

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Iva Bednářová

III. ročník – prezenční studium

Obor: speciální pedagogika

Člověk s mentálním postižením a rodičovství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Člověk s mentálním postižením a rodičovství“ vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. června 2011

podpis

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Pteře Jurkovičové, Ph.D. za odborné vedení, za cenné komentáře, připomínky a velkou ochotu a vstřícnost.

Dále bych tímto chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni poskytnout mi rozhovory, které byly pro mou práci stěžejní. Také bych chtěla poděkovat zařízení „Barevné domky Hajnice“, za ochotu a spolupráci.

Motto:

„Náš nejzákladnější instinkt, není o přežití, ale o rodině. Většina z nás by dala svůj vlastní život za přežití člena rodiny, přesto vedeme až příliš často, náš každodenní život, jako bychom považovali svoji rodinu za samozřejmost“.

Paul Pearshall

Obsah

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 6 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 7 |
| 1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ | 8 |
| 1.1. Definice pojmu mentální retardace | 8 |
| 1.2. Etiologie mentálního postižení..... | 9 |
| 1.3. Klasifikace mentální retardace | 11 |
| 1.4. Psychologické zvláštnosti u osob s mentální retardací..... | 14 |
| 1.5. Projevy mentální retardace..... | 14 |
| 2. PARTNERSTVÍ, SEXUALITA A RODIČOVSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 16 |
| 2.1. Partnerství osob MP..... | 16 |
| 2.2. Rodičovství osob s MP..... | 17 |
| 2.3. Podpora a služby v oblasti rodičovství u osob s mentálním postižením..... | 18 |
| 2.4. Typy podpory, které umožní rodičům s mentálním postižením stát se dobrým rodičem | 18 |
| 2.5. Poskytování služeb rodičům s mentálním postižením | 19 |
| 3. SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 20 |
| 3.1. Sexuální potřeby člověka s mentálním postižením..... | 20 |
| 3.2. Předsudky vůči sexualitě osob s mentálním postižením..... | 21 |
| 3.3. Antikoncepce u osob s mentálním postižením | 22 |
| 4. Deklarace práv mentálně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 20. prosinec 1971)..... | 24 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | 26 |
| 5. PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM..... | 27 |
| 5.1. Plán a cíle výzkumu | 27 |
| 5.2. Charakteristika výzkumného vzorku | 27 |
| 5.3. Metody výzkumu..... | 28 |
| 5.4. Organizace a průběh výzkumu | 29 |
| 5.5. Realizace výzkumu | 29 |
| 5.5.1. Kazuistická šetření:..... | 29 |
| 5.5.2. Vyhodnocení dotazníků:..... | 35 |
| 5.6. Závěr výzkumu | 41 |
| ZÁVĚR | 42 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 43 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 45 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 46 |

ÚVOD

Téma bakalářské práce je „Člověk s mentálním postižením a rodičovství“. Toto téma jsem si vybrala z důvodu zájmu o tuto problematiku. Vždyť každý je lidskou bytostí, která umí prožívat lásku, radost, bolest a také touží po tom založit rodinu. Není tedy výjimkou, že i člověk s mentálním postižením chce žít životem, který je pro všechny samozřejmostí.

Hlavním cílem práce je v teoretické části seznámení s problematikou mentálního postižení. Klasifikace mentální retardace podle hloubky mentálního postižení do šesti základních skupin, což je lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. V další části této problematiky bude uvedena klasifikace mentální retardace, etiologie mentální retardace, psychologické zvláštnosti a projevy mentální retardace.

V další části bude rozebrána problematika partnerství, rodičovství a sexuality u osob s mentálním postižením. Také je potřeba zaměřit se na typy podpory, služby v oblasti rodičovství u osob s mentálním postižením a poskytování služeb rodičům s mentálním postižením. Dále se bude teoretická část zabývat otázkou sexuality. Sexuálními potřebami osob s mentálním postižením, předsudky vůči sexualitě a také antikoncepce u osob s mentálním postižením. Poslední důležitou částí teoretické části je deklarace práv mentálně postižených osob.

Praktická část bude zaměřena kvalitativním výzkumem na problematiku partnerství a rodičovství u osob s mentálním postižením, která bude zjišťována pomocí polostrukturovaného rozhovoru s klienty zařízení, kde výzkum probíhal. Také pohled pracovníků přímé péče na problematiku tohoto tématu bude stěžejní částí výzkumu. Prostřednictvím dotazníků budou moci vyjádřit pracovníci přímé péče svůj názor na tuto problematiku. Výsledky praktické části budou blíže rozebrány v závěru práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Pojem mentální postižení je odvozen z latinského „mens (mysl, duše) a retarde (opozdit, zpomalit)“ (Slowík, 2007, s. 109).

Slovenští autoři, kteří se zabývali oborem speciální pedagogiky, detekovali více než 20 obdobných termínů, označujících pojem mentálního postižení v letech 1952- 1989: duševně vadní, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, slabomyslní, oligofrenní, mentálně vadní, mentálně abnormální, rozumově postižení, mentálně defektní, mentálně nevyvinutí, mentálně opoždění, mentálně retardovaní, rozumově vadní, děti s rozumově vadným rozumovým vývojem atd. (Valenta, Müller, 2009).

1.1. Definice pojmu mentální retardace

Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí uvádí, že mentální retardace je: „stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou duševní nebo tělesnou poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich při nejmenším třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Navíc jsou mentálně retardovaní jedinci vystaveni většímu riziku využívání a tělesného zneužívání. Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné“ (MKN-10, 2006 s. 179).

Vágnerová (2004) uvádí tři hlavní znaky mentální retardace

- Mentální retardace je vrozené postižení, které vzniká často buď v prenatálním období, nebo v časném dětském věku a má za následek to, že se dítě od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. Kdežto demence vzniká důsledkem degenerativních onemocnění CNS v průběhu života.

- Mentální retardace je nezvratné postižení, přesto je možné díky kvalitní stimulaci dosáhnout určitého byť nepatrného zlepšení.
- Vzhledem k omezenému rozvoji myšlení, řeči a neschopnosti učení je pro tyto osoby velmi těžké přizpůsobit se běžnému životu.

Podle AAIDD: (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities)

Podle Americké asociace pro postižení intelektu a vývojová postižení vzniká tento stav do 18 roku života, je vícerozměrný a ovlivnitelný pozitivním individuálním přístupem a cílenou stimulací a podporou. Projevuje se sníženou schopností přizpůsobení, v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence.

Valnta, Müller (2009, s. 12) uvádí, že: „ *Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.*“

„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se, přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený nebo časně získaný (do 2 let života dítěte)“ (Pipeková, 2010, s. 289).

1.2. Etiologie mentálního postižení

Mentální postižení má odlišné a různorodé příčiny vzniku, vždy však dochází k vážnému porušení centrální nervové soustavy a to k organickému nebo funkčnímu poškození mozku (Slowík, 2007).

Rozdělení příčin vzniku MR:

- Exogenní (vnější příčiny MP)
- Endogenní (vnitřní příčiny MP)

- Prenatální (období těhotenství)
- Perinatální (období během porodu a časná doba poporodní)
- Postnatální (období po porodu)

Švarcová (2006) uvádí jako nejčastější tyto příčiny:

1. Příčiny MP a to infekcí nebo intoxikací.
 - Prenatální infekce: infekční onemocnění matky v době těhotenství např. toxoplasmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis.
 - Postnatální infekce: infekce vzniklá v časně době po porodu např. záněty mozku.
 - Intoxikace: užívání matky škodlivých látek např. toxikomanie matky, otrava těžkými kovy.
2. Příčiny MP následkem úrazů hlavy nebo fyzikální vlivy.
 - Mechanické poškození CNS při porodu: těžké a protražované porody např. novorozenecká hypoxie .
 - Postnatální poškození mozku nebo hypoxie: např. úrazy hlavy v období po porodu .
3. Růstové poruchy, poruchy metabolismu a poruchy výživy např. mozková lipoidóza, hypotyreóza-kretenismus, fenylketonurie, glykogenózy atd.
4. Léze mozku.
5. Nemoci, které způsobují jiné nebo nespecifické prenatální vlivy např. kraniostenóza (deformace lebky z předčasného srůstu lebečních švů), vrozený hydrocefalus, mikrocefalie).
6. Anomálie chromozomů, zdvojení chromozomů jako je např. Downův syndrom.
7. Nezralost: nezralost vývoje novorozence bez přítomnosti jiné choroby.
8. Vážné duševní poruchy.
9. Psychosociální deprivace (snížení inteligence vlivem nízkých sociokulturních podmínek).
10. Jiné a nespecifické příčiny MP, poškození mozku.

1.3. Klasifikace mentální retardace

Definování klasifikace MR se odráží i ve složitém procesu klasifikačních systémů. V praxi bylo globálně sjednoceno od minulého století dělení Oligofrenie na tři základní stupně: Na debilitu, imbecilitu, a idiocii. Často se však jednotlivé označování těchto stupňů lišilo, proto se tuto nejednotnost snažila vyřešit světová zdravotnická organizace (WHO), která od roku 1968 v rámci 8. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti vymezila jednotlivé stupně Oligofrenie pomocí IQ (Renotírová, 2006).

Další možností klasifikace mentální retardace je podle Penrose. Při této klasifikaci je pozornost zaměřena na etiologické faktory. Penrose rozděluje možné příčiny mentální retardace na:

A) Genetické, dědičné: dávné, červtsvé.

B) Vzniklé vlivem, prostředí: v raném těhotenství, v pozdním těhotenství, intranatální, postnatální (Belhová In Černá, 2009).

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako IQ (intelligence). Schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobit se novým životním podmínkám a situacím (Švarcová, 2006).

