

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Přátelství, partnerství a rodičovství očima osob s mentálním
postížením**

**Friendship, partnership and parenting through the eyes of people
with intellectual disabilities**



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Simona Trojáková**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Lečbych Ph.D.**

Olomouc

2014

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma :„ Přátelství, partnerství a rodičovství očima osob s mentálním postižením“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

OBSAH

Úvod

TEORETICKÁ ČÁST

1 Osoba s mentálním postižením v tradičním a psychologickém pojetí7

- 1.1 Osoba s mentálním postižením.....7
- 1.2 Osoba s mentálním postižením v tradičním pojetí.....8
- 1.3 Osoba s mentálním postižením v psychologickém kontextu.....11

2 Sexualita osob s mentálním postižením.....15

- 2.1 Vývoj sexuality jako celoživotní proces.....16
- 2.2 Specifika sexuality podle stupně mentálního postižení.....18
- 2.3 Stereotypy a předsudky týkající se sexuality a rodičovství.....20
- 2.4 Edukace jako významný faktor sexuality.....22

3 Partnerství a vztahy osob s mentálním postižením.....28

- 3.1 Partnerský vztah.....29
- 3.2 Manželství osob s mentálním postižením.....32
- 3.3 Možnosti podpory vztahů osob s mentálním postižením.....33
 - 3.3.1 Podpora sebeurčení u osob s mentálním postižením.....34
- 3.4 Studie problematiky sexuality a vztahů u osob s mentální retardací.....34

4 Problematika rodičovství osob s mentálním postižením.....37

- 4.1 Podpora a služby rodičům s mentálním postižením.....38
- 4.2 Studie problematiky rodičovství u osob s mentálním postižením.....39
- 4.3 Právní legislativa sexuálního života, manželství a rodičovství.....44

VÝZKUMNÁ ČÁST.....48

5 Participace osob s mentálním postižením na výzkumu.....49

- 5.1 Problematika participace osob s mentálním postižením.....49
- 5.2 Otázka mentální kapacity a participace na výzkumu.....51
- 5.3 Specifika a možnosti vedení rozhovorů u osob s mentální retardací.....52

6 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....54

7 Design výzkumu.....55

- 7.1 Typ výzkumu..... 55
- 7.2 Metody získávání dat.....55

7.3	Metody zpracování a analýzy dat.....	56
8	Výzkumný soubor.....	57
8.1	Výběr výzkumného souboru.....	57
8.2	Popis výzkumného souboru.....	57
9	Analýza dat.....	60
9.1	Pojetí pojmu přátelství u osob s mentálním postižením.....	60
9.2	Vnímání a role partnerství osobami s mentálním postižením.....	64
9.3	Edukace v oblasti párové sexuality.....	69
9.4	Rodičovství vztahující se k osobám s mentálním postižením.....	72
9.5	Srovnání získaných dat osob s mentálním postižením a rodičů těchto potomků.....	74
10	Zodpovězení výzkumných otázek.....	76
10.1	Jak osoby s mentálním postižením definují a rozumí pojmu přátelství?.....	76
10.2	Jaká je představa partnerství pro osoby s mentální retardací?.....	76
10.3	Jaká je míra edukace u osob s mentálním postižením v otázkách párové sexuality?....	77
10.4	Jak se vztahují osoby s mentálním postižením k rodičovství a jakou míru a druh podpory si přejí v této oblasti?.....	78
11	Diskuze.....	79
11. 1	Diskuze o metodě.....	79
11. 2	Diskuze o výsledcích výzkumu.....	80
11. 3	Náměty pro praxi.....	82
12	Závěr.....	84
13	Souhrn.....	86
	Použitá literatura.....	90

Přílohy

Úvod

Humanizační a integrační trendy posledních let pozměňují postoje společnosti k osobám s mentálním postižením se snahou umožnovat jim plnohodnotnější život s rozvojem a včleňováním do společnosti. Studie se svými novými přístupy posunula od realizace „ne o nich“, ale „s nimi“ čímž dochází k důležitému kroku uznání práv a zájímání se o názory těchto osob nejen na papíře, ale také ve skutečném životě. Autorka této práce již několik let pracuje s osobami s mentálním postižením, proto se snažila jít také cestou „O nás s námi.“

Uznání sociálních a právních kompetencí, respekt jejich života především s jeho sexuální komponentou, podporující programy a rozvoj sociálních zařízení, to vše má osobám s mentálním postižením pomoci na jejich „nové cestě“. Redukce míry podpory s poskytováním možnosti být více nezávislý a mít možnost více rozhodovat o své osobě je závislá na mnoha aspektech. Jako nejdůležitější se jeví úspěšném zvládnutí a naučení se základním dovednostem, které jsou pro samostatnější život nepostradatelné, ale bez rodičovské či jiné podpory a především respektu tato „nová cesta“ nemá možnost být úspěšná. Otázkou také zůstává, do jaké míry, i přes snahu všech těchto moderních trendů, jsou tyto osoby schopny s těmito fakty pracovat a jaký je jejich úhel pohledu.

Tato práce si klade za cíl nahlédnout do problematiky přátelství, partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením jako důležitého aspektu každého života. V teoretické části se zaměřujeme na samotné pojednání mentálního postižením z několika pohledů a blíže na problematiku dotýkající se blízkých vztahů a sociálních rolí těchto osob. Tato část také přináší výsledky studií dotýkající se této problematiky s možnostmi edukace a možné podpory dotýkající se těchto témat. Teoretická část je také doplněna o doplňující příklady z praxe ze zaměstnání autorky. Jména osob v těchto příkladech byla pro zachování anonymity pozměněna. Ve výzkumné části je na tuto problematiku navázáno se snahou zodpovězení na otázky týkající se této problematiky.

**TEORETICKÁ
ČÁST**

Osoba s mentálním postižením v tradičním a psychologickém pojetí

1.1 Osoba s mentálním postižením

Při snaze pochopit, uchopit a zkoumat jakýkoliv fenomén se setkáváme s úsilím tomuto fenoménu přiřadit termín a definici. Osoba s mentálním postižením v tomto není výjimkou. Z pohledu historické perspektivy je vidět značný trend humanizace spojený s osobami s mentálním postižením, ať už se jedná o redefinice, upouštění od nálepkování těchto osob termíny, ze kterých se s postupem času staly nadávky či novými modely a přístupy k těmto osobám. Počátky tohoto humanizačního trendu lze spatřovat i ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která na svém prvním kongresu v Montpellieru v roce 1967 hovoří o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost, a teprve až na druhém místě je i defektní (Valenta et al., 2012).

V odborné terminologii se setkáváme s variabilitou týkající se označování těchto osob, která je definována stupněm jejich postižení jako debilita, imbecilita, idiocie, které se dnes již nepoužívají. S postupujícím humanizačním trendem jsou tyto osoby kupříkladu označovány především ve Spojených státech amerických, v Kanadě či Austrálii jako „intellectual disability people“, ve Velké Británii jako osoby s „learning difficulty“, které vystihuje u těchto osob především výukové obtíže než podstatu mentálního postižení (Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007).

Především v anglicky psané literatuře je více používán pojem mentální postižení (intellectual disability), který je prezentován Světovou zdravotnickou organizací i Americkou asociací pro intelektová a vývojová postižení. Tento pojem je více v souladu se současnou „lege artis“ zaměřenou především na funkční chování a kontextuální faktory, poskytující logickou základnu pro opatření a individualizovanou podporu díky svému ukotvení v sociálně-ekologickém kontextu, je méně stigmatizující a je více konzistentní s mezinárodní terminologií (Schalock, 2007).

V České republice je také patrná snaha o zavádění nových termínů v souladu s tímto trendem. Jak uvádí Černá a Kvapilík (1995), v obecné rovině se začíná hovořit jako o jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami. Z psychologického pohledu tato formulace není přesná, neboť vzdělávací potřeby by měli být u všech dětí stejné, tudíž jedná se o potřebu

rozvítet se, dovídat se nové věci, orientovat se. Nejedná se tedy ani tak o potřebu, ale spíše jde o vytvoření speciálních podmínek pro rozvoj těchto osob.

Švancarová uvádí, že „*organizace Inclusion International, dříve známá jako Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem (ISLMH), doporučuje užívat označení člověk (dítě, mladiství) s mentální retardací (s mentálním postižením)*“ (Švancarová, 2006, 30).

V průběhu doby také dochází ke změnám přístupu a pohledu na osoby s mentálním postižením, což s sebou přináší neustálou potřebu změny definování tohoto postižení. Nejen z medicínského pohledu není mentální postižení nemoc, jak doplňuje Kvapilík a Černá (1995), právě nedostatky v adaptaci na prostředí mají souvislost s vývojem vyznačující se zpomaleností, zaostáváním a zhoršenou společenskou adaptací. Definování samotného postižení je bráno jako neutrální fakt a jak uvádí Lečbych „*teprve postoje a hodnoty společnosti z něj vytvářejí sociální znevýhodnění, tedy tzv. handicap*“ (Lečbych, 2008, 17).

1.2 Osoba s mentálním postižením v tradičním pojetí

Každý jedinec se vyznačuje svou individualitou a jedinečnou osobností. Jako příslušníci jednoho živočišného druhu máme mnoho společného ale také něco, co nás odděluje od jiných živočišných druhů. Tím je především inteligence a rozumové schopnosti. Inteligence je navíc výrazným aspektem, který nás diferencuje uvnitř našeho druhu zvaného „člověk“. Snahou, se kterou se tedy stále setkáváme, je určit mentální deficit těchto osob, pojmenovat a zařadit. I když se v posledních letech objevují značné snahy o redefinování definic mentální retardace, stále se setkáváme v tradičním pojetí s hodnocením těchto osob především na základě měření inteligence. Určování mentální retardace pouze na základě výsledků diagnostických testů naráží na problematiku zařazení těchto osob do pásma určité mentální retardace bez přihlídnutí k jejím dalším schopnostem. Právě při klasifikaci osob s mentálním postižením hraje tato schopnost klíčovou roli. Výsledkem této vytvořené stupnice je inteligenční kvocient, který poukazuje na naše schopnosti řešení logických úkolů v různých podobách, ať už se jedná o zobrazení slovní, číselné či obrázkové. Jak poukazuje Štech (1999) patrná touha a snaha měřit rozumové schopnosti, kvalifikovat a tak vědecky přesně určit odchylky od normy vyjádřené jako statistický průměr a rozptyl je parná již v počátcích psychologie.

Tento kvocient však neukazuje na kvalitu samotného člověka, na jeho prožívání a nevykresluje nám danou osobnost v jejím celku. Jak upřesňuje Svoboda „*neříká však nic o*

kvalitativních zvláštnostech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanta nelze přeceňovat“ (Svoboda, 2010, 49).

Hodnota inteligenčního kvocientu je tedy velmi využívána v klasifikaci osob s mentálním postižením. I když je tento koncept nejpoužívanější a nejznámější, tak se můžeme setkat s postupným ústupem klasifikace těchto osob na základě tohoto kvocientu. Objevují se nové koncepce přinášející nová pojetí a přístupy, které se snaží zohledňovat jedinečnost a řadu odlišností, kterými se tito jedinci vyznačují. Na fakt, že by inteligenční kvocient neměl být brán jako směrodatný ukazatel, poukazuje Müller (2002) a také zdůrazňuje nutnost, že je nezbytné posuzovat osobnost jedince, jeho paměť, zvědavost, zájem, přizpůsobivost a jiné aspekty individuality. Jak dále Müller uvádí *„jedinečnost tohoto postižení tkví v tom, že je každý mentálně retardovaný jedinec jeho svébytným představitelem“ (Müller, 2002, 9).*

Stále více je kladen důraz na míru podpory, kterou jedinec potřebuje, nikoli na kategorii postižení. Definice přijata Americkou asociací pro mentální postižení v roce 2002 právě klade důraz na stupeň této podpory u konkrétní osoby, která může být občasná, omezená, rozsáhlá nebo úplná. Dva lidé se stejným typem postižení tedy mohou mít zcela jinou potřebu uváděné podpory (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2014).

Osoba s mentálním postižením se vyznačuje mnohdy značnou individualitou a velkou rozmanitostí svého postižení. Přihlédnutí pouze k rozumovým schopnostem těchto jedinců je krokem k vytvoření a přiřazení dalšího handicapu těmto osobám. Osoba s mentálním postižením může zaostávat v rámci rozumových schopností, avšak další složky jeho osobnosti mohou být na dobré úrovni. Měření inteligence mělo řadu odpůrců již od počátku zavádění jejího měření a dnešní doba v rámci této otázky přináší nemalou kritiku. Valenta a Müller (2009) uvádějí, že pro život dospělého člověka s mentálním postižením jsou důležitější aspekty tvůrčí a praktické spadající do emoční inteligence, než oblast rozumových schopností.

Kritiku kategorizace pouze na základě hodnoty inteligenčního kvocientu může podpořit i následující skutečnost. Ačkoliv je status mentální retardace zpravidla považován za absolutní stav, tak vzhledem ke stanovení norem a jejich dalším úpravám může dojít i k situacím, kdy osoba s mentálním postižením může být „vyléčena“.

Jak dokládá Šiška *„do roku 1959 panoval mezi odborníky konsensus ve 3% výskytu mentální retardace v populaci vycházejícího z psychometrické hranice 75 bodů IQ nebo 1,5 standartní odchylky. V roce 1959 Americká asociace pro mentální postižení revidovala*

psychometrické určení mentální retardace na 1 a více standartní odchyly. V roce 1973 AAMD mentální retardaci předefinovala na 2 a více standartní odchyly, čímž z mentální retardace „vyléčila“ tisíce lidí“ (Šiška, 2005, 10).

Nové definice se tedy snaží vymezit mentální retardaci jako proměnou veličinu, která je dána vztahem jedince a jeho prostředím s přihlédnutím k sociálním a adaptivním dovednostem s ohledem na sociální a kulturní podmínky. Bohužel důležitost adaptivní chování byla přehlížena při konceptech a diagnostice mentálního postižení 20. století a sloučení v rámci diagnostiky přinesla diagnostická kritéria DSM-V. Posuzování adaptivní chování by se mělo opírat o posouzení klinického stavu, kulturního a situačního aspektu (Arias, Verdugo, Navas, & Gómez, 2012).

Nové pojetí zastupuje i definice AAIDD, která vymezuje mentální retardaci jako sníženou schopnost charakterizovanou výraznými omezeními v intelektových funkcích a v adaptačním chování, které se projevuje v každodenních sociálních a praktických dovednostech. Mentální retardace se projevuje před 18 věkem a tyto omezení musí být posuzovány v souvislosti společenského prostředí s přihlédnutím na aktuální věk a kulturu jedince (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Definicion of Intellectual Disabilities, 2014).

Dále tato organizace stanovuje předpoklady pro aplikaci této definice, které zohledňují individualitu každého jedince a snaží se ho posoudit v mnoha významných aspektech s přihlédnutím k adaptivnímu chování. Adaptivní chování je soubor koncepčních, sociálních a praktických dovedností, kterými člověk disponuje v běžném životě. Dále na osobu s mentálním postižením přihlíží s ohledem na prostředí a komunitu typickou pro daný věk a kulturu jedince, bere v úvahu individuální rozdíly v komunikaci, ve vnímání, v pohybových možnostech a v chování, u každého jedince se vedle omezení zohledňují i jeho silné stránky (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2014).

Dalším fenoménem spadající do tradičního pojetí je klasifikace, která se pro své úzké kriteriální zaměření potýká s problémem zařazení či nepřesností při určení míry mentálního postižení. Vzhledem k neustálému rozvoji či vývoji jedince a velké variabilitě schopností těchto osob je handicapem klasifikace přiřazování postižení těchto osob na základě jedné schopnosti kterou je inteligence. Při klasifikaci mentální retardace se stále používá 10. revize MKN-Mezinárodní klasifikace nemocí, která v naší republice vstoupila v platnost 1. ledna 1993. V této klasifikaci se můžeme setkat s rozdělením mentální retardace do šesti kategorií.

- Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F 70)
- Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F 71)
- Těžká mentální retardace, IQ 34-20 (F 72)
- Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F 73)
- Jiná mentální retardace (F 78)
 - této kategorie je užíváno v případech, kdy stanovení stupně intelektové retardace je obzvláště obtížné z důvodů sensorického či somatického poškození
- Nespecifická mentální retardace (F 79)
 - mentální retardace je prokázána, ale chybí informace, které by vedly k zařazení jedince do výše uvedených kategorií.

Rok 2013 již však přinesl nový DSM –V tedy americkou klasifikaci vydanou Americkou psychiatrickou asociací. Diagnóza mentální retardace v DSM-V klade důraz na klinický úsudek a standardizované testování inteligence. Nicméně podstatně menší důraz je kladen na IQ skóre a větší důraz je kladen na adaptivní chování v sociální, praktické a vzdělávací oblasti. Osoby s mentálním postižením jsou označovány termínem porucha intelektového vývoje“ (intellectual developmental disorder), který zahrnuje osoby s intelektovým deficitem větším než dvě standardní odchylky od průměrného IQ typického pro jedincův věk a jeho kulturní prostředí (American Psychiatric Association, 2013).

1.3 Osoba s mentálním postižením v psychologickém kontextu

Z psychologické perspektivy se lze zaměřit na osobu v rámci fungování mentálních procesů a chování, jak už v rámci individuálního chování či vzájemných vztahů a interakcí. Jak uvádí Plháková „z nepřetržitého toku duševních zážitků psychologové tradičně vyčleňují tři základní fenomény, kterými jsou procesy, obsahy a stavy“ (Plháková, 2007, 44).

U osob s mentálním postižením se můžeme setkat s velkou variabilitou narušení ve všech těchto oblastech. Veškeré tyto aspekty pak zasahují a ovlivňují jejich prožívání a fungování ve vztazích či každodenním životě. Percepce neboli vnímání nám přináší řadu různorodých sensorických informací, které jsou důležité pro fungování lidské psychiky. Jak uvádí Valenta a Müller (2009) charakteristickými rysy vnímání u osob s mentálním postižením je

zpomalenost a zúžený rozsah zrakového vnímání, který vede k nediferencovanosti počítků a vjemů, dále pak inaktivita vnímání, snížená citlivost hmatových vjemů, špatná koordinace pohybu způsobená nedostatečným procesem analýzy v korové části propioceptivního analyzátoru, opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení či nedokonalé vnímání času a prostoru.

V emoční rovině osoby s mentálním postižením bývají méně vyspělé než jejich vrstevníci a po dlouhou dobu je přítomna nedostatečná diferencovanost v oblasti citů a citová neadekvátnost. Přítomné je neadekvátní prožívání vážných životních událostí, rychlé přechody nálad nebo velmi silné emoční prožívání neadekvátní k situacím. U některých osob můžeme pozorovat patologické citové projevy, například zvýšenou popudlivost nebo vznětlivé chování, pokud nejsou uspokojovány jejich potřeby (Švarcová, 2003). Emocionální vývoj je považován za klíčový faktor v adaptivním a maladaptivním chování, stejně jako v genezi či v prognóze psychopatologie osob s mentálním postižením (Dosen, 2005). V důsledku narušení tohoto vývoje pak vznikají sociálně-emoční deficity, zasahující do interpersonální sféry (Dykens, 2006). Výzkumy naznačují, že osoby s mentálním postižením, kteří nemají sociálně-emoční dovednosti, bývají často sociálně odmítáni, citově strádají, mají snížené sebevědomí a jsou náchylnější k duševním onemocněním (Dosen, 2005).

V rámci narušené psychomotoriky dochází k problematickému motorickému vyjádření vnímaných a prožívaných psychických stavů. Existuje přímá souvislost mezi poškozením hrubé motoriky a exekutivními funkcemi u dětí s mentálním postižením, kdy osoby s nízkým skórem testů na hrubou motoriku také měli velmi nízké skóre u testů exekutivních funkcí (Harman, Houwen, Sherder, & Visscher, 2012). Jak uvádí Stupňáková, Navrátilová & Procházka (2012), psychomotorika bývá vymezována z perspektivy tří hledisek, kdy zahrnuje fyzickou stránku pohybu, psychomotorický vývoj jedince a okamžitý psychický stav. Narušení může vést k neadekvátnímu psychickému zpracování situace, kdy důsledkem je afekt, který se vnějšmu okolí jeví jako neopodstatněný či nesprávné vyhodnocení vzniklé situace.

Eva (29 let), lehká mentální retardace) při pocitech hněvu a vzteku ve snaze tyto pocity verbálně vyjádřit zůstává ve strnulé pozici s nezacíleným pohledem. Taková situace u ní zpravidla vede k dlouhotrvajícímu pláči. Josef (37 let, lehká mentální retardace) při běžné kritice reaguje vznětlivě a propadá afektu, zmateně pobíhá po místnosti, bouchá věcmi. I po

odeznění tohoto akutního stavu je vůči dotyčnému, který jej kritizoval, zaujatý a začíná fabulovat pomluvy se záměrem dotyčné osobě uškodit.

Další doména narušena u osob s mentálním postižením zahrnuje kognitivní funkce. Kognitivní neboli poznávací funkce jsou jednou z hlavních oblastí lidské psychiky, jejichž centra jsou uložena v různých částech mozku. Prostřednictvím těchto funkcí člověk vnímá svět kolem sebe, jedná, reaguje, zvládá různé úkoly. Myšlenkové procesy dávají člověku možnost učení, zapamatování, přizpůsobování se neustále se měnícím podmínkám okolního prostředí. Mezi tyto funkce patří také paměť, koncentrace, pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení, schopnost pochopení informací.

V průběhu vývoje jedince se přirozeně tyto funkce vyvíjejí a vzájemně ovlivňují. Vzhledem k tomu, že kognitivní funkce zahrnují celou řadu schopností, dotýkají se také řešení různých otázek a jednání v rámci mezilidských vztahů. Jednou z dominantních funkcí je proces myšlení. U osob mentálním postižením tato subdoména má svá specifika a jak uvádí Procházka a Petrášová „*setkáváme se s omezenou zásobou představ, malou znalostí zacházení s předměty, velmi sníženou zkušeností v oblasti komunikace a deficity v oblasti rozvoje řeči. Je zřejmé, že jestliže je tato základna sama zúžená, pak rozvoj myšlení, který z ní vyrůstá, bude také významně omezen*“ (Procházka, Petrášková, 2012, 187).

Často se v praxi setkáváme s používáním obecných pojmů a zobecňování či používání slov mechanickým způsobem, bez ohledu na kontext hovoru či danou situaci. Narušení bývá především u vyšších operací jakými jsou analýza, syntéza, logika či generalizace.

Petra (29, střední mentální retardace) již má rok přítele. Jelikož má omezenou slovní zásobu, tak některá slova používá mechanickým způsobem, bez ohledu na kontext či situaci a používá je k označování řady věcí. Jedním z takových slov je i slovo „opico“, kterým rovněž označuje svého přítele. Pavla (41, střední mentální retardace) nedokáže logicky vyhodnocovat situace. Takže ve společenském prostředí, kdy zachytila rozhovor dvou lidí, kteří se bavili o tom, že je takové vedro, že by bylo nejlepší si vysvléknout tričko, během okamžiku stála jen ve spodním prádle, neboť zaslechla „vysvléct tričko“.

V rámci jakéhokoliv vztahu hraje významnou roli komunikace. Mnohdy opomíjená nonverbální komunikace s sebou přináší celou řadu informací, které mají významnou úlohu při komunikaci mezi jedinci. V rámci narušení kognitivních funkcí a to zejména myšlení,

motoriky, mimiky či další domény psychomotoriky mohou mít osoby s mentálním postižením problémy při vysílání, zachycování a vyhodnocování těchto sdělení a signálů. Mnoho lidí s mentálním postižením má problémy s přirozenou komunikací a je pro ně obtížné vyjádřit své potřeby a přání což vede k odcizení a vyloučení (Bray, 2003).

Základ aktivní komunikace mezi jedinci tvoří řeč. Vývoj řeči u osob s mentálním postižením je velmi ovlivněn stupněm, formou a typem mentální retardace, kdy dochází především k jejímu opožďování či omezenosti slovní zásoby a vyjadřování. Jak uvádí Kozáková „nejčastějšími poruchami řeči jsou narušení člankování řeči – dyslalie, narušení plynulosti řeči – breptavost, narušení zvuku řeči – huhňavost, popř. narušení člankování řeči - dysartrie v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou“ (Kozáková, 2005, 33).

Na důsledky této skutečnosti upozorňuje Vágnerová (2008), kdy právě tento mezevý rozvoj komunikačních kompetencí je velkou překážkou v rámci procesu socializace. Komunikace intaktních osob a osob s mentálním postižením je často asymetrická, méně empatická a trvá kratší dobu. Jedinci s mentálním postižením dávají přednost kontaktu se známými lidmi, kteří značí určitou jistotu.

2 Sexualita osob s mentálním postižením

V průběhu posledních let se oblast sexuality osob s mentálním postižením dostává do popředí zájmu vědeckých pracovníků, rodičů, pracovníků v sociálních i jiných oblastech a dosahuje uznání a bádání s cílem pomoci těmto osobám a posunout se v rámci této problematiky. Očekávání v této oblasti je do značné míry závislé nejen na stupni postižení, ale také na sociálních a kulturních faktorech, postojích rodičů a okolí a možnostech podpory této oblasti.

Sexualita je lidskou přirozeností bez ohledu na dobu, věk či postižení. Patří k základním lidským potřebám a pro mnohé je tento termín spojen s představou fyzického sexu. Tato představa je mylná, neboť tento termín zahrnuje daleko více složek, které právě úzce souvisí s partnerstvím a rodičovstvím. Pouze jedna složka a tou je sex či sexuální uspokojení má především úzkou souvislost k již zmiňované představě fyzického sexu. Další čtyři složky, kterými jsou potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitek citu, sounáležitosti a opory, potřebnost pro druhé a rodičovství jako potřeba pokračování rodu již mají přímou spojitost se vztahy (Venglářová, Eisner, 2013).

I když žijeme v době velkého pokroku, tak i přesto by se dalo říci, že pro mnohé je oblast sexuality pořád jakési „Tabu“ i ve spojitosti se zdravými psychosexuálně zralými lidmi. Samotné osoby s mentálním postižením spadaly ještě před pár léty do kategorie „tabu“. Zavíraly se do ústavu, které byly především na okrajích obcí, aby na ně nebylo příliš vidět. Historicky byli lidé se zdravotním postižením předmětem sexuální segregaci, sexuální vězení, rodinných zákazů a právně přípustné sterilizace pod rouškou ochrany pacienta z těhotenství a sexuálního zneužívání (Block, 2000).

V dnešní době řada z nich žije v omezených podmínkách, které jsou dány nejen institucionální péčí, ale také péčí rodičovskou. I když je již tato doba za námi a dnešní doba se začíná řídit novým trendem integrace, tak pro oblast sexuality je to ještě cesta dlouhá. Dnešní trend integrace je chápán dle Švarcové *„jako postoj společnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do hlavního proudu společenského života“* (Švarcová, 2003, 14).

Jak upozorňují Conod a Cervais (2008) zdaleka již tedy není otázkou fakt, zda osoby s mentálním postižením mají sexualitu či právo na její prožívání, ale jak mohou erudované osoby pomoci prožívat vlastní sexualitu a co jsou jejich specifické potřeby. Jelikož je základní

potřebou a aspektem lidského bytí, nemůže být oddělena od ostatních aspektů života (Gomez, 2012).

