skupině poskytuje služby Vašeho zařízení?
- Kdo se ve Vašem zařízení podílel na vytváření Protokolu o vztazích a sexualitě a jakým způsobem byl vytvářen?
- Jakým způsobem je ve Vašem zařízení realizována sexuální výchova?
- Kdo je cílovou skupinou sexuální osvěty ve Vašem zařízení?
- Probíhá ve Vašem zařízení školení personálu v oblasti sexuality osob s mentálním postižením?
- Jakým způsobem ve Vašem zařízení probíhají aktivity prevence proti sexuálnímu zneužívání?
- Jak probíhá řešení problematiky antikoncepce u uživatelů a jaké typy antikoncepce jsou nejčastěji užívané?
- Jakým způsobem je ve Vašem zařízení řešena problematika nevodného sexuálního chování?
- Podporuje personál Vašeho zařízení uživatele v navazování partnerských vztahů a popřípadě jakým způsobem?
- Umožňujete ve Vašem zařízení společné bydlení partnerů?

Otázky polostrukturovaného interview využité v komunikaci s ženou s mentálním postižením se zaměřením na partnerské vztahy:

Pozn.: Otázky jsou uváděny obecně. Místo hesla *partner X* bylo v interview použito jméno příslušného partnera.

- Kde jste se s partnerem X poznala?
- Kde Váš partner bydlel?
- Měl partner X rodiče? Jací byli?
- Chodil Váš přítel do práce?
- Kdy jste se s partnerem setkávali?
- Chodil za Vámi přítel X do chráněného bydlení?

- Vodil se s Vámi partner X za ruku?
- Dávali jste si s partnerem X pusy?
- Milovali jste se s partnerem X?
- Co jste s partnerem X dělali, když jste byli spolu?
- Byl na Vás partner X hodný?
- Telefonoval Vám partner X?
- Jezdil za Vámi partner X na návštěvy domů?
- Dostávala jste od partnera X dárky?
- Co jste si s partnerem X plánovali?
- Chtěli jste mít s partnerem X děti?
- Chtěli jste s partnerem X spolu bydlet?
- Co se Vám na partnerovi X líbilo?
- Co Vám na partnerovi X vadilo?
- Nutil Vás partner X do něčeho, co jste nechtěla?
- Bral Vám partner X peníze?
- Měl partner X Vás a ještě jinou přítelkyni?
- Do čeho Vás partner X naváděl?
- Bála jste se partnera X?
- Ublížil Vám někdy partner X?
- Mlátil Vás někdy partner X?
- Proč jste se s partnerem X rozešla?
- Proč se s Vámi partner X rozešel? Co Vám řekl?
- Jak jste se cítila po rozchodu s partnerem X?
- Jak se vyrovnával partner X s rozchodem?

Otázky polostrukturovaného interview využité v komunikaci s matkou se zaměřením na partnerské vztahy:

- Kde se Ivona s partnerem X poznala?
- Jak dlouho trval vztah mezi Ivonou a partnerem X?
- Z jakého rodinného prostředí partner X pochází?
- Kde a s kým partner X bydlí?
- Docházel partner X do nějakého zaměstnání?
- Jak často se Ivona s partnerem X setkávala?

- Jak se vyvíjel vztah Ivony a partnera X?
- Jak fungoval vztah Ivony a partnera X?
- Objevovaly se nějaké problematické situace ve vztahu Ivony a partnera X?
- Jakým způsobem se k sobě Ivona s partnerem X chovali?
- Projevovali si Ivona s partnerem X navzájem svoji zamilovanost?
- Docházelo u Ivony a partnera X k pohlavnímu styku?
- Jaké měla plány Ivona s partnerem X do budoucnosti?
- Byla Ivona ve vztahu s partnerem X nějakým způsobem zneužívána?
- Bylo třeba ve vztahu Ivony a partnera X podpory okolí?
- Co bylo příčinou rozpadu vztahu s partnerem X?
- Jak Ivona rozpad vztahu s partnerem X prožívala?
- Jaký vliv měl vztah Ivony s partnerem X na její život?

Příloha č. 2: Znalecký posudek – posouzení duševního stavu

Okresní soud ve Svitavách
opatrovnické oddělení

Nc 1619/97

568 19 S V I T A V Y

Ve Svitavách dne 29.1.1998

OKRESNÍ SOUD VE SVITAVÁCH

č.j. Nc 1619/97

Došlo - 3 - 30 - 1998 - hod.

krat. příl.

Posouzení duševního stavu nezletilé
narozené dne _____ trvale bytem _____ čp. _____
, okres Svitavy, ve věci řízení o způsobilosti k právním
úkonům.

Ve věci řízení o způsobilosti k právním úkonům _____,
narozené dne _____, rozhodl Okresní soud ve
Svitavách svým usnesením ze dne 8.12.1997 pod č.j. Nc 1619/97-8
o důkazu znalcem z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie.

K vyšetření a posouzení duševního stavu nezl.
byl přibrán znalec z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie,
a to: MUDr. Jiří Cach, nar. 15.2.1962, lékař psychiatrického
oddělení Nemocnice ve Svitavách, trvale bytem Svitavy, Felberova
ul. čp. 25.

Ve znaleckém posudku je třeba posoudit a zodpovědět
následující otázky:

1. Trpí duševní poruchou vyšetřovaná ?
2. Je tato porucha trvalého či přechodného charakteru ?
3. Do jaké míry snižuje tato porucha volní a rozumové schopnosti
posuzované ?

4. Jeví se vhodně zvat vyšetřovanou k soudu v této věci a doručovat jí písemnosti týkající se řízení o způsobilosti k právním úkonům ?

I .

Výpis podstatných skutečností ze spisu Nc 1619/97:

Dne 13.10.1997 podala paní , nar. , matka nezletilé , nar. , návrh Okresnímu soudu ve Svitavách k zahájení řízení o omezení dcery způsobilosti k právním úkonům.

Do protokolu sepsaného u Okresního soudu ve Svitavách dne 3.11.1997 pak následně jmenovaná matka postižené uvedla následující podstatné údaje:

K poškození mozku u dcery došlo po porodu. Dcera se však nikde dlouhodobě neléčila. Jedná se u ní o lehkou až střední mentální retardaci. Dcera navštěvovala Zvláštní školu v Poličce a v Jaroměři. Nyní navštěvuje 3. třídu pomocné školy ve Slatiňanech.

Dcera se léčí u MUDr. Jílkové, soukromé dětské lékařky v Poličce. Na neurologii jezdí do Litomyšle k MUDr. Reifovi. Přes týden je v ÚSP Slatiňany a na víkendy si jí vozí domů.

V rodině se nevyskytla žádná duševní porucha. Dcera je ze dvou sourozenců. Má starší sestru , nar. , která je zcela zdravá.

Navrhovatelka bere na vědomí další postup ve věci. V případě, že ke zbavení nebo omezení ve způsobilosti u dcery dojde, navrhuje, aby do funkce opatrovnice byla ustanovena ona.

Dle psychologického vyšetření provedeného dne 13.10.1997 v Okresní pedagogicko-psychologické poradně ve Svitavách, jehož kopie je součástí spisového materiálu vyplývá, že je žákyní internátní školy ve Slatiňanech. Vyšetření bylo provedeno pro potřeby OSSZ Svitavy, kdy rodiče žádali o příspěvek na koupi motorového vozidla.

V anamnéze u klientky byl opakovaně zjištěn intelekt v pásmu lehké až střední mentální retardace. Je v péči neurologa pro

epilepsii a DMO. Chodila do ZvŠ Polička, zde nezvládala učivo, a proto byla přeřazena do PŠ internátní v Jaroměři. Pak byla osvobozena od povinné školní docházky. Nyní je v péči PŠ internátní ve Slatiňanech.

Vyšetření bylo provedeno v přítomnosti matky. Patrně postižení motoriky, pohybuje se nejistě. Při plnění úkolů se častěji obrací na matku, hledá radu a podporu. Spontánně nemluví. Na otázky odpovídá v jednoduchých větách, občas s agramatismy. Výslovnost je vcelku čistá, pouze mírná artikulační neobratnost. Říká, že se jí ve škole líbí, nejraději tam kreslí, už přečetla slabikář. Na plnění úkolů se celkem soustředí, s časem pokles pozornosti, spěchá a perseveruje. Ve zkoušce verbálního intelektu aktuálně podává výkon odpovídající mentálnímu věku asi pět až sedm let. Nejlepší výkon je v subtestu zjišťujícím úroveň pasivní slovní zásoby, největší potíže činí subtest vyžadující základy kombinačního logického myšlení. Náborový intelekt je ve středním pásmu střední mentální retardace.

Závěr: Aktuální úroveň rozumových schopností odpovídá střednímu pásmu mentální retardace. Vzhledem k tomu a i k motorickému postižení není klientka schopna vykonávat složitější činnosti samostatně, potřebuje zvýšenou péči, dohled a vedení.

Výpis ze zdravotnické dokumentace :

Dle záznamu o zdraví a nemocech dítěte pochází ze 2. těhotenství. Otec , nar. je zdravý, pracoval jako soustružník. Matka , nar. je zdravá, pracovala jako dělnice. Starší sestra , nar. , je zdravá. Průběh těhotenství byl normální. Porod byl předčasný, v 38. týdnu gravidity, v ústavu, záhlavím. Porodní hmotnost byla 2750 g, délka 46 cm. Apgar score 10-10-10. Po porodu asi 3 hodiny apnoe (2x) s pravděpodobnou aspirací. Byla prováděna resuscitace, umělé dýchání, podáván Syntophyllin a kyslík. Stav zvládnut. Další poporodní průběh komplikován ještě hyperbilirubinemií s max. hodnotou bilirubinu 283 mmol/l. Léčena fototerapií, aspirační pneumonie léčena Ampicilinem. Při propuštění z porodnice stav dobrý. Jako rizika byla udávána: Apnoické pauzy, hyperbilirubinemie a aspirační pneumonie.

