

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

Bc. Markéta Dědková

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením

Diplomová práce

Autor: Bc. Markéta Dědková
Studijní program: Speciální pedagogika, navazující
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management
speciálních zařízení
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová



Zadání diplomové práce

Autor:	Bc. Markéta Dědková
Studium:	P14K0330
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Název diplomové práce:	Partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením
Název diplomové práce AJ:	Partnership and parenthood of persons with mental disabilities

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat problematikou partnerství a rodičovství osob s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Teoretická část diplomové práce se bude věnovat mentálnímu postižení z obecného hlediska, sexuální výchově a právům osob s mentálním postižením. Práce bude zaměřena na osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením žijících v ústavní péči a v chráněném bydlení na Královéhradecku. V praktické části diplomové práce budou porovnány výsledky dotazníkového šetření, které proběhne mezi sociálními pracovníky, kteří pracují v domovech pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky pracujícími v chráněném bydlení s klienty s mentálním postižením. Komparace názorů a zkušeností výše uvedených respondentů bude doplněna analýzou rozhovorů se samotnými osobami z cílové skupiny a jejich rodiči na problematiku partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením.

VALENTA, Milan. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291. SOBEK, Jiří. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: příručka pro zaměstnance sociálních služeb. 2. vyd. Praha: Portus Praha, c2010, 69 s. ISBN 978-80-254-8696-2.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová
Oponent:	Mgr. Martin Kaliba
Datum zadání závěrečné práce:	27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, pod vedením vedoucí práce PhDr. Lenky Neubauerové. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne 23. 11. 2016



Bc. Markéta Dědková

Poděkování

Děkuji PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení diplomové práce, za konstruktivní připomínky, cenné rady, ochotu a vstřícnost, které mi pomohly při vypracování této práce.

Dále děkuji všem zařízením, která se zúčastnila výzkumného šetření, děkuji pracovníkům za čas, který mi věnovali a informace, které mi poskytli. Děkuji za ochotu a trpělivost jak všem respondentům z řad pracovníků, tak i uživatelům služby, kteří byli nedílnou součástí výzkumného šetření.

Anotace

DĚDKOVÁ, Markéta. *Partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením*. Hradec Králové, 2016. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce PhDr. Lenka Neubauerová.

Diplomová práce se zabývá problematikou partnerství a rodičovství osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Teoretická část diplomové práce se věnuje mentálnímu postižení z obecného hlediska, partnerství, rodičovství a sexualitě osob s mentálním postižením, sexuální výchově a právům osob s mentálním postižením. Práce je zaměřena na osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením které žijí v ústavní péči, chráněném nebo podporovaném samostatném bydlení. Praktické část diplomové práce se zabývá analýzou výsledků dotazníkového šetření, které proběhlo mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří pracují v domovech pro osoby se zdravotním postižením, chráněném bydlení a podporovaném samostatném bydlení. Včetně dotazníkového šetření, které bude cílené na pracovníky, proběhly také rozhovory se samotnými uživateli sociální služby, tedy s lidmi s mentálním postižením, kteří žijí v partnerském vztahu.

Klíčová slova: Mentální postižení, partnerství, rodičovství, sexualita

Annotation

DĚDKOVÁ, Markéta. *Partnership and parenthood of mentally disabled*. Hradec Králové, 2016. Diploma thesis. University of Hradec Králové. Thesis advisor PhDr. Lenka Neubauerová.

My diploma thesis deals with the problematics of partnership and parenthood of people suffering from mild or moderate mental retardation. The theoretical part of my thesis is dedicated to mental retardation from general point of view, partnership, parenthood and sexuality, sex education and rights of mentally retarded. The thesis is focused on people suffering from mild or moderate mental retardation who live under institutional care, protective care or assisted housing. The practical part of my thesis works with the analysis of questionnaire results. The questionnaire was distributed between social workers and social service workers that work in institutions for those with disabilities, protective care or assisted housing. In addition to questionnaire analysis that is targeted on social workers, interviews with clients of social service were conducted as well, thus with mentally retarded living in partnership.

Key words: Mental retardation, partnership, parenthood, sexuality

OBSAH

ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	13
1.2 Klasifikace mentální retardace	15
Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)	18
Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71).....	19
Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72).....	21
Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20 (F73)	21
Jiná mentální retardace (F78)	22
Nespecifikovaná mentální retardace (F79)	22
1.3 Osobnost člověka s mentálním postižením	22
Charakteristika osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením	24
Specifika osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením.....	25
Kritická období v procesu vývoje osob s mentálním postižením	25
Problémy sexuálního života lidí s mentálním postižením	26
2 PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	28
2.1 Podpora a služby v oblasti rodičovství u osob s mentálním postižením	30
2.2 Otázka antikoncepce u osob s mentálním postižením	31
2.3 Možnosti společného bydlení osob s mentálním postižením.....	32
2.4 Etické aspekty rodičovství lidí s mentálním postižením	33
3 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	36
3.1 Sexuální potřeby člověka s mentálním postižením	37
3.2 Souhlas se sexuálním vyjádřením (sexuální aktivitou) u osob s mentálním postižením	37

3.3	Mýty a předsudky vůči sexualitě a sexuální výchově mentálně postižených	39
3.4	Sexuální výchova u osob s mentálním postižením	40
3.5	Sexuální zneužívání u osob s mentálním postižením	42
4	PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	44
4.1	Legislativní rámec sexuality, manželství a rodičovství	44
4.2	Všeobecná deklarace lidských práv	45
4.3	Sexuální právo a lidé s mentálním postižením	46
4.4	Etická dilemata	47
II.	EMPIRICKÁ ČÁST	48
5	PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	48
5.1	Cíl a metody výzkumného šetření	49
	Kvalitativní šetření	50
	Kvantitativní šetření	51
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku	52
5.3	Kvalitativní výzkum – šetření č. 1	53
	1. Pár Alena a Ladislav	53
	2. Pár Bohumila a Jindřich	56
	3. Pár Zdena a Bořek	58
	Zhodnocení kvalitativního výzkumu	61
5.4	Kvantitativní výzkum - šetření č. 2	63
	Zhodnocení kvantitativního výzkumu	85
5.5	Závěrečné zhodnocení empirické části	87
	ZÁVĚR	89
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	90

INTERNETOVÉ ZDROJE	93
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	94
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	96
SEZNAM PŘÍLOH	96

ÚVOD

Téma diplomové práce jsem zvolila v souladu s vlastním zájmem o danou problematiku. Osobnost člověka, jeho partnerské vztahy, k nimž patří do značné míry i uspokojování sexuálních potřeb, uspokojení svých rodičovských potřeb apod., to jsou velmi citlivá témata jak pro člověka bez postižení, tak pro člověka s postižením.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a část praktickou. Teoretická část diplomové práce se bude zpočátku zabývat mentálním postižením (dále jen MP) jako takovým, vymezením pojmu, klasifikací a osobností člověka s MP. Tyto kapitoly budou obecným úvodem do problematiky. Více textu je zde věnováno lehkému a středně těžkému MP, a to z důvodu zaměření diplomové práce, která se zabývá partnerstvím a rodičovstvím lidí, tudíž je jasné, že se nebude týkat lidí s těžkým a hlubokým MP nebo jiným vážným stupněm MP. Po obecném úvodu budou následovat kapitoly zaměřené na samotné partnerství a rodičovství osob s MP. V této části diplomové práce budou mimo jiné popsány podpůrné služby pro osoby s MP, které se nacházejí právě v partnerském či rodičovském vztahu. V neposlední řadě se kapitola bude zabývat i otázkami antikoncepce či etickými aspekty rodičovství lidí s MP. Třetí velká kapitola, a tedy kapitola v teoretické části diplomové práce předposlední, se bude věnovat sexualitě osob s MP. I když na samém prvopočátku této diplomové práce nebyla sexualita mentálně postižených zmiňována ani nebylo v plánu se jí blíže věnovat, zaslouží si toto téma svou vlastní velkou kapitolu a zcela bez pochyby má v diplomové práci své místo. V kapitole budou rozebrány sexuální potřeby lidí s MP, ale také souhlas se sexuální aktivitou těchto lidí. V neposlední řadě se bude kapitola věnovat mýtům a předsudkům vůči sexualitě a sexuální výchově lidí s MP ze strany intaktní populace a samotné sexuální výchově u lidí s MP. Na samotný závěr kapitoly bude zmíněno také sexuální zneužívání právě osob s MP. Následně se pak v poslední kapitole teoretické části bude diplomová práce zabývat všeobecnou deklarací lidských práv, a to z toho důvodu, že se týká všech lidí bez rozdílu rasy, pohlaví, náboženského vyznání, sexuální orientace či druhu postižení. Další témata dané kapitoly se již budou omezovat na lidi s MP a jejich práva. Kapitola se bude věnovat samotnému sexuálnímu právu lidí s MP, deklaraci práv mentálně postižených osob, legislativnímu rámci sexuality, manželství a rodičovství lidí s MP a etickým dilematům.

Praktická část diplomové práce se bude věnovat výzkumu zaměřenému na partnerství a rodičovství osob s MP. Výzkum bude postaven na několika rozhovorech s lidmi s MP žijícími v partnerském vztahu. Samotným rozhovorům s uživateli služby bude předcházet rozhovor s klíčovou pracovnící a studium dokumentace. V prvopočátku byl v úmyslu i rozhovor s rodiči uživatelů služby, který však nebylo možné zrealizovat vzhledem k jejich nezájmu, vysokému věku či tomu, že rodiče již nežijí.

Uživatelé služby, se kterými bude rozhovor realizován, žijí buď v chráněném bydlení (dále jen CHB) či podporovaném samostatném bydlení (dále jen PSB). Tyto služby se liší v rozsahu podpory, která je partnerům poskytována ze stran pracovníc či pracovníků daného zařízení. Protože práce není cíleně zaměřena na druhy služeb a konkrétní instituce, nebudou tedy konkrétní zařízení zmíněna. Je tomu tak i z důvodu anonymity uživatelů služby, kterou si přálo vedení jednotlivých zařízení z důvodu ochrany svých klientů. Diplomová práce a výzkum kterým se bude zabývat je cílena na samotné partnery a jejich soužití. Dále se výzkum bude zabývat postoji a názory pracovníků kteří s těmito lidmi tráví svůj pracovní čas. Výzkum by měl prokázat, zda se liší názory pracovníků v sociálních službách (dále jen PSS), tedy pracovníků v přímé péči a sociálních pracovníků (dále jen SP). Rozdíl mezi názory pracovníků by mohl být patrný i tehdy, pakliže pracují v zařízení pro osoby se zdravotním postižením, nebo v zařízení, které je přizpůsobeno, či přímo určeno pro to, aby spolu mentálně postižení partneři mohli žít ve své vlastní domácnosti.

V závěru samotné diplomové práce budou shrnuty výsledky výzkumného šetření a bude zhodnoceno, zda došlo k naplnění cílů praktické části diplomové práce, či nikoli.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Termín mentální retardace (dále jen MR), je odvozen z latinského mens = mysl, rozum a retardace – zdržet, zaostávat, opožďovat. Ve svém moderním globálním pojetí však vystihuje medicínské, psychologické, pedagogické a sociální aspekty života mentálně retardovaného člověka od narození, až po smrt, což z něho vytváří pojem interdisciplinárního charakteru. MR jako „zastřešující“ termín pro jedince s poruchami intelektu, se začal používat v odborné terminologii až po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně. Termín MR byl přejat z lékařské terminologie. Postupně jím byla nahrazována řada analogických termínů – jako například duševní či intelektová abnormalita, duševní opoždění či duševní úchylnost, rozumová zaostalost, slabomyslnost, mentální defekt nebo oligofrenie (Müller, 2006).

1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE

Interdisciplinární charakter MR se promítá do celého spektra definic, které byly vytvořeny podle vycházejících teoretických postojů jednotlivých autorů. Pro vyjádření toho, čím MR je, postačí zmínit jen některé. MR lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií (Valenta, 2013). Další možnou a stručnější definicí dle Černé a kol. (2015) je, že MR je snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.