Jestliže chceme pochopit a pracovat s oblastí vztahů a sexuality u osob s postižením, musíme v první řadě tyto potřeby respektovat a akceptovat. Tyto osoby mají plné právo na tyto potřeby i na edukaci v této oblasti s možností aktivního zapojení se dle jejich tužeb a přání. Často je na ně i v jejich dospělém věku pohlíženo jako na děti a tudíž není akceptován fakt, že mají rozvinutou sexualitu s běžnými pocity sexuální touhy.

V první řadě je tedy velmi důležité, aby byly v tomhle ohledu jak lidem s postižením, tak lidem bez něj, nastaveny stejné hranice a normy. Dle Venglářové a Eisnera (2013), pokud nedojde k tomuto nastavení, tak osoba s mentálním postižením nemá šanci rozeznat, jak se má nebo nemá chovat, co je vhodné a co již nikoliv. Je také potřeba je na nevhodné chování upozorňovat, aby měli tito lidé možnost své chování změnit.

2.1 Vývoj sexuality jako celoživotní proces

Sexualita není jen součástí určité části našeho života, ale provází člověka po celý jeho život bez ohledu na jeho věk či handicap. Rozdílnost spočívá ve skutečnostech a to, v jaké intenzitě ji prožíváme, jaké máme potřeby, našimi projevy a chováním i touhou a způsobem naplňování. Projevy sexuality u malých dětí mnohdy rodiče znepokojí či vyvedou z rovnováhy. Ovšem sexuální hry a projevy dětí jsou běžnou součástí jejich vývoje bez ohledu na postižení. I lidé s postižením procházejí tímto vývojem se svými specifiky a potřebami.

Každý jedinec prochází psychosexuálním vývojem, u osob s mentálním postižením se tento vývoj vyznačuje řadou odlišností, které jsou podmíněny různými determinanty. Tyto determinanty mohou být dány kupříkladu druhem syndromu, či samotnou specifikací postižení, kvůli kterému tyto osoby daleko hůře zpracovávají tento psychosexuální proces, hůře ho emocionálně zvládají a mnohdy si nedokáží vysvětlit „co se s nimi děje“. Zátěžovým obdobím je především období puberty, kdy podle Grogana (2002) se jedná o období, které představuje velkou zátěž pro osoby s mentálním postižením, neboť člověk prochází obdobím identity a přijímáním vlastního těla a právě postižení znesnadňuje toto přijetí.

Tyto determinanty nepředstavují jen aspekty týkající se postižení, ale mnohdy je to dáno přístupem rodičů k výchově daného jedince. Výchova a postoje rodičů hrají mnohdy velmi

výraznou roli v tomto vývoji, mnohdy se jeví jako více dominantní, než právě samotná specifika postižení. Rodiče musejí překonat celou řadu problémů vyplývajících z daného postižení a tak mnohdy posilování role jedince jako dívky či chlapce bývá opomíjeno. Překonávání problémů s sebou přináší i jakési vyčerpání rodičů a tak se mnohdy již nechtějí potýkat s řešením problémů vyplývajících z psychosexuálního vývoje a tak si nastaví tuto oblast jako určitou oblast s názvem „Tabu“. Ze své praxe mohu uvést případ klientky, která je právě natolik názory rodičů ovlivněna v této oblasti, že odmítá i jakoukoliv osvětu a diskuzi na téma sexualita se slovy : „*to se nedělá, to je špatné a já jsem dobrá, protože nic takového nedělám.*“ I přes snahu pracovníků odmítá na jakékoliv téma týkající se této oblasti byť jen diskutovat, protože : „*to by mi mama dala, kdyby jen věděla, že to říkám, ale já jsem správná, já to neříkám*“. Popírání sexuality těchto osob a zamezování jejich edukaci v této oblasti vede také k znesnadňování rozvíjení sociálních vztahů a seberealizace (Swago-Wilson, 2008).

Variabilita projevů sexuality je mnohdy daleko výraznější, než u běžné populace a může se ubírat k následným variantám.

- asexualita- jedinec (zatím) nejeví zájem o svou sexualitu
- zájem o sexualitu formou autostimulace
- zájem o párovou sexuální aktivitu (se vztahem, bez vztahu)
- atypické projevy sexuality (Venglářová,Eisner, 2013).

Rozdíly se netýkají pouze projevů sexuality, ale dotýkají se také oblasti intimity a to především v posunu hranic mezi těmito dvěma populacemi. Jedná se především o překračování společenských norem, kdy tito jedinci mnohdy nemají zábrany v prezentaci intimních aspektů na veřejnosti či nevhodných místech či na straně druhé i jistý odstup, strach a rezervovanost k intimním projevům.

Kijak (2010) poukazuje na skutečnost, že veškerá období sexuality a zejména období dospívání obvykle u osob s mentálním postižením nastupuje později než u zdravých jedinců. Sexualita dospívajících je především spojena s trávením času ve skupinách vrstevníků, než na párový vztah. Věk prvního sexuálního styku zůstává i vzhledem k otevřenější společnosti k tématu sexuality stabilní. Tento fakt prezentují i Weis a Zvěřina (2009) v rámci dlouhodobého výzkumu prováděného na české populaci vykazuje rovněž stabilní výsledky, kdy průměrný věk prvního pohlavního styku je okolo 18 let.

S přibývajícím věkem dochází k postupnému snižování sexuální aktivity, které je způsobeno nejen různými zdravotními problémy či dysfunkcemi, ale je také dáno způsobem života. Lidé mají více starostí a povinností, často spojené se stresem a následnou únavou. I když se sexualita během lidského života mění a postupně se snižuje, tak i nadále zůstává důležitým aspektem života, který má na něj i nadále vliv. Sexuální akt může být i nadále důležitou součástí života, přinášející uspokojení a naplnění. A to nejenom u zdravé populace, ale i u osob s mentálním postižením.

2.2 Specifika sexuality podle stupně mentálního postižení

Mentální retardace je stav vrozený, při kterém je postižena řada oblastí daného jedince a to především snížení jeho schopností v daných oblastech, ať už se jedná o oblasti kognitivních schopností, sociální či emotivní oblasti. Možnost přirozeného sexuálního vývoje je tedy v tomto důsledku omezená a sexuální potřeby většinou bývají ignorovány či bagatelizovány. V krajních případech bývá i přistupováno k značným opatřením a to především v podávání léků, které mají snížit a omezit sexuální pud či celkově tlumit daného jedince.

Tak jako můžeme najít i velké rozdílnosti mezi těmito osobami v jednotlivých pásmech postižení, tak je tomu rovněž i u projevů a sexuálního chování těchto osob. Je to dáno nejen typem jejich postižení, ale také jejich zkušenostmi a vlivem či podporou prostředí a osob, kde se pohybují a žijí. Samotný typ postižení nám tedy nedá komplexní informace o sexualitě jedince, ale musíme přistupovat ke každé osobě individuálním přístupem a individuálním pohledem.

V rámci sexuálního vývoje vstupují do hry i další významné faktory. Jak uvádí Thórová a Jůn *„stupeň mentálního postižení je dán mentálním vývojem, úroveň myšlení a schopností, který ale není totožný se sociálním vývojem, ten je definován sociální a emoční zralostí, tedy schopností fungovat mezi lidmi“* (Thórová, Jůn, 2012, 40).

1. Lehká mentální retardace

Höschl, Libiger & Švestka (2002) uvádějí, že jedinci spadající do této kategorie dosahují IQ 50-70 a tvoří okolo 80% osob s mentálním postižením. Mnohdy u těchto osob není ani na první pohled patrné jejich postižení, zpravidla se pohybují v kolektivu především stejně

postižených osob, tak i ve společnosti zdravých jedinců, a tak mají možnost prožívat běžné vztahy nevyjímaje i ty sexuální. Psychosexuální vývoj je podobný jako u zdravých jedinců.

I když tento stupeň postižení má svá mentální a biologická omezení, tak není nepřekonatelnou překážkou v rodičovství a sexuálním životě těchto osob. Podle Venglářové a Eisnera „*v případě párové sexuality se můžeme setkat s větší promiskuitou, neporozuměním principům věrnosti ve vztahu a na druhé straně můžeme vidět až chorobnou závislost na partnerovi, spojenou s žárlivostí a majetnickým přístupem*“ (Eisner, Venglářová, 2013, 139).

Daniel (39, lehká mentální retardace) je ženatý a společně s manželkou (38, „slaboduchost“) vychovává dvě děti. Děti má moc rád, jak sám popisuje, rád si s nimi hraje, chodí s nimi ven. Když jsem se ho jednou zeptala, co byl důvod se oženit a co vedlo k rozhodnutí mít děti tak odpověděl : „všichni mi říkali, že se to tak dělá, že je to tak správné, no a už jsem byl na to dost starý, tak jsem to prostě udělal.“

2. Střední mentální retardace

Jedinci, kteří náležejí do této kategorie mají již výraznější postižení a opoždění kognitivních funkcí, narušený sociální kontakt a zároveň různá somatická onemocnění. Inteligenční kvocient se pohybuje u těchto jedinců mezi 49-35. Větší postižení má zásadní vliv jak na sexualitu, tak na vztahy spojené s touto oblastí. Tito jedinci již mají větší problémy při navazování kontaktu s dalšími osobami a jejich jednání bývá velmi často také ovlivněno výrazným somatickým postižením.

Eisner a Venglářová (2013), sexualita těchto osob může probíhat v několika variantách, mezi dvě základní tedy patří patrná snaha o sblížení s dalšími osobami či pravý opak. U osob, které nehledají bližší vztahy a nemají zájem o sblížení, většinou dochází k přetrvávání rané fáze sexuálního vývoje a pudové napětí se vybíjí pregenitálně.

Na straně druhé i jedinci spadající do této kategorie mohou mít zájem o navázání bližšího vztahu, jehož vnímání často bývá narušeno tímto postižením. Tyto osoby si mnohdy neuvědomují podstatu blízkého vztahu, jde jim především o to sdílet přítomnost druhé osoby, se kterou se cítí dobře. Sociální dovednosti nejsou plně rozvinuty, takže není výjimkou ani velmi nevhodné sexuální chování těchto jedinců, často hraničící až se sexuálním obtěžováním.

Aneta (38, střední mentální retardace) chodila s Markem (32, střední mentální retardace), který se ráno rozhodl, že už s ní chodit nebude. A tak se domluvil s Milanem (střední MR), že by s ní mohl teď chodit on. Anetě to oba oznámili a Aneta souhlasila. V poledne si Milan uvědomil, že by ale mohl s Anetou místo něho chodit Karel (35, lehká MR) a tak po obědě opět Anetě oznámili změnu situace. Na konci služby ve stacionáři už ani sama Aneta nevěděla s kým chodí, ale jak sama uvedla „to nevadí, hlavně že s někým chodí.“

3. Těžka mentální retardace

Vzhledem k tomu, že IQ těchto osob se pohybuje pod hranicí 34, tak navázání jakéhokoliv bližšího partnerského vztahu je velmi obtížné. Tito jedinci mnohdy vůbec nechápou propojenost mezi párovou sexualitou a sexuálním uspokojením. Sexuální uspokojení často pro ně představuje uspokojení jejich osoby kupříkladu třením pohlavních orgánů bez potřeby sdílení a dosahování těchto uspokojivých stavů s další osobou.

Jak uvádí Thórová a Jůn „může být narušený i fyzický vývoj a nedojde k vývinu sekundárních pohlavních znaků a k pohlavní zralosti, na druhou stranu existují lidé, jejich tělesný (fyzický) vývoj je v normě i přes těžké mentální postižení“ (Thórová , Jůn, 2012, 40).

V rámci nácviku a rozvíjení sociálních dovedností bylo tématem přátelství a láska. Klienti stacionáře popisovali svoje zkušenosti a názory. Jitka (33, těžká mentální retardace s přidruženým zrakovým postižením) byla tázaná, kdo je její nejbližší kamarád nebo koho má ráda. Někdo z klientů chtěl vtípek a řekl „žirafa“ načež Jitka uvedla, že její nejlepší kamarád je žirafa. Tuto odpověď si zapamatovala a na tuto otázku odpovídá většinou „žirafa“.

2.3 Stereotypy a předsudky týkající se sexuality a rodičovství

Stereotypy spojené se sexualitou se týkají i osob s mentálním postižením. Jedním z takových mýtů je kupříkladu tvrzení, že tyto lidé jsou extrémně sexuálně náruživí. Realita je pravý opak. Tyto osoby většinou žijí asexuálně, vrchol jejich sexuálního života představuje chycení za ruku či polibek. Problém spíše představují intimnosti na veřejnosti, neboť mnohdy tyto osoby nedokáží rozpoznat hranice, kde jsou tyto věci přípustné a kde již nikoliv. Tento problém také vzniká jakousi tolerancí k těmto projevům. Ať už se jedná o doteky, hlazení či

polibky, mnohdy jsou od těchto osob přijímány s tolerancí a se slovy: „Vždyť oni to tak nemyslí, oni jsou tak milí, oni si to ani neuvědomují, však on je postižený.“ Jak se tedy mají tito lidé naučit rozpoznat hranice mezi přípustným a nepřípustným?

Setkávání se s předsudky v naší společnosti není nic neobvyklého a jak již bylo uvedeno v souvislosti s osobami s mentálním postižením naše společnost zaujímá předsudky spojené především s negativními aspekty. Dva předsudky v této oblasti jsou podle Eisnera a Venglářové *„lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti a lidé s mentálním postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého sexuálního života nebo vztahů. Nejenže mnoho lidí s postižením, kteří dnes žijí sexuální život, dokáže samostatně používat antikoncepci, ale také si uvědomuje zodpovědnost, kterou by s sebou nesla případná péče o potomka“* (Venglářová, Eisner, 2013, 126).

Tyto osoby si i přes své mentální postižení dokáží uvědomit, proč to nejde mít dítě a to především z praktických důvodů, kdy si uvědomují především souvislosti spojené s péčí o dítě, v menší míře již možnosti postižení jejich potomka. Z hlediska právního jim však nikdo nemůže zakázat mít dítě a rozhodnutí je na těchto osobách. Pak může nastávat situace, kdy většina těhotenství ale vzniká především z nevědomosti nebo při sexuálním zneužití a je tak opět důkazem nedostatečné sexuální osvěty mezi lidmi s postižením.

Mezi další předsudek, patří dle Keshava a Hubermana (2006) že jsou stále jako děti a jsou závislí, který vzniká především z přesvědčení, že tyto osoby se nedokáží stejnou mírou podílet na intimním vztahu. Tento pohled nejen, že může vzbuzovat pocit ponížení u těchto osob, ale také popírá jejich sexualitu.

Vnímání člověka s mentálním postižením jako osoby nesvéprávné s sebou přináší předsudek, že tito lidé nedokáží nést zodpovědnost za své vztahy a následky sexuálního života. Pojem nesvéprávnost je v naší společnosti chápán velmi mylně, kdy si většina lidí myslí, že nesvéprávné osoby nemohou o ničem rozhodovat a vše za ně dělá a rozhoduje osoba pověřená jejich opatrovnictvím. Tento výklad je však bohužel velmi mylný. Omezení svéprávnosti se týká omezení v právních úkonech, ale nezbavuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života.

2.3 Edukace jako významný faktor sexuality

Problematika sexuality se stala v posledních letech rozvíjející se oblastí zároveň poukazující na potřebnost edukace. Tento problém byl dlouhá léta zanedbáván u osob s mentálním postižením a jak uvádí Kijak (2010), projevuje se to především v nedostatku zájmu o sexualitu těchto osob, stejně jako nedostatečné připravenosti koncepce sexuální výchovy v evropské pedagogice. Na straně druhé statistické údaje, které prezentuje v České republice Štěrbová (2009), poukazují na zájem o oblast sexuality. V roce 2005 bylo realizováno 5 kurzů „Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením“ a bylo proškoleny v této oblasti 96 osob. Narůstající zájem zvedl počet realizovaného kurzu na 30 v roce 2008 a počet proškolených se zvedl na 569 osob.

Nezbytnou součástí zvyšování kvality informovanosti a rozvíjení práce se sexualitou u osob s mentálním postižením je osvěta a edukace týkající se těchto oblastí. Vzhledem ke skutečnosti, že tyto osoby mají svá práva zasahující do těchto oblastí, tak právě možnou cestou, jak tuto oblast zlepšit a zvládat v rámci společenských a právních norem, je právě osvěta. Nejčastěji se s ní mohou setkat v rámci školní výuky či v rámci nějaké sociální služby. Je pochopitelné, že pro mnohé rodiče je obtížné mluvit se svými potomky na tohle téma, ale i rodiče by měli být nedílnou součástí tohoto procesu. Spolupráce rodičů je velmi žádoucí a mnohdy nezbytná neboť neinformovaný rodič se může cítit dotčeně a vyčleněn z tohoto procesu, což se může a mnohdy i projeví negativně do sexuální osvěty. Jak uvádí Štěrbová *„vzdělání v oblasti sexuality osob s mentálním postižením umožní všem zainteresovaným být jistějšími v otázkách sexuality“* (Štěrbová, 2009, 13).

Při spolupráci s rodiči však můžeme narazit ještě na jeden problém, a tím je rodičovský stud, kdy může dojít až k situaci, že rodič může zcela odmítnat bavit se se svým potomkem na téma sexualita. Právě opomíjení tohoto tématu, může u potomka vyvolat pocit, že je to něco, o čem se nesmí mluvit, protože je to závažné a strašné, což vede k zvýšení napětí a nejistoty, navíc mlčení rodiče může být pokládáno za požadavek na mlčení vlastní (Janošová, 2008).

Dle Kozákové (2004) mohou nastat i další problémy při realizaci sexuální edukace způsobené jak specifikou učení osob s mentálním postižením, ale také rovněž s postoji personálu, rodičů, vychovatelů a nejširší veřejnosti. Jak uvádí Kozáková (2004), mezi

problematické oblasti související se specifiky učení jedince s mentálním postižením patří tyto skutečnosti :

- do sexuální výchovy se odráží specifika učení osob s mentálním postižením,
- nestačí pouhý výklad, nedokáží zkušenost přenést na typovou situaci, nevystačíme s formami práce užívanými u intaktní populace,
- nutná vyšší míra konkretizace a názornosti; nutné nejen odpovídající informace, ale také trénink sociálních dovedností,
- představy klientů bez sexuální výchovy a možností přirozeného kontaktu s opačným pohlavím jsou často idealizované, nereálné, nejednou vzorem bývají telenovely,
- klienti často nedokáží prosadit svá práva,
- časté problémy při seznamování, které bývají mnohdy podpořeny omezeným kontaktem s okolním světem

Při snaze vývoje práce se sexualitou osob s mentálním postižením nemůže být edukace opomíjena, neboť se ukázala být významným determinantem v oblasti sexuálního života, což dokládá řada studií. Jak ve své studii uvádějí Conod a Servais (2008), ženy s lehkým mentálním postižením žijící v edukovaném prostředí a s edukací oblasti sexuality měly pohlavní styk v 82% případech, zatímco osoby v needukovaném prostředí pouze ve 4%. V Gillivarově studii (1999) se 46 % osob s mírným postižením po edukaci vyjádřilo, že mají v úmyslu být sexuálně aktivními. Obdobné výsledky přináší i studie McCabea (1999), která byla prováděna s osobami, které prodělaly edukaci v oblasti sexuality, kdy 58% respondentů této studie již mělo pohlavní styk a 31% respondentů bylo sexuálně aktivní. Významným faktem těchto studií byla skutečnost, že byly prováděny v rozvojových zemích, kde je akceptována mimomanželská sexualita. Zde se opět ukazuje, jak důležitou roli v této oblasti zastupují socio-kulturní faktory.

Srovnávací studie Murphy a O'Callaghan (2004) 60 mladých lidí s mentálním postižením a 60 mladých lidí bez mentálního postižení ukázala, že lidé s mentálním postižením měli významně méně znalostí, než jejich protějšky bez zdravotního postižení o těhotenství, masturbaci, antikoncepci, pohlavně přenosných chorobách, sexuality a práva, což u nich vedlo k menšímu pochopení a zvládnutí sociálních situací a interakcí.

Cílem osvěty je právě přínos informací, které by těmto lidem pomohly orientovat se v jejich sexuálních potřebách, umět prožívat svou sexualitu a lépe tuto oblast zvládat. Zacílení

osvěty může být velmi různorodé. Deset základních cílů definoval Erik Bosh a Ellen Suykerbuyk (2011, in Venglářová, Eisner, 2013).

1. Zprostředkování informací

Tady se můžeme setkat pro mnohé se základními či banálními otázkami, ale je třeba si uvědomit, že s osobami s postižením tyto otázky nikdo zatím nezodpověděl. Mezi tyto otázky mohou patřit otázky typu „Jsem žena, nebo muž, a co to znamená“. S neinformovaností pak v konkrétních situacích narůstá pocit bezmoci nebo nejistoty.

2. Posílení sebeuvědomování

Posílení sebeuvědomění je velmi důležité a dochází k němu především cestou poznání a následného vymezení hranic. Nezbytné je nutné uvědomit si a pojmenovat nebo roztřídit své vlastní pocity, které přicházejí např. při doteku jiného člověka. Který dotek je v pořádku, a který už ne? Pokud to dokážeme rozeznat, dokážeme i lépe vyhodnotit situaci a lépe se případně bránit.

3. Vytvoření pozitivního obrazu sebe samého

Je velmi důležité, aby se jedinec vnímal pozitivně, přijímal se takový jaký je a tím následně budoval i svou sebedůvěru, která pak následně ovlivňuje identitu člověka. Pozitivní obraz těla a pozitivní obraz sebe samého jsou dvě strany jedné mince. V praktické rovině tady spadá detailnější poznávání vlastního těla, pozorování vlastního tělesného vývoje atp.

4. Navazování a udržování vztahu

Pro úspěšné navazování vztahů je důležitá znalost vlastního těla a také schopnost umět stanovit hranice a jejich případné udržování. Můžeme říci, že cílem tohoto bodu je také posílení sociálního chování jedince ve vztahu k intimním prožitkům či sdílení sexuality s druhou osobou.

5. Zacházení s normami a hodnotami

Pro osoby s mentálním postižením žítí v rámci obvyklých norem a hodnot představuje problém způsobený nesnadnou orientací v těchto faktech či některé mohou být pro ně nesrozumitelné. Patří sem i otázka pornografie, která u některých lidí vede k chování překračujícímu hranice či otázka sexuálního zneužívání.

6. Citlivé zacházení s tělem vlastním i partnerovým, péče o tělo

Na první pohled mnohdy jevící se banální otázka, ovšem hygiena je neodmyslitelnou součástí sexuální osvěty. Dotýká se běžných úprav zevnějšku, které velmi ovlivňují atraktivitu člověka, dále také postupů a jejího zvládnutí při menstruaci, masturbaci nebo pohlavním styku.

7. Prevence

Otázka prevence se dotýká pohlavně přenosných nemocí a s nimi spojenou ochranou, která je také zahrnuta do prevence nechtěného početí.

8. Prevence sexuálního zneužívání

Lidé s mentálním postižením jsou snadnou obětí v rámci sexuálního zneužívání. Mezi sexuální zneužíváním a sexuální osvětou existuje jasná souvislost. S náležitou sexuální osvětou lze tedy zneužívání lépe odhalit či mu úplně předejít. Tento fakt se opírá o skutečnost, že lidé jsou schopni uvědomit si a pojmenovat své intimní zóny a hranice.

9. Prostor pro rozmanitost

Lidé jsou jedinečné individuality a díky tomu se také jejich životy či prožívání sexuality různí. Může se jevit absurdně, že někteří lidé s postižením své „záliby“ neznají. Spadá sem např. téma homosexuality a snaha o uspokojení jedinečnosti každého člověka.

10. Odstranění strachu a tabu

Strach nebo tabu vyvolávají v lidech negativní emoce. S pomocí sexuální osvěty můžeme rozptýlit mnohé nesprávné představy a předsudky, jako je strach z homosexuality, sexuálního prožívání, z orgasmu atp. Znalost vlastního těla a jeho potřeb stejně jako znalost těla a potřeb druhého jedince od těchto strachů osvobozuje.

Zákon přesně nestanovuje, kdo by měl tuto osvětu provádět, pokud neopomineme, že v rámci školství či sociální organizace by ji měl provádět pracovník, který splňuje požadavky na pracovní pozici v daném odvětví. V České republice prozatím neexistuje předpis, který by ukládal zaměstnavateli povinnost edukace zaměstnanců pracujících s osobami s postižením v této oblasti. Vzhledem k osobním kvalitám by tuto osvětu měla provádět osoba, která nejen že má edukaci v této oblasti, ale také je vnitřně zralá a je schopna být tolerantní a otevřeně diskutovat na témata spojená s touto oblastí. Důležitý je také fakt uvědomění si, že při

hovorech na toto téma již vstupujeme do intimnějšího vztahu s klientem a proto je zcela nezbytné jasné vymezení hranic a rolí. Osobě s postižením by mělo být umožněno komunikovat o sexualitě s osobou, které důvěřuje, která jej dokáže respektovat a má k tomu příslušné kompetence.

I když se všichni pracovníci daného zařízení nemusí v souladu se svým postojem plně zapojit do této osvěty, je nezbytná akceptace všech osob. Neměli bychom tedy vycházet ze svých individuálních norem a postojů a vnučovat je těmto osobám. Měla by se plně respektovat jejich volba, pokud samozřejmě není v rozporu s porušováním práv a přání ostatních. Jak uvádí Thórová a Jůn „*musíme nalézt hranici mezi otevřeností a nadměrným vnučováním, ctít intimní charakter tématu*“ (Thórová, Jůn, 2012, 39).

Úroveň myšlení osob s mentálním postižením mnohdy odpovídá dětskému věku. Pro komplexní pochopení sexuálního života a odpovědnému přístupu k této oblasti je nezbytné vyspělé myšlení, kterým osoby s mentálním postižením často nedisponují či je značně narušeno. Často tedy dochází k situacím, kdy nejsou schopni porozumět informacím z této oblasti, nebo to pochopí svým způsobem.

V rámci sexuální edukace pedagog učil a vysvětloval použití kondomu. Pro názornost použil jako pomocnou pomůcku banán. Výsledkem bylo, že žáci (osoby s mentálním postižením) tento fakt pochopili jako skutečnost, kdy při sexuální aktivitě si musí obstarat banán, na něj natáhnout kondom a budou chráněni.

Je tedy nezbytné přistupovat v edukaci těchto osob s ohledem na jejich myšlení, ale i s respektem potřeb dospělých. Kok et al., (2008) poukazují na důležitost posouzení potřeb a problémů v rámci vytváření programů sexuální výchovy s identifikací psycho-sociálních determinantů chování spojené s touto problematikou.

V dnešní době jsou k dispozici různé pomůcky a metodické postupy, které usnadňují tuto cestu a zároveň mohou být i inspirací k dalším krokům při práci v této nelehké oblasti.

Velmi prosperující metodou se jeví dramatizace – hraní rolí. V rámci vlastních zkušeností tuto metodu doporučují Křivánek a Vejsadová a dodávají „*tuto metodu používáme především pro nácvik asertivního chování, odmítnutí, vlastní rozpoznání ohrožujících situací a případný únik*“ (Křivánek, Vejsadová, 2009, 25). I u této metody by neměl být opomíjen individuální přístup vzhledem k jedinečnosti prožívání každého jedince.