V době od 2.7.1981 do 17.7.1981 byla hospitalisována na dětském oddělení Nemocnice ve Svitavách s diagnózou: Psychomotorická retardace - k vyšetření. Propuštěna se závěrem: Dětská mozková obrna - diparetická forma s levostrannou lateralizací. Dítě dispenzarizováno v rizikové poradně. Doporučeno pokračování rehabilitace.

V době od 4.1.1982 do 24.3.1982 byla poprvé hospitalisována v dětské rehabilitační léčebně v Luži-Košumberku. Údaje z propouštěcí zprávy: Do ústavu byla přijata s diagnózou dětské mozkové obrny s centrálním hypotonickým syndromem a psychomotorickou retardací na úrovni III. až IV. trimestru. Dítě pochází ze 2. fyziologického těhotenství. Porod byl v 37. týdnu záhlavím. Po narození nekřičela, byla kříšena, měla novorozeneckou žloutenku, poporodní průběh byl navíc komplikován bronchopneumonií. Kojena byla 6 týdnů, pak plně na umělé výživě. Od narození jinak vážněji nestonala, z dětských nemocí prodělala jen spalničky. Z vyšetření: Neurologické vyšetření - Dětská mozková obrna, centrální hypotonický syndrom. Interní pediatrické vyšetření je v mezích normy. Běžná laboratorní vyšetření byla v mezích normy. Psychologické vyšetření - Projevy holčičky jsou ve všech složkách vyrovnané a odpovídají vývojové úrovni necelého 1 roku (10-11 měsíců). Psm. vývoj se ve srovnání s chronologickým věkem opožďuje asi o 1 rok, což odpovídá středně těžké mentální retardaci. Holčička má však ještě určité rezervy a je možné předpokládat, že by se mohla v předškolním věku dostat do pásma lehké mentální retardace.

Dne 1.3.1983 byla poprvé psychologicky vyšetřena v OPPP Svitavy. Vyšetřena byla na doporučení lékaře z důvodu posouzení rozumové úrovně. Vyšetřena byla se závěrem: Nesplní úkoly pro 2. rok v intelektové zkoušce. Retardace rozumových schopností. Doporučeno kontrolní vyšetření za 1 rok.

Kontrolní psychologické vyšetření v OPPP Svitavy bylo provedeno dne 27.6.1984. Údaje ze zprávy o vyšetření: Dle pediatra dítě vedeno pod dg: Dětská mozková obrna, hypotonická centrální forma s přechodem do spasticity, výrazná psychomotorická retardace, strabismus convergens. Podle rodičů dítě již zachovává čistotu přes den. Neumí si ještě hrát samo, přebíhá od jednoho podnětu k druhému. Dítě je v evidenci neurologického oddělení v Praze, kde mu byla voperována telecí

hypofýza, užívá vitaminové preparáty, dojíždí na kontroly. Matka udává, že dítě trpí výpadky vědomí, zejména v situacích, kdy se nezaměstnává žádnou činností. Z vyšetření: Dítě je vyšetřováno v přítomnosti matky. Projevy mentální, citové i sociální odpovídají asi dvouletému dítěti. Při administraci zkoušky Termana-Merrillové sledujeme mezi úkoly vteřinové výpadky vědomí ze bdění, náhlou ospalost s rotací oka. Zájem o spolupráci je krátkodobý. Chování dítěte bylo ohodnoceno podle vývojového screeningu. Mentální úroveň odpovídá pásmu střední mentální retardace. Dítě již rozpoznává části těla, tvary, rozlišuje, napodobuje čáru tužkou, staví z kostek věž. Rozvoj řeči a slovní zásoby úrovně druhého roku však nedosahuje. Chodí bez opory. Závěr: Suspektní střední mentální retardace na bazi dětské mozkové obrny.

V době od 23.9.1985 do 25.10.1985 byla hospitalisována na klinice dětské neurologie Fakultní nemocnice v Praze - Motole. Dle zprávy dívka byla na klinice již hospitalisována podruhé pro hypotonickou formu DMO s počínající spasticitou akrálné a sekundární epilepsií typu myoklonicko - astatického. Přijata k provedení CT vyšetření. Od posledního pobytu na klinice v 8/1985 narůstala frekvence záchvatů až na 30 - 40 poklesů hlavičky denně. Vyšetření: EEG opakovaně hrubě abnormní záznam s difusně vysokou delta aktivitou a naznačenými výboji hrot. vln. Při kontrolách středně abnormní záznam s generalizovanými výboji a nedokonalou základní aktivitou. CT mozku: Difusní kortikální i periventrikulární atrofie. V epikrizě propouštěcí zprávy se uvádí, že dívka byla přijata k provedení CT mozku. Objektivní nález až na méně výrazný paleocerebellární syndrom je nezměněn. CT vyšetření prokázalo kortikální i periventrikulární atrofii lehčího stupně, které je v souladu s klinickou diagnózou. EEG záznam se zásadně nemění, stále přítomny generalizované paroxysmální projevy s nedokonalou základní aktivitou. Na klinice žádné záchvaty nezastiženy. Dítě čilejší než při předchozím pobytu. Doporučeno pravidelné podávání Everidenu, vitaminů B a C, pravidelné kontroly dětským neurologem v místě bydliště.

Dne 20.1.1986 byla jmenovaná přešetřena v OPPP Svitavy se závěrem: Střední mentální retardace na bazi DMO. Doporučen odklad školní docházky ještě o jeden rok.

Dne 18.12.1987 byla opět přešetřena v OPPP

Svitavy s tímž závěrem. Uvedeno, že dítě je na dolní hranici vzdělavatelnosti, bylo doporučeno umístění v pomocné internátní škole.

V době od 22.4.1988 do 18.7.1988 byla opětovně hospitalisována v dětské léčebně pohybových poruch. Zde provedena následující vyšetření se závěry: Pediatrické vyšetření: Asthenia, dyslalia, pedes plani. Ostatní interní nález je normální. Neurologické vyšetření: Dětská mozková obrna projevující se jen inkoordinací, poruchou řeči a oligofrenií. Původně pravděpodobně hypotonická forma. Sekundární epilepsie. Logopedické vyšetření: Opožděný vývoj řeči. Výrazné opoždění v obou složkách řeči, zařazena pokusně do logopedické péče. Psychologické vyšetření: Mentální retardace středního stupně, ireparabilní stadium.

Dne 8.12.1989 Krajská pedagogicko psychologická poradna doporučila osvobození od povinné školní docházky. Dle zprávy dítě dlouhodobě neplní požadavky osnov pomocné školy, intelektové schopnosti jsou situovány do pásma střední mentální retardace.

Při další hospitalisaci v rehabilitačním ústavu v Luži - Košumberku byla opět psychologicky přešetřena v říjnu 1992 se závěrem: Mentální defekt je na hranici lehkého až středního stupně, rozvoj poznávacích procesů však dále pokračuje mírným tempem, zjevně bez známek stagnace. Osobnost závislá, ochotná ke spolupráci, trvá určitá aspirační úroveň. Od nich z ústavu od roku 1987 doporučována pomocná škola, pokud dítě samo nebude projevovat známky přetížení.

II .

L Ě K A Ř S K Ý N Á L E Z :

Posuzovaná nar. , byla klinicky vyšetřena znalcem - psychiatrem pro potřebu vypracování znaleckého posudku o duševním stavu ve věci řízení o způsobilosti k právním úkonům dne 26.1.1998 na psychiatrickém oddělení Nemocnice ve Svitavách, kam byla za tímto účelem přivezena svými rodiči.

Anamnestické údaje získané od rodičů vyšetřované:

(Přepis magnetofonového záznamu)

V úvodu matka postižené uvádí, že podnět na zahájení soudního řízení o způsobilosti dcery k právním úkonům podala na základě doporučení vedení ústavu, kde dcera přes týden pobývá, a to hlavně z toho důvodu, že dcerce bude letos v březnu osmnáct let a bude jí přiznán v nejbližší době plný invalidní důchod.

Dcera je postižená od narození. V současnosti je dcera umístěna na týdenní pobyt v ÚSP Slatiňany, přes víkendy a o prázdninách je dcera doma.

Pokud se rodičů týká, tak oba jsou zdraví. Matka má let. Je zcela zdravá. V pokrevním příbuzenstvu matky se vyskytuje mentální postižení v rodině bratra, který má rovněž mentálně postiženou dceru, podobně jako je jejich . O jiné psychiatrické zátěži v pokrevním příbuzenstvu matka neví. Výskyt sledovaných onemocnění neudává. Matka je absolventkou Střední ekonomické školy ve Svitavách. Nyní je matka od září 1997 nezaměstnaná, v evidenci pracovního úřadu. Dříve pracovala jako účetní v . Otec má let. Je původně vyučen zámečnickem. V současnosti je rovněž bez zaměstnání. Naposledy otec pracoval v . Otec je zcela zdrav. V pokrevním příbuzenstvu otce se nevyskytuje žádná psychiatrická rodinná zátěž.

Postižená dcerka se narodila . Pochází z druhého matčina těhotenství. Starší dcera se narodila o jeden rok dříve a je mentálně i tělesně zcela zdravá. se vyučila švadlenou a v současnosti studuje střední nástavbu na učební obor.