Základním kritériem pro diagnostikování MR je sociální nepřizpůsobivost, vzniklá na základě mentální abnormality a zaostalého vývoje. Je to stav vrožený a v podstatě nevléčitelný, který brání zrání osobnosti. Zmíněné faktory, tj. sociální nepřizpůsobivost, zaostalý vývoj a nedostatečná zralost se pak objevují v různých definicích, v různém pořadí, s různým důrazem na některé z nich (Černá, 2015).

Definice MR zdůrazňují inteligenční kvocient (IQ), vycházející z rozdělení jedinců podle stupně inteligence, který je měřen pomocí individuálních inteligenčních zkoušek Wechslerovy stupnice pro děti nebo dospělé a inteligenční škály L. M. Termana a M. A. Merrillové. Při zdůrazňování IQ jako základního kritéria, bývají za

mentálně retardované považovány všechny osoby, jejichž rozsah inteligence je nižší než číslo hraniční tj. IQ 70-80. MR je dle Lička (in Müller, 2006) stav zastaveného, opožděného nebo neúplného vývoje, který charakterizuje především podprůměrná inteligence.

Je však třeba brát v úvahu i ostatní symptomy a nesoustředit se výhradně na stupeň inteligence. Již Mysliveček ve své „Speciální psychiatrii“ uvedl: „... vedle inteligenčního kvocientu musíme posoudit v každém konkrétním případě také ostatní osobnost, např. její přizpůsobivost, poddajnost, zájem, zvědavost, paměť, napodobivost, těkavost apod. Proto nám v některých případech napoví pouhé číslo IQ poměrně málo a nebude pro nás směrodatné.“ (Mysliveček, 1959 s. 433).

Sociálními aspekty MR se zabývala Mercerová (in Černá, 2015). Mercerová stanovila definici podle tzv. perspektivy sociálního systému. V této definici je pak MR dosaženým sociálním stavem. To znamená, že jedinec je mentálně retardovaný až tehdy, pokud ho určitý sociální systém takto označí. Nejčastěji bývá takovým sociálním systémem škola.

V česky psané odborné literatuře korespondovalo s daným pojetím zejména pojetí Sováka, který v „Nárysech speciální pedagogiky“ definoval, že MR je: „Omezení vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových. Je to souhrn častých a leckdy mnohotvárných příznaků, které mají různé příčiny i rozličný základ patologickoanatomický. Většinou jde o následky většího poškození mozku, vzácněji o jiné příčiny např. vrozené poruchy látkové výměny aj.“ (Sovák, 1983, s. 126).

Pojem MR může brát jako souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevují neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se přizpůsobit. Jde o neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky MR jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti. Jde o stav vrozený a trvalý, přestože je v závislosti na etiologii postižení a kvalitě stimulace možné určité zlepšení (Lejčarová, 2011).

Na základě definice UNESCO (1983) se pak: „Pojem MR vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou

zřejmě z pomalého tempa psaní, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.“ (Černá, 2015).

MKN-10 vymezuje MR jako: „...stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Postižení se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou duševní nebo tělesnou poruchou nebo bez ní. (...) Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou MR nápadné...“ (MKN-10, 1992).

1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Skupina osob s MR tvoří značně různorodou menšinu vyznačující se řadou odlišností. Z toho důvodu nejsou zcela jednotné ani jednotlivé klasifikační systémy MR. Při klasifikaci MR jsou používána různá kritéria. Nejčastěji jsou to kritéria etiologická, symptomatologická, vývojová a podle stupně postižení. Žádný z klasifikačních systémů však nemůže být úplně přesný, protože nepracuje se všemi kritérii současně. (Müller, 2006).

MR nemívá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností více faktorů, přičemž je velmi obtížné určit, které jsou primární, a které sekundární. Jako příklad klasifikace dle endogenní a exogenní příčiny MR lze uvést klasifikaci podle Penrose in Černá a kol. (2015).

A. Genetické, dědičné (endogenní)	1. dávné	- způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků
	2. čerstvé	- spontánní mutace
B. Vzniklé vlivem prostředí	1. v raném těhotenství	- postižení oplozeného vajíčka
	2. v pozdním těhotenství	- intrauterinní (nitroděložní) infekce, špatná výživa, inkompatibilita
	3. intranatální	- abnormální porod
	4. postnatální	- nemoci nebo úrazy

		v dětství, nepříznivý vliv výchovy
--	--	------------------------------------

Tabulka 1 Klasifikace dle endogenní a exogenní příčiny MR

Klasifikace z roku 2002 je založena na časovém faktoru a dělí etiologii MR dle doby vzniku na příčiny pre-, peri- s postnatální. V rámci vytvořených skupin příčiny specifikuje a uvádí nejčastěji se vyskytující příčiny viz. Tabulka 2 (Černá a kol., 2015).

A. Prenatální	Chromozomální aberace	Downův syndrom Turnerův syndrom Syndrom fragilního chromozomu X
	Metabolické a výživové poruchy	Fenylketonurie Nemoc Tay-Sachsova Galaktosamie Prader-Williho syndrom
	Infekce matky	Zarděnky Syfilis HIV Cytomeglovirus Rh inkompatibilita Toxoplazmóza
	Podmínky prostředí	Fetální alkoholový syndrom Užívání drog
	Neznámé	Anencefalie Hydrocefalus Mikro-, makrocefalus
B. Perinatální		Nízká porodní hmotnost Nezralost
	Neonatální komplikace	Hypoxie Porodní úraz Následek klešťového porodu Respirační nouze Překotný nebo protražený porod

C. Postnatální	Infekce, otravy, intoxikace	Otravy olovem Encefalitidy Meningitida Reyův syndrom
	Faktory prostředí	Špatné zacházení či zanedbávání dítěte Úrazy hlavy Podvýživa Deprivace
	Onemocnění mozku	Neurofibromatóza Tuberkulózní skleróza

Tabulka 2 Klasifikace dle doby vzniku MR – pre., peri., post.

Další klasifikace je klasifikace takzvaně symptomatická. Ta se pokouší oddělit symptom od jeho příčiny a zabývá se příznaky ve vzhledu, osobnostních rysech a v somatickém, motorickém a psychickém vybavení mentálně postižených. Taktéž klasifikace podle vývojových období vycházejí z vydělení určitého kritéria, i když v tomto případě jde o kritéria vývojová. Podle tohoto systému se dozvídáme o zvláštностech u mentálně postižených dětí předškolního, mladšího školního nebo staršího školního věku, k čemuž slouží komparace s vývojem intaktních dětí např. podle Piageta, Eriksona a dalších. Pro současné speciálně pedagogické působení je prvotní a prakticky nejpoužívanější klasifikace dle stupně MR, protože právě podle stupně retardace probíhá zařazování dětí do výchovně vzdělávacích institucí. (Müller, 2001)

Podkladem pro jednotlivé posuzování skupiny osob s MR je v současné době desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Tato desátá revize vstoupila v platnost od 1. ledna 1993, v kapitole V. „Poruchy duševní a poruchy chování“ pod záhlavím „Mentální retardace“ (F70-F79) se dočteme, že stupeň MR se obvykle měří standardizovanými testy inteligence a že by jeho měření mělo být doplněno škálami, jež určují úroveň sociální adaptace v určitém prostředí. Tato diagnóza musí odpovídat aktuálnímu stavu duševních funkcí, neboť se intelektuální schopnosti a schopnosti sociální adaptace mohou v čase měnit a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací (Müller, 2006).

Vlastní klasifikace MR, dle MKN-10 z roku 1992 dle stupně IQ je prezentována v níže uvedené tabulce (Lejčarová, 2011).

F 70	Lehká MR	IQ 69 - 50
F 71	Středně těžká MR	IQ 49 - 35
F 72	Těžká MR	IQ 34 - 20
F 73	Hluboká MR	IQ 20 a níže
F 78	Jiná MR	Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně MR je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické či somatické poškození, např. u nevidomých, hluchoněmých, u jedinců s těžkými poruchami chování nebo tělesným postižením.
F 79	Nespecifická MR	MR je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do nějakého z uvedených stupňů MR.

Tabulka 3 Klasifikace MR dle MKN-10

Podle MKN-10 se k základnímu kódu stupně MR přidává kód vyjadřující postižení chování:

- 0. Žádná nebo minimální porucha chování,
- 1. významná porucha chování, vyžadující pozornost nebo léčbu,
- 8. jiná porucha chování,
- 9. bez zmínky o poruchách chování.

LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 50-69 (F70)

Lidé trpící lehkou MR dovedou v nejlepším případě uvažovat na úrovni dětí středního školního věku. Respektují některá pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně. I v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů, užívají jen konkrétní označení. Jsou schopni se učit, zvládnou výuku ve zvláštní, resp. pomocné škole. Lehce mentálně retardovaní si osvojují mluvu opožděně, ale většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, ovládání močového měchýře a střev) a v praktických a domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Mírně retardovaným však může

velmi pomoci výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké MR lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí mírný stupeň retardace působit žádný problém. Důsledky retardace se však projeví, když je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím a očekáváním. Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných bližší problémům jedinců s normální inteligencí, než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu pacientů, avšak ještě ne u většiny. Lehká MR se vyskytuje u 80 % jedinců v celkovém počtu mentálně retardovaných (Pipeková, 2010).

Klienti s lehkou MR jsou schopni adaptivního chování a sexuální explorační (vyjádření). Jsou schopni naučit se adaptivní sexuální dovednosti v souladu s normami společnosti. Jsou schopni osvojit si vhodné homosexuální i heterosexuální interakce, pokud se jim dostane sexuální osvěty a poradenství. V některých případech dětí a mládeže s lehkým stupněm mentálního postižení bývá sexuální vývoj mírně opožděn, nebo jindy vlivem prostředí a specifických kulturních zvyklostí urychlen. I přesto však spěje ke zralosti a k naplnění práva na plnohodnotný sexuální život (Švarcová-Slabinová 2006).

STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 35-49 (F71)

Uvažování lidí postižených středně těžkou MR lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. V jejich slovníku chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti. U jedinců zařazených do této kategorie se pomalu rozvíjí chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Někteří jedinci potřebují dohled po celý život. Také pokroky ve škole jsou omezené, ale někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních dovedností a jsou vhodné pro

pomalé žáky s omezenou výkonností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. IQ se pohybuje v rozmezí 35-49. V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly ve schopnostech. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a jednoduché konverzace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí jsou schopni domluvit se jen o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace k částečnému kompenzování své neschopnosti domluvit se řečí. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U podstatné části pacientů je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Epilepsie, neurologické a tělesné hendikepy se také obvykle vyskytují, i když většina z postižených může chodit bez pomoci. Někdy je možno zjistit jiná psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají. Výskyt těchto jedinců v celkové populaci mentálně retardovaných je odhadován na 12 % (Pipeková, 2010).

Lidi se středně těžkou MR může v jejich sociálním a sexuálním chování ovlivnit odměna a ocenění z hlediska přiměřenosti či nepřiměřenosti chování. Tyto osoby nemají schopnost rychle a správně se rozhodovat a jsou velmi zranitelní. U lidí se středně těžkou MR jen málokterí jedinci dosáhnou potřebné míry samostatnosti, aby mohli žít přirozeným partnerským a sexuálním životem bez dozoru rodičů či jiných opatrovatelů. Většina z nich žije v domovech sociální péče, kde nejsou dostatečné podmínky pro přirozené erotické a sexuální potřeby obyvatel (například jsou ústavy rozdělené na mužské a ženské) (Švarcová-Slabinová 2006).

TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 20-34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké MR, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností je v této skupině běžně mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či chybného vývoje ústředního nervového systému. Takový jedinec si dlouhodobým tréninkem dokáže osvojit základní hygienické návyky, někteří jsou však neschopni udržet tělesnou čistotu. Osoby blízké této kategorie poznávají a potřebují jejich celoživotní péči. Výskyt je zhruba 7 % (Pipeková, 2010).

Lidem s těžkou MR musí někdo pomoci s přizpůsobením jejich sexuálního chování společenským normám, jelikož oni sami to bez pomoci nedokáží. Ovšem mohou někdy s nelibostí reagovat na kontrolu. Ohledně lidí s těžkou MR je situace týkající se přirozeného partnerského a erotického života stejná jako u lidí se středně těžkou MR (Švarcová-Slabinová 2006).

HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ NIŽŠÍ NEŽ 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Nemocní bývají inkontinentní a při nejlepším jsou schopni pouze velmi rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových dovedností v třídění a srovnávání a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, jako např. epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus. Jedinci se často sebepoškozují. Nedožívají se vyššího věku a tvoří zhruba 1 % populace mentálně retardovaných (Pipeková, 2010).

Klienti s hlubokou MR mají adaptivní chování na velmi nízké úrovni. Lidem s hlubokou MR chybí schopnost uvědomit si možné následky doteků a sexuálního

chování. Osoby postižené hlubokou MR mohou prožívat slast při dotyku, ale není jisté, zda slast může být projevem sexuálního pudu (Švarcová-Slabinová 2006).

JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (F78)

Jiná MR se uvádí tehdy, jeli stanovit stupeň MR nemožné či nesnadné pro přidružené somatické či sensorické postižení (Pipeková, 2010).

NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (F79)

Tuto kategorii používáme v případech, kdy byla sice MR prokázána, ale pro nedostatek informací není možné zařadit jedince do již zmíněných kategorií (Pipeková, 2010).

1.3 OSOBNOST ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Žádná z teorií osobnosti, nepopírá, že zvláštní význam v utváření lidského chování má učení. Hlavní teorie osobnosti se jen různí v pojetí velikosti úlohy, kterou zaujímá učení mezi ostatními determinantami chování. Freud kladl poměrně malý důraz na učení a velký důraz na vrozené tendence a dispozice. Watson a Pavlov naproti tomu zdůrazňovali, a to už od počátku, význam prostředí pro vývoj člověka. Původní gestalt-psychologové zdůrazňovali vrozenou strukturu CNS. Později však přichází Hebb, který přikládá značný význam také zkušenosti a učení. Současní autoři kladou mnohem větší důraz na souvislost rozvoje osobnosti, jenž člověk získal v útlém dětství životem v rodině a později v širších společenských skupinách (Dolejší, 1978).

Termín osobnost se vztahuje na celou osobu – na charakteristiky jejího vzhledu, chování, jednání, na rysy temperamentu a charakteru a na schopnosti. Vztahuje se však také na psychologické vlastnosti osobnost jako různé motivy, tendence reagovat určitými způsoby atd. Integrací tohoto komplexu vlastností v průběhu růstu a vývoje dítěte v určité rodině a v určitém sociálním a kulturním prostředí vzniká osobnost. Z určitého hlediska a v určitých situacích vyniknou různé aspekty osobnosti. Hlavními však v přístupu k problémům osobnosti jsou podle Tardyho (1964) struktura a dynamika osobnosti (Dolejší, 1978).

Vývoj osobnosti je značně závislý na sociálním prostředí. Na tom, jak ho dítě vnímá, a na sociální interakci mezi dítětem a ostatními osobami, dospělými i dětmi, kteří ho obklopují – to vše shrneme pod pojem psychologické prostředí. Zde nejvýznamnější úlohu mají rodiče a nejbližší členové rodiny (sourozenci, prarodiče), kteří jsou s dítětem v úzkém kontaktu. Tak dítě získává takové osobnostní rysy jako společenskost, sebevědomí a sebehodnocení, ctižádostivost, soutěživost aj. Z hlediska vývoje osobnosti se tím vysvětluje jen to, co se v osobnosti vytvořilo během prvních let života jedince. Intaktní dítě však brzy přerůstá rámec rodiny. Z hlediska mentálně retardovaného dítěte však situaci soudíme jinak. Mentálně retardované dítě je poměrně velmi dlouho vázáno na rodinu. Často se stává, že dítě bývá od ostatních společenských vlivů izolováno. I do škol a ústavů bývá umístováno až v pozdějším věku, pokud není ústavně vychováváno od útlého dětství. Na rozdíl od intaktního dítěte je tak možnost sociálního učení u mentálně retardovaného dítěte značně omezená, a to nejen vzhledem ke snížené inteligenci, ale také následkem zvýšené závislosti na rodině a nepřístupnosti různých sociálních situací. Tím se ovlivňuje sociální přizpůsobivost jedince a vývoj celé jeho osobnosti. Při MP nejde jen o časové opoždění duševního vývoje, o zpoždění zrání, ale o vývojové změny. Mentálně retardovaného člověka nelze tedy chápat jako člověka rovnajícího se mladšímu člověku či dítěti. Důležité jsou tedy metody, které se snaží zpřístupnit a analyzovat strukturální změny osobnosti mentálně retardovaných oproti metodám, které jsou založeny jen na teorii zrání a snaží se kvalitativním měřením postihnout časové zaostávání. U postiženého jedince dochází k hlubokým kvalitativním změnám v duševním vývoji, a právě tyto hluboké změny zůstávají dlouho bez povšimnutí, ačkoliv by vyžadovaly naléhavou diagnostickou a terapeutickou pozornost (Renotierová, 2006).

I když mají lidé s MP nižší úroveň rozumových schopností, což způsobuje omezení kognitivních procesů, po stránce psychologické jim nic neznemožňuje žít bohatým emocionálním životem. Každý jedinec s MP je osobitý, má vlastní problémy a možnosti svého dalšího vývinu, které je nezbytné dále rozvíjet. Vyšší je u mentálně retardovaných osob závislost na rodičích a ostatních lidech. Jedinci jsou často infantilní, lehce podléhají působení jiných osob. Mají větší soudržnost se skupinou. Objevuje se u nich nepřizpůsobivé, nepružné chování. Psychosexuální vývin je opožděný. Dochází k poruchám ve vztazích a v dorozumívání se s ostatními. Chování mentálně postižených osob je pasivní. Mají vyšší sklony k úzkostem a neurotickým dětským reakcím. Objevuje se u nich kolísání nálad a citová vzrušivost. Chování je unáhlené nebo naopak

zpomalené. Mentálně retardovaní trpí nedostatky ve vývoji vlastního „já“ a v osobní identifikaci. Vykazují známky vyšší potřeby bezpečí a uspokojení. U těchto osob se vyskytují poruchy poznávacích procesů a schopnost mechanické a logické paměti je snížena. Často lpějí na podrobnostech, vyznačují se jednoduchostí a konkrétností úsudků. Chápání je u takto postižených osob zpomalené. Vizuomotorika a pohybová koordinace je porušena. A v neposlední řadě je snížena přizpůsobivost k sociálním požadavkům (Krejčířová, 2006).

CHARAKTERISTIKA OSOB S LEHKÝM A STŘEDNĚ TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Lehké a středně těžké MP, pokud nejde o kombinované postižení, bývá často diagnostikováno až v předškolním nebo školním věku. Do tří let lze pozorovat jen lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje jedince. Toto postižení se stane zjevné až na vyšších vývojových úrovních (opožděný vývoj řeči a komunikační dovednosti, opoždění jemné a hrubé motoriky, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře), kdy se začne od dítěte očekávat řešení složitějších úkolů či situací. Děti s lehkým MP většinou zvládají výuku podle osnov základní školy praktické, po ukončení školní docházky se vyučí v prakticky zaměřených učebních oborech nebo se zaučí pro jednoduchá zaměstnání a při dostatečné sociální podpoře dosáhnou v dospělosti téměř úplné samostatnosti a nezávislosti (Krejčířová, 2006).

Ačkoliv jsou tendence zobecňovat charakteristiky dětí s MP, vyskytují se u nich rozdíly v psychické, sociální a fyzické oblasti. Všechny uvedené zvláštnosti jsou individuálně modifikované (jak mezi dětmi navzájem, tak u každého dítěte), a to vzhledem k etiologii a typu postižení, jeho hloubce a rozsahu, ale také ve vztahu a s ohledem k sociálnímu prostředí, v němž jedinci žijí, a k jejich aktuálnímu celkovému stavu. Díky velké různorodosti je tedy obtížné generalizovat charakteristiky dětí s lehkým a středně těžkým MP ve vztahu k intaktní populaci, nicméně obecný souhrn znaků, k nimž neodmyslitelně patří jedinečnost jejich osobnosti a jedinečnost jejich individuálního postižení, existuje. Jedinečné rysy jsou u nich mnohem vyhraněnější a nápadnější než u jejich intaktních vrstevníků. MP postihuje tedy všechny složky osobnosti jedince a obecně platí, že čím hlubší MP je, tím zřetelnější jsou jednotlivé komponenty postižení. S celkovým poškozením neuropsychického vývoje souvisí řada zvláštností v psychické stránce osobnosti. Poškození se týká procesů

poznávacích, zasahuje vnímání, pozornost, představivost, paměť i myšlení, zasahuje sféru emocionální a volní, ovlivňuje adaptabilitu i chování (Lejčarová, 2011).

SPECIFIKA OSOB S LEHKÝM A STŘEDNĚ TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

I když má psychický vývoj dětí s lehkým a středně těžkým MP určitá specifika, v podstatě probíhá podle stejných vývojových zákonitostí jako u dětí intaktních, jednotlivé funkce se však objevují později a vývojová stadia trvají déle. Mezi psychickým a biologickým vývojem dochází k disharmonii. V psychické oblasti jsou rozdíly mezi jedinci s MP a intaktními mnohem výraznější než v oblasti motoriky (Lejčarová, 2011).

Psychika se u těchto osob nerozvíjí obvykle na plnohodnotném biologickém základě, což má za následek nedostatek téměř všech psychických funkcí, ale i nedostatečný rozvoj osobních vlastností projevující se sníženou aktivitou, nesamostatností a zvýšenou závislostí, sociální nevyzrálostí, nedostatkem vůle, sníženou kritičností apod. Uvedené příznaky se však nemusejí manifestovat vždy v plné míře. V činnosti projevují osoby s MP nedostatek invence a samostatnosti, při složitějších úkolech potřebují individuální pomoc. Úspěšně vykonávají hlavně stereotypní činnosti. Při plnění nových, neznámých úloh používají metodu pokusu a omylu, přičemž nedostatečně využívají svou zkušenost a pomoc ostatních.

Zájmy jsou velmi často jen difúzní, nevyhraněné, málo výrazné a krátkodobé, i když u některých mohou dosáhnout značné síly a trvalosti, a to lze přisoudit jejich vyostřené emocionální stránce a motivům spojujícím se s úsilím prosazovat se. Tito jedinci lehce ztrácejí cíl, kterého mohly ve své činnosti dosáhnout, odbočují od stanoveného postupu, chybí jim snaha chtít, usilovat o něco, zejména ve spojení něco proto udělat. Chování ve volném čase je tedy převážně pasivní (Krejčířová, 2006).

KRITICKÁ OBDOBÍ V PROCESU VÝVOJE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Období školního věku u intaktní populace probíhá v rozmezí šesti až patnácti let. U dětí s MP se toto období prodlužuje v závislosti na stupni postižení. V období dospívání nedochází k odpoutání od rodiny, dítě zůstává stále závislé na rodičích. Fyzické zrání je v rozporu s mentálním deficitem a sociální nezralostí. Dítě si není schopno osvojovat nové sociální role z důvodů snížených intelektových schopností a ve

velké míře i izolací od běžného sociálního prostředí. Vztahy k vrstevníkům zůstávají infantilní a nejsou diferencované (Pipeková, 2010).

Období adolescence neboli přechod do dospělosti je charakteristické dosažením plného rozvoje tělesných a duševních schopností. U intaktní populace trvá přibližně od 15 do 21 let. U osob s MP je tato situace v tomto období závislá na stupni postižení. Osoby s lehkým MP jsou za určitých podmínek schopni založit rodinu a vychovávat děti. Uspokojování potřeb osob s těžším MP v tomto období zůstává závislé na jejich bezprostředním okolí, využívání volného času musí být někým koncipováno. Je snaha o normalizaci života osob s MP tak, aby se co nejvíce podobal životu intaktní společnosti. Velmi problematické je v tuto dobu uspokojování sexuálních potřeb, které bylo, je a bude zejména problémem rodičů těchto osob. Školská zařízení, která se věnují edukaci těchto skupin mládeže, by měla do svých vzdělávacích programů zařadit sexuální výchovu, která by mimo jiné měla předcházet častému sexuálnímu zneužívání těchto osob (Pipeková, 2010).