V České republice vznikl film „*O sexu*“, který je dostupný na DVD a je zpracován pro osoby s mentálním postižením. Jeho cílem je podpořit vztahy těchto osob, ukázat jim, že to, co prožívají je zcela běžné a v pořádku a také poukazuje na bezpečný sex.

Můžeme se setkat i s jinými materiály jako jsou kupříkladu různé publikace, hrací karty, grafické listy nebo speciální panenky. Společnost Pohoda vydala „*Listy sexuality*“, které obsahují 20 obrazových karet, které korespondují se základními cíli sexuální osvěty.

Zábavnou formou pexesa je možné dosáhnout propojení určité zábavy a osvěty. Za tímto účelem bylo navrženo pexeso „Sex a vztahy“, které slouží především k usnadnění komunikace a vymezení různých vztahů fází partnerského vztahu.

Nejkomplexnější pomůckou, která je v dnešní době dostupná v České republice je tzv. Sexbox. Autoři Erik Bosh a Ellen Suykerburk nazvali tento box „Od hlavy až k patě“ a tento box obsahuje okolo 100 obrazových karet, které korespondují s oblastmi sexuální osvěty a sexuálního života.

3 Partnerství a vztahy osob s mentálním postižením

Pro většinu lidí jsou vztahy nejen zdrojem naplnění, ale také důležitou hodnotou v životě, která sebou přináší jedinečné, intimní a intenzivní zážitky. Svět osob s mentálním postižením se nám může jevit zcela odlišný, ale i tyto osoby mají své touhy a přání týkající se těchto vztahů. Pro osobu s postižením je navíc získání partnera jakýmsi důkazem „normality“ a akceptace ve společnosti. Jak uvádí Šelner *„možnost uzavřít přátelství, stýkat se s jiným člověkem a milovat ho má pro dvojici mentálně postižených o mnoho větší význam, než by se na první pohled zdálo“* (Šelner, 2012, 19).

Anička (26, Downův syndrom) moc toužila po partnerovi. Ve stacionáři začala „chodit“ s Edou (32, lehká mentální retardace), který si pod tímto „chozením“ představoval, že si to řeknou a tím to pro něj končí. Anička tuto skutečnost snášela špatně, při snaze upoutat jeho pozornost a zájem vytvářela scény s pláčem, vymýšlela si různé situace, že ji někdo ubližuje, že se ji něco strašného stalo. Mnohdy celý den nekomunikovala ani s personálem. Velký obrat nastal v okamžiku, kdy do stacionáře nastoupil nový klient Hynek (29 let, lehká mentální retardace), který si začal s Aničkou povídat, zajímal se o to, co dělá a co má ráda. Anička se tedy rozhodla, že Hynek bude její partner. Hynek se jí věnuje, povídá si s ní, líbá se s ní, vodí se s ní za ruku. Anička je jako „vyměněná osoba“. Usmívá se, je více společenská, aktivnější a daleko lépe komunikuje i ostatními osobami. Občas, když začne nabírat na pláč, tak Hynek hned přiskočí, obejmě ji a je po pláči.

Mezi pozitivní citové vztahy patří především přátelství a partnerství, často spojováno se slovem láska. Jak upřesňuje Plháková *„přátelství je velmi srdečný vztah, který obsahuje jen málo negativních momentů. Přátelé se vzájemně uznávají, podporují se a velmi otevřeně, bez jakýchkoliv „tajností“ si vyměňují důvěrná sdělení“* (Plháková, 412, 2007). Vzhledem k tomu, lidé s mentálním mají většinou málo přátelských vztahů, jejich život může být osamělý, což potlačuje sebevědomí a znesnadňuje sexuální vyjádření (Jahoda, 2006).

Přátelství hraje důležitou roli v životě každého jedince. Pro osobu s mentálním postižením mnohdy představuje nejen vztah s blízkým člověkem, se kterým si mohou povídat, trávit čas a sdílet společné okamžiky, ale také slouží jako zdroj potvrzování vlastní normality a sociálních kompetencí. Problematická je především oblast navazování těchto vztahů, která je dána určitou sociální izolací těchto osob.

U mentálně postižených osob je možné shledávat nižší úroveň navazování přátelských vztahů, než u normální populace. Tyto osoby navazují přátelství obvykle s lidmi podobně postiženými a to především v rámci institucionální péče (Emerson a McVilly, 2004).

Partnerství je spojeno především s fenoménem lásky. Jak uvádí Plháková „*na rozdíl od přátelství obsahuje erotický, respektive sexuální prvek*“ (Plháková, 2007, 412). Životní podmínky osob s postižením jsou často velmi ztížené a omezené a to nevyjímaje i oblasti těchto vztahů, jakými jsou tedy přátelství a partnerství. Často jsou vyloučeni z běžného společenského života, nenasbírají potřebné životní zkušenosti, a tak ani mnohdy nepochopí a nenaučí se, jak si budovat vztahy, jak o ně pečovat a zvládat běžné partnerské problémy. Prozkoumání každodenních vztahů je výzvou, která je často limitována různými omezeními, ale v obecné populaci je respektováno vzít na sebe příslušná rizika, ovšem tento respekt stále chybí k lidem s mentálním postižením (Koller, 2000).

Omezení pro ně mnohdy představují i rodiče, kteří pro ně zpravidla bývají po celý život autoritou, která má potřebu své „dospělé dítě“ před touto oblastí chránit. Autorita za ně dělá většinu rozhodnutí a tak zamezuje získávání zkušeností, které jak uvádí Thórová a Jůn „*přispívají k vytváření nereálných očekávání, zdravý partner ,rodina, samostatný život*“ (Thórová, Jůn, 2012, 38).

3.1 Partnerský vztah

V letech minulých byla mnohdy existence partnerských vztahů u osob s mentálním postižením popírána a nebyla zdaleka předmětem vědeckého zájmu, jak by si zasluhovala. Otázka vztahu těchto osob se s postupem času stává stále více aktuální, což může vyplývat nejen ze změny přístupu k těmto osobám, ale také z přirozených potřeb těchto osob. Pro samotné osoby je partnerský vztah významnou sociální hodnotou a přináší mu uspokojení v intimní oblasti. Osoba tak může získat silnou citovou vazbu a má možnost sdílet společné chvíle či zájmy a prostřednictvím vztahu se realizovat. Partner mnohdy představuje milující osoby, která sdílí s další osobou ne na základě povinnosti či rodinné vazby, ale protože prostě chce, má o druhého zájem a těší se z jeho přítomnosti.

U osob s mentálním postižením nemusí vést partnerství k pohlavnímu styku, mnohdy existuje bez tohoto aspektu. Jak uvádí Prevendárová (2006), pouhých 10% osob s mentálním

postižením je schopno dostat se na úroveň realizace pohlavního styku a až 80% těchto osob ve svém sexuálním vývoji nepřesáhne vývojovou hranici 8 let, tudíž v této rovině je nutno pochopit i jejich projevy, ať už se jedná o líbání či hlazení, které je řízeno jejich spontaneitou nebrzděné rozumem. Jak dále uvádí Šelner (2012), mnohdy se jedná o skupinu přání, mezi které patří mít někoho, kdo mi bude denně pomáhat, s kým mohu trávit čas, a kdo mi pomáhá kompenzovat vlastní sociální strádání.

Na straně druhé, jakékoliv postižení je přitom významným determinanem, které tento vztah může výrazně ovlivnit. Jak dodává Manzáková „*ve vztahu může převažovat autoritářská manipulace, potřeba péče, soucit, pocit viny a mnohé další emoce, jež jej činí asymetrickým, a proto lehce zranitelným*“ (Mandzáková, 2013, 127).

I partnerský vztah má samozřejmě svá specifika. Velmi se liší už jen pochopením, co to vlastně ten partnerský vztah je. Lidé procházejí několika fázemi tohoto vztahu a řada osob s mentálním postižením se tedy zastaví před samotným sexuálním aktem. Fáze partnerského vztahu jsou velmi přehledně zpracovány v didaktické pomůcce „Sex a vztahy“, v níž jsou tyto fáze názorně nakresleny na jednotlivých kartičkách a jejím úkolem je vymezení jednotlivých fází partnerského vztahu.

Tyto fáze jsou popsány následovně:

1. Poznali jsme se.
2. Zamilovali jsme se.
3. Držíme se za ruku.
4. Objímáme se.
5. Líbáme se.
6. Chodíme na rande do parku, líbáme se, dotýkáme se.
7. Chodíme na rande do parku, sedí mi na klíně, sedím mu na klíně.
8. Sahám jí na prsa, sahá mi na prsa.
9. Mazlíme se v posteli.
10. Jsme nazí do půl těla, dotýkáme se.
11. Jsme úplně nazí.
12. Chceme se milovat, potřebujeme soukromí.
13. Příprava na milování, stojí mi penis, stojí mu penis.
14. Milujeme se.
15. Odpočíváme po milování.

Lidé s postižením jsou obvykle vnímány jako sexuální nežádoucí nebo méně žádoucí, než lidé bez postižení. Jedním z důvodů tohoto negativního postoje k sexualitě těchto osob je myšlenka, že jsou považováni za fyzicky neatraktivní, a proto nejsou schopny přilákat sexuálního partnera. Tyto myšlenky vedou k vnímání osoby či sebe samého jako ošklivého a sexuálně nekompetentního (Addlakha, 2007).

Susan Doyle (2010) argumentuje, že není podstatou partnerského vztahu sexuální aktivita, ale otázka pocitů v tomto vztahu a to především pocit bezpečí, sounáležitosti a vzájemného sdílení. Kijak (2010) dodává, že neexistují žádné důvody k odepírání role lásky a vytváření partnerských vztahů v životě osoby s mentálním postižením. Touha mít někoho blízkého, někoho s kým mohu sdílet, povídat si, radovat se a s kým mohu mít partnerský vztah se nevyhýbá ani osobám s mentálním postižením. Ovšem prožívání partnerského vztahu nezahrnuje jen chvíle radosti, ale také s sebou přináší různé typy problémů.

U osob s mentálním postižením je porucha v této oblasti a jak uvádí Procházka a Petrášková *„problematické je uvědomování si problému, utváření adekvátních a účelných strategií k řešení problémů je na nízké úrovni, mnohdy chybí motivace k řešení“* (Procházka , Petrášková, 2012,195). Dominantním problémem v partnerství těchto osob je mnohdy najít vhodného partnera, což bývá nastoleno mnoha aspekty vyplývajícími z jejich strany, ať už se jedná o skutečnosti související s postižením či o stud, bázlivost, problémy s komunikací či navazováním vztahů. Dalším problémem se může stát samotná realizace a trvání partnerského vztahu, kdy nejsou schopni naplnit roli partnera a ve vztahu se jedná pouze o uspokojování vlastních potřeb. S problémem setkávajícím se v praxi, je také naprosto odlišná představa partnerství u těchto osob.

U osob s mentálním postižením je porucha v této oblasti a jak uvádí Procházka a Petrášková *„problematické je uvědomování si problému, utváření adekvátních a účelných strategií k řešení problémů je na nízké úrovni, mnohdy chybí motivace k řešení“* (Procházka , Petrášková, 2012,195).

Je zcela zřejmé, že situace týkající se sexuality a partnerských vztahů je složitá. Jak uvádí Mandzáková *„jen málokterí dosáhnou takové míry samostatnosti, jež jim dovolí žít přirozeným partnerským a sexuálním životem bez dozorů rodičů nebo poskytovatelů sociálních služeb“* (Mandzáková,2013,47).

3.2 Manželství osob s mentálním postižením

Také osoby s mentálním postižením mají své přání a touhy týkající se tohoto svazku. Ovšem zde nastává otázka, zda tyto osoby mají mentální kapacitu k pochopení manželského svazku. Jak uvádí Perlin a Lynch (2014) nejlepším standardem k určení této kapacity je zjištění faktu, zda jedinec chápe podstatu manželské smlouvy, povinnosti a závazky, i když na druhé straně manželství v mnoha případech více závisí na vzájemné úctě, péči a lásce, kterou dokáží i tyto osoby cítit navzdory svému intelektu.

Na druhou stranu je poukazováno na nezbytnost mentální kapacity, která v rámci manželství také ukazuje na schopnost činit rozhodnutí. Jak dále poukazuje Herring (2012), člověk je schopen učinit rozhodnutí pro sebe, pokud je schopen pochopit informace týkající se rozhodnutí, uchovávat informace, použít nebo vážit informace jako součást procesu tvorby rozhodnutí, nebo sdělit své rozhodnutí.

V rámci zákonů České republiky, pokud není osoba zbavena způsobilosti k právním úkonům, má i osoba s mentálním postižením právo uzavřít manželství. V zahraničí se přístupy různé na základě zákonů, kupříkladu v Dánsku mohou tyto osoby sdílet společnou domácnost i praktikovat sex, ve Švédsku je přípustný sexuální život i v sociálních zařízeních a ve řadě demokratických zemích mohou uzavírat manželství pod podmínkou předpokladu schopnosti vytvořit rodinné zázemí.

V rámci problematiky manželství poukazuje Clawson (2013) na závažný negativní fakt a tím je nucené manželství, které se dotýká i osob s mentálním postižením. Přesný počet těchto osob není znám, ale existují náznaky, že počet nucených manželství u osob bez postižení a s postižením může být obdobný. Příčinou těchto nucených sňatku je především fakt, že postižení je vnímáno jako negativní nebo ostudné, a lidé s mentálním postižením mívají nízký sociální status s malou právní kompetencí, což zvyšuje pravděpodobnost jejich sociální izolaci a závislosti na péči rodinných příslušníků. Tato situace může vest k rozhodnutí, že manželství je nejlepší možností, jak uspokojit potřeby všech (Clawson, 2013).

3.3 Možnosti podpory vztahů osob s mentálním postižením

Ve Velké Británii a Austrálii je řada projektů, které se snaží podporovat sexualitu a vztahy osob s mentálním postižením a to především školením speciálních facilitátorů, kteří mají za úkol podporovat tyto osoby v této oblasti. Tyto projekty zahrnují i personál ve službách těmto osobám, což by mělo vést k většímu pochopení a humanizaci těchto služeb (Davies, 2000).

V zahraničí je také nedílnou součástí různých protokolů vztahující se k sexualitě tzv. informovaný souhlas, který má za úkol chránit tyto osoby před sexuálním zneužíváním. Je důležité si uvědomit, že některé osoby s mentálním postižením jsou nekompetentní dát souhlas k sexuální aktivitě, a je tedy nezbytné posouzení tohoto souhlasu speciální komisí, která dokáže zhodnotit, zda tyto osoby jsou schopny pochopit povahu a důsledky svého jednání (McElhatton, 2010).

Naproti tomu v České republice, jak upozorňuje Štěřbová (2009), často v zařízeních sociálních služeb nebyvají respektována práva týkající se oblasti sexuality těchto osob, kdy zařízení ani nevytváří podmínky k realizaci sexuálního a partnerského života. Podle Bazalové (2009) je problémem život těchto osob především ve velkých zařízeních, v pokojích, kde nemají dostatek soukromí a není jim ani umožňováno provozovat sexuální aktivity. Jedním z řešení jak více pracovat se sexualitou a uvědomit si respekt k této oblasti by měl být „*Protokol o sexualitě*“, ve kterém by si zařízení mělo ujasnit koncept sexuality, soubor norem a poslání a postupů v této oblasti.

V posledních letech je již snaha v rámci integrace a především transformace sociálních služeb, která se snaží o plnohodnotnější život těchto osob. Tato transformace především představuje pro lidi s postižením změnu velkokapacitní ústavní péče na bydlení a podporu v běžném prostředí, tak aby mohli žít v běžných domácnostech a vést život, kterým žijí jejich vrstevníci. Jednou z možností, jak tyto osoby mohou lépe žít partnerským životem je podpora samostatného bydlení. Mezi tyto formy patří kupříkladu mezigenerační domy, komunitní bydlení, chráněné bydlení či podporované bydlení. Zásadní rozdíl mezi chráněným bydlením a touto formou spočívá ve faktu, že u chráněného bydlení je byt či dům ve vlastnictví zřizovatele služby, kdežto u podporovaného bydlení je ve vlastnictví klienta čili uživatele služby.

3.3.1 Podpora sebeurčení u osob s mentálním postižením

V rámci možností a uznání práva na svobodu rozhodnout se o svých vztazích je na místě také podpora sebeurčení, které potvrzuje hodnotu člověka být nezávislým tvůrcem vlastního života a přiznává jí morální a právní status osoby. Osobám s mentálním postižením je tato možnost volby mnohdy odepírána či značně znesnadňována. Podpora sebepojetí v sobě zahrnuje také podporu sebepoznání jedince a je nezbytná v rámci vývoje osobnosti umět prosadit a rozlišit své touhy a přání, pro vytváření vztahů jak k ostatním, tak k vlastní osobě. Podle Štěrbové *„okolí si často neuvědomuje, že pokud není dítě s mentálním postižením od dětského věku vedeno k vyjádření přání a učení se rozhodovat (což je sociální dovednost), pak je vysoké riziko, že se v jakémkoli věkovém období nebude umět dobře rozhodnout – např. v situaci sexuálního jednání a chování“* (Štěrbová, 2007, 75).

Informační centrum Pacer Center pro podporu rodin s osobami s mentálním postižením prezentuje sebeurčení jako stanovení věřit svým rozhodnutím a faktu, že mohou ovládat svůj osud. Sebeurčení je tedy kombinací postojů a schopností, které vedou osoby k nastavení vlastních cílů a převzetí iniciativy k dosažení těchto cílů („What is Self-Determination?“, 2014, odst. 1).

Wehmeyer a Metzler (2001) uvádějí, že sebeurčení je do jisté míry závislé na příležitostech, které jsou definovány podmínkami daného prostředí a měly by jim předcházet nezbytné zkušenosti, které vedou k realistickému sebeuvědomění, sebevědomí, pozitivnímu vnímání sebe sama a k dosažení očekávaných výsledků skrze své jednání. Tyto zkušenosti získává jedinec v průběhu dětství a dospívání. Sebeurčení odráží sebeaktualizaci člověka, která je prezentována skutečností, že se učíme na základě svých vlastních zkušeností a v průběhu svého života měníme své preference.

3.4 Studie problematiky sexuality a vztahů u osob s mentální retardací

Poznatky a studie oblastí sexuality a vztahů se mohou výrazně lišit ve svém zaměření a především v závislosti na úrovni mentálního postižení. Studie Chamberlain, Rauh, & Passer (1984) byla přímo zaměřena na sexuální aktivitu osob s mentálním postižením dle jejich stupně postižení. U žen s lehkým mentálním postižením byla zhruba polovina nakloněna k akceptaci a souhlasu mít pohlavní styk. Dle těchto autorů je podíl sexuální aktivity u žen s mírným mentálním postižením podobný jako u zdravé populace (Chamberlain, Rauh, & Passer 1984).

Diederich a Graecen (1996) ve své studii zjistily, že 41% osob s mentálním postižením žijících v institucionální péči již mělo pohlavní styk. K obdobným závěrům došla i McGillivarova studie (1999), do které bylo zahrnuto 60 dospělých osob s lehkým a středním mentálním postižením a 18 z těchto osob bylo až v minulosti či současnosti sexuálně aktivní což představuje 30%. Zcela odlišný závěr přinesla studie Conoda a Servaise (2008), který poukazyval na velmi nízkou sexuální aktivitu. Tato skutečnost však byla dána faktem, že instituce, kde probíhal sběr dat nedovolovaly a neumožňovaly soukromí pro sexuální život (Conod, Servais, 2008). Tento závěr poukazuje na skutečnost, že důležitým aspektem v realizaci sexuálního života představuje jev „možnost a příležitost“.

V této studii zahrnující data 397 žen se dále autoři Conod a Servais (2008) zaměřili se na determinanty antikoncepce. Mezi determinanty patřil předchozí pohlavní styk či přítel. Pro mnohé osoby s postižením jejich vztahy či partneři byli spíše zaznamenány sociálními pracovníky, a tyto osoby mnohdy neměly ponětí a nedokázaly definovat tyto determinanty.

Studie na Slovensku zaměřená na projevy sexuality, rozdělovala tyto projevy na dvě úrovně, kdy první zahrnovala např. objímání, pohlazení, snaha líbit se a druhá dotyky intimních částí, líbání, masturbaci či pohlavní styk (Mandzáková, 2013). Tato studie byla aplikovaná na osobách s těžším mentálním postižením v domovech sociálních služeb na Slovensku. Sexuálních projevů první úrovně bylo zaznamenáno 68,8% z toho nejvíce projevy radosti v přítomnosti opačného pohlaví (11,2%) a pohlazení klienta (10,5%). Z projevů sexuality druhé úrovně bylo celkově zaznamenáno 28,4% , a to nejvíce masturbace (8,8%), líbání (6,4%) a kupříkladu pohlavní styk (1,3%) (Mandzáková, 2013). Tyto výsledky opět poukazují na skutečnost, že i osoby s mentálním postižením a to i těžším mentálním postižením mají sexuální potřeby, které jsou determinovány podmínkami a prostředím.

Studie zaměřené na oblast intimity a prožívání vztahů přinášejí výsledky, poukazující na potřebu a touhu těchto osob. Tento fakt potvrdila studie, kterou provedl McCabe (1999) se zjištěním, že osoby s mentálním postižením touží jít na rande, chtějí zažít intimitu a sexuální interakce, ale cítí se velmi nejistě a bázlivě, neboť mají pocit, že nemají dostatek znalostí a zkušeností. Nejvíce tyto osoby měli zkušenosti s masturbací, nejméně s aktivitami s jinou osobou.

Další studie Kijaka (2010) zaměřená na touhy po lásce u osob s mentálním postižením poukazuje na potřebu projevů lásky u těchto osob. Celkem 24 % osob této studie bylo aktivní v projevech mazlení, což popisovali jako hlazení těla partnera bez pohlavního styku. K dalším zajímavým zjištěním, která tato studie přinesla, byl fakt, že 85 % účastníku začalo s aktivními projevy sexuality z důvodu touhy a potřeby, nikoliv pouze zvědavosti a 35 % těchto osob se dokonce vyjádřilo, že jim záleží na vztahu s jejich partnerem.

Ve své studii se Bittermann a Selner (1999, in Šelner, 2012) dotazovali, co si mentálně postižené osoby (střední a lehké mentální postižení) představují pod partnerským vztahem. Mezi nejčastěji uváděné odpovědi patřilo, mít někoho u sebe, být tady pro někoho, skrze partnera získat mobilitu, získat sebedůvěru, získat jistotu v jednání s člověkem a pocitu, že děláme něco pro sebe společně (Bittermann, Selner, 1999, in Šelner, 2012). Tato studie opět ukázala, že pro osoby s postižením získání partnera představuje touhu po společném sdílení, získání pocitu normality a sebedůvěry daleko více, než touhu po pohlavním aktu.

4 Problematika rodičovství osob s mentálním postižením

Problematika rodičovství osob s mentálním postižením je oblastí, která si jistě zaslouží pozornost, ale která se mnohdy v naší současné společnosti může jevit jako něco nepřipustného, nemyslitelného a neoprávněného. I když osvěta a problematika týkající se těchto osob již není takové tabu jako v letech předešlých, jak mezi veřejností tak i v médiích, tak i přesto by se dalo říci, že v přístupu k těmto osobám převládají aspekty soucitu, strachu, nedůvěry a skepse.

Osoby s mentálním postižením také mají svá přání týkající se této oblasti. Přejí si prožívat chvíle radosti spojené s dítětem a dokáží tyto okamžiky popisovat, i když jsou jejich představy mnohdy velmi zkreslené a spojené především s infantilním pojetím. Především si neuvědomují, co péče o potomka obnáší a nedokáží ani mnohdy pochopit míru zodpovědnosti a péče o dítě. Otázka rodičovství v souvislosti s osobami s mentálním postižením je jednou z nejkontroverznějších a vyvolává řadu emocí a bouřlivé diskuze. I rodiče bez handicapu se musejí potýkat s těžkostmi a řadou problémů, které výchova dětí přináší. Pro osoby s postižením je výchova potomka velmi složitá a to zejména v případech, kdy se rodičům narodí dítě zcela zdravé. Jak uvádí Thórová a Jůn „*rodič s mentálním postižením nedokáže sám od určitého věku dítěte naplňovat jeho sociálně emoční potřeby*“ (Thórová, Jůn, 2012, 43).

Důležitou součástí rodičovství je také otázka antikoncepce týkající se tzv. plánovaného rodičovství. Formy a možnosti spadají spíše do problematiky edukace, ovšem je nezbytné poznamenat, že rodičovství by právě se svou složitou problematikou mělo být krokem uváženým a ne výsledkem náhody či nehody. Výběr antikoncepční metody by měl být ovlivněn individuálním zdravotním stavem, stupněm postižení a vhodností z medicínského hlediska. Nesmíme však opomíjet i právo rozhodování u těchto osob a jak dodává Uzel „*využívání antikoncepce by mělo být důsledkem dobrovolného rozhodnutí uživatelky s uplatněním lidského práva na plánované rodičovství, jak je zaznamenáno v mezinárodních dokumentech*“ (Uzel, 2004, 17).

Užívání antikoncepce se jeví nejen jako nezbytný krok v rámci plánovaného rodičovství, ale jak také uvádí Uzel „*opodstatněné je však také tvrzení psychologů, že užívání antikoncepce u žen s mentálním postižením pomáhá upevňovat pocit zodpovědnosti a hrdosti nad kontrolou své situace*“ (Uzel, 2004, 18).

Na straně jedné se v posledních letech setkáváme především s apelem na práva osob s mentálním postižením, ale je také na místě uvědomit si skutečnost, že rodičovská práva jsou vždy spjata s určitými rodičovskými povinnostmi. Řízená regulace rodičovství mentálně postižených je tedy podle Vágnerové (2004) přinejmenším vhodná, neboť tito jedinci nejsou schopni udržet nápor rodičovské role. Jak doplňuje Valenta, Müller (2009) tyto faktory vedou k nedostatečné péči o děti rodičů s MP v důsledku neschopnosti se vyrovnat s pro ně obtížnými požadavky na výchovu svého potomstva. Je tedy zapotřebí, aby těmto jedincům byla poskytnuta pomoc a podpora, kdy obvykle touto podporou bývají především rodiče či příbuzní.

4.2 Podpora a služby rodičům s mentálním postižením

Podpora a služby pro rodiče s mentálním postižením se různí především podle typu jejich postižení a na základě vývoje a věku dítěte. Na místě je třeba poznamenat, že je zcela nezbytná, a aby byla naplňována její podstata, měla by splňovat několik základních požadavků.

- 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 musejí vést rodiče s postižením k tomu, aby se zapojili do své komunity a stali se její součástí (Rodiče s postižením intelektu, 2011).

V posledních letech se vytvářejí různé programy na podporu rodičovství, aby bylo možno zajistit potřeby dítěte a pomoci v rámci individuálních potřeb a požadavků osobám

s mentálním postižením. Jedná se především o návštěvy v domácnostech, které umožňují vyučovat rodičovské dovednosti v přirozeném prostředí jak pro rodiče, tak pro dítě. Poskytovatelé těchto služeb mohou rodičům nabídnout vhodnou pomoc zaměřenou na hygienu, výživu, základní sociální dovednosti, bezpečnost a další možné prostředky, které tyto osoby nezbytně potřebují v péči o svého potomka. Rodičovské skupiny nabízejí rodinám informace o tématech, na která se zaměřují, jako jsou výchovné metody, vývoj dítěte, zdraví a bezpečnost (Rodiče s postižením intelektu, 2011).