Těhotenství bylo naprosto v pořádku. V průběhu gravidity matka neprodělala žádné infekční onemocnění, prostě nic nezbuzovalo podezření, že by se mělo narodit postižené dítě. Porod byl předčasný, spontánní, asi o 3 týdny před porodním termínem. Vlastní průběh porodu byl bez komplikací, ale po narození dítě bylo kříšeno, údajně se napilo plodové vody. Pak po narození se u ní vyvinula silná novorozenecká žloutenka, takže matka 3 týdny dítě po porodu neviděla. Dítě bylo s touto žloutenkou léčeno na novorozeneckém oddělení v Poličce, nikam převáženo nebylo. Záhy po narození se u objevily známky motorického opožďování. nezvedala hlavu, její motorický

vývoj, čím bylo dítě starší, se stále více opožďoval. Dítě bylo vyšetřováno na dětském oddělení ve Svitavách, kde jim zprvu bylo řečeno, že vývoj byl normální, přestože matka viděla sama, že v porovnání s ostatními stejně starými dětmi dcera zaostává. Pak byla ve věku kolem jednoho roku poslána k prvnímu pobytu do rehabilitačního ústavu v Košumberku. Při tomto prvním pobytu se naučila prvním krůčkům. Od té doby byla dcera v Luži-Košumberku hospitalisována opakovaně vždy na tři měsíce. Naposledy byla v ústavu v loňském roce. Rodičům bylo sděleno, že dcera je postižena dětskou mozkovou obrnou. Při intenzivní rehabilitaci se motorické postižení dcery výrazně upravilo. V současné době je motoricky plně pohyblivá, pouze u ní vážně jemná psychomotorika a trochu hůře chodí. Po mentální stránce je postižení dcery závažnější než po stránce motorické.

Kromě zdravotního postižení a potíží vyplývajících z dětské mozkové obrny s následnou sekundární epilepsií nebyla v dětství dcera vážněji po tělesné stránce nemocná. Prožila jen banální dětská infekční onemocnění. Operována nebyla, výjma implantace hovězí hypofýzy, kterou jí opakovaně implantovali v Praze-Motole.

V souvislosti s DMO již od útlého věku dcera trpí epilepsií, která se od malička u ní projevovala padáním hlavičky. Dcerka je v pravidelné neurologické péči dětské neurologické ambulance MUDr. Reifa v Litomyšli. V současné době žádné epileptické záchvaty nemá. Užívá antiepileptika.

Dcera je v současné době zbavena povinné školní docházky, přesto při ÚSP ve Slatiňanech navštěvuje 3 stupeň pomocné školy. Zprvu, když měli dcerku doma, tak jí po třech odkladech školní docházky vozili do Zvláštní školy v Poličce. Avšak ani nároky zvláštní školy zde nezvládala, proto jí byla doporučena internátní škola. Dcera byla opakovaně vyšetřována v OPPP Svitavy. Potom, asi po 1,5 roce dceru vozili do Zvláštní internátní školy v Jaroměři, kde byla v režimu týdenního pobytu celkem 2 roky. Zde však rovněž výukově selhávala, její pobyt byl mimo jiné také přerušován pobyty v rehabilitačním ústavu v Luži-Košumberku. Nakonec v roce 1992 byla dcera umístěna formou týdenního pobytu v ÚSP Slatiňany, kde je od roku 1992 doposud. Zde navštěvuje pomocnou školu, ve které se naučila skoro všem písmenům, naučila se podepsat a počítat v oboru do pěti. Přečte krátký jednoduchý text napsaný velkými písmeny. Dcerku si

berou každý víkend domů, v ústavu je pouze přes pracovní týden. V ústavu údajně s dcerkou nejsou žádné problémy. Paní učitelka chválí. je pravačka.

Pokud jde o sebeobsluhu, dcera je schopna se sama obléknout, vyžaduje pouze dopomoc ze strany okolí jen tam, kde je nutná jemná psychomotorika, která u ní vázne. Pochopitelně všechny úkony dělá pomaleji nežli nepostižení lidé, ale zvládne to. Základní hygienické návyky má osvojeny, čistotu udržuje. Je schopna se sama najíst příborem. Zvládne i jednoduchou manuální práci pod dohledem druhé osoby. Problém je v tom, že mimo jiné má ekzém, takže mnoho jednoduchých úkonů zase nemůže dělat z tohoto důvodu. Význam peněz zná omezeně. Jde sice nakoupit, ale není schopna si zkontrolovat vrácené peníze, v tomto musí spoléhat rodiče na serióznost prodávajících.

nemá problémy v kontaktu se svým okolím. Se svojí starší sestrou vychází dobře. I v ústavu ve Slatiňanech neměla výraznější problémy s adaptací. Nikdy se u ní neprojeví žádné projevy agresivity či psychomotorický neklid.

Dcera pochopitelně nekouří, alkohol nepožívá, nemá zájem o kontakt s druhým pohlavím. Menses má od patnácti let velmi nepravidelné. Z léků trvale užívá pouze Convulex na epilepsii.

Dcera je držitelkou průkazky ZTP-P, v současnosti bylo u ní zahájeno důchodové řízení. Na dcerku dosud pobírali rodiče pouze dětské přídatky a sociální příplatek na benzín.

Dcera je nemajetná, zatím nemá žádnou vkladní knížku či jiný majetek, rodiče však o založení spořivého pojištění aktuálně uvažují.

Přítomný psychický stav - status praesens psychicus:

SPP: K vyšetření byla přivezena v předem určeném termínu svými oběma rodiči. Upraveného zevnějšku, drobnější, asthenické konstituce, infantilního habitu, bez jiných vnějších nápadností. Klidná, verbálně zcela podvolivá. Na výzvu usedá do křesla. Pevně fixuje očima svojí matku. Oba rodiče byli přítomni vyšetření. Kontakt lze s vyšetřovanou navodit, jeho úroveň však koreluje se stupněm intelektového postižení. Smysl vyšetření nechápe. Na kladené otázky vyšetřovaná dívka odpovídá s latencemi, jednoduchými holými větami, s naznačenou dyslalií,

ale jinak adekvátně. Psychomotorické tempo a dynamogenie jsou stornovány. Emotivita nejeví známky deprese, v úvodu vyšetření patrna situačně navozená anxieta, která však během vyšetření a exploraace matky odeznívá. Psychotické fenomény přítomny nejsou. Myšlení je bradypsychické, rigidní, primitivní. Úroveň kognitivních funkcí, abstrakce, úsudku, pojmotvorby, schopnosti výbavnosti představ a všeobecných znalostí jsou evidentně defektní. Posuzovaná zná čísla do pěti, zná téměř všechna písmena abecedy, slovní syntéza však vážne. Umí se podepsat. Zná základní barvy a menší bankovky. Význam peněz však uniká. Orientace ve složitějších životních situacích vážne. Zvládá dobře základní úkony běžné sebeobsluhy i krátkodobě jednoduchou manuální činnost pod dozorem druhé osoby. Mnesticke funkce jsou defektní s relativní převahou mechanické paměti nad logickou. Klinicky mentální defekt odpovídá oligofrenii v pásmu lehké imbecility na podkladě dětské mozkové obrny vzniklé v perinatálním období. Sekundární epilepsie kompensována medikací. Bez známek agrese. Osobnost posuzované je nevyzrálá, psychosexuálně infantilní, primitivně se strukturující s intelektovými schopnosti v již uvedeném pásmu lehké, počínající imbecility.

Diagnostický závěr:

- Oligofrenie v pásmu počínající imbecility na podkladě dětské mozkové obrny
- Sekundární epilepsie

III .

Znalecká úvaha a závěry posudku:

Na základě usnesení Okresního soudu ve Svitavách ze dne 8.12.1997, byl k č.j. Nc 1619/97 zkoumán duševní stav nezletilý , narozené dne , týdenním pobytem v ÚSP Slatiňany, trvale bytem , okres Svitavy, ve věci řízení o způsobilosti k právním úkonům.

Znalec vyšetřil posuzovanou dne 26.1.1998 na psychiatrickém oddělení Nemocnice ve Svitavách, prostudoval zapůjčený spisový materiál Nc 1619/97 a zapůjčenou obsáhlou zdravotnickou dokumentaci jmenované, získal objektivní anamnestické údaje od rodičů postižené a na základě všech takto získaných poznatků dospěl k jednoznačnému závěru.

Znalec uzavírá, že posuzovaná dívka, nar. , trpí z psychiatrického hlediska vrozenou poruchou intelektu, kterou je možné diagnosticky hodnotit jako oligofrenii v pásmu počínající lehké imbecility. Tento vrozený defekt intelektu je u posuzovaného děvčete podmíněn perinatálním poškozením CNS charakteru dětské mozkové obrny s motorickým a psychickým postižením a sekundární epilepsií. Motorický handicap postižené se podařilo intenzivní rehabilitací výraznou měrou skorigovat, defekt intelektu i přes zcela jistý stupeň regrese mentálního postižení ustanul na úrovni lehké imbecility. Sekundární epilepsii se podařilo medikamentosní léčbou zcela skompenzovat.

Současný stav mentálních schopností posuzované lze z psychiatrického hlediska považovat již za setrvalý, léčbou kauzálně neovlivnitelný, i když znalec připouští vzhledem k celkové nezrállosti osobnosti dívky a intenzivní edukačně rehabilitační a pedagogické péči ze strany rodičů i ústavu sociální péče ve Slatiňanech možnost jistého mírného stupně regrese mentálního defektu.

Vrozená porucha intelektu u v pásmu počínající lehké imbecility, tedy defekt intelektu středního stupně, výrazným a podstatným způsobem snižuje volní a rozumové schopnosti vyšetřované.