V České republice je již od devadesátých let v teorii i praxi používána 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která vymezuje klasifikaci MR do těchto skupin (Renotírová, 2006):

F 70 – lehká mentální retardace

F71 – středně těžká mentální retardace

F72 – těžká mentální retardace

F73 – hluboká mentální retardace

F78 – Jiná mentální retardace

F79 – nespecifikovaná mentální retardace

Lehká mentální retardace (F70), IQ 50 - 69

Uvádí se, že jedinci s lehkým MP dosáhnou schopnosti užívat řeč, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru i přes to, že si řeč osvojují opožděně. Většina z nich

dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v domácích dovednostech. Potíže se projevují při práci ve škole. Mají specifické potíže se čtením a psaním. Většinu osob v horní hranici MP lze zaměstnávat prací, která vyžaduje spíše praktické dovednosti, než teoretické znalosti. Díky emoční a sociální nezralosti se důsledky MP projeví hlavně v sociokulturní oblasti se hůře přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním společnosti, není schopen se vyrovnat s požadavky manželství nebo výchovy dětí, hůře řeší problémy, které vyplívají ze získávání a udržení si povolání, či jiného zabezpečení, zajištění bydlení, zdravotní péče atd. Tyto osoby se mohou setkat s dalšími přidruženými nemocemi doprovázejícími MP, jako je například autismus, epilepsie, další vývojové poruchy, poruchy chování nebo tělesná postižení (Švarcová, 2006).

Podle Pipekové (2010) lehká mentální retardace může záviset na vlivu dědičném, sociokulturní deprivaci či nedostatku stimulace jedince. Proto vhodné výchovné působení a stimulující a kladné rodinné prostředí vytváří velké možnosti pro lepší socializaci a rozvoj jedince.

Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 35 – 49

U jedinců v této kategorii se pomalu rozvíjí chápání, řeč a jejich schopnosti v této oblasti jsou značně omezené. Je omezená soběstačnost a zručnost. Někteří jedinci potřebují dohled po celý život. Ve školních dovednostech jsou také značně omezeni, někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou tito jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální práci jen tehdy, jsou-li pečlivě strukturovány úkoly a je zajištěn odborný dohled. Tito jedinci se mohou zřídka podílet na jednoduchých sociálních aktivitách. Často se vyskytují společně s MR tělesná postižení, neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Možná jsou i některá psychiatrická onemocnění, ale vzhledem k obtížné komunikaci je zjištění diagnózy velmi obtížné a závisí na informacích rodiny a osobách blízkých (Švarcová, 2006). Sebeobslužné schopnosti těchto jedinců jsou velmi často pouze částečná. Jsou afektivní, jejich schopnost řešit samostatně náročné situace je velmi omezená, ačkoliv ojediněle se někteří jedinci dokážou přiblížit určité nezávislosti a soběstačnosti. Vzdělávání je možné podle speciálního vzdělávacího programu v základní škole speciální, možná je i aplikace integrace těchto jedinců do běžné základní školy, ovšem tyto jedinci by měli splňovat podmínky integrace. Další možnosti vzdělávání jsou možné v praktické škole (Pipeková, 2010)

Těžká mentální retardace (F72), IQ 20 – 34

V této kategorii je rozumová schopnost výrazně snížena. Značná skupina těchto jedinců trpí poruchami motoriky nebo jinými přidruženými vadami. I přes značně omezené vzdělávání je možno dosáhnout částečného rozvoje motoriky, rozvoj rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkové zlepšení kvality života (Švarcová, 2006). Pipeková (2010) uvádí, že jedinci v této skupině mají psychomotorický vývoj výrazně opožděn už v předškolním věku, děti takto postižené se projevují značnou pohybovou neobratností, velmi dlouhou dobu si osvojují koordinaci pohybů. Někteří jedinci jsou schopni osvojit si základní hygienické dovednosti a sebe obsluhy, však většina není schopna udržovat tělesnou hygienu ani v období dospělosti. Tyto jedinci poznávají své okolí a blízké osoby. Je však potřeba celoživotní péče o jedince s těžkým mentálním postižením.

Hluboká mentální retardace (F73), IQ je menší než 20

Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou postiženi ve schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob je imobilních nebo výrazně omezených v pohybu. Jsou schopni jen komunikace bez jakéhokoliv smyslu, výkřiky, grimasy. Vyžadují stálou pomoc jiné osoby, nemají takřka žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Jedinec není schopen poznat své okolí (Pipeková, 2010). Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. U osob s tímto stupněm postižení není možné přesně změřit jejich IQ, je odhadováno, že IQ je nižší než 20. U těchto jedinců jsou běžné neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující pohyblivost, přidružena je epilepsie, poškození zraku a poškození sluchového vnímání. Obzvláště časté jsou u jedinců mobilních nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch (autismus) (Švarcová, 2006).

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie je použitelná pouze tehdy, je-li stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorní nebo tělesné poškození, např. u nevidomých, neslyšících, u osob s autismem, s těžkými poruchami chování, u těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2006).

Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie je užívána v případě, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno jedince zařadit do jednoho z uvedených stupňů mentální retardace (Švarcová, 2006).

1.4. Psychologické zvláštnosti u osob s mentální retardací

Je nutné si připomenout, že i osoby intaktní jsou ojedinělé a originální bytosti. A proto také osoby s mentální retardací netvoří jednotnou skupinu, kterou by bylo možné souhrnně popsat. Každý jedinec s mentální retardací je jedinečný a má velmi charakteristické osobnostní rysy (Švarcová, 2006).

Nižší mentální úroveň jedinců s mentálním postižením vytváří jedinečný psychologický obraz, který výrazně omezuje jejich poznávací procesy, avšak jim umožňuje žít bohatým životem. Psychika jedinců s mentální retardací však může skrývat velké množství možností v oblasti specifických vloh, kreativity atd. (Renotírová, 2006).

1.5. Projevy mentální retardace:

- Osobnost jedince s mentální retardací je infantilní.
- Jedinci trpí zvýšenou závislostí na druhých lidech a svých blízkých.
- Zvýšená pohotovost k úzkostem a k neurotickým až dětským reakcím a pasivním chováním.
- Sugestibilita a ztuhlost chování.
- Velké potřeby jistoty.
- Zhoršené přizpůsobení ke školním a sociálním povinnostem.
- Zpomaleností, impulzivností nebo hyperaktivním chování.
- Labilita nálad.
- Poruchy pohybové koordinace a vizuomotoriky.
- Primitivnost konkrétních úsudků ulpíváním na detailech, poruchy kognitivních procesů, sníženou mechanickou a logickou paměť.
- Opožděný psychosexuální vývoj osobnosti.

- Nerovnováha výkonu a aspiraci.
- Poruchy komunikace a poruchy mezosobních vztahů.
- Nedostatky ve vývoji „jáství“ a v osobní identifikaci (Renotiérová, 2006)

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

| Mentální retardace | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|
| | Lehká (IQ 50 – 69) | Středně těžká (IQ 35- 69) | Těžká (IQ 20-34) | Hluboká (IQ nižší než 20) |
| Neuropsychický vývoj | Omezený, opožděný | Omezený, výrazně opožděný | Celkově omezený | Výrazně omezený |
| Somatická postižení | ojedinělá | Častá, častý výskyt epilepsie | Častá, neurologické příznaky, epilepsie | Velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové |
| Poruchy motoriky | Opoždění, „motorického vývoje | Výrazné opoždění, ale postižení jsou mobilní | Časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky | Většinou imobilní nebo výrazně omezené pohybu |
| Poruchy psychiky | Snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti | Celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebe obsluhy | Výrazně omezená úroveň všech schopností | Těžké postižení všech funkcí |
| komunikace a řeč | Schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči | Úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce, verbální projev často bývá chudý, agramatický, často špatně artikulovaný | Komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova | Rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec |
| Poruchy citů a vůle | Afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita | Nestálost nálady, impulzivita, zkratovitost jednání | Celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování | Těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálá dohled |
| Možnosti vzdělávání | na základě speciálního individuálního vzdělávacího programu | Na základě speciálních programů (pomocná škola) | Vytváření dovedností a návyků, rehabilitační vzdělávací program | Vytváření jednoduchých dovedností a návyků (rehabilitace, individuální péče) |

„Mezi uvedenými skupinami existují plynulé přechody i poměrně výrazné interindividuální rozdíly v jednotlivých schopnostech“ (Švarcová, 2004, s. 40).

2. PARTNERSTVÍ, SEXUALITA A RODIČOVSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Každý jedinec, který dospívá postupem času získává tři velmi důležité sociální role, tou je role partnerská, rodičovská a také profesní role. Avšak pro jedince s MP je dosažení těchto rolí mnohdy velmi obtížné, přesto je možné tohoto stupně, který udává jistý životní směr dosáhnout díky odborné pomoci a podpoře osob s MP (Vágnerová, 2004).

Od počátku života se každý jedinec setkává s velkým množstvím kontaktů. Nejprve poznává mateřskou lásku, kterou mu poskytují jeho rodiče, později i nejbližší okolí rodiny, do které se narodil. Následuje kontakt sám se sebou, který umožňuje jedinci bezproblémový život v realitě. Postupně jedinec roste a potkává se s dalšími – dětmi a dospělými, kteří také formují jeho osobnost a také jeho vztah k dalším lidem. Přes toto všechno se rozvíjí u jedince také jeho intimní složka- složka potřeby sexuality. I jedinec s MP prochází tímto obdobím života a i on potřebuje poznávat své okolí a seznamovat se (Štěrbová, 2007).

2.1. Partnerství osob MP

Potřeba partnerství je velmi důležitá, avšak u jedince s MP se tato potřeba ne vždy vytváří. Jedinec může být pouze obklopen láskou členů rodiny, kteří mu prakticky nedají možnost poznat náklonnost nebo lásku jiného charakteru, než rodičovského. Někdy bývá obtížné navázat partnerství s potencionálním partnerem, protože k tomu není příležitost a ani možnost poznat osobu se stejnou mentální úrovní a i se stejnou potřebou. Partnerství pro tyto osoby většinou znamená spíše vyjádření touhy po jemu blízké osobě, vztahy tohoto druhu většinou zahrnují pouze občasné společné aktivity, nejčastěji díky společnému zaměstnání, nebo zařízení pro aktivity volného času pro osoby s MP (Vágnerová, 2004). Partnerství znamená pro osoby s MP uspokojení potřeby jisté sounáležitosti, prožití lásky a mnohých dalších lidských potřeb. Naplnění citu lásky je pro člověka ať s postižením nebo i bez postižení velmi důležité, každý chce být milován a také zároveň milovat. Lidé s postižením, kteří žijí v partnerském vztahu jsou vyrovnanější, zralější, samostatnější a lépe spolupracují (Kopalová, 1995 in Valenta, Müller, 2009).