Typy podpory, které umožňují 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 intervenci (Rodiče s postižením intelektu, 2011).

4.2 Studie problematiky rodičovství u osob s mentálním postižením

Publikované studie týkající se osob s mentálním postižením zaplňují dobu zhruba posledních 70 let. Je možno je rozdělit do tří fází, z níž každá se vyznačuje základním předmětem zájmu daných studií.

Počátečním obdobím bylo doba okolo roku 1940, kdy studie z tohoto období byly zaměřeny především na otázku dědičnosti tohoto postižení. Již tato otázka je propojena s otázkou rodičovství těchto osob, neboť se snaží najít odpověď a poukázat na fakt, zda je toto postižení dědičné a zda je tedy žádoucí zabránit plození potomků těchto osob. Tento argument

se jeví jako silná zbraň v postojích stojících proti rodičovství těchto osob (Lewellyn, Mayes, & McConnell, 2008).

V druhém období studií byla pozornost zaměřena především na edukaci těchto osob a možné podpory rodičů s potomky s mentálním postižením. Edukace těchto osob je zcela nezbytná pro rozvoj jejich schopností a hraje důležitou úlohu nejen v jejich rozvoji, ale také v udržení získaných dovedností. Ze své praxe mohu jen potvrdit, že je zcela nezbytná a klíčová permanentní podpora a cvičení již získaných dovedností. Při absenci těchto aspektů někteří tito jedinci velmi rychle své dovednosti ztrácejí či dochází ke snižování jejich kvality (Lewellyn et al., 2008).

Závěry značných studií z tohoto období ukazují především na skutečnost, že rodiče těchto potomků se mohou adekvátně o tyto osoby postarat a poskytnout jim patřičnou péči především na základě podpory a několika školení, které jim mají pomoci v této péči a podpořit je zvenčí.

Jednou z klíčových otázek vztahující se k této problematice je otázka, zda jsou osoby s mentálním postižením schopné se o své potomky postarat. Studie Leighta MacDonalda (2009) byla zaměřena právě na tuto problematiku. Zaměřil se na to, zda osoby s mentálním postižením mají adekvátní schopnosti k zabezpečení a postarání se o potomky. Jak již bylo uvedeno, tyto osoby vyžadují podporu v péči o potomka, neboť mají omezené schopnosti v oblasti učení, což zahrnuje i učení se péče o dítě. I když se jedná o postižení trvalé, tak se správnou podporou se mohou jejich schopnosti do určité míry rozvíjet. V případě této studie byla pozornost zaměřena na podporu dětské sestry, jejímž úkolem bylo naučit tyto osoby prvotní a základní péči o dítě.

Pro dítě je nejlepší, když je vychováváno ve vlastní rodině, avšak pokud se tak činí v nejlepším zájmu dítěte (Brandon, Thoburn, Lewis, & Way 1999). Nastává tedy otázka, jak identifikovat nejlepší zájem dítěte. Na základě této úvahy bylo ve studii sledováno sedm faktorů, které byly označeny jako nezbytné pro poskytování kvalitní péče o dítě. Mezi tyto faktory patří základní péče, bezpečnost, citová vřelost, stimulace, poradentství, míra zodpovědnosti a stabilita.

Matky s mentálním postižením potřebují více času, pozornosti, edukace a uklidňování. V této studii se jednalo o matku s mentálním postižením, které se narodila dvojčata a v péči o její potomky jí pomáhali její rodiče. Pod vedením dětské sestry byla matka schopna

vykonávat postupně jednoduché úkony (přebalování, krmení z láhve), které jí musely být vysvětlovány jednoduchou formou s následným zácvikem na panence. Dokázala rozpoznat, kdy je dítě pokálené a reagovat na měnící se potřeby dítěte. Ovšem již nebyla schopna rozpoznat rizika nebezpečí pro dítě, jako kupříkladu horkost vody na koupání, nedokázala pochopit odměřování potravy pro dítě apod. Komunikace a spolupráce s prarodiči byla velmi dobrá. Po nějaké době bylo patrné, že si matka dokázala vytvořit velmi vřelý vztah ke svým dětem, mazlila se s nimi, těšila se s nimi a trávila s nimi postupně veškerý čas.

Z pohledu dětské sestry bylo klíčové identifikovat rizika a pracovat na jejich odstranění a vybudovat si dobrý vztah s rodinou tak, aby bylo možno s nimi spolupracovat. Výsledkem této studie bylo závěrečné zhodnocení, že se znalostmi rodičovských dovedností, jejich upevňováním a následnou podporou v péči o dítě jsou tyto osoby pod profesionálním vedením a s podporou schopny se o dítě postarat. Ovšem zároveň zdůrazňuje, že tato péče byla monitorována po celou dobu v nemocnici v kompetenci podpory profesionálů a nelze již přesně stanovit, jak bude probíhat v domácím prostředí. Mimo tyto zařízení je tato profesionální kompetence již omezena a lze předpokládat, že bez zásahu profesionální pomoci nebude tato rodina schopna se vyrovnat s plnou zodpovědností za péči o potomky.

Tato studie opět potvrdila nezbytný fakt, že bez podpory nejsou tyto osoby schopny postarat se o své potomky. Nelze však tyto osoby jednoznačně označit jako nebezpečné a zcela nekompetentní v péči o dítě s návrhem jim tuto možnost zcela odebrat. Spíše by se pozornost měla zaměřit právě na pomoc a podporu v oblasti této problematiky s ústředním zájmem týkajícím se zejména dítěte. Dalším důležitým aspektem je edukace těchto osob, bez které by získávání a rozvíjení schopností bylo zcela nemožné.

Další studii potvrzující tento fakt je studie, jejímž cílem bylo zjistit, zda existuje přímá souvislost mezi matkami, které jsou v programu podpory rodičovství zahrnující i edukaci a matkami mimo tento program v otázce zanedbávání péče o dítě. Sandra T. Azar a Michael T. Stevenson (2012) zahrnuli do své studie 73 matek s nízkým sociálněekonomickým statusem, kdy 43 matek mělo již záznam o zanedbávání péče a 30 matek bylo bez tohoto záznamu.

Výsledky ukázaly signifikantní významnost u matek, které nebyly v programu podpory v souvislosti zanedbávání péče o potomka zahrnující např. hygienu, kognitivní stimulaci dětí, prevenci dětských úrazů apod. V závěru této studie je návrh na základě získaných dat zahrnující doporučení vytvoření více rozpracovaného kognitivního modelu rodičovských rizik

a problému, který by mohl poskytovat možnosti rodičovských kompetencí a odpovědí na otázky týkající se této problematiky. Zdokonalení tohoto modelu by mohlo vést k lepšímu propracování poskytovaných služeb, což by mohlo v konečném důsledku usnadnit práci v oblasti rodičovství osob s mentálním postižením se zvážením případných rizik.

Na mateřství s mentálním postižením je zaměřena studie autorů Aunos, Feldman, & Goupil (2008), která se snažila sledovat vztah mezi sociální podporou, zdravím, pohodou, rodičovstvím a chováním dítěte. V literatuře všeobecně panuje shoda Aunos et al., (2008), kdy mezi rodičovskými schopnostmi u osob s mentálním postižením a výkonem v rodičovské péči není žádný významný systematický vztah vykazující významnou korelaci. Do této studie bylo zahrnuto 32 matek s mentálním postižením, které se staraly o dítě ve věku 2-13 let.

Tato studie ukázala významnou souvislost mezi stresem v rodičovství, rodičovským stylem a vnímáním a chováním dítěte, kdy větší problémy s chováním dítěte byly zaznamenány především u starších dětí.

Významem stresu v rámci rodičovství u osob s mentálním postižením se zabýval i Sterling (1998). Ve své studii se zaměřuje na vliv stresu, spokojenosti a rodičovské podpory na rodičovské schopnosti u 74 matek s mentálním postižením. Výsledky této studie ukazují Sterling (1998) na souvislost mezi vysokou mírou stresu a nižší podporou těchto osob v rodičovství a naznačují, že malá míra podpory v rodičovství a sociální izolace se odráží ve snížených rodičovských schopnostech. Regresivní analýza ukázala, že neexistuje žádná významná souvislost mezi rodičovským stylem a problémovým chováním.

Tyto závěry potvrzuje i studie Feldman, Varghese, Ramsay & Rajska (2002), v níž došli ke zjištění, že nižší spokojenost a vyšší potřeba podpory vysoce koreluje s vysokou hladinou stresu, což opět naznačuje významnou roli sociální izolace v procesu stresu spojené s rodičovskou úlohou.

Zda plánované rodičovství umožňuje volbu být rodičem, je předmětem studie zaměřené na toto téma s otázkami překážek a podpory v procesu rodičovství. Studie byla provedena na Novém Zélandu autorkami Jennifer Conder and Brigit Mirfin-Veitch (2010) a zahrnovala 19 rodičů s mentálním postižením. Zájmem bylo zjistit, jaké měly tyto osoby informace v době jejich volby být rodičem a jaká jim byla poskytnuta podpora. Většinou žen z této studie byla umožněna volba ohledně rodičovství, nicméně na straně druhé některé z nich nevěděly, že užívají antikoncepci, která má právě bránit jejich těhotenství. Výsledky ukázaly, že většina

žen zahrnuta do této studie byla schopná identifikovat těhotenství s možností volby zda v těhotenství pokračovat či nikoliv. Dále výsledky ukázaly na nezbytnost informovanosti v procesu rozhodování zda se stát rodičem. Znalosti o plodnosti, metodách antikoncepce a sexuální výchova hrají klíčovou roli v procesu pochopení plánovaného rodičovství i usnadňují proces rozhodování. Je také nezbytná informovanost o možnosti řešení neplánovaného rodičovství.

Ve Velké Británii byla provedena studie s cílem zmapovat názory a zkušenosti rodičů s mentálním postižením a popsat příklady pozitivní praxe v podpoře. Zákon zaměřující se na péči o děti ve Velké Británii je v souladu s příslušným postojem, který si klade za cíl zajištění podpory a péče tak, aby dítě mohlo zůstat ve svém rodném domově. Autorky této studie Tarlenton, War & Howarth J (2009) definovaly tyto zkušenosti v souladu s konceptem „rodičovství s podporou“, který má tři základní prvky a to (1) posílení úlohy rodiče (např. prostřednictvím poskytování informací v snadno pochopitelné formě, s cílem, aby mohli mluvit a jednat sami za sebe a pociťovali více důvěru ve své rodičovství a jejich schopnosti (2) zvyšování povědomí o rodičích s MR s potřebou podpory mezi pracovníky v příslušných službách (např. předporodní kurzy, rodiče podpůrné skupiny) a (3) rozvoj rodičovské role ve všech aspektech.

I když studie byla zaměřena především na podporu v rámci rodičovství osob s mentálním postižením, přinesla jedno zjištění, které velmi zasahovalo do poskytování této podpory profesionály. Někteří z těchto rodičů uvedly, že někteří z těchto profesionálů neměli žádné zkušenosti s lidmi s mentálním postižením a jednali s nimi jak s malými dětmi a mluvili na ně jak na malé děti. Rodiče, kteří uvedli tento fakt, dále uvádějí, že jim nebyla nabídnuta podpora, kterou potřebovali a nabyli pocitu, že již dopředu bylo rozhodnuto o jejich neschopnosti a odebrání dítěte. Tarlenton a Ward (2009) uvádějí, že jeden z účastníků uvedl, že s ním bylo jednáno jak s dvouletým dítětem a cítil, že byl dřív souzen podle tohoto faktu, než podle skutečných schopností a dovedností.

Za velice jedinečnou a přínosnou lze považovat velice rozsáhlou studii, kterou provedl Willems et al. (2007) zahrnující 1500 rodin z Nizozemí. Podmínkou zařazení do této studie byl fakt, kdy minimálně jeden z rodičů měl mentální postižení. Cílem bylo zhodnocení péče o potomka zahrnující tři aspekty. Prvním aspektem byla nepřítomnost známek zneužívání a zanedbávání dítěte, druhý aspekt spočíval ve faktu, že v průběhu péče nemuselo dojít k zásahu agentury na ochranu dětí a třetím byla nepřítomnost soudního jednání o návrh

pěstounské péče. Průzkum ukázal, že všechny tyto tři aspekty splňuje 33% těchto rodin. Dalších 50% rodin tyto podmínky nesplňovaly a zbývajících 16% rodin se nacházelo v přechodné fázi mezi skupinou naplňující či nenaplňující tyto aspekty. Nejdůležitějším poznatkem tohoto šetření byla skutečnost, že stupeň mentálního postižení není nejsilnějším faktorem ovlivňujícím úspěch či neúspěch v péči o potomky osob s mentálním postižením. Tím nejsilnějším faktorem se ukázala být podpora, jak sociální tak odborná. Její absence či odmítání se ukázalo jako silný indikátor selhání v péči o tyto potomky.

Téměř veškeré studie poukázaly na důležitý fakt, že otázkou není, zda se tyto osoby mohou učit a přizpůsobit rodičovské roli, ale spíše otázka za jakých podmínek. Je nezbytné poznamenat, že rodičovství není zcela běžnou součástí života osob s mentálním postižením. Tento fakt potvrzuje i studie Chamberlaina et al. (1984) zaměřena na sexualitu těchto osob, kdy z 84 účastníků této studie bylo zaznamenáno těhotenství u 6 osob a také studie Conoda a Servaise (2008) ve studii obdobného zájmu, těhotenství bylo zaznamenáno pouze v 1%. V studii Huovina (1993) byl zachycen fakt, že u žen s mentálním postižením bylo těhotenství 118 krát nižší než u osob bez postižení.

4.3 Právní legislativa sexuálního života, manželství a rodičovství

Právní legislativa a postavení osob s mentálním postižením prošlo v posledních letech značným vývojem vedoucím především k cestě respektu práv těchto osob v rámci různých mezinárodních úmluv a organizací. Společnost se v rámci svého vývoje pokouší změnit i postoje a předsudky k této skupině vyznačující se snahou o snížení diskriminace těchto osob. Nelze konstatovat, že tyto tendence jsou již v dnešní společnosti značně potlačeny, můžeme se s nimi setkat stále, ovšem více respektu a uznání existence osob s postižením je patrná. Jak uvádí Michalík „*nyní jde zejména o dlouhodobé nerespektování či neznalost základních a zásadních odlišností, které tuto skupinu definují*“ (Michalík, 2012, 63).

Přístup rodinných příslušníků a společnosti k osobám s mentálním postižením velmi často neodpovídá věku těchto osob. Často se setkáváme s jevem nerespektu dospělosti, který zachází až do jednání s těmito osobami zahrnující prvky infantilnosti. S tímto faktem souvisejí i práva a možnosti seberealizace, kdy jednou z příčin může být skutečnost zbavení nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům. Mnohdy toto omezení nemusí být v souladu s jejich skutečnými schopnostmi. Daleko častěji se setkáváme s mylným

pochopením a výkladem tohoto omezení, kdy je těmto osobám odepřeno i rozhodování o běžných životních záležitostech.

Především v roce 2003 byly započaty značné snahy o ochraně a podpoře práv a důstojnosti osob s postižením. Matiaško (2010) uvádí, že tento rok je spojen především s prací Valného shromáždění OSN a Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, která vstoupila 3. května 2008. Je založena na principu rovnoprávnosti se snahou podpory uplatňování lidských práv a integrace do společnosti.

Sexuálním životem veškerých jedinců se zabývá především sexuologie. V dnešním pojetí je multidisciplinárním oborem, který se stále vyvíjí a propojuje se v něm řada oborů, ať už se jedná o gynekologii, genetiku, urologii, endokrinologii či psychiatrii a psychologii. Kromě léčebné a preventivní péče se zabývá také poradenstvím a soudně znaleckým poradenstvím. Jedním z hlavních cílů sexuologie je také naplnění postulátů WHO Světové zdravotnické organizace právě ve vztahu sexuálního zdraví a Deklarace sexuálních práv podle WAS Světové sexuologické asociace, které jsou datovány roku 1999.

WAS definuje sexuální práva takto:

1. právo na sexuální svobodu
2. právo na sexuální autonomii
3. právo na sexuální soukromí
4. právo na sexuální rovnost
5. právo na sexuální potěšení
6. právo na vyjádření sexuálních citů
7. právo na svobodné sexuální sdružování
8. právo učinit svobodné sexuální rozhodnutí
9. právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích
10. právo na komplexní sexuální výchovu

Jak uvádí Mitlöhner „podle Listiny základních práv a svobod jsou tato lidská práva nedotknutelná a mohou být omezena pouze zákonem“ (Mitlöhner, 2009, 62). Osoby

s postižením mají právo vést sexuální život, z právního hlediska se omezení týká pouze v případech porušování zákona a to kupříkladu sexuálních projevů nebezpečné pro společnost či charakteru přestupku či trestného činu.

Když se podíváme na tento dlouhý výčet těchto práv, tak je na první pohled vidět, že realizace veškerých těchto práv je u osob s postižením značně obtížná. Už samotné pochopení těchto práv vzhledem k jejich handicapu přináší určité obtíže, ovšem ne ty zásadní. Ty sebou přináší především hodnotná realizace sexuálního života v souladu s těmito právy. V sexuálních vztazích je třeba také brát v úvahu fakt, zda se jedná o vztah mezi dvěma osobami s postižením či mezi osobou s mentálním postižením a osobou zdravou. Zde jsou na místě obavy z nerovnoprávného jednání ve vztah, které mohou vést až k trestným činům zneužívání či znásilnění.

Jak uvádí Mitlöhner *„sex s mentálně postiženou osobou, byť ze strany mentálně zdravé osoby citově motivovaný, bude vždy v sobě obsahovat prvky zneužití bezbrannosti a tudíž bude velmi blízký znásilnění. Nicméně je nutno připustit, že ani této mentálně postižené osobě nelze v realizaci sexuálního kontaktu a styku bránit, pokud projeví zájem, nebo na podnět reaguje vstřícně a zjevně jí to dělá dobře“* (Mitlöhner, 2009, 67).

Zatímco mezinárodní právo chrání práva lidí s mentálním postižením, vnitrostátní právní předpisy často blokují tyto práva. Cílem těchto zákonů je především snaha o ochranu těchto osob před zneužitím. Další komplikace představují přístupy pracovníků v sociálních a příbuzných službách, způsobené jejich postojem k problematice sexuálních vztahů. (Lyden, 2007)

V rámci právní legislativy právních úkonů je základním faktem, zda je osoba s mentálním postižením zbavena svéprávnosti či nikoliv. Sobek (2007) uvádí, že způsobilost k právním úkonům předpokládá určitou psychickou vyspělost, která obsahuje složku rozumovou a složku volní. V některých případech však člověk této psychické vyspělosti nabude pouze v určité více či méně omezené míře. To je i případ lidí s mentálním postižením. V takovém případě, pokud je to nutné, může být jedinec omezen či zcela zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Toto zbavení svéprávnosti se tedy váže ke zbavení způsobilosti k právním úkonům, což uzavření manželství či rodičovskou zodpovědnost zákonně zahrnuje. Jak uvádí Michalík

(2012), v praxi to znamená absolutní nemožnost uzavřít manželství u osob, jež byly zbaveny způsobilosti k právním úkonům zcela či omezená možnost uzavřít manželství u osob s omezenou způsobilostí.

V rámci zákonů postihujících rodičovství se jedná o ustanovení rodičovské zodpovědnosti zahrnující souhrn práv a povinností rodičů, které mají vůči nezletilým dětem. Jak uvádí Michalík „*rodičovská zodpovědnost náleží zásadně oběma rodičům, mající způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu*“ (Michalík, 2012, 82).

Výrazným problémem týkajícím se práv osob s mentálním či duševním postižením „*je ustanovení §34 Zákona o rodině, který vyžaduje plnou způsobilost k právním úkonům jako nutný předpoklad k tomu, aby mohl být člověk nositelem rodičovské zodpovědnosti. **Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností rodičů vůči nezletilému dítěti, sestávající z péče o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, dále zastupování dítěte a správy jeho jmění, tedy člověk musí být nositelem rodičovské zodpovědnosti, aby mohl své dítě vychovávat. Je-li žena zbavena způsobilosti k právním úkonům, či je-li v této způsobilosti i jen omezena, přijde o rodičovskou způsobilost v plném rozsahu. Tedy pozbyde práva i povinnosti k dítěti, nemůže o dítěti rozhodovat, nemá-li podporu např. v rodině, o dítě přijde***“ (Vítová, 2010, ods.6).

**VÝZKUMNÁ
ČÁST**

5 Participace osob s mentálním postižením na výzkumu

Značné množství výzkumů zabývajících se oblastmi týkajících se osob s mentálním postižením, je zaměřeno na získávání dat z řad sociálních pracovníků, pedagogických pracovníků, rodičů či veřejnosti. Jak doplňuje Lečbych „*pozornost výzkumníků dále směřuje k situaci, ve které se lidé s mentálním retardací nacházejí (např. k mapování počtu osob žijících v ústavní péči, počtu osob v jednotlivých sociálních službách apod.), nebo je pozornost zaměřena na rodiče dětí s mentální retardací či další rodinné příslušníky*“ (Lečbych, 2008, 79). Daleko méně jsou již výzkumy zaměřené na získávání dat právě od osob s mentálním postižením. Již jen ze samého etického hlediska je žádoucí nevynechat samotné osoby s tímto postižením s přihlédnutím k rozsahu jejich postižení.

Knox, Mok, Partmenter (2000) se domnívají, že by uvedené hledisko mělo být reflektováno i v rámci změny perspektivy výzkumu v oblasti s mentálním postižením, kdy badatelé nedělají již výzkum na lidech, ale spolu s nimi, tudíž z gnozeologického hlediska jsou lidé s mentálním postižením vnímáni jako experti, a ne jako objekty, na kterých jsou ověřovány hypotézy či domněnky.

V souladu s požadavky gnozeologického hlediska byla data pro tuto práci získávána pouze od osob s mentálním postižením. Data týkající se problematiky vztahující se k této práci vycházela především z původních zdrojů a přinesla pohledy těchto osob a ne pohledy zprostředkované či zkreslené dalšími subjekty.

5.1 Problematika participace osob s mentálním postižením

Zapojení osob s mentálním postižením do výzkumu přináší řadu problémů, které je třeba zvážit. Řada osob s mentálním postižením může mít problémy v oblasti komunikace, ať už v rámci sociálního kontextu či verbálního projevu či problémy spojené s deficitem kognitivních funkcí. Tento deficit je především patrný v schopnosti psaní, čtení a nejvíce zasahuje do oblasti porozumění textu. V rámci své praxe se setkávám s velice častým jevem, kdy tyto osoby dokáží přečíst zadaný text, avšak již nejsou schopny vysvětlit, o čem vůbec četli a jaký má sdělení obsah a význam. Z tohoto hlediska se dotazníkové metody či jiné neverbální testové metody jeví jako zcela nevhodné či použitelné pouze u omezeného vzorku jedinců.

Základní otázkou tedy je, jakou formu výzkumu zvolit a jakým způsobem do něj tyto osoby zapojit. Je potřeba prezentovat výzkum ve srozumitelné formě tak, aby jedinec mohl pochopit, co zapojení do výzkumu obnáší. Se srozumitelností prezentace výzkumu i jeho průběhem nám mohou pomoci různé pomůcky, ať už se jedná o využití piktogramů, fotografií či doprovodného videa.

V rámci eliminace těchto problémů byla v této práci zvolena forma polostuktorovaného rozhoru, které tedy eliminuje problém ngramotnosti. Ze své zkušenosti mohu navíc říci, že při rozhovorech se tyto osoby daleko více uvolní, jsou sdílnější. Při různých formách, kde je potřeba psát často dochází k situacím, kdy osoby dostane strach, že musí něco psát, že to nezvládne, či mnohdy v nich přetrvává strach ze známkování a ptají se, „a je to na známky?“

Velmi diskutabilní je otázka zapojení blízké osoby jako podpory při realizovaném výzkumu. Může se jednat o rodinného příslušníka, vychovatele, asistenta apod. Zatímco na straně jedné je přínos tohoto facilitátora v podobě osoby, která může podpořit participanta, vysvětlovat, sdělovat či překládat odpověď do srozumitelné formy, tak na straně druhé se můžeme setkat s nežádoucími jevy přinášející tato spoluúčast. Také podle Fräsera a Leforda (2002, in Strnadová, 2008) toto východisko není zcela ideální, neboť je zde přítomna reálná obava týkající se míry shody mezi odpovědí osoby blízké a tím, jak danou otázku či věc vnímá osoba s mentálním postižením.

V rámci své praxe jsem se setkala s nežádoucímu jevy spoluúčasti, kdy výpovědi těchto osob se zcela rozcházel při účasti dalších osob. Navození důvěrné atmosféry se daleko lépe nastoluje mezi dvěma osobami. Osobní zkušenosti z praxe s komunikací s osobami s mentálním postižením i vedením hovorů, mi umožňovalo vést tyto hovory bez přítomnosti dalších spoluúčastných osob.

Další problematickou oblastí je konzistentnost odpovědí při vedení rozhovoru. Tento problém souvisí především s tendencí odpovídat souhlasně na otázky, bez úvahy týkající se jejich obsahu. Jak uvádí Strnadová „*v otázkách bud' –anebo mají respondenti větší tendenci volit druhou z nabízených možností, u otevřených otázek mají zase respondenti sklon k podhodnocování*“ (Strnadová, 2008, 31).

Je potřeba velmi dobře zvážit formulaci a samotnou strukturu kladených otázek, neboť již tato fakta mohou ovlivňovat možné odpovědi na kladené otázky. Zejména u osob s mentálním postižením se můžeme setkat s vysokou tendencí vyhovění, což také může v důsledku

směřovat k tendenci souhlasných odpovědí. Finnlay a Lyons dokazují „že tato tendence se výrazně zvyšuje především tehdy, nemá-li respondent na danou otázku názor, je-li otázka nejasně položena, pokud je respondent nejistý a pokud je struktura otázky příliš složitá“ (in Strnadová, 2008, 31).

Volba polostrukturovaného rozhovoru otevírá cestu, jak lépe získat data od účastníků rozhovorů. I při pochopení otázky se některé osoby s mentálním postižením potýkají s problémem vyjádření se a prezentování názoru. Podpora výzkumníka či nabízení možnosti jim pomáhá s vyjádřením a volbou odpovědi. Některé osoby s mentálním postižením tyto problémy nemají a velmi rádi se vyjadřují k daným tématům. Z těchto důvodů volba polostukturovaného rozhovoru se jeví jako nejvhodnější možnost. Při jednoslovných či strohých odpovědích jsem se dále doptávala, což mnohdy vedlo k dalšímu rozvoji odpovědi nebo změně původní urychlené odpovědi.

5.2 Otázka mentální kapacity a participace na výzkumu

Vzhledem k uváděnému kontextu participace výzkumu můžeme mentální kapacitu vidět jako mentální proces zahrnující schopnost rozhodnout se a své rozhodnutí, názor či myšlenku vyjádřit. Kohoutek (2002) uvádí, že mentální kapacita zahrnuje úroveň rozumových možností, dovedností a schopností jedince.

