

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ**

**KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2014–2015**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Martin Fabián**

**Partnerský a sexuální život osob s mentálním postižením**

**Praha 2015**

**Vedoucí diplomové práce: Mgr. Zbyněk Němec Ph.D.**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

MASTER

COMBINED (PART TIME) STUDIES

2014-2015

**DIPLOMA THESIS**

**Martin Fabián**

**Partnership and sexuality lives of people with intellectual  
disabilites**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Zbyněk Němec Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

*Jméno autora*.....

## **Poděkování**

Tímto bych chtěl mnohokrát poděkovat vedoucímu diplomové práce Mgr. Zbyňku Němcovi Ph.D., za trpělivost a cenné rady. Dále bych chtěl poděkování věnovat Domovu pod hradem Žampach za možnost uskutečnění výzkumu.

## **Anotace**

Diplomová práce je zaměřena na partnerský a sexuální život osob s mentálním postižením. Zabývá se definicí mentální retardace a sexuálními fakty v oblasti sexuálního a partnerského života osoby s mentálním postižením. Praktická část je realizována kvalitativním výzkumem. Analyzuje rozdíly partnerského a sexuálního života partnerských párů s mentální retardací v podpoře chráněného bydlení.

## **Klíčová slova**

Chráněné bydlení, mentální retardace, partnerství, rodičovství, sexualita, sexuální výchova, sexuální zneužívání.

## **Annotation**

This diploma thesis is oriented on partner and sexual life of people with mental disability. The thesis deals with the definition of mental retardation and sexual facts in the sexual and partner environment of people with mental disability. The practical part is based on qualitative research which analyses differences in partner and sexual life of couples with mental retardation under care of sheltered housing.

## **Keywords**

Mental retardation, parenthood, partnership, sexuality, sexual abuse, sexual education, sheltered housing.

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>1 MENTÁLNÍ RETARDACE</b> .....                                      | <b>10</b> |
| 1.1 Etiologie mentální retardace .....                                 | 12        |
| 1.2 Vývoj osob s mentální retardací .....                              | 16        |
| 1.3 Klasifikace mentální retardace.....                                | 19        |
| <b>2 SEXUALITA</b> .....   | <b>27</b> |
| 2.1 Sexualita osob s mentálním postižením .....                        | 33        |
| <b>3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b> .....            | <b>39</b> |
| 3.1 Masturbace.....  | 44        |
| 3.2 Antikoncepce .....   | 46        |
| 3.3 Partnerství.....   | 47        |
| 3.4 Těhotenství a rodičovství.....                                     | 48        |
| 3.5 Sexuální zneužívání .....  | 51        |
| 3.6 Sexuální obtěžování.....   | 56        |
| 3.7 Organizace zabývající se oblastí sexuality.....                    | 56        |
| <b>4 ANALÝZA PARTNERSKÉHO ŽIVOTA V DOMOVĚ POD HRADEM ŽAMPACH</b> ..... | <b>58</b> |
| 4.1 Vymezení výzkumného cíle.....                                      | 58        |
| 4.2 Výzkumný vzorek a metodologie výzkumu .....                        | 59        |
| 4.3 Časová organizace .....  | 60        |
| 4.4 Výsledky výzkumu .....   | 61        |
| 4.5 Interpretace a diskuze výsledků výzkumu .....                      | 71        |
| <b>ZÁVĚR</b> .....   | <b>75</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....                                   | <b>77</b> |
| <b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....  | <b>81</b> |
| <b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ</b> .....                           | <b>82</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....   | <b>83</b> |

## ÚVOD

*„Lidský život se točí pouze kolem sexuality. Na tom se nic nezměnilo a nezmění.“*

Sigmund Freud

*„Láska je větší než přívál slov. O lásce se nediskutuje. Láska je.“*

Saint Antoine De Exupéry

Trendem naší společnosti je uskutečnit nejpřirozenější vývoj osob s mentálním postižením v souladu se společenským prostředím. Dnes tento vývoj zahrnuje práva a řešení povinností osob s mentálním postižením, uplatnění v zaměstnání, nekoedukované bydlení, které předchází následným transformacím, společnému žití partnerských dvojic a rodičovství. Přesto se ale dnes potýkáme s problémem neinformovanosti a „*přivíráním očí*“ před skutečností partnerství a sexuality osob s mentálním postižením, který byl odjakživa tabuizován a který se vždy děl, děje a dít bude. A já se ptám: „*Jak můžeme myslet a uskutečňovat otázku přirozeného života osob s mentálním postižením, když nejpřirozenější vlastností pro člověka, a to bez výjimky na pohlaví, geografickou polohu života, majetek, stáří či zdravotní stav, je láska a sexualita?*“

Nezájem či nejasná představa o lásce či sexualitě dvou osob s mentálním postižením se dnes vyskytuje jednak v laické společnosti, ale i u odborníků ve zdravotnické, pedagogické a sociální oblasti. Je proto důležité tuto neinformovanost ze začátku alespoň nahradit alespoň představou o skutečnosti, že i osoby s mentálním postižením mají stejné potřeby a pocity jako osoby zdravé. U obou těchto skupin se pocít jistoty, bezpečí, štěstí, identity a vyjádření, děje skrze lásku a sexualitu člověka.

Cílem mé diplomové práce je poukázat na fakty v oblasti partnerství a sexuality osoby s mentálním postižením, které se v institucionálním prostředí dějí nebo děly. Za důležité považuji zmínit, že změny v oblasti transformace je v zařízeních sociálních služeb pojmem budoucím, nebo nedávno uskutečněným, tudíž je teoretická část zaměřena stěžejně oblast ústavní péče.



První část diplomové práce by měla informovat o oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Faktem je, že osoba s mentálním postižením vlastní sexuální potřeby prožívá, třebaže i odlišným způsobem, nežli jsme ve společnosti zvyklí. Upozornit by měla na důvody, proč bychom tyto potřeby měly respektovat a případně i podpořit. Také se zabývá otázkou partnerství a rodičovství, kde pojednává o stejných lidských pocitech a potřebách jako u osob zdravých. Další otevřenou oblastí je vyskytující se sexuální zneužívání a obtěžování. Zde se čtenář seznámí s metodikou včasného odhalení, případně zásahu a řešení. K pochopení pojmů sexuality, partnerství a rodičovství a sexuálního zneužívání v sociálních zařízeních poskytující péči osobám se zdravotním postižením jsem i zaměřil na sexuální výchovu těchto osob.

Teoretická část je rozdělena na tři základní kapitoly. První kapitola se zabývá mentální retardací, její definicí, etiologií, vývojem osoby s mentální retardací a klasifikací jednotlivých stupňů mentální retardace. V druhé kapitole definuji pojem sexualita a odkrývám tabuizované téma sexuality osob s mentálním postižením. V poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na sexuální výchovu osob s mentálním postižením, která mimo samotnou metodiku sexuální výchovy obnáší otázku masturbace a kroky ke zvolení vhodné antikoncepce. Dále zde odkrývám oblast těhotenství a partnerství. Upozorňuji i na fakt sexuálního zneužívání a obtěžování. Poslední tématem diplomové práce jsou organizace zabývající se sexualitou osob s mentálním postižením.

Praktická část diplomové práce se zabývá analýzou partnerského a sexuálního života osob s mentálním postižením. Tři partnerské páry, které se stali výzkumným vzorkem, žijí v chráněném bydlení ve městě Letohrad zařízení Domova pod hradem Žampach. Práce popisuje vývoj a charakteristiku jejich partnerských vztahů. V rámci integrace do běžného prostředí analyzuje klady a zápory chráněného bydlení se zaměřením na partnerský a sexuální život. Druhým cílem praktické části je představit fakt, že partnerské páry s mentálním postižením nežijí abnormálním partnerským a sexuálním životem, nýbrž velice podobným běžného života.

# 1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Předmětem diplomové práce jsou lidé s mentální retardací. V naší společnosti může pojem mentální retardace představovat mylné až zavádějící představy. A to i přes to, že člověk s nižším inteligenčním kvocientem (dále jen IQ) může být v mnoha oblastech úspěšnější, v praktickém životě schopnější či žít život plnohodnotnější a šťastnější než člověk bez mentálního postižení

Na začátku diplomové práce je podstatné mentální retardaci definovat, vymezit, s jakými okolnostmi je spojena a kdo se jí zabývá.

Každý člověk se vyznačuje svojí individualitou. Jsou to různé znaky jako např. barva kůže, hlas, tak i odlišné prožívání emocí či reakce na totožné podmínky. To, co ale máme společného, je možnost myšlení a rozumových schopností.

Mentální retardací rozumíme zaostání vývoje rozumových schopností. K takovému určení nám pomáhá uměle vytvořená veličina IQ. Tu poprvé představil německý psycholog William Stern v roce 1912. Tehdy byla využívána u dětí k porovnání a vyhodnocování inteligence dětí. Ta se klasifikovala prostřednictvím testů vytvořených francouzskými psychology Alfredem Binetem a Théodorem Simonem, které vznikly na počátku 20. století. Byl to základ mnoha dalších testů, jejichž hlediska se zaměřovali na různé duševní schopnosti lidí (Plhánková, 2006).

**Definici IQ** uvádí Stern (In Katz, 2007, str. 13) jako „*obecnou schopnost individua vědomě přizpůsobit své myšlení novým požadavkům, je to obecná duševní přizpůsobivost novým úkolům a podmínkám života.*“. Katz (2007, str. 16) dále rozlišuje dimenze inteligence na:

„- *myšlení vázané na pozorování,*

- *nápaditost a produktivita,*

- *schopnost koncentrace,*

- *formálně-logické myšlení*

- schopnost usuzování, numerické myšlení a verbální myšlení“.

Müller (2001) k těmto dimenzím dodává dimenze paměti, zvědavosti, poddajnosti, zájmu, přizpůsobivosti a dalších. Lze spatřit, že každý jedinec je svébytnou individuální osobností s mnoha rozdíly. Je tedy důležité upozornit na individuální přístup ke každému jedinci s mentálním postižením. Změřené IQ nám slouží pouze jako orientační číslo, které by se nemělo stát směrodatným. Ovšem, pokud se IQ blíží více pod průměr, může nám o rozumových schopnostech daného jedince lecco napovědět. Tehdy lze jasně mluvit o mentální retardaci.

**Definice mentální retardace** dosud nebyla přesným zněním sjednocena. Stěžejní definicí mentální retardace nám ale může posloužit dle MKN-10 z roku 2000 (In Valenta, 2012, s.32): *„Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoli jinou, duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“*

Další definicí lze zmínit od Markové (2006, s. 306), kdy mentální retardaci popisuje jako stav: *„poruch intelektu. Dochází při ní k nedostatečnému rozvoji intelektu a tím pádem ke snížení rozumových schopností. Toto snížení nemusí postihovat rovnoměrně všechny složky intelektu. Porucha je vrozená nebo vzniká v časném věku po narození. Příčiny jsou různé, svou roli mohou sehrávat dědičné vlivy a také může dojít k poškození mozku v prenatálním období z toxických, metabolických nebo traumatických příčin“.*

Nejužívanější definicí mentální retardací je od Švarcové (2003, s.25), která ji chápe jako *„trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“.*

Zahraniční definicí mentální retardace lze použít tuto (Switzky, Greenspan, 2006): „*Mentální retardace je postižení vyznačující se významným omezením v intelektuální oblasti a přizpůsobením v základních sociálních a praktických dovednostech. Toto postižení vzniká před dovršením 18 let.*“

Bazalová (In Pipeková, 2006, s. 269) se ve své definici konkrétněji zaměřuje na jednotlivé **složky jedince**: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné i sociální.*“

Vzhledem k nejasnému vytyčení mentální retardace je i obtížné osoby s mentální retardací **statisticky evidovat** a to jednak u nás, tak i ve světě. Přesto Pipeková (2006) uvádí zhruba 3% obyvatel žijící v České republice, kteří trpí některou z forem mentální retardace. Z populace osob trpících mentální retardací trpí 80% lehkou mentální retardací, 12% středně těžkou mentální retardací, 7% těžkou mentální retardací a 1% procento hlubokou mentální retardací. Počet osob trpících různým stupněm mentální retardace v celosvětové populaci odhaduje zahraniční literatura (Benjamin, 2009) na 1 – 3 %. Z toho popisuje 85% osob s lehkou mentální retardací, 10% se středně těžkou mentální retardací, 4% osob s těžkou mentální retardací a 1% osob s hlubokou mentální retardací.

## 1.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE

Etiologie mentální retardace je velice proměnlivá a složitá. To samé se dá říci i o její symptomatologii. Tento psychický stav, který se vyznačuje zejména sníženou inteligencí, je dán celým množstvím faktorů. Valenta (2012) uvádí, že dva jedinci s absolutně stejnou symptomatologií neexistují. To znamená, že se ani etiologie mentální retardace se nedá jednoznačně prokázat.

Vágnerová (1993) uvádí hlavní zásadní **znaky** mentální retardace:

- stav postižení je trvalý, který přetrvává až do smrti jedince,

- postižení je vrozené,
- nízká úroveň rozumových schopností, která vyznačuje nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a z toho vyplývající i zhoršenou sociální adaptací.

Kernalová (2014) dále člení **příčiny** dle těchto kritérií:

- exogenní a endogenní,
- vrozené a získané,
- z časového hlediska na prenatalní, perinatální a postnatální.

Valenta (2012, s. 55) příčiny doplňuje o „*strukturálně různé, vzájemné a překrývající se vlivy*“. Tím lze chápat případné specificky genetické příčiny, intrauterinní infekce, hypoxie plodu, encefalitidy a další. Valenta (2012) dle získané praxe tvrdí, že středně těžká, těžká a mentální retardace je spojena organickou etiologií. Ve spoustě případů se k organickým příčinám se přidružují i motorické poruchy a symptomy poruchy centrálního nervového systému.

**Endogenními faktory** příčin se rozumí genetické a dědičné odchýlení vývoje či poškození nervového systému v období prenatalním, perinatálním a postnatálním. Mentální retardace je endogenními faktory způsobena:

A) anomáliemi chromozomů a změny jejich počtu, které Valenta (2012) dělí na strukturální (úbytek chromozomů) a numerické (početní odchylky anomálie v celé struktuře či konkrétního chromozomu). Ten (str. 57) zmiňuje nejčastější syndromy:

- Downův syndrom
- Algenmanův syndrom
- Cri du Chat syndrom
- De lange syndrom
- Di-Georgův syndrom

- Edwardsův syndrom
- Klenefelterův syndrom
- Lesch-Nyhanův syndrom
- Patauův syndrom
- Prader-Williho syndrom
- Sotosův syndrom
- Fragilní X-chromozom

B) poškozením metabolismu, do kterých Leifer (2004, str. 370) „zahrnuje různé dědičné choroby postihující chemické procesy v těle. Chybí při nich látky potřebné pro buněčný metabolismus nebo je těchto látek nedostatek.“ Poškození vzniká nedostatkem enzymů a může zasáhnout jakoukoli část těla. Nejčastější poruchou je:

- Cystická fibróza
- Fenyktonurie

C) dědičností, která dle Rabocha (2012) závisí na intelektu a nadání rodičů.

**Exogenními faktory** jsou popisovány jako vlivy prostředí, které se vyskytují v podobě teratogenních vlivů v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Exogenní faktory dělíme na:

- fyzikální - úrazy, rentgenové záření v těhotenství a další,
- chemické – alkohol, léky, návykové látky, životní prostředí, nikotin,
- biologické – nekvalitní výživa, onemocnění, hormonální poruchy
- psychosociální – vliv výchovy a prostředí.

Nejčastějším obdobím vzniku mentální retardace je období prenatální. Šnýdrová (2008) uvádí 50-60% případů, kdy je plod poškozen nejrozličnějšími působeními

v těhotenství. Kernalová (2014) dělí **prenatální období** na dva faktory a to mutagenní a environmentální. O mutagenních faktorech můžeme mluvit jako o známých, tj. ozáření plodu rentgenem, déletrvajícím hladověním či chemickými vlivy, aberace chromozomů, genové mutace, fenylketonurie, galaktosemie, homocystinurie, trizomie, Klinefelterův syndrom trizomie XXY, Leschův-Nyhanůvsyndrom a jiné. Environmentálním faktory prenatální příčiny mentální retardace charakterizuje Kelnarová (2014, str. 42) jako „*intoxikace matky a plodu, infekční onemocnění, tj. kongenitální syfilis či toxoplazmoza, otrava olovem, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), nedostatečný výživa.*“ Do této řady příčin se dá jistě zařadit i užívání nikotinu a dalších návykových látek, prodělání zarděnek a další. Zmiňované onemocnění a úrazy jsou často příčinou lehké a těžší mentální retardace. Raboch (2012, str. 346) prenatální období dělí na specifické a nespecifické genetické příčiny.

Specifickými popisuje:

„1) *Dominantně podmíněné – jsou velmi vzácné (fakomatoza, neurofibromatozy).*

2) *Recesivně podmíněné – největší skupina specificky geneticky podmíněných .poruch, zahrnuje většinou dědičných metabolických onemocnění (fenylketonurie, homocystinurie, galaktosemie, Tayova-Sachsova choroba, Hurlerův syndrom).*

3) *Podmíněné poruchou chromosomů – mentální retardace je 25% častější u mužů, než u žen, syndrom fragilního X-chromosomu je druhou nejčastější příčinou mentální retardace Klinefelterův syndrom (XXY) a Turnerův syndrom (XO) bývají spojeny s normální inteligencí nebo s lehkou mentální retardací.*

4) *Podmínění chromozovými abnormalitami – nejznámější je Downův syndrom, jeho příčinou je v 95% trisomie 21 a riziko vzrůstá s věkem matky, dále sem patří syndrom cri-du-chat a další“.*

U nespecifických poruch chromozomální ani metabolická vada nebyla potvrzena. Nebylo objeveno žádné porodní trauma či jiné narušení vývoje plodu či novorozence. Až 30% vzniku mentální retardace zůstává nezjištěna (Raboch, 2012).

V **perinatálním období** vznikají poškození plodu dopadem nekvalitně vedeného porodu či následkům vážných komplikací během porodu. Tím se rozumí např. mechanické poškození či nedostatek kyslíku. Za příčiny lze označit i nedonošenost či nízká porodní váha. V této fázi může dojít i ke špatnému odchodu bilirubin z těla, což je příčinou těžké novorozenecké žloutence. Tyto poškození se vyskytují u 8% případů vzniku mentální retardace. Tato nepřirozená zátěž na dítě může narušit vývoj centrální nervové soustavy (Valenta, 2012).

Valenta (2012) následně popisuje **období postnatální**, které se odehrává po porodu a pokračuje během celého života jedince. Ten (2012, str. 61) dále charakterizuje postnatální období jako „*období možného vlivu více různých negativních faktorů*“. Je charakterizováno specifickými a rozličnými záněty a infekcemi mozku, úrazy hlavy, které mohou vést ke krvácení mozku, nádorovými onemocněními vedoucí k mozkové lézi, poruch látkové výměny a dalšími faktory, které vedou k poškození celistvosti a zdravého stavu organismu. V tomto období má jistý svůj vliv na vývoj jedince i sociální faktory. Těmi rozumíme především deprivaci. Ta je charakterizována dlouhodobým nenaplněním základních životních potřeb. Raboch (2012) k tomuto sociálnímu faktoru dodávají, že na pokles rozumových schopností se podílí dle inteligenčního kvocientu o 10-20 bodů. Tyto výsledky jsou důsledkem špatnou výchovou, chudobou, nekvalitními sociálními vztahy či špatnými ubytovacími podmínkami, která je realizována v rodinách, dětských domovech a dalších výchovných institucích. V těch podmínkách, kde rodiče jsou sami nízce intelektově obdařeni a kde dochází k deprivacím, často zasahuje intelektové vybavení dítě dvakrát více. Tento předpoklad je zohledněn vůči dědičným dispozicím a nepodnětnou až zavádějící výchovou. Sociální faktory vedou k lehkým mentálními retardacím, které ale včasným zásahem speciálních programů a tedy i protlačení kvalitního vývoje jedince lze předpoklady dítěte značně zlepšit.

## 1.2 VÝVOJ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Vývoj osob s mentálními retardací závisí na stejných faktorech, jako u zdravého člověka a to i u nejtěžších postižení. Je ovšem určen druhem postižení, jeho hloubkou a



etiologií. Jedná se o specifické prvky, které ovlivňují proces zrání a učení. Tyto procesy později ovlivňují celkový vývoj osoby s mentálním postižením. Vágnerová (1993) uvádí důležité **činitele** ovlivňující vývoj jedince:

- vliv prostředí,
- prostředí reaguje na osobu s mentální retardací jinak než na osobu zdravou,
- reakce okolí na chování jedince s mentálním postižením.

Vývoj jedince lze charakterizovat obdobím dětství, dospělosti a stářím. Pipeková (2006) tyto dělí na **období**:

#### 1) Prenatálního vývoje:

Toto období je charakterizováno jako dědičně podmíněné období mentálního postižení, který je výsledkem prenatálních vývojových vad. Jedná se o polygenní poruchu dědičnosti, která je příčinou lehčích závad inteligence. Monogenní porucha dědičnosti je příčinou těžších poruch inteligence přidružené s dalšími postiženími.

#### 2) Novorozenecké období:

Období prvního měsíce života, které je definováno jako období přizpůsobení jedince na prostředí. Vývoj nemocného jedince podmíněn stupni mentální retardace.

#### 3) Kojenecké období:

Období od začátku druhého měsíce do jednoho roku života, kde dochází zejména k tělesnému růstu a rozvoji. Zde už spatřujeme určité odchylky ve vývoji jedince, které jsou podmíněny stupněm mentální retardace, jako jsou menší aktivita, apatičnost, unavenost, spavost, stereotypnost. V případě organické etiologie mentálního postižení může být dítě naopak neklidné a emočně labilní. Děti s těžším stupněm mentální retardace jsou znatelněji opožděni. Chybí reakce na podnět, broukání, opožděna jemná a hrubá motorika. Lze spatřit opožděný vývoj řeči. Vzhledem ke zhoršené diagnostice lehké a střední mentální retardace zde můžeme diagnostikovat hlavně těžkou a hlubokou mentální retardaci.

#### 4) Období batolete:

Období od druhého do třetího roku života, která je u jedince s mentálním postižením projevuje v odlišnosti v chování, prožívání a sociálním chování. Charakterizovat můžeme i opožděný psychosociální, emoční, sociální a tělesný vývoj podřízené stupni postižení. Dále spatřujeme zhoršenou schopnost sebeobsluhy a hygienických návyků. U dětí s lehkou mentální retardací je vývoj zpomalen až o jeden a půl roku. U dětí se středně těžkou, těžkou mentální retardací vývoj nápadně opožděn. Vývoj dětí s hlubokou mentální retardací je nezřetelný. Děti se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací jsou odkázáni na péči druhé osoby.

#### 5) Období předškolního věku:

Období tří až šesti let. Děti s mentální retardací jsou opožděny ve všech oblastech o dva, v šesti letech až o pět let. Neodpovídají silně emoční vztah k blízké osobě. Schopnost řeči a komunikace je na nižší úrovni, než porozumění řeči. Chybí potřeba sociálních vztahů. Dítě je neschopné ve formulování myšlenek. V tomto období je podstatné vytvořit odhady pro další vývoj jedince, které zabezpečí individuální péči a výchovu jedince.

#### 6) Období školního věku:

Období šesti až patnácti let. Opoždění se prostřednictvím zvyšujících se požadavků na poznávací procesy stávají zřetelnějšími a jsou podmíněny stupni mentální retardace. Dítě je opožděno ve čtení a psaní, slovní zásobě a porozumění. Jsou nepřiměřeně závislé na blízkém okolí a žijí neuspořádanými sociálními vztahy. Nepřijímají přiměřené sociální role danému věku. Lehká mentální retardace je opožděna v sedmi letech o cca dva roky.

#### 7) Období adolescence:

Období od patnácti do jednadvaceti let, které je definováno tělesným a psychickým vývojem, jež může být opožděné i předčasné. Jedinci jsou emočně labilní, výbušní, podrážděný, lhostejný či naopak uzavřený, apatický. Toto období je vzhledem k působícím faktorům výchovy a vzdělávání zrychlujícím se vývojem zejména u osob

s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Někteří jedinci získají „označení“ důchodce už v období adolescence vzhledem k pracovní neschopnosti.

#### 8) Období dospělosti:

Období od cca dvaadvaceti do šedesáti let. U osob s mentálním postižením důležitá podpora v přijmutí sociálních rolí a utváření společenských vztahu ve vztahu ke stupni mentální retardace. Důležitá je seberealizace, sebe rozvoje, upevnění si sociální role a vytváření sociálních vztahů prostřednictvím pracovních návyků a dovedností.

#### 9) Období stáří:

Období od šedesáti let po stáří. U osob s mentálním postižením se toto období definuje už od padesáti let. Osoba s mentálním postižením pociťuje stejné životní hodnoty a potřeby jako osoba zdravá. Tato etapa života je charakterizováno zvyšujícím se počtem poruch, příp. změnou dominantního postižení.

### 1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Už ve starém Egyptě byly napsány papyrusové svitky, jejichž stáří se odhaduje na 1500 př.n.l. Tyto spisy obsahují zprávy o postižení těla a mysli, jež se vztahují k různým úrazům hlavy a mozku (Procházka, 2014).