2.2. Rodičovství osob s MP

Mnoho diskuzí poukazuje na fakt, zda mají mít osoby s mentálním postižením děti, nebo ne. Názory na tuto problematiku se velmi liší, můžeme se setkat s liberálními názory na toto téma až po názory restriktivní. Je třeba si uvědomit fakt, že rodičovská práva jsou vždy spjata s určitými rodičovskými povinnostmi, z toho vyplývá, že právo přivádět děti na svět by měl mít pouze ten, kdo je ochoten, či schopen se plnohodnotně o dítě starat. Avšak vždy tato schopnost nezávisí pouze na intelektu. Zároveň je třeba si uvědomit, že i zákon neumožňuje dosáhnout ideálního stavu, aby všichni rodiče, kteří chtějí založit rodinu, byli schopni a ochotni se starat o své potomstvo (Valenta, Müller, 2009). Vágnerová (2004) dodává, že i v ústavních zařízeních je možné, aby jedinci s mentálním postižením žili partnerským životem, avšak s patřičnou ochranou (antikoncepcí) a sociální podporou. V rodině těžko jedinec navazuje partnerský vztah, protože se tomu většinou rodiče mentálně postiženého jedince brání. Představa o tom že by jejich potomek měl založit rodinu je nepatřičná a brání se také riziku nežádoucího rodičovství. Regulace rodičovství mentálně postižených je tedy podle Vágnerové (2004) přinejmenším vhodná, protože tyto jedinci nejsou tolik schopni udržet nápor rodičovské role. Péče rodičů s mentálním postižením o své potomky je často velkým problémem. Nedostatečná péče o děti rodičů s MP je důsledkem neschopnosti se vyrovnat s pro ně obtížnými požadavky na výchovu svého potomstva. Je tedy zapotřebí, aby těmto jedincům byla poskytnuta pomoc a podpora, obvykle bývají velkou podporou rodiče a příbuzní (Valenta, Müller, 2009).

Osobní představa jedinců s MP o rodině bývá velmi často infantilní, přesto je pro ně velmi důležitá a napomáhá naplňovat smysl jejich života (Vágnerová, 2004) I touha mít vlastní dítě je často romantická. Vyskytují se případy, kdy mít dítě je natolik silné přání, i když rodiče, či personál nepovažují schopnosti jedince starat se o dítě za adekvátní. Je tedy potřeba osobám s mentálním postižením vysvětlit, že šťastní mohou být i bez dětí (Prevendárová, 2002). Valenta, Müller, (2009) dodávají, že osoby s mentálním postižením, které mají obavy z rodičovství, by neměly být odrazovány od partnerského života. Je však potřeba, aby se k otázce rodičovství osob s mentálním postižením přistupovalo velmi zodpovědně. A reálně vést tyto jedince s vědomím, že i když nebudou moci naplnit rodičovskou roli, mohou i tak být jeden druhému velkou oporou ve svém dalším společném životě. Dospělí jedinci s mentálním postižením mají právo vychovávat

děti, avšak stát může překročit k „*parens patriae*“ (z latinského překladu: rodič národa), kdy může dítě stát odejmout rodině, která není schopná se o dítě nebo jinou osobu starat, nebo zanedbává výchovu. Státní ochranné agentury jsou oprávněny zajistit bezpečnost dětí, které ohrožují jejich rodiče, nebo pečovatelé (Aaid, 2011).

2.3. Podpora a služby v oblasti rodičovství u osob s mentálním postižením.

- Je potřeba, aby služby odpovídaly individuálním potřebám mentálně postižených rodičů a byly také zaměřeny na širší rodinu.
- Protože se potřeby osob s mentálním postižením postupem času mění, je potřeba tyto služby poskytovat průběžně a dlouhodobě.
- Služby musí zohledňovat zvláštní potřeby učení každého rodiče. Výuka by měla probíhat v domácím prostředí a měla by být opakovaná, měla by zahrnovat názorné ukázky a využívat zdroje s minimem potřeby čtení textů.
- Služby musí vést rodiče s postižením k tomu, aby se zapojili do své komunity a stali se její součástí (Rodiče s postižením intelektu, 2011)

2.4. Typy podpory, které umožní rodičům s mentálním postižením stát se dobrým rodičem.

- *návštěvy v domácnosti za účelem výuky rodičovských dovedností a posouzení způsobilosti k rodičovství,*
- *výuka rodičovských dovedností přizpůsobená rodičům s postižením intelektu,*
- *pomoc s nakupováním a hospodařením s penězi,*
- *koordinace služeb,*
- *zdravotní péči, poradenství, postup při návštěvě lékaře,*
- *péči o děti, služby včasné intervence,*
- *poradenství týkající se duševního zdraví,*
- *poradenství v oblasti drogových a jiných závislostí,*
- *základní teoretické vzdělávání rodiče,*
- *přepravní služby pro rodiny,*
- *zájmové kroužky pro děti i rodiče,*

- *krizovou intervencí (Rodiče s postižením intelektu, 2011).*

2.5. Poskytování služeb rodičům s mentálním postižením

„Efektivních druhů pomoci na individuální bázi i v kombinaci podpory rodičů a výuky rodičovských dovedností je poměrně hodně. Jsou to například programy návštěv domácností, rodičovské skupiny, programy poskytované různými centry a sdílené rodičovské modely popsané níže (Anderson & Lakin, 1998) (Rodiče s postižením intelektu, 2011).

Návštěvy v domácnostech umožňují vyučovat rodičovské dovednosti v prostředí, které je klientům známé a kde je budou rodiče i používat. Pro rodiče je tato cesta pro snadnější naučení se těmto dovednostem. Poskytovatelé těchto služeb mohou rodičům nabídnout vhodnou pomoc zaměřenou na čistotu, výživu, bezpečnost a další možné prostředky, které se týkají chodu jejich domácnosti.

Rodičovské skupiny nabízejí rodinám informace o tématech, na které se zaměřují, jako jsou výchovné metody, vývoj dítěte, zdraví a bezpečnost. Výzkumem bylo zjištěno, že největšího efektu je dosaženo se spojením rodičovských skupin a návštěvách v domácnostech. Rodiče si mohou poznatky, které získají vyzkoušet ve vlastní domácnosti pod dohledem zkušeného školitele.

Programy v centrech poskytují celou řadu služeb rodičům a jejich dětem v dané oblasti oběma skupinám zvlášť nebo současně. Největších úspěchů bývá dosaženo tam, kde jsou programy v centrech doplňovány školením v domácnostech. Tyto služby, které poskytují programy v centrech jsou zaměřeny především na vaření, rodičovské dovednosti a hospodaření.

Programy sdíleného rodičovství poskytují celodenní podporu v případě, kdy dítě žije v pěstounské péči. Pěstoun působí jako „spolurodič“, aby tak bylo zajištěno splnění potřeb dítěte“ (Rodiče s postižením intelektu, 2011)

3. SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Velmi dlouhou dobu byla sexualita a sexuální život osob s mentálním postižením velkým tabu. Člověk ať chce nebo ne, je a bude sexuální bytostí a to i bez ohledu na to, zda má jakékoli postižení, ať psychické, mentální, nebo smyslové. Sexualita je přirozenou součástí lidského bytí. Jestliže chceme porozumět sexualitě osob s mentálním postižením, neznamena to hledat jaké si rozdíly či zvláštnosti, avšak objevovat a respektovat podobnosti lidského bytí (Valenta, Müller, 2009). Podle Burdové (in Šterbová, 2007) je sexualita spjata se sexuálním zdravím, které zahrnuje množství společenských, citových, rozumových i tělesných stránek člověka, které obohacují člověka, zlepšují vztahy k jiným lidem a pomáhají rozvíjet schopnost lásky. Toto vše je důležité u intaktní populace, tak i u osob s mentálním postižením. Sexualita je důležitou součástí jedince, jakož i kvalitou jeho bytí. Sexualita je základem blahobytu jedinců, dvojic, rodin a společností. To jak jedinec vnímá sexualitu se v něm formuje již od raného dětství a úzkou souvislostí s rodinným životem, to je především v rámci sociálního učení prostřednictvím blízkých členů rodiny, nebo výchovných pracovníků.

3.1. Sexuální potřeby člověka s mentálním postižením

Dospívání jedince s mentálním postižením ovlivňuje vývoj více biologicky než psychosociálně. Velká většina jedinců s těžším stupněm mentálního postižení nemá potřeby a ani kompetence k tomu, aby se osamostatnila. Mentálně postižený jedinec si většinou neví rady se svou vlastní sexualitou, proto je určitým problémem jeho nově vzniklá sexuální potřeba. Často tento jedinec ani nemá příležitost tuto potřebu uspokojit a ani často neví jak. Tato potřeba se často projevuje například autostimulací, obnažováním, nebo masturbací na veřejnosti (Vágnerová, 2004). Podle profesora Karola Matulaye se sexuální chování projevuje u každého jedince velmi individuálně v závislosti na věku, pohlaví, stupně postižení a vlivů výchovného prostředí. U osob s mentálním postižením může být sexuální vývoj nejen opožděný, zpomalený, ale v některých případech i zastavený, v důsledku nevyvinutých sekundárních pohlavních znaků jedince. Jiní jedinci jsou sice tělesně vyspělý, ale jejich sexualita zůstává dětská. Dokonce může mít jedna a táž osoba ve stejném čase různý biologický věk, mentální věk, sociální věk a

sociální věk. Pochopit erotické a citové potřeby lidí s mentálním postižením znamená akceptovat jejich vývoj a sexuální projevy (Prevendárová, 2002).

3.2. Předsudky vůči sexualitě osob s mentálním postižením

- **Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud.**

Ještě do nedávné doby přetrávil názor o hypersexualitě osob s mentálním postižením. Tedy že „*zapojují svoje sexuální chování na elementární úrovni kdekoliv a kdykoliv*“ Kracík (in Valenta, Müller, 2009 s. 46). Tato zvýšenost pudu byla často řešena farmakologickou cestou (Valenta, Müller, 2009).

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

Jedním s dalších předsudků je, že má-li jedinec s mentálním postižením dostatek fyzických aktivit, nemyslí proto na sexuální potřeby (Valenta, Müller, 2009).

- **Sexuálním problémům je možné se vyhnout tehdy, pokud oddělíme obě pohlaví.**

Názor pocházející z dřívější doby poukazuje na fakt, že neúčinnějším řešením problému sexuality osob s mentálním postižením je možnost nekoedukovaného prostředí (Valenta, Müller, 2009).