Zcela nezbytnou součástí výzkumu je udělení souhlasu s účastí na výzkumu. Makovcová (2011) uvádí, že každý dospělý jedinec nevyjímaje ani osoby se zdravotním či mentálním postižením má právo činit rozhodnutí dle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, která vstoupila v platnost v České republice 28. října 2009. Při požadavku udělení souhlasu osoby s mentálním postižením je potřeba si uvědomit, že tyto osoby mohou být značně zneužitelné v důsledku jejich zvýšené sugestibility a touhy zavděčit se či strachu, co by se stalo, kdyby nevyhověli.

Informovaný souhlas se stává aktuální otázkou týkající se účasti na výzkumu u osob s mentálním postižením. V této souvislosti se nabízí otázka mentální kapacity učinit rozhodnutí a rozumět jeho důsledků. Dye et al. (2007) se v rámci současných právních předpisů ve svém výzkumu zabýval touto mentální kapacitou u dospělých jedinců s mentálním postižením. Do svého výzkumu zahrnul jedince se středním a lehčím mentálním

postižením. Jako metoda byl zvolen dotazník v některých částech doplněný o doprovodné fotografie. V rámci výzkumu byly také zkoumány paměťové schopnosti, verbální a neverbální schopnost řešení daných problémů. Na základě dotazníku se ukázalo, že kapacita porozumění udělení souhlasu a pochopení jeho důsledku významně korelovala právě s těmito schopnostmi.

Do výzkumu bylo zařazeno 85 osob ve věku 20-65 let (medián 30-39) a ve svých závěrech Dye et al. (2007) došli k těmto výsledkům. Přestože všichni účastníci tohoto výzkumu byli schopni učinit rozhodnutí, tak jen 69, 4% z těchto osob bylo také schopno porozumět důsledkům takového rozhodnutí. Zhruba polovina zúčastněných osob tohoto výzkumu porozuměla faktu procesu šetření, ovšem již pouze 12, 9% se dokázalo vyjádřit k faktu účelu tohoto výzkumu. Výsledným závěrem tohoto výzkumu bylo zjištění, že pouze 22, 4% osob s mentálním postižením bylo schopno souhlasu k účasti na výzkumu při pochopení jeho účelu, samotnému procesu šetření a také uvědomění si důsledku účasti na tomto výzkumu.

Nejen na základě tohoto výzkumu se dá říci, že jakákoliv forma dotazníkových či jiných psaných forem šetření není právě pro tyto osoby vhodná vzhledem k jejich mentálnímu handicapu. Samotná gramotnost v oblasti čtení a psaní je často u těchto osob velmi omezená či zcela chybí. Nejvhodnější metodou se tedy jeví rozhovor, který ovšem také není bez případných rizik. Odpadá tady problém gramotnosti, avšak jak uvádí Ferjenčík „*to, co si myslíme nebo cítíme, není vždy možné adekvátně vyjádřit pomocí řeči*“ (Ferjenčík, 2000, 171).

Respektování otázky mentální kapacity vedlo k vynechání participace na tomto výzkumu u osob s těžkým a hlubokou mentální retardací. Vysvětlení této participace bylo vedeno jednoduchou stručnou formou, tak aby bylo pro participanty srozumitelné a lehce pochopitelné. Kontrolními otázkami se pak dalo ověřit, zda a v jaké míře tato osoba chápe svou participaci.

5.3 Specifika a možnosti vedení rozhovorů u osob s mentální retardací

Je potřeba si uvědomit, že rozhovor má tři důležité části a to část před rozhovorem, během rozhovoru a poté, což vyžaduje základní krok důkladné přípravy a realizace. Především by si měl tazatel uvědomit, že osoby s postižením mají právo zůstat v anonymitě a také právo kdykoliv z rozhovoru ustoupit (D'Eath, 2005).

D'Eath (2005) uvádí několik doporučení při vedení rozhovoru s osobami s mentálním postižením :

1. Osoby s mentálním mají problémy pracovat a porozumět abstraktním pojmům. Proto je dobré vyhnout se otázkám typu „Jak moc?“ či „Jak často?“ apod. Otázky by měli být formulovány konkrétně, jednoduše a týkající se jednoho tématu.
2. Jazyk použitý při rozhovoru by měl být srozumitelný a nastavený na úroveň, které může osoba porozumět. Je potřeba se vyhnout negativním otázkám, tudíž by otázky měly být formulovány pozitivně a pokud možno, měly by být otevřené.
3. Během kladení otázek by se neměla jejich měnit jejich skladba či přeformulování. Tuto skutečnosti si mohou osoby s mentálním postižením vykládat jako nesouhlas, či nesprávnost či nepřijatelnou jejich reakce na danou otázku.
4. Osoby s mentální retardací mají tendenci k souhlasnosti, která se především projevuje při uzavřených otázkách a je běžná v situacích, kdy osoba neví, jak má odpovědět. Výzkumník by měl s tímto zkrácením počítat.
5. Je důležité si uvědomit, že osoby s mentálním postižením při pocitu tlaku na svou osobu mohou reagovat tak, aby se zavděčili osobě s pocitem vyšší moci. To znamená, že na mohou kupříkladu na otázky týkající se spokojenosti říkat, že jsou s něčím spokojeni i když spokojenost necítí.

6 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem této práce je zmapování a nahlédnutí do problematiky přátelství, partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením z jejich úhlu pohledu. Jak tuto problematiku chápou a vnímají, zda si uvědomují, co tyto pojmy znamenají, zda dokáží rozlišit mezi jednotlivými vztahy. Zda dokáží identifikovat podstatu těchto vztahů, co je pro ně důležité v těchto vztazích a jaká je míra edukace v této problematice. Cílem přínosným pro praxi je přínos poznatků, které se dále mohou podílet v uvědomění si, jak pracovat s touto problematikou v rámci praxe. K zúžení problematiky vztahů dopomůže formulace výzkumných otázek.

Výzkumné otázky:

1. Jak osoby s mentálním postižením definují a rozumí pojmu přátelství?
2. Jaká je představa partnerství pro osoby s mentální retardací?
3. Jaká je míra edukace u osob s mentálním postižením v otázkách párové sexuality?
4. Jak se vztahují osoby s mentálním postižením k rodičovství a jakou míru a druh podpory si přejí v této oblasti?

7 Design výzkumu

7.1 Typ výzkumu

V souvislosti k cílům výzkumu a jeho charakteru se jedná o neexperimentální výzkumný plán. Jeho hlavním cílem je deskripce- klasifikace zkoumaných jevů, kdy těžiště těchto plánů nespočívá v cílené manipulaci, v zásazích do zkoumané reality, ale spíše v systematickém pozorování, měření a popisu, kdy většinu z nich můžeme označit jako vzorkové přehledy (Ferjenčík, 2000). Jelikož cílem tohoto výzkumu je zmapování, porozumění a vzhled do oblasti vztahů osob s mentální retardací je zvolen kvalitativní typ výzkumu za použití kvalitativní metody. Jedná se o fenomenologický přístup, který upřednostňuje zkoumat a popisovat daný jev z různých úhlů pohledu před působením a manipulaci s danými objekty.

Výchozím bodem je stanové vzorku, kdy na základě zkoumání tohoto vybraného vzorku dochází k zevšeobecnění závěru na populaci, ze které byl vzorek vybrán (Ferjenčík, 2000). Tento vzorek byl tvořen osobami s mentálním postižením, který byl dále specifikován stanovenými kritérii. Základním postojem kvalitativního výzkumu je spoluvytváření výzkumné situace tak, aby byl stále sledován žádoucí cíl, kdy vzájemná pozice mezi účastníky je rovnocenná (Mioviský, 2010). Z možných typů neexperimentálního výzkumného plánu byl zvolen typ orientačního výzkumu, který je zaměřen především na deskripci, zmapování, orientaci a porozumění danému problému. Často mívá podobu předvýzkumu např. sondáže, kdy je úvodem k následným podrobnějším přístupům (Reichel, 2009). V této práci se však nejedná o předvýzkum ani předběžný náhled, ale je spíše naplňován cíl orientačního výzkumu, jak uvádí Ferjenčík „*získat žádoucí vzhled do nějaké skutečnosti, která nás zajímá a o níž víme velmi málo nebo skoro nic*“ (Ferjenčík,2000,123).

7.2 Metody získávání dat

Data byly získávány kvalitativní metodou a tím byl rozhovor. Vzhledem k dané problematice, cílům a vzorku výběru se tato metoda jevila jako nejvhodnější. Od původního záměru ohniskových skupin bylo upuštěno z podstatných důvodů. Jelikož se pro některé osoby jednalo o citlivé a intimní téma, nebyli ochotni diskutovat tuto problematiku ve skupině. Rozhovor za účasti výzkumníka a účastníka se tedy jevil jako vhodnější a ze stran účastníků žádanější. Vzhledem k faktu, že tyto osoby znaly osobu výzkumníka, tak tyto

rozhovory probíhali bez přítomnosti dalších osob s výjimkou Domova na Dubíčku, kde byla využita přítomnost zdravotního pracovníka jako facilitátora. Rozhovor byl veden během jednoho sezení a délka rozhovoru se pohybovala okolo 15 -25 minut. Celý rozhovor byl s informovaným souhlasem účastníka zaznamenáván za diktafon z důvodu fixace kvalitativních dat. Účast na výzkumu byla na bázi dobrovolnosti.

Z hlediska typu rozhovoru se jednalo o polostrukturovaný rozhovor neboli polostrukturované interview. Počet do tří osob při tomto typu rozhovoru je doporučován z důvodu zamezení vstupu dalších fenoménů, jako je kupříkladu skupinová dynamika (Miovský, 2010). Rozhovory byly vedeny s osobami, které k tomu měli adekvátní dovednosti, dokázali sami vést rozhovor s pracovníkem či za podpory další osoby, dokázali se vyjadřovat a neměli závažné poruchy řeči. Dopředu bylo vypracováno schéma se specifickou otázkou týkající se okruhů vztahujícím se k cílům výzkumu. Vzhledem ke specifikaci výzkumného vzorku, bylo také během rozhovoru hojně využíváno následných inquiry a doplňujících otázek. Z důvodu časové náročnosti zpracování dat již nebyla uskutečněna analýza spontánních produktů. Výzkumník také předpokládal, že by již tyto data nepřinesli zásadní poznatky v této oblasti.

7.3 Metody zpracování a analýzy dat

Data získána prostřednictvím rozhovoru byla převedena transkripce do doslovné písemné podoby, čímž vznikl výzkumný protokol. Získaný protokol byl označen kódem účastníka (P1,P2...), tak aby byla zachována co nejvíce možná anonymita účastníka. Dalším krokem byla redukce prvního řádu, tak aby se vynechali části, které nám nesdělují žádnou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci a daný přepis byl vhodnější pro další analytickou práci.

Tyto data byly podrobeny další analýze, kdy probíhalo označování pojmů za použití techniky barvení textu. Na základě podobnosti byly tyto pojmy seskupovány do daných kategorií. Mezi kategoriemi byly hledány souvislosti, čímž byla aplikována technika analýzy dat kódování. Z důvodu kratšího výzkumného zaměření plánů a polostuktorovaným rozhovorem byla pro analýzu dat byla použita „Rámcová metoda“, která je tvořena organizací dat a jejich následnou interpretací s cílem je lepší organizace dat. V případě této práce byla některá získaná data z rozhovoru pro lepší prezentaci uspořádaná do následných grafů, obsahující data z daných kategorií.

8 Výzkumný soubor

8.1 Výběr výzkumného souboru

V rámci aplikace kvalitativního přístupu jako metoda výběru souboru byla použita nepravděpodobnostní metoda výběru a to konkrétně metoda záměrného výběru. Kritériem výběru je tedy vybraná vlastnost, projev této vlastnosti nebo stav k určité skupině, kdy na základě těchto faktů vybíráme jedince, kteří splňují stanovené kritérium a kterým je nabídnuta možnost se zapojit do výzkumu a je na jejich svobodné vůli zda tak učiní či nikoliv (Miovský, 2010).

Soubor tvořily osoby s mentální retardací, která také byla kritériem pro výběr tohoto souboru. Vzhledem k tématice byl minimální věk stanoven na 18 let. Ve vybraných zařízeních byli tyto osoby oslovovány a byla jim nabídnuta možnost participace na tomto výzkumu. Jednalo se o prostý záměrný výběr, který spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod se vybere mezi potencionálními účastníky, kteří jsou pro tento výzkum vhodné a také s ním souhlasí (Miovský, 2010).

Celkově se jednalo o 35 osob z různých zařízení a to DC90 Topolany denní stacionář, Chráněná dílna DC90, Střední škola Topolany, pobytová služba Domov na Dubíčku a denní a pobytový stacionář Betany Boskovice. Tyto zařízení byly vybrány záměrně. Jelikož se jednalo pro mnohé osoby o intimní či citlivé téma a důvěra mezi výzkumníkem a účastníkem byla velmi důležitá a žádoucí, tak byly vybrány zařízení, kde osoby s mentálním postižením znaly osobu výzkumníka. Kromě Domova na Dubíčku, tedy tyto osoby znaly osobu výzkumníka, k níž mají mnohdy vybudovaný vztah obsahující především důležité aspekty důvěry, což umožňovalo navození důvěrné atmosféry, která umožňovala přijatelnější prostředí k diskuzi o intimních věcech. V Domově na Dubíčku byla využita přítomnost kolegy jako facilitátora, který v tomto zařízení pracuje. Ve stacionáři Betany jsem byla na stáži, takže jsem měla opět možnost se nejprve s těmito osobami seznámit.

8.2 Popis výzkumného souboru

Celkem se tedy účastnilo 35 osob z toho 20 mužů a 15 žen. Věkové rozpětí těchto osob bylo 18 - 68. Věkový průměr činil 34,9. Modusy tohoto souboru jsou tři a to 22, 23,45 a medián je 33. Z hlediska hodnocení mentální retardace se jednalo o 26 osob s lehkým či středním mentálním postižením, 2 osoby s lehkým či středním mentálním postižením a přidruženým autismem, 4 osoby s lehkých či středním mentálním postižením a přidruženým

tělesným postižením a 3 osoby s Downovým syndromem. Jelikož v rámci nových přístupů osobní listy uvádějí pouze stupeň sociální podpory a neuvádějí stupeň mentálního postižení, pouze zmiňují přidružené onemocnění, tak aby nedošlo k nesprávnému přiřazení stupně mentálního postižení těmto osobám, tak lehčí a střední postižení bylo dáno do jedné kategorie. Z důvodu metody sběru dat, nebyly do tohoto výzkumného souboru zahrnuty osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací či závažnou poruchou řeči.

Tab. 1 Účastníci rozhovorů

P	Věk	Pohlaví	MR	Bydlení	Zařízení
1	33	M	LNS	S	CHR
2	28	M	LNS	ROD	STC
3	35	M	LNS	ROD	CHR
4	31	M	LNS	ROD	STC
5	41	Ž	LNS	ROD	STC
6	34	Ž	LNS	ROD	STC
7	25	Ž	DOW	ROD	STC
8	42	M	DOW	ROD	STC
9	23	M	DOW	ROD	STC
10	23	Ž	KOM	ROD	SKOL
11	31	Ž	KOM	POB	POB
12	33	M	KOM	ROD	STC
13	30	M	KOM	POB	POB
14	45	M	MRA	ROD	STC
15	62	Ž	MRA	POB	POB
16	45	M	LNS	ROD	STC
17	29	M	LNS	PRB	STC
18	39	M	LNS	ROD	STC
19	32	M	LNS	ROD	STC
20	36	M	LNS	ROD	STC
21	22	Ž	LNS	ROD	SKOL
22	41	Ž	LNS	ROD	STC
23	24	M	LNS	ROD	SKOL
24	21	Ž	LNS	ROD	SKOL
25	59	Ž	LNS	POB	POB
26	22	M	LNS	ROD	SKOL
27	48	Ž	LNS	POB	POB
28	68	Ž	LNS	POB	POB
29	57	Ž	LNS	POB	POB
30	45	M	LNS	ROD	STC
31	35	Ž	LNS	POB	POB
32	21	M	LNS	ROD	STC
33	23	M	LNS	ROD	STC
34	22	M	LNS	ROD	STC

35	18	M	LNS	ROD	STC
----	----	---	-----	-----	-----

Legenda:

M...muž; **Ž**...žena,

LNS..lehká nebo střední mentální retardace; **DOW**...Downův syndrom; **KOM**..kombinované postižení; **MRA**.. lehké či střední mentálním postižením a přidruženým autismem

ROD...rodiče,; **POB**...pobytová služba; **STC**...stacionář denních služeb; **SKOL**...škola; **CHR**...chráněná dílna

9 Analýza dat

9.1 Pojetí pojmu přátelství u osob s mentálním postižením

Prostřednictvím přátelských vztahů se uskutečňuje řada důležitých procesů a aktivit pomáhající v naplňování potřeb a realizace vlastního života. V získaných datech z rozhovorů mezi participanty, byla zjištěna různá pojetí a pochopení pojmu přátelství. Podle způsobu porozumění a definování bychom mohli pojetí toho pojmu rozdělit do šesti kategorií. Největší četnost byla spojena s pojetím vztahující se k další osobě s následným definováním vztahu či interakce mezi těmito osobami. Tato četnost byla zaznamenána v 10 případech. Přátelství pro osoby s mentálním postižením je vztah a spojitost s další osobou, která nám přináší pozitivní zážitky, emoce a žádoucí interakce. Za centrální rys by se dala označit důvěryhodnost této osoby, se zaznamenaným důrazem na důvěru ve vztahu těchto osob. Důvěra se ukázala jako důležitý aspekt při navazování kontaktu s dalšími osobami. Tyto osoby také dokázali popsat nežádoucí a negativní aspekty přátelství, které by tento vztah neměli obsahovat.

Žena, P25: „To je kamarád, povídáme si spolu, není falešný. Můžeš mu věřit.“

Muž, P17: „To jsou kamarádi, se se mnou bavijou, se vždycky bavijou. Nekřičijou, když křičí to není kamarád. Kamarádi tě nezradijou.“

Muž, P18: „To jsou dobří kamarádi, zajíma tě, jestli tě pomlouvá nebo nepomlouvá, že se můžeš spolehnout na něho v každé situaci, dá se s ním bavit o vším možným o tom, co bys neřek jinde. A dá se na něho spolehnout, někdy víc než na teho partnera.“

Muž, P30: „Kamarád. Takový kamarád, se kterým se můžu kamarádit. Může se na něho spolehnout. Nikdy nepodrazí. Baví se se mnou. Neměl by být falešný.“

Další skupina vycházející z analýzy dat poukazuje na skutečnost, že přátelství hraje roli zprostředkovatele mezi těmito osobami a společenským prostředím, tudíž je důležitým aspektem socializace. Prostřednictvím tohoto vztahu je jim umožňován sociální kontakt se společnostmi, socializace, ale především realizace a potvrzování vlastních sociálních kompetencí. Tento fakt se vyskytl ve 4 případech.

Muž, P20: „Že třeba mám někdy kamarády nebo takhle, že takhle když mám XX s XY, že s nima si někdy sednout, nebo na procházku, nebo si někde i zandeme po Topolanech, pak třeba, že se i stýkáme, právě tohle jak jsem říkal, že se i stýkáme mimo denní stacionář někdy a nebo že

jdeme i třeba na procházku, nebo i na pivo nebo takhle. A nebo někam do města, třeba na kafe. To my se tak jako sami domluvíme, si třeba zavoláme a jdeme“.

Žena, P5: *„Že mám kamarády, bavíme se spolu a můžem někam chodit. Chodit ven, nebo já bych chtěla do kina, a taky do obchodu. Kamarád by šel se mnou. Sama bych nešla. To musíš s kamarádem“.*

Muž, P16: *„No to se s někým přáteliš, povídáš třeba u piva, třeba v hospodě. To si dáte to pivko, ale já si dám tak dvě, víc to se nesmí. Sám bych do hospody nešel, to bych vypadal jak blázen a co bych tam dělal. Nebo třeba na kafe. No, to mi tak někdy jdeme s XX a XY, ale XX na pivo nechodí, to ona nepije“.*

Třetí kategorií zastupuje představa přátelství definována na základě charakteristiky tohoto vztahu. Účastníci blíže specifikovali interakce, které probíhají v rámci tohoto vztahu. Účastníci především popisovali pozitivní aspekty tohoto vztahu, vykazující především touhu po hlubším prožívání vztahu přátelství, založeného především na důvěře a významných hodnotách. Tato četnost se objevila u 4 účastníků.

Žena, P27: *„Lidé se mají rádi, důvěřují si, a pomáhají si, nezradí vás, dokážou vám pomoci a poradit. Nesmí vás nikdy zradit, nikdy jeden druhého. To je přátelství“.*

Muž, P2: *„Je to, když můžeš něco s někým sdílet a nebýt sám, prostě s někým být, sdílet zájmy, chodit třeba do kina nebo něco takovýho“.*

V 7 případech osoby s mentálním postižením popisovali přátelství jako partnerský vztah a nedokázali identifikovat rozdíly mezi těmito dvěma vztahy. Důležitým aspektem byla touha mít nějakou blízkou osobu, prožívat s ní určité momenty a sdílet společné city či okamžiky. Tato skutečnost může být dána faktem, že tyto osoby velmi touží mít jakýkoliv blízký vztah s druhou osobou a charakteristika či kategorizace tohoto vztahu, pro ně nehraje žádnou důležitou roli. Nerozlišování mezi těmito vztahy může být také dáno kognitivním deficitem těchto osob.

Muž, P13 : *„Když si člověk najde ženu a chce s ní něco prožít, takovou tu lásku.“*

Žena, P31 : *„Mám někoho ráda, držíme se záruku a píšeme si“.*

Muž, P26 : *„Láska, ne“?*

Žena, P7 : *„To se máme rádi a pusinkujeme se“.*

Muž, P9: „Je to mezi holkou a klukem, dělají věci v posteli, občas chodí ven, já moc nechodím“.

Rozhovory také ukazují, že u některých osob s mentálním postižením (3 případy) je přátelství spojeno s určitými povinnostmi, což může být způsobenou výchovou či edukací v rámci osvojování společenských norem a žádoucího chování. Jednalo se především o fakt někomu druhému pomáhat, kdy je jim tento fakt zdůrazňován především rodiči či jinými autoritami.

Muž, P12 : „Můžu svěřovat důvěrné věci, pomáhá mi, je to o pomoci, ta je nejdůležitější.“

Muž, P23: „Chlapi si prostě pomáhají. Jednou ty jemu a pak on tobě. Jak si nepomáháš, to není přátelství.“

Žena, P22 : „Pomáhat jeden druhému. To se musí. Pomáhat slabším, a do autobusu. A nechat sednout paní s kočárkem. A taky starší lidi. Já pomáhám, to je správné.“

Některé osoby nedokázali vyjádřit své chápání pojmu přátelství a ani tomuto pojmu nerozuměli. V rozhovoru uváděli, že neví, že to neznají a nic jim to neříká. Tato kategorie byla zastoupena 7 účastníky.

Další data získaná z rozhovorů s účastníky výzkumu, přinesly další důležitá fakta v rámci otázky přátelství u osob s mentálním postižením. Poukázali především na problematiku sociální izolace, která nemusí být vymezena jen specifikou postižení. V některých případech je stanovena přístupem rodičů, kteří stále vnímají své dospělé potomky jako děti se sníženou či nulovou akceptací jejich sociálních kompetencí a práv. Sociální izolace může být vymezena i specifikou zařízení sociální služby, kdy zejména pobytové služby mnohdy neumožňují, nepodporují či nezprostředkovávají sociální kontakt mimo zařízení, nebo pouze ve velmi omezené míře.

Žena, P5: „, Já bych někam šla s kamarádama, ale to až mama nebude, ta by mě nepustila.“

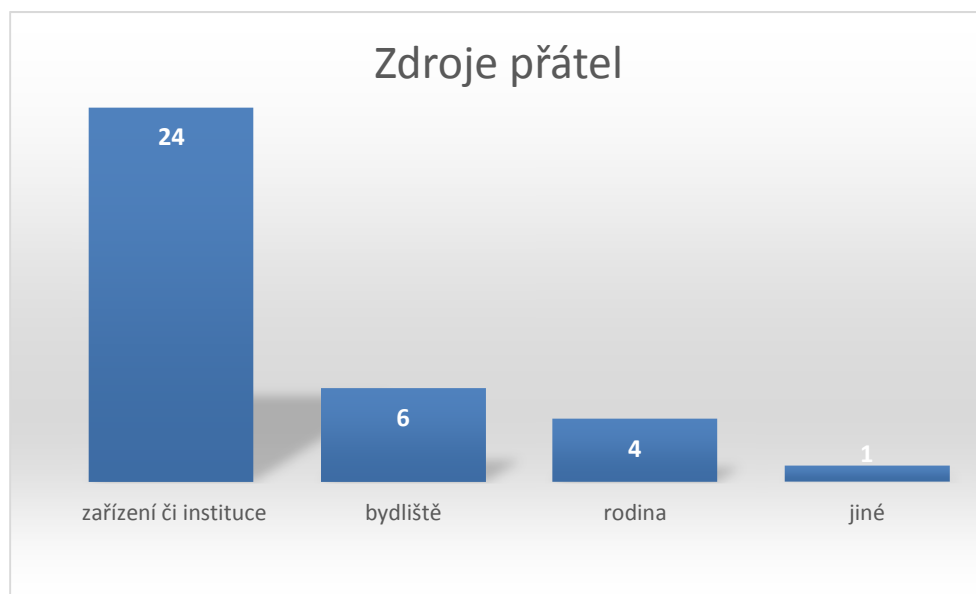
Muž, P20 : „, Já jsem zatím s XX kamarád. Nechci tlačit na pilu. Já jediný co bych na vztahu s XX chtěl změnit, právě aby ji třeba ta mamka sem tam, já vím že ju nechce moc pouštět nebo takhle, třeba aby ju pustila kdybych za ňou dojel a třeba ju vzal do té cukrárny. Chtěl bych o samotě takhle jako“.

Muž, P28:, *To my nikam nemůžeme tady, ale tady se musíš s ostatními bavit, tady musíme být všichni kamarádi“.*

Ze získaných dat také vyplynulo, že některé osoby nedokáží rozlišit mezi příbuzenským vztahem a za své přátele považují rodinné příslušníky, především rodiče či sourozence (4 případy) .

Žena, P11:, *Ve stacu jsou děcka, tady nemám kamarády, děcka mají svůj svět a já jsem přece dospělá, z nich jsem unavená. Kamarádka to je moje sestra.“*

Instituce či sociální zařízení hrají dominantní roli (viz graf č.1), jako zdroj a zprostředkovatel sociálního kontaktu a možností jak navázat vztahy s vrstevníky. Právě nejvíce přátelských vztahů vzniká v rámci těchto zařízení, což poukazuje na problémy týkající se navazování vztahů u osob s mentálním postižením. Tyto osoby navazují vztahy především prostřednictvím těchto zařízení a institucí, neboť mimo tyto zařízení mnohdy nemají další společenský život. Z těchto dat vyplývá, že tyto osoby se stále potýkají s určitou formou sociální izolace. Osoby s mentálním postižením považují za důležité mít přátele, pouze jeden účastník uvedl, že žádného nemá a ani žádného nechce. Graf č.1 tedy ukazuje na zdroje míst, odkud mají své aktuální přátele účastníci rozhovoru.