Postižená i při svém mentálním a motorickém postižení je schopna základní běžné sebeobsluhy, dodržuje základní hygienická pravidla, je i schopna jednodušší formy komunikace se svým okolím. Jmenovaná není však schopna analyzovat složitější situace praktického života a v těchto se zorientovat, nezná hodnotu peněz a není schopna s nimi disponovat. Rovněž není schopna chápat a hájit svoje záležitosti, jednat s úřady a podobně. Ve všech těchto aktivitách je plně odkázána na pomoc svého okolí. Tuto péči, pomoc a dohled jí v současné době vzorně zajišťují její rodiče a ÚSP ve Slatiňanech.

Ustanovení opatrovníka s ohledem na hloubku mentálního postižení vyšetřované dívky považuje znalec za nutné.

Posuzovaná pochází z úplné rodiny jako mladší ze dvou sourozenců. Oba rodiče vyšetřované jsou zcela tělesně i mentálně zdraví, stejně jako starší sestra jmenované.

Z rodinné zátěže lze vzít v úvahu pouze výskyt mentálního postižení u dcery matčina bratra.

Posuzovaná pochází z 2. matčina těhotenství, které ve svém průběhu bylo zcela bez komplikací. Porod byl spontánní o tři týdny před stanoveným termínem. Po porodu bylo dítě pro časný asfyktický syndrom 2x resuscitováno, záhy poté prodělalo těžkou novorozeneckou žloutenku a aspirační bronchopneumonií. Tyto noxy v těsném poporodním období měly zřejmě hlavní etiologický podíl na vzniku dětské mozkové obrny u jmenované. V průběhu kojeneckého věku byly u stále zřetelněji vyznačeny příznaky psychomotorického opoždění, pro které byla dívka v průběhu svého dětského věku opakovaně hospitalisována v dětské léčebně pohybových poruch v Luži-Košumberku. Díky intenzivní rehabilitační péči se podařilo minimalizovat motorické postižení dívky. Od útlého věku v souvislosti s DMO byly u přítomny sekundární epileptické záchvaty, které se podařilo medikamentosní léčbou zcela skorigovat, a pro které je dívka trvale dispenzarizována v dětské neurologické ambulanci. Bohužel mentální opožďování děvčete se nepodařilo zdaleka tak dobře skompenzovat jako postižení motorické. po opakovaném odložení školní docházky zcela selhávala i nárokům zvláštní školy. Po neúspěšném pokusu o zařazení ve Zvláštní škole v Poličce byla dívka přeřazena do internátní zvláštní školy v Jaroměři, ale ani zde nezvládla nároky výuky. Po komisním zbavení povinné školní docházky byla v roce 1992 umístěna formou týdenního pobytu do ÚSP ve Slatiňanech, kde byla i přes zbavení povinnosti vzdělávání umístěna do pomocné školy, ve které zvládla díky intenzivní edukační a speciálně pedagogické péči nejzákladnější znalosti v oblasti čtení a počítání.

Postižená je dobře sociálně zadaptována jak v ústavním, tak v rodinném prostředí. Je zcela bezproblémovým, nekonfliktním a klidným mentálně postiženým děvčetem.

V souvislosti s blížícím se dovršením věku plnoletosti bylo u zahájeno dýchodové řízení a paralelně s tím podala

matka postižené dívky podnět Okresnímu soudu ve Svitavách na zahájení řízení o způsobilosti dcery způsobilosti k právním úkonům.

Odpovědi na kladené otázky:

1. Posuzovaná , nar. , trpí z psychiatrického hlediska vrozenou poruchou intelektových schopností, kterou je možné diagnosticky hodnotit jako oligofrenii v pásmu počínající lehké imbecility. Tato vrozená porucha intelektu je u vyšetřované podmíněná dětskou mozkovou obrnou, která vznikla v perinatálním období v důsledku asfyxie novorozeného dítěte.

2. Porucha intelektu u posuzované je poruchou trvalého charakteru a není současnými léčebnými prostředky kauzálně ovlivnitelná.

3. Střední defekt intelektu u jmenované v pásmu počínající lehké imbecility výrazným a podstatným způsobem snižuje volní a rozumové schopnosti vyšetřované.

Posuzovaná je schopna běžných úkonů každodenní sebeobsluhy, není však schopna orientovat se ve složitějších životních situacích. Její stav není slučitelný s tím, aby byla schopna zajišťovat si svoje záležitosti, jednat s úřady či disponovat se svými finančními prostředky. Posuzovaná nezná význam a hodnotu peněz.

Z tohoto důvodu znalec ustanovení opatrovníka hájícího zájmy postižené dívky považuje za nutné.

V daném případě se jeví jako nevhodnější osobou pro výkon opatrovnické funkce postižené dívky její matka, paní .

4. Znalec považuje za zcela nevhodné, s ohledem na hloubku mentálního postižení vyšetřované dívky, zvat posuzovanou k soudu v této věci, stejně tak a ze stejného důvodu nedoporučuje ani zaslání jí písemností této věci se týkající.


Ve Svitavách dne 30.1.1998




MUDr. Jiří C A C H

Příloha č. 3: Rozsudek o zbavení způsobilosti k právním úkonům

Nc 1619/97-25


Toto rozhodnutí nabylo právní moci
dne 14. 3. 1998
OKRESNÍ SOUD VE SVITAVÁCH
dne 18. 8. 2003


Štukvič
ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK JMÉNEM REPUBLIKY

Okresní soud ve Svitavách rozhodl předsedkyní senátu JUDr. Věrou Petrovou jako samosoudkyní ve věci péče o nezletilou , nar. , zastoupenou pro toto řízení rodiči, dceru , nar. , dělnice, t.č. nezaměstnaná, bytem , nar. , dělníka, bytem , o způsobilosti k právním úkonům t a k t o :

I. Soud z b a v u j e , nar. v , bytem , způsobilosti k právním úkonům.

II. Státu se nepřiznává náhrada nákladů tohoto řízení.

O d ů v o d ě n í

Matka nezletilé podala návrh na omezení způsobilosti své dcery k právním úkonům. Při jednání potom navrhla, aby nezletilá byla zbavena způsobilosti. Důvodem toho je duševní choroba, kterou nezletilá trpí od narození.

Z výpovědi matky bylo zjištěno, že nezletilá trpí lehkou až střední mentální retardací. K poškození mozku došlo po porodu. Dcera je vychovávána jednak v rodině a dále od roku 1990 je umístěna na týdenní pobyty v ÚSP ve Slatiňanech. Na víkendy jezdí domů. Kdyby měla být umístěna v ústavu zcela, působilo by to zřejmě špatně na její psychiku, neboť je silně citově vázána na rodinu. Ve Slatiňanech navštěvuje 3. třídu pomocné školy. Je schopna podpisu, přečte i jednoduchý text, počítá do patnácti.

SEVT - 17 001 0 (K.f.č.1 rozsudek) 1/94

Nezletilá je svobodná, nemá žádné děti. Nevlastní žádné peníze ani nemovitosti. Živí ji rodiče. Dcera má sestru, nar. , která je zdravá. Matka navrhl, aby byla po skončeném řízení ustanovena do funkce opatrovnice.

Otec se připojil k návrhu matky na zbavení způsobilosti k právním úkonům. Jako účastník řízení uvedl, že dcera je postižená již od narození. Do roku 1990 ji vychovávali doma. Manželka ji vozila nejprve do Zvláštní školy v Poličce, později do Jaroměře, ale nestačila. Od roku 1990 je umístěna na týdenní pobyty ve Slatiňanech. Závěry znaleckého posudku odpovídají skutečnosti. Dcera je svobodná, bezdětná a nemajetná. Nemá ještě přiznaný invalidní důchod.

Ze zprávy Okresní pedagogicko-psychologické poradny ve Svitavách bylo zjištěno, že aktuální úroveň rozumových schopností nezletilé odpovídá střednímu pásmu mentální retardace. Nezletilá není schopna vykonávat složitější činnosti samostatně, potřebuje zvýšenou péči a dohled. Ve zkoušce verbálního intelektu podává výkon odpovídající věku asi pět až sedm let, spontánně nemluví, odpovídá v jednoduchých větách. Je patrně postižena motoriky.

Ze znaleckého posudku z oboru zdravotnictví - psychiatrie, který vypracoval soudní znalec MUDr. Jiří Cach, bylo zjištěno, že nezletilá trpí vrozenou poruchou intelektových schopností, kterou lze hodnotit jako oligofrenii v pásmu počínající lehké imbecility. Tato porucha je poruchou trvalého charakteru a není současnými léčebnými prostředky ovlivnitelná. Střední deficit intelektu výrazně a podstatným způsobem snižuje volní a rozumové schopnosti vyšetřované. Tato je schopna běžných úkonů každodenní sebeobsluhy, ale není schopna se orientovat ve složitějších životních situacích. Není schopna zajišťovat si svoje záležitosti, jednat s úřady a disponovat s finančními prostředky. Nezná význam a hodnotu peněz.

Při jednání potom znalec odkázal na závěry znaleckého posudku. Uvedl, že není vhodné posuzovanou zvát k soudu ani jí doručovat žádné písemnosti. Posuzovaná není schopna pochopit obsah soudního jednání ani písemnosti.

Podle ustanovení § 10 odst. 1 obč. zák., jestliže občan pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopen činit právní úkony, soud jej způsobilosti k právním úkonům zbaví.

Na základě shora uvedených zjištění, dospěl soud k závěru, že nezletilá trpí duševní poruchou, která není jen přechodná a v důsledku toho není vůbec schopna činit právní úkony. Proto ji soud způsobilosti k právním úkonům zbavil.