Mezi osobnosti rozvoje pedagogiky, psychologie a filozofie jistě patří John Locke a jeho dílo Esej o lidském rozumu z roku 1690. Locke (In Procházka, 2014) se zde zabývá slaboduchostí a duševním onemocněním. Slaboduchost neboli nedostatek rozumu, charakterizuje jako „*omezenou samotnou schopnost ideje spojovat a zdůvodňovat*“. Duševní onemocnění, které též popisuje jako šílenství, popisuje Locke (In Procházka, 2014) „*chybným spojováním a mylným zdůvodňováním jednotlivých ideí*“. Až v polovině 19. století byl vytvořen první ucelený systém výchovy a vzdělávání Eduardem Seguienem. Dle Procházky (2014, str. 169) se jeho postupy zakládaly na „*rozvoji smyslové percepce a podpory činnosti jednotlivých receptorů*“. Jeho výzkumy dal základ oboru speciální pedagogiky – psychopedie. V roce 1876 ve

Spojených státech amerických zakládá společnost Americká asociace pro mentální retardaci, jež se dnes nazývá Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení (AAIDD). Tato společnost ovlivňuje celkový vývoj v přístupu k jedincům s intelektovým postižením. Psychologové podporují tento zájem ve 20. století, kdy Alfred Binet vytváří klasifikaci na měření intelektového výkonu. Roku 1910 byl proveden první psychiatrický experiment o změření a následnou klasifikaci míry intelektového postižení. Emil Kraepelin následně používá tři pojmy stupňů mentálního postižení – idiocie, imbecilita, debilita. Mentální postižení se celkově označuje za slabomyslnost neboli oligofrenii. S odstupem dalších 40 let, kdy se tyto názvosloví užívala, se častěji stávala vulgárním označením. Proto muselo dojít k nahrazení starých pojmů za nové. Nově měla vzniknout i diagnostika, aktuální charakteristika a klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace. První krok uskutečnila Světová zdravotnická organizace WHO, jež zastaralý název oligofrenie nahradila pojmem *mentální retardace*. Revizí prošly též jednotlivé **stupně mentální retardace**, jež charakterizovaly nově vzniklé stupně (Procházka, 2014, str. 170):

- „- *hraniční pásmo (67-83 bodů IQ)*,
- *lehká mentální retardace (50-69 bodů IQ)*,
- *střední mentální retardace (33-49 bodů IQ)*,
- *těžká mentální retardace (16-32 bodů IQ)*,
- *hluboká mentální retardace (pod 16 bodů IQ)*.“

Dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) se k základní diferenciaci stupně mentální retardace přiřazuje **kód rozlišující postižení** chování (Müller, 2001):

- 0.- žádná nebo minimální porucha chování,
- 1.- nápadná porucha chování potřebující pozornost, péči či léčbu,
- 8.- jiné poruchy chování,
- 9.- bez jasností o poruchách chování.

Aktuální **klasifikace mentální retardace** se užívá dle Světové zdravotnické organizace WHO. Mentální retardace je charakterizována pod označením písmene F, kam spadá oblast psychiatrie. Konkrétně je rozdělena do oblastí F70 - F79. Cílem Světové zdravotnické organizace WHO je možnost potřebné aktualizace, aniž by bylo nutností čekat na aktualizaci pravidelnou po deseti letech. Klasifikace dle Světové organizace WHO obnáší řazení a charakteristika lidských poruch, onemocnění, jejich příznaků, různých situací doprovázející danou poruchu a jejich faktorů, které usnadňují přehled ve zdravotnických systémech všech států (Vítková, 2004).

Švarcová (2003) popisuje časté projevy mentální retardace:

- Opožděnou chápavostí a skromností,
- sníženou schopností až neschopností v porovnávání a vyvozování logických vztahů,
- sníženou mechanickou a logickou paměť,
- nepřetržitou nepozornosti,
- chudší slovní zásobou a zhoršenou vyjadřovací schopností,
- poruchou vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- ukvapeností, hyperaktivitou či naopak zpomaleností chování,
- emocionální a citovou vzrušivostí,
- nepřiměřeným přizpůsobování až ovlivnitelností či naopak nepřizpůsobivém chování,
- neschopnosti v uvědomění a vývoji „já“,
- opožděným psychosexuálním vývojem,
- nepřiměřeným souladu výkonů a následného nároku,
- zvýšenou potřebou uspokojení, jistoty a bezpečí,

- nedostatkem v mezilidských vztazích a v komunikaci,
- snížením přizpůsobivosti k sociálním potřebám,
- a dalšími charakteristickými vlastnostmi.

Valenta (2012, str. 32) rozděluje mentální retardaci dle **typu chování**:

„- *eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný)*

- *torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný)*“

Osoby s **lehkou mentální retardací** (F70) se pohybují v rozhraní 50-69 bodů IQ. Dle Pešové (2006) tímto stupněm trpí až 80% z celkového počtu lidí s mentální retardací. Lze zde spatřit zpomalení psychomotorického vývoje do 3 let. Znatelné potíže lze charakterizovat až v období 3 – 6 let, kde spatřujeme opožděný vývoj řeči, chudší slovní zásobu oproti zdravým vrstevníkům a vady řeči.

Děti jsou vzdělávány ve speciálních školách či jsou integrováni s pomocí individuálního plánu do běžného školního proudu. Dále mohou pokračovat na středních školách speciálních či odborných učilištích. Pešová (2007) navazuje, že lidé bývají po studiu zaměstnáni v chráněných dílnách či zaměstnáních zaměřeny na praktickou činnost.

Jak uvádí Pipeková (2006), osoby s lehkou mentální retardací jsou opožděni v navazování sociálních vztahů a rozvoji sociálních dovedností a návyků. Dospělí jedinci bývají na úrovni 12 let. Ve většině případů jsou zcela samostatní v praktických dovednostech i osobní péči. Projevují se problémy v oblasti abstrakce, logického uvažování, předpovídání nebezpečí a řešení krizových či problémových situací. Jedinci s mentální retardací občas oplývají kvalitní mechanickou pamětí. Pokud jsou na jedince s lehkým stupněm mentální retardace kladeny nároky přesahující možnosti vývoje, projeví se známky emoční lability, poruch adaptace, impulzivitou, lability a úzkostmi. Lidé trpící vážnou emočně či sociálně nezralostí je schopnost v oblasti partnerství, manželství či výchově dětí značně snížena. V běžném životě jsou schopni adaptace na obvyklé prostředí. Marková (2006, s. 307) vyznačuje tyto osoby „*nestálostí, sklony ke*

*zkratovitým reakcím, častými změnami zaměstnání, sníženou kritičností a zvýšenou sugestibilitou.“.*

Pešová (2006) popisuje somatické poruchy, které se u těchto lidí vyskytují. Projevují se poruchy jemné motoriky a pohybové koordinace. K tomuto stupni mentální retardace mohou být spjaty i chorobné stavy, jako jsou autismus, epilepsie, poruchy chování či jiné vývojové poruchy. Thorová (2012) dodává, že osoby trpící autismem, kteří i přes kvalitní intelektové schopnosti, jsou ve většině případů nesamostatní a tedy v oblasti samostatnosti odkázáni na další osobu lidí s postižením.

**Sexualita** těchto osob jsou popisovány jako identické sexuální touhy se zdravou populací. Sexuální život těchto osob se bez profesionální pomoci a podpory okolí bude značně lišit. Lehký stupeň mentální retardace lze charakterizovat tím, že je zde hlavní zájem o masturbaci a potřebu partnera, k jehož výběru užívají rozmanité strategie. V případě kvalitní přípravy mohou osoby s lehkou mentální retardací žít v partnerském životě samostatně, následně uzavírat manželství a zakládat rodiny (Thorová, 2012).

Počet osob se **středně těžkou mentální retardací** (F72) se v populaci osob mentálně retardovaných odhaduje na 12%. IQ se pohybuje v hranici 35-49.

Švarcová (2006) uvádí, že lze u těchto osob diagnostikovat organickou etiologii, dětský autismus a další vývojové poruchy. Středně těžkou mentální retardací nelze pevně charakterizovat vůči rozdílům individualit. Bendová (2011) udává, že rozdíly se týkají oblasti komunikace a výskytem tělesného či smyslového postižení, nebo přítomností poruch autistického spektra. V této úrovni je už nápadněji ovlivněn rozvoj myšlení a komunikace. Komunikace se ocitá na úrovni jednoduchých či jednoslovných vět a někteří jedinci vzhledem k dalším poruchám mohou komunikovat jen nonverbálně. Pešová (2006) dodává, že složka komunikační, kontaktu v sociálním prostředí a pohybového aparátu je znatelná už v útlém věku. Pipeková (in Vítková, 2004) uvádí, že vývoj jemné a hrubé motoriky opožděn. Somatickým znakem je neobratnost jedince. Labilní prožívání jedince je doprovázeno neúměrnými reakcemi.

V případě kvalitního vedení osoby se středně těžkou mentální retardací většinou zvládají čtení, psaní a počítání, sebeobsluhu a základní pracovní návyky. Kvapilík

(1990) popisují psychické procesy jako omezené se zhoršenou schopností úsudků a spojování si domněnek.

Šnýdrová (2008) popisuje obecné **znaky** středně těžké mentální retardace:

- Vychovatelní,
- hůře vzdělavatelní až nevzdělatelní,
- naučí se provést jednoduché dovednosti,
- v dětství opožděně sedí a chodí,
- naučí se jíst a udržovat čistotu,
- řeč a myšlení se nejčastěji vyskytuje na úrovni konkretizace,
- ve většině případů potřebují celý život dohled
- přídržným onemocněním bývá epilepsie a další neurotické poruchy.

U osob se středně těžkou mentální retardací lze **sexualitu** charakterizovat jako „*vyhraněnou sexuální orientací, schopností dosáhnout orgasmu a masturbace rukou*“ (Thorová, 2012, str. 41) a jsou při kvalitním vedení schopni porozumět hranicím vykonání vlastní sexuální potřeby.

Petr (2014) přirovnává osoby s **těžkou mentální retardací** (F72) osobám středně těžce postiženým. Jejich IQ se pohybuje v rozmezí 20-34 bodů.

Opoždění jsou dle Petra (2014) znatelná už od velmi raného věku. Časem jsou patrné v nápadnějším poklesu schopností, vážnějším postižením motoriky a častějším výskytem smyslových poruch. Bendová (2011) tyto charakteristiky potvrzuje tvrzením, kdy jsou tyto osoby omezeny po stránce motoriky, sensoriky, kognice, komunikace, sebeobsluhy a sociální adaptace. Rozumové schopnosti spojuje s poruchami pohybovými a smyslovými. Komunikace je na úrovni nonverbální, ojediněle jednoslovní. Bendová (2011, str. 69) popisuje tuto řeč jako „*pudový hlasový projev, jež je obměňován podle toho, jedná-li se o projev spokojenosti, přání, nebo naopak odporu*



*a zlosti.*“ Prostředkem komunikace jsou metody alternativní a augmentativní komunikace, díky nichž se jedinec učí sebe obslužným dovednostem a pochopením obvyklých situací (Pešová, 2007 ). Osoby s těžkou mentální retardací jsou dle Petra (2014) nevzdělatelní, ale vychovatelní.

Šnýdrová (2008, s. 128) se rozchází svými znaky těžké mentální retardace ve vychovatelnosti, kdy tvrdí, že jsou:

- „- *nevychovatelní*
- *nevzdělatelní*
- *poruchy motoriky (pohyby hrubé, nekoordinované, automatické kývání)*
- *řeč se nevytváří*
- *častá automutilace*
- *přítomnost organické etiologie.*“

Bendová (2011) tvrdí, že osoby s těžkou mentální retardací je schopna kvalitním vedením provést jednoduché úkony. Tyto osoby musí být celý život v asistenci dalšího člověka.

Thorová (2012) popisuje **sexualitu** osob s těžkou mentální retardací založenou na masturbaci a anální formou ukojení. „*Hra s exkrementy, pomočení se, pokálení se a zavádění předmětů do konečníku jsou frekventovanými projevy sexuálního chování*“ (Thorová, 2012, str. 41). Tyto osoby mohou být často spatřeny při masturbaci ve veřejném prostředí, aniž by si to uvědomovali. Při sexuálním uspokojování se mohou tyto osoby prostřednictvím používáním nevhodných pomůcek zranit. Je tedy důležité jim prostřednictvím sexuální výchovy poskytnout vhodné sexuální pomůcky. Sexuální orientace, stejně jako věkové zaměření bývá nevyhraněná.

Jedinci s **hlubokou mentální retardace** (F73), jejichž IQ je nižší než 20 trpí většinou kombinovaným postižením. Pešová (2007) popisuje somatické postižení jako velmi těžké. Bendová (2011) dodává, že na nejnižší úrovni je i motorika, sensorika,

kognice, komunikace, sebeobsluha a sociální adaptace. Tyto oblasti je přesto důležité podporovat. Jedinci si většinou nezvládají ani základy mluvené řeči. Lexikálně-sématická rovina řeči je v nejlepším případě na úrovni jednoslovných a jasných pokynů. Jedinec s hlubokou mentální retardací nejlépe chápe zvuky emočně podbarvené, které vyjadřují již vžitou situaci. Bendová (2011) pokračuje, že komunikace těchto osob je vyjádřena celkovým vyjádřením těla. Petr (2014, str. 23) komunikaci popisuje takto: „*Jedinci jsou těžko schopni porozumět požadavkům nebo instrukcím, často jsou imobilní, inkontinentní a zvládnou pouze základy neverbální komunikace. Mají nevýraznou mimiku, minimální řečové projevy, vydávají spíše jen neartikulované zvuky. Objevují se u nich somatické odchylky, defekty smyslových orgánů, poruchy CNS. Jsou nevzdělavatelní a nevychovatelní. Z důvodů nepatrné schopnosti pečovat o sebe vyžadují stálou pomoc a dohled.*“

Bendová (2011) dodává, že osoby s hlubokou mentální retardací jsou neschopni uspokojovat své základní životní potřeby. Nedokážou udržet stolicí a moč a tím se stávají plně odkázáni na péči druhé osoby. Výchova a práce s těmito lidmi probíhá prostřednictvím bazální stimulace.

Šnýdrová (2008) hlubokou mentální retardaci charakterizuje těmito znaky:

- neschopností reagovat a rozumět pokynům
- často jsou nehybní
- neudrží moč a stolicí
- jsou odkázáni na péči další osoby
- jsou přídržné neurologické a tělesné vady
- obvykle organická příčina mentální retardace

Dle Bendové (2011) se můžeme setkat i s **jinou (F78)** a **nespecifikovanou (F79) mentální retardací**. U osob s jinou mentální retardací není možné z přítomnosti somatických či sensorických postižení mentální retardaci potvrdit.

## 2 SEXUALITA

Sexualita patří mezi základní lidské potřeby. Friedlová (2014) popisuje sexualitu jako touhu po duševní harmonii a tělesném splnutí. Mandzáková (2013) tvrdí, že ač už se jedná o člověka mladého či starého, sexualita pokaždé přispívá k jisté kvalitě života. Postižení by tedy nemělo omezovat právo na sexuální vyjádření. Lidská sexualita je privátní a intimní a vzájemně velice probírané téma. Stala se součástí sociálních vztahů, pravidel, norem, etiky a morálky.

**Pojem** sexualita pochází z latinského slova *sexus, secure* – dělit, *sexus* – pohlaví (Friedlová, 2015). Dle Mandzákové (2013) takto byla dříve rozuměna pohlavnost.

Veglářová (2013, str. 18) cituje **definici** sexuality dle Světové zdravotnické organizace jako *„souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, která obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.“*

Hartl (In Mandzáková, 2013) sexualitu psychologicky popisuje jako: *„Souhrn projevů lidského chování a citění vyplývajících z tělesných a psychických rozdílů mezi pohlavími, zahrnuje rozdíly anatomické, hormonální reprodukční i rozdílné sociální role získané učením, též fyziologické uspokojování a psychickou slast spojenou se sexuálními aktivitami sblížení, vzrušení, spojení.“*

Mandzáková (2013, s. 18) souhlasí, že sexualita neznamena jen fyzický sex. Jejím **pojetí** lze sexualitu chápat jako:

- „- potřebu intimního kontaktu s blízkým člověkem,*
- prožitek silného citu, sounáležitosti, opory,*
- spokojenosti, pocitu potřebnosti pro jiné,*
- sex, sexuální uspokojení,*
- rodičovství, a tím i potřeba pokračování rodu.“*

V dnešním světě už sexualita neznamená jen oblast reprodukční. Nesdělujeme pouze biologický, pudový rozměr. Sexualitu lze chápat jako určité hodnoty, postoje, zkušenosti, stanoviska, potřeby a city. Sexualita obnáší i duchovní stránku. Rozinajová (In Mandzáková, 2013) upozorňuje, že sexualitou se formuje osobnost a dává najevo spoluzítí dvou pohlaví a jejich lásky k sobě. Prostřednictvím sexu dosahujeme příjemných prožitků a slasti. Tím ale může docházet i k opačnému stavu, pocitům nespokojenosti, selhání, někdy i nudy. Lze tedy rozdělit segment sexuality na reprodukční a rekreační.

O sexualitě se v dnešní společnosti příliš nemluví. Na tabuizaci působí jednak kultura, v níž žijeme, tak i naše historie. Tyto dvě sféry udávají společenské pravidla a představy, jež jsou společenskými hodnotami pro ukojení sexuálních potřeb. Venglářová (2013, str. 18) popisuje tyto **představy** jako „často vzdálené vědeckým důkazům. Pokud bychom trvali na dodržování těchto v historii překonaných pravidel (např. že většinová sexualita je ta jediná správná), mnoho lidí s duševním onemocněním nebo postižením by nikdy nemohlo dosáhnout alespoň částečně uspokojivého sexuálního života.“

Sexualitu lze rozdělit na čtyři základní **oblasti**:

- Sexuální chování,
- sexuální identifikaci,
- sexuální orientaci,
- sexuální emoce.

**Sexuální chování** je dle Venglářové (2013, s. 19) „výsledkem evolučního procesu, směřuje k udržení lidského rodu. Je silně determinována biologicky, avšak za doprovodu vlivů psychosociálních a kulturních.“. V literatuře se můžeme se dočíst o neshodách ve vzniku daného sexuálního chování. Jednak se může jednat o chování vrozené či projevy získané během života. Martiniš s Markovou (In Mandzáková, 2013) popisují sexualitu jako sexuální chování známkou složitého souhrnu jevů, které jsou podmíněny biologicky a následně formovány sociálním prostředím. Taubner (In

Mandzáková, 2013) dělí sexuální na užší a širší pojetí. Užší smysl popisuje jako chování, které souvisí s reprodukčním chováním a sexualitou. Tím dále myslí „*autostimulaci, pohlavní styk, porod, početí, antikoncepci, parafalii, sexuální zneužívání apod.*“ Za širší smysl považuje mezilidské vztahy, tedy přátelství, kamarádství, partnerství a lásku. Další oblastí sexuálního chování v širším smyslu je „*ochrana zdraví, mezilidská komunikace, tvorba mravních hodnot a norem, zprostředkovávavě se podílet i na tvůrčí činnosti a zásadně se účastní na životě v partnerství, manželství a rodičovství*“.

Venglářová (2013) píše, že dříve bylo sexuální chování chápáno jako jednoduchý sexuální pud. Bylo vnímáno jako biologická potřeba, která je podobná potřebě jídla a pití. Stejně jako při nouzi těchto potřeb, tak i při nouzi sexuálního uspokojení, nastává sexuální puzení a nacházení dalších možností uspokojení. Dnes je sexuální chování chápáno jako „*celý proces navazujících motivačních stavů, které směřují k výběru co nejvhodnějšího partnera za účelem zajištění reprodukce*“ (Venglářová, 2013, str. 19). Spadá do něj chování, kdy prezentujeme naše individuální přednosti. Lze je charakterizovat jako ukazování se, naparování, sledování možného partnera, odezva na chování možného partnera a následný rozvoj párového sexuálního chování. Kolářský (2008) popisuje tento soubor chování sexuálně motivačním systémem. Tím rozumí nalezení vyhovující reprodukční dvojice, jež zahrnuje činnosti od výběru partnera, naznačování zájmu a pozornosti, postupné sbližování až po uskutečnění genitálního spojení.

„*Základem sexuální identifikace je pocit příslušnosti k ženskému nebo mužskému pohlaví, který je formován již prenatálně (mezi 3. a 6. měsícem)*“ (Trojan, 2003, str. 532). To závisí jednak na pohlavních hormonů v průběhu vývoje centrálního nervového systému, tak na vlivech prostředí během života. Psychoanalytické teorie popisují schopnost identifikace dítěte, které se nalézá v raném vývoji, s rodičem totožného pohlaví, kdy za fungujícího vztahu dítě získává nepochybnost o své roli muže či ženy. Tento průběh je podporován společenskými zvyklostmi a tradicemi. K této oblasti se v posledních letech diskutuje, zda by se k výchově dívek či chlapce mělo přistupovat k jejich pohlaví individuálně. V rodině s handicapovaným či nemocným dítětem je tento průběh identifikace zhoršen, poněvadž je tvárně sniženými možnostmi

dítěte a zvýšenými obavami rodičů. Tato skutečnost se projektuje i do identifikace dítěte a jeho role (Venglářová, 2013).

**Sexuální orientací** rozumíme reakce člověka na erotické signály a náznaky druhé osoby. Nejčastěji se setkáváme s orientací heterosexuální, tedy orientovanou na opačné pohlaví. Touto orientací zajišťujeme reprodukční chování. Sexuální orientaci získáváme biologickými determinanty, z čehož vyplývá, že si ji během života nemůžeme přirozeně vybrat. Geneze sexuální orientace není zatím známá, bylo však popsáno několik předpokladů, kterými jsou studie genetické, neuroanatomické, imunologické, studie prenatálních hormonů atd. S homosexualitou se u osob s mentálním postižením setkáváme, tudíž je důležité se touto oblastí sexuální orientace zabývat. Z nevědomosti tohoto tématu nastávají chyby v přístupu k těmto lidem, které mohou vést až k traumatizaci.

**Homosexualitou** dle Venglářové (2013, str. 22) rozumíme „*sexuální orientaci zaměřenou na osoby stejného pohlaví. Jde o celoživotní, neměnný a nositelem nezapříčiněný (nezvoleným nezaviněný) stav. Homosexuál je pohlavně přitahován a vzrušován osobou stejného pohlaví.*“

Mezi homosexuální orientaci a orientaci heterosexuální se řadí **orientace bisexuální**, která se vyznačuje přitahováním ženami i muži. Venglářová (2013) tuto orientaci popisuje jako stav, kdy si jedinec není jistý, zda je jeho preferovanou orientací bisexualita či heterosexualita.

Poněvadž dnešní společnost chápe homosexualitu jako odlišnost, je tedy komplikovanější ji přijímat. Stigma tohoto problému vychází ze dvou pramenů. Prvním lze chápat představu o sobě a předsudek toho, že jsme jiní než většinová společnost (Venglářová, 2013).

V případě pochybnosti o vlastní identitě, kdo jsme či zda jsme něco nezavinili, může dojít k diagnóze **egodystonické sexuální orientaci**, která se definuje orientace nepřijímané jejím nositelem (Venglářová, 2013).

Přestože je v posledních letech společnost více informovaná a tedy i tolerantnější, při těchto vniklých obavách a nejistotách nám stále nepomáhá ba naopak.

Pokud dojde k nepřijetí orientace jedince jeho rodinou a nejbližším okolím, tedy i prací, školou či přáteli, může dojít k psychickým poruchám. Ty způsobuje stresová reakce na neporozumění a odmítání až zavrhování okolím. Na život homosexuálně orientovaných působí různá fakta, jako „*nemožnost*“ zažít rodičovství v pravém slova smyslu, život v menšinové komunitě, který je vždy nějakým způsobem odlišný (Venglářová, 2013).

V této oblasti lze odlišit homosexuální chování a bisexuální orientaci. **Homosexuální chování** je oproti homosexuální orientace chování přechodné, dlouhodobé či krátkodobé. Venglářová (2013, str. 23) dále dodává, že „*heterosexuální jedinci tak mohou náhradním způsobem uspokojovat svou sexuální potřebu. Při možnosti volby se zase vracejí ke své vnitřní orientaci.*“ Sexuální chování lze spatřit v uzavřených společenství bez či sníženou možností volby, např. ve věznicích či ústavech.

**Sexuální emoce** jsou pevně spjaty s lidskou sexualitou. Jedná se zde o vzrušení tělesné a citové. Tělesnými rozumíme u mužů erekci, u žen lubrikaci pochvy. Tyto tělesné vzrušivosti mohou být ovlivněny působením postižení, nemocí či její léčbou. Citovým vzrušením lze chápat ty emoce, které jsou během tělesného doprovázeny. Nemusí pokaždé vznikat pohlavním stykem, ale např. i masturbací. Sexuální reakce během opakovanými podněty slábne, naopak na podněty nové jsou reakce nejsilnější. Tím lze chápat fakt, že někteří lidé mívají často nové sexuální partnery. Sexualita je spjatá s mnoha city, zkvalitňuje život člověka. Tudíž je podstatné, abychom ji umožnili bez rozdílu všem jedincům dle vlastních představ. Je ovšem důležité, aby byla vykonávaná v rámci norem a hodnot společnosti a tak, aby neomezovala práva jiných lidí (Venglářová, 2013).

Mellan (2004) k sexuálnímu chování, sexuální identifikaci, sexuální orientaci a sexuálními emocím definuje úrovně **sociosexuální vývoje** jedince, který na sebe postupně navazují. V období puberty působením hormonálních podnětů stoupá zájem o pozornost a přítomnost daného jedince. Období, kdy se jedinec snaží být pouze se svým protějškem, se nazývá období *pretaktilní*. Toto období je charakterizováno pouhou přítomností a emocionálního vzrušení. Následnou fází je období *neckingu*, kdy lze spatřit líbání, hlazení či pohlavní vzrušování v přítomnosti druhého člověka. U osob

s mentálním postižením bývá toto období často vrcholem jejich sexuálního života. Proto můžeme tvrdit, že mnoho osob s mentální retardací po pohlavním styku ani netouží. Šurabová (In Mandzáková, 2013, str. 48) dodává, že osob s mentální retardací „neinklinují k tzv. úplnému sexuálnímu chování, které zahrnuje i koitální styk. Na vnější úrovni erotického chování je pro ně dostačující taktilní kontakt, přitulení, pohlázení spíše než dotykové uspokojování.“ Dalším obdobím je období *pettingu*, kde se již jedná o prohloubení intimních aktivit. Poslední fází je období *koitální*, v němž jde o hlubší poznání partnera a citelnější erotické naladění. V této fázi se nachází přibližně 10% osob s lehkou mentální retardací.