- **Člověk s mentálním postižením zůstává celý život dítětem.**

Pracovníci v přímé péči a rodiče osob s mentálním postižením jsou často „odborníky“ utvrzováni, že dítě s mentálním postižením nikdy nedospěje. Z toho vyplívají negativní postoje ke všemu, co s dospíváním souvisí například citové a sexuální potřeby (Valenta, Müller, 2009).

- **Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy.**

I bez sexuální výchovy se touhy po sexualitě objeví. Je-li však sexuální výchova aplikována, je možnost sexualitu jedince nějakým způsobem kultivovat a

ovlivňovat. Je potřeba, aby člověk s mentálním postižením byl v čas poučen o všem, co souvisí s jeho dospíváním a dalším vývojem. Díky sexuální výchově je možné v čas předejít traumatickým zkušenostem (Valenta, Müller, 2009).

- **Osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb.**

Toto tvrzení je časté stejně jako tvrzení o hypersexualitě osob s mentálním postižením. Často je možné se setkat i s opačným extrémem, který staví osoby s mentálním postižením do této pozice (Valenta, Müller, 2009).

- **Osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality.**

Častěji bývají odchylky způsobeny prostředím, které je pro osoby s mentálním postižením nepřirozené. Jedinec může být neinformován, nebo jsou jeho zkušenosti během života traumatizující (Valenta, Müller, 2009).

- **Součástí intimního vztahu musí být i pohlavní styk.**

Extrémy, kde na jedné straně je možné setkat se s přístupem, kdy je snaha o to, aby se sexuální projevy osob s mentálním postižením co nejvíce eliminovaly, na straně druhé, kdy je snaha o to, aby osoba s mentálním postižením žila plnohodnotným sexuálním životem, aniž by sami postižení takto žít chtěli (Valenta, Müller, 2009).

3.3. Antikoncepce u osob s mentálním postižením

Jak již bylo výše uvedeno asi jen pouhých 10 procent jedinců s mentálním postižením dospěje natolik, že touží realizovat pohlavní styk, proto je velmi důležité zhodnotit otázku antikoncepce pro tyto jedince, ale i pro ty, kteří projevují zájem pohlavní styk provozovat (Prevendárová, 2002). U velké většiny dívek, které jsou mentálně postižené je lepší preferovat dlouhodobě působící hormonální antikoncepci. Ideální zejména pro dívky s mentálním postižením je vhodná gestagenní antikoncepce Depo Severa, která se aplikuje čtvrtletně. Dále je vhodná aplikace podkožní tyčinky Implanon, která představuje zlepšení aplikační formy antikoncepce. Zatím nejméně je využívána náplastová antikoncepce Evra, kde se estrogen-gestagenní směs vstřebává kůží.

Spolehlivost této varianty antikoncepce je srovnatelná s klasickými denně užívanými tabletkami. Náplast se lepí vždy na sedm dní. Je potřeba zdůraznit, že veškerá užívání těchto přípravků by měla být dobrovolná a je i zapotřebí důkladného vysvětlení účinků antikoncepce (Uzel, 2005). U mužů s mentálním postižením je třeba zhodnotit zvládnutí bezpečného použití bariérové ochrany (prezervativu). Případně nejbezpečnější a definitivní ochranou před početím je sterilizace (Prevendárová, 2002).

4. Deklarace práv mentálně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 20. prosinec 1971)

Tato deklarace byla vyhlášena shromážděním Valné hromady OSN 20. prosince roku 1971. Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci a zároveň žádá ostatní mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že bude tato deklarace sloužit na ochranu práv.

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře **stejná práva jako ostatní lidské bytosti**.
2. Mentálně postižený má **právo na zdravotní péči** a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má **právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň**. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený **žít v kruhu své vlastní rodiny** nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má **právo na kvalifikovaného opatrovníka**, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má **právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením**. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by

měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a **musí být odvolatelné u vyšších institucí** (Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

5. PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Jaké je partnerské soužití osob s mentálním postižením? Jak přistupují k rodičovství? Je pravda, že osoby s mentálním postižením nejsou schopni vyššího citu? Prožívají intimní život? Mají potřebu založit rodinu a povědomí o tom co přináší rodičovství? Jsou schopni osamostatnit se a žít samostatně bez rodičů? Tyto a mnohé další otázky vyvstanou, po uvedení tématu bakalářské práce. Na tyto a jiné otázky je zaměřen výzkum praktické části. Snahou bude tyto otázky zodpovědět a dobrat se určitého závěru.

5.1. Plán a cíle výzkumu

Pro šetření autorka zvolila způsob kvalitativního výzkumu, jelikož se nechce zaměřovat na širokou populaci. Naopak chce na malém vzorku osob tuto problematiku zkoumat hlouběji. Prioritou je zjistit co nejvíce informací, povídat si s osobami s mentálním postižením o tom jak prožívají svůj život, co pro ně znamená partnerství, rodičovství a intimní prožívání.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit a pochopit: ***jaký vztah a pohled mají na otázku rodičovství osoby s MP.***

Díličí výzkumné cíle jsou:

- Zjistit, co pro osoby s MP znamená partnerský vztah.
- Zjistit, jaké mají výhledy do budoucna v oblasti partnerství
- Zjistit, jakou roli hraje v jejich partnerském vztahu sex
- Zjistit, co pro osoby s MP znamená rodičovství.
- Zjistit, jaký náhled na tuto problematiku mají pracovníci v přímé péči.

5.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty pro výzkum autorka rozdělila na dvě odlišné skupiny:

- Osoby s lehčím mentálním postižením.

Podmínkou bylo, aby se jednalo o osoby s lehčím typem mentálního postižení, a aby jejich věk odpovídal mladé až starší dospělosti. Dalším kritériem bylo, aby délka různých partnerských vztahů trvala různě. Výzkumný vzorek osob s mentálním postižením tvoří tedy 4 osoby. Tři ženy v rozmezí 22-53 let a jeden muž ve věku 30 let. Pro lepší orientaci budou jednotlivci označováni čísly 1-4. Bližší charakteristika těchto respondentů bude uvedena v části – realizace výzkumu.

- Pracovníci v přímé péči.

Respondenty toho typu autorka oslovila prostřednictvím dotazníků, které na základě tématu bakalářské práce vypracovala. Podmínkou bylo, aby pracovníci v přímé péči působili ve stejném zařízení, kde žijí i respondenti s mentálním postižením. Oslovených respondentů bylo celkem devadesát, ovšem vyplněných dotazníků se vrátilo třicet.

5.3. Metody výzkumu

Pro výzkum autorka zvolila metodu dotazníku a v druhé řadě metodu rozhovoru pomocí návodu. Metoda rozhovoru pomocí návodu je typ rozhovoru, který představuje seznam otázek, nebo témat, jež je nutné v rámci rozhovoru probrat. Tento návod má zajistit, že se opravdu dostane pro tazatele na témata, která si předem stanovil. Je dobré, že u tohoto typu rozhovoru zůstává i volnost přizpůsobovat se formulace otázek podle dané situace (Hendl, 2008). Otázky, které autorka zpracovala, rozdělila do tří hlavních klíčových bodů: partnerství, sexualita, rodičovství. Díky tomuto členění je umožněna lepší orientace v textu. Otázky k rozhovorům přikládám v příloze č. 1.

Dalším způsobem zkoumání autorka zvolila pro pracovníky přímé péče dotazník s polouzavřenými otázkami. Polouzavřené otázky kombinují výhody, ale také nevýhody otevřených a uzavřených otázek. Polouzavřená otázka vznikne přidáním varianty „jiné“ do uzavřené otázky, která je vlastně otevřenou otázkou a umožňuje respondentovi volně vyjádřit svůj názor. Dotazníky pro pracovníky přímé péče přikládám v příloze č. 2.

5.4. Organizace a průběh výzkumu

Autorka oslovila respondenty, které znala již ze své předešlé praxe. Zeptala se klientů a pracovníků přímé péče, zda by byli ochotní spolupracovat. Autorka také oslovila několik klientů, zda by byli ochotní poskytnout rozhovory na dané téma pro účely bakalářské práce. Čtyři klienti se uvolili, že tyto rozhovory poskytnou. Pracovníky přímé péče autorka oslovila prostřednictvím dotazníků, které vypracovala na téma bakalářské práce. I ti přislíbili spolupráci. Většina oslovených respondentů dotazníky nevyplnila, ač zařízení obsahuje cca. 90 zaměstnanců, vyplněných dotazníků není více jak 30.

Na rozhovory s klienty si autorka vyčlenila jeden celý den, aby nijak nezasahovala do chodu zařízení, kde probíhaly tyto rozhovory. Každý rozhovor začal nejdříve rozhovorem o běžných věcech, které klienti prožívají. Poté se klidně přistoupilo k otázkám, které si autorka předem připravila. Důležité bylo ujistit klienty, že i když budou tyto rozhovory nahrávány na diktafon, nemusí mít strach, že by byly rozhovory veřejně publikované a také, že bude zachována jejich anonymita. Jména klientů jsou v jednotlivých kazuistických šetřeních zaměněna za čísla, se kterými sami klienti souhlasili, právě z důvodu zachování anonymity, kterou si respondenti přáli. Na přání klientů autorka v rozhovorech klientům tykala. Ve všech kazuistických šetřeních je ponechán vlastní způsob vyjadřování se všech respondentů, aby se tak zachovaly původní výpovědi. Na konec rozhovorů autorka klientům poděkovala za jejich ochotu a otevřenost.

5.5. Realizace výzkumu

5.5.1. Kazuistická šetření:

| |
|---------------------------------|
| Klient č. 1, Žena 40 let |
|---------------------------------|

Osobní a rodinná anamnéza: Lehké mentální postižení, žije v chráněném bydlení „Oranžový dům“. S rodinou se vídá a mají dobrý vztah.

Školní docházka a zaměstnání: Speciální základní škola a Praktická škola. V současné době pracuje v chráněné dílně nedaleko Trutnova.

Vlastní pozorování a rozhovor: Podle mého subjektivního názoru je respondentka velmi příjemná starší žena. Je stále usměvavá a ráda odpovídala na mé otázky. Někdy odpovídala na otázky s rozpakem, nebo se smutným výrazem ve tváři, hlavně při otázkách rodičovství.