Nc 1619/97-26

Na základě znaleckého doporučení v souladu s ustanovením § 187 odst. 2 o.s.ř., soud upustil od výsledku posuzované, neboť tato by nebyla schopna pochopit význam soudního jednání.

Podle ustanovení § 191 odst. 1 věta první o.s.ř. platí náklady řízení stát ze zákona. Jelikož posuzovaná nemá žádný majetek, nebyla státu náhrada nákladů přiznána (§ 191 odst. 1 věta druhá o.s.ř.).

P o u ě n í : Proti tomuto rozsudku lze podat odvolání do 15-ti dnů ode dne jeho doručení prostřednictvím zdejšího soudu ke Krajskému soudu v Hradci Králové (dvojmo).

Ve Svitavách dne 23. února 1998



JUD. VĚRA PETROVÁ
Za správné vyhotovení.

Příloha č. 4: Protokol o vztazích a sexualitě Domova sociálních služeb Slatiňany

([online]. [cit. 6. 6. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.dss.cz/dokumenty/> >)

Domov sociálních služeb Slatiňany, Klášterní 795, 538 21
Slatiňany

Protokol o vztazích a sexualitě

Souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, pokynů a norem v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením v DSS Slatiňany:

Chceme-li obsáhnout sexualitu u osob s mentálním postižením, klademe si velký úkol. Můžeme však informacemi a otevřeným přístupem k tomuto tématu přispět k naplnění práv a uspokojení potřeb osob s mentálním postižením. Je nutné si uvědomit, že práva, která se vztahují k jedincům bez postižení, se neliší od práv osob s postižením. Je nezbytné překonávat zakořeněné předsudky a cílenou osvětou měnit postoje personálu, opatrovníků nebo zákonných zástupců a pomoci tak lidem s mentálním postižením v naplňování jejich práv - právo na svobodu, které vylučuje formy sexuálního donucování nebo nátlaku, právo na prožívání vlastní sexuality, právo na systematickou osvětou a výchovu, právo na sebeurčení, právo na sexuální rovnost, právo na sexuální zdraví, právo na objektivní a faktické informace o lidské sexualitě, právo na soukromí, právo svobodně se stýkat a právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla.

Sexualita je významnou součástí lidského života, která vede k pocitu osobního štěstí, naplnění, uvědomění si sebe sama. Každý člověk je sexuální bytost a má právo na prožití vlastní sexuality. Její projevy se liší podle možností, tužeb a potřeb každého jedince.

Platí to bez výjimky i pro lidi s mentálním postižením. Snahou naší organizace je pomoci jim jejich sexualitu prožít způsobem, který si zvolí a

který jim vyhovuje, pokud je to v našich silách a není to v rozporu se zájmy ostatních lidí. Snažíme se též o posílení právního vědomí klientů domova a jejich obranyschopnosti proti sexuálnímu zneužívání a špatným či traumatizujícím sexuálním zkušenostem.

Sexualita přispívá ke kvalitě života lidí s mentálním postižením a má:

- a) biologický a psychosexuální základ
- b) morální hlediska
- c) vztahová hlediska
- d) kulturní hlediska

Kulturní normy se stále vyvíjejí. V souladu s normami, které jsou v současné době v naší kultuře obecně přijímány, **zastáváme následující hodnoty:**

- všechny úrovně prožívání sexuality jsou rovnocenné
- záleží na klientovi, případně na jeho partnerovi, jakou roli bude v jeho/jejich životě hrát sexualita a jakou formu vztahu si zvolí
- sexualita je možná i mimo rámec manželství, tj. dva lidé spolu mohou sexuálně žít, aniž by museli být v manželském svazku
- sexualita mezi lidmi stejného pohlaví (homosexualita) je stejně hodnotná jako sexualita mezi mužem a ženou
- homosexualita není brána jako úchylka (deviace), ale jako širší varianta normy

Sexualita v rámci vztahu klientů plní funkce rekreační (radost ze vztahu) a komunikační (budování vztahu).

Sexuální výchova lidí s mentálním postižením zahrnuje také problémy rodičovství a péče o děti. Tito lidé většinou nemají reálnou představu, co péče o dítě a jeho výchova obnáší. Proto **není cílem sexuality u lidí s mentálním postižením zplození dětí.**

Nejdůležitějším hlediskem sexuálního vztahu je rovnocennost lidí v něm. Důraz klademe na odpovědnost, dobrovolnost, úctu, emoční rovnocennost, radost a spokojenost obou partnerů. Nerovnocenný vztah, to je vztah převahy či uplatňování moci jednoho partnera nad druhým, je **sexuálním zneužitím**. Sexuální zneužití je každé sexuální nebo sexuálně zabarvené chování anebo kontakt mezi mentálně postiženými lidmi a lidmi, kteří mají poskytovat ochranu a péči, nebo lidmi, kteří mají nad nimi rozumovou či emoční převahu. Každý sexuální kontakt mezi mentálně postiženými navzájem, nebo mentálně postiženými a ostatními lidmi je **považován za**

sexuální zneužití, pokud jde o kontakt nechtěný nebo takový, že měla oběť pocit, že kontakt nemůže odmítnout. Potlačení a popření sexuality může mít škodlivé následky (např. zabrzdění vývoje jednotlivce, zranitelnost vůči sexuálnímu zneužití, nechtěnému zneužití, nechtěnému těhotenství).

Naše zařízení se snaží o kultivaci sexuality klientů. Přístupnou formou vzhledem ke stupni jejich postižení jsou klientům poskytovány informace o fyziologii pohlavních orgánů, hygieně, vzájemných partnerských vztazích a sexualitě.

Tento protokol je závazný pro všechny pracovníky DSS Slatiňany.

Struktura protokolu o vztazích a sexualitě

- 1. Vztahy, formy tělesných a sexuálních prožitků**
- 2. Antikoncepce**
- 3. Kontakty pracovníků a klientů v rámci sociální služby**
- 4. Osvěta a prevence**
- 5. Zodpovědnost pracovníků**
- 6. Zákonní zástupci a opatrovníci**

1. Vztahy, formy tělesných a sexuálních prožitků

- a) Přátelství a zamilovanost
- b) Formy vztahů
- c) Masturbace
- d) Mazlení, laskání, pohlavní styk
- e) Prostituce
- f) Sexografie
- g) Problematické formy sexuality

a) Přátelství a zamilovanost

DSS Slatiňany podporuje vzájemné vztahy a vazby mezi klienty (i z jiných zařízení), umožňuje vzájemné kontakty - např. návštěvy, společenské akce,

telefonování, dopisování, společné pobyty, apod. Pokud dlouhodobější vztah přeroste v hlubší vztah, budeme se snažit umožnit podmínky pro další způsoby společného života. Podmínky budou dány situací každého konkrétního vztahu a podmínkami v organizaci.

b) Formy vztahů

V naší organizaci se setkáváme se vztahy na bázi přátelství (neintimní vztahy) se a se vztahy založenými na vzájemné lásce (intimní vztahy). Volbu klientů respektujeme.

Heterosexuálním párům, které mají dlouhodobý partnerský vztah, umožňujeme společné bydlení.

Není v možnostech organizace podpořit uzavírání sňatků klientů, kteří jsou zbaveni nebo omezeni ve způsobilosti k právním úkonům. Oficiální sňatek je možné nahradit slavnostním partnerským slibem (tzv. zasnuby), pokud si to budou oba partneři a jejich opatrovníci přát.

Rodičovství - tato forma vztahu není v našem zařízení možná.

c) Masturbace

Je přípustnou formou sexuální aktivity klientů a zdravým sebevyjádřením bez ohledu na to, jestli má daná osoba sexuální vztah k partnerovi nebo ne. Uživatelé jsou v této sexuální aktivitě poučeni o pravidlech.

Klienti jsou poučeni a soustavně vedeni k dodržování osobní a intimní hygieny. Masturbace je intimní záležitostí jedince, proto se smí provozovat pouze v soukromí.

Masturbovat je možné i v trvalém partnerském vztahu.

Za žádných okolností neprovádí personál „trénink řízené masturbace“.

d) Mazlení, laskání, pohlavní styk

Jedná se o intimní záležitost partnerů, bez účasti dalších osob. **Podmínkou je oboustranný souhlas, dobrovolnost, rovnocennost obou partnerů.** Musí být respektována legislativní opatření (zákaz sexuálního styku se svěřenou osobou, incest).

Milování je přípustné jak v heterosexuálním, tak v homosexuálním vztahu partnerů. Oba partneři jsou soustavně vedeni k zodpovědnému postoji k sexualitě a k používání vhodné antikoncepce při pohlavním styku. Pohlavní

styk klientů zkvalitňuje a obohacuje jejich vztah a sexuální život a jeho cílem není zplození a výchova dětí.

Pohlavní anální styk není doporučovanou formou sexuální aktivity. Klienti DSS Slatiňany jsou poučováni o možných rizicích a zdravotních následcích pohlavního análního styku a jsou seznamováni s vhodnějšími formami sexuálního uspokojení.

e) Prostituce

Pokud není klient schopen navázat partnerský vztah, nepřipouštíme možnost provést pohlavní styk s prostitutkou. Zároveň za něj nepřejímáme v tomto směru zodpovědnost mimo rámec organizace (dovolené, pobyty doma, apod.). **Provozování prostituce klientů v rámci organizace je nepřípustné.**

f) Sexografie

Odpovídající druh sexografie je u klientů přípustný. Prohlížení sexografie je záležitostí intimní, prohlížení ve vztahu vyžaduje rovnocennost, dobrovolnost, souhlas partnera. Vylučuje se dětská pornografie, pornografie s násilím-sadomasochistická, se zvířaty a těhotnými ženami.

g) Problematické formy sexuality (pedofilie, prostituce, exhibicionismus aj.)