Období dospělosti je v obecné rovině charakterizováno těmito atributy: ukončení studia, získání zaměstnání, uzavření sňatku a založení rodiny, administrativní a právní faktory (držení OP, pasu, právo volit a být volen), přispívání svou rolí v životě společnosti. U osob s MP je potřeba v maximální možné míře podporovat tyto osoby v naplňování sociálních rolí, které jsou charakteristické pro období dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Normalizace se týká jejich zaměstnávání, partnerského a rodinného života, kvalitního prožívání volného času atd. (Pipeková, 2010).

PROBLÉMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Lze říci, že sexualita lidí s MP vytváří zcela speciální problematiku, přičemž můžeme pozorovat vyšší úsilí o její řešení. M. Venglářová (In Venglářová, Eisner a kol., 2013) konstatuje, že je psychosexuální vývoj člověka s MP odlišný od vývoje člověka bez postižení. Např. specifické působení na pohlavní roli (chlapeckou či dívčí) je daleko menší než u dětí bez postižení. Především děti s těžkým postižením vyrůstají poté asexuálně. Projevy sexuálního vyzrávání u lidí s MP jsou často vnímány jako nepříjemné a nežádoucí (do popředí vystupuje diskrepance mezi infantilním chováním a sexualitou). Při snížené schopnosti rozpoznat společenské normy a zvyklosti se u lidí s tímto postižením často objevuje neskrývaná masturbace nebo obnažování, vyplývající například mnohdy z nedostatku soukromí.

U některých jedinců se může sexuální puzení prosazovat s prvky agresivity a jejich chování se může stát nebezpečným. Na druhé straně lidé s MP se mohou snadno stát obětí znásilnění nebo incestu. Je bohužel všeobecně známo, že existuje zvýšené riziko sexuálního zneužívání lidí s jakýmkoli zdravotním postižením, jež je ještě vyšší především u lidí s MP. Sexuální zneužití bývá často spojeno s domácím násilím, obvykle se realizuje v domácím nebo ústavním prostředí. Děti se zdravotním postižením jsou nejčastěji zneužívané lidmi, které dobře znají a které k nim mají volný přístup.

Lidé s lehkým postižením mohou vést v dospělosti v podstatě normální sexuální život. U jedinců s MP je zvlášť důležitá sexuální výchova a osvěta, která by měla být koncipována srozumitelně a přiměřeně jejich schopnostem. Zde je nutné vytvářet důsledný důraz na etické aspekty jejich sexuality (např. rodičovství, potlačování sexuality aj.) (Venglářová, Eisner 2013).

2 PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V dospělém věku se člověk osamostatňuje a získává tři důležité role: profesní, partnerskou a rodičovskou. Pro mentálně postižené není dosažení této úrovně vždycky dostupné, eventuálně je to možné pouze s určitou podporou a pomocí. Potřeba partnerství se nevytváří vždycky. Mentálně postižený člověk může být zcela saturován vztahem s matkou, respektive s dalšími členy rodiny. Někdy ani není příležitost k navázání kontaktu s potencionálním partnerem, který by měl podobnou mentální úroveň, a tudíž i obdobné potřeby. Partnerství těchto lidí nemívá pokaždé standartní charakter, často jde spíše o vyjádření touhy po blízkém člověku. Mnohé vztahy tohoto druhu zahrnují jen občasné společenské aktivity, nejčastěji v rámci společného zaměstnání či zařízení pro aktivity volného času (Vágnerová, 2008).

Některá ústavní zařízení umožňují mentálně postiženým partnerský život. V rodině to obvyklé nebývá, rodiče mentálně postižených se tomu většinou brání, připadá jim to nepatřičné a zdůrazňují rizika neplánovaného rodičovství. Obecně však lze říci, že partnerský vztah přináší mentálně postiženému užitečnou novou zkušenost. Může jej dále rozvíjet a přispět k dosažení většího osamostatnění. Regulace rodičovství je samozřejmě vhodná, protože tito lidé často nejsou schopni plnit požadavky rodičovské role a nelze od nich tedy očekávat potřebnou odpovědnost, která je nezbytná při péči o dítě.

Představa partnerství bývá u mentálně postižených různá, často infantilní a neslučitelná s realitou, ale v každém případě je pro ně důležitá a pomáhá jim naplnit jejich život. K pochopení partnerských vztahů mohou sloužit sdělení různých lidí. Mentálně retardovaní lidé jsou často ve své volbě omezení nedostatkem kontaktu s dalšími, podobně postiženými jedinci (Vágnerová, 2008).

34letá lehce mentálně postižená žena vypráví: „*Mám přítele Martina. Je jako malý dítě a rodiče ho k tomu vedou. Moc se o něj boje. Bydlí s nima, ale neumí se sám prosadit, všude chodí jenom s nima. Sám aby někam šel, třeba si popovídat, to už vůbec ne. Když byl u mě na návštěvě, tak jen chvíli a zase musel domů. To pro mě není žádný kluk. My se vidíme jen dvakrát týdně v Oáze (Studio Oáza je nezisková organizace, která nabízí kulturní, vzdělávací a umělecké aktivity pro lidi s MP). Nemám tu možnost poznat kluka, tak jsem si na to zvykla...*“ (Vágnerová, 2008, s.13).

Četnost kontaktů s partnerem bývá různá.

37 letá mentálně postižená žena je v zásadě spokojena: „*Mám ráda Zděnda a někdy od něj dostanu pusy. To se mi moc líbí. Je na mě hodný, pohladí mě, jak to mám ráda, ale nechce se semnou oženit. Má mě rád. Je to můj kluk. Nevadí mu, že jsem tlustá.*“ (Vágnerová, 2008, s. 313 – 314).

Potřeba nějakým způsobem potvrdit svůj partnerský vztah je zřejmá i u lidí mentálně postižených.

23letá lehce mentálně postižená žena, která svého stejně postiženého partnera poznala v rámci společenských aktivit v klubu Oáza, považuje za svůj nejlepší zážitek oficiální zasnuby s jejím přítelem, které se konaly za přítomnosti rodičů, přátel a známých. „*Švadlena mi ušila šaty, dali jsme si prstýnky a potom jsme slavili.*“ **Nejvíc si přeje, aby mohla se svým přítelem bydlet.**

V některých případech, pokud neexistuje reálný vztah, může jít o pouhou představu ideálů, tak jak se s ní setkáváme v období pubescence.

47 letá žena si ze všeho nejvíc přeje: „*Přála bych si, aby se do mě zamiloval Karel Gott a abychom spolu žili v jeho vile. Starala bych se mu o vilu a pořídila bych Karlovi psa, o kterého bych se mu také starala. Nebyla bych s ním pro peníze, jako jsou s ním ostatní ženy, ale byla bych s ním proto, že ho opravdu miluju...*“ (Vágnerová, 2008, s. 314).

Pro shrnutí navazování partnerských vztahů je třeba zmínit, že potřeba partnerského vztahu se u člověka s MP nemusí vytvořit. V některých případech jsou podmínky k navázání kontaktu s člověkem opačného pohlaví vytvořeny. Není to však pravidlem. Často mají tuto možnost ztíženou osoby s MP žijící v rodině. Rodiče těchto dětí, později i dospělých lidí, je nepouštějí nikam samotné, představa partnerství jejich postižených potomků jim přijde zvrácená a jsou přehnaně starostliví a pečovatелští. Rodiče si nepřipouští tu možnost, že by jejich dítě mohlo vést co možná nejvíce normální život (Vágnerová, 2008).

2.1 PODPORA A SLUŽBY V OBLASTI RODIČOVSTVÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Je potřeba, aby služby odpovídaly individuálním potřebám mentálně postižených rodičů a byly také zaměřeny na širší rodinu. Protože se potřeby osob s MP postupem času mění, je potřeba tyto služby poskytovat průběžně a dlouhodobě. Služby musí zohledňovat zvláštní potřeby učení každého rodiče. Výuka by měla probíhat v domácím prostředí a měla by být opakovaná, měla by zahrnovat názorné ukázky a využívat zdroje s minimem potřeby čtení textů. Služby musí vést rodiče s postižením k tomu, aby se zapojili do své komunity a stali se její součástí (Grant, 2010).

Efektivních druhů pomoci na individuální bázi i v kombinaci podpory rodičů a výuky rodičovských dovedností je poměrně hodně. Jsou to například programy návštěv domácností, rodičovské skupiny, programy poskytované různými centry a sdílené rodičovské modely. Návštěvy v domácnostech umožňují vyučovat rodičovské dovednosti v prostředí, které je klientům známé a kde je budou rodiče i používat. Pro rodiče je tato cesta pro snadnější naučení se těmto dovednostem. Poskytovatelé služeb mohou rodičům nabídnout vhodnou pomoc zaměřenou na čistotu, výživu, bezpečnost a další možné prostředky, které se týkají chodu jejich domácnosti. Rodičovské skupiny nabízejí rodinám informace o tématech, na které se zaměřují, jako jsou výchovné metody, vývoj dítěte, zdraví a bezpečnost. Největšího efektu je dosaženo spojením rodičovských skupin a návštěv v domácnostech. Rodiče si mohou poznatky, které získají vyzkoušet ve vlastní domácnosti pod dohledem zkušeného školitele. Programy v centrech poskytují celou řadu služeb rodičům a jejich dětem v dané oblasti oběma skupinám zvlášť nebo současně. Největších úspěchů bývá dosaženo tam, kde jsou programy v centrech doplňovány školením v domácnostech. Tyto služby, které poskytují programy v centrech, jsou zaměřeny především na vaření, rodičovské dovednosti a hospodaření. Programy sdíleného rodičovství poskytují celodenní podporu v případě, kdy dítě žije v pěstounské péči. Pěstoun působí jako „spolu rodič“, aby tak bylo zajištěno splnění potřeb dítěte (Grant, 2010).

Existuje několik druhů podpory, které pomáhají rodičům s MP stát se dobrým rodičem. Patří mezi ně například už výše zmíněné 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. Důležitá je koordinace všech služeb, kvalitní

zdravotní péče a poradenství. Mezi další možnosti podpory rodičů s MP patří pomoc s péčí o dítě, postup při návštěvě lékaře, služby včasné intervence, krizová intervence, poradenství týkající se duševního zdraví, poradenství v oblasti drogových a jiných závislostí, základní teoretické vzdělávání rodičů, přepravní služby pro rodiny a v neposlední řadě zájmové kroužky pro děti i rodiče (Grant, 2010).

2.2 OTÁZKA ANTIKONCEPCE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

U osob s MP, u kterých dochází k pohlavnímu styku je zapotřebí regulace otěhotnění. Také lidé s MP, stejně tak jako lidé intaktní mohou dospět do stádia, kdy touží po tom realizovat pohlavní styk. Proto je nutné u jedinců, kteří projevují zájem o pohlavní styk vyřešit otázku antikoncepce. Právo na plánované rodičovství je však zahrnuto mezi základní lidská práva, tudíž se nepochybně týká i osob s MP. K realizaci tohoto práva je nezbytná sexuální výchova, ve které v první řadě jde o výchovu takzvaně antikoncepční. U mentálně postižených osob bývá někdy problém s výběrem vhodné antikoncepční ochrany. Při výběru vhodné antikoncepce je zapotřebí brát ohled na stupeň mentálního postižení a ochoty mentálně postiženého člověka spolupracovat. V případě lehkých mentálních poruch se může dařit každodenní užívání hormonálních antikoncepčních tablet. Jindy je vhodnější dlouhodoběji účinkující metoda, jako je např. vaginální kroužek, hormonální náplasti nebo podkožní implantáty. Vhodnou metodou pro mentálně postižené ženy je také injekční antikoncepce. Při užívání hormonálních tablet se někdy oceňuje možnost kontinuálního podávání bez tzv. „menstruační“ přestávky. Tímto způsobem je možno docílit dlouhodobého vynechání menstruačního krvácení při zachování trvalého antikoncepčního efektu. Z dlouhodobě působících antikoncepčních metod je u osob s MP vhodné také nitroděložní antikoncepční tělísko (Uzel, 2006).

Není sporu o tom, že veškerá antikoncepční medikace musí být užívána dobrovolně a být podávána pouze za naprostého souhlasu uživatelky. Jakákoliv antikoncepce by tedy i v těchto případech měla být následkem dobrovolného rozhodnutí člověka s plným uplatněním základního lidského práva na plánované rodičovství tak, jak je to dáno příslušnými mezinárodními dokumenty. Výše uvedené antikoncepční prostředky se týkali převážně žen. U mužů se následně jedná o prezervativ, u kterého je však zapotřebí postupovat značně individuálně co se doporučení týče (Uzel, 2006). Uzel (2004) dále dodává, že je u mužů třeba zhodnotit zvládnutí techniky bezpečného

používání prezervativu, případně sterilizaci jako nejbezpečnější a trvalou ochranu před početím.