Z Freudových **psychosexuálních fází** (In Blatný, 2010) dlouhou dobu čerpali evropští a američtí psychologové. Jedná se o psychosexuální vývoj dítěte, kdy sexuální zážitek z raného dětství působí na další vývoj osobnosti dítěte:

- Orální fáze (novorozenecké období), kdy dítě uspokojuje nasycení. Sexuálním pudem v této fázi jsou rty a jazyk. Prořezávání zoubků, což se může stát slastí a zážitkem bolesti, může v dospělém věku vést jedince k alkoholismu či nadměrnému kouření.

- Sadisticko – anální fáze (od 18. měsíce věku), jejíž „*aktivní princip se projevuje přes svalovou činnost těla, kterou může dítě aktivně ovládat. Pasivní princip se projevuje prostřednictvím sliznice střev, která je vůlí neovladatelná* (Blatný, 2010, str. 168). Tento vývoj je charakterizován rozparem mezi požadavky rodičů a fyzickým uspokojením dítěte.

- Falická fáze (kolem 4. roku) je popisována jako fáze, kdy dochází k výrazné psychosexuální změně. Kdežto předešlé dvě fáze byly zaměřené na uspokojení skrze vlastní tělo dítěte, ve falické fázi dítě zajímá objekt jiný, než pouhé vlastní osoby. Obecně se jedná o matku. Otec je chápán jako potíže. Z tohoto období se dítě začíná identifikovat s matkou či otcem.

- Období latence (5 až 12 let) je chápáno jako ukojení sexuálních pudů skrze vnější svět a zájmy.



- Genitální fáze (od puberty) je definována jako pud z velké části autoerotický, tz. uspokojení vede skrz pohlavní orgány jedince. Dověšením této fáze člověk poznává zralé vztahy, které jsou charakterizovány i „*dospělou*“ sexualitou.

Psychosexuálním vrcholem osob s těžkou a hlubokou mentální retardací, je často fáze orální a sadisticko – anální. Freud (In Blatný, 2010, str. 168) fázi anální popisuje jako „*slast a uspokojení při zadržování a uvolňování stolice*“ či jiné sexuální uspokojení podobným způsobem.

## 2.1 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Tématem, kterému se v posledních několika let dostává čím dál více zájmena odborné pozornosti, je sexualita osob s mentálním postižením. Ve společnosti se toto téma probírá hlavně ve skrze snahy realizovat práva a potřeby osob s mentálním postižením. Friedlová (2015) zdůrazňuje, že Česká republika je zhruba o 20 let pozadu s výzkumem a problematikou sexuality osob s mentálním postižením, než západní země. O to horší je fakt, že do dnešní doby bylo po celém světě uskutečněno velice málo výzkumů na dané téma, které by směřovali k otázkám, co osobám s mentálním postižením pojem sexualita říká a co příp. od vlastní sexuality očekávají. Zda tuší, co si představit pod pojmem pohlavní styk, partnerské vztahy, manželství a výchova dětí (Mendzánková, 2013). Přesto dnes víme, že navázání partnerského i sexuálního vztahu je pro osoby s mentální retardací stejně důležitá, potřebami podobná až stejná, jako u zdravých lidí. Prekarová (In Friedlová, 2015) toto tvrzení vystihuje větou: „*Mozek je lidský, to pod mozkem je zvířecí.*“ Friedlová (2015) dodává, že sexualita osob s mentálním postižením je **ovlivněna** dle:

- rozsahu onemocnění
- vztahu k partnerovi a personálu
- komunikace a informovanosti
- individuální biografie jedince

- kulturní normy společnosti
- životního prostředí.

Venglářová (2013) považuje za důležité zmínit, že **postoj** k osobám s mentální retardací a jejich sexualitě prochází v posledních letech značným vývojem. Dříve bylo téma sexu značně tabuizováno. Myslelo se, že osoby s mentálním postižením nemají žádné sexuální potřeby, což je dnes stále patrné, když se zařízení ve smlouvách či plánech uživatele sociálních služeb nezabývají otázkou sexuálních potřeb. Mandzáková (2013) se shoduje, že dnešní situace sexuality osob s mentálním postižením je velice složitá, poněvadž se společnost stále opírá o mýty a předsudky.

Spilková s Melannem (In Venglářová, 2013) uskutečnili roce 2006 v České republice výzkum, kdy 358 dotazujících pracovníků z tehdejších ústavů sociální péče odpovídali na téma sexuality osob s mentálním postižením v jejich ústavech sociální péče. Téměř všichni charakterizovali tuto otázku jako problematickou a neměli o ní dostačující informace, 75% neprošlo žádným specifickým školením pro práci se sexualitou uživatelů služeb dnešních domovů pro osoby se zdravotním postižením a 60% sdělili, že se tímto tématem u uživatelů služeb vůbec nezabývají.

Venglářová (2013, str. 121) popisuje šest **mýtů** v oblasti sexuality osob s mentálním postižením:

*„1) Člověk s postižením, který je např. na úrovni čtyřletého dítěte, nemá žádné sexuální potřeby, ty přece náleží až dospělým.*

*2) Většina lidí s mentálním postižením je sexuálně deviantní.*

*3) Čím méně má člověk s postižením v hlavě, tím více má v rozkroku. Tito lidé mají obrovský sexuální apetit, nikdy nemají dost.*

*4) Lidé s mentálním postižením nejsou schopní mít vztah.*

*5) Lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti.*

6) *Lidé s mentálním postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého sexuálního života nebo vztahů.*“

První mýtus lze vyvrátit otázkou, kdo, jakým způsobem a na jakou úroveň daného jedince tvrzením úrovně čtyřletého dítěte určil. A i kdyby tvrzení byla správná, potřeby takového jedince budou nejspíše stejné jako u zdravé osoby. S tím souhlasí i Fiedlová (2015), která potřeby jedince s mentálním postižením přirovnává ke stejným potřebám zdravého člověka skrze Maslowu pyramidu potřeb (Příloha A). Obecně všichni lidé naší planety mají základní tělesné a fyziologické potřeby (potřeba hygieny, spánku a odpočinku, dýchání, příjmu potravy, vyprazdňování, aktivity a sexuální potřeby). Vyšším stupněm je potřeba bezpečí a jistoty, dále potřeba lásky, přijetí a spolu sounáležitosti. Následuje potřeba uznání a úcty a vrcholem potřeb je potřeba seberealizace. Lze tedy říci, že i osoba s těžším mentálním postižením vlastní sexuální a vztahové potřeby, které si přeje naplňovat. Pokud by dané potřeby nebyly uspokojovány, je zcela možné, že se nějakým způsobem začnou projevat např. v chování jedince. Proto je důležité i u osob s těžkým mentálním postižením těmto potřebám v co nejvyšší možné míře vyhovět (Venglářová, 2013).

Druhý mýtus se stal nejvíce vžitým omylem ve společnosti na téma sexuality osob s mentálním postižením. Opět se jedná o naprostý nesmysl, který pramení opět z neinformovanosti o této problematice. Lidé mají dojem, když se člověk s mentálním postižením chová nějakým způsobem odlišně, bude odlišná i jeho sexualita (Venglářová, 2013).

Další mýtus je velice podobný tomu předchozímu. Tato domněnka je posílená tím, že osoby jako rodiče jedince s mentálním postižením či pracovníci v domovech se zdravotním postižením častěji vidají tyto osoby masturbovat či různými způsoby uspokojovat vlastní sexuální potřeby. To plyne k faktu, že tito lidé nemají dostatek soukromí a jsou opakovaně „*přistiženi*“. Jedná se buď o vtrhnutí do pokoje bez zaklepání, kde osoba bydlí či spatření na veřejných místech. Fiedlová (2015) upozorňuje na skutečnost, že osoby v institucionálním prostředí žijí v nejlepším případě na pokojích se dvěma lůžky. I to občas pro dostatečnou intimitu nestačí. Popisuje čtyři

nejčastější oblasti využívající osoby s mentálním postižením pro vykonání své sexuální potřeby:

- veřejné toalety
- zahrada, zahradní altány či skleníky
- kabiny pro uklízečku
- sklepy

Dalším možností tohoto tvrzení může být neinformovanost a nesprávné nastavení hranic. K tomuto faktu Friedlová dodává (2015), že sexuální potřeby uživatelé sociálních služeb mohou na veřejnosti vykonávat i v rámci seberealizace, kdy jiné sociální role u jedince s mentálním postižením neexistují. Eventualitou je i nuda a jako jedna z mála nabídek aktivity lze spatřit sebeuspokojování a hru s vlastním tělem. Všechny tyto postřehy vedou k mylnému tvrzení o velikém sexuálním apetitu (Venglářová, 2013).

Čtvrtý mýtus Venglářová (2013) vyvrací kategorizací. Tou má na mysli mylné tvrzení, kdy by tímto postojem měl mít každý zdravý člověk naopak navázaný kvalitní vztah. Nelze tedy tvrdit, že neschopnost vytvoření vztahu tkví v postižení jedince. Lze ale předpokládat faktory k těžšímu navazování vztahu osob s mentálním postižením. Těmi jsou finanční a organizační stránky. V některých případech jsou ovlivněny režimem zařízení, ve kterém žijí či reakcemi okolí na vztah osob s mentálním postižením.

V pátém mýtu je důležité ihned zdůraznit, že neexistuje zákon, který by zakazoval osobám s mentálním postižením žít aktivním sexuálním životem či zakazovat děti. Pokud ale tento mýtus vznikl, tak jedinečně na pochybnostech společnosti, která se domnívá, že osoba s mentálním postižením prožívá sex jedinečně nechráněný a není v případě zplodění dítěte, dítě kvalitně vychovat. Je proto potřeba tyto domněnky nahradit těmi informacemi, které dle praxe tvrdí, že osoby s mentálním postižením znají pojem antikoncepce a v případě narození dítěte jsou schopni dítě vychovat a převzít na sebe zodpovědnost. Pochybnosti tkví jistě i v domněnce, že děti osob s mentálním

postížením budou také mentálně postiženi. Bylo by tedy užitečné tyto dohady vyvrátit informacemi, které vysvětlují etiologii mentálního postižení.

Posledním zmiňovaným mýtem je též neinformovanost společnosti o osobě s mentálním postižením. Lidé mají dojem, že tyto osoby vzhledem ke svému nižšímu intelektu nemají schopnost pochopit společenské hodnoty či sociální a zákonné normy. Takové odhady, jestliže jsou oprávněné, vznikají na základě nekvalitně předaných hodnot zodpovědnosti osobě s mentálním postižením. Je ale nezbytné zmínit, že předáním správných hodnot si osoba s mentálním postižením si tyto hodnoty často uvědomuje. V případě trestněprávního hlediska, kdy je osoba s mentálním postižením prostřednictvím soudně-znaleckého posudku posouzena jako svéprávná, je si zcela vědomá si vlastního chování a jednání (Venglářová, 2013).

Všechny tyto domněnky lze tedy vyvrátit tvrzením, že osoby s mentálním postižením nemají žádnou zvláštní sexualitu, která by byla charakterizována jako deviantní, výbojná či nikterak více aktivní. Mellan (In Mandzáková, 2013, str. 48) k této problematice zdůrazňuje, že *„je mylné předpokládat, že u osob s mentálním postižením není vytvořena potřeba sexuálního života. Sexualita může být jen nedokonale vyjádřena nebo je opožděna.“* Šedá (In Mandzáková, 2013) tento výrok potvrzuje myšlenkou, kdy člověk s těžším mentálním postižením neví, jak svoji sexualitu uspokojit a většinou k tomu nemá ani příležitost. Dále k tomu uvádí, že mnozí jednotlivci chtějí žít sexuálním životem a jsou ho schopni.

Bazalová (2008, str. 249) uvádí, že přetrvávajícím **problémem** je *„stále podporovaný a stále preferovaný život osob s mentálním postižením ve velkých zařízeních sociálních služeb.“* Tento zmíněný problém se v dnešní době řeší tzv. transformací, kdy jsou jedinci, kteří splňují dané požadavky, umístovány do vlastního bydlení. Ovšem, tento proces není zaveden ve všech zařízeních sociálních služeb a pokud ano, stalo se tak v nedávné době a tedy nelze brát tento problém brát jako vyřešený. Bazalová (2008) v životě v zařízeních sociálních služeb vidí z nedostatku času problémy jako neukojení potřeb a nenahrazení rodiny osob s mentálním postižením. Z toho vzniká, že na otázku sexuální výchovy není kromě času síla ani chuť. Dalším problémem je fakt, že dodnes či do nedávné doby byly tehdejší ústavy

sociální péče rozděleny na mužské či ženské. V příp. mužského ústavu byly uživateli jedinými zástupci ženského pohlaví ředitelka, vychovatelky či zaměstnanci vykonávající zajišťující chod zařízení. V příp. ženského zařízení, mužský vzor chyběl či jich nebylo mnoho. U takových osob může vznikat vynucená homosexualita.

V zařízeních sociální péče dochází i k nedostatečné informovanosti o problematice sexuality osob s mentálním postižením a sexuální výchově. Předchází tomu nedostatek publikací o sexualitě a sexuální výchově osob s mentálním postižením, z čehož vyplívá ještě menší informovanost jednání k uživatelům sociálních služeb (Bazalová, 2008).

Problémem lze zmínit i nedostatek a nejasnost práv v oblasti sexuality, tedy jednání, které se dají lehce napadnout. Aby se případnému konfliktu, který by mohl vyústit až v trestný čin, dalo zabránit, je nutné systematickosti a jednoznačných pravidel a zákonů (Bazalová, 2008).

Též chybí postavení vyškoleného odborníka na sexualitu jako povinné funkce v těchto zařízeních. A dále jasně nastavené spolupráce se sexuology, psychology a dalšími odborníky. Vážným problémem jsou i přístupy a postoje rodičů a opatrovníků osob s mentálním postižením. Jejich názory jsou často zkreslené. Domněnky, kdy si rodiče nechtějí přiznat, že je jejich „dítě“ v sexuální oblasti již na úrovni dospělého, je ovlivněn faktorem, kdy nezbývá vzhledem k řešení otázek v oblasti vzdělání, umístění do zařízení, čas ani pomyšlení na otázku případné sexuality daného jedince (Bazalová, 2008).

Problémem v této oblasti lze shledat i problém s prostitucí, zneužíváním a nemocemi u osob s mentálním postižením. Šulita (In Bazalová, 2008) z Domova pro osoby se zdravotním postižením popisuje jako problematiku promiskuitního sexuálního života a možnosti vzniku pohlavní nemoci. Problém spatřuje i v otázce zranitelnosti u osob s mentálním postižením. Neuvědomění si závažných činů spočívá v neschopnosti se jasně vyjádřit či danou situaci správně rozpoznat a vyhodnotit. V případě pravdivého svědectví je problematikou sporné výpovědi těchto osob. Této problematice by se mělo předcházet řádným vzdělání v oblasti sexuálního zneužívání všech zaměstnanců sociálních služeb.

### 3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Sexuální výchova je dnes chápána jako přínos pro zvyšování kvality života. Uzel (2006, str. 22) ji chápe jako „*prevenci před nežádoucím otěhotněním snížením nebezpečí sexuálně přenosných nemocí včetně AIDS, boj proti zneužívání dětí a sexuální kriminalitě, kultivace mezilidských a partnerských vztahů a v neposlední řadě pak tolerance k sexuálním menšinám*“.

Ke zvyšujícímu se počtu sexuálních podnětů ve společnosti je důležité zmínit se začátek sexuální výchovy. Prezentuje se, že by se s ní mělo začít v době, kdy se dítě začne touto stránkou zajímat. Uzel (2006, str. 23) časté obavy z časného informování dítěte o pojmu sexuality odůvodňuje tím, že „*dítě pouze přijímá informace, které jsou jeho věku a duševnímu obzoru přístupné a srozumitelné, všechno ostatní okamžitě pustí ze zřetele*“. U osob s mentálním postižením, kteří nikdy řádnou sexuální výchovou neprošli, by se měla sexuální výchova realizovat i v adolescentním, středním a seniorském věku.

Bazalová (2008) uvádí, že sexuální výchova je dnes velice málo realizovaná nejen v zařízeních sociální péče, ale i v běžném a speciálním školství a v rodině. To je zapříčiněno tabuizací, studem a intimní stránkou o této oblasti hovořit. V tomto odvětví by měla být realizována Rámcovým vzdělávacím programem, kde se pro žáky uskutečňuje v předmětech rodinné výchovy. V zařízeních sociálních služeb by měla být uskutečněna prostřednictvím malých skupin a diskuze. Na začátek je důležité zmínit, že chybí materiál, který by uceleně s danými kroky informoval o této problematice, je nedostatek odborníků v této oblasti a chybí i dostatečná spolupráce mezi danými odborníky, lékaři, sexuology, psychology, pedagogy a speciálními pedagogy.

Lumley a Miltenberger (In Štěrbová, 2014, str. 18) upozorňují na tři zásadní **dovednosti**, které by měly osoby s mentálním postižením při sexuální výchově získat:

„- *být schopni rozpoznat situaci jako nebezpečnou,*

- *umět reagovat takovým způsobem, kterým by ze situace nejlépe unikli,*
- *oznámit tuto skutečnost, s níž byli konfrontováni, někomu, kdo je k tomuto určený.*“

**K uskutečnění** sexuální výchovy v zařízení Bazalová (2008, str. 251) navrhuje tyto podmínky:

*„- vytvořit normální prostředí – redukované, uživatelům zajistit podporované zaměstnání atd., aby se dostali do běžných podmínek a měli možnost sociálního styku s oběma pohlavími,*

- *vytvořit protokol sexuality,*
- *připravit cílové skupiny – rodiče, učitele, personál, vychovatele, profesionály,*
- *provádět osvětu.*“

**Protokolem** sexuality je na mysli dokument, který bude zahrnovat zásady a předpisy pro zaměstnance daného zařízení a který bude bezesporu dodržován. Obsahem takového kodexu je (Bazarová, 2008, str. 251):

- „- postoj zařízení k sexualitě a sexuální výchově uživatelů,*
- *témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro uživatele,*
- *způsob řešení možných důsledků sexuality,*
- *přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytování podpory,*
- *osvěta a prevence,*
- *zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality,*
- *rodiče a zákonní zástupci,*
- *postoj k sexuálnímu abusu,*
- *postup při sexuálním zneužití,*



- *preventivní politika uvnitř zařízení.* “

Aby mohla být sexuální výchova a aktivity s touto výchovou spojeny a uskutečněny, je k ní potřeba informovaný souhlas uživatele.

Bazarová (2008, str. 251) dále uvádí **obsah** sexuální výchovy uskutečněné v zařízeních sociálních služeb:

„- *hygienické návyky*

- *vhodnost místa*

- *antikoncepce těhotenství,*

- *nemoci, úchytky,*

- *volání o pomoc, naučit se říkat ne,*

- *homosexualita, heterosexualita, bisexualita,*

- *pornografie – vysvětlit, že to není realita*

- *formy vztahu – často jim stačí vztah, bez sexu.* “

Kozáková (2004) zmiňuje následující **témata** sexuální výchovy:

- lidské tělo,

- tělesná hygiena,

- pojem přátelství, partnerství, láska, rodičovství,

- charakterizování role přítele,

- sympatie,

- rozpoznání a ochrana před sexuálním zneužíváním,

- antikoncepce,

- formy sexuálního chování a kontaktu,
- intimita,
- v případě potřeby umět se svěřit.

Kozáková (2004) doplňuje **cílové skupiny** sexuální výchovy, jimiž jsou mimo osoby s mentálním postižením i jejich rodiče, případně náhradní rodinná péče, personál poskytující péči v daném zařízení, školící se specialisti a veřejnost.

V případě sexuální výchovy jde o plnohodnotné pochopení daných informací nejen osobami s mentálním postižením, ale i v případě náhlého jednání a zásadu celým personálem. Existuje pár nejdůležitějších **zásad**, která zaručí takovou výchovu jako efektivní (Kozáková, 2004):

- Vyvarovat se útržkovitým informacím – výchovu a vzdělávání zdravých jedinců lze pomocí „bodů“ k daným výsledkům uskutečnit. Osoby s mentálním postižením vzhledem k jejich úrovni analýzy, systémy a generalizace potřebné propojení nalézt nedovedou.

- Názornost a propojenost - kvalitním nástrojem sexuální výchovy je zájmena názorný přehled konkrétních pomůcek a opatření, díky nimž dojde k pochopení účelnosti. Další pomůcky lze zmínit instruktážní obrázky, knihy, videa či časopisy. Bazarová (2008, str. 252) uvádí k tématu názorného popisu konkrétních pomůcek a dalšímu informování skrze zmíněné instruktážní pomůcky příklad z praxe: *„Zde bych se Vámi přikláběla k názorné demonstraci nasazování kondomu na pohlavní úd jedince či umělý penis, protože je mi znám případ, kdy jedinec ústavu chtěl mít pohlavní styk s klientkou a jako názorný příklad mu bylo ukázáno koště s nasazováním kondomu na tento předmět. Zanedlouho žena pochopitelně otěhotněla. Při dotazu muže jak to, že žena otěhotněla, odpověděl, že neví, jak se to mohlo stát, když kondom na koště určitě správně navlékl.“*

- Práce s jedincem či malou skupinou - Kozáková (2004) přehled sexuální výchovy rozšiřuje o metodiku, která je založena na práci ve skupině. Vychovatel se tak může více kvalitativně věnovat danému jedinci, se kterým mimo zaměřenou výchovu

řeší i osobní problémy, otázky či přání. Svatoš (2004) píše o potřebě mluvit k dané osobě přiměřeným způsobem k danému věku.

U osob s mentálním postižením jsou obecně známy potíže v diskuzi na téma sexuality, kdy jedinec má vzhledem ke své slovní zásobě nebo pocitu z citlivého obsahu, potíže najít přijatelná slova (Šedá, 2004).

Vzhledem ke klasifikaci mentální retardace se musí i odlišně přistupovat v sexuální výchově k daným stupněm retardace a uvedenými **principy**:

- princip spontánnosti,
- princip přiměřenosti,
- princip aktivní imunizace,
- princip důvěry,
- princip pravdivosti,
- princip návaznosti,
- principem otevřenosti (Bazarová, 2008).

U osob s **lehkou mentální retardací** jsou přítomné problémy promiskuitního chování, prostituce, nemoci či sexuální zneužívání. U těchto osob je důležité se více zaměřit na oblast antikoncepce, otázky partnerství, příp. mateřství, informací o sexuálních nemocech atd. (Bazarová, 2008).

Osoby se **středně těžkou mentální retardací** je třeba informovat v podobné rovině, jako u osob s lehkou mentální retardací. Zde je ale potřebné se zaměřit a informovat o vhodnosti prostředí vhodné pro masturbaci, dále představit pomůcky určené k masturbaci, informovat o hygieně. Významný je tyto osoby naučit rozpoznat sexuální zneužívání a těhotenství (Bazarová, 2008).

Vzhledem k problémům spojených se samotným způsobem života je u osob s **těžkou a hlubokou mentální retardací** klíčové nejdříve seznámit uživatele s pojmem

sexualita. U osob odkázaných na lůžko či osob s těžkými kombinovanými vadami radí Bazarová (2008) užívání bazální stimulace jako propracovaného pojetí. Dále uvádí myšlenku doktorky Burdové ze semináře konaného v Praze (In Bazarová, 2008) v roce 2006, která navrhuje pomoc při masturbaci přes zinku. Tuto metodu si stále stejně jako paní doktorka nedovedu představit. Bazarová (2008, str. 253) uvádí, že pokud by k tomu v budoucnu mělo oficiálně docházet, tak je prostřednictvím přesně vypracovaného konceptu, který by byl „*striktně kontrolovaným postupem prováděným vyškoleným personálem, aby nebyl kvalifikovaný jako sexuální obtěžování či zneužívání.*“

Závěrem Bazarová (2008, str. 254) informuje o neziskové organizaci ve Švýcarsku, která „*najímá dobrovolníky na sex s postiženými za 2500,-Kč/hod. Aha Tempová na [www.doktorka.z](http://www.doktorka.z) uvádí, organizace dokonce podporuje i homosexuální vztahy.*“

### 3.1 MASTURBACE

Jak již bylo zmíněno, častými mechanismy k vlastnímu uspokojení slouží proces masturbace. Slovo vychází z latinského *minus* – ruka a *turbace* – bouřit, vzrušit (Edelsberger, 2000). Onanie, sebeuspokojování či autostimulace by mělo vést k redukci úzkosti, rozvoji erogenního sebeuvědomění či orgasmu. Mnohdy se u osob s mentálním postižením masturbace stává jediným sexuálním východiskem a pro zaměstnance sociálních služeb jako úchylka. Proto je potřeba informovat, že se jedná jen o doplňkovou sexuální aktivitu všech osob bez ohledu na zdraví a věku (Friedlová, 2015).