Jsou v naší organizaci nepřípustné. Klienti jsou v sexuální výchově vedeni k právnímu vědomí, že tyto formy sexuality **jsou nepřípustné**. V případě jejich výskytu se bude snažit organizace tyto formy vyloučit za pomoci odborníků (sexuologa, psychiatra, psychologa). Takto orientovaným jedincům se bude hledat náhradní sexuální aktivita.

2. Antikoncepce

- a) Antikoncepční prostředky
- b) Sterilizace
- c) Těhotenství a rodičovství
- d) Pohlavně přenosné nemoci a AIDS

a) Antikoncepční prostředky

Antikoncepce je důležitou součástí sexuálního života a sexuální výchovy klientů organizace **k ochraně proti nežádoucímu těhotenství a přenosným pohlavním nemocem**. Organizace zajišťuje sexuální výchovu klientů (podle stupně mentálního postižení a úrovně kognitivních schopností), trénink v používání antikoncepce, poradenství uživatelům, odborné vyšetření lékařem specialistou (gynekologem, sexuologem) a zavedení vhodné antikoncepce vzhledem ke zdravotnímu stavu, stupni postižení, individualitě klienta a jeho ochotě a schopnosti spolupracovat.

Zavedení antikoncepce je podmíněno:

- odborným lékařským vyšetřením a doporučením specialisty (gynekologa, sexuologa, psychiatra)
- souhlasem opatrovníka, příp. zákonného zástupce v případě, že je klient zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům
- informovaným souhlasem klienta

Každý klient je zařazen do individuálního nebo skupinového tréninkového programu používání antikoncepce v rámci sexuální výchovy **dle stupně svého postižení**.

Druhy antikoncepce užívané v našem zařízení:

- hormonální antikoncepce Depo-provery aplikovaná i. m.
- kondom - důraz na používání této bariérové antikoncepce klademe proto, že zabraňuje sexuálně přenosným nemocem
- jiné druhy antikoncepce lze aplikovat dle doporučení odborného lékaře (gynekologa) po dohodě s opatrovníkem, příp. zákonným zástupcem klienta

b) Sterilizace

Ke sterilizaci klientky lze přistoupit pouze v případě, že:

- budou dodrženy legislativní úpravy, které se sterilizace týkají
- se jedná o klientku, u níž není možné např. z důvodu kontraindikace aplikovat jiný druh antikoncepce
- klientka bude poučena o tom, co se s jejím tělem bude dít, o jaký zákrok se jedná a jaké důsledky tento zákrok přináší, a to natolik srozumitelnou formou, aby byla schopna pochopit závažnost rozhodnutí
- zákrok může být proveden pouze se souhlasem opatrovníka a informovaným souhlasem klientky

Před výkonem podepíše opatrovník, příp. klientka, u níž má být sterilizace provedena a není-li zbavena způsobilosti k právním úkonům, prohlášení, že s provedením sterilizace souhlasí a že bere na vědomí písemné poučení o tom, do jaké míry je sterilizační zákrok nezvratný.

Na spolurozhodování o tom, podstoupí-li klientka tento zákrok se podílí:

- odborný lékař - specialista
- opatrovník v případě, že je klientka zbavena nebo omezena ve způsobilosti k právním úkonům

c) Těhotenství a rodičovství

Cílem partnerského a sexuálního života klientů v naší organizaci **není zplození** a výchova dětí, tj. rodičovství. V preventivních programech a sexuální výchově bude DSS na klienty působit tak, aby **se těhotenství předešlo**. Organizace nemůže poskytovat péči uživatelům, kteří se rozhodnou pro rodičovství.

Na tuto péči není organizace zařízena a v případě, že se uživatelé rozhodnou pro rodičovství, nebude jejich setrvání v organizaci možné. Bude jim poskytnuta odborná pomoc ve spolupráci s kompetentními orgány činnými v péči o rodinu a dítě a rodinou klienta s mentálním postižením.

d) Pohlavní nemoci a AIDS

V rámci sexuální výchovy v DSS Slatiňany jsou klientům předávány informace o přenosných nemocech a AIDS. Klienti jsou vedeni k hygienickým návykům a péči o tělo. K důslednému používání kondomu nejen z hlediska antikoncepce, ale i jako **prevence před přenosnými pohlavními chorobami a AIDS**. Součástí programu sexuální výchovy je posilování dlouhodobých partnerských vztahů a objasňování zdravotních rizik, které přináší promiskuita.

V případě výskytu některých přenosných pohlavních nemocí nebo AIDS bude klientům zajištěna odpovídající lékařská péče a následný individuálně upravený program sexuální výchovy a prevence.

3) Kontakty pracovníků a klientů v rámci sociální služby

Všechny formy kontaktu mezi klienty jsou přípustné, pokud jim nepůsobí psychickou ani fyzickou újmu a jsou založeny na souhlasu, dobrovolnosti a rovnocennosti.

Formy kontaktu mezi klienty a personálem jsou přípustné, pokud nepůsobí fyzickou či psychickou újmu a nejsou sexuálního charakteru. Klient má právo na důstojné zacházení.

Každý pracovník DSS si musí být vědom, že:

- klient je vždy v závislé pozici a pracovník je v rozumové i citové převaze
- každý pracovník by měl znát hranici svého chování a prožívání v kontaktu s klientem - sexuálně zbarvené chování je nepřípustné
- **Tělesná péče a její hranice:**
- klient by si měl co nejvíce pomoci sám
- klientovi by mělo být nejprve pomoheno slovně, nebo je možné využít názorné pomůcky (obrázek)
- při intimní osobní hygieně komentujeme slovně každý krok tak, aby klientovi bylo jasné, co s ním budeme provádět
- při intimní hygieně nikdy nepoužíváme holou ruku (používáme ochranné rukavice+jednorázovou mycí žínku)
- při intimní hygieně nenavazujeme s klientem oční kontakt

4) Osvěta a prevence

V sexuální osvětě zastáváme tyto základní hodnoty:

- a) sexualita je podstatná součást života a je důležitou součástí vlastní identity a integrity každého jedince
- b) výchovu k sexuální odpovědnosti považujeme za důležitou
- c) zastáváme hledisko rovnocennosti vztahu (sexuální využívání druhé osoby je nepřípustné)

Sexuální osvěta je v organizaci zaměřena třemi směry:

- 1) Program výchovy a výcviku pro personál
- 2) Sexuální osvěta a výchova klientů

3) Sexuální osvěta zákonných zástupců a opatrovníků, rodinných příslušníků, příp. přátel

1) Program výchovy a výcviku pro personál organizace

Veškerý personál organizace je seznámen se základními pojmy a přístupy v oblasti sexuality které jsou obsaženy v tomto protokolu, a je v nich proškolen.

Pedagogický, zdravotnický personál a pracovníci sociální péče jsou dále proškolení formou přednášek.

V organizaci je určen pracovník odpovědný za sexuální výchovu a osvětu klientů (vedoucí diagnosticko metodického oddělení), který je systematicky vzděláván v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.

Za informovanost opatrovníků nebo zákonných zástupců klientů v případě problémů týkající se sexuální oblasti zodpovídá vedoucí sociálního oddělení, jež je rovněž systematicky vzdělávána v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.

V případě nejasností nebo osobních nejistot mohou pracovníci řešit vzniklý problém:

- s pracovníkem pověřeným a zodpovědným za sexuální výchovu a osvětu klientů a pracovníků - tj. vedoucí diagnosticko metodického oddělení, v případě její nepřítomnosti s důvěrníkem pro otázky sexuality (pracovníkem diagnosticko metodického oddělení)

Pokud se bude jednat o obtížně řešitelný problém, je možné využít konzultací odborníků z oboru sexuologie, psychiatrie nebo psychologie, které zprostředkuje vedoucí diagnosticko metodického oddělení.

2) Sexuální osvěta a výchova klientů

Sexuální osvěta je přizpůsobena druhu a stupni postižení klienta tak, aby v co největší míře byl schopen výkladu porozumět. Součástí výchovy a osvěty klientů v organizaci je jednotný sexuální jazyk, který sjednocuje a kultivuje jednotlivé pojmy označující části těla a sexuální chování člověka.

Při nástupu nového klienta do zařízení budou zjištěny jeho potřeby a znalosti. Klient bude seznámen s hodnotami sexuální výchovy v organizaci, které jsou zpracovány v tomto protokolu.

Zaměření jednotlivých okruhů výchovy a osvěty:

- citová výchova
- uvědomění si vlastní identity
- výchova k sexuální hygieně
- partnerský vztah
- masturbace
- pohlavní styk
- vhodné a nevhodné formy sexuálního chování
- početí, rodičovství a antikoncepce
- pohlavně přenosné nemoci, AIDS, rizika sexuality a promiskuity, zásady prevence

Možnosti výchovy a osvěty v oblasti sexuality - pracovník pověřený sexuální výchovou a osvětou klientů, tj. vedoucí diagnosticko metodického oddělení zajišťuje:

- přednášky odborníků (psycholog, sexuolog, psychiatr)
- skupinový výcvikový program sexuální výchovy podle stupně postižení
- individuální výcvikový program sexuální výchovy podle stupně postižení
- tréninkový program používání antikoncepce
- přípravu na partnerský život (vedenou psychologem)

K výchově a vzdělávání klientů v oblasti sexuality slouží obrázkový materiál, názorné pomůcky, instruktážní DVD „O sexu...“, „O vztazích“ .