Graf č.1

Analýza dat ukázala, že přátelství je významným aspektem života osob s mentálním postižením. Osoby s mentálním postižením jsou schopni pojmenovat a definovat tento vztah z různých hledisek. Přátelství navazují především na základě povahových rysů a hodnot, které daná osoba považuje za důležité. Mnohdy přátelství hraje důležitou roli v oblasti socializace, rozvoje komunikace a hledání si svého místa ve společnosti s potvrzováním vlastní hodnoty. Jako problematický aspekt se jeví možnost, jak navazovat tyto vztahy. Určitá sociální izolace těchto osob umožňuje navazování těchto vztahů pouze prostřednictvím sociálních služeb a institucí, kam tyto osoby docházejí. Neuznání sociálních kompetencí těchto osob, ať už ze strany rodičů či sociálních pracovníků, pak může představovat další překážku v možnostech rozvíjení vztahů osob s mentálním postižením.

9.2 Vnímání a role partnerství osobami s mentálním postižením

V rozhovorech byli účastníci přímo tázáni na vnímání rozdílu mezi přátelským a partnerským vztahem, na rozdíl mezi vztahem s kamarádem či kamarádkou a klukem či holkou se kterou „chodím“. Ze všech účastníků celkem 9 osob nedokázalo na tuto otázku vůbec odpovědět. Dalších 5 účastníků uvedlo, že mezi přátelstvím a partnerstvím není žádný rozdíl. Z analýzy dat vyplynulo, že některé osoby s mentálním postižením dokážou identifikovat rozdíl v pojetí přátelského a partnerského vztahu a to ve 14 případech. Právě za podstatu rozdílu vnímají intimitu a intimní projevy. Mezi nejčastější projevy intimního chování účastníci rozhovoru uváděli líbání a chození za ruku. O pohlavním styku jako důležitém aspektu partnerského vztahu se spontánně zmínil pouze jeden účastník.

Muž, P2 : „Je tam více intimacy, ty dotyky, hlazení a to, že s ním můžeš spát. Jako mít sex. Na kamaráda se nemůžeš vrhnout a líbat ho. Držet za ruku se můžete aji s kamarádem, ale ten odstup je daleko vzdálenější“.

Muž, P3 : „Ano, je tam rozdíl, kluk chodí s holkou a mají se rádi. Chodí spolu za ruku a můžou si dát pusu“.

Muž, P34 : „Přátelé to je jen popovídat, partnerství chodí spolu za ruku“.

Muž, P12 : „Dost podstatný, partnerství je mezistupněm před manželstvím spojenectvím dvou lidí, kteří se mají rádi“.

Muž, P13: „Obojí je na celý život a obojí je stejně důležité, ale ten rozdíl tam je, i když to vypadá stejně. No jaký, to je přece jasný. Když chodíš s holkou tak ji přece miluješ“.

Žena, P7: „Je to rozdíl, když kamarád tak kamarád, když kluk to je něco jinýho, to se pusinkuješ“.

Žena, P22: „Partneři se líbají a chodí spolu za ruku. A mají se rádi. Kamarády mám taky ráda. XX to je můj kamarád, my si povídáme, ale pusu to ne, to mám XX to je můj kluk. To on by se zlobil. To se nedělá. To se dělá s klukem“.

Z těchto 12 účastníků 2 také uvedli, že partnerský vztah je prostředkem a možností jak navštěvovat společenské objekty a sdílet společenský život. Sdílení s partnerem pro ně představuje významnější atribut tohoto sdílení než s kamarádem. Citová jistota daná vztahem s blízkým člověkem hraje v partnerském vztahu důležitou roli. Může sloužit jako zdroj rovnováhy narušované mnohdy pocitem ohrožení okolním světem, který je pro člověka s postižením mnohdy obtížně pochopitelný. Partnerský vztah může být důležitý i v pojetí jejich vlastní kompetence a dodávat určitou míru sebevědomí.

Muž, P20: „Partnerství by mělo být takový jako když ten kluk s tou holkou chodí, i dokonce se i navštěvují, žijou nebo takhle a přátelství je třeba takovýto kamarádění, že si třeba napíšíou nebo tak, zavolají a nebo taky si třeba můžou zajít i na kávu. S kamarádem jdeš taky na tu kávu, ale stou holkou je to něco jinýho. No, je to lepší. Máš holku, máte se rád, no to je prostě jiný. A můžeš ji pozvat. No já bych ju chtěl někam pozvat, ale chtěl bych s ní jít sám, no ale ju mama nepustí“.

Muž, P18: „Těžko říct, já si myslím ten partner je ten co s tebou sdílí a chodí s tebou třeba za ruku a jdeš se bavit s ním v kolektivu. Užíváš si to víc. No to víš, že je to lepší s ňákou babou jít než s kámošem. Zato s přáteli, to je po pracovní době, u vína, v hospodě o politice, co nechceš řešit s partnerem, navazuješ jiný známosti s jinými lidmi a tak“.

Další analýza dat ukázala, že 4 osoby mají jistou představu, ale nedokážou identifikovat rozdíl mezi těmito vztahy. Pouze popisovali své asociace a představy spojené s těmito vztahy.

Žena, P28: „Partneři můžou i do baru na procházky, přátelství je na celý život“.

Muž, P16: „Partner chodí s holkou a partner chodí s partnerem a kamarád s kamarádem“.

Muž, P9 : „Já teda nemám žádnýho, a je tam rozdíl ? asi jo..asi mají spolu vztah. A co to znamená, že mají spolu vztah ? že se s ní rozejde a nebo já si myslím, že je to naopak, že jsem se to učil, že partneři mohou být jako blízko a skamarádit, sblížit se, tak někam si zajdou do hospůdky“.

Žena, P6 : „Spolu partneři chodí do města, do cukrárny, na oběd. Kamarádi tak moc ne. S kamarádem si povídáš a něco hraje. S partnerem si někam zajdeš a taky povídáš“.

Někteří účastníci (4 osoby) vůbec nedokázali odpovědět na položenou otázku a snažili se buď odvést rozhovor jiným směrem, nebo mluvit o věcech, které znají a jsou jim blízké. Použily taktiku odvedení pozornosti od otázky, na kterou nevěděly odpovědět. Tento fakt také může pramenit z nejistoty a vnímání postavení tazatele, kdy se tyto osoby snaží naplnit předpokládané očekávání tazatele.

Žena, P29 : „A co to je, a já chodím na hříby. Víte kde je Radhošť ? No, tak je teda hříbu. A myslím, že teď rostou. Nebo myslíte, že nerostou“.

Muž, P17 : „Inak je rozdíl, ten rozdíl je to nadávání, jak mi někdo nadává, to je špatný, to nadávání, je rozdíl, já nevšímám ho, to nemám rád a nevšímám ho“.

Osoby s mentální retardací uváděly, že největším problémem při hledání partnera představuje sociální izolace a nedostatek příležitostí. Místa, kde navázaly partnerské vztahy, prezentovaly především instituce a sociální zařízení, kam tyto osoby dochází či čerpají pobytovou službu. Partnerské vztahy jsou tedy navazovány především v rámci těchto zařízení. Analýza dat ukázala, že tyto osoby mají přirozenou potřebu sdílet s dalšími osobami, ovšem tato potřeba není mnohdy naplňována především s důvodu nedostatečných příležitostí.

V této oblasti osoby s mentálním postižením však nevyvíjejí žádnou aktivitu, pouze jeden účastník uvedl, že zkoušel hledat přítelkyni prostřednictvím sociálních sítí. V partnerském vztahu tyto osoby upřednostňovali především vzájemné sdílení okamžiků, porozumění a určité povahové rysy a to především veselost a smysl pro humor.

Muž, P14 : „Aby byla usměvavá, aby byla oblečená, upravená, učesaná, abych ji mohl dělat kafe a kdybych měl žízeň, aby mu dala napít“.

Muž, P20 : „Já si spíš myslím že by mohla i spíš by mohla jít se mnou na procházku, do kina, do divadla, nebo si jít třeba i za tou kulturou, a nebo třeba i na ten výlet takhle jako“.

Muž, P18: „Chytrá a vtipná dobrá, ideální partnerský přístup k rodině, to je silné zázemí, já bych se ji přizpůsobil, mělo by to ale být oboustranný. Aby jsme spolu někam chodili, mohli spolu třeba i na ten fotbal, já bych ju pozval“.

Muž, P17: „Uměla by napsat sms, napsat dopis, umět pusinkovat, já jsem mel jednu a ta neuměla pusinkovat, teď mam XX a ta umí, no, holka musí umět pusinkovat. A hodná by byla a nekřičela, se radši smála“.

Žena, P7: „Milý, hodný, nesmí kouřit a brát drogy, chtěla bych s ním jít do kina, do divadla a do parku a sex můžu klidně taky“.

U 6 osob touha po partnerském vztahu byla spojena s potřebou se o někoho starat a poskytovat mu péči, což může být dáno potřebou po potvrzování vlastní hodnoty a potřebnosti. Osoby s mentálním postižením mohou svůj handicap vnímat jako fakt snižující jejich vlastní hodnotu a prostřednictvím péče a prezentace dovedností mohou dokázat své vlastních sociálních kompetencí a potvrzování vlastní hodnoty.

Muž, P14: „Já bych ji mohl dělat kafe a kdyby měla žízeň, tak bych ji dal napít. A ke kafi bych ji dal cukrlata. A taky bych ji mohl uvařit, to já umím. A taky hrát na troje nástroje, na varhany, na klavír a na ty elektrické“.

Tři osoby vnímaly partnerský vztah, jako prostředek k naplňování vlastních potřeb a přání.

Žena, P22: „Měl by mě někam pozvat, chodit mě navštěvovat, měl by mi něco dát „něco dárek z lásky“.

Žena, P5: „Aby se o mě postaral a aby mi pomáhal. Aby mě někam vzal, no já bych chtěla do kina, ale to až tu nebudou rodiče, ti by mi to nedovolily. Nebo by měl vzal po obchodech. Jen tak. Se chodit dívat“.

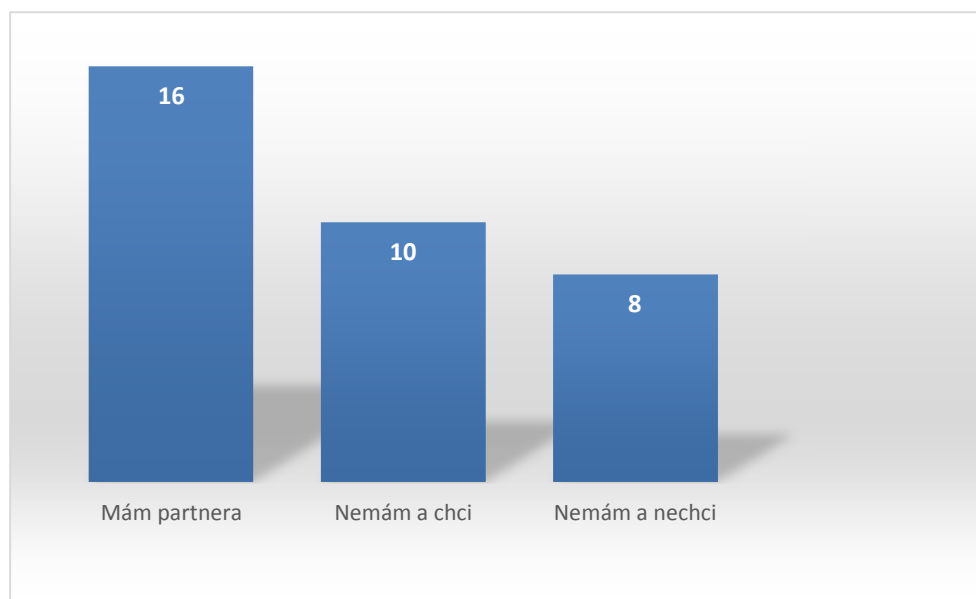
V rámci rozhovoru u dvou účastníků partnerství a jeho představa představovala prostředek k vlastnímu cíli, kdy dané pojetí vykazuje formu instrumentálního chování, které se obecně vztahuje k jakémukoliv cíli, kdy volíme určité prostředky a možnou strategii.

Muž, P33: „Chtěl bych mít holku, to bych se pak mohl oženit a jet k moři. Já bych chtěl jet k moři a být námořníkem. K tomu potřebuješ holku. Bez holky jet k moři nemůžeš. Pak bych jel. A byl bych ten námořník. To bych moc chtěl“.

Muž, P26: „Kdybych měl babu to bych byl borec. By jsem se s ní ukazoval a kluci by mi záviděli. A musela by to být kočka. Škaredá je na prd. To by teda čuměli“.

Následující graf č.2 ukazuje na aktuální partnerské vztahy účastníků. Celkem 16 účastníků uvedlo, že má partnera a že až na menší problémy jsou ve vztahu spokojeni. Problémy byly spojeny především s neakceptací jejich osoby jako dospělé či způsobilé k sociálním kompetencím týkajících se vztahů. Většina párů se stýká pouze v rámci zařízení, nebývá jim umožňováno či podporováno styk mimo zařízení. Většina účastníků sdělila, že ze strany rodičů nejsou v této oblasti podporováni, pouze 4 osoby se zmínily o podpoře rodičů. Celkem 10 účastníků je aktuálně bez partnera, ale touží mít s někým partnerský vztah. Touha mít partnerský vztah nebyla u všech účastníků, 8 účastníků uvedlo, že po tomto vztahu netouží. Nejčastěji uváděli, že vůbec necítí potřebu být v tomto vztahu, nebo špatné předchozí zkušenosti.

Muž, P16 : „, Já jsem měl dvě baby. Jedna byla protivná a urážlivá, pořád mě kontrolovala a prozváněla a ta druhá měla záchvaty. Já jsem z bab vyléčen“.



Graf č.2

Osoby s mentálním postižením také mají přirozenou potřebu po partnerském vztahu. Představa partnerství mnohdy koresponduje s představou přátelství, čímž se upozorňuje především na touhu mít blízkého člověka. V intimních projevech nejvíce touží po líbání a

chození za ruku. Sexuální akt se v analýze dat neukázal jako důležitý aspekt partnerského života. Tyto osoby prožívají přirozenou potřebu sdílet a trávit čas s jinou blízkou osobou a jako nejčastější překážku k nenaplnění této potřeby uváděly nedostatek příležitostí k seznámení se či odmítnutí a nezájem druhých osob. Skutečnost, že nemají partnera mnohdy mohou nést velmi bolestně a může to ovlivňovat i jejich prožívání či potvrzování vlastní hodnoty. Analýza dat také ukázala, že ne všechny osoby touží po partnerském vztahu.

9.3 Edukace v oblasti párové sexuality

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že osoby s mentálním postižením mají nedostatečné informace týkající se problematiky párové sexuality. Mnohdy nemají ani základní informace týkající se sexuálního styku, prožívání sexuality či těhotenství. Informace získávají nejčastěji ze zařízení či institucí kam docházejí, nebo od kamarádů. Ve 4 případech také účastníci uvedli jako zdroj internet a jeden účastník poslouchal pořad o sexualitě v rádiu „Červenání s doktorem Uzlem.“ Často získávají zkreslené informace především od vrstevníků. Rodiče jako zdroj informací v oblasti sexuality uvedla pouze jedna účastnice rozhovoru, a v to v souvislosti užívání antikoncepce. Tato účastnice je aktivní uživatelkou antikoncepčních pilulek a na toto téma má informace od rodičů. Účastníci většinou uváděli, že doma se o tom nemluví a někteří vyjadřovali obavy či strach vůbec tuto problematiku zmiňovat v souvislosti s rodiči.

Žena, P5 : „*To se nesmí dělat, takové věci já nedělám, já jsem hodná holka, ale někdy si dám pusku s XX. No to nesmí vědět mama, ta kdyby to věděla tak mi zakáže do XX chodit. No to se nedělá takové věci“.*

Žena, P6 : „*Antikoncepce to jsou třeba takové ty prášky, abys neotěhotněla. Já beru prášky. Doma jsme to probírali s mamkou a ona mi řekla, co to je. Beru už je dlouho a nemám žádné problémy.“*

Muž, P20: „*Jako takhle, já to vím spíš tak jako z vyprávění z rádií nebo takhle, to je aby holka neotěhotněla. Tědka taky prej i pro muže existuje, to je to kondom a nebo náky ,nevím jestli tady v česku v cizině i vymysleli prášky, já jsem o tom slyšel právě z Uzlem rozhovor. No z rádia, z vyprávění nebo takhle, já jsem totiž poslouchával i ty Uzlovy pořady .Červenání s Radimem Uzlem se to jmenovalo. Jsme se akorát učili jak jsme měli jednou rodinnou*

výchovu tak jsme měli takový ten model jak to navlíkáš. To byl právě takový ten model toho penisu, normálně model dřevěnej“.

Muž, P2: „Antikoncepce jsou patáky proti početí, aby to prostě zabránilo tomu početí. A pro chlapy jsou kondomy. Já jsem to teda ještě nedělal, ale chtěl bych. No, ale nemám k tomu tu holku. To je těžký“.

Muž, P18: „Antikoncepce se používá, aby neměla to dítě, buď prášky nebo nějaký čípky, nebo nějaká jiná ochrana u toho gynekologa, ještě to jako můžeš používat u menstruace. No a chlapi mají ten kondom, tam máš tu záruku, že si ji musíš přečíst a návod, jestli ta záruka jako není prošlá, protože to jinak může prasknout a to už ti nepomůže potom nic“.

Podceňování edukace v této oblasti mohou vést nejen k strachu z prožívání vlastní sexuality, ale také k vytvoření mylných závěrů a předsudků, desinformací či sociálně nepřijatelných projevů sexuality (sexuální obtěžování pracovníků sociálních služeb, obnažování se před kamarády či na veřejnosti, osahávání a uspokojování se třením o další osoby v hromadných prostředcích apod.). Objevuje se také chování, které může vycházet právě z neznalosti hranic mezi profesionálním vztahem, normami společenského chování a rozdílných sociálních rolí. Osoby s mentálním postižením si mnohdy nejsou těchto faktů vědomi, či nedokáží rozeznat, co je již přípustné a co již hraničí s porušováním těchto norem.

Muž, P8 : „Však já mám holku, no tebe (směřováno k pracovníci v sociálních službách.) A jinou nepotřebuju. Jasně, že můžeme spolu spát, ty kaňourko jedna. Nemůžeme ? ale proč...ale můžeme a budeme.“

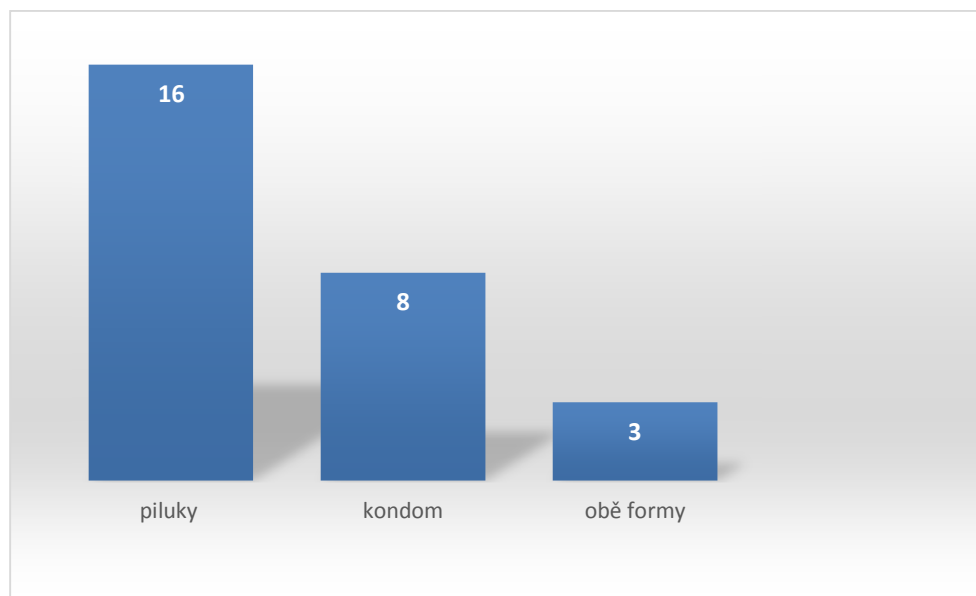
Muž, P18 : „No mám holku. Teda dvě. XX a XY, no s nima chodím. A taky bys to mohla být ty (směrem k pracovníci v sociálních službách). Já můžu klidně chodit se třema, tak kdybys chtěla. Ale babám to neříkej, ona je XX strašně žárlivá.“

Muž, P9 : „Antikoncepce je nemoc, která jako je u vajíčka u kluka a holky. Když bude holka jezdit na kole tak nebude těhotná“.

Žena, P28: „Antikoncepce je taková operace, to udělají na ženě a pak nemůže mít šest dětí.“

Z analýzy dat se dá konstatovat, že v otázce antikoncepce a chráněného styku většinou osoby s mentálním postižením mají představu a povědomí o antikoncepci. Ze všech účastníků rozhovoru znali pojem antikoncepce a jeho formy 21 osob. Celkem ve 14 případech tyto osoby vůbec nevěděli a neznali tento pojem, ani možnosti a formy chráněného styku.

V některých případech jejich neverbální komunikace také naznačovala stud a obavy mluvit na toto téma (sklopená hlava, pohledy do stran, klopení očí). Osoby s mentálním postižením jako nejčastější formu antikoncepce znají antikoncepční pilulky a to v 16 případech, v 8 případech uváděli kondom. Ve třech případech znali obě formy uváděné antikoncepce. Znalost druhů antikoncepce prezentuje následující graf č.3.



Graf č.3

Analýza dat ukázala, že nejsilnější oblastí v povědomí sexuality pro osoby s mentálním postižením je oblast antikoncepce a možnosti chránění se před početím. Tato skutečnost může pramenit z potřeby a strachu, že by tyto osoby měli potomky a tudíž je nezbytné je právě informovat především v této otázce. Z analýzy dat se dá také konstatovat, že edukace je v této oblasti poměrně nízká a osoby s mentálním postižením mnohdy nevědí, jak vůbec na tyto otázky reagovat. Absence edukace pak může vyústit v různé formy nepřijatelného chování či neschopnost zacházení s vlastní sexualitou.

9.4 Rodičovství vztahující se k osobám s mentálním postižením

Z rozhovoru je zřejmé, že také u osob s mentálním postižením se objevuje touha po dítěti. Celkem 13 účastníků rozhovoru se vyjádřilo, že by chtěli mít děti. Přání mít děti mnohdy představovalo spíše sen či přání, vyjadřující především splnění společenské role a potvrzení

vlastní normality, než reálné potřeby vycházející ze skutečných přání účastníků. Získaná data tedy poukazují na symbolický význam této touhy, vyjadřující dosažení určité společenské role a také potvrzení normality v rámci společenského očekávání.

Žena, P31 :., *Jo chtěla bych děti, líbí se mi malé děti, mohli bychom si hrát spolu, vozit kočárek, ale ne přebalovat. Nemám ráda pokakané lidi.*“

Žena, P7 :., *No chtěla bych mít děti, to se tak dělá, ale myslím, že stačí jedno.*“

Muž, P18 :., *Jasně, že chci děti a rodinu. Rodina na prvním místě. Chtěl bych tak 4 děti. Normálně bychom bydleli v bytě. S manželkou bychom to zvládli sami.*“

Žena, P25 :., *Jo, chtěla bych mít děti, každá žena si to přece přeje. Kolik, to ale nevím.*“

Muž, P23 :., *Chtěl bych děcko, jsem se dozvěděl, že to můžu, kolik ještě neplánuju. No minimálně jedno. Problém je že děcko řve, kdybych měl to děcko, eště s tím kočárkem do výtahu, do schodů, šel bych se zeptat, jestli by to šlo k nějaké sousedce.*“

Ze získaných dat také vyplynulo, že osoby s mentálním postižením si uvědomují handicap v sociálních dovednostech a s ním i omezení týkající se naplňování role rodiče. Tito účastníci také dokázali popsat omezení plynoucí z absence těchto dovedností, určité snížení rodičovských a sociálních dovedností, které by jim způsobovaly problémy v plnění role rodiče. Tato nejistota, obavy a strach mohli vyústit ve vyjádření a odmítání být rodičem. Tyto skutečnosti byly zaznamenány u 21 účastníků. Pouze 1 účastník přímo vyjádřil, že nechce dítě, protože by nemohl chodit do stacionáře a neměl by svobodu.

Muž, P33 :., *No já bych si to teda nelajznul, když vidím malé děti, tak se mi líbí, ale neuměl bych se o něj postarat, ta výchova, to bych nezvládnul. A problém by taky byl se vůbec shodnout v názorech na výchovu.*“

Muž, P20 :., *Děti bych nechtěl, neuměl bych se o ně postarat, zajistit je finančně, vychovat je. Utrít zadek, to bych tak možná zvládnul.*“

Žena, P22 :., *Děti to je krása, ale co to dá práce. To já bych nezvládla. To musíš vstávat k nim a přebalovat. Nebo zajít k doktorovi. To já musím chodit s mamkou. To nemůžu sama.*“

Muž, P14 :., *Ne, nechtěl bych děti. Neuměl bych se postarat. To je těžké, to já bych neuměl.*“

Žena, P5: „Mít děti by bylo těžké, to bych nezvládla. Musíš ho přebalovat, nakupovat oblečení a to já neumím.“

Nejistotu a strach z rodičovské role a přímé vyjádření, že tuto roli by tyto osoby vůbec nezvládly, uvedlo celkem 15 osob. Dále ze všech účastníků 18 osob uvedlo, že by rodičovství zvládli za předpokladu pomoci dalších osob. Jmenovali především rodiče, asistenty či pracovníky v sociálních službách. Pouze 2 osoby uvedli, že si myslí, že by to zvládli sami s partnerem. Tyto data poukazují na fakt, že osoby s mentálním postižením jsou si vědomy obtížnosti a problémů týkající se rodičovství a také mají povědomí o svém handicapu v oblasti sociálních dovedností vzhledem k naplňování této role. Toto uvědomění působí velmi pozitivním dojmem.

Jak již bylo uvedeno, celkem 18 osob se vyjádřilo, že by potřebovali podporu dalších osob v této oblasti. Nejčastěji se to týkalo oblasti základní péče o potomky, naplňování základních potřeb a výchovy potomků. Některé osoby, a to ve 4 případech, si také uvědomovaly finanční náročnost, kterou přináší péče o potomky.

Muž, P30 : „Potřeboval bych pomoci třeba s koupáním, měl bych strach, abych ho neopařil horkou vodou. A taky jak se dělá to mlíko, co to dítě pije“.