Oblast partnerství:

Klientka č. 1 se svým novým přítelem chodí již tři roky a je s ním podle jejich slov velice šťastná. Seznámili se prostřednictvím klientčina bratrance o Vánočních svátcích. Podle klientky to byla láska hned na první pohled a byl to pro ni: *„nejkrásnější dárek pod stromeček“*. Klientka uvedla, že toto je její druhý vztah. V prvním vztahu se prý necítila vůbec dobře, ačkoliv spolu s přítelem žili patnáct let. Po rozchodu byla velmi ráda, že nezůstala dlouho sama: *„a objevil se její sen“*. Dlouhodobý vztah je podle klientky to, když už si oba ve vztahu rozumí a dokážou spolu mluvit otevřeně o všem. Roky tedy nehrají podle klientky ve vztahu vůbec žádnou roli. Klientka také uvedla, že i když trval její první vztah patnáct let, poznala prý, že i tahle dlouhá doba nemusí být dlouhodobým vztahem. Chtějí žít oba ve společné domácnosti, ale zatím je to podle slov klientky jen otázkou času kdy se budou moci stěhovat do bytu, který její partner dostal. Zatím žijí každý sám a dělí je dálka dobrých dvě stě kilometrů, takže se mohou setkávat jen o víkendu. Se vztahy s přítelovými rodiči prý nemá vůbec žádný problém, naopak ji mají všichni rádi a těší se její přízně. Společný život dál plánují, chtěli by se v dohledné době vzít. Plánují si termín svatby na letošní pozdní léto. Volný čas, který tráví spolu je jen výjimečnou situací, kdy se spolu vidí o víkendech. Ale podle klientky si to vždy velice užijí. Klientka uvedla, že většinou chodí na procházky: *„rádi houbáříme, tak lítáme každé léto většinou po lese, když jsme spolu“*. Klientka také uvedla, že často doprovází o víkendech svého přítele na fotbalové zápasy, ve kterých se zúčastní jako rozhodčí. Na otázku co se jí nejvíce líbí na jejím příteli uvedla: *„že dokáže ženu podržet ve všech situacích a hlavně vždycky, když je potřeba“*. O svém příteli klientka hovoří jako: *„je to moje největší zlatíčko a jsem ráda, že ho mám“*.

Oblast sexuality:

Pod pojmem si klientka vybaví spíše romantiku. Podle jejich slov je její přítel velmi romantický a proto si slovo intimní spojuje s romantikou. Na otázku „milování“ a „sex“

klientka odpověděla, že nerada mluví o svém soukromí. Podle mého subjektivního názoru působila klientka rozpačitě. Otázkám o sexualitě se záměrně vyhýbala, protože prožila velké zklamání v předchozím vztahu. Podle slov klientky je ráda, že toto období již proběhlo a také uvedla: „ *můj přítel je opravdu milionovej*“.

Oblast rodičovství:

Na otázky tohoto tématu klientka také nechtěla odpovídat, podle mého subjektivního názoru byla klientka velmi smutná, také se klientka rozplakala. Odvedla jsem tedy dalšími otázkami náš rozhovor na jiné téma, kdy se již klientka uklidnila. Ale nechtěla již pokračovat dál v tomto tématu.

Klient č. 2, Žena 38 let

Osobní a rodinná anamnéza: lehké mentální postižení důsledkem epilepsie. Žije v chráněném bydlení Oranžový dům. Klientka má starší sestru.

Školní docházka a zaměstnání: základní škola speciální, Praktická škola, Klientka pracuje v prádelně v Barevných domcích Hajnice.

Vlastní pozorování a rozhovor: Podle mého subjektivního názoru klientka velice ráda odpovídala na otázky našeho rozhovoru, mluvila velmi otevřeně a žádnému tématu se nijak nevyhýbala.

Oblast partnerství:

Na otázku co pro klientku partnerský vztah znamená klientka uvedla: „*vztah, kdy spolu budou dva do konce života*“. S partnerem spolu chodí od března letošního roku. Jejich poznání proběhlo v tanečních. Poznali se při tanci na „věnečku“ a od té doby se spolu začali vídat a následně spolu chodit. Klientka prý měla vztahů hodně: „*mamka by mohla vyprávět*“ uvedla. Dlouhodobý vztah je pro ni velmi relativní pojem: „*člověk může být s někým dva roky, čtyři roky i víc, ale nemusí to být dlouhodobý vztah, záleží jak to každé má*“. Zatím žijí se svým přítelem každý zvlášť, ale budoucnost si spolu často plánují, chtěli by žít spolu: „*a pořídit si pejska nebo i miminko*“. Společné chvíle spolu tráví spíše o víkendech, kdy spolu

chodí na procházky, povídají si spolu o všem, co je napadne, o vztazích. To co se jí na jejím líbí partnerovi je hlavně to, když se partner myje, když se voní, že je hodný a také má ráda, když ji partner chodí vyprovodit na nádraží. A také se jí líbí to, že jí dokáže partner pomoci.

Oblast sexuality:

Slovo „intimní“ je pro klientku spíše synonymem pro pohlavní styk, spojuje si toto slovo s tím, když jsou spolu dva úplně sami. Milování pro klientku znamená to, že se mají dva lidé rádi a jsou k sobě upřímní za všech situací. Podle klientky je slovo „sex“ velmi příjemné a sladké slovo. Přesto se svým přítelem zatím intimním životem nežijí. Podle klientky je pohlavní styk důležitý v partnerství jen tehdy, když chtějí partneři přivést na svět dítě. Ale jinak sex v partnerství podle klientky důležitý není, pro ni je hlavní to, že mohou být spolu a to, že si rozumí a dokážou spolu mluvit o všem. Antikoncepci klientka užívá injekčně jednou za tři měsíce.

Oblast rodičovství:

Rodinu by chtěla klientka časem založit, ráda by se osamostatnila. Také by byla ráda, kdyby se její matka dožila vnoučat, tak jako si užívá vnoučat klientčiny sestry. Na dítě by se velmi těšila, podle slov by se klientka dokázala o dítě postarat, ví jak je náročná péče o dítě a co všechno zahrnuje. „*Dítě bych si moc přála, a dokázala by ch se o něj postarat, hlídala jsem i děti mé sestry, když musela jít do práce*“. Rodina klientku velmi podporuje ve vztahu, který teď prožívá. Rodina by ji podle jejich slov byla schopná pomoci a určitě by ji podpořili.

Klient č. 3, Žena 33 let

Osobní a rodinná anamnéza: Lehká mentální retardace, bydlí v chráněném bydlení Oranžový dům. Sourozence nemá.

Školní docházka a zaměstnání: Základní škola speciální, Praktická škola obor kuchařská práce. Nyní pracuje v chráněné dílně nedaleko Trutnova, kam každý den dojíždí.

Vlastní pozorování a rozhovor: Klientka podle mého subjektivního názoru působila velmi nejistě a na otázky odpovídala velmi rozpačitě, přesto se po chvílce uvolnila a byla klidnější. Klientka je podle mého názoru milá a veselá mladá žena.

Oblast partnerství:

S přítelem chodí klientka již velmi dlouho, jsou spolu prý asi devět let. Partnerským vztahem pro klientku je, když si dva mohou věřit a jsou si lidé oporou. Společný čas spolu nemohou moc prožívat, protože každý z páru bydlí někde jinde. Stýkají se tedy jen tehdy, když mohou a čas jim to dovolí. Spolu s přítelem se seznámili v cvičné kavárně, kde oba svého času pracovali. Chodili spolu na romantické procházky a nakonec spolu zůstali, protože jim to tak vyhovuje. Dlouhodobý vztah klientka neřeší: „*nezáleží na tom, jak dlouho jsou dva spolu*“. Společná domácnost je pro klientku vidina do budoucna, uvedla: „*když on bude chtít, tak klidně*“. Nejvíce se jí na jejím partnerovi líbí všechno: „*líbí se mi prostě celej*“ uvedla. Na otázku svatby mi klientka odpověděla, že se zatím ona vdávat nechce, protože v tom nevidí nic, co by muselo být důležité pro partnerský vztah.

Oblast sexuality:

Na otázky ohledně sexuality klientka odpovídala velmi rozpačitě. Většinou na otázky odpovídala, že neví nebo o tom mluvit nechce. Antikoncepci klientka užívá perorálně. Intimní vztah nepovažuje v partnerství za důležitý, Nemá potřebu nějak intimně žít: „*stačí mi to, co máme*“ uvedla. Nejdůležitější pro klientku je vzájemná podpora a láska.

Oblast rodičovství:

Klientka uvedla, že zatím rodinu nechce a ani na to vlastně vůbec nemyslí a nic to pro ni neznamena. Odpověděla, že spíš považuje za důležité mít rodinné zázemí, než založit rodinu. Rodinné zázemí tvoří hlavně podle slov klientky její přítel. Péče o dítě je podle klientky velmi těžká a složitá hlavně v prvních měsících. Mít dítě je pro klientku opravdu podle jejich slov nemyslitelné.

Klient č. 4, Muž 35 let

Osobní a rodinná anamnéza: Středně těžká mentální retardace, bydlí v chráněném bydlení Oranžový dům, sourozence nemá.

Školní docházka a zaměstnání: Základní škol speciální, nyní pracuje v cvičné kavárně „Oranžová kavárna“.

Vlastní pozorování a rozhovor: Klient podle mého subjektivního názoru působí velice tiše a rozpačitě, odpovědi si velice pečlivě formuloval. Na otázky odpovídal nenuceně, ale s rozvahou.

Oblast partnerství:

„ *Přítelkyni mám a už dlouho*“ uvedl klient. Partnerský vztah pro klienta znamená to, že mohou být se svou přítelkyní spolu a rozumějí si. Se svou přítelkyní se klient seznámil v Barevných domcích v Hajnicích, kde oba chvíli bydleli. Toto je klientův první vztah a je moc rád, že svou partnerku má. Dlouhodobý vztah je pro klienta to, když jsou spolu dva lidé třeba rok. Se svou přítelkyní nežije ve společné domácnosti, ale oba plánují společnou domácnost, Chtějí se vzít. Společný čas spolu moc netráví, protože každý bydlí někde jinde. Nejvíce se klientovi na jeho partnerce líbí její dlouhé vlasy, které nosí rozpuštěné. Také se mu líbí, to že si spolu mohou povídat.