Dle Bazalové (2008) tento jev vzniká nudou, zahnáním strachu či nejistoty. Pokud bychom měli charakterizovat ideální stav pro masturbaci, jedinec by měl mít neporušený a zdravý vztah k onanii, pracovat se svoji fantazií, mít možnost svého soukromého prostoru, být k masturbaci fyzicky přizpůsobily a umět se k orgasmu přiměřeně a v rámci hodnot motivovat. S těmito podněty se ovšem u zařízeních sociálních služeb spíše nesečkáme. Uživatelé žijí často pod vysokým „*drobnohledem*“. V situacích, kdy není takovému jedinci prostředí dostatečným

způsobem naplněno, mohou se objevit případy sebepoškozování či veřejné onanie. V takovém případě je nutná intervence. Ta se dle praxe uvádí zejména u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací. Je důležité, aby i tyto osoby nebyly vytlačeny ze sexuálního života (Štěrbová, 2009).

Cambridge, Carnaby a McCarthy (In Štěrbová, 2009 str. 43) dodávají, že masturbace pro osoby s mentálním postižením je velice důležitá a prospěšná. Popisují pět **problémových oblastí** týkajících se masturbace osob s mentálním postižením:

*„1) Osoby jsou považovány za neschopné masturbovat vhodně. Obvykle jsou považovány za neschopné dosáhnout orgasmu/ejakulace.*

*2) Osoby nevědí, jak masturbovat. Obvykle to znamená, že si třou penis nebo vagínu, většinou přes své oblečení, někdy vůči lidem i objektům.*

*3) Osoby masturbují příliš mnoho. Trvání nebo frekvence masturbace je taková, že personál má za to, že osoba se neúčastí v důsledku masturbace dalších sociálních aktivit a příležitostí doma nebo v komunitě.*

*4) Osoby masturbují nevhodně, nepřiměřeně. Obvykle to znamená, že masturbují na veřejných místech nebo v místech, kde se poskytují služby, což přináší obtíže jak personálu, tak i ostatním uživatelům služeb.*

*5) Osoby užívají k masturbaci nevhodné objekty, obvykle to znamená, že užívají objekty, které nejsou zamýšleny k napomáhání masturbaci a které je mohou zranit.“*

Řešení těchto oblastí lze předejít následujícími body, které zahrnují odpovědnost uživatelů a pracovníků. Uživatelé by měli umět vyjádřit vlastní sexualitu takovým způsobem, jež je vhodný ke svému okolí a zabezpečuje zdraví jedince. Dále by měli přijmout pomoc ze strany personálu formou rady, jež zamezí narušení práv ostatních lidí (Štěrbová, 2009)

Zaměstnanci by měli také uživatele respektovat ve vyjádření jejich sexuality masturbací a umožní uživateli dostatečné soukromí a čas. Zároveň uznat jakékoli masturbační pomůcky, pokud jsou k tomuto záměru určeny. Tolerovat rektální stimulace, pokud je v mezích s patřičnou hygienou a případně ji brát jako typ

sexuálního projevu. Důležité je, aby zaměstnanci setkávající se s touto oblastí byli řádně proškoleni a jakékoli postupy konzultovali se supervizorem. V České republice je zakázáno vykonávat nácvik vedené masturbace (Štěrbová, 2009).

V poslední řadě se uvádí problém tlumení sexuálních projevů medikamenty. Tento problém se zejména týká faktu, kdy někteří osoby s mentálním postižením užívají tlumící léky, které se mu podávají ze strachu z nezvladatelnosti. Bazalová (2008) tento problém uvádí ze své praxe. Uzel (In Friedlová, 2015) se k tomuto faktu vyjádřil jako psychogenní vraždě, který se v dnešní sociální péči dle vzoru „teplo – jídlo – čisto“ často vyskytuje.

Dalším problémem, který Bazalová (2008) popisuje je postoj personálu k sexuálním projevům, když si i v dnešní době zaměstnanci sociálních služeb myslí, že masturbace, život v páru či jiné sexuální projevy jsou v životech osob s mentální retardací nevhodné.

### **3.2 ANTIKONCEPCE**

Regulace porodnosti se u osob s mentálním postižením dosahuje antikoncepcí a kontracepcí. Používá se pouze tam, kde se očekává, že uživatel bude žít intimní pohlavní sexualitou.

Od uživatele se předpokládá, že bude po procesu výběru a zvolení dané metody antikoncepce užívat vybranou metodu svědomitě. Je jim nabízena antikoncepce prostřednictvím kondomu, antikoncepční pilulky, nitroděložního tělíska, hormonální injekce či sterilizací. V případě nejasností či problému s užíváním jednoho ze zmiňovaných forem antikoncepce, uživatel je nucen zúčastnit se přednášek a cvičení zajišťující správné užívání antikoncepce. V případě dalších problémů, o kterých musí uživatel informovat, mu budou předepsány antikoncepční metody nové. Sterilizace je nevratnou metodou antikoncepce. Lze ji uskutečnit u žen i mužů. Dříve byla sterilizace běžně vykonávána, dnes k ní musí dát jedinec oprávněný souhlas (Selikowitz, 2005).

Zaměstnanec by měl zajistit kvalitní informace o regulaci porodnosti a antikoncepčních metod. V případě nejasností konzultuje problém se supervizorem a SRC (Sexuality Review Committee), tedy výborem odborníků na sexualitu. Zaměstnanec kontroluje správné užívání vybrané metody a příp. zajišťuje nácvik. Dále vede uživatelovu zdravotní dokumentaci, kde musí být všechny postupy a metody užívání antikoncepce popsány. Vzájemně je v ní i po přečtení a stvrzením podpisem informován o možných rizicích (Štěrbová, 2009).

### 3.3 PARTNERSTVÍ

Vztah je pro každého člověka něčím neodmyslitelným. Téměř nikdo z nás si neumí představit pocit „*nemilovanosti*“. Láska nám představuje potřeby, touhy, nechává nás poznávat. Tyto počitky zažívá i jedinec s mentálním postižením, která může tvořit partnerskou dvojici. Fiedlová (2015) uvádí, že pocit lásky a bezpečí je saturován se sexuálním životem. Ten se ovšem může často projevovat polibky, objímáním se. Někdy takové dvojice postačí i blízkost druhé osoby, komunikace a trávení společného času. Friedlová (2015) k tomu dodává, že tělesná blízkost je výraz něhy, citové blízkosti a pocitu jistoty a bezpečí. V minulosti a částečně ještě dnes je pojem partnerství a lásky osob s mentálním postižením ovlivněn nekoedukovaným typem sociální péče, kdy jsou domovy sociální péče cílovou skupinou zaměřeny spíše na muže nebo ženy. To se snaží částečně korigovat společenskými akcemi, kde se alespoň na krátkou dobu shledávají uživatelé různých domovů sociální péče, které nabízí nové poznání či opětovné setkání.

V domovech sociální péče, kdy dva uživatelé vytvoří partnerský pár, by měl být personálem a organizací podporován formou intimity, vytvořením vzájemných společenských akcí, příp. vzájemného bydlení. K zásahu dojde jen tehdy, kdy má personál podezření na sexuální zneužívání, týrání, okrádání atd.

Partnerství osob s mentálním postižením je ovlivněno stupněm mentální retardace, která ovlivňuje pudy, prožívání a další reakce na určité situace. Jedinci

mohou být zrcadlově rozlišni v emocionalitě a schopnosti hlubšího citu (Friedlová, 2015).

### 3.4 TĚHOTENSTVÍ A RODIČOVSTVÍ

Každý jedinec s mentálním postižením má s ohledem na možnosti právo na rodičovství. Je ale důležité na začátku zmínit, proč se v některých případech žena s mentálním postižením chce stát matkou. Jednak je to další „nálepka“ vážené sociální role, skrze niž si přeje matka dostat do běžné populace, touha po uznání, že se dovede o dítě postarat, citovost a opačná změna závislosti tentokrát na potencionální matku. I přesto by měli být páry v oblasti rodičovství respektovány a tedy patřičně seznámeni s okolnostmi týkající se rodičovství a těhotenstvím. Musíme ale brát v úvahu hledisko vzdělanosti a vychovatelnosti. I přesto, že si jedinec vědom rodičovství jako určité sociální role, je podstatné se zabývat případnou otázkou nenaplnění potřebné rodičovské úlohy. Nekvalitní výchovou dítěti hrozí zanedbání a ublížení. Proto je důležité stále vyhodnocovat možnosti jedince a případně tak předejít stresům až traumatům v budoucnosti. Zařízení musí poskytnout svým uživatelům dostatek informací a poradenství. Lenoráková (2002) se shoduje na tom, že pár, v nichž jsou oba jedinci mentálně postižení, nejsou schopni se o vlastní dítě patřičně postarat. Tento verdikt je dnes podpořen jasným **postupem** následovně:

V případě těhotenství se od uživatelky očekává, pokud je v podezření těhotenství, ihned se svěří svému tajemníkovi. Následuje odborná lékařská péče a návštěva gynekologa. Tam se v případě otěhotnění žena eviduje jako těhotná. Následně tajemník uživatelky informuje o potvrzeném stavu těhotenství uživatelky supervizora a ten SRC. Poradenství poskytuje informace k možnostem rozhodnutí, kterými jsou těhotenství, interrupce, rodičovství či adopce. Jestliže je pravděpodobné, že otcem je uživatel sociálních služeb, pomáhá se mu s přijetím otcovské role a všemi okolnostmi této role. V té chvíli se účastní profesionálního poradenství orientovaného na těhotenství a případné mateřství. Dle Štěrbové (2009, str. 54) se toto **poradenství** zaměřuje na dvě oblasti:



*„1) zda pokračovat v těhotenství nebo těhotenství ukončit*

*2) zda se bude o dítě aktivně starat jako matka nebo jej poskytne k umístění do náhradní rodinné péče.“*

Poradenství se může zúčastnit i uživatelka, která si přeje otěhotnět. Zde je podporována, aby své těhotenství vnímala jako proces její a vzájemně otce jejího dítěte a všech příbuzných a přátel. V poradenství matka přející si otěhotnět či matka ve fázi těhotenství by měla být vždy doprovázena případným otcem svých dětí. Zde získávají informace k případnému rodičovství. Takové informace zahrnují *„výhody a povinnosti vyplývající z rodičovství, dopadu těhotenství na fyzické a emoční zdraví, na vztah(y), povolání, finance, nezávislost“* (2009, Štěrbová str. 54).

Jestliže existují důvody, které by mohly zapříčinit nepochopení daných informací, rodiče se zúčastní procesu, jež případně zabezpečí jiné možnosti poskytnutí informací.

Za okolností, kdy je u uživatelky patrné, že není schopna o výchovu a péči dítěte, bude dále navštěvovat poradenství, aby se našly další řešení a příp. přerušeni těhotenství či odebrání dítěte se v co nejvyšší míře zabránilo emocionálnímu negativnímu dopadu. Novosad (1995, str. 16) uvádí tři **roviny**, ve které by mělo poradenství probíhat:

*„1) Obecně preventivní, která zahrnuje anatomii a sexuální fyziologii, výchovu k rodičovství, sociální a komunikační dovednosti, základy sebeobrany proti sexuálnímu obtěžování či abusu.*

*2) Individuálně preventivní, obsahující poučení o sexuálním chování (projevy, metody), znalost antikoncepce, partnerské dovednosti atd.*

*3) Intervenční poradenství, které bude soustřeďovat na řešení akutních problémů jedince či partnerské dvojice.“*

Ke kvalitnímu rozvoji sexuality u osob s mentálním postižením, které předchází potřebná osvěta, dochází tehdy, pokud budou spolu a správným směrem spolupracovat pedagog s dalšími odborníky, škola, jiné výchovné zařízení a rodina (Novosad, 1995).

Štěrbová (2009) uvádí **chování uživatele** sociálních služeb v případě těhotenství a mateřství vzájemně **chování personálu** zařízení, od nichž se očekává nejednosměrné a nekritické chování, které by mělo být založeno na svobodném rozhodnutí uživatele:

- Pokud se uživatel stane rodičem, jeho odpovědností je mít předpoklady, které zabezpečí bezpečné prostředí a výživu. Dále si bude vědom své role a primární odpovědnosti a zajištění základních potřeb dítěte. Také by měl přijmout podporu a pomoc ve formě asistence SRC, které by mělo zajišťovat zdárné rodičovství, případně si o další formy pomoci sám požádat.

- Odpovědnost zaměstnanců by měla spočívat v nacházení pozitivních hledisek role rodiče, podpoře ve vnímání mateřství, uvědomování rodičovských schopností, využití poradenství, finančního plánování, rady v oblasti zdravé výživy, možností hlídání dítěte a zdravotních služeb.

- V případě nejistot matky personál musí tyto obavy respektovat. V takovém případě je uživateli poskytnuto vyhodnocení vedené multidisciplinárním týmem SRC zaměřené na schopnosti v rodičovství.

- Pokud by personál usoudil, že se uživatel nachází v potížích, informuje supervizora, který poskytuje zjištěné problémy SRC. SRC společně se zaměstnanci obstarají výcvik, který by v lepším případě měl vést ke zlepšení rodičovských schopností.

- Pokud zaměstnanec zjistí zanedbávání či týrání dítěte, je dle zákona povinen tyto skutečnosti ohlásit úřadům sociálně právní ochraně dětí. Jestliže je po vyhodnocení úřadem rodiči či rodičům dítě odebráno, personál tyto informace předávají supervizorovi a ten dále SRC. SRC v té chvíli informuje uživatele o svých právech a možnosti voleb. V případě souhlasu je uživateli vyhledána advokátní pomoc, která hájí jeho zájmy v oblasti zjištění potřebných schopností a obstarání služeb, které by napomohly k případnému návratu dítěte k rodičům či jednomu z nich.

### 3.5 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

Sexuální zneužívání psychického i fyzického charakteru je v dnešní době stále častějším pojmem. Tento vývoj je pravděpodobně vytvářen zvyšující se agresivitou a násilím, které lze spatřovat jak v mediálních prostředcích, tak běžně okolo nás. Pokud se dozvíme jako společnost o sexuální zneužívání osob s mentálním postižením, jedná se často o ty nejjasnější případy, které by bylo těžké tajit či tiše „smazat“ (Sedlák, 2002).

Roecher (In Štěrbová, 2009) popisuje sexuální zneužívání jako chování, které je prováděno na druhé osobě bez jejího souhlasu. Sexuálním zneužíváním se také rozumí sexuálními akty směřující k osobě mladší 15 let, zařazuje sexuální činnost s osobou mladší 18 let, která je citově závislá na dané osobě. Jakákoli sexuální aktivita mezi zaměstnancem sociálních služeb a uživatelem těchto služeb je brán jako sexuální zneužívání.

Štěrbová (2009, str. 57) uvádí výzkum Alberta Committee of Citizens with Disabilities z roku 2002 uskutečněného ve městě Alberto v Kanadě, který se týká sexuálního zneužívání žen s mentálním postižením. „40% žen s mentálním postižením bylo sexuálně zneužito před dosažením 18 let věku, 19% žen mělo zkušenost s fyzickým násilím nebo sexuálním zneužitím od svých partnerů a přátel, 71% obyvatel v institucionální péči bylo vystaveno nějakému násilí.“ S tímto tvrzením se shoduje Vaničková (In Mühlpachr, 2001), kdy uvádí, že sexuální zneužívání se stává častěji, než se udává. Světová zdravotnická organizace WHO informuje sexuálním zneužíváním u mužů v 5-20%, u žen 10-40%.

Důležité je zmínit fakt, že sexuální zneužívání se může stát i mimo zařízení sociálních služeb. Tedy při návštěvách přátel či rodiny, procházkách či akcí pořádaných zařízením (Sobsey In Štěrbová, 2009). Pothe (2002) k této oblasti dodává, že až dvě třetiny osob s mentálním postižením jsou oběťmi činu z okruhu vlastní rodiny. Lenoráková (2002) upozorňuje, že sexuální chování se může stávat i v nevědomí u uživatelů sociálních služeb vzhledem k nejasnosti korektní intimní zóny. Mühlpachr (2001) k této nejasnosti rozděluje sexuální zneužívání na dotykové a bezdotykové:

- Dotykovou formou dochází ke kontaktu s osobou

- Bezdotykové sexuální zneužívání je charakterizováno např. nuceným sledováním ukájení se druhé osoby či sledování pornografického snímku. Vaníčková (In Mühlpachr, 2001) přiřazuje tyto podněty jako jeden z faktorů pozdějších potíží při nalezení partnerského vztahu či sexuálních tužeb.

**Faktory** ovlivňující sexuální zneužívání páchané na osobách s mentálním postižením jsou:

- Nadměrná lehkověrnost a naivita,
- nejasnost v mezilidských vztazích,
- absolutní odkázání jedince na druhou osobu,
- vývoj pohlavních znaků je odlišný od vývoje mentální úrovně,
- zhoršená komunikační schopnost,
- snížený stupeň věrohodnosti,
- obava z přestěhování (Pothe, 2002).

Štěrbová (2014, str. 18) upozorňuje na tyto další faktory:

*„- omezenou představu osob s mentálním postižením o sexu,*

*- jejich vyšší vázanosti na požadavky autorit,*

*- nižší úrovní sociálních dovedností, které jsou pro oznámené situace nezbytné,*

*- nižší dovedností vyhodnotit situaci jako nebezpečnou a učinit správné rozhodnutí,*

*- nedostatečnými komunikačními dovednostmi.“*

**Znaky** sexuálního zneužívání dle Potheo (2002) jsou:

- stranění se určitým situacím (např. koupání, masáže atd.)
- zjevný strach z konkrétních osob,
- chování a jednání kopírující sexuální zneužívání,
- neobvykle zvýšená masturbace či jiná forma sexuálního ukojení,
- sexuálně orientované kresby či nákresy,
- znatelné zhoršení nálady,
- návaly pláče či vzteku,
- pokles na úroveň chování dítěte nižšího věku,
- nekvalitní spánek,
- sexuální zneužívání dalších osob,
- sebepoškozování,
- pokus o sebevraždu.

Při zjištění sexuálního zneužívání jsou trestány dle zákona. Proto by mělo být jakékoli zjištění sexuálního zneužívání ihned nahlášeno, v případě podezření prověřeno a předáno daným zástupcům. Hingsburger (In Štěrbová, 2009) zmiňuje, aby se tomuto jevu předcházelo, personál by měl být kvalitně vzdělán pro včasné rozpoznání jakékoli formy sexuálního zneužívání či činnosti tomuto chování předcházející. Štěrbová (2014, str. 19) jindy dodává, že by tento problém z velké části řešily jasně definované hranice a limity sexuálního zneužívání a sexuality obecně, které by zaměstnancům sociálních služeb případně upozornily na zneužívání či obtěžování. K tomu dodává ideálně nastavené **faktory**:

- „- vytvořit rámeček, vnitřní pravidla a směrnice v institucích,
- povinné vzdělávání pracovníků v přímé péči v zařízeních sociálních služeb,

- *povinná příprava cílových skupin sexuální výchovy.* “

**Odpovědnost uživatelů** vůči sexuálnímu zneužívání tkví v:

- Účasti v sociálně-sexuálních vzdělávacích programech, jejichž tématem je pochopení problém sexuálního zneužívání.

- Takovém chování, jež je společensky vhodné, není vnímáno jako nepřístupné.

- Přesvědčení, aby uživatel sociálních služeb ihned ohlásili jakékoli zpozorování sexuálního zneužívání či obtěžování na sobě samým či jiné osobě supervizorovi. Důvěry hodné osobě či svému tajemníkovi (Štěrbová, 2009).

Jednání **zaměstnanců** v sociálních službách v případě sexuálního zneužívání popisuje Štěrbová (2009):

- Kvalitní hodnocení případného nebezpečí možného sexuálního zneužívání ve svém zařízení.

- Takové chování, které v případě zjištění či podezření sexuálního chování nebo obtěžování, jemuž chybí vzájemný souhlas, poskytne takovou formu vyřešení situace, která zajistí zdraví postiženého. Taktéž se postará o útěchu těm, které dané chování nějakým způsobem ovlivnilo. V takovém případě nebude personál trestat zneužívajícího, ale zajistí důkazy a pokusí se vytvořit takové opatření, aby se danému sexuálnímu chování nebo obtěžování předešlo (Štěrbová, 2009).

Haber a Broadhurst (In Štěrbová, 2009) uvádí následující body, kterými by se měl pracovník sociálních služeb v případě zjištění sexuálního zneužívání **řídít**:

*„1) Zabezpečí, aby si oběť nečistila zuby, nesprchovala a neumyla se,*

*2) Uchovají fyzické důkazy jako oděv a prostěradlo, přikrývku,*

*3) Informují (telefonicky) nemocnici o požadavku soudního ohodnocení a následné léčby oběti sexuálního zneužití,*

4) *Dojednají s lékařem, zda je požadováno kontrolní následní vyšetření pro nějaká zranění (pohmožděniny), které by nebyly viditelné po následujících sedmdesáti dvou hodinách,*

5) *Chrání uživatele oznámením o domnělém zneužívání, ale nepokouší se o vyšetřování tohoto případu. Toto vyšetřování bude provedeno někým, kdo má potřebný specializovaný trénink, (Štěrbová, 2009, str. 58)“.*

- Pomoc a opora uživatele sociálních služeb, který se stal obětí sexuálního zneužívání. Zaměstnanci mu v takovém případě také dostatečně informují.

- Kvalitní pozorování a střežení oběti. Dále vyhodnocování situace, jak oběť reaguje na dané chování či doteky.

- Reagování a následné jednání dle vytvořeného dokumentu, který obnáší postup při sexuálním zneužívání.

- Spolehlivé informování mezi zaměstnanci o dané situaci,

- Zajištění informací a pomoci všem uživatelům, kteří se v konkrétním případě sexuálního zneužívání ocitli jako zneužívaný, zneužívající či svědek.

- Poskytnutí rozboru situace těm zaměstnancům, kteří se nějakým způsobem účastní vyšetřování sexuálního zneužívání a pro které se takový případ může stát traumatizujícím.

- Účast na dalším vzdělávání a tréninkem zaměřeným proti nebezpečí sexuálního zneužívání.

- Spolupráce s týmem a všemi odborníky, který pracují s protokolem sexuálního zneužívání. Dostatečné informace o postupu neprodlených řešení, které vedou ke snížení nebezpečí sexuálního zneužívání. Takový tým dodržuje zákonné a úřední normy, díky nimž rozhoduje o ohlášení vzniklé situace. Též udává směr dalších opatření a náležitostí k vyřešení situace.

- Klidná atmosféra v zařízení. Uživatelé by měli získat pocit pohody, jistoty a bezpečí.

### 3.6 SEXUÁLNÍ OBTĚŽOVÁNÍ

Pracovníci sociálních služeb by měli své uživatele sociálních služeb znát takovým způsobem, aby mohli v případě podpůrných metod vytvořit podmínky pro kvalitní vztahy mezi uživateli. Takové vztahy by měli uživateli sociálních služeb zamezit nebezpečí zranění sobě i jiným.

Od **uživatelů** a sociálních služeb se **očekává** (Štěrbová, 2006):

- Takové chování, které je v souladu se zákonem.
- V případě rozporu se zákonem přijetí takového chování, které by k nezákonnému chování předcházelo.

Štěrbová (2006) popisuje i předpoklady **jednání zaměstnanců** sociálních služeb:

- Včasná informovanost o nevyhovujícím jednání a nastavení patřičných kroků k tomu, které by předcházelo v obvinění daného uživatele ze spáchání přestupku či trestného činu.
- v případě podezření nebo zjištění sexuálního obtěžování informuje supervizora,
- spolupráce se supervizorem, který s konzultanty a odborníky daného zařízení poskytují postupy k redukci nebezpečí dalšího sexuálního obtěžování.

### 3.7 ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE OBLASTÍ SEXUALITY

Pro orientaci a kontakty k dalším informacím v oblasti sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením je důležité zmínit i organizace, kteří se touto



oblastí zabývají. Je jimi občanské sdružení ORFEUS, kteří se tématem sexuality, zneužívání a týrání osob s mentálním postižením už několik let zabývají. ORFEUS v odborné literatuře vydává pouze stěžejní informace z jinak rozsáhlých konferencí. Další občanské sdružení se nazývá QUIP – Společnost pro změnu, která své znalosti problematiky sexuality osob s mentálním postižením předává prostřednictvím internetového portálu [www.kvalitavpraxi.cz](http://www.kvalitavpraxi.cz). Pro získávání potřebné odborné literatury či filmu je nutné zmínit sdružení Portus Praha. Občanské sdružení Inventura natočilo film *Vztahy*, kde se mimo jiné zaměřuje na partnerství osob s mentálním postižením. Následujícím sdružením je Modrý klíč a Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, které se zabývají výchovou a osvětou osob s mentálním postižením (Bazalová, 2008).

## **4 ANALÝZA PARTNERSKÉHO ŽIVOTA V DOMOVĚ POD HRADEM ŽAMPACH**

### **4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE**

Nejvýznamnější otázkou v oblasti života osob s lehkou a středně těžkou mentální retardací je uskutečnit těmto osobám co nejpřirozenější život. Tento cíl je v naší společnosti realizován prostřednictvím integrace do běžného prostředí. V takových podmínkách se jedinec setkává s přirozenými podmínkami života, jejími starostmi a menší mírou péče. Dále jsou to možnosti volby a přizpůsobení si života dle vlastních představ a potřeb.

V teoretické části je charakterizováno, že jedinec s mentálním postižením dokáže vnímat lásku a partnerství jako hodnotu svého života, které si je vědom. Měla by mu tedy tato možnost být nabídnuta v podmínkách přirozeného života. Tento cíl se dnes realizuje bydlením partnerských párů v chráněném bydlení. Takové bydlení mimo přirozený život přináší i potřebné soukromí, která se osobám s mentálním postižením v ústavní péči nedostávala.

Cíl praktické části je poukázat na pozitiva partnerského a sexuálního života v chráněném bydlení. Pro výzkum jsou zvoleni tři partnerské páry žijící v chráněném bydlení v městě Letohrad zřízené Domovem pod hradem Žampach.