Posuzování a hodnocení všech aspektů sexuality by tedy mělo brát v úvahu celý komplex okolností. To se týká i problematiky plánovaného rodičovství. Jak už výše zaznělo, plánované rodičovství je považováno za základní lidské právo. Podle mezinárodně platných dohod mají všichni jedinci i dvojce právo svobodně rozhodovat o tom zda si dítě pořídí a kolik dětí si pořídí. Není sporu o tom, že i mentálně postižení lidé by neměli být při uplatňování tohoto práva nijak diskriminováni. Vzhledem k individuálním projevům sexuálního života u této skupiny lidí je však nezbytné přijmout určitá výchovná opatření. Za opatření by však neměly být považována pouze restrikce, zákazy a omezení. Sexuální city, potřeby, tužby a zájmy mentálně postižených lidí by měli být na jedné straně plně respektovány, na druhé straně však vhodným způsobem usměrňovány. Současně je také potřeba uplatnit nejen zájmy individuální, ale také určitá společenská kritéria (Uzel, 2006).

Principy plánovaného těhotenství jsou nedílně spojeny se sexuální výchovou. Poskytování pravdivých a kvalifikovaných informací by měli vést k utváření potřebných postojů a dovedností, což je součástí společenského úsilí, které by mělo sladit individuální a společenské zájmy. Pokud se tento princip týká většinové populace, tím spíše by pak měl být uplatňován u osob s MP (Kozáková, 2013)

2.3 MOŽNOSTI SPOLEČNÉHO BYDLENÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V případě, že lidé s poruchou intelektu čekají dítě či ho už mají, měli by mít samozřejmě možnost společného bydlení. Žít společně by měli hned z několika důvodů, zejména pak z důvodu sdílení povinností v péči o dítě, a také sdílení radostí z růstu a pokroků dítěte. Dnešní doba a společnost umožňuje několik variant společného bydlení osob s MP. V první řadě jsou to takzvané startovací byty při domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP). Již v samotném domově, který je koedukovaný, do jisté míry záleží na vedení zařízení a ochotě personálu zda umožní lidem s MP, kteří jsou v partnerském vztahu, bydlet společně na pokoji. Dalším pomyslným stupněm nebo samotným začátkem je pak startovací byt. Takovéto byty jsou zřizovány právě při DOZP. Péče o uživatele služby je zde nepřetržitá a spolubydlící pár se zde učí vést vlastní domácnost. Pakliže jsou na to uživatelé služby připravení a domov to umožňuje, může klienty přesunout do služby CHB. CHB podle

zákona č. 108/2006 Sb. poskytuje pobytovou službu osobám se sníženou soběstačností způsobenou zdravotním postižením či chronickým onemocněním, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. CHB může mít formu skupinového či individuálního bydlení. Tato služba poskytuje činnosti jako je pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává kontakty se společenským prostředím a také pomoc při uplatňování práv. V bytě určeném pro CHB mohou bydlet jak uživatelé služby žijící v partnerském vztahu, tak uživatelé služby, kteří mezi sebou žádné bližší vztahy nemají. Byt je zpravidla určen pro více než dva lidi. Přítomnost pečovatelek zde již není nepřetržitá, ale stále je každodenní. Zatím co startovací byt je záležitostí přechodnou a klienti se zde připravují na samostatné bydlení, CHB může být již konečným řešením. K dalšímu pomyslnému kroku k osamostatnění už nemusí dojít. Avšak ti uživatelé služby, kteří úspěšně projdou službou CHB, jsou připravení na zcela samostatné bydlení a jiné okolnosti tomu nebrání, mohou začít zcela samostatně bydlet a využívat služby PSB. V takovém to typu služby již partneři mohou žít jen ve dvou, zcela samostatně. PSB je terénní služba, která je určena lidem se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického nebo duševního onemocnění, kteří sice vyžadují pomoc od jiné fyzické osoby, nicméně už ne pomoc každodenní. Tato služba zahrnuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Veškerou tuto podpůrnou činnost služba nabízí, ale uživatelé služby nemají povinnosti ji využít. Některé ze služeb pak bývají zpoplatněné a klient si je jednorázově objednáva.

2.4 ETICKÉ ASPEKTY RODIČOVSTVÍ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Je možné, aby lidé s MP měli mít možnost stát se rodiči? Tato situace je velmi komplikovaná a v tomto případě si můžeme položit mnoho otázek. Mají vůbec mít lidé s MP děti? Bude dítě lidí s MP také mentálně postižené? Pokud nebude dítě postižené, bude mít postupem věku vyšší IQ než rodiče a co mu rodiče budou moci předat? Budou stačit na jeho výchovu? Mají lidé bez postižení právo nabádat těhotnou ženu s MP k interrupci? Může vůbec člověk bez postižení nějakým způsobem ovlivňovat rozhodnutí lidí s MP, pokud nejsou zbaveni právní odpovědnosti? Jak zabránit takovému ovlivňování, pokud člověk s MP není obeznámen se svými právy?

Dalo by se najít ještě mnoho takových otázek, ale kde hledat odpovědi na tyto otázky?

Fakt je ten, že otázka rodičovství osob s MP je jednou z nejpálčivějších etických otázek vůbec. Řada lidí s MP, zvláště žijí-li dlouhodobě v partnerském svazku, po rodičovství touží. Otázka je, zdali a v jaké míře jsou schopni rodičovskou roli naplnit. Důležitý je především zájem dítěte, které potřebuje vhodné rodinné zázemí. Rodiče musí zajišťovat dostatečnou péči o jeho zdravý tělesný, duševní a mravní vývoj. Je zřejmé, že většina lidí s MP nemůže rodičovská práva a s nimi spojené povinnosti v plné míře uplatnit. Existují souvislosti, které je při posuzování této problematiky nutné vzít v potaz. Velmi častým proti argumentu je, že lidem s MP by se mohlo narodit dítě taktéž postižené. Tímto postojem však vysíláme zprávu o tom, jakou mentálnímu postižení, potažmo lidem s MP přikládáme hodnotu. Je třeba si uvědomit, že pokud důstojnost skutečně náleží každému člověku, pak takovým argumentem onu důstojnost popíráme. Odmítnutím postiženého dítěte odmítáme všechny osoby s postižením, včetně jejich potencionálních rodičů. K problému ale je však třeba přistupovat individuálně (Vágnerová, 2012).

Asi největší překážku v otázce rodičovství lidí s MP představuje nedostatek schopností k zajištění výchovy dítěte. Rodičovská role je velmi náročná. Některé ženy s MP hluboce touží po dítěti, můžou být schopné se z dítěte těšit a pečovat o něj, ale stále je zde vysoké riziko, že pokud dítě bude úzkostné, podrážděné a na péči náročné, mohou ho opustit nebo týrat. Většina těchto lidí není schopna úlohu rodiče zvládnout a bylo by nezodpovědné souhlasit s tím, aby děti měli. I zde ovšem platí, že je věc třeba posuzovat v rámci jednotlivých případů. U lidí s lehčím stupněm postižení, zvláště pokud žijí v prostředí, které je podporuje a může s péčí pomoci (např. širší rodina) lze výchovu dítěte podpořit (Vanier, 2009).

V prostředí sociální práce v současné době neexistuje legislativní rámec, metodika ani nabídka sociálních služeb pro práci s mentálně postiženými rodiči. Pokud se žena (nebo pár) rozhodne mít dítě, musí zvládnout samostatný život. Sociální pracovník zasahuje pouze v případě, kdy samostatně žijící rodina zanedbává výchovu, a jsou ohrožena práva dítěte. V prostředí pobytových zařízení se rodičovství prakticky neumožňuje. (Vanier, 2009).

V případě narození dítěte hrozí jeho odebrání do náhradní péče. Ze strany zařízení, ev. zákonných zástupců, je proto vyvíjeno maximální úsilí k zabránění otěhotnění. Ženám je poskytována antikoncepce, výjimečná není ani sterilizace jako

nejjistější způsob trvalého zneplodnění. V případě nežádoucího těhotenství přichází na řadu interrupce. Pokud žena interrupci odmítne, zařízení ukončí na základě předchozí dohody její pobyt. Z uvedeného popisu je zřejmé, že při současných podmínkách může v zařízeních sociálních služeb docházet k řadě eticky velmi problematických situací. Může se jednat o nepřiměřený nátlak na klientku ze strany zařízení či opatrovníků, kteří jsou sami pod tlakem situace. Při užívání antikoncepce, podstoupení sterilizace či interrupce může dojít k nedostatečnému obeznámení klientky s důsledky takových zásahů. Zodpovědností zařízení je vypracovat interní směrnice, které v maximální možné míře zajistí práva klientek na zprostředkování informací a svobodnou volbu. Důležitá je komplexní sexuální výchova a citlivý přístup, který při řešení konkrétních situací zahrnuje také spolupráci se zákonnými zástupci (Vágnerová, 2012).

3 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Dospívání ovlivňuje vývoj mentálně postiženého člověka mnohem více biologicky než psychosociálně. Ani v této době nemá velká většina mentálně postižených lidí potřebu osamostatnění, a nemá k tomu ani potřebné kompetence. Určitý problém může představovat nově vzniklá sexuální potřeba. Mentálně postižený člověk si s vlastní sexualitou zpravidla neví rady, nemá příležitost ji uspokojit a často ani neví, jak by to měl udělat. Tato potřeba často bývá saturována autostimulací, někdy se v této souvislosti objeví nápadnosti v chování, např. obnažování a masturbace na veřejnosti, což může být sociálním prostředím hodnoceno jako deviantní chování, a nikoliv jako saturace přirozené fyziologické potřeby. Je proto nesmírně důležité osobě mentálně postižené vysvětlit nevhodnost takového počínání na veřejnosti. Z hlediska sexuality disponuje člověk s MP stejnými potřebami jako intaktní jedinec, při čemž se uvádí, že lehce mentálně postižení mají styk stejně často jako jejich vrstevníci z intaktní populace s tím, že především dívky jsou častěji obětí incestu, znásilnění či svedení. Může se projevit i nevybranými sexuálními útoky a vyžadováním pohlavního styku bez ohledu na postoj potencionálního sexuálního partnera. Sexuální agresivita může být zaměřena i na členy rodiny, mentálně postižený nechápe tabu této aktivity. Tito jedinci mívají častěji incestní styky, ať už vznikají jako důsledek zneužití nebo snahy blízkých lidí vyhovět jejím potřebám. Příkladem může být starší matka, která se podřídila sexuálními požadavkům svého mentálně postiženého syna, aby měl alespoň nějakou radost, když jinou možnost nemá. (Bartoňová, 2007)

Přetrvávající závislost, neschopnost diferencovat míru přiměřenosti chování nejen vlastního, ale i jiných lidí, nekritičnost a sugestibilita jsou příčinnou skutečnosti, že mentálně postižení mohou být snadno manipulováni, zanedbáváni, týráni či různým způsobem zneužíváni. Velmi často se nedovedou bránit a mnohdy si ani neuvědomují, že by se bránit mohli. Leckdy vůbec nevědí, na co má jiný člověk ve vztahu k nim právo. (Bartoňová, 2007)

Příkladem je dlouhodobě sexuálně zneužívaná, mentálně postižená dívka, nyní ve věku mladé dospělosti. Přestože byla, a možná je i v současnosti, svým otcem zneužívána, je na něho silně citově vázána. Nyní žije u ústavu sociální péče, ale velmi ráda jezdí domů a na návštěvy se těší. Pak je ovšem těžké takový problém uspokojujícím způsobem řešit. Zákaz návštěvy by jí pravděpodobně způsobil značnou citovou újmu, protože by nepochopila jeho smysl (Vágnerová, 2008).

3.1 SEXUÁLNÍ POTŘEBY ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Sexuální život osob s MP se vyznačuje značnou individuálností. Ta souvisí s pohlavím, věkem a mimo jiné taky se stupněm mentálního postižení. Značný vliv na sexuální život jedince má také prostředí, ve kterém jedinec byl a nadále je vychováván (Mandzáková, Hornák 2009).