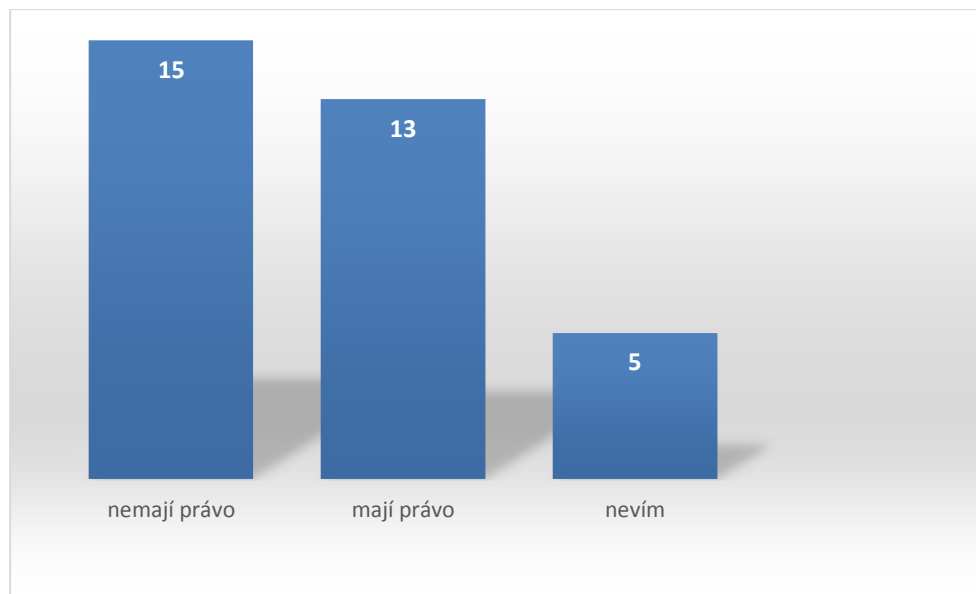
Muž, P23: „Sami bychom to nezvládli. Přítelkyně je na vozíku. Někdo by se musel o to děcko starat. Krmít ho, přebalovat, vozit v kočárku. Já bych musel chodit do práce a starat se o barák, platit plyn, elektřinu, vodu, nebo ti to ustríhnou“.

Žena, P4: „Neuměla bych se o něho postarat, to by mi musel někdo pomoci. Asi rodiče. Nebavilo by mě zvedat věci, když to házou na zem. Nebo tak. Nebo uklízet. To by mě nebavilo.“

Žena, P15: „Potřebovala bych pomoci ho převlékat, krmít a taky psát úkoly do školy, dávat ho spát a vypravovat do té školy.“

Z další analýzy dat vyplynulo, že osoby s postižením mají velmi nízké povědomí o právech týkající se oblasti rodičovství. Celkem 15 účastníků rozhovoru uvedlo, že lidé s mentálním postižením nemají vůbec právo mít děti a 5 účastníků uvedlo, že vůbec neví. Další dva účastníci uvedli, že toto právo je řízeno finančními prostředky. Pouze 13 osob vědělo, že osoby s mentálním postižením mají právo mít potomky. Tato skutečnost může být způsobena

především nedostatečnou edukací v této oblasti a přetrvávajícím tabuizování této problematiky. Zaznamenaná data prezentuje graf č.4.



Graf č.4

9.5 Srovnání získaných dat osob s mentálním postižením a rodičů těchto potomků

V rámci bakalářské práce jsem se zaměřila na názory rodičů k sexualitě, partnerství a rodičovství potomků s mentálním postižením. Získaná data z této práce mohou být v některých otázkách komparována se získanými daty tohoto výzkumu. Většina osob s mentálním postižením si přeje mít partnerský vztah. Někteří uvedli, že mnohdy mají problém s realizací tohoto vztahu v důsledku neakceptace jejich sociálních kompetencí z řad rodičů.

Tento fakt se potvrzují i data získaná od rodičů, kdy pouze 43% rodičů výzkumu akceptují možnost partnerského svazku svých potomků a možnost manželství jen 23% rodičů. Tento fakt je dán neakceptací sociálních kompetencí a dovedností a skutečností, že rodiče často svého dospělého potomka vnímají jako dítě a s tímto přístupem tak i jednají. Rodiče jakou největší překážku partnerství vnímají nesamostatnost, nedostatečné sociální dovednosti především s financemi a chodem domácnosti, submisivní a dětské chování osob s mentálním postižením.

Ze získaných dat se edukace sexuality osob s mentálním postižením ukázala jako nedostatečná. Zvýšení edukace v této oblasti se tedy jeví jako žádoucí skutečnost, kterou potvrdily i data získané od rodičů. Celkem 74% rodičů považují edukaci v oblasti sexuality za důležitou. Právě neznalost této problematiky byla označena za nejčastější problém v této oblasti. Získaná data účastníku s mentálním postižením ukázala, že tyto osoby nejvíce informací získávají ze školy, sociálních služeb či od vrstevníků. S rodiči na toto téma vůbec nediskutují, což je dáno nejen studem mluvit o této problematice, ale také strachem, obavami a přístupem rodičů.

V této otázce se data účastníku s mentálním postižením a rodičů velmi rozcházejí. Rodiče uvedli, že nejvíce informací týkající se sexuality mají jejich potomci právě od nich a celkem 71% rodičů nemá vůbec problém mluvit o sexualitě se svými potomky. Tento fakt může být dán rozdílným vnímáním dané situace či potřebou udělat lepší dojem ve výzkumu neodpovídající skutečnosti.

Získaná data vztahující se k problematice antikoncepce potvrdila fakt, že rodiče jsou nakloněni používání těchto prostředků svými potomky (82 %) a to především z důvodu strachu otěhotnění či očekávání potomka. Tato skutečnost může být původem nejvyšší míry povědomí v otázce sexuality u osob s mentálním postižením.

Problematika rodičovství se ukázala jako složitý fenomén u obou skupin. Význam slova „právo“ si neuvědomovali účastníci obou skupin. U osob s mentálním postižením tento fakt může být způsoben nejen kognitivním deficitem, ale také nedostatečnou edukací. U rodičů popírání práva může pramenit především z nesouhlasu uznání tohoto práva, což potvrzují i získaná data. Celkem 52 % rodičů uvedlo, že osoby s mentálním postižením nemají právo mít děti, 35 % rodičů neví a pouze 13 % uznalo toto právo.

Ze získaných dat se dá konstatovat, že v mnohých otázkách této problematika odpovědi účastníků korespondují z názory rodičů. Pouze v otázce komunikace na téma sexuality mezi těmito dvěma skupinami se zkušenosti a názory rozcházejí.

10 Zodpovězení výzkumných otázek

10.1 Jak osoby s mentálním postižením definují a rozumí pojmu přátelství?

Osoby s mentálním postižením definují a rozumí pojmu přátelství z několika hledisek. Z analýzy dat se dalo identifikovat šest pojetí tohoto pojmu. Nejvíce mají pojem přátelství propojený s představou další blízké osoby, se kterou sdílí pozitivní zážitky, emoce a žádoucí interakce. Analýza dat ukázala důvěryhodnost jako centrální rys spojený s tímto pojmem, kdy důvěra se také ukázala jako důležitý aspekt při navazování kontaktu s dalšími osobami. Přátelství také hraje důležitou roli v oblasti socializace, kdy analýza dat upozornila na pojetí přátelství právě ve spojitosti s touto oblastí.

Osoby s mentálním postižením se ve svém pojetí přátelství také dokáží zaměřit na pozitivní a důležité aspekty, které by měl tento vztah obsahovat a na kterých by měl být založen. Tyto aspekty pak hrají důležitou úlohu ve vztahu k druhým lidem a potvrzují hodnotu a charakteristiku tohoto vztahu. Mít přátelský vztah s druhou osobou je pro osoby s mentálním postižením velmi důležité. Některé osoby tento vztah definují spíše jako partnerství a nedokáží identifikovat rozdíly mezi těmito dvěma vztahy.

Pro některé osoby s mentálním postižením přátelství představuje určitou formu povinnosti pomáhat druhému. I když nezištná pomoc je součástí přátelského vztahu, pomoc uváděná účastníky má spíše charakter povinnosti a naplňování společenského očekávání. Některé osoby s mentálním postižením nedokáží tento vztah vůbec definovat, ani nemají žádnou představu či asociace spojené s tímto pojmem.

10.2 Jaká je představa partnerství pro osoby s mentální retardací?

Pro osoby s mentálním postižením partnerství představuje především sdílení s druhou osobou. Sdílení a mít blízkou osobu se ukázalo jako velmi důležitý aspekt v jejich životě. Pro mnohé osoby není vůbec důležitá klasifikace tohoto vztahu, ale skutečnost mít jakýkoliv blízký a důvěrný vztah s druhou osobou. Pohlavní styk pro tyto osoby není důležitým aspektem tohoto vztahu, spíše upřednostňují základní projevy intimity, jako je chození za ruku či líbání. Partnerský vztah může být důležitý i v pojetí jejich vlastní kompetence a dodávat i určitou míru sebevědomí.

Analýza dat ukázala, že u 6 osob je představa partnerském vztahu spojena s potřebou se o někoho starat a poskytovat mu péči. Tato představa může být dáno potřebou po potvrzení vlastní hodnoty a potřebnosti. Osoby s mentálním postižením mohou svůj mentální handicap vnímat jako skutečnost snižující jejich vlastní hodnotu a pravomoci. Prostřednictvím péče a prezentace dovedností mohou dokázat své vlastních sociálních kompetencí a potvrzení vlastní hodnoty. Představa partnera pro osoby s mentálním postižením je velmi různorodá. Za centrální rys se dá z analýzy dat identifikovat veselost a smysl pro humor. Dále tato představa byla spojena spíše s dovednostmi, které by měl partner či partnerka mít a s možnostmi realizace se skrze tento vztah.

10.3 Jaká je míra edukace u osob s mentálním postižením v otázkách párové sexuality?

Osoby s mentálním postižením také mohou řešit sexuální otázky a i v jejich životě je zájem o druhé osoby. V mnoha případech jsou nedostatečně či mylně informováni v otázkách lidské sexuality a mnohdy je edukace v této oblasti podceňována či považována za nežádoucí. Ze získaných dat se dá usuzovat, že edukace v oblasti sexuality je poměrně nízká. Často nemají ani základní informace týkající se sexuálního styku, prožívání sexuality či těhotenství. Oblastí sexuality, kde měli účastníci největší povědomí, byla oblast chráněného sexu a antikoncepce. Účastníci znali pouze dvě formy, a to antikoncepční pilulky a kondom. Osobní zkušenosti až na jednu účastnici rozhovory nikdo s těmito prostředky neměl, ale byli schopni popsat použití těchto prostředků.

Problematické se také jeví možnosti získávání těchto informací. Většina není schopna na toto téma vůbec komunikovat s rodiči a informace získávané z řad vrstevníku mají mnohdy zkreslený či nepravdivý charakter. Komunikace na toto téma vyvolává u některých osob pocity strachu, obav, studu a nejistoty. Bagatelizace edukace v oblasti sexuality může vést ke strachu z její aktivity, vytvoření mylných představ a předsudků či neznalost zvládnání sexuálního pudu může vyústit až k nežádoucím projevům sexuality narušující a překračující pravidla chování či zákona.

10.4 Jak se vztahují osoby s mentálním postižením k rodičovství a jakou míru a druh podpory si přejí v této oblasti?

Při analýze dat se ukázalo, že téma rodičovství u osob s mentálním postižením je obtížným fenoménem. Z analýzy dat vyplynulo, že osoby s postižením mají velmi nízké povědomí o právech týkající se oblasti rodičovství. Získaná data poukazují především na strach, obavy a nejistotu týkající se této oblasti. Pro osoby s mentálním postižením není lehké vůbec mluvit na toto téma, což poukazuje na malou pozornost věnovanou tomuto tématu. Odmítání rodičovské role bylo spojeno především s uvědomováním si náročnosti péče o potomky. Osoby s mentálním postižením jsou schopny si handicap v sociálních dovednostech uvědomit a na tomto základě prezentovat názor.

U některých osob, v těchto rozhovorech se jednalo o 13 účastníku, se objevuje touha po dítěti. Tato touha byla spíše prezentací přání či představy, jak splnit společenskou roli a očekávání. Splněním této role představuje především potvrzení vlastní normality, než reálné potřeby vycházející ze skutečných přání účastníků. Získaná data poukazují na symbolický smysl této tužby, vyjadřující dosažení jisté společenské role a také potvrzení normality v rámci společenského očekávání.

Osoby s mentálním postižením jsou si vědomy potřeby podpory a pomoci v plnění rodičovských povinností a péče o dítě. Pouze 2 osoby uvedly, že by rodičovství a péči o dítě zvládly sami s partnerem. Očekávali by především pomoc rodiny, asistentů a pracovníků sociálních služeb. Základní péče o dítě a jeho naplňování základních potřeb se ukázala jako nejdůležitější oblast pro žádanou podporu a pomoc. Dále by potřebovali podporu ve výchově těchto potomků. Osoby s mentálním postižením si také uvědomují finanční náročnost, kterou přináší péče o potomky.

11 Diskuze

11.1 Diskuze o metodě

Vzhledem k problematice vztahující se k tomuto výzkumu u osob s mentálním postižením byl zvolen kvalitativní typ výzkumu a kvalitativní výzkumná metoda. Těžiště daného výzkumu spočívalo v analýze polostrukturovaných rozhovorů, kdy získaná data nám poskytla navíc možnost kvalitativního zpracování některých údajů. Získaná data byla následně kategorizována a tyto jednotlivé kategorie dále popisovány. Cílem výzkumu bylo především porozumět a zjistit pohled osob s mentálním postižením na danou problematiku. Úsilím bylo především zmapování a porozumění tomu, jak tyto osoby vnímají interpersonální vztahy, co pro ně znamenají, jaké mají touhy a přání a jak jim mohou osoby bez postižení pomoci v těchto oblastech.

Výsledky tohoto výzkumu mohou být zkresleny několika rozličnými skutečnostmi. Mezi tyto skutečnosti může patřit osobnost výzkumníka, použité nástroje i samotný výběr výzkumného souboru. V této kapitole se pokusíme tyto fakta reflektovat. Osobnost výzkumníka se do výsledku výzkumu může promítnout celou řadou podob. Při aplikaci výzkumné metody se osobnost výzkumníka promítá do získaných dat. V případě daného výzkumu bylo výhodou, že výzkumník má dlouholeté zkušenosti v rámci svého povolání s osobami s mentálním postižením. Tudíž dokáže s těmito osobami komunikovat a zná způsoby jejich komunikace. Nevýhodou mohly být vytvořené stereotypy o těchto osobách, které mohou zamezovat k získání důležitých cenných údajů, které mohou zůstat nevyčtené.

Vliv výzkumníka se také promítá jak do procesů analýzy, tak do prezentace zjištěných údajů. Interpretace získaných dat je do značné míry ovlivněna zkušenostmi výzkumníka a v rámci zachování autenticity získaných výroků osob s mentálním postižením, byly prezentovány v nezměněné podobě. Vyhodnocování získaných dat je také ovlivňováno zkušenostmi s tímto typem výzkumu a výsledky jsou těmito fakty ovlivněny.

Výzkumné závěry také mohou být ovlivněny samotným výběrem výzkumného souboru. Z důvodu prevence obtíží s komunikací těchto osob a zvolené výzkumné metodě polostrukturovaného rozhovoru byly vynechány osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací. Záměrně byly vybírány osoby, které se mohou aktivně do této metody zapojit a kde se dalo předpokládat aspoň určitá úroveň kognitivních funkcí. Z hlediska zobecnění získaných údajů byly tyto osoby vybrány z různých typů zařízení. Jednalo se o střední školu, denní služby,

pobytová zařízení a chráněné dílny. Rozmanitost prezentovalo i věkové zastoupení v různých věkových kategoriích s rozpětím 18 - 68 let. Pro zobecnění získaných údajů a aplikaci na populaci osob s mentálním postižením by byl zapotřebí větší vzorek participantů než 35 osob. Vzhledem k časové náročnosti sběru dat a jeho analýze již nebylo možno oslovit více potencionálních účastníků. Získaný vzorek participantů je však postačující k zodpovězení výzkumných otázek a možností přínosu k porozumění a nahlédnutí do této problematiky.

11.2 Diskuze o výsledcích výzkumu

Ve výzkumu prezentovaném v této práci se dospělo k několika zjištěním, které buď korespondovali či potvrzovali obdobné výzkumy nebo se rozcházeli ve faktech zaměřujících se na danou problematiku. Edukace v oblasti sexuality se v posledních letech velmi rozrůstá a výsledky prezentované Štěrbovou (2009) ukazují na velmi vzrůstající zájem v oblasti školení pracovníků pracujících s osobami s mentálním postižením. Narůstající zájem zvedl počet realizovaných kurzů z 5 v roce 2005 na 30 v roce 2008 (Štěrbová, 2009). Vznikají i další podpůrné programy a prezentace různých metod a materiálů zaměřující se na tuto problematiku. Výzkum ovšem ukázal, že i přes tato fakta edukace v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením je na velmi nízké úrovni. Mnohdy nemají povědomí ani o základních faktech týkajících se sexuality a sexuálního života. Obavy a stud mluvit na toto téma navíc poukazuje na nezkušenost v této oblasti a do značné míry stále přetrvávající tabuizace této tématiky.

Tato nízká úroveň edukace v sexuální oblasti pak může mít za následek i neaktivitu v oblasti sexuálního života, což ve své studii potvrzuje i Conod a Servais (2008). V jejich studii edukace měla značný vliv na aktivitu sexuálního života, kdy ženy s lehkým mentálním postižením žijící v edukovaném prostředí a s edukací oblasti sexuality měly pohlavní styk v 82% případech, zatímco osoby v needukovaném prostředí pouze ve 4%.

Navazování přátelských vztahů je pro osoby s mentálním postižením velmi důležité a vzniká z různorodých pohnutek. Získaná data korespondují ze Šelnerem (2012), kdy mnohdy se jedná především o skupinu přání, mezi které patří mít někoho, kdo mi bude denně pomáhat, s kým mohu trávit čas, a kdo mi pomáhá kompenzovat vlastní sociální strádání. Pro osoby s mentálním postižením je obtížné navazovat tyto vztahy mimo zařízení, kde docházejí. Tyto zařízení mnohdy představují jediný zdroj k navazování tohoto vztahu. K obdobným

výsledkům dospěl i Emerson a McVilly (2004), kdy osoby s mentálním postižením navazují přátelství především v rámci institucí a výskyt navazovaných přátelství mimo tyto instituce je podstatně nižší než u normální populace. Tento závěr poukazuje určitou izolací mentálně postižených osob, která byla také několikrát zmíněna i v analýze dat výzkumu této práce. Především díky této izolaci, způsobené řadou rozličných skutečností, nemají tyto osoby možnost navázat přátelské vztahy jinde. Z analýzy rozhovorů výzkumu této práce i jiných studií se dá usuzovat, že sociální zařízení a instituce pro tyto osoby, hrají významnou roli v navazování vztahů mezi osobami s mentálním postižením.

Potřeba sdílet s blízkou osobou se projevuje i v touze partnerských vztahů. Pro mnohé osoby tento vztah představuje spíše naplňování potřeb v oblasti sdílení a zájmů, než touhu po sexuální aktivitě. Výzkum ukázal, že pohlavní styk tyto osoby nepovažují za důležitou součást tohoto vztahu a spíše touží po projevech intimity, jako je líbání a chození za ruku. Tuto skutečnost potvrzuje i Susan Doyle (2010), která uvádí, že podstatou partnerského vztahu není sexuální aktivita, nýbrž otázka pocitů v tomto vztahu a to především pocit bezpečí, sounáležitosti a vzájemného sdílení. Otázkou zůstává, zda tato skutečnost je dána reálným přáním těchto osob nebo jen nízkou edukací a nedostatečnými příležitostmi k sexuální aktivitě.

Představa partnerství jako možnosti sdílet a být s někým a prostřednictvím tohoto vztahu získat sebevědomí a určité kompetence koresponduje se zjištěními se studií Bittermanna a Selnera (1999, in Šelner, 2012), kteří ve své studii došli k závěru, že představa partnerství u osob s mentálním postižením zahrnuje především mít někoho u sebe, být tady pro někoho, skrze partnera získat mobilitu, získat sebedůvěru, získat jistotu v jednání s člověkem a pocitu, že děláme něco pro sebe společně (Bittermann, Selner, 1999, in Šelner, 2012).

Problematika rodičovství osob s mentálním postižením je velmi složitou otázkou, a jak se ukázalo, potřebuje ještě mnoho pozornosti a podpory pro rozvoj a edukaci. Samotné osoby s mentálním postižením si uvědomují složitost a obtížnost rodičovské role, ať už dle vlastního uvážení či na základě informací a výchovy. Osoby s mentálním postižením si uvědomují důležitost podpory zvenčí, která je zcela nezbytná, což potvrzují i výsledky studie Willems et al. (2007), kde se právě podpora ukázala jako zcela nezbytný faktor při plnění rodičovské úlohy.

Rodičovství osob s mentálním postižením není běžným jevem, z účastníku výzkumu nebyl rodiček nikdo, což je v souladu se studii z této oblasti, které prezentuje Chamberlaina et

al. (1984), kdy z 84 účastníků této studie bylo zaznamenáno těhotenství u 6 osob a také studie Conoda a Servaise (2008) ve studii obdobného zájmu, těhotenství bylo zaznamenáno pouze v 1%.

I když se touha po dítěti objevuje i osob s mentálním postižením, tak stále více převládá odmítání této role. I když osoby s mentálním postižením mají právo mít děti, je zde otázka, zda odmítání této role, především na základě uvědomování si handicapu vlastních schopností, není pozitivním stanoviskem. Možná osoby s mentálním postižením tímto svým přístupem ukazují uvědomělejší a zodpovědnější přístup k rodičovství, než někteří jedinci zastupující „normální“ populaci.

11.3 Náměty pro praxi

V našem výzkumu bylo zjištěno několik skutečností týkající se dané problematiky. Získaná data naznačují, že pozornost by měla být především věnována edukaci a rozvoji sociálních dovedností s podporou růstu a udržování sociálních vztahů.

Edukaci v oblasti sexuality se tyto osoby setkávají především v rámci výuky na základních či středních školách, což považují za jádro problému nízkého povědomí o dané problematice. U těchto osob je velmi důležité a nezbytné celoživotní vzdělávání. Jednorázový přísun informací v těchto osobách mnohdy způsobí zmatek a potřebují delší část ke zpracování informací. Systematická a především neustále opakovaná edukace se jeví jako nejvhodnější cesta ke zvyšování povědomí k této problematice. Tyto osoby také mají většinou narušené symbolické myšlení, tudíž se v mé praxi osvědčily modelové situace, krátké film, hry a zážitková pedagogika.

Možnost otevřeně hovořit a diskutovat na téma sexuality je žádoucí z dalších důvodů. Pro mnohé osoby s postižením či bez postižení je problémem mluvit o sexualitě, čím méně se o ní hovoří, tím více se dostává do škatulky „Tabu.“ Komunikace na téma sexuality má možnost ukázat, že sexualita je věcí přirozenou a není to nic hanebného. V rámci edukace je nezbytné také vzdělávání a přínos informací s touto problematikou také rodičům. Mnohdy jim chybí informace a neví jak pracovat se sexualitou vlastního potomka. Edukace by mohla být cestou, jak posílit jejich sebevědomí tak, aby dokázali otevřeně hovořit se svými potomky na dané téma. Cestou jsou různá školení, ale mé vlastní zkušenosti poukazují na velmi nízký zájem ze strany rodičů. Jako přínosnější se mi osvědčily osobní setkání s rodiči, kdy i oni již mají

vybudovanou určitou důvěru a mnohdy jsme společně našli řešení různých situací. Je důležité, aby rodiče měli povědomí, kam a na kterou osobu se mohou obrátit při řešení vzniklých situací.

Získávání a sociálních dovedností a zvyšování sebevědomí v této oblasti je velmi žádoucí vzhledem k odbourávání sociální izolace těchto osob. Dle mých zkušeností mohu doporučit nácvik v terénu. Mnohdy se stalo, že tyto osoby nedokázali nacvičené dovednosti ve stacionáři přenést do praxe. Návštěvy restauračních zařízení a kulturních institucí nejsou jen nácvikovými místy, ale již samotnou návštěvou dochází k odbourávání sociální izolace, posilování sebevědomí a interpersonálních vztahů. Navíc dochází k učení se na základě zkušeností, což je nejpřírodnější možností jak se naučit a udržet si dovednosti.

Jako problematická se také ukázala oblast navazování vztahů. Jelikož se ukázalo, že mnohdy jediným místem navazování vztahů jsou sociální služby, tak se jeví jako velmi žádoucí informovanost o dostupných službách a také jejich možnostech, tak aby tyto osoby měli možnosti styku s vrstevníky. Mnohdy tyto služby nabízejí různé možnosti volnočasových aktivit, zájmových kroužků a tematických setkání.

12 Závěr

Pohledy na interpersonální blízké vztahy osobami s mentálním postižením jsou velmi různorodé, i když u nich můžeme nalézt jisté podobnosti. Jsou především důležitou součástí jejich života a prostředkem k uskutečňování vlastních přání, naplňování potřeb a potvrzování vlastních kompetencí. V našem výzkumu bylo identifikováno několik pohledů na blízké vztahy osob s mentálním postižením:

- a) vztahující se k další osobě s následným definováním vztahu či interakce mezi těmito osobami
- b) představa vztahu jako zprostředkovatele mezi osobami a společenským prostředím
- c) představa vztahu na základě jeho charakteristiky s důrazem žádoucích pozitivních aspektů
- d) představa vztahu jako určité společenské povinnosti či očekávání
- e) představa spojená s potřebou se o někoho starat a poskytovat mu péči v důsledku potvrzování vlastní hodnoty a potřebnosti
- f) představa vztahu jako prostředku k dosahování vlastních cílů a tužeb

Některé osoby s mentálním postižením dokáží identifikovat rozdíly mezi partnerským a přátelským vztahem, kdy právě podstatu rozdílu spatřují v intimních prvcích chování a to především v líbání a chození za ruku. Některé osoby s mentálním postižením nerozeznávají a neklasifikují rozdílnost těchto dvou vztahů.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že osoby s mentálním postižením mají velmi nízkou edukaci v otázkách vlastní sexuality. Nejvyšší míru edukace vykazovali v otázce plánovaného rodičovství a antikoncepce. Problematické se také ukázaly možnosti zdrojů těchto informací a komunikace v této oblasti sexuality. Většina není schopna na toto téma vůbec komunikovat s rodiči a informace získávané z řad vrstevníku mají mnohdy zdeformovaný či nepravdivý charakter. Komunikace na toto téma vzbuzuje u některých osob pocity strachu, obav, studu a nejistoty.

Mezi podstatné problémy osob s mentálním postižením patří sociální izolace, která výrazně zasahuje problematiky vztahů těchto osob. Tato sociální izolace je především dána institucionální péčí a přístupem rodičů. Osoby s mentálním postižením si tento fakt uvědomují, ovšem již nemají dovednosti či kompetence s tímto problémem pracovat. Sociální zařízení a instituce se ukázaly mnohdy jako jediný zdroj v možnostech navazování vztahů.

Z pohledu osob s mentálním postižením rodičovská role je velmi obtížná a přináší řadu problémů. Osoby s mentálním postižením se potýkají s určitými obavami, nejistotou a strachem diskutovat na téma rodičovství. Zároveň si uvědomují handicap v sociálních dovednostech a s ním i omezení týkající se naplňování role rodiče. Podporu by očekávali především v těchto oblastech:

- a) základní péče o potomky (přebalování, koupání, chození ven s kočárkem...)
- b) naplňování základních potřeb (krmení..)
- c) výchovy potomků (pomoc při edukaci potomků...)

Přání mít děti mnohdy prezentovalo spíše sen či přání, vyjadřující především uskutečnění společenské role a osvědčení vlastní normality, než reálné potřeby vycházející z reálných přání účastníků.