Praktická část je zaměřena na analýzu partnerského a sexuálního života tří párů v podmínkách chráněného bydlení. Popisuje vývoj partnerského vztahu jednotlivých párů před vstupem do chráněného bydlení. Zabývá se pozitivy a negativy chráněného bydlení Domova pod hradem Žampach. Dílčím cílem je nahlédnutí do oblasti partnerství a sexuality těchto partnerských párů.

Výzkum je tvořen formou kvalitativní metody. Cíle jsou hodnoceny prostřednictvím dvou otázek.

Otázka č. 1: Čím je život v chráněném bydlení v oblasti partnerství a sexuality přínosný?

Otázka vychází za předpokladu z teoretické části, kde bylo nahlédnuto do partnerského a sexuálního života v ústavní péči. Chráněné bydlení by mělo přinést partnerským párům žít přirozenějším partnerským a sexuálním životem. Takové bydlení by mělo přinášet soukromí, pocit svobody a možnost trávení společného času dle vlastních představ.

Otázka č. 2: Jakým partnerským a sexuálním životem osoby s mentálním postižením žijí?

Druhá otázka vznikla domněnkou společnosti, že partnerské páry s mentálním postižením žijí odlišným životem, než partnerské páry tvořící osoby bez mentálního postižení. Výsledkem této otázky by měl být běžný partnerský život. Tím lze chápat řešení každodenních i nevšedních potřeb a problémů. Poukázat by mělo i na oblast emocionální, kdy tyto jedinci vnímají potřebu lásky, pocit jistoty a bezpečí stejně jako osoby zdravé. Dále by měl být nastíněn sexuální život osob s mentálním postižením. Výsledkem by se měl stát nemravný sexuální život, o kterém se část společnosti domnívá.

## **4.2 VÝZKUMNÝ VZOREK A METODOLOGIE VÝZKUMU**

Výzkum byl proveden pro splňující požadavky mé praktické části diplomové práce v Domově pod hradem Žampach, jež poskytuje službu chráněného bydlení ve městě Letohrad (Příloha B).

Výzkumným vzorkem se stali tři páry, jež jsou uživateli zařízení. Ženy mají diagnostiku lehké mentální retardace. Muži středně těžkou mentální retardací. Dva partnerské páry bydlí v třípokojovém bytě chráněného bydlení. Třetí partnerský pár bydlí v samostatném bytě v témž domě. Bydlí s dalším spolubydlícím. V chráněném bydlení žijí všechny páry se spolubydlícím tři roky.

Pro přehled partnerských párů byla na začátek výzkumu zvolena metoda kasuistiky jedinců, kterou bylo dosaženo za pomoci získaných a ověřených dat kvalitativních technik empirického výzkumu. Kazuistika zde slouží jako metoda pro dosažení komplexnosti údajů.

Další použitou metodou je metoda strukturovaného rozhovoru, který byl veden s vedoucí služby chráněného bydlení a zároveň důvěrníkem jednoho páru (Příloha C). Tentýž rozhovor byl podán důvěrníkům dalších dvou párů (Příloha D, Příloha E). Pro dosažení kvality výzkumu byl rozhovor proveden s vedoucím vychovatelem Domova pod hradem Žampach (Příloha F), který se zároveň specializuje na sexualitu a sexuální výchovu uživatelům služeb.

Rozhovory s partnerskými páry musely být vedeny polostrukturovaně. Rozhovory probíhaly v párech. Ve dvou případech, Adama a Věry, Filipa a Jitky (Příloha G, Příloha H) bylo na otázky odpovídáno oba partnery, v třetím případě, Martina a Ireny, odpovídala spíše partnerka (Příloha CH).

Doplňujícím rozhovorem je strukturovaný rozhovor se obyvatelkou domu (Příloha I), kde se chráněné bydlení vyskytuje.

Všechny metody výzkumu byly provedeny za dodržení Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých údajů.

### **4.3 ČASOVÁ ORGANIZACE**

Harmonogram výzkumu:

- |                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| - Přípravná část                      | 10/2014 – 12/2014 |
| - Realizační část                     | 12/2014 – 01/2015 |
| - Zpracovávání a interpretace výzkumu | 01/2015 – 02/2015 |

V období přípravné části byl proveden za pomoci vedoucího vychovatele a sociálního pracovníka Domova pod Hradem Žampach náhled do dokumentace a získání informací o jednotlivcích v partnerských párech. Také jsem byl seznámen s chodem a posláním Domova pod hradem Žampach.

V realizační části byly dedukovány a vytvořeny kasuistiky. V této fázi byly nadále uskutečněny čtyři rozhovory se zaměstnanci Domova pod hradem Žampach, tři rozhovory s uživateli služeb Domova pod hradem Žampach. Poslední rozhovor byl proveden s obyvatelkou domu, kde bylo chráněné bydlení vytvořeno.

## 4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### **Kazuistika č. 1**

**Jméno:** Martin (jméno pozměněno)

**Věk:** 49 let

### **Osobní anamnéza:**

Středně těžká mentální retardace. Zbaven svéprávnosti.

### **Rodinná anamnéza:**

Martina vychovávala babička. Otec alkoholik, psychopat. Matka slabomyslná. Rozvedeni. Má tři sourozence, kteří navštěvují zvláštní školu.

### **Zdravotní anamnéza:**

Nezjištěny žádné závažné změny v chování. Jeho poruchy únosné v režimu zařízení.

Nastavená medikace vyvážená.

**Sociální vývoj:**

Svobodný, bezdětný. Žije s partnerkou v chráněném bydlení. Je v kontaktu s rodinou

**Mentální schopnosti:**

Vystudovaná zvláštní škola. Je schopen základní hygieny. Je plně orientován. Řečový projev je méně srozumitelný. Umí číst, psát a počítat. Orientuje se v čase. Umí si i samostatně nakoupit. Velice pracovitý, manuálně zručný. Zvládá údržbářské práce. Je mírný a tichý. Nejsou s ním výchovné problémy. Dobře spolupracuje. Je zaměstnán na farmě v Lišnici, kam samostatně denně dojíždí.

**Kazuistika č. 2**

**Jméno:** Irena (jméno pozměněno)

**Věk:** 43 let

**Osobní anamnéza:**

Lehká mentální retardace s poruchami osobnosti a poruchou chování. V květnu 2005 Irena přešla ze zařízení Anenská studánka do ÚSP Žampach kvůli potřebě děvčete v zařízení. Zbavena svéprávnosti.

**Rodinná anamnéza:**

Matka porušená osobnost, těžká psychopatie. Otec trestaný alkoholik. Zemřel na infarkt. Sestra žije a je zdravá. Pochází s disharmonického rodinného prostředí. Výchově nebyla věnována dostatečná péče, po opakovaných psychiatrických hospitalizacích pro poruchy chování se dostává v období dospívání do ústavní péče, kde je dosud. Vystřídala mnoho domovů. Opakovaně hospitalizována na psychiatrii pro poruchy chování. Jako dítě byla nenáviděna.

**Zdravotní anamnéza:**

Bez výraznějších problémů. Ve staré dokumentaci občasné zmínky o slovní

agresivitě a hádkách. Jedná se o anomální osobnost s nevyrovnanými rysy osobnosti, poruchami chování, afektivitou. Nezralá osobnost se zhoršenou schopností sociální adaptace. Kouří denně 3-4 cigarety denně, alkohol pije výjimečně.

V současné době medikovaná risperidonem. Není schopna samostatně užívat léky.

### **Sociální vývoj:**

Svobodná, bezdětná. Žije s partnerem v chráněném bydlení. Společenská. Občas má konflikty s ostatními uživateli domova, bývá verbálně agresivní. Sociální dovednosti jsou vzhledem k nárokům na soběstačnosti v ochranném prostředí nižší. Není schopna samostatného života mimo ústav. Vyžaduje si pozornost. Napodobuje ostatní. Citově deprimována. Kontakt s rodinou není.

Rodina i ústavní prostředí nebylo dostatečně podnětné pro získání základních sociálních dovedností, které by ji umožnily zvládat život mimo podporu péče.

Dokázala se podrobit ústavnímu režimu, jehož chod nijak nenarušuje. Má zájem o společenské aktivity, jimiž jsou hudba, tanec. Volný čas si sama organizuje

Vzhled upravený a čistý.

### **Mentální dovednosti:**

Vystudovaná praktická škola. Vyučila se obuvnicí. Umí psát a číst. Reakce v komunikaci přiměřená, řeč plynulá, poruchy řeči nejsou patrné. Irena je orientována místem, osobou, časem a situací. Vnímá svůj zdravotní stav a onemocnění. Je zachována kvalita vědomí. Myšlení zpomalené. Nejsou patrné poruchy paměti. Koncentrace plná. Vyjadřuje svá přání. Stres zvládá sama, které vyvolává okolí a učení se novým věcem, případně změna situace a prostředí.

Samostatně zvládá hygienické návyky, oblékání, najíst se, použít WC, udržovat pořádek.

Zvládá pomocné práce v zařízení domova (zahradu, úklid atd.). Všechny domácí

práce včetně vaření a úklidu zvládá na výbornou. Dojížděla do chráněné dílny v Lišnici. Pracovala jako pomocná síla v cukrárně PUP v Ústí nad Orlicí. Dnes pracuje v aktivizačních centrech Domova pod hradem Žampach.

### **Kazuistika č. 3**

**Jméno:** Filip (jméno pozměněno)

**Věk:** 44 let

#### **Osobní anamnéza:**

Sředně těžká mentální retardace s poruchou chování, DMO, hydrocefalus. Narozen z druhého těhotenství císařským řezem. Zbaven svéprávnosti.

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka trpící lehkou mentální retardací, žijící v zařízení pro mentálně postižené. Otec neznámý. Sestra v adopci, její stav neznámý.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Nejsou známy žádné vážnější onemocnění.

Medikace není potřeba.

#### **Sociální vývoj:**

Svobodný, bezdětný. Žije s partnerkou v podporovaném bydlení.

Účastní se pracovní terapie v zahradě. Dojíždí jako pomocná síla do cukrárny PUP v Ústí nad Orlicí.

#### **Mentální schopnosti:**

Absolvoval zvláštní školu. Umí psát. Má vytvořenou početní představu. Umí pracovat s drobnými bankovkami.



#### **Kazuistika č. 4**

**Jméno:** Jitka (jméno pozměněno)

**Věk:** 45 let

#### **Osobní anamnéza:**

Lehká mentální retardace. Prožila běžné dětské infekce. Podrobnější údaje nejsou známy. V invalidním důchodu od r. 1988. Zbavena svéprávnosti. V ústavním zařízení od r. 1976.

#### **Rodinná anamnéza:**

Rodina dysfunkční. Uživatelka má dvě mladší sestry a jednoho staršího bratra. Ten je vyučeným zedníkem. Otec má základní vzdělání. V dětství jediným živitelem rodiny. Matka také základní vzdělání. Žila v domácnosti. V období dětství několikrát napomínání soudem pro špatné podmínky výchovy. Výchovu často nahrazovala prababička. Nařízen dohled nad výchovou. Rodiče později zbaveni rodičovských práv.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Bez výraznějších problémů.

Medikace není potřeba.

#### **Sociální vývoj:**

Svobodná, bezdětná. Žije s partnerem v chráněném bydlení. Společenská, bezkonfliktní. Je v kontaktu s bratrem.

#### **Mentální schopnosti:**

Vystudovaná praktická škola. Umí číst a psát. Řeč celkem srozumitelná. Schopna základní sebeobsluhy. Čistotu a základní hygienu dodržuje. Je klidná. Je plně orientovaná. Hospodaření s majetkem pouze pod dohledem asistence. Je zaměstnána jako pomocná pracovní síla v cukrárně PUP v Ústí nad Orlicí.

## **Kazuistika č. 5**

**Jméno:** Adam (jméno pozměněno)

**Věk:** 57 let

### **Osobní anamnéza:**

Středně těžká mentální retardace. Porozen při eklampsii. Uživatel dlouhodobě léčen na sexuologii a psychiatrii. V minulosti se projevil sexuální zájem o malé děti. Léčba úspěšná, ke dnešnímu dni nebyla objevena žádná recidiva. Uživatel není zbaven svéprávnosti.

### **Rodinná anamnéza:**

Pochází z dvojčat. Uživatel si před pěti lety prošel tíživým životním obdobím po úmrtí matky, která od roku od narození zajišťovala péči o jeho potřeby.

### **Zdravotní anamnéza:**

Adam trpí reziduální schizofrenií. V oblasti sociálního přizpůsobování a citové oblasti výrazná porucha osobnosti.

Po úmrtí matky navýšení medikace antipsychotiky a antidepressivy. Stav se pak zvolna zlepšoval. Nastavená medikace tlumí problematické chování.

### **Sociální vývoj:**

Svobodný, bezdětný. Žije s partnerkou v chráněném bydlení. Z psychiatrického hlediska se jedná o osobu závislou na pomoci okolí. Stav je ze sociálního hlediska zhoršen neschopností zodpovědně rozhodovat.

### **Mentální dovednosti:**

Vystudovaná praktická škola. Vzdělání zedníka nedokončil.

Komunikace v řeči je narušená - simplicita. Orientuje se místem, časem a osobou. Paměť je přiměřená. Občas jedná impulzivně, neuváženě, neadekvátně. Špatně

se přizpůsobuje požadavkům sociálního prostředí. Objevují se výrazné adaptační poruchy, které se projevují zejména v náročnějších sociálních situacích. Je snadno ovlivnitelný vlivy okolí. Intelekt je snížený. Celkově při vědomí a spolupracující. Viditelná neschopnost učinit rozhodnutí. Zhoršená schopnost hospodařit s finančními a hmotnými depozity, proto potřeba pomoci při správě svých náležitostí a depozit. Snížená schopnost soustředění a pozornosti. Občas úzkostné stavy.

Snížená schopnost zajistit si potřeby k hygienické péči. Zhoršená schopnost umýt si tělo či některé jeho části, například vlasy.

### **Kazuistika č. 6**

**Jméno:** Věra (jméno pozmeněno)

**Věk:** 41 let

#### **Osobní anamnéza:**

Lehká mentální retardace s poruchou chování. Není zbavena svéprávnosti.

#### **Rodinná anamnéza:**

Pochází z rodiny s velmi bohatou psychiatrickou zátěží. Matka opakovaně psychiatricky léčena. Babička, matčina sestra a další vzdálení příbuzní psychiatricky léčení. Jinak pracují jako pomocné síly. Otec zdrav.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Nejsou známy žádné vážnější onemocnění.

Poruchy chování se při medikaci neprojevují.

#### **Sociální vývoj:**

Svobodná, bezdětná. Žije s partnerem v chráněném bydlení. Udržuje kontakt s rodinou

### **Mentální schopnosti:**

V mateřské škole se neadoptovala. Dostudovala s jedním opakováním praktickou školu.

Neklidná, poplašená. S výchovou bez problémů. Částečně čte a píše. Nesoustředěná, poruchy paměti. Zhoršené vyjadřovací schopnosti. Myšlení jednoduché. Je „*dětská*“, hravá, těžko se koncentruje na práci a dlouho u ničeho nevydrží. Hodnotu peněz zná. Nakoupí si. Sebeobsahu zvládá.

Z kasuistik, provedením rozhovorů s partnerskými páry a rozhovory se zaměstnanci Domova pod hradem Žampach je jasné, že osoby žijící v chráněném bydlení v Letohradě si jsou starostmi obnášející samostatný život vědomi. Jedná se o osoby trpící lehkou a středně těžkou mentální retardací, ojediněle s poruchou chování, které jsou tlumeny medikací. Všechny ženy a jeden muž mají vystudovanou praktickou školu, další dva muži školu zvláštní. U všech jedinců se jedná o pracující osoby, ač se jde o zaměstnání v orlicko-ústecké cukrárně, farmě v Lišnici či centrech aktivit v Domově pod hradem Žampach. Jedinci v chráněném bydlení jsou schopni bydlení se zajištěním vlastních existenčních potřeb. Umí téměř bez požadavku asistence řešit každodenní problémy. Z rozhovoru s vedoucím vychovatelem je chráněné bydlení pro partnery přínosem v „*soukromí, společném soužití, vedení domácnosti, hospodaření, rozhodování.*“ Finance jsou jim stejnou částkou každý týden posílány. Tyto peníze slouží převážně k zajištění nákupu potravy a uhrazení případných volnočasových aktivit. Po požadavku se uživatelům posílají finance na případné další nákupy (oblečení, elektronika atd.). Ta se v případě dražšího nákupu či neinformovanosti o zboží nakupuje s důvěrníkem daného jedince.

Partnerské páry v chráněném bydlení žijí v čistém prostředí. Dosud na ně nebyla vznesena žádná stížnost za nepořádek, hluk či negativní chování. Odpověď susedky na chování partnerů zněla: „*Já jsem se zatím nesešla se žádným záporem. Spíš jsou víc ochotní a hodně pracovitý. Spíš by se kolikrát měl učit člověk od nich. Jsou to přívětivý a milý lidi.*“

Partnerské páry působí na okolí kladným dojmem. Dle další informace se

sousedkou Ireny a Martina by jim prý člověk mohl kolikrát i závidět, jak se k sobě partneři chovají.

**Irena a Martin** dle rozhovoru žijí spolu ze všech párů nejdéle. Seznámili se u moře téměř před patnácti lety. Po seznámení nebyl problém, když se mohli jednou za čtrnáct dní spolu vídat a trávit společný čas. Tento stav trval dva až tři roky, než se do sebe, jak zmiňuje Irena, „*doopravdy zamilovali*.“ Irena následně dodává, že „*každý potřebuje svou lásku, kterou má oběť*.“ Dle ní je důležitý se mít hlavně rádi a nehádat se. Irena se po tomto přesvědčení přestěhovala kvůli Martinovi na Žampach, kde žila nejdříve v „*garsonce*“, kterou poskytuje služba PSB (Podpora samostatného bydlení) a po té v domcích ve stráni, což je služba DOZP (Domov se zdravotním postižením). Martin bydlel po celou tu dobu v domcích ve stráni. Po čtyřech letech Ireny pobytu v domcích ve stráni bylo partnerskému páru umožněno společné bydlení v „*garsonce*“. Dva roky společnéhožití ukázalo, že jsou schopni života s menší požadovanou péčí a bylo jim nabídnuto společné bydlení v chráněném bydlení. Tím se v jejich partnerský život změnil hlavně v soukromí, samostatnosti a větší příležitosti společných aktivit. Irena dodává, že se jí líbí možnost, co „*si uděláme, to máme a co si neuděláme, to si neuděláme*.“ Přes týden Martin pracuje na farmě v Lišnici a Irena na zahradě na Žampachu. O víkendu musí uklidit, nakoupit, vyprat prádlo. Když zbude čas, zajdou si na kávu, nebo na procházku. Když nejsou spolu, chybí si. Tvrdí, že se spolu nehádají. Společně navštěvovali Martinovu rodinu. Zde, ač to Irena netvrdí, se stal jeden konflikt v podobě horšího chování ze strany Ireny k jeho rodině. Ten se ale vzápětí společnou silou se zařízením vyřešil. Dnes je Ireny chování slušné.

Z rozhovoru dále vyplynulo, že žijí nejaktivnějším sexuálním životem ze zmiňovaných tří párů. Na otázku sexuality Irena odpovídá, že ví, co to je a že žádný sexuální styk spolu před společné bydlení v „*garsonce*“ neměly. Jinak ale měly možnost vzájemných dotyků, polibků. Co to pro ně znamená, Irena odpovídá: „*Vyjádřením lásky, že se máme rádi, že se milujeme*.“ Dle rozhovoru uznává, že je to každého věc. Irena užívá antikoncepční ochranu formou nitroděložního tělíska. Proč ji užívá, ví z vlastní vědomosti, že by mohla otěhotnět. Po čase dodává: „*Já bych dítě vychovala, ale já dítě nechci*.“ Přesto se toto téma s Martinem občas baví.

Dalším partnerským párem jsou **Filip s Jitkou**. Zde se podařilo navázat rozhovor s oběma jedinci. Seznámili se téměř před deseti lety v hospodě v Hnátnici, čemuž navazovalo psaní dopisů. Možnost setkávání, protože Jitka oproti Filipovi nebyla uživatelem služeb Domova pod hradem Žampach, byla dle odpovědi Jitky na „*nějakých plesech, nebo když byla přehazovaná, nebo na nějakých rekreacích.*“ Po dvou letech, aby mohl být pár více spolu, se Jitka přestěhovala ze zařízení v Opočně do zařízení na Žampachu. Zde bydlel každý na jiném bytě v domkách ve stráni. Po šesti letech jim bylo nabídnuto společné bydlení v chráněném bydlení v Letohradě. Oba tázaní odpovídají, že jim to přináší větší samostatnost, soukromí a také, že se jejich partnerský vztah zlepšil. Vídají se i přes den v Ústí nad Orlicí, kde oba pracují v cukrárně. Striktně odpovídají, že se nehádají. Jitka dodává, že muž a žena jsou spolu, aby se nehádali. Filip ji na to odpovídá: „*Ne, že se mají rádi. Že nemusí být žádná svatba, ale mají se rádi.*“ Z rodin partnerů se vídají pouze s bratrem Jitky, který je navštěvuje u nich doma. Jejich vztah podporuje. Na otázku změny v partnerském životě Jitka odpovídá: „*Snad jen nové bydlení.*“ Tím se následně shodují na tom, kdy by chtěli bydlet úplně sami. Bydlení s druhým partnerským párem jim ovšem nevadí, často si večer rádi posedí, nebo vyjdou společně do restaurace.

Sexualitu vnímají hlavně jako formu „*pusinek*“, čímž si vyjadřují, že se milují. Sexuální výchovou prošli. Filip následně povídá, že má Jitka problémy. Myslí tím, že má antikoncepci.

Posledním partnerským párem je **Adam s Věrou**. Tato dvojice je spolu nejkratší dobu. Seznámili se před pěti lety v tanečních. Adam tehdy bydlel ještě s tatínkem mimo ústavní péči. Po tomto setkání se vídali jeden týden u Adama v Ústí nad Orlicí a jeden týden u Věry. Po zhoršení stavu Adama tatínka Adam požádal o služby v Domově pod hradem Žampach. Domluva zněla, že tam budou s Věrou žít krátce a po zřízení chráněného bydlení se přestěhují. Na Žampachu bydleli téměř dva roky odděleně v domkách ve stráni. Pozitivum společného bydlení na chráněném bydlení vnímají jako samostatnost, možnosti města a soukromí. Jejich vztah jim přijde lepší a méně závislý. Adam k tomu dodává: „*Tenhle rok, aby lidi neměly, jak to říct, nechci být neslušný, nějaký keci, tak tatíka P. vymysleli, že bychom se mohli vzít jako manžele do budoucna a což nám se teď, kdy budeme bydlet v tom dalším bytečku, že bychom tam bydleli jako*

*manželé.*“ Novým „bytečkem“ mají na mysli připravované bydlení podporované péče. Oba se shodují na to, že jsou spolu hlavně kvůli tomu, aby nebyli v budoucnu každý sám. Adam to s tím souhlasí větou: *„Až by jednou rodiče nebyli, což by se nemělo takhle doslova říkat, aby jsme byli takhle spolu, a aby jsme se podporovali navzájem.“* Věra Adama doplňuje tím, že proto jsou dva lidé spolu, že se mají rádi a mohou se podpořit. Nehádají se, prý si pouze vyměňují názory. Stýkají se pouze s rodinou Adama. Věra už občas jeho otcovi řekne *„tcháne.“* Změnu ve svém partnerském životě shledávají v možnosti samostatného bydlení ve dvou a možnosti vytvoření manželského poměru. V době realizace výzkumu oba řešili problém zaměstnání, kdy jim je od roku 2015 ukončen úvazek v městských službách města Letohrad. Dnes oba dojíždí na Žampach do zahrady a dalších center aktivit. Po práci připravují večeři, povídají si, nebo si jdou popovídat s druhým partnerským párem.

Na otázku sexuálního života se Adam ujišťuje: *„Jako milování?“* Sexuálním životem žijí dle odpovědi jednou ročně, přesto povídá o večerním *„zahřívání zad“* jako vyjádření lásky. Věra užívá antikoncepční ochranu prostřednictvím tříměsíčních antikoncepčních injekcí. Na závěr Adam dodává: *„Jak jsem říkal, že se Věrka do toho jiného stavu nemůže dostat, ale kdybychom pak byli spolu, tak že bychom zažádali někde v děčáku, kojeňáku o nějaký dítě. Že bychom ho vychovávali.“*

## **4.5 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU**

Dle vyjádření v těchto rozhovorů se cítí každá partnerská dvojice žít odlišný partnerský život, než v ústavní péči. Z rozhovorů s důvěrníky a vychovatelem zařízení k tématu změny vychází najevo, že zařízení v oblasti partnerského a sexuálního života prošlo značným vývojem. Zmiňují zájmena vyvrácení tabuizace, kdy si jak zaměstnanec, tak uživatel domova domníval, že pojem partnerství a sexualita je něco zakázaného. Jedná se i o vytvoření chráněného bydlení v přirozených podmínkách a větší osvětu. Rozhovor s důvěrníkem doplňuje, že *„dříve bylo zařízení pouze pro chlapce a muže, dnes je koedukované.“* S tímto se shoduje i vedoucí vychovatel zařízení.

Pro možnost společného bydlení v partnerském vztahu si musí být uživatelé svého vztahu vědomi, nemyslet si, že jde v ústavních podmínkách pouze o kamarádský vztah.