3) Sexuální osvěta zákonných zástupců a opatrovníků, rodinných příslušníků, příp. přátel

Rodiče, sourozenci, opatrovníci, příp. přátelé klientů jsou důležitými spolupracovníky v sexuální osvětě. Znají potřeby svého dítěte (sourozence, opatrovance) a jejich poznatky jsou cenné pro další práci s klientem. Spolupracují rovněž na prevenci neblahých důsledků sexuality (pohlavně přenosné nemoci, sexuální zneužití, deviantní chování, aj.).

Při vstupu nového uživatele do našeho zařízení budou zákonní zástupci nebo opatrovníci seznámeni s tímto protokolem. Mají tak možnost poukázat na místa, která je zajímají a případně diskutovat o jednotlivých bodech.

Svým podpisem se zavází k respektování tohoto protokolu. Výhrady budou přijímány a bude s nimi pracováno tak, aby se co nejvíce dostaly do souladu postoje instituce a zákonných zástupců, instituce a opatrovníků.

S tímto protokolem budou rovněž seznámeni opatrovníci a zákonní zástupci stávajících klientů. Protokol bude uložen a k dispozici u vedoucí diagnosticko metodického oddělení, u vedoucí útvaru přímé péče, u vedoucí zdravotního úseku, v ordinaci, na rodinných buňkách, na domcích, Slunečním domě, na sociálním oddělení a u vedoucí Centra denních aktivit.

Organizace bude poskytovat opatrovníkům nebo zákonným zástupcům konzultace a doporučení ohledně sexuality jejich opatrovanců. Současně bude organizace přijímat informace a poznatky od zákonných zástupců a opatrovníků.

Zneužití

Zneužitím se rozumí každý přístup k lidem s mentálním postižením, který ohrožuje jejich tělesné nebo duševní blaho a je důsledkem jednání nebo zanedbávání od lidí, s nimiž lidé s mentálním postižením přicházejí do styku. Není přitom rozhodující, jestli se člověk s mentálním postižením tímto přístupem zdá či nezdá být zraněn či poškozen. Selhání v povinnosti vystoupit a jednat v zájmu člověka s mentálním postižením je také formou zneužití. Každé zneužívání je třeba přerušit a ohlásit. Neohlášení zjištěného zneužití je trestné.

Základní formy zneužívání:

- tělesné
- psychické
- sexuální

Sexuální zneužívání je každé sexuální nebo sexuálně zabarvené chování nebo sexuální kontakt mezi lidmi s mentálním postižením a lidmi, kteří jim mají poskytovat ochranu a péči nebo lidmi, kteří mají nad nimi rozumovou či emoční převahu. Každý sexuální kontakt mezi lidmi s mentálním postižením navzájem nebo lidmi s mentálním postižením a ostatními lidmi je považován za sexuální zneužití, pokud jde o kontakt nechtěný nebo takový, že oběť měla pocit, že kontakt nemůže odmítnout.

Všechny kontakty, které neodpovídají kritériu rovnocennosti a dobrovolnosti, jsou sexuálním zneužitím.

Sexuální zneužití obsahuje složku psychickou a fyzickou a patří k závažným porušením základních lidských práv.

Definice pohlavního zneužití:

Sexuálním zneužíváním rozumíme, používá-li jedinec svou moc, aby ukojil své vlastní potřeby sexuálními nebo sexuálně motivovanými akty na jedinci mladším 15-ti let nebo na osobě svěřené doзору mladší 18-ti let nebo na osobě svěřené doзору bez věkového omezení při zneužití její závislosti.

Co rozumíme pod jednotlivými pojmy:

Sexuální akt znamená - dotýkat se, osahávat (osahávání prsů, genitálií aj.), orální anální nebo genitální proniknutí předmětem, prsty, penisem, masturbace.

Sexuálně motivované jednání znamená - francouzské líbání, exhibicionismus (pokud nutíme člověka mladšího 15-ti let, osobu nám svěřenou doзору mladší 18-ti let či osobu nám svěřenou doзору bez věkového omezení při zneužití její závislosti, exhibicionismus sledovat nebo přímo provádět, jedná se o zneužití) hry s lechtáním, přitisknutím na sebe, nebo třením.

Sexualizující klima znamená - sexualizovaná řeč, pornografické filmy, fotografie, časopisy, pozorování při svlékání, koupání.

Ke zneužívání může vést závislý vztah, kdy ten, kdo má moc, může zneužít autoritu, používat násilí, vyhrožovat, oklamávat sliby a dárky, upřednostňovat zneužívaného.

Cílem zneužití je uspokojení potřeb rozumově vyspělých (mocných). Tyto potřeby jsou sexuální a nebo tělesný kontakt, blízkost, uznání, pocit moci.

Dospělý, rozumově vyspělý jedinec má vědět, že osoba mladší 15-ti let nemůže dát souhlas k sexuálním kontaktům, protože neumí zvážit rozsah a význam svého počínání. Personál zařízení nesmí zneužít závislosti osob svěřených jejich doзору a navázat s nimi sexuální kontakt. Takové počínání, i když je se souhlasem oběti, je považováno za zneužití.

Sexuální zkušenosti, které traumatizují (zraňují):

- sexuální využívání
- incest
- znásilnění
- sexuální obtěžování
- ohrožování mravní výchovy, kuplířství
- pozorování soulože bez porozumění

- tvrdý až krutý trest za normální sexuální experimentování nebo masturbaci

Postup při bezprostředním zjištění pohlavního zneužití:

Podezření a hlášení:

Pokud se pracovník věrohodným způsobem dozví o pohlavním zneužívání je povinen toto překazít a neprodleně oznámit vedení organizace. Každý pracovník naší instituce, který tak neučiní, je trestně zodpovědný.

Pomoc oběti bezprostředně po odhalení:

Po odhalení sexuálního zneužívání je třeba okamžitě zamezit a znemožnit další zneužívání, poskytnout oběti pomoc, podporu, ochranu a lékařskou péči.

Musí se učinit následující opatření:

- mluvit s obětí, že učiníme vše pro to, aby to teď hned skončilo a nikdy se neopakovalo. Ujistit oběť o tom, že jí věřím, je mi to líto a není to její vina, co se stalo. Při poskytování první pomoci po odhalení je vhodné, aby pracovník, který se o činu dozví, byl účasten, ale klidný, protože šok, hněv a nepřátelství vůči pachateli mohou zastrašit oběť. Zjištěné zneužití je třeba neprodleně ohlásit vedení organizace, které zajistí další kroky.

Vyšetřování, hlášení:

Snahou organizace je, aby výslech oběti byl proveden pouze jednou a oběť nemusela být zraňována dalšími opakovanými výslechy. Organizace bude proto v kontaktu s kriminálním policistou - vyšetřovatelem, který se touto problematikou zabývá. Ten předem oznámí, jaké otázky bude chtít slyšet (aby byly průkazné a nebyly návodné), a bude do průběhu zasahovat jen minimálně, ačkoli mu bude přítomen.

Podpora oběti:

Oběti bude zajištěna lékařská péče, podpora a poradenství pověřeným pracovníkem organizace.

Dlouhodobé sexuální zneužívání vede k poruchám osobních hranic, k chronickým pocitům viny a špinavosti, k nejistotě a nedůvěře. Dlouhodobými zneuživateli bývají osoby oběti blízké a známé, což problém nedůvěry a nejistoty umocňuje. Oběť je na jedné straně svazována

hrozbami a zatěžujícím tajemstvím, na druhé straně jí ze zneužívání plynou výhody (někdo si jí všímá, dává jí přednost před ostatními atp.).

Dlouhodobá pomoc spočívá v opětném přijetí sebe jako bytosti, která má svou důstojnost a hranice a v opětném rovnocenném začlenění do kolektivu ostatních.

Naší snahou je samozřejmě prevence předcházející zneužití. Na straně klientů domova usilujeme o to, aby se naučili dostatečně si vážit sebe samých a bránit se. Na straně personálu usilujeme o dostatečnou vnímavost k signálům pohlavního zneužívání.

Pomoc pachateli a pracovníkům organizace:

Pachatel je součástí širšího celku - rodiny nebo personálu. I tyto širší celky potřebují pomoc. Mějme na paměti, že pachatel býval často sám zneužíván. I u něj platí problémy s hranicemi a vlastní důstojností. Je ohrožen sebepoškozujícím chováním a nezvládnutím vlastních pudů. I on se potřebuje dozvědět, že svoje chování může ovládnout. Je rovněž třeba pomoci mu vyrovnat se s trestem. Trest smývá vinu. Oběť mívá k pachateli vztah smíšený (není jednoznačně záporný) a trpí neodůvodněnými pocity viny. I z tohoto důvodu je žádoucí, aby byl vůči pachateli zaujat postoj pevný (jde o spáchání trestného činu, před kterým je obyvatele jednoznačně ochránit), avšak klidný.

Pokud je zneužívatelem člen personálu, je třeba personálu pomoci, aby se se skutečností vyrovnal. Zaměstnanci prožívají směsici hněvu, znechucení, zklamání a viny. Hledají zdůvodnění, proč ke zneužití došlo, a v jeho rámci někdy začnou osočovat oběť ze svádívého chování. I proto je třeba vzít situaci personálu vážně a věnovat se mu technikami krizové intervence.