Častým problémem v oblasti sexuality těchto osob je obnažování a především masturbování na veřejnosti, což může být sociálním prostředím hodnoceno jako deviantní chování a nikoliv jako uspokojování přirozené fyziologické potřeby. To se týká jedinců s těžším MP. Ve vztahu k genderovým rozdílům se více mluví a píše o masturbaci u mužů než u žen s MP. Osoby s MP jsou obecně považovány za neschopné masturbovat vhodně, nevědí jak masturbovat (to znamená, že si obvykle třou penis nebo vaginu o oblečení, někdy vůči objektům a lidem), masturbují příliš dlouho, masturbují také nevhodně a nepřiměřeně (obvykle to znamená, že masturbují na veřejných místech nebo v místech, kde se poskytují služby, což přináší obtíže jak personálu, tak i ostatním uživatelům). Osoby s MP dále používají k masturbaci nevhodné objekty, což znamená, že užívají objekty, které nejsou primárně určeny k masturbaci a mohou jej zranit (Štěrbová, 2007).

3.2 SOUHLAS SE SEXUÁLNÍM VYJÁDŘENÍM (SEXUÁLNÍ AKTIVITOU) U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V české republice se neřeší problém, v jaké míře je osoba s MP schopna dát tzv. kvalifikovaný souhlas se sexuálním vyjádřením (sexuální aktivitou). Tento problém se přitom stává aktuálním, protože v zařízeních poskytujících služby svým uživatelům bude ještě více stoupat význam uzavíraných dohod mezi uživatelem a poskytovatelem služeb. Dohody budou uzavírat osoby, které nebudou zbaveny způsobilosti k právním úkonům, nebo jejich opatrovníci, popř. zákonný zástupci. Z důvodů neřešené situace hrozí sexuální obtěžování nebo sexuální zneužívání, aniž by to poskytovatelé služeb věděli. Někdy jsou nepoučení také odborní lékaři – psychiatři či sexuologové. Pracovník v přímé péči nemívá často absolvováno žádné školení či seminář v oblasti sexuality osob s MP. Existují však i zařízení sociálních služeb, kde v zařízení pracuje tým, který je složený z ředitele zařízení, vedoucího vychovatele, vedoucí sestry, psychologa, kteří společně řeší v rámci stanovaného individuálního programu klienta

situace, vztahující se k jeho sexualitě – osvěta, projevy, navazování vztahů ke druhým klientům a podobně (Štěrbová, 2007).

Kritéria pro stanovení souhlasu k sexuální aktivitě nejsou jednotná. Mezi základní kritéria se však řadí například porovnání chronologického a mentálního věku, úroveň adaptivního chování, schopnost účastnit se vzdělávacího programu zaměřeného na sexuální osvětu, schopnost vzepřít se autoritě atp. Dále se uvádí porozumění důsledku těhotenství, schopnost užívat vhodná místa k sexuální aktivitě, schopnost zodpovědně provozovat sexuální chování, vědět jak volat o pomoc a tak dále (Štěrbová, 2007).

Kennedy a Niederbuhl in Gates (2007) stanovili na základě názorů oslovených odborníků stěžejní kritéria pro posuzování souhlasu k sexuální aktivitě klienta s MP.

Klient:

- Musí mít základní sexuální znalost.
- Musí rozumět důsledkům sexuální aktivity.
- Musí mít základní schopnosti, jak se ubránit – zajistit si bezpečí.

Důsledky sexuální aktivity – klient:

- Klient si uvědomuje, že těhotenství a sexuálně přenosné nemoci jsou možnými důsledky sexuální aktivity.
- Ví, jak předejít sexuálně přenosným nemocem.
- Zná metody regulace porodnosti a jejich náležité použití.

Základní a sexuální znalosti – klient:

- Rozpozná fyzické rozdíly mezi muži a ženami.
- Chápe a rozumí vlastnímu pohlaví.
- Identifikuje základní části těla muže a ženy.
- Je schopen komunikovat o pohlavním styku, porozumět mu a vědět, jak je vykonáván.

Dovednosti v oblasti „bezpečí vlastního těla“ – klient:

- Je schopen při komunikaci říci „ne“.
- Je schopen rozpoznat nebezpečné situace.
- Je schopen plánovat budoucí události.
- Je schopen činit volby.

Pro usměrnění rozhodovacího procesu byla vytvořena škála – the Consent and Education Assessment (SCEA). SCEA je rozdělena do dvou škál: Knowledge of Human Sexuality Scale (K-scale). Volně přeloženo **Škála znalosti lidské sexuality** a na the Safety Practices Scale (S-Scale), volně přeloženo **Škála bezpečnostních praktik** (Gates, 2007).

K-škála (znalost lidské sexuality)

Jedinec je dotazován. Současně jsou pro názornost užívány obrázky. Tam, kde je to nezbytné, se používají loutky (panenky), zejména k určení správných anatomických částí.

1. Jedinec určí základní části těla.
2. Jedinec určí svoje pohlaví.
3. Jedinec umí rozlišit, co je typické pro muže a co pro ženu.
4. Jedinec pozná mužské a ženské genitálie (na obrázku).
5. Jedinec je schopen demonstrovat znalosti a základní funkce vztahující se k mužským a ženským genitáliím.
6. Jedinec demonstruje porozumění a znalosti masturbace.
7. Jedinec demonstruje znalost pohlavního styku.
8. Jedinec umí rozpoznat významné důsledky sexuální aktivity.
9. Jedinec prokáže znalost regulace porodnosti.
10. Jedinec prokáže znalost o AIDS a o dalších sexuálně přenosných nemocech.
11. Jedinec rozlišuje mezi vhodným a nevhodným místem pro sexuální aktivitu.
12. Jedinec chápe a má představu o nezákonné sexuální aktivitě.

S-škála (bezpečnostní praxe) – vyžadovaná poskytovatelem služeb.

1. Jedinec demonstruje preferenci některých lidí před jinými.
2. Jedinec je schopen činit volby založené na preferencích.
3. Jedinec je schopen efektivní osobní bezpečnostní praxe.
4. Jedinec efektivně sdělí další osobě, že se nechce účastnit aktivity.
5. Jedinec je schopen odmítnout nechtěné nabídky nebo dotěrnosti.

V žádném zařízení v České republice není zatím systematicky určováno, v jaké oblasti a zda je klient schopen sexuálního chování, zda a jak je schopen se bránit možnému sexuálnímu zneužívání a zda sám svým chováním neobtěžuje sexuálně jiného klienta či personál. V zahraničí se toto prověření provádí jednou ročně. (Štěrbová, 2007)

3.3 MÝTY A PŘEDSUDBKY VŮČI SEXUALITĚ A SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

U Skupiny lidí s MP se dostáváme k určitému terminologickému rozporu, který se týká dvou pojmů a to „sexuální výchova“ a „výchova k manželství a rodičovství“. U laické veřejnosti pojem „sexuální“ vzbuzuje nelibost a pohoršení a to z jednoho prostého důvodu, je odvozen od slova „sex“. Z toho důvodu je proto nejen v České republice „sexuální výchova“ nahrazena „rodinnou výchovou“, i když je na první pohled patrné, že se jedná o synonymum. To jak laická veřejnost přistupují k sexualitě osob s MP ovlivněno nejen mýty, ale také předsudky, negativními postoji a dezinformacemi k sexualitě všeobecně. (Štěrbová, 2009)

Celá laická společnost, ale i rodiče mentálně postižených jedinců mohou podléhat mýtům. Postoj k sexualitě osob s MP je ovlivněn některými obecnými mýty jako například sex je jenom pro lidi mladé a tělesně zdravé, sex rovná se pohlavní styk, sexuální aktivita je pokaždé přirozená a spontánní, muži stále touží jen po sexu a jsou na něj vždy připraveni. Následující mýty a zastaralé názory se pak vztahují přímo k lidem s postižením. Osoby s postižením nemají sexuální tužby ani výkonnost provozovat sexuální vztahy, nemohou mít „skutečný“ sex, nemohou být romantickými partnery, nejsou cíle sexuálních útoků. Lidé s MP nejsou schopni kontrolovat svůj sexuální pud tak, jako lidi bez postižení. Sexuální potřeby osob s MP se dají utlumit fyzicky náročnou prací, Člověk s MP je stále dítě, realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy, Osoby s MP jsou postižené i v oblasti sexuality, Součástí plnohodnotného intimního vztahu musí být pohlavní styk... A v neposlední řadě se jedná o tvrzení, že lidé s MP jsou naprosto nezpůsobilí stát se rodičem. (Kozáková 2013).

Mezi mýty ohledně sexuality MP patří tvrzení, že osoby s tímto postižením mají zvýšený, nebo naopak snížený sexuální pud. Je tomu tak proto, že dříve se u osob s MP mluvilo o tzv. hypersexualitě. Ale tento názor je dnes zastaralý. Mentálně postižení jedinci nemají zvýšený, ani snížený sexuální pud. Mnohdy jde o odezvu na podnět, kterou jedinec není schopen zvládnout. Jedním z dalších předsudků je, že mají-li tyto lidé dostatek aktivit, nemyslí tak na sexuální potřeby. Tedy, že sexuální potřeby osob s MP se dají utlumit fyzicky náročnou prací. S tímto tématem je spojena ještě celá řada mýtů. Například: člověk s MP je stále dítě, realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy, osoby s MP jsou postižené i v oblasti sexuality a součástí plnohodnotného intimního vztahu musí být pohlavní styk (Štěrbová, 2009).

3.4 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Sexuální výchova je systematické šíření informací týkajících se fyzického vzrůstu a vývoje a pozornost zaměřená na fyzické, psychologické a sociálně-sexuální potřeby jedince na jeho vlastní úrovni s cílem podpory jeho zdravého vývoje osobnosti. Jedná se o obsáhlý program, který připravuje lidi pro uspokojování a obohacování jejich života. V základu se věnuje čtyřem základním oblastem: seznamuje se základy anatomie, fyziologie, pohlavní dospělosti, a reprodukci. Komplexní program sexuální výchovy má širší rozsah. Učí dovednostem jako je rozvíjení a podpora přátelských

vztahů, osobní a společenské bezpečí, prevenci zneužívání a vykořisťování, projevům fyzické a emoční důvěrnosti a nejvíce být schopen a mít kontrolu a chránit vlastní tělo. Neměli bychom sexualitu vnímat jen ve vztahu k pohlavnímu styku. Sexualita zahrnuje více než jen pohlavní styk. Sexuální výchova je základem pro informace o sexualitě. Komplexní program sexuální výchovy by měl zahrnovat diskuze o vztazích, komunikaci a respektu. (Štěrbová, 2007)

Mnoho lidí souhlasí s tím, že by osoby se zdravotním postižením měli mít možnost sexuální výchovy. Důležité je ale, aby tento názor nebyl podporován myšlenkou, která platila v minulosti, a to, že se mají zbavit nežádoucího chování, např. sebeuspokojování na veřejnosti. Pak by byla sexuální výchova vnímána jako prevence chování, které vyvolává incidenty. Tím by byla ale popřena myšlenka přijímání a kultivování sexuality u osob s MP. Program komplexní sexuální výchovy by měl zahrnovat témata antikoncepce, reprodukce a sexuálně přenosných nemocí. Myšlenka teda je zabezpečit porozumění základním tělesným funkcím a potencionálních důsledků při provozování sexuální aktivity. (Štěrbová, 2007)

Ač se v současné době uvádí v zahraničí dostatek programů sociálně-sexuální výchovy, tak i přesto se objevují názory, že není potřeba podporovat lidi s postižením v aktivním sexuálním životě. V podmínkách české republiky se setkáváme s těmito názory nejen u laické veřejnosti, ale částečně u odborné veřejnosti. Je možné, že je to důsledek nedostatku informací a zakořeněných postojů vedených mýty. Sexuální výchova je také často nazývána rodinným životním vzděláním. Sexuální výchova zdravých, ale také tělesně či mentálně postižených dětí stále hledá své místo v pedagogické praxi i teorii.