Všechny páry se na společné bydlení v chráněném bydlení těšili, z jejich informací tomu nepředcházely žádné problémy. Přesto začátky společného bydlení v oblasti soužití se svým partnerem problémy doprovázely. Ty se ovšem podařilo vyřešit. Přejít uživatelů do chráněného bydlení pro zaměstnance vytvářel obavy: „*Museli jsme se oprostít od opatrovnických myšlenek a činů, které jsme léta v zařízení běžně dělali,*“ uvádí jeden z důvěrníků. Ty se ale vzájemně snažily vyvrátit tím, že jeden pár prošel nácvikem společného bydlení. Ostatní měli tu možnost na různých pobytových akcích. Partneři otázku bezpečného „*startu*“ potvrzují tím, že první týdny bydlení v chráněném bydlení doprovázel každodenní dohled pracovníku Domova pod hradem Žampach.

Všechny partnerské páry se shodují na tom, že jim život v chráněném bydlení přináší větší soukromí, pocit svobody. Na tom se shodují i rozhovory se zaměstnanci. Jeden se k oblasti přirozeného života vyjadřuje: „*Takto je to úplně přirozený, běžný život. Změna přinesla nejen soukromí, ale i spoustu povinností, které ale zvládají na výbornou.*“ Vedoucí vychovatel dodává, že, „*přínosem je i společné soužití, vedení domácnosti, hospodaření, rozhodování.*“ Vše, co běžný život nabízí. Tím i zařízení splnilo cíle chráněného bydlení uskutečněno pro partnerské páry. Až v chráněném bydlení zažili možnost samostatného života, se svévolným rozhodnutím trávení volného času. Dle výpovědí se jejich vztah tímto způsobem upevnil. Zažívají pocit jistoty a bezpečí, více vnímají lásku a důležitost svého partnera. Tím jsou i přirozeněji více závislí na sobě a svém partnerovi, než tomu bylo v ústavní péči.

Přesto se všechny páry i všichni zaměstnanci zařízení shodují na jednom kroku, který by vedl k přirozenějšímu partnerskému životu. Jedná se o oblast samostatného bydlení, kdy by partnerské páry nemusely žít ve stejném bytě s dalším párem či spolubydlícím. S tím se ztotožňuje odpověď vedoucího vychovatele: „*Úplně ideální to není, ale chystáme změny, které povedou k dalšímu zkvalitnění této služby.*“ Na to reaguje ujištění důvěrníka, že „*chráněné bydlení je startovací.*“ Myšleným krokem se



má stát podpora samotného bydlení přizpůsobená pro samotný pár. Tento krok se má alespoň u jednoho páru v nynějším roce realizovat. Spočíval by v menší míře podpory a asistence.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že chráněné bydlení zajišťuje oproti předchozí ústavní péči v partnerském a sexuálním životě vyšší pocit soukromí, samostatnosti a větších partnerských možnostech. Tím lze souhlasit s otázkou č. 1. Přesto je důležité zmínit, že pro přirozenější partnerský a sexuální život by mělo být partnerům umožněno samostatné bydlení a menší míra podpory a péče.

Partnerské páry si jsou svým partnerským a sexuálním životem vědomi. Okolí je dle výpovědi zaměstnanců a sousedky vnímá pozitivně. Ta dodává, že se „*začlenili úplně perfektně mezi zdravý.*“ Přesto jeden důvěrník doplňuje, že jsou vnímáni spíše jako „*lidé z chráněného*“ nikoli jako partnerské páry. Jedinci v chráněném bydlení ví, co život v partnerském vztahu přináší a obnáší. Jednak je to tolerance druhého člověka, která může vyústit i v rozpor. Páry ale tento rozpor nazývají výměnou názoru, nikoli „*hádkou*“. V partnerském životě fungují jako běžný pár. Například nakupují pro dva, vaří pro dva či mají v domácnosti rozdělené úkoly, jako „*běžná*“ domácnost. Při provedení rozhovoru nebylo povšimnuto žádné zvláštnosti. Všichni jedinci v partnerském páru chodí do práce. Finančně se též podílejí na chodu domácnosti a existenčních potřeb vzájemně. Filip vypráví o volném čase po práci, to si, „*uvaříme, uklidíme, a když nám vyjde čas, jdeme se projít. Podle počasí.*“ Večer také tráví společným povídáním ve dvou, nebo s dalším párem. Ve všech případech se jedná o dlouhodobé vztahy založené na věrnosti, důvěře a lásce. U jednoho páru tvoří velikou hodnotu partnerského vztahu potřeba jistoty druhého člověka. To potvrzuje i výpověď důvěrníka: „*Ve dvou případech se jednalo o dlouholetý vztah v zařízení, a jejich přání spolu bydlet. Třetí pár o společné soužití stál i za cenu, že by slečna, která měla smlouvu se zařízením, odešla za mužem „do rizika“.*“ Zmíněný pár právě ke své lásce reagují životní hodnotou: „*Až by jednou rodiče nebyli, což by se nemělo takhle doslova říkat, aby jsme byli takhle spolu, a aby jsme se podporovali navzájem.*“

V dalším případě se k lásce k partnerovi váže i silná potřeba sexuálního života. Partnerka se k němu vyjadřuje takto: „*Tak někdo ten sex nemusí mít. A když ten partner*

*nechce s partnerkou se domluvit, že ten sex nechťejí, tak nemá cenu ho do toho nutit. A když ten sex chci, tak ho mám, ale když ho nechci, tak ho nemám. To záleží na každém partneri.*“ Všichni partneři spolu žijí běžným sexuálním životem. To se domnívají i jejich důvěrníci. Jeden z nich k této oblasti praví: *„O této otázce hovoříme zcela otevřeně, vím o třech našich párech, kteří žijí sexuálním životem“*. Sexualitu vnímají jako vyjádření vlastních citů k druhému člověku. V jednom případě se intimní vztah primárně vyznačuje *„pusinkou“*, v druhém *„zahříváním zad zády“*, když usínají. Nelze dle rozhovoru s uživateli a zaměstnanci říci, že by žili odlišným sexuálním životem. V partnerských párech nedochází k sexuálnímu zneužívání. To potvrzuje i odpověď důvěrníka *„S páry jsem každý týden v kontaktu a jak jsem zmiňovala, bavíme se zcela otevřeně a důvěrně. Dokážu říci, že jejich vztahy jsou založeny na lásce a hezkém chování mezi sebou, tedy že k sexuálnímu zneužívání nedochází.“* Důležité je zmínit, že zaměstnanci v posledních letech prochází řádným proškolením v oblasti partnerství a sexuality osob s mentálním postižením.

Dedukcí výsledků rozhovorů lze konstatovat, že partneři spolu žijí po partnerské stránce běžným partnerským životem, který by ji mohl mnohdy zdravý člověk v partnerském vztahu závidět. V jednom případě uživatelé chráněného bydlení uvažují o možnosti svatby a případného rodičovství. Sexuální život se dle vyjádření též neliší. Lze souhlasit s otázkou č. 2, kdy partnerské páry žijí partnerským a sexuálním životem na principu lásky, věrnosti, běžných sexuálních aktivit, životních možností a povinností.

Dle výsledků výzkumu by pro praxi mohla být doporučena větší osvěta a další vzdělávání personálu zařízení poskytující ústavní péči. Neb rozhovor s vedoucím vychovatelem udává, že vnímání partnerských vztahů v chráněném bydlení *„jsou různé“*. Mělo by se pokračovat ve vytváření chráněných bydlení či bydlení podporované péče. Ovšem s omezením na jeden partnerský pár na byt. Přiklánět by se mělo i k intenzivnější sexuální výchově a poradenství v samostatném bydlení, který by vedl k větším možnostem života. To by mohlo vést k vyšší společenské gramotnost v oblasti partnerství a sexuality osob s mentálním postižením.

## ZÁVĚR

V diplomové práci se zabývám partnerským a sexuálním životem osob s mentálním postižením. Pro čtenáře by se text měl stát osvětou v oblasti partnerství a sexuality osob s mentálním postižením a vyvrácením již zakořeněných mýtů.

Pro komplexnost pochopení oblasti se v prvním odvětví teoretické části zabývám mentální retardací. Zde se čtenář seznámí s klasifikací mentální retardace a její etiologií. Dále se práce zabývá popisem vývoje osob s mentální retardací a jejich typickými znaky, které jsou pro porozumění chování v různých oblastech života jedince s mentálním postižením důležité.

Další část diplomové práce se zabývá sexualitou. Tato fáze práce popisuje oblasti sexuality a otázku homosexuality, která se stala u osob s mentálním postižením v dobách nekoedukované ústavní péče přirozeným sexuálním vztahem. V závěru této části se pro pochopení sexuálního jednání osoby s mentálním postižením zaobírám sociosexuálními a Freudovými psychosexuálními fázemi vývoje jedince. Téma sexuality tímto navazuje na sexualitu osob s mentálním postižením. Zde se snažím čtenáře informovat o tabuizaci řešené oblasti. Popisuji, jakými podněty byla a stále je tato tabuizace ovlivněna. Velkou část této kapitoly věnuji vyvrácením společenským mýtů. Této kapitole by měl čtenář obzvlášť věnovat pozornost, poněvadž laik je často v oblasti partnerství a sexuality osob s mentálním postižením ovlivněn názorem společnosti a někdy bohužel i odborníků. Následuje téma sexuální výchovy, která je cílená na osoby z profese sociální péče. Zde se zabývám podmínkami k uskutečnění sexuální výchovy, jejich obsahem a tématem. Tato metodika by měla sloužit jako doplňující informace k realizaci sexuální výchovy, neboť podmínkou výchovy je si vytvořit vlastní strukturu pro individuální cílovou skupinu a jedince. V tom by mohl napomoci obecný přehled témat sexuální výchovy přizpůsobený konkrétním stupňům mentální retardace. Práce dále poukazuje na tabuizované téma masturbace osob s mentálním postižením, kdy se nejedná o žádnou úchylku, ale běžný projev sexuálního uspokojení či jediným sexuálním východiskem. Také se věnuji partnerství osob s mentálním postižením a kroky vedoucí k užívání antikoncepce. Dalším tématem je samotné partnerství, které též prochází značnou osvětou. Větší znalosti o cílové skupině

nám dovolují se o této situaci více bavit a řešit ji. To osobám s mentálním postižením poskytuje žít v koedukovaných zařízeních či chráněných. Neboť stále více vychází najevo, že osoby s mentálním postižením mají stejnou potřebu samostatnosti a vzájemné lásky, podpory, jistoty a bezpečí jako osoby zdravé. Někteří umí chovat cit k jinému člověku a chápat partnerský vztah jako součást svého života se všemi běžnými požadavky, potřebami a vzájemnou tolerancí. Navíc mají potřebu žít životem v běžném prostředí s možností volby a minimální péčí. Nezbytné je se i zabývat otázkou těhotenství a rodičovství. Poněvadž byla či stále je osoba s mentálním postižením často závislou na druhé osobě, je málo informovaná, lehkomyšlná či obávající se, může docházet k sexuálnímu zneužívání a obtěžování. Zde popisují faktory a znaky sexuálního zneužívání. Snažím se nastínit postupy při zjištění sexuálního zneužívání jak z pohledu personálu zařízení, tak z pohledu zneužívané osoby, která by se měla těmito kroky v rámci sexuální výchovy informovat. V poslední fázi teoretické části vypisují organizace zabývající se partnerstvím a sexualitou osob s mentálním postižením.

Praktická část má čtenáře nechat nahlédnout „*pod pokličku*“ partnerského a sexuálního života tří partnerských párů. Z výsledku výzkumu vychází najevo, že výzkumné partnerské páry chráněného bydlení Domova pod hradem Žampach žijí v přirozenější formě partnerského života. Cítí k sobě dlouholetou lásku založenou na důvěře a jistotě, která je dle výpovědi leckdy záviděna. Partneři spolu řeší problémy přinášející běžný život. Žijí podobný životem, jako většina naší společnosti. Stále ale s poskytnutím vyšší až zbytečné míry podpory a péče. Dalšími kroky k přirozenějšímu životu by se měly stát byty s podporou péče. Sexualita těchto osob také není, jak si velká část společnosti myslí, abnormální. Žijí normálním sexuálním životem založeným na věrnosti. Častěji ale převládá intimní vyjádření skrze doteky a slova.

Diplomová práce by měla seznámit čtenáře s faktem, že osoby s mentálním postižením nemají žádné zvláštní partnerské a sexuální vztahy a potřeby. Jedná se pouze o problém tabuizace s nedostatečnou osvětou jak osob s mentálním postižením, tak osob zdravých. Je proto dobře, že se tabuizace tohoto tématu postupně odbourává a společnost začíná vnímat osoby s mentálním postižením jako osoby s běžnými pocity, potřebami a právy.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

BAZALOVÁ, B., 2008. *Sexualita a sexuální výchova u osob s mentálním postižením v institucionálních podmínkách*. Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky, roč. 18, č. 1, s. 247 – 254. ISSN 1211 – 2720.

BENDO VÁ, P., 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3853-6.

BLATNÝ, M., a kol., 2010. *Psychologie osobnosti, hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3434-7.

EDELSBERGER, L. a kol., 2000. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H. ISBN 80- 86022-76-5.

FRIEDLOVÁ, K., 2015. *Seminář Sexualita seniorů*. Hradec Králové.

KATZ, M., 2007. *IQ testy: Praktická cvičení, rady a tipy pro rozvoj verbálního, numerického a prostorového myšlení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2176-7.

KELNAROVÁ J., Matějková E., 2014. *Psychologie 2.díl, pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3600-6.

KOLÁŘSKÝ, A., 2008. *Jak porozumět sexuálními deviacím*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-504-8.

KOZÁKOVÁ, Z., 2004. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus. ISBN 80-903519-0-5.

KVAPILÍK, J., Černá, M., 1990. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum. ISBN 978-80-201-0019-1.

LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

LENORÁKOVÁ, S., MATZNEROVÁ, I., VELEMINSKÝ, M., 2002. *Sexuální zneužívání mentálně retardovaných dětí a mladistvých*. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím: zdravotně výchovná publikace*. Praha: ELÁN.

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

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ M., BABIÁKOVÁ M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

MELLAN, J., 2004. Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus. ISBN 80-903519-0-5.

MÜHLPACHR, P., 2001. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2511-5.

MÜLLER, O., 2001. *Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0207-6.

NOVOSAD, L., 1995. *Handicap, partnerství a sexualita*. Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky, roč. 5, č. 1, s. 13 – 17.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1216-4.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK M., 2007. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1216-4.

PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Grada: Praha. ISBN 978-80-247-4236-6.

PIPEKOVÁ, J., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0..

- PLHÁKOVÁ, A., 2006. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0871-X.
- POTHE, P., MATZNEROVÁ, I., VELEMINSKÝ, M., 2002. Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím: zdravotně výchovná publikace*. Praha: ELÁN.
- PROCHÁZKA, R., ŠMAHAJ J., KOLAŘÍK, M., LEČBYCH M., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4451-3.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. a kol. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
- SEDLÁK, J., 2002. Psychologické aspekty sexuálního zneužívání. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím: zdravotně výchovná publikace*. Praha: ELÁN.
- ŠEDÁ, V., 2004. Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠNÝDROVÁ, I., 2008. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2165-1.
- ŠVARCOVÁ, I., 2003. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-821-X.
- ŠVARCOVÁ, I., 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče 3. vyd.* Praha: Portal. ISBN 80- 7367-060-7.
- ŠTĚRBOVÁ, D., 2009. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov, spol. s.r.o. ISBN 978-80-7415-005-0.
- ŠTĚRBOVÁ, D., 2014. *Osoby s mentálním postižením a potřeba sexuální výchovy a osvěty v sexuálních službách*. Sociální služby, roč. 16, č. 6-7, s. 18 - 21. ISSN 1803 – 7348.
- THOROVÁ, K., HYNEK, J., 2012. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: APLA. ISBN 978-80-87690-08-6.

TROJAN S., a kol., 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0512-5.

UZEL, R., 2006. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s.. ISBN 80-86991-69-5.

VALENTA, M., MICHÁLÍK J., LEČBYCH M., a kol., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

VÁGNEROVÁ, M., 1993. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha: UK. ISBN 80-7066-797-4.

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

VÍTKOVÁ, M., 2004. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

SADOCK, J., B., SADOCK, A., V., KAPLAN, I., H., *Concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business, 2009. ISBN 978-0-781793-87-4

SWITZKY, N., H., GREENSPAN, S., *What IS Mental Retardation?: Ideas for an Evolving Disability in the 21st Century*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2006. ISBN 978-0-940898-93-4



## **SEZNAM ZKRATEK**

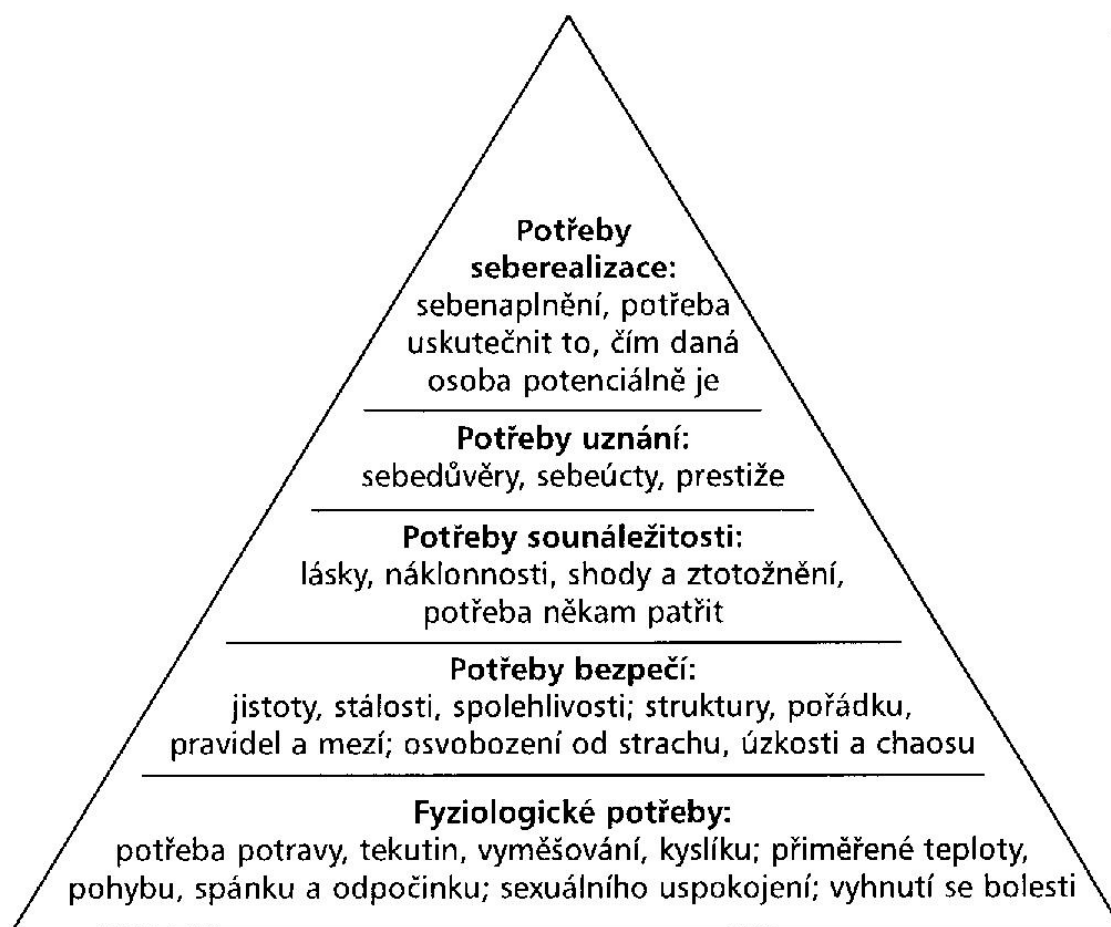
IQ – Inteligenční kvocient

## **SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ**

## SEZNAM PŘÍLOH

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Příloha A – Maslowova pyramida potřeb.....</b>             | <b>I</b>    |
| <b>Příloha B – Chráněné bydlení v Letohradě.....</b>          | <b>II</b>   |
| <b>Příloha C – Rozhovor s důvěrníkem č.1.....</b>             | <b>III</b>  |
| <b>Příloha D – Rozhovor s důvěrníkem č.2.....</b>             | <b>IV</b>   |
| <b>Příloha E – Rozhovor s důvěrníkem č.3.....</b>             | <b>V</b>    |
| <b>Příloha F – Rozhovor s vedoucím vychovatelem.....</b>      | <b>VI</b>   |
| <b>Příloha G – Rozhovor s Adamem a Věrou.....</b>             | <b>VII</b>  |
| <b>Příloha H – Rozhovor s Filipem a Jitkou.....</b>           | <b>VIII</b> |
| <b>Příloha CH – Rozhovor s Martinem a Irenou.....</b>         | <b>IX</b>   |
| <b>Příloha I – Rozhovor se sousedkou Martina a Ireny.....</b> | <b>X</b>    |

## Příloha A – Maslowova pyramida potřeb



## Příloha B – Chráněné bydlení v Letohradě



## **Příloha C – Rozhovor s důvěrníkem č.1**

### **Otázka č. 1**

Domníváte se, že osoby s mentálním postižením potřebují prostor pro sexuální a partnerský život?

Zcela určitě, pochopitelně dle mentálních schopností – tzn. dokáží chápat skutečný význam pojmu „partnerský vztah“, i když třeba jen na jednodušší úrovni a sexualita není pouze pudovou záležitostí.

### **Otázka č. 2**

Prošla oblast partnerství a sexuality ve Vašem zařízení historicky nějakou změnou?

Zcela určitě. Dříve bylo zařízení pouze pro chlapce a muže, dnes je koedukované. V současné žijí v Domově tři páry, u dalších dvou párů se předpokládá společné bydlení do jednoho roku.

### **Otázka č. 3**

Stal se pro partnerské páry Vašeho zařízení přechod do chráněného bydlení přínosem?

Zcela určitě, do přechodu do chb sice spolu trávili hodně času, měli společné aktivity. Jeden pár spolu bydlel již v DPH, druhý teprve po přestěhování do chb. Všichni ale navázali ve městě nové kontakty, začali více využívat služeb města.

### **Otázka č. 4**

Z jakého důvodu jsou partnerské páry Vašeho zařízení spolu?

Ve dvou případech se jednalo o dlouholetý vztah v zařízení, a jejich přání spolu bydlet. Třetí pár o společné soužití stál i za cenu, že by slečna, která měla smlouvu se zařízením, odešla za mužem „do rizika“. Společným úsilím DPH a rodin bylo, aby se napřed naučili oba spolu žít a starat se o domácnost.

### **Otázka č. 5**

Uvítaly partnerské páry Vašeho zařízení změnu společného života, Jaké radosti/problémy tomu doprovázely?

Pravděpodobně ano. Problémy se soužitím s ostatními. U jednoho páru došlo i k nevhodnému chování vůči partnerovi a byl potřebný zásah do tohoto vztahu.

#### **Otázka č. 6**

Předcházel životu partnerských párů Vašeho zařízení v chráněném bydlení nácvik samostatného bydlení? Jeden pár bydlel ve společné garsonce i v DPH. Ostatní se také museli podílet na péči o domácnost.

#### **Otázka č. 7**

Jaký byl cíl změny společného života párů v chráněném bydlení?

Prohloubení dovedností v péči o domácnost, o svoji osobu, společné soužití s partnerem...

#### **Otázka č. 8**

Myslíte si, že jsou současné podmínky pro partnerský život v chráněném bydlení Domova pod hradem Žampach dostačující?

Ano, jako startovací. Praxí se zjistilo, že není vhodné bydlení více párů v jedné domácnosti.

#### **Otázka č. 9**

V čem se liší partnerský život párů v chráněném bydlení od života běžného?

Neřeší v plném rozsahu běžné záležitosti (omezené hospodaření, zajištěné bydlení, pomoc při zajišťování)

#### **Otázka č. 10**

Plánujete učinit nějaké změny ke zlepšení či větší nezávislosti života partnerských párů Vašeho zařízení?

Ano, naším cílem je umožnit „samostatné“ bydlení párů – nyní v chráněném bydlení žijí dva páry ve společné domácnosti, další pár žije s třetím člověkem. Toto soužití je v tomto směru narušené.

#### **Otázka č. 11**

Žijí partnerské páry Vašeho zařízení sexuálním životem?

Také.

#### **Otázka č. 12**

Dostává se uživatelům Vašeho zařízení poradenství/sexuální výchovy v oblasti sexuality a partnerství?

Pokud projeví zájem ano, většinou se ale řeší a řešily nevhodné praktiky a nevhodné projevy sexuality.

#### **Otázka č. 13**

Za kým se obrací uživatelé Vašeho zařízení s problémy v oblasti partnerství a sexuality?

Pro tuto oblast je pověřená osoba vedoucího vychovatele. V případě, že by tuto možnost nechtěli z různých důvodů využít, jsem jako další osoba uváděna já. Pravdou je, že se obyvatelé z oddělení domků a chb obrací na mne, ale i na důvěrníky a zaměstnankyně domků, ke kterým mají také důvěru.

#### **Otázka č. 14**

Setkali jste se se sexuálním zneužíváním mezi jedinci partnerských párů?

Se sexuálním zneužíváním jsme se u těchto párů nesetkali. Pravidelně se stýkají i se svými důvěrníky, se kterými mají dlouhodobé a až „kamarádkské“ vztahy. Navíc jsou dostatečně proškoleni.

#### **Otázka č. 15**

Uspokojovaly jste nějaké požadavky v oblasti poradenství a sexuality uživatelů služby chráněného bydlení?



Zcela nerozumím této otázce. Se všemi ale hovořím o společném bydlení, včetně probírání otázek o sexu. Z pozice vedoucí navíc občas řeším konkrétní vztahové problémy.

#### **Otázka č. 16**

Jak jsou vnímány partnerské páry Vašeho zařízení okolím chráněného bydlení?

Pravděpodobně je neberou jako páry, ale hromadně jako lidi z chráněného.

#### **Otázka č. 17**

Jak jsou vnímány partnerské páry v chráněném bydlení Domova pod hradem Žampach zaměstnanci Vašeho zařízení?