Oblast sexuality:

Intimita pro klienta znamená to, když jsou spolu jen sami dva. Na otázku jaký vidí rozdíl mezi slovem sex a milovat neodpověděl, uvedl, že neví jak to přesně říct, protože se stydí. Na otázku, zda si myslí, že je sex ve vztahu důležitý klient odpověděl, že je to důležité, protože je to hezké. Antikoncepci užívá jeho přítelkyně. Na další otázky klient už nechtěl odpovídat, proto jsme se tedy rozhodli pokračovat dalším tématem.

Oblast rodičovství:

Se svou partnerkou by rodinu mít chtěl, ale až po tom co se vezmou a až budou mít peníze. Péče o dítě je podle klienta velmi náročná a unavující. Péče totiž podle klienta zahrnuje,

krmení, přebalování, výchova. Představa, že bude o dítě pečovat jak uvedl ho nijak neděsí a nebojí se toho. Přesto by klient chtěl jedno dítě se svou přítelkyní. Podle slov klienta by je určitě rodiče podporovali. Rád by se osamostatnil a žil se svou přítelkyní.

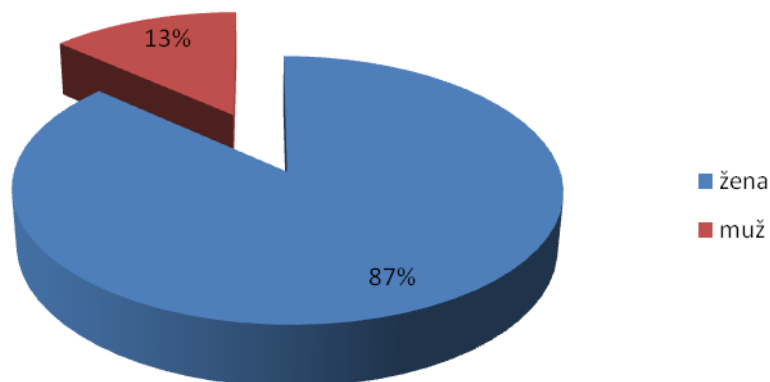
5.5.2. Vyhodnocení dotazníků:

Celkem bylo získáno a analyzováno 30 vyplněných dotazníků. U dílčích otázek se počet respondentů, kteří na danou otázku odpověděli, liší. Absolutní a relativní četnosti u jednotlivých otázek jsou vypočítány pouze z relevantních odpovědí. Nerelevantní (chybějící a nejednoznačné) odpovědi nebyly do výpočtů zahrnuty.

Anketního šetření se zúčastnilo 30 respondentů z toho 26 žen a 4 muži. Jednalo se o pracovníky v přímé péči v oblasti sociální péče v Barevných domcích Hajnice.

Poznámka: Ve výzkumu se potvrdilo, že pracovníci přímé péče jsou ve velké většině ženy než muži. Všeobecně mají větší zastoupení v přímé péči v sociálních službách spíše ženy.

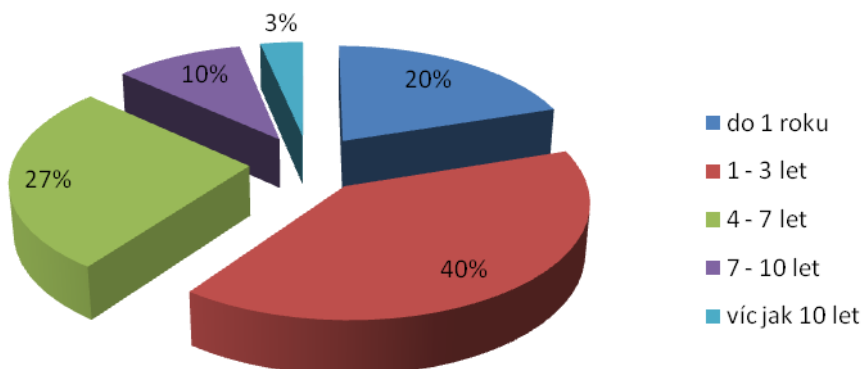
Graf č. 1 Vzorek respondentů podle pohlaví



Délka praxe pracovníků v přímé péči je podrobně zobrazeno v Grafu č. 2. Nejvíce respondentů uvedlo délku praxe 1-3 roky což odpovídá čtyřiceti procentům z celkového počtu dotazovaných, dále je uváděna praxe 4-7 let, následně praxe do 1 roku a praxe 7-10

let. Nejméně respondentů uvedlo délku praxe více jak 10 let, což odpovídá třem procentům z celkového počtu odpovědí respondentů.

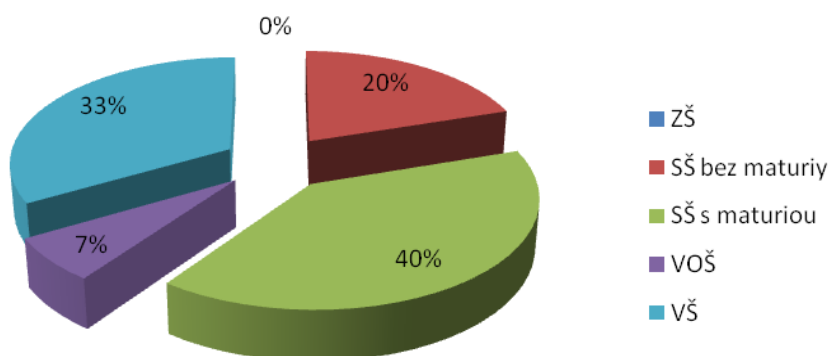
Graf č. 2 Délka praxe pracovníků přímé péče v zařízení Barevné domky Hajnice



Nejvyšší dosažené vzdělání souboru respondentů je rozdílné. Nejvíce respondentů přesněji 12 respondentů z dotazovaných třiceti dosáhlo Střední školy s maturitou, většinou jiného zaměření, než by bylo vhodné např. SŠ Textilní. Deset respondentů uvedlo Vysokoškolské vzdělání, což je 33%. Dvacet procent respondentů uvedlo Střední školu bez maturity. Sedm procent respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání.

Poznámka: Velmi závažné je to, že pouze malá část respondentů dosáhla vzdělání, které by odpovídalo oblasti sociální péče.

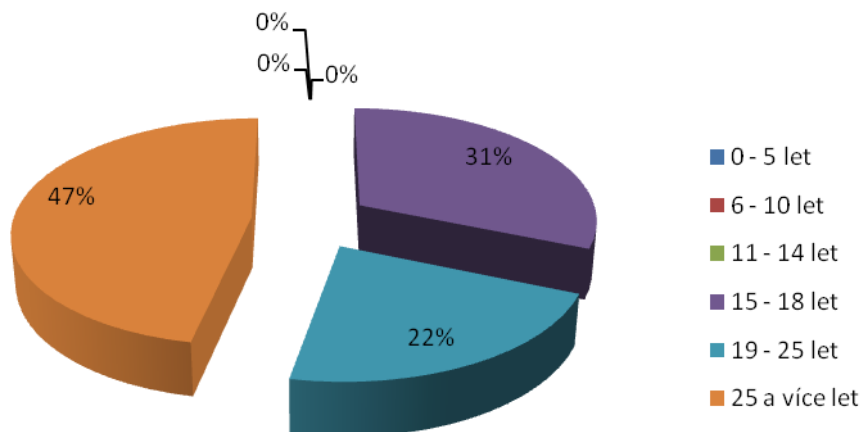
Graf č.3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Věkové rozmezí klientů v zařízení Barevné domky hajnice je více než jednoznačné. Nejvíce je klientů ve věkovém rozmezí 25 let a více což představuje 47%. Dále je to věkové rozmezí 15-18 let. Nejméně respondentů uvedlo věkové rozmezí klientů 9-25 let, což představuje 22%

Poznámka: Věkové rozmezí od 0-14 let respondenti vůbec neuvedli. Nejvíce tedy pracovníci přímé péče pracují s klienty ve věkovém rozmezí od patnácti let a výše.

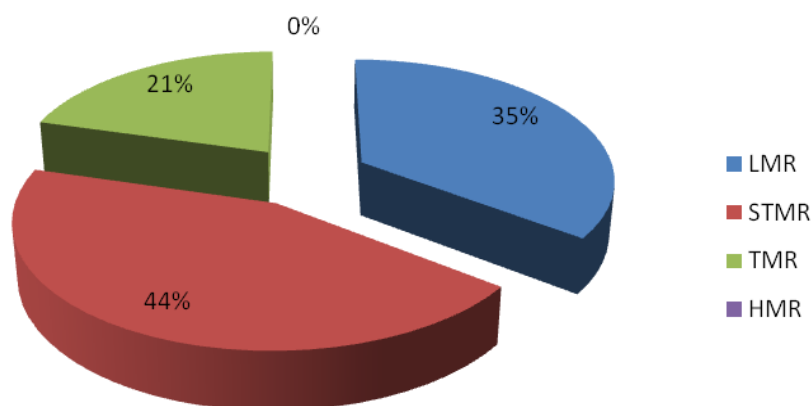
Graf č. 4. Věkové rozmezí klientů v zařízení Barevné domky Hajnice



Stupeň mentálního postižení přítomného u klientů, se kterými pracují pracovníci přímé péče v zařízení Barevné domky Hajnice, je zastoupeno takto: 44% Středně těžká mentální retardace, 35% Lehká mentální retardace, 25% těžká mentální retardace. Hlubokou mentální retardaci respondenti neuvedli. Její přítomnost v zařízení Barevné domky Hajnice je tedy nulová.

Poznámka: Respondenti mohli uvést víc možností mentálního postižení, se kterým pracují.

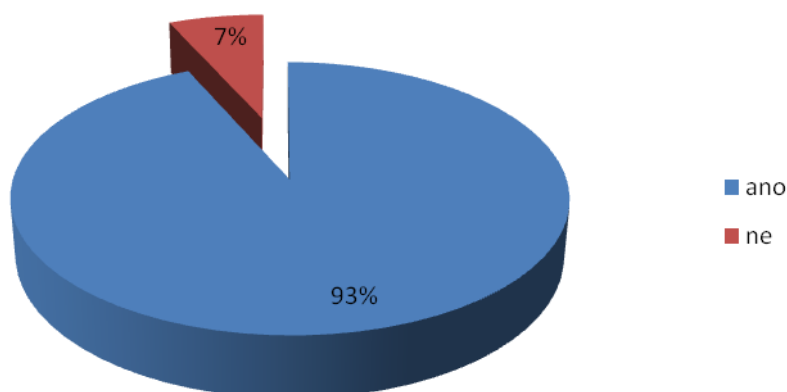
Graf č. 5 Četnost mentálního postižení v zařízení Barevné domky Hajnice



Na otázku, zda se v tomto zařízení zabývají otázkou partnerství, rodičovství a sexuality odpověděli respondenti v drtivé většině „Ano“ Což představuje 28 odpovědí kladně a pouze 2 odpovědi záporně. Můžeme tedy usuzovat, že se v zařízení Barevné domky Hajnice touto problematikou zabývají.