I zde zdůrazňujeme prevenci, předcházení zneužití. S personálem pracujeme na ose trénink - supervize - podpora. Cvičíme zaměstnance, aby se stali vnímavými k signálům sexuálního zneužívání, poskytujeme jim supervizi (=práci s případem pod dohledem zkušenějšího pracovníka, při které se řeší i problémy vztahu zaměstnanec-obyvateľ) a podporu (i pracovníci potřebují ujištění o normalitě svých pocitů a pomoc při zvládnání zátěžových situací, mezi něž mohou patřit i projevy sexuality klientů).

5) Zodpovědnost pracovníků a odborníků:

Obecná zodpovědnost

Každý z pracovníků zařízení je s tímto protokolem seznámen a svým podpisem stvrdí jeho respektování a dodržování. Toto platí pro všechny profese v našem zařízení. Pracovník nesmí jednat v rozporu s tímto protokolem. Případné porušení bude řešeno jako hrubé porušení pracovní kázně.

Informace z oblasti sexuality klientů jsou pouze interní záležitostí a nesmějí být zveřejněny nebo předávány mimo naše zařízení!

Odpovědnost ve výchově a sexuální osvětě v našem zařízení

Týká se všech pracovníků našeho zařízení. Klient má právo se obrátit na pracovníka se svými problémy. Jeho problémy musí být vyslechnuty pozorně a v klidu. V případě, že situace toto neumožňuje, dohodne se pracovník s klientem na vhodném čase a místě projednání.

Pracovník je seznámen s hodnotami a normami ohledně sexuality, jak jsou stanoveny v Protokolu o sexualitě a vztazích v našem zařízení. Dle tohoto protokolu také podává informace o sexualitě a ujistuje klienty o přiměřenosti jeho sexuálního chování a prožívání.

K této intervenci není třeba žádné speciální školení, pracovník musí být dobře obeznámen s protokolem a znát problematiku a filozofii našeho zařízení ohledně sexuality. V případě, že se problém nepodaří uspokojivým způsobem vyřešit nebo si pracovník není jistý ve svých postojích, musí se obrátit na vedoucí diagnosticko metodického oddělení nebo psychologa.

V případě, že pracovník zjistí natolik závažný problém, který dle jeho soudu není možné odložit a je třeba ho řešit co nejdříve (např. zneužití, zdravotní potíže...), obrátí se neprodleně na ředitele zařízení nebo zástupce, který rozhodne o dalším postupu.

O každém pohovoru vyhotoví pracovník jasný písemný záznam, kde bude věcně popsán problém a poskytnutá porada. Toto zapíše do osobní dokumentace klienta do oddílu sexualita, která je uložena v rámci složky individuálního plánování na jednotlivých rodinných buňkách a v kopii je uložena v dokumentaci klienta na diagnosticko metodickém oddělení.

Požadavky na pracovníka pověřeného sexuální výchovou a osvětou v DSS (vedoucí DMO)

- znát základní látku (znát vývoj, průběžně se vzdělávat)- znát klienty a citlivě na ně reagovat (schopnost vcítit se)
- být vyrovnan s vlastní sexualitou, osvěta musí pro klienty zůstat jednoznačná

- pracovník musí být vyrovnán s užíváním sexuálních výrazů a to jak odborných, tak i slangových a předávat uživatelům hodnoty správných, slušných názvů
- pracovník musí být zastánce myšlenky, že cílem osvěty není potlačit sexualitu, nýbrž ji pěstovat, že sexuální zájem a chování nepředstavuje zlo, hřích či nemoc, že sexuální pocity nemají být spojeny s pocity viny nebo sebedopceňováním, nýbrž se zdravým sebevědomím
- pracovník má být tolerantní a chápat sexuální chování ostatních bez ohledu na to, jestli a v jaké míře se liší od jeho vlastního chování
- pracovník má mít představitost, vynalézavost a pružnost, protože toto téma je velmi citově nabito a obsahuje velké množství nepředvídatelného
- pracovník má mít smysl pro humor - sexualita není chmurná záležitost, i když se s ní tak občas zachází
- pracovník má být přímý a upřímný v řeči a v jednání
- pracovník má být citově stabilní (do určité míry lze kompenzovat profesionalitou)

O svých rozhovorech s klienty si vede pověřený pracovník vlastní zápisy a o podstatných věcech informuje ostatní pracovníky ve skupině. Své postoje a problémy má možnost konzultovat s psychologem, ev. jiným nezávislým odborníkem (supervizorem).

Intenzivní terapie, odborná pomoc

Pokud žádná z předchozích rovin není dostatečná k vyřešení klientova problému, přistoupíme k individuálnímu léčebnému programu. Poradce na této rovině musí být odborníkem v oblasti, které se problém týká (sexuolog, psycholog). I o této intenzivní terapii musí být pořízen zvláštní písemný záznam, se kterým bude pracovat pouze určený okruh osob (záleží na rozhodnutí odborníka).

Odbornost a její zvyšování

Všichni pracovníci musí být seznámeni s Protokolem o vztazích a sexualitě. Pracovníci jsou dobře obeznámeni s problematikou sexuality. Účast na dalším vzdělávání je nutnou součástí udržení úrovně péče o klienty v našem zařízení. Další vzdělávání se provádí formou přednášek odborníků, seminářů nebo samostudiem. Pro pracovníka pověřeného sexuální výchovou a osvětou klientů je zajištěno absolvování kurzů a přednášek týkajících se této oblasti.

6) Postavení rodičů a zákonných zástupců

Spolupráce DSS Slatiňany, zákonných zástupců a opatrovníků je velmi důležitou a podstatnou součástí sexuální výchovy v našem zařízení. Je založena na vzájemném pochopení postojů k sexualitě lidí s mentálním postižením.

Zákonní zástupci a opatrovníci budou seznámeni s protokolem o vztazích a sexualitě jako závazným dokumentem organizace. U nově nastupujících klientů bude tento dokument poskytnut zák. zástupcům, ev. opatrovníkům ještě před nástupem klienta do zařízení, aby se měl zákonný zástupce, ev. opatrovník možnost seznámit s naší filozofií v oblasti sexuality a vztahů.

Zákonní zástupci a opatrovníci stávajících uživatelů služeb DSS Slatiňany budou seznámeni s tímto protokolem na pravidelné schůzce rodičů a každému z nich bude poskytnut výtisk tohoto protokolu k podrobnému seznámení se s ním. Zároveň budou rodiče průběžně seznamováni s obsahem sexuální výchovy a osvěty klientů. Rodiče zde mohou přednést své poznatky, postřehy, připomínky, obavy, pochybnosti a výhrady.

Do vlastního obsahu sexuální výchovy rodiče mohou zasahovat pouze prostřednictvím „Sdružení rodičů“...

S problémy, které se týkají jednotlivých klientů, mají rodiče možnost se přímo obrátit na jednotlivé klíčové pracovníky. Případně jim bude zprostředkována konzultace s odborníky v dané problematice.

Zákonní zástupci nebo opatrovníci mohou také velkou měrou přispět k sexuální výchově, pokud budou jednotně s námi působit na své děti, ev. opatrovance.

Ve Slatiňanech dne 14. 1. 2009

Zpracovala: Mgr. Andrea Morchová, vedoucí DMO

Schvaluje: Mgr. Martina Hurtová, zást. ředitele (vedoucí ZVÚ)

Ing. Miroslav Kubín, ředitel

Protokol o sexualitě a vztazích (zkrácená forma)

1. Právo na sexuální život má každý člověk (projevům tělesných a sexuálních prožitků není v DSS Slatiňany bráněno, neboť jsou považovány za integrální (nedílnou) a přirozenou součást lidské existence)
2. Všechny formy kontaktu jsou přípustné, pokud klientům nepůsobí psychickou ani fyzickou újmu a jsou založeny na souhlasu, dobrovolnosti a rovnocennosti
3. Tolerujeme partnerství bez rozdílu pohlaví
4. Nepodporujeme rodičovství
5. Klienti mají právo na informace o sexualitě v přiměřené a srozumitelné formě
6. Při tělesném, psychickém či sexuálním zneužití se klient má možnost obrátit na klíčového pracovníka nebo kteréhokoliv pracovníka v zařízení

Ve Slatiňanech dne 14. 1. 2009

Zpracovala: Mgr. Andrea Morchová, vedoucí DMO

Schvaluje: Mgr. Martina Hurtová, zástupce ředitele, (vedoucí ZVÚ)

Ing. Miroslav Kubín, ředitel

Příloha č. 5: Ivona a Milan – Ivonina kresba



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Monika Petrová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Problematické aspekty partnerství osob s mentálním postižením.
Název v angličtině:	Problematic aspects of partnership of people with mental disability.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematickými aspekty partnerství osob s mentálním postižením. Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku mentálního postižení, jeho klasifikaci, problematické aspekty sexuality a partnerství osob s mentálním postižením. Praktická část práce prezentuje výsledky šetření z oblasti partnerských vztahů osoby s mentálním postižením.
Klíčová slova:	Mentální postižení, sexualita, partnerství, rodičovství, manipulace.
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the problematic aspects of partnership of people with mental disabilities. The theoretical part focuses on the characteristics of mental disability, their classification, problematic aspects of sexuality and partnership of people with mental disability. The practical part presents the results of investigation of the partnership persons with mental disability.
Klíčová slova v angličtině:	Mental disability, sexuality, partnership, parenthood, manipulation.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Otázky polostrukturovaných interview Příloha č. 2: Znalecký posudek – posouzení duševního stavu Příloha č. 3: Rozsudek o zbavení způsobilosti k právním úkonům Příloha č. 4: Protokol o vztazích a sexualitě Příloha č. 5: Ivona a Milan – Ivonina kresba Anotace
Rozsah práce:	101 stran, 5 příloh
Jazyk práce:	Český jazyk