Myslím si, že „normálně“, pochopitelně porovnávají, že ti jsou lepší v tom, druzí v něčem jiném. Já samo hodnotím jeden pár jako nejslabší.

#### **Otázka č. 18**

Vyskytl se někdy problém se zákonnými zástupci oblasti partnerského a sexuálního života daného uživatele služeb Domova pod hradem Žampach? Rodiče Jendy nebyli spokojeni s výběrem partnerky (po pohovorech s bývalou vrchní sestrou, Lenku začali tolerovat).

#### **Otázka č. 19**

Stalo se, že se partnerský vztah ve Vašem zařízení rozpadl? Co bylo důvodem?

Naši obyvatelé mají dlouholeté „kamarádké“ vztahy s děvčaty (ženami) z jiných zařízení, občas se stává, že kamarádku vymění za jinou a obráceně. Nejedná se ale o partnerské vztahy u nás.

#### **Otázka č. 20**

Řešili jste otázku rodičovství u partnerů Vašeho zařízení? Případně jakým způsobem řešíte prevenci rodičovství?

Všechny páry jsou ve věku, kdy i u lidí bez zdravotního postižení je veliké riziko postižení plodu. Z mého pohledu ani jeden pár by nebyl schopen vychovávat dítě (i bez ohledu na vysoký věk).

### **Otázka č. 21**

Dostává se Vám jako zaměstnancům dostatečné podpory a vzdělávání v oblasti sexuality a partnerství osob s mentálním postižením?

Myslím si, že nabídka vzdělávání je, ale vzhledem k velkému množství jiných témat je toto mnohdy v pozadí. Takže ano, ale mohlo by být cílenější.

## **Příloha D – Rozhovor s důvěrníkem č.2**

### **Otázka č. 1**

Domníváte se, že osoby s mentálním postižením potřebují prostor pro sexuální a partnerský život?

Pro většinu lidí je přirozené a běžné žít v partnerství. Stejně tak toto cítí i lidé s mentálním postižením. A jestli potřebují prostor? Soukromí potřebujeme každý z nás, alespoň na chvíli, na cokoli...včetně sexuality.

### **Otázka č. 2**

Prošla oblast partnerství a sexuality ve Vašem zařízení historicky nějakou změnou?

Pracuji zde již 15 rokem, za tuto dobu oblast sexuality prošla velikou proměnou....dříve byla sexualita pro většinu zaměstnanců ale i uživatelů TABU....nemluvalo se o sexu , uživatelé sex brali jako něco zakázaného....v žádném případě společné bydlení párů. Dnes? Žijí u nás čtyři dvojice. Tři páry z nich žijí v CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ v Letohradě. Jeden z párů ještě nežije ve společné domácnosti, každý bydlí zatím sám, navštěvují se denně, tráví společně hodně volného času. Jezdí na společné pobytové akce, kde mají možnost bydlet spolu. .

### **Otázka č. 3**

Stal se pro partnerské páry Vašeho zařízení přechod do chráněného bydlení přínosem?

Rozhodně ano. Teprve na Chráněném bydlení mají možnost naučit se a vyzkoušet si úplně běžný život, který vede většina z nás. Již za ně nikdo neuklidí, neuvaří, nevypere....musí vše zvládat sami, samozřejmě s naší pomocí a radou. I soukromí, které najednou mají si velmi užívají.....

### **Otázka č. 4**

Z jakého důvodu jsou partnerské páry Vašeho zařízení spolu? ? Pro většinu lidí je přirozené a běžné žít v partnerství. Stejně tak toto cítí i lidé s mentálním postižením.

### **Otázka č. 5**

Uvítaly partnerské páry Vašeho zařízení změnu společného života. Jaké radosti/problémy tomu doprovázely?

Zpočátku to byli spíše obavy a otázky, jestli vůbec zvládnou bydlet někde....sami....spolu.... jak zvládnou všechny domácí práce, zajistí chod domácnosti.... Vidina soukromí, samostatnosti ale byla silnější a dnes vidíme, že to byla nádherná možnost, kterou dostali .A jsem ráda, že i já jsem mohla být u začátků, které nebyli úplně lehké. Nejen pro naše uživatele, ale i pro nás zaměstnance. Museli jsme se odprostit od OPATROVATELSKÝCH myšlenek a činů, které jsme léta v zařízení běžně dělali.

### **Otázka č. 6**

Předcházel životu partnerských párů Vašeho zařízení v chráněném bydlení nácvik samostatného bydlení?

Samozřejmě ano, na pobytových akcích pořádaných naším zařízením využili páry možnosti společného bydlení. Byť to bylo pár dní v roce....

### **Otázka č. 7**

Jaký byl cíl změny společného života párů v chráněném bydlení?

U nás v DOMOVĚ se páry navštěvovali denně, soukromí, které každý potřebuje a má rád ale moc neměli. Takto je to úplně přirozený, běžný život. Změna přinesla nejen soukromí, ale i spoustu povinností, které ale zvládají na výbornou.

### **Otázka č. 8**

Myslíte si, že jsou současné podmínky pro partnerský život v chráněném bydlení Domova pod hradem Žampach dostačující?

Pro naše páry to byla velká změna ve způsobužití, jsou spokojeni, zajišťování domácností zvládají s naší pomocí velmi dobře. Ale v jednom bytě žijí společně dva páry, ve druhém bytě žije pár ve společné domácnosti s jedním naším uživatelem. Do budoucna rádi využijí možnost přechodu do nově vzniklé služby PODPORY ...Snad se nám podaří zajistit všem našim párům samostatné byty, kde již budou žít každý pár sám. Na chráněném bydlení

žijí druhým rokem, naučili se spoustu prací, které v domácnosti musejí zajistit. Velmi mě překvapili, a jsem ráda, jak tuto změnu zvládli....A také hlavně po přechodu to této služby již bude na každém páru, jak bude jejich domácnost uklizena, jak bude uvařeno, nakoupeno...

### **Otázka č. 9**

V čem se liší partnerský život párů v chráněném bydlení od života běžného?

Na chráněném bydlení žijí naše páry sami, bez celodenního dohledu nás zaměstnanců. Dojíždíme pouze na pár hodin, abychom pomohli s běžnými problémy týkající se chodu domácností. Někdy řešíme i věci týkající se partnerství, protože vše je pro naše páry nové, jiné....

### **Otázka č. 10**

Plánujete učinit nějaké změny ke zlepšení či větší nezávislosti života partnerských párů Vašeho zařízení?

Od letošního roku u nás vznikla nová služba PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ, do které by mohli plynule přejít všichni naši uživatelé, kteří nyní žijí na Chráněném bydlení.....

### **Otázka č. 11**

Žijí partnerské páry Vašeho zařízení sexuálním životem?

O této otázce hovoříme zcela otevřeně, vím o třech našich párech, kteří žijí sexuálním životem.

### **Otázka č. 12**

Dostává se uživatelům Vašeho zařízení poradenství/sexuální výchovy v oblasti sexuality a partnerství?

Na tyto otázky se mají možnost zeptat jak svých důvěrníků, tak i vedoucí CHB a musím říci, že se ptají, zcela otevřeně....

### **Otázka č. 13**

Za kým se obrací uživatelé Vašeho zařízení s problémy v oblasti partnerství a sexuality?

Viz otázka č.14

### **Otázka č. 14**

Setkali jste se se sexuálním zneužíváním mezi jedinci partnerských párů?

Já osobně ne. S páry jsem každý týden v kontaktu a jak jsem zmiňovala, bavíme se zcela otevřeně a důvěrně. Dokážu říci, že jejich vztahy jsou založeny na lásce a hezkém chování mezi sebou, tedy že k sexuálnímu zneužívání nedochází... Navíc jsou naši uživatelé dostatečně informováni o této problematice.

### **Otázka č. 15**

Uspokojovaly jste nějaké požadavky v oblasti poradenství a sexuality uživatelů služby chráněného bydlení?

Většinou šlo o rady...a zodpovězení otázek.

### **Otázka č. 16**

Jak jsou vnímány partnerské páry Vašeho zařízení okolím chráněného bydlení?

Myslím si, že přestěhováním do Letohradu většina sousedů bere naše obyvatele jako každé jiné sousedy....

### **Otázka č. 17**

Jak jsou vnímány partnerské páry v chráněném bydlení Domova pod hradem Žampach zaměstnanci Vašeho zařízení?

Na tuto otázku mohu odpovědět pouze za sebe....a já všem našim párům moc přeji, že měli a mají možnost být spolu.....žít spolu....a jak to vše zvládají mě strašně těší.

### **Otázka č. 18**

Vyskytl se někdy problém se zákonnými zástupci oblasti partnerského a sexuálního života daného uživatele služeb Domova pod hradem Žampach?

Všichni zákonní zástupci, kterých se týkal přechod jejich svěřenců na CHB, umožnili toto uskutečnit, nebránili nikomu, žádný problém doposud nebyl.

### **Otázka č. 19**

Stalo se, že se partnerský vztah ve Vašem zařízení rozpadl? Co bylo důvodem?

Určitě se stalo, že se nějaký pár u nás rozešel...jako v běžném životě.

### **Otázka č. 20**

Řešili jste otázku rodičovství u partnerů Vašeho zařízení? Případně jakým způsobem řešíte prevenci rodičovství?

Všechny NAŠE ženy jsou chráněny antikoncepcí, takže otázka rodičovství není reálná.

### **Otázka č. 21**

Dostává se Vám jako zaměstnancům dostatečné podpory a vzdělávání v oblasti sexuality a partnerství osob s mentálním postižením?

Máme možnost účastnit se seminářů týkajících se sexuality a partnerství....jsou to velmi zajímavá školení, protože jak již bylo zmíněno, dříve tato otázka byla tabu....za léta se vše otevřelo, zpřístupnilo, je to běžné.....jak pro naše uživatele, tak pro nás, zaměstnance.

## **Příloha E – Rozhovor s důvěrníkem č.3**

### **Otázka č. 1**

Domníváte se, že osoby s mentálním postižením potřebují prostor pro sexuální a partnerský život?

Určitě.

### **Otázka č. 2**

Prošla oblast partnerství a sexuality ve Vašem zařízení historicky nějakou změnou?

K velkým změnám. Vlastně mají větší soukromí, víc jsme proškolený, víc toho víme.

### **Otázka č. 3**

Stal se pro partnerské páry Vašeho zařízení přechod do chráněného bydlení přínosem?

Já si myslím, že jo. Zase kvůli tomu soukromí. Jsou si sami.

### **Otázka č. 4**

Z jakého důvodu jsou partnerské páry Vašeho zařízení spolu?

Protože chtějí být spolu. To je jediný důvod.

### **Otázka č. 5**

Uvítaly partnerské páry Vašeho zařízení změnu společného života. Jaké radosti/problémy tomu doprovázely?

Uvítaly. Doprovázely tomu takové ty běžné partnerské problémy. Řešily, že jsou samy, že žijí s jiným člověkem, berou ohledy na toho druhého a myslím si, že se učí doteďka. Jako my.

### **Otázka č. 6**

Předcházel životu partnerských párů Vašeho zařízení v chráněném bydlení nácvik samostatného bydlení?



Irena s Martinem bydleli ve svém bytě, než šli do Letohradu. Jinak ne.

**Otázka č. 7**

Jaký byl cíl změny společného života párů v chráněném bydlení?

Kvůli kroku dopředu, aby se někam posunuly. Aby si začly žít svůj život. Né v té komunitě, aby se rozvýcheli dál.

**Otázka č. 8**

Myslíte si, že jsou současné podmínky pro partnerský život v chráněném bydlení Domova pod hradem Žampach dostačující?

Z vlastního názoru myslím, že ne. Myslím si, že by měly být úplně samy.

**Otázka č. 9**

V čem se liší partnerský život párů v chráněném bydlení od života běžného?

Žijí úplně jinak. My jim hodně pomáháme doteďka. Nejsou úplně soběstační. Mají občasnou kontrolu. Potřebují občas pomoc s nákupy, financemi. Nejsou tak samostatný jako my.

**Otázka č. 10**

Plánujete učinit nějaké změny ke zlepšení či větší nezávislosti života partnerských párů Vašeho zařízení?

Asi ano. Myslím vlastní byt například.

**Otázka č. 11**

Žijí partnerské páry Vašeho zařízení sexuálním životem?

Myslím si, že ano.

**Otázka č. 12**

Dostává se uživatelům Vašeho zařízení poradenství/sexuální výchovy v oblasti sexuality a partnerství?

Ano.

**Otázka č. 13**

Za kým se obrací uživatelé Vašeho zařízení s problémy v oblasti partnerství a sexuality?

Za kýmkoli. Ke komu mají důvěru.

**Otázka č. 14**

Setkali jste se se sexuálním zneužíváním mezi jedinci partnerských párů?

Zatím neseťkali.

**Otázka č. 15**

Uspokojovaly jste nějaké požadavky v oblasti poradenství a sexuality uživatelů služby chráněného bydlení?

Ne.

**Otázka č. 16**

Jak jsou vnímány partnerské páry Vašeho zařízení okolím chráněného bydlení?

Myslím si, že ve většině případech dobře. S negativním jsem se nesešly zatím.

**Otázka č. 17**

Jak jsou vnímány partnerské páry v chráněném bydlení Domova pod hradem Žampach zaměstnanci Vašeho zařízení?

Nadávají. Že je to moc drahý, zbytečný atak. Některým se to nelíbí. Je to tak půl na půl.

**Otázka č. 18**

Vyskytl se někdy problém se zákonnými zástupci oblasti partnerského a sexuálního života daného uživatele služeb Domova pod hradem Žampach?

Myslím si, že tenkrát byl problém s Martinem. Myslím si, že maminka si to nepřála. Ale většinou se to vyřešilo. Že se spojili se Žampachem a ten problém se vyřešil. Jinak ne.

### **Otázka č. 19**

Stalo se, že se partnerský vztah ve Vašem zařízení rozpadl? Co bylo důvodem?

Nestal. Ale byly třeba na čas odloučení. Irena byla zlá na Martina. Takže na čas se od sebe odstěhovali.

### **Otázka č. 20**

Řešili jste otázku rodičovství u partnerů Vašeho zařízení? Případně jakým způsobem řešíte prevenci rodičovství? Myslím si, že Mirka tohle s nimi řešila. A prevence, všichni mají antikoncepci.

### **Otázka č. 21**

Dostává se Vám jako zaměstnancům dostatečné podpory a vzdělávání v oblasti sexuality a partnerství osob s mentálním postižením?

Ano. Já osobně jsem byla na školení sexuality a partnerství.

## **Příloha F – Rozhovor s vedoucím vychovatelem**

### **Otázka č. 1**

Domníváte se, že osoby s mentálním postižením potřebují prostor pro sexuální a partnerský život?

Samořejmě, partnerství a sexualita jsou přirozenou součástí života každého člověka. Míra potřeby se může lišit hloubkou a rozsahem postižení

### **Otázka č. 2**

Prošla oblast partnerství a sexuality ve Vašem zařízení historicky nějakou změnou?

Ano a to hned v několika oblastech. Jednak v přístupu pracovníků k této problematice (vzdělávání,

osvěta, ...). Dalším významným přínosem byla koedukace našeho zařízení, vytvoření podmínek pro

párové bydlení, zajištění soukromí v oblasti ubytování a zejména pak registrace služby Chráněné bydlení

a její provozování v přirozených podmínkách.

### **Otázka č. 3**

Stal se pro partnerské páry Vašeho zařízení přechod do chráněného bydlení přínosem?

Ano, přínosem je soukromí, společné soužití, vedení domácnosti, hospodaření, rozhodování, ...

### **Otázka č. 4**

Z jakého důvodu jsou partnerské páry Vašeho zařízení spolu?

Toto je zmíněno výše

### **Otázka č. 5**

Uvítaly partnerské páry Vašeho zařízení změnu společného života. Jaké radosti/problémy tomu

doprovázely?

Jednoznačně ano, problémy nějaké byly, ale podařilo se je vyřešit a všechny partnerské páry jsou stále

spolu.

### **Otázka č. 6**

Předcházel životu partnerských párů Vašeho zařízení v chráněném bydlení nácvik samostatného bydlení?

Máme celkem tři partnerské páry v chráněném bydlení a z těchto jeden měl možnost si partnerské soužití

vyzkoušet před nástupem do chráněného bydlení

### **Otázka č. 7**

Jaký byl cíl změny společného života párů v chráněném bydlení?

Žít běžným způsobem života

### **Otázka č. 8**

Myslíte si, že jsou současné podmínky pro partnerský život v chráněném bydlení Domova pod hradem

Žampach dostačující?

Úplně ideální to není, ale chystáme změny, které povedou k dalšímu zkvalitnění této služby

### **Otázka č. 9**

V čem se liší partnerský život párů v chráněném bydlení od života běžného?

Stále je tu jakýsi „dohled“ od poskytovatele služby. Tento je sice minimalizován na míru nezbytně

nutnou, ale je tam.

### **Otázka č. 10**

Plánujete učinit nějaké změny ke zlepšení či větší nezávislosti života partnerských párů Vašeho zařízení?

V současné době probíhá registrace nové služby Podpora samostatného bydlení a předpokládáme posun

části uživatelů CHB do této služby a především pak předpokládáme výrazné navýšení kapacity CHB.

Nyní je kapacita sedm a předpokládá se do dvou let až třicet

### **Otázka č. 11**

Žijí partnerské páry Vašeho zařízení sexuálním životem?

Domnívám se, že ano

### **Otázka č. 12**

Dostává se uživatelům Vašeho zařízení poradenství/sexuální výchovy v oblasti sexuality a partnerství?

Ano, prostřednictvím důvěrníků a pracovníků zařízení speciálně pověřených a proškolených v této

problematice

### **Otázka č. 13**

Za kým se obrací uživatelé Vašeho zařízení s problémy v oblasti partnerství a sexuality?

Popsal jsem výše

**Otázka č. 14**

Setkali jste se se sexuálním zneužíváním mezi jedinci partnerských párů?

Nesetkali.

**Otázka č. 15**

Uspokojovaly jste nějaké požadavky v oblasti poradenství a sexuality uživatelů služby chráněného

bydlení?

Ano, i to je popsáno výše

**Otázka č. 16**

Jak jsou vnímány partnerské páry Vašeho zařízení okolím chráněného bydlení?

Myslím, že jsou respektováni a vnímáni pozitivně

**Otázka č. 17**

Jak jsou vnímány partnerské páry v chráněném bydlení Domova pod hradem Žampach zaměstnanci

Vašeho zařízení?

To je různé, ale většinový názor je pozitivní

**Otázka č. 18**

Vyskytl se někdy problém se zákonnými zástupci oblasti partnerského a sexuálního života daného

uživatele služeb Domova pod hradem Žampach?

Ano, drobné problémy jsme řešili, většinou ku prospěchu uživatele služeb

**Otázka č. 19**

Stalo se, že se partnerský vztah ve Vašem zařízení rozpadl? Co bylo důvodem?

Ano, tak jako v běžném životě a i ty důvody byly běžné. Vztah s někým novým, apod.

**Otázka č. 20**

Řešili jste otázku rodičovství u partnerů Vašeho zařízení? Případně jakým způsobem řešíte prevenci

rodičovství?

Pokud je předpoklad sexuálního soužití, je prevence řešena běžnou antikoncepcí a dosud „úspěšně“, tedy

problém rodičovství jsme zatím řešit nemuseli

**Otázka č. 21**

Dostává se Vám jako zaměstnancům dostatečné podpory a vzdělávání v oblasti sexuality a partnerství

osob s mentálním postižením?

Ano, pravidelná školení a osvěta



## **Rozhovor G – Rozhovor s Adamem a Věrou**

### **Otázka č. 1**

Jak jste se poznali?

Adam: V tanečních.

Věra: Jojo, v tanečních.

### **Otázka č. 2**

Před kolika lety?

Adam: Před pěti lety.

Věra: 26. Září v Hnátnici.

### **Otázka č. 3**

Jak jste trávili potom spolu čas?

Adam: A pak v Nekoři.

Věra: Jeden týden jsem byla já na Žampachu a jeden týden víkend zase s Adamem v Ústí.

### **Otázka č. 4**

Změnil se Váš partnerský život, co jste teď v chráněném bydlení. Oproti tomu životu na Žampachu?

Adam: Já si myslím, že ne, vid'.

Věra: Máme tady třeba víc soukromí. Oproti Žampachu určitě.

### **Otázka č. 5**

Jakým způsobem jste neměli soukromí na Žampachu?

Věra: Já byla na baráčku na Adamu a on na Koldovi.

Adam: Na Johaně.

Věra: Pardón, na Johaně.

### **Otázka č. 6**

Takže jste spolu nemohli být?

Adam: Mohli. Já mohl ráno vstát, nasnídat se a když bylo po snídani, mohl jsme spolu do toho oběda být a takhle. I večer. Ale neměli jsme takový soukromí jako máme teď.

Když jste šli sem do toho chráněného, prošli jste nějakým nácvikem, tréninkem?

Adam: Ne, šli jsme rovnou sem.

### **Otázka č. 7**

Jak vnímáte pozitivum v oblasti Vašeho vztahu tady na tom chráněném?

Věra: Že si můžem vařit sami, udělat si, na co máme chuť, můžeme si jít já nevím do města, můžeme jít, já nevím, do kina, řekneme zaměstnancům, že jdeme do kina.

### **Otázka č. 8**

Vy to stále musíte hlásit?

Adam: Nemusíme to hlásit.

Věra: Ale jako chtěj, aby věděli, kde jsme.

Adam: Do těch sedmi se musíme vrátit sem. Ale ještě lepší bude, já nevím, jestli to víš, ale sociální pracovník nám hledá byteček támhle nad poštou a že už by jsme nemuseli ... tam by nechodili vůbec. Tam bychom byli svoji.

Věra: Teď nás učejí tak, abychom se naučili hospodařit s penězi, když budeme jako více schopnější, tak už nám dají bydlení tak, že se o nás nebudou muset tolik starat.

### **Otázka č. 9**

Je Vás partnerský vztah lepší, když můžete teď bydlet spolu?

Věra: No určitě.

Adam: Jo.

Věra: Nejse tolik závislý.

### **Otázka č. 10**

Utuzil se nějak ten Váš vztah?

Adam: Jo, to jo. Tenhle rok, aby lidi neměli, jak to říct, nechci být neslušný, nějaký keci, tak taťka P. vymysleli, že bychom se mohli vzít jako manžele do budoucna a což nám se teď, když budeme bydlet v tom dalším bytečku, že bychom tam bydleli jako manželé.

### **Otázka č. 11**

Proč jste spolu?

Věra: My jsme spolu chtěli jako do budoucna být, abych já nebyla sama a Adam nebyl sám.

Adam: Až by jednou rodiče nebyli, což by se nemělo takhle doslova říkat, aby jsme byli takhle spolu a aby jsme se podporovali navzájem.

Věra: Tak, tak, asi tak.

### **Otázka č. 12**

Je nějaký rozdíl ve Vašem životě tady a na Žampachu?

Adam: No byli bychom rádi, kdyby nám sehnali práci. Jako přes týden. My jsme pracovali na záchudkách, byl to rok a měsíc a měli jsme za to alespoň nějaký peníze. A koncem roku jsme nějak skončili.

### **Otázka č. 13**

Jste v něčem rádi ve Vašem vztahu, že jste odešli z toho Žampachu?

Věra: Že nejsme tolik hlídání.

Adam: Nám se tam třeba nelíbí teď ty obědy.

#### **Otázka č. 14**

Máte rozdělenou nějak práci ve Vaší domácnosti?

Věra: Tak tak.

Adam: Máte to rozdělenou, někdy uklízíme s Věrkou mi, někdy vedlejší partneři. Když oni jsou v práci, vaříme s Věrkou my a někdy zase oni.

#### **Otázka č. 15**

Když nejste spolu, těšíte se na sebe?

Věra: Tak tak.

Adam: No to mi povídej, já jel teď na prázdniny zimní u tat'ky a byl jsem tam krátkou dobu a už jsem brečel Věrko, Věrko, přijed'te si pro mě. Mě se tady stýská.

Věra: Asi tak.

#### **Otázka č. 16**

Hádáte se kvůli něčemu?

Věra: Někdy si vyměňujeme názory.

#### **Otázka č. 17**

Proč si myslíte, že jsou muž a žena spolu? V čem spočívá partnerský život?

Věra: Protože se mají rádi. Vyjdou si vstříc a nepřipadají si, jako že jsou sami.

#### **Otázka č. 18**

Znáte navzájem své rodiny?

Adam: Věrka už pomalu říká tat'kovi tcháne. Ségře si ještě neřekla švagrová, ale ...

Věra: To záleží na dohodě.

Adam: To za chvíli bude.

### **Otázka č. 19**

Podporují Vás?

Věra: Určitě.

### **Otázka č. 20**

Co by jste změnili na Vašem partnerském životě?

Adam: Že by jsme se vzali. Že by Věrka používala moje příjmení, to bude na dohodě potom.

Věra: Tak tak.

Adam: Jestli bych se jmenoval já jako ona, neno ona jako já.

### **Otázka č. 21**

Změnili by jste něco na Vašem protředí?

Věra: Chtěli bychom bydlet sami.

### **Otázka č. 22**

Jak trávíte den v týdnu?

Věra: Dopoledne jezdíme na Žampach.

Adam: Dopoledne jezdíme na Žampach a tam jsme jak kdy, do půl třetí, do půl čtvrtý.

### **Otázka č. 23**

Co tam děláte?

Adam: Chodíme tam do zahrady.

### **Otázka č. 24**

A po práci?

Věra: Tak se tady uklidí.

Adam: Tak se tady uklidí, vytře se podlaha.

Věra: Připravíme si nějakou večeři.