Poznámka: Na otázku „ Ne“ odpověděla pracovnice PPP, která se touto problematikou nezabývá z důvodu práce pouze s osobami se středně těžkou a těžkou mentální retardací. Další respondent, který na otázku odpověděl také „ Ne“ neuvedl důvod, proč tak učinil

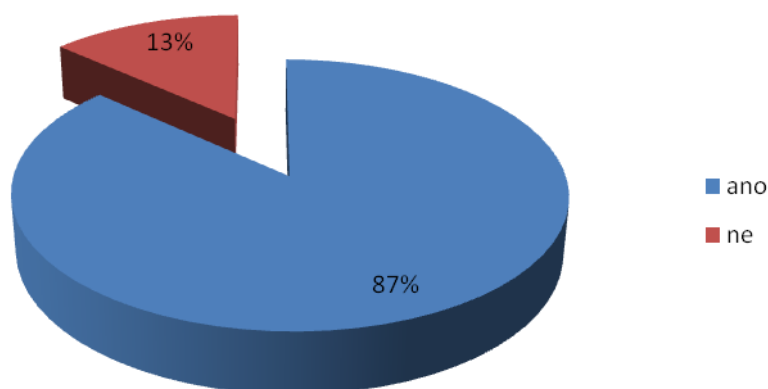
Graf č. 6 Otázka zabývání se partnerství, rodičovstvím a sexualitou v zařízení Barevné domky Hajnice



Na otázku zda respondenti považují zabývání se touto problematikou za důležité, odpověděla velká většina respondentů kladně tedy odpověď „ Ano“, což představuje 26 respondentů. „ Ne“ odpověděli pouze 4 respondenti.

Poznámka: Respondenti, kteří odpověděli „ Ne“ neuvedli důvod, proč tak učinili.

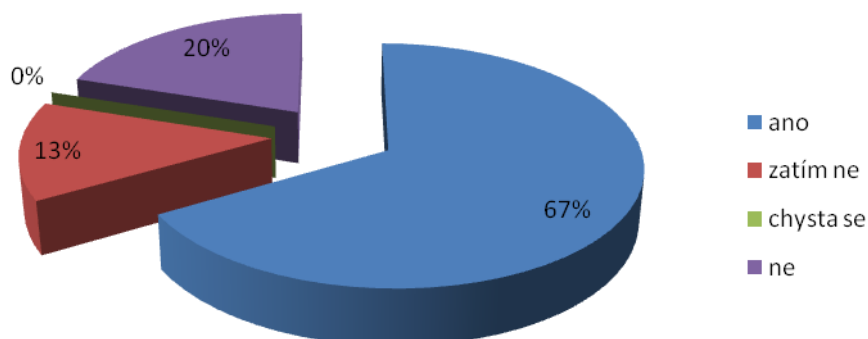
Graf č.7 Je důležité zabývat se problematikou partnerství, rodičovství a sexualitou u osob s mentálním postižením?



Na otázku, zda absolvoval pověřený pracovník kurz, či jiné vzdělávání zaměřené na partnerství, rodičovství a sexualitu odpovědělo 20 respondentů „Ano“, což je tedy 67%, 6 respondentů odpovědělo „Ne“ což je 20%. A 4 respondenti odpověděli možnost „ Zatím ne“ což je 13% z celkového počtu dotazovaných. Žádný z respondentů neodpověděl na otázku : „Chystám se“.

Poznámka: Respondenti, kteří odpověděli ano, také uvedli název kurzu, nebo dalšího vzdělávání. Respondenti tedy prošli kurzem: „Sexuální výchova lidí s mentálním postižením č. 1 a č. 2“.

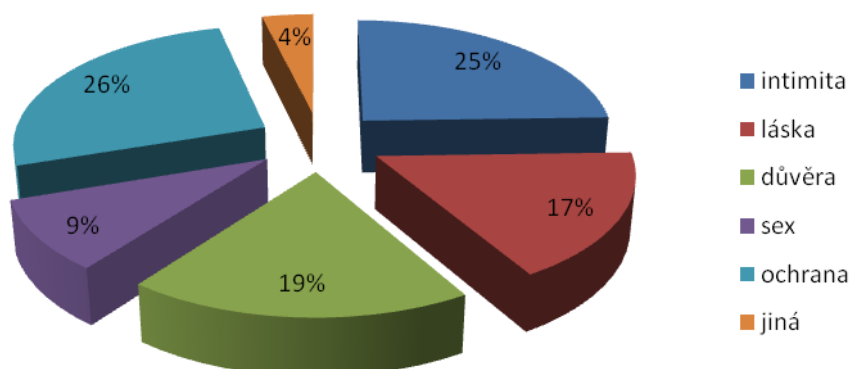
Graf č. 8 Absolvoval pověřený pracovník kurz, či jiné vzdělávání zaměřené na problematiku partnerství, rodičovství a sexuality.



Sexualita partnerství rodičovství jako široký pojem zahrnuje řadu oblastí. Na otázku, kterou oblast považují respondenti pro osoby s mentálním postižením za nejdůležitější. Uvedli respondenti odpovědi takto: Nejdůležitější z pohledu pracovníků přímé péče je hlavní Ochrana 26%, Intimita 25%, Důvěra 19%, Láska 17%, Sex 9%, Jiná 4%.

Poznámka: Respondenti mohli opět zvolit několik odpovědí. Na odpověď jiná odpověděli celkem 4 respondenti dalšími možnostmi, které by mohly být zařazeny do této oblasti. Např: zneužívání, vzájemné pochopení partnerů, hygiena po pohlavním styku, hygiena obecně.

Graf č. 9 Oblasti sexuality, partnerství a rodičovství



5.6. Závěr výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo seznámení s problematikou mentálního postižení a problematikou partnerství, rodičovství a sexuality u osob s mentálním postižením. Hlavním cílem výzkumu bylo jaký vztah a pohled mají na otázku rodičovství osoby s MP. Autorka zvolila kvalitativní výzkum, což zahrnovalo interwiev s osobami s mentálním postižením a dotazník určený pro pracovníky přímé péče v zařízení, kde žijí i sami klienti.

Z výzkumu vyplynulo, že se pracovníci v přímé péči problematikou partnerství, rodičovství a sexuality u osob s mentálním, postižením zabývají a považují tuto problematiku za důležitou. Tento závěr vyplynul z výzkumného šetření. Z grafu bylo evidentně jasné, že pracovníci jsou do této problematiky zainteresovaní, považují ji za důležitou a je tedy potřeba se jí tedy zabývat.

Zhodnotíme-li interwiev s klienty, můžeme říci, že každý z klientů žije v partnerském vztahu, přináší jim to uspokojení a radost. Většina klientů zatím za intimnost považují to, že mohou být spolu sami. Společnou budoucnost si často představují, ale zatím každý z nich žije odděleně. Představa rodičovství v nich vyvolává osamostatnění se od rodiny a začít žít jako lidé „bez handicapu“. Rodičovství je podle jejich slov velmi náročné, ale dokážou si výchovu dětí reálně představit.

Obě skupiny jak respondenti, tak i osoby s mentálním postižením považují tuto problematiku za důležitou. Pracovníci v přímé péči s mentálně postiženými osobami mají zájem a jsou ochotni problematiku partnerství, rodičovství a sexuality řešit a pomoci osobám s mentálním postižením, tak aby žili plnohodnotným životem a podle jejich představ. Osoby s mentálním postižením zase potřebují podporu, pomoc a informace o problematice partnerství, rodičovství a sexuality ze strany pracovníků přímé péče, nebo rodiny.

Pokud tedy mají obě strany zájem tuto problematiku řešit, v praxi toto může vypadat tak, že osoby s mentálním postižením vyhledávají pracovníky, kteří mohou pomoci a poradit. A naopak vzhledem k tomu, že pracovníci uvedli zabývání se touto problematikou za důležitou, mohou učinit odvážnější kroky směrem k této problematice, ať větší informovaností veřejnosti, i samotných osob s mentálním postižením o této problematice.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo „Člověk s mentálním postižením a rodičovství“. V teoretické části bylo blíže rozebráno mentální postižení a související fakta s touto problematikou. V další teoretické části bylo rozebráno téma partnerství, rodičovství a sexuality u osob s mentálním postižením, bohužel dostupnost informací a publikací v České republice je prozatím celkem nízká. Bylo tedy velmi obtížné uvést tuto problematiku, protože většina informací pochází pouze ze zahraničí a je tedy velmi obtížné aplikovat poznatky na Českou populaci mentálně postižených. Sexualita u osob s mentálním postižením už zdaleka není takové tabu jak problematika rodičovství u osob s mentálním postižením.

Zmíníme-li praktickou část, je potřeba se zamyslet nad přístupem obou skupin, tzn. pracovníků v přímé péči i osob s mentálním postižením. Pracovníci přímé péče nepřistupovali zdaleka tak, jak bychom očekávali. Pracovníci přímé péče na dotazníky odpovídali ledabyle a většinou odpovídali na pouze na otázky, kde byly možnosti výběru. Na otevřené otázky většina respondentů neodpověděla, nebo pouze jedním slovem.

Osoby s mentálním postižením prostupovaly k interwiev zodpovědně a jejich snaha odpovědět na všechny otázky položené v interwiev předčila veškerá očekávání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 3., Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-0607.
- [2.] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [3.] PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [4.] ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Olomouc: 2010. ISBN 978-80-244-1689-2.
- [4.] RENOTIÉROVÁ, M. LUDÍKOVÁ, L a kol., *Speciální pedagogika*. Vyd. 4., Olomouc: 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- [5.] ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [6.] VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. Vyd. 4., Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [7.] SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [8.] Mezinárodní klasifikace nemocí- 10 revize, *Duševní poruchy a poruchy chování*. Vyd. 3. Praha: Psychické centrum Praha, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- [9.] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Vyd. 2., Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

Internetové zdroje:

- [10.] *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením*. [online]. 2007, [cit. 20.6.2011]. Dostupné z: <<http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>>.
- [11.] *Rodiče s postižením intelektu*. [online]. 2011, [cit. 17.6.2011]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1153>>.
- [12.] *CAN ADULTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES HAVE AND RAISE CHILDREN*. [online]. 2011, [cit. 18.6.2011]. Dostupné z: <http://aaid.org/content_198.cfm>.