13 Souhrn

V odborné terminologii je prezentována variabilita označování osob s mentálním postižením, s postupujícím humanizačním trendem jsou tyto osoby kupříkladu označovány postupujícím humanizačním trendem jsou tyto osoby například stanovovány ve Spojených státech amerických, v Kanadě či Austrálii jako „intellectual disability people“, ve Velké Británii jako osoby s „learning difficulty“, které vystihuje u těchto osob především výukové obtíže než podstatu mentálního postižení (Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007) .

V České republice je také očividná snaha o zavádění nových termínů v souladu s tímto trendem, kdy se můžeme setkat s označování těchto osob jako osoby s mentálním postižením, mentální retardaci či osobami se speciálními vzdělávacími potřebami.

Z psychologické perspektivy se lze specializovat na osobu s mentálním postižením v rámci zpracovávání mentálních procesů, jejího fungování a chování se zaměřením na individuální chování či vzájemné vztahy a interakce. Osoby s mentálním postižením se vyznačují velkou variabilitou narušení ve veškerých těchto oblastech. Tyto aspekty pak postihují a působí na jejich prožívání a fungování ve vztazích či každodenním životě.

Prožívání lidské sexuality je lidskou přirozeností bez ohledu na dobu, věk či postižení. Představa sexuality většinou asociuje představu fyzického sexu, která ovšem není jedinou její složkou. Další čtyři složky, kterými jsou potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitek citu, sounáležitosti a opory, potřebnost pro druhé a rodičovství jako potřeba pokračování rodu již mají přímou spojitost se vztahy (Venglářová, 2013). U osob s mentálním postižením je sexualita a její vývoj ovlivněn řadou determinantů a odlišnostmi. Zátěžovým obdobím je především období puberty, kdy podle Grogana (2002) právě tohle období, představuje velkou zátěž pro osoby s mentálním postižením, neboť člověk prochází obdobím identity a přijímáním vlastního těla a právě postižení znesnadňuje toto přijetí.

Významnou roli v rozvoji a pochopení vlastní sexuality hraje především edukace. Zcela zásadní je přístup k edukaci těchto osob se zřetelem na jejich myšlení a s respektem potřeb dospělých. Kok et al., (2008) poukazují na důležitost posouzení potřeb a problémů v rámci vytváření programů sexuální výchovy s identifikací psycho-sociálních determinantů chování spojené s touto problematikou. Pro její úspěšnost je nezbytné spolupráce jak s rodinami těchto osob, tak také se sociálními zařízeními a institucemi hrající důležitou úlohu v tomto procesu.

U mentálně postižených osob je možné sledovat nižší úroveň navazování přátelských vztahů, než u normální populace. Tyto osoby navazují přátelství obvykle s lidmi podobně postiženými a to především v rámci institucionální péče (Emerson a McVilly, 2004). Přesto vztahy hrají nezastupitelnou úlohu v životech osob s mentálním postižením. Přátelství pro osobu s mentálním postižením často prezentuje nejen vztah s blízkým člověkem, se kterým si mohou povídat, prožívat čas a sdílet společné okamžiky, ale také slouží jako zdroj potvrzování vlastní normality a sociálních kompetencí. Problematická je především oblast navazování těchto vztahů, která je dána určitou sociální izolací těchto osob a přístupem rodičů.

Partnerský vztah je významnou sociální hodnotou, která přináší uspokojení nejen v intimní oblasti, ale především díky zisku silné citové vazby s možností sdílet společné chvíle či zájmy a prostřednictvím vztahu se realizovat. U osob s mentálním postižením nemusí vést partnerství k pohlavnímu styku, mnohdy existuje bez tohoto aspektu. Jak uvádí Prevedárová (2006), pouhých 10% osob s mentálním postižením je schopno dostat se na úroveň realizace pohlavního styku a až 80% těchto osob ve svém sexuální vývoji nepřesáhne vývojovou hranici 8 let, tudíž v této rovině je nutno pochopit i jejich projevy, ať už se jedná o líbání či hlazení, které je řízeno jejich spontaneitou nebrzděné rozumem.

Osoby s mentálním postižením mají své přání a touhy týkající se manželství, což sebou přináší otázku mentální kapacity k pochopení tohoto závazku. Jak uvádí Perlin a Lynch (2014) nejlepším standardem k určení této kapacity je zjištění faktu, zda jedinec chápe podstatu manželské smlouvy, povinnosti a závazky. V rámci zákonů České republiky, pokud není osoba zbavena způsobilosti k právním úkonům, má i osoba s mentálním postižením právo uzavřít manželství.

Problematika rodičovství osob s mentálním postižením je velmi složitým fenoménem. Řízená regulace rodičovství mentálně postižených je podle Vágnerové (2004) přinejmenším vhodná, neboť tito jedinci nejsou schopni udržet nápor rodičovské role, která sebou přináší také rodičovskou zodpovědnost. Tato regulace by se měla uskutečňovat především pomocí antikoncepce, kdy výběr antikoncepční metody by měl být ovlivněn individuálním zdravotním stavem, stupněm postižení a vhodností z medicínského hlediska. Osobám s mentálním postižením, kteří zastávají rodičovskou, je zcela nezbytné poskytování podpory a péče. V posledních letech se vytvářejí různé programy na podporu rodičovství, aby bylo

možno zajistit potřeby dítěte a pomoci v rámci individuálních potřeb a požadavků osobám s mentálním postižením.

Výzkum této práce je zaměřen na problematiku přátelství, partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením z jejich úhlu pohledu. Nahlédnutí do jejich pochopení těchto vztahů, zda dokáží identifikovat podstatu těchto vztahů, co je pro ně důležité v těchto vztazích a jaká je míra edukace v této problematice. Cíl byl zúžen následujícími otázkami.

1. Jak osoby s mentálním postižením definují a rozumí pojmu přátelství?
2. Jaká je představa partnerství pro osoby s mentální retardací?
3. Jaká je míra edukace u osob s mentálním postižením v otázkách párové sexuality?
4. Jak se vztahují osoby s mentálním postižením k rodičovství a jakou míru a druh podpory si přejí v této oblasti?

Pro naplnění cíle byl zvolen typ kvalitativní výzkumu za použití kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru. Data byla získávána prostřednictvím rozhovorů s osobami s mentálním postižením na bázi dobrovolnosti, které splňovali zadané kritéria. Pro analýzu rozhovoru byla použita rámcová metoda, která je tvořena organizací dat a jejich následnou interpretací s cílem je lepší organizace dat. Některá získaná data z rozhovoru byla pro lepší prezentaci uspořádána do následných grafů, obsahující data z daných kategorií. Výzkumný soubor tvořilo 35 osob s mentálním postižením z různých zařízení. Jednalo se o DC90 Topolany denní stacionář, Chráněná dílna DC90, Střední škola Topolany, pobytová služba Domov na Dubíčku a denní a pobytový stacionář Betany Boskovice. Tyto osoby byly vybrány prostým záměrným výběrem.

Výsledky tohoto výzkumu přinesli řadu poznatků, které se ve většině shodovali s výsledky obdobných studií. Pohledy na interpersonální blízké vztahy osobami s mentálním postižením jsou velmi různorodé, i když u nich můžeme nalézt jisté podobnosti. V našem výzkumu bylo identifikováno několik pojetí těchto vztahů: a) vztahující se k další osobě s následným definováním vztahu či interakce mezi těmito osobami, b) představa vztahu jako zprostředkovatele mezi osobami a společenským prostředím, c) představa vztahu na základě jeho charakteristiky s důrazem žádoucích pozitivních aspektů, d) představa vztahu jako určité společenské povinnosti či očekávání, e) představa spojená s potřebou se o někoho starat a

poskytovat mu péči v důsledku potvrzování vlastní hodnoty a potřeby, f) představa vztahu jako prostředku k dosahování vlastních cílů a tužeb.

Pro osoby s mentálním postižením je někdy obtížné rozeznat rozdíly mezi vztahem přátelství a partnerství. Osoby, které byli tuto diferenciaci schopni identifikovat, ji spatřují v intimních prvcích chování a to především v líbání a chození za ruku. Přítomnost pohlavního styku v rámci vztahu nehraje u osob s mentálním postižením důležitou roli. Také edukace v oblasti prožívání sexuality je u osob s mentálním postižením velmi nízká. I když je problematika rodičovství u osob s mentálním postižením velmi složitým fenoménem, tak právě problematika antikoncepce vykazovala nejvyšší míru povědomí u těchto osob.

Osoby s mentálním postižením si uvědomují obtížnost rodičovské role, přičemž se potýkají s určitými obavami, nejistotou a strachem dotýkající se otázky rodičovství. Podpora v této oblasti hraje podstatnou úlohu a osoby s mentálním postižením očekávají podporu především v těchto oblastech: a) základní péče o potomky (přebalování, koupání, chození ven s kočárkem...), b) naplňování základních potřeb (krmení..), c) výchovy potomků (pomoc při edukaci potomků...). Přání mít děti mnohdy prezentovalo spíše sen či přání se symbolickou hodnotou, vyjadřující především uskutečnění společenské role a osvědčení vlastní normality, než reálné potřeby vycházející z reálných těchto osob.

Použitá literatura:

Addlakha, R.,(2007). Adolescents, youth with disabilities unable to access programmes targeting sexuality. Získáno 19.zář.2014 z <http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details?page=375>

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, *Definicion of Intellectuall Disabilities*, Získáno 19.zář. 2014 z : (<http://aaidd.org/intellectual-disability/definicion#.VBxas8ocSmQ>)

American Psychiatric Association DSM-5 Development. (2012). Získáno 19.zář. 2014 z <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Arias,B., Verdugo, M.,A., Navas,P., Gómez,L., & Laura, E.(2013). Factor structure of the construct of adaptive behavior in children with and without intellectual disability. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 155-166. Získáno 20.srpna.2014 z databáze EBSCO

Aunos,M.,Feldman,M., Goupil,G.(2008). Mothering with IntellectualDisabilities:Relationship Between Social Support, Healthand Well-Being, Parenting and Child Behaviour Outcomes. *Department of Child and Youth Studies, Brock University, St. Catharines, Ontario, Canada*. Získáno 20.srpna.2014 z databáze EBSCO

Azar, S.,Stevenson, M.,(2012). Intellectual Disabilities and Neglectful Parenting: Preliminary Findings on the Roleof Cognition in Parenting Risk. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5:94–129. Získáno 20.srpna.2014 z databáze EBSCO

Block, P.,(2000) Sexuality, fertility and danger: twentieth-century images of women with cognitive disabilities. *Sexuality and Disability*. 18(4), 239–254.Získáno 10. srpna 2014 z databáze EBSCO

Brandon, M., Thoburn, J., Lewis, A., & Way, A., (1999). Safeguarding Children with the Children Act. *The Stationary Office*. Získáno 20.srpna.2014 z databáze EBSCO

Bray, A.,(2003). Effective Communication for Adults with an Intellectual Disability. *National AdvisoryCommittee on Health and Disability*.Získáno 9. srpna 2014 z databáze EBSCO

Clawson, R., (2013). Safeguarding people with learning disabilities at risk of forced marriage: Issues for inter-agency practice.*Social Work & Social Sciences Review*,16(3),20-36. DOI :10.1921/3503160302. Získáno 20.srpna.2014 z databáze EBSCO

Conder,J., Mirfin-Veitch,B.(2010). Planned pregnancy, planned parenting: enabling choice for adults with a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*. 39, 105–112 doi:10.1111/j.1468-3156.2010.00625.x. Získáno 20.srpna.2014 z databáze EBSCO

- Conod,L.,Servais,L.(2008). Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Publica Mexico*.50 suppl 2,S230-S238. Získáno 30.srpna 2014 z databáze EBSCO
- Černá, M. (1995). *Kapitoly z psychopedie*. Praha : Nakladatelství Karolinum
- Davies, D.,(2000) Sex and relationship facilitation project for people with disabilities. *Sexuality and Disability* .18(3), 187–194. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO
- Diederich, N., Greacen, T.(1996).Sexuality and prevetion handicap mental people in France. *Revue Europeenne du Handicap Mental*.3,20-32. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO
- D'Eath, M. (2005). Guidelines for Researchers when Interviewing People with an Intellectual Disability. Dostupné z [http://www.fedvol.ie/fileupload/File/Interviewing%20Guidelines\(1\).pdf](http://www.fedvol.ie/fileupload/File/Interviewing%20Guidelines(1).pdf)
- Doyle, S., (2010). The notion of consent to sexual activity for persons with mental disabilities. *Liverpool law review*, 31 (2), 111–135. Získáno 30.srpna 2014 z databáze EBSCO
- Dobromysl.(2011).*Rodiče s postižením intelektu*.Získáno 30.srpna 2014 z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1153>
- Dosen, A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I—assessment. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 1–8. Získáno 20.8.2014 z databáze EBSCO
- Dykens, E., M. (2006). Toward a positive psychology of mental retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 185–193. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO
- Emerson, E., & McVilly, K. (2004). Friendship Activities of Adults with Intellectual Disabilities in Supported Accommodation in Northern England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*,17 (3), 191–197. Získáno 20.září 2014 z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3148.2004.00198.x/pdf>
- Feldman, M., A., Varghese J., Ramsay J., & Rajska D. (2002) Relationship between social support, stress and mother-child interactions in mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*. 15, 314–323. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO
- Ferjenčík,J. (2000).*Úvod do metodologie psychologického výzkumu*.Praha:Portál
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (2007). *Diagnostic Manual -- Intellectual Disability (DM-ID): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. Dostupné z <http://www.dmid.org>

Hartman , E. , Houwen , S. , Scherder , E. , & Visscher , C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities . *Journal of Intellectual Disability Research* , 54 , 468 – 477. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Huovinen, K.(1993) Gynecological problems of mentally retarded women: A case-control study from southern Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand.*72:475-80. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Gomez,N.,(2012). Women with intellectual disabilities perceptions of sex. *Journal of Intellectual Disability Research.* 26, 167–74. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Grogan, M.,(2002). Factors affecting decision-making by young adults with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation.*104, 320–329. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Herring, J.,(2012). Mental disability and capacity to consent to sex: A Local Authority. *Fellow in Law, Exeter College, Oxford University.* Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.

Huovinen, K.,(1993) Gynecological problems of mentally retarded women: A case-control study from southern Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand.*72:475-80. Získáno 20.září 2012 z databáze EBSCO

Chamberlain, A., Rauh, J., & Passer A.,(1984).Issues in fertility for mentally retarded female adolescents: I. Sexual Activity, sexual Abuse, and contraception. *Pediatric* 1984;73:445-450 Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Jahoda, A.,(2006). Depression, social context and cognitive behavioural therapy for people who have intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 19(1), 81–89. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Kijak,R.,J.(2010). A Desire for Love: Considerations on Sexuality and Sexual Education of People With Intellectual Disability in Poland. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Knox, M., Mok, M., & Parmenter, T. R. (2000). Working with the Experts : collaborative research with people with an intellectual disability. *Disability and Society*, 1 (15). Získáno 20. srpna 2014 z databáze EBSCO

Kohoutek, R. (2002). *Základy užité psychologie*. Brno : CERM

Kok, G., Gottlieb, N., H., Commers M., & Smerecnik C. (2008).The Ecological Approach in Health Promotion Programs: A Decade Later. *American Journal of Health Promotion* . 22,437–442. Získáno 20. srpna 2014 z databáze EBSCO

Koller, R.,(2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability*. 18(2), 125–135.Získáno 9.srpna 2014 z databáze EBSCO

Kozáková, Z. (2005). *Psychopedie*. Olomouc:Univerzita Palackého.

Kozáková, Z. (2004).*Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*.In :Sexualita mentálně postižených.Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus.Praha: Cds Orfeus

Křivánek, J.,Vejsadová,K.(2009).*Praktické zkušenosti z rodinné a sexuální výchovy žáků základní školy speciální v Jihlavě*. In: Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus.Praha: Cds Orfeus.

Kvapilík, J.,Černá M., (1995).*Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha :Avicenum

Lečbych, M. (2008).*Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*.Olomouc :Univerzita Palackého

Lečbych,M.(2012).Pojem inteligence.In M.Valenta(Ed.), *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu* .Praha :Grada

Lewellyn, G., McConnell, & D.,Mayes, R. (2008). Support and service needs of parents with intellectual disability: perspectives of parents, their significant others and service providers. *Research in Developmental Disabilities*, 19, 245-260. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Lyden, M.,(2007). Assessment of sexual consent capacity. *Sexuality and Disability* .25, 3–20 . Získáno 20. srpna 2014 z databáze EBSCO

Lynch, J., A., & Perlín, L. (2014). All his sexless patients. *Washington Law Revue*. Získáno 9.srpna.2014 z databáze EBSCO

MacDonald,L.(2009). Do parents with learning disabilities have adequate parenting skills to safeguard their children? Imperial College Healthcare NHS Trust, Queen Charlottes and Chelsea Hospital. Získáno 9.srpna.2014 z databáze EBSCO

Makovcová,S.(18.května.2011).*Úmluva OSN o právech osob se zdravotním znevýhodněním*.Získáno 2.srpna 2014 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf

Mandzáková,S. (2013).*Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*.Praha:Portál

Matiško, M.(2010).*Člověk s duševním onemocněním a jeho právní jednání.Otázka opatrovnictví dospělých*.Praha:Linde

Mc Gillivary, J.,A.,(2014) Level of knowledge and risk of contracting HIV/AIDS

amongst young adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12:113-126. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

McCabe, M.,P.,(1999) Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*. 17:157-170. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

McElhatton, A.,(2010). Attitudes towards Sexuality and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Department de Psychologie Orthope´dagogie*. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

Michalík, M.(2012).Systémy sociálních služeb. In M.Valenta(Ed.), *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu* .Praha :Grada

Miovský, M.(2006).*Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.Praha:Grada

Mitlöchner, M. (2009). Vybrané právní otázky sexuality mentálně postižených osob. In: *Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus*.Praha: Cds Orfeus.

Müller,O.,(2002). *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc:Univerzita Palackého.

Murphy, G., & O'Callaghan, A.(2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexualrelationships. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 34, 1347–1357. Získáno 20.srpna 2014 z databáze EBSCO

National Gateway to self-Determination.(2014).*What is Self-Determination?*.Získáno 20.srpna 2014 z <http://www.ngsd.org/everyone/what-self-determination>

Plháková,A.,(2007).*Učebnice obecné psychologie*.Praha:Academia

Prevendárová,J.,(2002,).*Sexualita lidí s MP*. Získáno 25.srpna 2014 z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>

Procházka,M.,Petrašová,J. (2012).Intelektové poznávací funkce. In M.Valenta(Ed.), *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*.Praha :Grada

Reichel, J. (2009).*Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*.Praha:Grada

Schalock, R. L., (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), 116 – 124. Získáno 30. srpna 2014 z

<http://www.aaid.org/media/PDFs/renamingMRIDDApril2007.pdf>

Sobek, J.(2007). *Práva lidí s mentálním postižením. Příručka pro poskytovatele*. Praha: Portus,

Sterling, J., D. (1998). Determinants of parenting in women with mental retardation. Získáno 9.srpna z databáze EBSCO

Stupňáková,E., Navrátilová,M., & Procházka,M.(2012).Motorika.In M.Valenta(Ed.), *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha :Grada

Strnadová, I.(2008).*Rodiny osob s mentálním postižením:současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence*.Praha:Univerzita Karlova

Svoboda, M.,(2010).*Psychologická diagnostika dospělých*.Praha:Portál

Swango-Wilson, A.,(2008). Caregiver perceptions and implications for sex education for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Sexuality and Disability* . 26(2), 75–81.Získáno 9.srpna z databáze EBSCO

Šelner,I. (2012).*Fenomén člověk s postižením*.Olomouc :Caritas

Šiška, J. (2005). *Mimořádná dospělost*. Praha : Nakladatelství Karolinum

Štech, S. (1999). *Psychologie handicapu*. Praha : Nakladatelství Karolinum

Štěrbová, D., (2009).*Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. . In: Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus.Praha: Cds Orfeus.

Švarcová, I. (2003). *Mentální retardace*. Praha: Portál

Tarleton B., Ward L., & Howarth, J. (2009) Finding the Right Support. A Review of the Issues and Positive Practice in Supporting Parents With Learning Difficulties and Their Children. *Finding the Right Support*. Získáno 9.srpna z databáze EBSCO

Thórová,K.,Jůn,H. (2012). *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*.Praha :Apla

Vágnerová, M.(2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*.Praha: Portál,

Valenta, M. Müller, O. (2009). *Psychopedie*. Praha: Parta

Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., Stupňáková, E., Procházka, M., Petrášková, J., (2012)
Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu

Praha : Grada

Venglářová, M., Eisner, P. (2013). *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál

Vítová, K. (9. října. 2010). *Práva mentálně postižených rodičů*. Získáno 2. září 2014 z
<http://www.azrodina.cz/4078-prava-mentalne-postizenych-rodicu>

Wehmeyer, M., Metzler, L. (2001). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 371–383. Získáno 9. srpna z databáze EBSCO

Uzel, R. (2009). Plánované rodičovství u osob s mentálním postižením. In *Sexualita mentálně postižených II*. Praha : Orfeus, 2009. S. 119-120. ISBN 978-80-903519-7-4.

Weis, P., Zvěřina, J. (2009). *Sexuální chování české populace*. Získáno 10. června 2014 z
<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>

Willems, D., L. (2007). Parenting by persons with intellectual **disability**: an explorative study in the Netherlands. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Vol. 51 Issue 7, p537-544. Získáno 20. srpna 2014 z databáze EBSCO

Příloha č.1: Formulář zadání diplomové práce

Školní rok: 2014/2015

ZÁDÁNÍ MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Diplomant: : Bc. Simona Trojáková

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Martin Lečbych Ph.D

Název tématu: Přátelství, partnerství a rodičovství očima osob s mentálním postižením

Název tématu: Friendship, parnership and parenting trough the eyes of people with intellectual disabilities

Anotace: Tato práce je zaměřena problematiku přátelství, partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením. Teoretická část této práce je zaměřena na vymezení a koncepty mentální retardace. Tyto koncepty jsou především prezentovány v tradičním a psychologickém pojetí. Popisujeme sexualitu a její vývoj se specifikou pro osoby s mentálním postižením se zaměřením na možnosti edukace v této problematice. Vztahy osob s mentálním postižením jsou prezentovány s ohledem na zadané téma s prezentacemi studií, specifikami a možnostmi podpory v daných tématech. Ve výzkumné části práce jsme se zaměřili na prožívání a pochopení těchto vztahů osobami s mentálním postižením. V našem výzkumu jsme zjistili různá pojetí a pochopení těchto vztahů vyjadřující především touhu po sdílení s další osobou, potvrzení normality a sociálních kompetencí.

Zásady pro vypracování :

1. Seznámení se s normami diplomových prací v oboru psychologie a dodržování hlavních zásad v nich uvedených.
2. Vyhledávání zdrojů, monografií, článků, výzkumných prací, využití databází přístupných na internetu, které jsou volně přístupné z univerzitní sítě. Téma přátelství, partnerství, rodičovství, handicap, mentální postižení.
3. Zpracování základní kostry teoretické části práce a následná konzultace s vedoucím diplomové práce. V teoretické části budou zpracovány tyto témata: osoba s mentálním postižením, problematika přátelství, partnerství, rodičovství osob s mentálním postižením,

legislativní aspekty problému při výzkumu osob s mentálním postižením, přehled dosavadních výzkumů

4. Zpracování osnovy výzkumné části práce. Formulace cílů a výzkumných otázek. Předpokládaným cílem výzkumu je vlastní šetření pomocí individuálních rozhovorů, ohniskových skupin a analýza produktů. Získaná data prezentovat v přehledné formě, interpretovat je ve vztahu k postižení, porovnat s názory rodičů.

5. Realizace výzkumu, sběr dat.

6. Dokončení diplomové práce. Integrace jednotlivých částí a kapitol do srozumitelného a logicky navazujícího celku v rámci dodržení formálních náležitostí.

Seznam doporučené literatury:

Lečbych, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé společnosti*. Olomouc : Univerzita Palackého

Kozáková, Z. (2005). *Psychopedie*. Olomouc:Univerzita Palackého.

Švancarová ,I. (2006). *Mentální retardace*.Praha:Portál.

Šterbová,D. (2007). *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc:Univerzita Palackého.

Vágnerová, M. (2004). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum

Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha:Grada

Morgan, D. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd

Elektronické zdroje

Termín finalizace zadání diplomové práce ve STAGu : 30.11.2012

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Přátelství, partnerství a rodičovství očima osob s mentálním postižením

Autor práce : Bc. Simona Trojáková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych Ph.D

Počet stran a znaků: 194 323

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 95

Abstrakt : Tato práce je zaměřena problematiku přátelství, partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením. Teoretická část této práce je zaměřena na vymezení a koncepty mentální retardace. Tyto koncepty jsou především prezentovány v tradičním a psychologickém pojetí. Popisujeme sexualitu a její vývoj se specifikou pro osoby s mentálním postižením se zaměřením na možnosti edukace v této problematice. Vztahy osob s mentálním postižením jsou prezentovány s ohledem na zadané téma s prezentacemi studií, specifikami a možnostmi podpory v daných tématech. Ve výzkumné části práce jsme se zaměřili na prožívání a pochopení těchto vztahů osobami s mentálním postižením. V našem výzkumu jsme zjistili různá pojetí a pochopení těchto vztahů vyjadřující především touhu po sdílení s další osobou, potvrzení normality a sociálních kompetencí.

Klíčová slova : mentální postižení, sexualita, přátelství, partnerství, rodičovství

ABSTRACT OF THESIS

Title : Friendship, parnership and parenting trough the eyes of people with intellectual disabilities

Author: Bc. Simona Trojáková

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych Ph.D

Number of pages and characteres: 194 323

Number of appendices: 3

Number of freferences: 95

Abstract : This thesis is focused on the issue friendship, partnership and parenting of people with intellectual disabilities. The teoretic part of this thesis is focused on definition and concepts of mental retardation. This concepts is especially presented from traditional and psychological perspective. We describe sexuality and its progress specifics for people with mental disabilities with a focus on education and opportunities in this topic. The relations people of intellectual disabilities are presented with respect to a given topic with presentations of studies, specificities and support in those topics. The experimental part of this thesis on the experience and understanding of the relationship between people with intellectual disabilities. We have found in our research various concepts and understanding of these relationships primarily expressing a desire for sharing with another person, confirmation of normality and social skills.

Key words: intellectual disabilities, sexuality, friendship, partnership, parenting

Příloha č.3: Otázky k rozhovorům

Přátelství

Co pro Vás znamená přátelství ? Jak si jej představujete ?

Máte nějakého blízkého kamaráda ?

Odkud máte nebo kde jste se seznámili se svými kamarády ?

Můžete s kamarádem/kamarádkou podnikat společně různé věci ?

Partnersví

Je rozdíl mezi přátelstvím a partnerstvím ? Jaký ?

Jaká by měla/měl být Váš partner/ka?

Máte partnera (přítele či přítelkyni) se kterým /kterou chodíte ? Máte někoho blízkého?

Jak tento vztah prožíváte ?

Je něco, co by jste chtěli na tomto vztahu změnit ?

Co je podle vás antikoncepce ? Setkali jste se již s nějakou formou ?

Používáte ji, nebo jste ji někdy použili ?

Rodičovství

Mají lidé s postižením právo mít dítě ? Můžou mít dítě ?

Chtěli by jste mít děti ?

Myslíte si, že by jste zvládli péči o dítě ?

V čem by jste potřebovali pomoc a podporu ?