Adam: Kolem šestý se jdeme vykoupat, nebo druhý partneři a připravíme večeři. Tady se navečeříme. Do těch půl osmý se tady, když není flaška, trochu pokecá, když je flaška, tak jsme tady třeba včera klapali tři hodiny.

Věra: Ono jednou za měsíc to neškodí.

Adam: Povídáme si, jdeme se projít. Když je počasí.

### **Otázka č. 25**

Cítíte se něčím omezeni ve Vašem vztahu?

Adam: Ne.

Věra: Ne, ne.

### **Otázka č. 26**

Měli jste možnost před bydlením v chráněném bydlení být spolu i přes noc?

Věra: Když jsme jezdili na výlety, tak jsme spolu spali. Nebo spíme ještě doted'.

### **Otázka č. 27**

A na Žampachu Vám byla poskytnuta nějaká společná intimita, soukromí?

Věra: Ne, ne.

Adam: Ne.

Věra: To až tady.

### **Otázka č. 28**

Co Vám říká pojem sexualita? Sexuální život?

Adam: Jako milování myslíš? To jsme dvakrát, nebo třikrát. Ted', když večer jdeme spát, tak si děláme ze sebe takhle legraci a celou noc si vohříváme záda.

**Otázka č. 29**

Čím si je vohříváte?

Adam: No zádama.

**Otázka č. 30**

A co to pro Vás znamená?

Adam: Asi lásku.

Věra: Určitě. Protože se mají rádi.

**Otázka č. 31**

Víte, jak předejít mateřství?

Olda: Já si myslím, že Věrka by ani otěhotnět nemohla, protože ona jezdí každý tři měsíce na gynekologii, kde dostává ty injekce, proto aby mohla mít nějaký ty intimní vztahy s mužem.

**Otázka č. 32**

Máte se na koho obrátit v případě problému?

Adam: Na vychovatelku, důvěrníka a sociálního pracovníka. Nejvíc si ale poradíme sami.

**Otázka č. 33**

Prošli jste nějakou sexuální výchovou? Co se týče pohlavní nemoci, antikoncepcí?

Adam: Jo, to nám říkali.

Věra: Jo.

**Otázka č. 34**

Žijete sexuálním životem.

Adam: Tak někdy jo. Jednou za rok.

Věra: Jo, asi tak.

Adam: Když je potřeba. Když to člověk cítí. Když to Věrka cítí. Nemůže člověk říct, pojd' na to.

### **Otázka č. 35**

Chtěli by jste něco změnit na Vašem vztahu?

Adam: Tak jak jsem říkal, že se Věrka do toho jiného stavu nemůže dostat, ale kdybychom pak byli spolu, tak že bychom zažádali někde v děčáku, kojeňáku nějaký dítě. Že bychom ho vychovávali.

Věra: Přesně tak. Jinak jsme spokojený.



## **Příloha H – rozhovor s Filipem a Jitkou**

### **Otázka č. 1**

Jak jste se poznali?

Filip: V Hnátnici v hospodě.

### **Otázka č. 2**

Před kolika lety?

Jitka: To už je deset let.

Filip: No asi.

### **Otázka č. 3**

A co se dělo potom?

Jitka: Psali jsme si dopisy.

Filip: Psali jsme si dopisy, telefonovali.

### **Otázka č. 4**

Jak jste se často vídali?

Filip: Když byli nějaký ples.

Jitka: Když byli nějaký plesy, nebo když byla přehazovaná, nebo na nějakých rekreacích.

Filip: Nebo jsem byl o prázdninách v Opočně, Jitka byla u nás na Žampachu.

### **Otázka č. 5**

A jak si se dostala na Žampach?

Jitka: No já se domluvila s našim vedoucím, že bych chtěla na Žampach a tak jsem tam šla o prázdninách na zkoušku. A začátkem července se mi na Žampachu líbilo, tak jsem tam zůstala.

#### **Otázka č. 6**

Po jaké to bylo době?

Jitka: Já jsem přišla na Žampach v roce 2000.

#### **Otázka č. 7**

Když jsi přišla na Žampach, bydleli jste spolu, nebo odděleně?

Filip: Odděleně, odděleně. Já bydlel na bytech a Jitka bydlela na jiným bytě.

#### **Otázka č. 8**

Když se vědělo, že tam tvoříte pár, bylo Vám umožnění více společného času, soukromí?

Jitka: To jo.

#### **Otázka č. 9**

Jak se Vám změnil teď ten společný život v chráněném bydlení?

Jitka: Dobrý.

Filip: V pohodě, to je pohoda.

#### **Otázka č. 10**

Změnil se Vám, že máte teď třeba víc prostoru, soukromí?

Jitka: Máme víc prostoru.

Filip: Často se vidíme i v práci v Ústí v cukrárně.

#### **Otázka č. 11**

A myslíte, že tady máte více soukromí?

Jitka: Máme více soukromí.

### **Otázka č. 12**

Prošli jste nějakým nácvikem samostatného bydlení?

Jitka: To ne, my jsme šli rovnou sem.

Filip: My jsme šli rovnou sem z těch bytů sem. Vychovatelé jsem občas přišli, jak tady žijeme atak.

### **Otázka č. 13**

Jak vy vnímáte pozitivum, že tady můžete být sami?

Jitka: Dobrý, pohoda.

### **Otázka č. 14**

Je Váš partnerský vztah lepší, když můžete žít společně?

Jitka: Je lepší.

### **Otázka č. 15**

Proč jste spolu?

Jitka: Nevím, abychom byli spolu pořád.

### **Otázka č. 16**

Co můžete a nemůžete tady dělat oproti bydlení Žampachu?

Jitka: Nic se nezměnilo.

### **Otázka č. 17**

Máte nějak rozdělenou práci tady doma?

Filip: Máme, dnes jsem třeba vařili a Adam s Věrka umývali nádobí. Někdy třeba Věrka s Adamem vaří a my umýváme nádobí. Jak se domluvíme.

### **Otázka č. 18**

Když nejste spolu, těšíte se na sebe?

Jitka: Jo to jo, když je třeba on v práci, tak já jsem doma sama.

### **Otázka č. 19**

Hádáte se?

Filip: Ne, to ne, my ne.

Jitka: Nehádáme.

### **Otázka č. 20**

Proč si myslíte, že jsou spolu muž a žena?

Jitka: Aby se jako nehádali.

Filip: Ne, že se mají rádi. Že nemusí být žádná svatba, ale mají se rádi.

### **Otázka č. 21**

Znáte rodiny Vašeho partnera?

Jitka: Já mám bratra.

Filip: Jitka jo, ale já jezdím jen na Žampach třeba za mamkou. Jinak máme daleko příbuzenctvo.

### **Otázka č. 22**

Jezdíte společně za svou rodinou? Třeba za tím bratrem?

Jitka: Ne, on vždycky přijede sem.

### **Otázka č. 23**

Ale vidíte se s ním oba?

Jitka: Ano.

Filip: Ano.

#### **Otázka č. 24**

Podporuje je Vás ve vašem vztahu?

Filip: Jo, říká, že je dobře, že jsme spolu.

#### **Otázka č. 25**

Co by jste změnili na Vašem partnerském životě?

Jitka: Snad jen nový bydlení.

Filip: Shání nám nový bydlení, abychom nebyli ve čtyřech, jako ve dvou párech.

Jitka: Abychom žili samostatně, abychom jeden pár byli samostatný a oni samostatný.

#### **Otázka č. 26**

Jak trávíte den v týdnu?

Filip: My jedeme spolu do práce na Žampach. Pak jedu buď já, nebo Jitka do práce. A vidíme se až večír.

#### **Otázka č. 27**

Co děláte potom večer?

Jitka: Se umyjeme.

Filip: Pak se najíme, popovídáme s nima, co je nového a potom nám řeknou dobrou noc, my jim řekneme dobrou noc a koukáme na televizi. Nebo jdeme na procházku, na pivo.

Jitka: Ale málokdy.

#### **Otázka č. 28**

Co děláte o víkendu?

Jitka: Chodíme na procházky se projít.

Filip: Uvaříme, uklidíme, a když nám vyjde čas, jdeme se projít. Podle počasí.

**Otázka č. 29**

Jste něčím omezeni tady v chráněném bydlení?

Filip: Já myslím, že ne?

**Otázka č. 30**

Měli jste možnost strávit spolu noc ještě před chráněným bydlením?

Filip: Ne, to ne. Před tím jsme byli odděleni.

Jitka: Nebo když jsme jeli na rekreaci, to jsme spali spolu.

Filip: To jo, to jsme spali spolu. Jenom na tý rekreaci.

**Otázka č. 31**

Měli jste nějaký soukromí na to Žampachu?

Filip: Já myslím, že ne.

**Otázka č. 32**

A požadovali jste ho?

Jitka: Požadovali.

Filip: Požadovali, ale zatím jsme to jako... Třeba Irena se dohadovala, že se to nesmí.

**Otázka č. 33**

Co znamená pojem sexualita?

Filip: tak my si dáváme pusinky.

**Otázka č. 34**

Co to pro Vás znamená?

Jitka: Že se milujeme.

Filip: No.

**Otázka č. 35**

Přinesla Vám změna tohoto prostředí nějakou změnu ve Vašem vztahu?

Filip: Jako jo, ale je to skoro stejný jako na Žampachu.

**Otázka č. 36**

Prošli jste nějakou rodinnou, nebo sexuální výchovou?

Filip: Jo to jo, ale ona jako Jitka nemůže, protože má jako ty problémy.

**Otázka č. 37**

Víte, jak se chránit před otěhotněním?

Jitka: To jo.

**Otázka č. 38**

Víte, za kým se obrátit v případě rady, nebo problému?

Jitka: Kdybychom potřebovali radu, tak se obrátíme na důvěrníka, nebo sociálního pracovníka?

**Otázka č. 39**

Přáli by jste si něco změnit?

Jitka: Ne, to ne.

Filip: Ne, určitě ne.

## **Příloha CH – Rozhovor s Martinem a Irenou**

### **Otázka č. 1**

Jak jste se poznali?

Irena: V cizině u moře. Já jsem jela se Studánkou a on se Žampachem.

### **Otázka č. 2**

Před kolika lety?

Irena: Patnáct roků jsme spolu

### **Otázka č. 3**

Co probíhalo potom?

Irena: Normálně jsme se vídali. Jednou za 14 dní.

### **Otázka č. 4**

Umožnili Vám to být spolu?

Irena: Jo, neměli problémy.

### **Otázka č. 5**

Co následovalo potom?

Irena: Pak jsme spolu začali chodit, tak ty dva roky. A třetí rok jsme se do sebe doopravdy zamilovali. To už bylo akutní.

### **Otázka č. 7**

A to jste šli potom na Žampach?

Irena: Já jsem byla ze Studánky a to jsem šla potom na Žampach.

### **Otázka č.8**



Kvůli Martinovi?

Irena: Kvůli přítelovi, no.

### **Otázka č. 10**

A na Žampachu jste potom bydleli spolu?

Irena: Ne, já jsem bydlela v garsonce, tam jsem bydlela s Romanou, pak jsem se přestěhovala na baráčky, tam jsem byla asi čtyři roky, pak nám z baráčků řekli, že spolu s Martinem můžeme žít a tak nás dali na garsonku, jako podporované bydlení, tak jsme taky byli asi dva roky a něco a pak řekli, jestli jsme šikovný a chtěli, abychom byli samy, že to zvládneme a pak řekli, že už jsme takový pár, že by nás chtěly dát na chráněný bydlení do Letohradu.

### **Otázka č. 11**

A ty si Martine bydlel kde, když byla Irena na Žampachu?

Martin: Já byl na baráčkách.

### **Otázka č. 12**

Jak se Vám změnil ten společný život na tom chráněném?

Irena: Společný život, že jsme se mohli starat sami o sebe, jestli umíme vařit, jestli umíme uklízet, prát, chodit na nákupy, jestli umíme vycházet s penězi, co kolik stojí a nestojí, co si můžu a nemůžu dovolit.

### **Otázka č. 13**

Prošli jste nějakým tréninkem před vstupem do chráněného bydlení?

Irena: Na Žampachu se za námi občas přišli podívat, ale my jsme byli samostatní, oni věděli, že to umíme.

### **Otázka č. 14**

A tady, jak probíhal ten začátek bydlení?

Oni sem jezdili často. Každý den. Ale pak už nejezdí. Věděli, že už to umíme. Říkali, že už jsme schopný, že se o sebe umíme postarat, tak přestali.

#### **Otázka č. 15**

V čem Vám pomohlo toto bydlení? Co se Vám líbí na tom, že tu můžete být samy?

Irena: My jsme rádi, že tady jsme, protože oni vědí, že si můžeme dělat všechno samy, že jsme důkladní. Že to co si uděláme, to máme a co si neuděláme, to si neuděláme.

#### **Otázka č. 16**

Jaký je rozdíl v tom, co tady můžete dělat a co jste nemohli dělat na Žampachu?

Irena: Tam není žádné město, tam si se nemohl nikam podívat a tady máš krajinu, prostředí a můžeš se někam projít a tam prostě nebyla možnost. Tady je větší možnost se někam projít, někam se podívat.

#### **Otázka č. 17**

Je Váš vztah lepší, když jste tady?

Irena: Na Žampachu to bylo stejný jako tady.

#### **Otázka č. 18**

Proč jste spolu?

Irena: Protože jsme se do sebe zamilovali, chtěli jsme mít jiný život, abychom nebyli sami. Já si myslím, že každý potřebuje svou lásku, kterou má obět'. Hlavně abychom se měli rádi, abychom se nepohádali. Někdy se třeba stane, že se pohádáme, ale to už musí být v životě a každý člověk chce, aby to nebylo častěji.

#### **Otázka č. 19**

Je něco z Vašeho života, co můžete dělat tady a na Žampachu jste nemohli?

Irena: Tady je to všechno volný. Tam jsme mohli taky. Moc se to neliší, ale to je lepší, že je tady prostředí jiný. Každý Ti to řekne jinak.

### **Otázka č. 20**

A je něco naopak, že tady nemůžete dělat a tam?

Irena: Já si myslím, že nic.

### **Otázka č. 21**

Je něco, co Vám nechybí, proč jste rádi, že jste odešli?

Irena: Nic nám tam nechybí, že ne?

Jo: Ne, ne.

### **Otázka č. 22**

Jste rádi, že jste odtamtud odešli?

Irena: Na jednu stranu jsme rádi, že chceme mít ten život s Martinem, který bude lepší, než byl na Žampachu. Tu změnu si musíš dát ze svého hlediska. Jako na Žampachu se mi líbilo, tam to nebylo špatný.

### **Otázka č. 23**

Posunul se něčím Váš vztah? Tím přechodem do chráněného?

Irena: Je furt tejný. Není nic, co by se změnilo. Furt je to na stejný koleji.

### **Otázka č. 24**

Máte rozdělenou nějakou práci v domácnosti?

Irena: Když je třeba víkend, tak já uvařím. Robin (jméno pozměněno) teda uklízí, protože on ví, že když já vařím, tak on musí uklízet. Pak myje nádobí a uklízí Robin. Pak si jdeme někam sednout, nebo na vycházku. A večer si sedneme k televizi, dáme si svačinu. Já vařím a Robin myje nádobí a uklízí.

### **Otázka č. 25**

A Martin?

Irena: Martin pomáhá s praním. Věší prádlo, na nákup mi dojde. Takže takhle to máme rozdělený, že jo?

Martin: Jo.

### **Otázka č. 26**

Těšíte se na sebe, když nejste spolu?

Irena: Těšíme se na sebe, to by jinak nebylo.

### **Otázka č. 27**

Hádáte se spolu?

Irena: Ne, já si myslím, že se nehádáme.

Martin: Ne, nehádáme.

### **Otázka č. 28**

Proč si myslíte, že jsou muž a žena spolu?

Irena: Že se mají rádi, že chtějí být spolu, že chtějí mít ten vztah, sex že jo, a každý by měl si ujasnit v hlavě, kdo chce, tak ať si ho dá a kdo nechce, tak ať nechce. A každý si to musí dělat sám se sebou.

### **Otázka č. 29**

Znáte vlastní rodiny?

Irena: Boženku jsem znala, jeho maminku taky, tatínek je nevlastní a vlastního otce jsem neviděla. Nevím, jestli žije, nebo nežije.

### **Otázka č. 30**

Scházíte se spolu?

Irena: Boženka už zemřela. Jezdila jsem tam.

**Otázka č. 31**

Podporovali Vás? Nebyl žádný problém?

Irena: Nebyl žádný problém. Kdyby jo, tak by s tím nesouhlasili přeci.

**Otázka č. 32**

Co byste změnili na Vašem společném životě?

Já nevím. Mě nic nechybí a každý si to musí udělat, jak chce a komu se to nelíbí, ať si to dělá podle jiného. Mně to teda takhle vyhovuje.

**Otázka č. 33**

Změnili byste něco na prostředí?

Irena: Já myslím, že ne, tady je to všechno v pohodě.

**Otázka č. 34**

Jak trávíte den v týdnu?

Irena: V týdnu? Já jsem na Žampachu, Martin je v Lišnici a já přijdu někdy odpoledne, někdy ve tři, někdy ve čtyři. Pak si uděláme kafe, já udělám večeři.

**Otázka č. 35**

Jak trávíte víkend?

Irena: Musím uvařit, musím uklidit, musím vyprat, musím nakoupit, udělat si svoje povinnosti, pak jdeme na vycházku, pak si uděláme kafe a pak už je pohoda.

**Otázka č. 36**

Navštěvujete se s někým ve městě?

Irena: Tady Adam s Věrou k nám nechodí.

**Otázka č. 37**

A s někým jiným?

Irena: Ne, to ne.

**Otázka č. 38**

Jste něčím stále omezeni v tom partnerském vztahu?

Irena: Já se nenechám, když mi řeknou pravdu tak já jim řeknu taky pravdu a když se jim to nelíbí, tak mají smůlu. Já si dělám vše podle svého

**Otázka č. 39**

Měli jste možnost být spolu přes noc i před chráněným bydlením?

Irena: My ne, to až na garsonce.

**Otázka č. 40**

Co je sexualita? Víte?

Irena: Víím.

Martin: Jojo.

**Otázka č. 41**

Jak jste spolu žili sexuální životem před tím chráněným bydlením?

Irena: My jsme spolu neměli žádný sexuální styk, když jsme nebyli spolu.

**Otázka č. 42**

Takže jste šest let nežili sexuálním životem?

Irena: Ne, neměli jsme možnost, nebylo kde.

**Otázka č. 43**

A co si představujete pod pojmem sexuální život?

Irena: Tak každý si to musí podle... když někdo má chuť na sex, tak ať si ho dá, a kdo nemá, tak ať si ho nedá. Když ví, že mu to pomůže, tak každý dělá, jak uzná se svého.

#### **Otázka č. 44**

Sex je podle Tebe jen pohlavní styk, nebo něco dalšího?

Irena: Jojo, to je furt dokola, to můžeš klidně.

#### **Otázka č. 45**

Před bydlením v chráněném bydlení jste si nějak projevovali lásku? Hladili se, drželi za ruce atd.?

Irena: Jo, to jo. To jsme měli.

#### **Otázka č. 46**

Co pro Vás znamená sexuální život jako vyjádření?

Irena: Člověk si ten sex může dovolit. Člověk si může fyzicky dát a je takový jako že jiný. Člověk pak má takovou zvláštnost, která se v Tobě vezme a ty pak víš, jak účinkuje Tvoje tělo.

#### **Otázka č. 47**

Znamená to pro Tebe nějaký vyjádření lásky?

Irena: Je to vyjádření lásky, že se máte rádi, že se milujete. Je to každého věc.

#### **Otázka č. 48**

Proč si myslíte, že spolu lidé žijí sexuálním životem.

Irena: Tak někdo ten sex nemusí mít. A když ten partner nechce s partnerkou se domluvit, že ten sex nechtějí, tak nemá cenu ho do toho nutit. A když ten sex chci, tak ho mám, ale když ho nechci, tak ho nemám. To záleží na každém partneri.

#### **Otázka č. 49**

Přinesla Vám změna bydlení nějakou změnu v oblasti sexu?

Irena: Změna není, každý si to musí prožívat sám se sebou.

### **Otázka č. 50**

Máte třeba víc soukromí?

Irena: Jo, to jo. Můžeme si dát třeba víno. Tam nebylo nic. Můžeme si jít dát víno, jít do dvora.

### **Otázka č. 51**

Jak se chráníte před mateřstvím?

Irena: Já nemůžu otěhotnět, protože mám tu Danu. Kdybych tu Danu neměla, tak bych mohla otěhotnět, ale jinak ne. To mě paní gynekoložka říkala, že mi to takhle vyhovuje. A kdyby to nebylo, tak ji to říct musím a ona by to dala stejně pryč. Ale zatím mi to vyhovuje. Já už to mám dlouho. Už mi to dělali podruhé, tak to mám deset let. Je to dražší, ale na pět let to není drahý. Gynekoložka říkala, že je to takhle lepší.

### **Otázka č. 52**

Umíte si představit s Jendou, že byste byli rodiče? Přemýšleli jste o tom?

Irena: Jaký rodiče? Jako máma táta? No, přemýšleli jsme o tom, že to taky může časem proběhnout. Nevím kdy, ale jo.

### **Otázka č. 53**

Bavíte se o tom?

Irena: Tak on mi říkal mámo. Někdy třeba řekne, zapomene jméno, tak řekne, mámo, já taťko. Ale jako chtěli bysme, to takhle ještě prožít.

### **Otázka č. 54**

Co by to pro Vás znamenalo? Mít dítě?

Irena: Já dítě nechci. To se mě ptala paní gynekoložka.. I když můžu mít děti, to mi říkala osobně. Já nemám problém, že bych měla nějakou vadu, nebo zánět, to ne, jsme v pořádku. To ona mi řekla. Ale jinak nechci. Mně to takhle vyhovuje.



**Otázka č. 55**

Ale přesto, co to znamená být rodič? Co to obnáší?

Irena: Já bych dítě vychovala, ale já dítě nechci.

**Otázka č. 56**

Máte se na koho obrátit, když si nevíte s něčím rady, nebo máte problém?

Irena: No já jdu za panem opatrovníkem, nebo důvěrníkem. Ale ona neříkala, že bych měla nějaký problém. Říkala, že všechno zvládám, že není co řešit.

**Otázka č. 57**

Prošli jste nějakou sexuální výchovou? Před bydlením v chráněném bydlení?

Irena: Já si myslím, že ne. My si to děláme všechno sami.

**Otázka č. 58**

Setkali jste se s nějakým poradenstvím? Jak se chovat např.?

Irena: To ne, my si to děláme sami. Kdybych měla problém, tak to říct můžu, ale když nemám, tak to neřeším.

**Otázka č. 59**

Přáli byste si něco změnit na Vašem partnerském životě, sexualitě, okolí?

Irena: Na sexu nic, já už to mám v těle. A na partnerském životě taky nic, protože já mám jednoho partnera a toho miluji a toho v životě bych nevyměnila za život. Ani kdyby mi dali milion, tak ne. Ne. Nikdy. S kamarády se všemi budu, ale partnera mám jenom jednoho.

Martin: Taky ne.

## **Příloha I – Rozhovor se sousedkou Martina a Ireny**

### **Otázka č. 1**

Víte, že ve Vašem domě bydlí partneři zařízení Domova pod hradem Žampach?

Ano

### **Otázka č. 2**

Mají podle Vás potřebu partnerského života?

Určitě.

### **Otázka č. 3**

Domníváte se, že osoby s mentálním postižením potřebují prostor pro partnerský a sexuální život?

Myslím, že tady ano.

### **Otázka č. 4**

Stal se podle Vašeho názoru přechod z ústavní péče do chráněného bydlení přínosem pro tyto partnery?

Já si myslím, že jo, protože oni se sem začlenily úplně perfektně mezi zdravý.

### **Otázka č. 5**

Myslíte si, že žijí běžným partnerským životem?

Já jim do toho tam moc nevidím, ale když je potkám, tak kolikrát by jim člověk i záviděl, jak se chovají k sobě hezky.

### **Otázka č. 6**

Jaký je dle Vás cíl života partnerů chráněného bydlení?

Aby se začlenily mezi nás, mezi společnos a že jsou schopni se samy o sebe postarat. Že

jim sice někdo trošku pomůže, ale jinak, že jsou schopný.

**Otázka č. 7**

Z jakého důvodu jsou podle Vás spolu?

Protože se mají rádi a cítí tu lásku úplně stejně.

**Otázka č. 8**

Myslíte si, že jsou současné podmínky pro jejich partnerský a sexuální život dostačující?

Já myslím že jo, akorát jsem slyšela, že si stěžují, že by chtěli žít samy, aby byly úplně samy. Aby tam nebyly třeba tři, ale jako pár. To jsem slyšela názor tady od nich.

**Otázka č. 9**

Žijí podle Vás sexuálním životem?

Myslím, že jo.

**Otázka č. 10**

Jak je vnímá okolí?

Já jsem se zatím nesešla se žádným záparem. Spíš jsou víc ochtíni a hodně pracovitý. Spíš by se kolikrát měl učit člověk od nich. Jsou přívětivý a milý lidi.

**Otázka č. 11**

Co si myslíte o případném rodičovství.

Tak tady bych už trošičku narážela. Pokud by nějakým způsobem zvládly, nebo že by jim někdo pomohl, tak určitě právo mají. Pokud by toužili hodně, tak proč jim to upírat.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Bc. Martin Fabián**

**Obor: Speciální pedagogika**

**Forma studia: Kombinované studium**

**Název práce: Partnerský a sexuální život osob s mentálním postižením**

**Rok: 2015**

**Počet stran textu bez příloh: 69**

**Celkový počet stran příloh: 48**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 40**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2**

**Počet internetových zdrojů: 0**

**Vedoucí práce: Mgr. Zbyněk Němec Ph.D.**