[13.] Prevendárová, J. *Sexualita lidí s MP*. [online]. 2002, [cit. 17.6.2011]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>>.

[14.] Uzel, R. *Jakou antikoncepci?*. [online]. 2005, [cit. 19.6.2011]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=615>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|---------|--|
| MKN- 10 | Mezinárodní klasifikace nemocí- desátá revize |
| MP | Mentální postižení |
| IQ | Intelligenční kvocient |
| AAIDD | (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities)- Americká asociace pro postižení intelektu a vývojová postižení |

SEZNAM PŘÍLOH

- P I.** Otázky k rozhovoru s osobou s mentálním postižením.
- P II.** Dotazník určený pracovníkům v přímé péči s lidmi s mentálním postižením

PŘÍLOHA P I:

OTÁZKY K ROZHOVORU S OSOBOU S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Jak se jmenuješ?

Kolik je ti let?

Co v současné době děláš – pracuješ? Kde?

Partnerství

1. Co pro tebe partnerský vztah znamená?
2. Jak dlouho chodíš se svým přítelem/ přítelkyní?
3. Jak jste se s přítelem/přítelkyní seznámili?
4. Kolik jsi již měl/a vztahů (S kolika kluky/holkami jsi chodila)?
5. Jaký vztah je podle tebe dlouhodobý (Jak dlouho musíš s přítelem/přítelkyní chodit)?
6. Žiješ s přítelem/přítelkyní ve společné domácnosti?
7. Plánuješ budoucnost se svým současným přítelem/přítelkyní? Pokud ano – Jak si to představuješ
(Chceš s přítelem/přítelkyní dál jen chodit nebo spolu bydlet)?
8. Chtěl/a by ses v budoucnu vdát/oženit?
- Pokud ano - V kolika letech by ses chtěl/a vdát/oženit?
- Pokud ne – Proč?
9. Jak se svým přítelem/přítelkyní trávíš společný čas?
10. Jaké máš sny, přání v životě v oblasti partnerství?
11. Co se ti na tvém partnerovi nejvíce líbí?

Sexualita

1. Co pro tebe znamená slovo intimní?
2. Jsou pro tebe slova sex a milovat stejného významu nebo je rozlišuješ? Co pro tebe znamenají?
3. Už ses s někým miloval/a?
4. Žiješ s přítelem/přítelkyní intimním životem? Milujete se spolu?
5. Byl tvůj současný přítel/přítelkyně první muž/žena, se kterým ses miloval/a?
6. Myslíš si, že je sex v partnerství důležitý?
7. Používáte při milování antikoncepci?
8. Jakou používáte antikoncepci? (Hormonální antikoncepci, prezervativ...)

Rodičovství

1. Myslíš si, že by s tebou partner chtěl založit rodinu?
2. Chtěl/a bys mít někdy se svým přítelem/přítečkou miminko?
3. Co myslíš, že péče o dítě zahrnuje?
4. Jak by sis představoval/a to jak budeš o dítě pečovat?
5. Co si představíš pod slovem rodičovství?
6. Dokázal/a by ses o dítě postarat sama bez pomoci rodičů, nebo jiných blízkých?
7. Podporují vás tvoji a přítelovi rodiče ve vztahu? Jak?
8. Podpořili by vás rodiče, kdyby jste měli vychovávat dítě?

PŘÍLOHA P II:

Dotazník určený pracovníkům v přímé péči s lidmi s mentálním postižením

Dobrý den,

jmenuji se Iva Bednářová, jsem studentka bakalářského studia Speciální pedagogika-dramaterapie. Tématem mé bakalářské práce je „**Člověk s mentálním postižením a rodičovství.**“ Tento výzkum se zaměřuje zejména na otázky, které mi napoví, kdo se touto oblastí nejčastěji v organizacích zabývá, jaké jsou postupy práce při informovanosti klientů o sexualitě partnerských vztazích a rodičovství a jaké je všeobecné povědomí o této problematice u zaměstnanců, kteří vstupují do přímé péče s lidmi s mentálním postižením. Prosím Vás tedy o spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a řídí se zákonem č.101/2000 Sb. „O ochraně osobních údajů“. V případě zájmu, bude práce vyvěšena na www.upol.cz, nebo můžete na konci dotazníku uvést email, na který budou zaslány výsledky.

Děkuji Vám za spolupráci a přeji mnoho osobních i pracovních úspěchů!

1. Zařízení (organizace) v němž pracujete?

2. Délka Vaší praxe v tomto zařízení?

- a. do 1 roku
- b. 1 – 3 roky
- c. 4 – 7 let
- d. 7 – 10 let
- e. více jak 10 let(vypište kolik)

3. Jaká je Vaše pracovní pozice v organizaci?

4. Jaké je věkové rozmezí klientů, se kterými pracujete?

- a. 0 – 5 let
 - b. 6 – 10 let
 - c. 11 – 14 let
 - d. 15 – 18 let
 - e. 19 -25 let
 - f. 25 a více let
- (vyznačte potřebný počet odpovědí)

- 5 Jaký je stupeň mentálního postižení (dále jen MP) u klientů, se kterými pracujete?**
- a. lehká mentální retardace
 - b. středně těžká mentální retardace
 - c. těžká mentální retardace
 - d. hluboká mentální retardace
- (vyznačte potřebný počet odpovědí)*
- 6 Zabýváte se ve Vaší organizaci problematikou sexuality, partnerství a rodičovství lidí s MP?**
- a. ano
 - b. ne
- 7 Pokud jste odpověděl/a ANO v otázce č. 6 – jaké metody a postupy používáte při přímém informování klientů s MP o této problematice?**
- a. individuální rozhovory
 - b. přednáška
 - c. práce ve skupinách (aktivní spolupráce klientů)
 - d. využívání knih, filmů a audiovizuálních pomůcek
 - e. jiné *(uved'te)*
- 8 Kdo je ve Vaší organizaci pověřen informovat klienty o této problematice?**
- 9 Absolvoval pověřený pracovník kurz či jiné vzdělávání zaměřené na sexualitu, partnerství, rodičovství u lidí s MP?**
- a. ano
 - b. zatím ne
 - c. chystá se
 - d. ne
- 10 Pokud jste odpověděli na otázku č.9 a. ANO, uveďte prosím o jaký kurz/vzdělání šlo.**

11 Považujete zabývání se touto problematikou ve vašem zařízení za důležitou?

- a. ano
- b. ne

12 Pokud jste na otázku č. 11 odpověděli a. ANO, uveďte prosím proč je tato problematika důležitá.

13 Sexualita, partnerství, rodičovství jako široký pojem, zahrnuje řadu oblastí. Kterou považujete pro lidi s MP za nejdůležitější (která by měla být nejvíce probíraná)?

- a. intimita
- b. láska
- c. důvěra
- d. sex
- e. ochrana
- f. jiná

(vyznačte potřebný počet odpovědí)

14 Co je pro Vás nejtěžší při informování klientů o této problematice?

(Můžete popsat i konkrétní situace)

Informace o respondentovi

1 Vyznačte prosím, jste-li:

- a. žena
- b. muž

2 Kolik je Vám let?

- a. 18 – 25 let
- b. 26 – 30 let
- c. 31 – 40 let
- d. 41 – 54 let
- e. 55 let a více

3 Vaše dosažené vzdělání? U odpovědí c, d, e, uveďte prosím obor.

- a. ZŠ
- b. SŠ bez maturity
- c. SŠ s maturitou
- d. VOŠ
- e. VŠ

Pokud máte jakékoli připomínky k dotazníku nebo tématu, uvítám Vaše rady či náměty na mém e- mailu ivanka-133@seznam.cz Pokud Vás bude zajímat závěr mého výzkumu, ráda Vám jej zašlu na Váš e-mail :

Děkuji za Váš čas a vyplnění tohoto dotazníku

ANOTACE

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Iva Bednářová |
| Katedra: | Ústav speciálněpedagogických studií |
| Vedoucí práce: | Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2011 |

| | |
|------------------------------|---|
| Název práce: | Člověk s mentálním postižením a rodičovství |
| Název v angličtině: | Person who have mental retardation and parenthood |
| Anotace práce: | <p>Tématem bakalářské práce je člověk s mentálním postižením a rodičovství. Práce popisuje téma mentálního postižení a jeho rozdělení. Dále se práce zabývá otázkou partnerství, rodičovství a sexuality u osob s mentálním postižením. Cílem teoretické práce je seznámit čtenáře podrobněji s touto problematikou. Praktická část se zaměří na kvalitativní výzkum této problematiky. První část se zabývá interview s osobami s mentálním postižením o otázkách partnerství, rodičovství a sexuality. Druhá část se zabývá šetřením dotazníků, které byly určeny pracovníkům v přímé péči v oblasti sociální péče. Závěrem praktické části jsou uvedena data vyplývající z výzkumného šetření.</p> |
| Klíčová slova: | Mentální postižení, partnerství u osob s mentálním postižením, rodičovství u osob s mentálním postižením, sexualita u osob s mentálním postižením, deklarace práv osob s mentálním postižením |
| Anotace v angličtině: | <p>The theme of the thesis is person who have mental retardation and parenthood. The thesis describe mental disability. Another important are quest. about relationship, parenthood and sexuality in people who have mental retardation. The aim of the theoretical part familiar with that problem readers. The practical part is focus to qualitative research in that issues. The first part interview with people who have mental retardation about relationship, parenthood and sexuality in people who are disabled. Sekond part are questionnaires for people who are in direkt care with people</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| | who have mental retardation. At the end we indicate information from research. |
| Klíčová slova v angličtině: | Mental retardation, relationship in people who have mental retardation, parenthood in people who have mental retardation, sexuality in people who have mental retardation, Declaration of rights in people who have mental retardation |
| Přílohy vázané v práci: | <p>P I. Otázky k rozhovoru s osobou s mentálním postižením.</p> <p>P II. Dotazník určený pracovníkům v přímé péči s lidmi s mentálním postižením</p> |
| Rozsah práce: | 54 stran |
| Jazyk práce: | Český jazyk |