Cíle sexuální výchovy

Důležitým bodem pro realizaci sexuální výchovy je specifikovat její cíle. Mezi hlavní Zvěřina (2003) řadí:

- Předat dětem znalosti o anatomii, fyziologii, psychologii a etice sexuality v sociálních vztazích tak, aby jedinec pak mohl být ve své sexuální praxi veden racionálními motivy a aby byl ochráněn před škodlivým vlivem mýtů a předsudků.
- Poskytnout předpoklady, aby každý jedinec mohl vytvořit sobě vlastní hodnotové schéma a zodpovědně usměřňovat vlastní život.

- Vycházet je třeba z toho, že sexualita je nedílná součást lidského života. Že je těsně spjata s vývojem lidstva, s tradicí a současností partnerských vztahů a společenské struktury.
- Při sexuální výchově je třeba respektovat obrovskou složitost a pestrost různých stanovisek.

3.5 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Syndrom CSA (Child Sexual Abuse – sexuální zneužití dítěte) je součástí syndromu obecně označovaného jako Child Abuse and Neglect (CAN – týrané, zneužívané a zanedbávané dítě). U těchto syndromů jsou příznaky výsledkem úmyslného ubližování dítěti a to způsobeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhranějším důsledkem je smrt dítěte. Jde o syndrom se značně různorodými jevy, jak co do příčin, charakteru, tak i závažnosti a dopadu na život dítěte a jeho nejbližší i vzdálenější prostředí. Do syndromu CAN patří tělesné týrání aktivní povahy, tělesné týrání pasivní povahy, nedostatky ve vzdělávání a výchově a psychické týrání. (Štěrbová, 2007)

Formy a příčiny sexuálního zneužívání

Mezi sexuální zneužívání patří například **exhibicionismus**, což je bezkontaktní forma zneužívání. Dospělý se odhaluje a ukazuje genitálie svému okolí, přednostně pak dítěti. Další možnou formou je tak zvaný **harassment**, lidově řečeno sexuální harašení. Jedná se o rozporuplnou formu sexuálního zneužívání, kdy agresor oběť svým chováním zneklidňuje například slovními výpady nebo zdánlivě nevinným poplácáváním po zadku. Dospělý však sexuální motiv zapírá. Násilnější formou sexuálního zneužívání je **obtěžování**, kdy se jedná o dotykovou formu sexuálních útoků. Oběť je osahávána, líbána a často slově obtěžována. Mezi násilnou dotykovou formu sexuálního zneužívání patří **sexuální útok**, kdy agresor užívá sílu a oběť se často brání. Dochází k dotýkání na erotogenních zónách a mazlení se s nimi. Ubližování se děje vnikáním prstů, jazyka či různými předměty. Agresor dítě nutí, aby mu provádělo totéž, nebo žádá o masturbaci. V případě nuceného pohlavního styku se jedná o **znásilnění**. Pokud k sexuálnímu zneužívání dochází mezi příslušníky rodiny, jedná se o tak zvaný **incest**. Mezi další formy sexuálního zneužívání patří **pedofilní obtěžování**,

sexuální turistika, sexuální útok s následkem smrti nebo takzvané **skupinové zneužívání**, ke kterému dochází v pobytových zařízeních či na skupinových pobytech.

Sexuální zneužití znamená pro osobu s MP celoživotní zraňující událost. Jestliže chceme změnit přístup k lidem s MP a zvyšovat kvalitu jejich života, je třeba odtabuizovávat téma sexuality a odkrývat problém sexuálního zneužívání především ze strany poskytovatelů služeb. Za sexuálním zneužíváním stojí především vychovatelé, učitelé, zdravotníci, všichni zaměstnanci dané instituce, dobrovolníci a příbuzní. Zkrátka všichni ti, kteří nad nimi mají rozumovou či emocionální převahu a mají osobám s MP poskytovat ochranu a péči. Také děti vyrůstající v ústavních zařízeních jsou zneužívány častěji než děti, o které pečuje rodina. (Štěrbová, 2007)

Příčinou zneužívání osob s MP je to, že málokdo dokáže samostatně jednat a rozhodovat se, zvláště pak dítě. Pachatelé používají tak zvané destabilizační techniky jako slovní narážky, zlomyslné náznaky, lži a někdy ponižování, jindy pak pochvaly, obdivné výroky a drobné dárky. Mentálně postižené dítě je ke svému vychovateli či pečovateli bezmezně tolerantní a je připravené mu všechno odpustit. Nachází se v závislém postavení a pod záminkou výchovy nebo péče dokáže vychovatel zlomit vůli mentálně postiženého člověka velice snadno. (Štěrbová, 2007)

Osoby s PM jsou z mnoha důvodů atraktivní pro sexuální útočníky, kteří mívají osobnostní i vztahové problémy. Některé útočníky postižení primárně přitahuje. Velikým problémem bývá pak odhalení samotného zneužívání osoby s MP. Přispívá k tomu i izolace v sociálních zařízeních.

4 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Zákaz diskriminace na základě jakéhokoliv postižení v rámci mezinárodních i vnitrostátních úprav není zatím nijak rozvinutý, případně se objevuje jako poměrně nový institut. Žádná obecná mezinárodní úmluva, neobsahuje mezi chráněnými kategoriemi také postižení. Pokud se mezinárodní instituce zabývají postižením, je to obvykle z jiných důvodů než na základě diskriminace, např. jde o porušení zákazu mučení a jiného krutého, ponižujícího nebo nelidského zacházení, držení postižených ve speciálních ústavech, jejich právo na spravedlivý proces nebo právo na získání důchodových a sociálních dávek. Nicméně, tyto obecné mezinárodní úmluvy, stejně tak jako předpisy regionální povahy, lze využívat i k ochraně postižených osob. V posledních desetiletích se také objevuje řada závazných i nezávazných předpisů mezinárodního práva, které práva postižených osob upravují. Tento přehled obsahuje výčet některých instrumentů týkajících se osobně postižených osob a při jejich ochraně před diskriminací. Rozvinutější judikaturu lze najít v jednotlivých státech, které disponují také obsáhlejší legislativou v oblasti zákazu diskriminace již řadu let. (Sexualita mentálně postižených – II., 2009)

4.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC SEXUALITY, MANŽELSTVÍ A RODIČOVSTVÍ

Koncept lidských práv definovaných v mezinárodních dokumentech se promítá do pozitivního práva. Jednotlivé sbírky zákonů upravují zejména oblasti, kde může dojít k porušování práv a povinností a ustanovují nutná opatření k jejich zajištění. Závažné porušování práv jiné osoby nebo jinak společensky nebezpečné jednání může z rozhodnutí soudu vést v důsledku až k odnětí svobody, peněžitému trestu, omezení činnosti apod. Skutkovou podstatu trestných činů včetně sankcí a procesních postupů řeší trestní právo. Méně závažné jednání upravuje především právo občanské, do této kategorie spadá výkon občanských práv a povinností jako např. odpovědnost za škodu, způsobilost k právním úkonům, její omezení či zbavení apod. Další kategorií práva je právo rodinné, které upravuje zejména práva a povinnosti manželů a rodičů. Stanovuje podmínky pro uzavření manželství, majetkové vztahy manželů, podmínky k rozvodu a následné majetkové vyrovnání. Upravuje též výkon rodičovských práv a povinností, které mohou být omezeny, případně převedeny na jinou osobu.

Zákony vymezují mandát sociální práce. Zvláště se věnují sociálně-právní ochraně dětí, jsou v nich stanoveny podmínky pro poskytnutí sociálního zabezpečení ve formě sociálního pojištění (nemocenská, důchod), státní sociální podpory (příspěvky na dítě, rodičovský příspěvek, příspěvek na bydlení apod.), dávek sociální pomoci (pomoc osobám v hmotné nouzi), příspěvků na péči (podle míry závislosti na péči druhých), podpory v nezaměstnanosti apod. Vztahy mezi uživateli a poskytovateli sociálních služeb upravuje Zákon o sociálních službách (č. 108/2006), který stanovuje podmínky pro poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé životní situaci. Podmínky pro oprávnění k poskytování služeb, předpoklady pro výkon činnosti a povolání SP a financování služeb. Následně představíme legislativní opatření, která souvisí se sexualitou, manželstvím a rodičovstvím. (Evropská veřejná správa, 2015)

4.2 VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV

Všeobecné deklaraci lidských práv je rozhodně nejznámějším lidskoprávním dokumentu na světě. Všeobecná deklarace lidských práv byla slavnostně přijata Valným shromážděním OSN v roce 1948 (10. prosince – tedy na Den lidských práv). Jde o právně nezávazný dokument, který ale stále slouží jako výchozí bod pro všechny mezinárodní lidskoprávní úmluvy. Komise OSN pro lidská práva, která Všeobecnou deklaraci vypracovala, se rozhodla nejprve představit více obecný a nezávazný text, který státy spíše podpoří než právně závazný dokument. Teprve následně začala pracovat na závazné mezinárodní smlouvě, které by státy ukládala povinnost dodržovat a chránit lidská práva. To se ale Komisi podařilo až v roce 1966, kdy představila Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Všeobecná deklarace lidských práv obsahuje všechna tato práva: hospodářská, občanská, politická, sociální i kulturní. (Evropská veřejná správa, 2015)

Je třeba si uvědomit, že ačkoli měla tehdy OSN jen 58 členů (dnes je jich 192), členské státy OSN už tehdy představovaly zástupce různorodých politických systémů, náboženství, kulturních tradic, stupňů ekonomické vyspělosti a různých ideologií. A ačkoliv se autoři snažili, aby dokument všechny tyto rozdíly respektoval, proces přijímání nebyl vůbec jednoduchý. Nakonec se podařilo shrnout a vyzdvihnout hodnoty všem tehdy společné, a Všeobecná deklarace se tak stala prvním mezinárodním uznáním práv a svobod každého člověka bez rozdílu. Všeobecná deklarace inspirovala

nejen následný vznik již právně závazných mezinárodních úmluv chránících lidská práva, ale i jednotlivé státy, které do svých ústav začlenily své národní katalogy lidských práv. Mezi nimi nechybí ani Česká republika, a to díky naší Listině základních práv a svobod.

V roce 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata Deklarace práv duševně postižených. Tím bylo dovršeno úsilí o sjednocení a ujasnění práv jedinců s MP. V souladu s touto deklarací osoby s MP mají stejná práva jako ostatní lidé, tedy: právo na prožití a rozvoj vlastní sexuality, právo na řádnou zdravotní péči, školní výchovu, vzdělání a osvětu, rehabilitaci a podporu, díky níž mohou rozvíjet své schopnosti a potenciální možnosti. Mají právo na sexuální výchovu, právo na ochranu proti využívání, zneužívání a nedůstojnému zacházení, dále právo na ochranu před týráním a zneužíváním dětí a starých lidí. Mají plné právo pracovat podle svých možností nebo se zabývat jinou užitečnou činností a žít se svojí rodinou. (Lacina, 2015)

4.3 SEXUÁLNÍ PRÁVO A LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Na problematiku sexuality osob s MP lze nahlížet ze dvou hledisek. První hledisko se zaměřuje na ochranu těchto jedinců, a zvláště potom dětí a nezletilých před nejrůznějšími formami pohlavního zneužívání. Druhým hlediskem je právo jedince s MP na sexuální život. Sexualita je přirozenou součástí života každého člověka, bez ohledu na stav jeho tělesného a mentálního zdraví. Ti, kdož tabuizují, odsuzují či dokonce znemožňují sexualitu lidem se zdravotním postižením, včetně lidí s MP, se tak dopouštějí protiprávního jednání. Dá se pochopit, že okolí těchto postižených osob se může dostávat a také se dostává do nesnadných situací. Nejenže je trestání osob s MP za projevy jejich sexuality nehorázné, ale také to odporuje realizaci základních lidských práv. Jsou-li jedinci s MP umístěni v zařízeních zdravotní nebo sociální péče a ošetřující personál tlumí pacientovy projevy fyziologické sexuality, postupuje tak protiprávně a v rozporu s profesními etickými pravidly. Samozřejmě to neplatí v situacích sexuálně agresivního chování nebo běžně nezvládnutelných afektů. V souvislosti s členstvím České republiky v Evropské unii dochází k postupnému přehodnocování celé řady až dosud zaběhlých dlouholetých praktik ve zdravotnických zařízeních, a to zejména psychiatrické péče. V párové sexualitě je běžně uznávaný princip, že je dovoleno vše, co je příjemné oběma nebo alespoň akceptovatelné oběma a musí platit a také platí i u osob s MP (Mitlöchner, 2004).

Osobám s MP nechybí schopnost citového ani sexuálního prožívání. V roce 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata Deklarace práv duševně postižených. Tím se dovršilo úsilí o sjednocení a ujasnění práv jedinců s MP. V souladu s touto deklarací mají osoby s MP stejná práva jako ostatní lidé:

- právo prožívat vlastní sexualitu,
- právo na náležitou zdravotní péči, právo na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality,
- právo ochrany proti sexuálnímu zneužívání (Vykydalová, 2014).

4.4 ETICKÁ DILEMATA

Jen málokterá oblast lidského jednání s sebou nese tolik mravních otázek, jako oblast sexuality. Sexualita zasahuje do všech rovin lidské existence, je zdrojem prožitku tělesné slasti, duševního blaha a duchovního dobra. Její intimní charakter a rozměr v sobě nese hluboký potenciál osobního naplnění a štěstí. Smyslem člověka jako sexuální bytosti je potenciál sexuality hledat, sdílet a rozvíjet. Pokud sexualitu vytrhneme z kontextu osoby jako celku, z kontextu vzájemnosti a kontextu předávání života, ochudíme její rozměr, třeba až na pouhé uspokojování pohlavního pudu. Z etického pohledu sexualita podporuje růst lidského blaha zejména ve svém celistvém zaměření na druhou osobu. Ovšem důvodů zúžit tento její rozměr může být mnoho. Podstatné je celkový potenciál sexuality nezastírat a zachovat respekt k možnostem a úsudku svědomí každého jednotlivce. (Štěrbová, 2009).

Je-li navíc předmětem diskuse člověk s MP, je situace ještě komplikovanější. Můžeme vůbec tušit, jaké představy o sexualitě má člověk s MP? Máme právo předkládat mu své představy a řešení? Za jakých okolností a jakým způsobem mu je předkládat musíme? Na řadu podobných otázek lze jen těžko hledat odpověď. Etická dilemata představují situace, kdy žádné z navrhovaných řešení není z hlediska lidského blaha uspokojivé. Často dochází ke střetu hodnot, které lze jen stěží zvážit. Diskutabilní je především to, co v oblasti sexuality, integrity a blahu jedinci s MP prospívá a je žádoucí podporovat a co nikoliv (Štěrbová, 2009).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Téma partnerství a rodičovství osob s MP je velice choulostivé a často tabuizované. Osobnost člověka, jeho partnerské potřeby, kam patří i do značné míry uspokojování sexuálních potřeb, potřeba uspokojit své rodičovské pudy apod., to jsou velmi citlivá témata i pro lidi zcela zdravé, tedy bez jakéhokoli postižení, natož pak pro lidi s postižením.

Teoretická část diplomové práce se zabývala mentálním postižením obecně, i když více textu bylo věnováno lehkému a středně těžkému mentálnímu postižení, a to z důvodů zaměření diplomové práce. V další části práce byly popsány podpůrné služby pro osoby s MP, které se nacházejí v partnerském či rodičovském vztahu. V této kapitole jsem se zabývala i otázkami antikoncepce či etickými aspekty rodičovství lidí s MP. Třetí kapitola se věnovala sexualitě osob s MP, protože jak jsem se během psaní práce přesvědčila, toto velké téma plné rozdílných názorů a nejasností k partnerství lidí s MP neodmyslitelně patří. Na závěr teoretické části diplomové práce byl nastíněn legislativní rámec týkající se dané problematiky.

Praktická část diplomové práce se bude věnovat výzkumnému šetření, které bude zaměřené na partnerství a rodičovství osob s MP. Výzkum bude rozdělen na kvalitativní a kvantitativní část. Kvalitativní část výzkumu je postavena na několika rozhovorech s lidmi s MP žijícími v partnerském vztahu. Samotným rozhovorům s uživateli služby bude předcházet rozhovor s klíčovou pracovnící a studium dokumentace. V druhé kvantitativní části výzkumu proběhne mapování názorů odborné veřejnosti. Půjde o dotazníkové šetření, kdy dotazníky budou určeny lidem pečujícím o lidi s MP.

Pro každou z výzkumných částí jsou zvlášť stanovené výzkumné otázky a každý z výzkumů bude mít také vlastní zhodnocení. V samotném závěru praktické části diplomové práce budou pak shrnuty výsledky obou částí výzkumného šetření a bude zhodnoceno, zda došlo k naplnění cílů, či nikoli.

5.1 CÍL A METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření se skládá z kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Tato kombinace byla zvolena z důvodu zachycení co nejkompexnějšího pohledu na danou problematiku. Výzkumný projekt se tedy skládá ze dvou částí. V první části budou popsány skutečné příběhy lidí s MP žijících v partnerském vztahu. V druhé části půjde o názory lidí, jež pracují s lidmi s MP.

Hlavním cílem empirické části diplomové práce je poznat prostředí, ve kterém partneři žijí, seznámit se s jejich životními příběhy a jejich partnerským životem a zjistit, jak na danou problematiku nahlíží lidé, kteří o lidi s MP pečují.

Díličními cíli je:

- Analyzovat osobní život vybraných partnerů a jejich partnerský vztah.
- Zjistit, jak je to s partnerským a sexuálním životem u lidí s MP.
- Zjistit, jak je to s rodičovstvím u lidí s MP.
- Analyzovat a vyhodnotit postoje odborné veřejnosti k partnerství, rodičovství a sexualitě osob s MP.
- Zjistit, zda existuje rozdíl v názorech na danou problematiku mezi pracovníky CHB a PSB a pracovníky DOZP.

Pro každou z výzkumných částí jsem stanovila výzkumné otázky.

Pro první výzkumnou část, tedy výzkum kvalitativní jsem stanovila výzkumné otázky:

- Jak žili lidé s MP před vstupem do partnerského vztahu?
- Je partnerský vztah dvou lidí s MP plnohodnotný?
- Žijí partneři sexuálním životem?
- Touží partneři po dítěti stejně jako lidé intaktní?

Pro druhou výzkumnou část, tedy výzkum kvantitativní jsem stanovila výzkumné otázky:

- Budou lidé pracující s MP lidmi souhlasit s rodičovstvím lidí s MP?
- Jsou postoje lidí pracujících s MP lidmi vůči sexualitě lidí s MP spíše negativní, nebo pozitivní?
- Mají lidé pracující s MP lidmi zkušenost se vzděláváním sebe sama v oblasti partnerství, rodičovství a sexuality osob s MP?

- Podporují se partnerské vztahy MP lidí i v zařízení, které k tomu není primárně určeno?

Předvýzkum byl proveden ve spolupráci se sociální pracovníci z DOZP, která mi zprostředkovala vyplnění několika dotazníků, abych si ověřila srozumitelnost a vhodnost otázek. Následně byl dotazník dopracován do finální podoby a mohl být rozeslán respondentům. Podobným způsobem byla ověřena i srozumitelnost otázek v polostrukturovaném rozhovoru, kde jsem neověřovala jen srozumitelnost otázek, ale také jejich účelovost.

KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2016, s. 48).

Kvalitativní výzkum je nejvhodnější strategií, a to z důvodu zaměření na individuální potřeby a postoje jednotlivců. Kvalitativní výzkum lze upravovat v průběhu šetření a uzpůsobovat jej dle individuální situace a analýzy již předešlých výsledků. Právě z tohoto důvodu je považován za pružný typ výzkumu. Výhodou je také to, že se výzkumník pohybuje přímo v terénu v přirozeném prostředí klientů. Podstatou kvalitativního výzkumu je tedy subjektivita a význam (Loučková, 2010).

Pro realizaci výzkumu kvalitativního byla zvolena metoda rozhovoru, zúčastněného pozorování a analýzy dokumentů klientek. Při zúčastněném pozorování se výzkumník účastní sledování průběhu dění, které je předmětem výzkumu. Tak má možnost poznávat zkoumané jevy nejen zvnějšku, ale i zevnitř. To umožňuje větší pochopení chování respondentů a je možné lépe jej vysvětlit. V případě rozhovoru byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, kdy je sice jasně stanoven cíl, ale otázky jsou vymezeny spíše rámcově a výzkumník je přizpůsobuje vzniklé situaci dle odpovědí respondenta. Současně se jednalo o rozhovor osobní, který umožňuje navázání osobního kontaktu mezi výzkumníkem a respondentem, a zároveň je možné zjišťovat vnější projevy respondenta. Tento typ rozhovoru je vhodný právě při

kvantitativním výzkumu, kdy nejde tolik o počet respondentů, ale spíše o obsah jejich výpovědí (Hendl, 2016).

Důležitou etapou je následná analýza obsahu rozhovoru. V rozhovoru byly kladeny převážně otázky otevřené a polootevřené. Odpovědi byly doplněny získanými daty z osobních záznamů klientů. K analýze dokumentů byla použita metoda případové studie, která se zaměřuje na studii konkrétních oblastí života u více osob a snaží se sestavit výzkumný obraz v co nejcelistvějších souvislostech, aby korespondoval s výzkumnou otázkou. (Hendl, 2016). Rozhovor byl rozdělen do několika tematických okruhů: osobní informace, partnerství, sexualita, rodičovství a rodina. Přičemž zjišťování osobních informací sloužilo pro úvod rozhovoru, navázání osobního kontaktu a navození příjemné atmosféry. Žádné ze zjištěných osobních údajů, podle kterých by byli respondenti identifikovatelní, nebudou v práci zveřejněny. Důležitými okruhy pak bylo partnerství, sexualita a rodičovství. Téma rodina, do kterého byly zahrnuty například i informace o snech a cílech respondentů, sloužilo pro uvolnění atmosféry a ukončení rozhovoru tak, aby respondenti po ukončení rozhovoru nebyli rozrušení.

U této metody je velmi důležité uvědomit si skutečnost, že teorii vzniklou na základě kvalitativního výzkumu není možné zobecnit. Výsledky výzkumu jsou platné jen pro vzorek, na kterém byla data získána. Proto je třeba se vyvarovat jakýchkoliv zobecňujících tvrzení. Rozhovor poskytly celkem tři dvojice z cílové skupiny. Rozhovory probíhaly vždy s oběma partnery zároveň, kdy na otázky, na které nechtěli odpovídat, byli dotazováni ještě každý individuálně.

KVANTITATIVNÍ ŠETŘENÍ

Pro realizaci výzkumu kvantitativního byla zvolena metoda sběru dat pomocí dotazníku. Dotazník je výzkumný, vývojový a vyhodnocovací nástroj k hromadnému a poměrně rychlému zjišťování informací o znalostech, názorech nebo postojích dotazovaných osob k aktuální nebo potenciální skutečnosti. Dotazník můžeme definovat jako standardizované interview předložené v písemné podobě. Výhodou dotazníku je především to, že lze získat údaje o mnoha respondentech za krátký čas (Průcha, 2014). Po návratu vyplněných dotazníků následuje vyhodnocení, tedy analýza a komparace získaných dat.

Formami typickými pro kvantitativní výzkum jsou standardizovaný rozhovor a standardizovaný dotazník. Souhrnně se tyto dvě formy dají zařadit pod pojem

dotazování. Jediným rozdílem mezi těmito dvěma metodami je způsob kladení otázek. U rozhovoru se jedná o mluvenou formu, u dotazníku o písemnou. Otázky můžeme dále rozdělit podle formy na uzavřené, polouzavřené a otevřené (volné). Na uzavřené otázky je možné odpovědět možnostmi ano nebo ne. Polouzavřené se vyznačují jinými jasnými odpověďmi, kde není dán přílišný prostor pro širší vyjádření respondenta. Oproti tomu v otevřených (volných) otázkách respondent nemá možnosti předem zadané a jde pouze o jeho vlastní vyjádření. Vytvořený dotazník se předloží přiměřenému počtu vhodně vybraných respondentů. Na jejich počtu a výběru, ale i na návratnosti dotazníků pak závisí nejen reprezentativnost výsledků, ale i možnost jemnější kategorizace výsledků. Jedním z rysů pro kvantitativní výzkum je deduktivní přístup, neboť výzkumníci vycházejí z nějaké teorie či obecně pojatého problému. Dalším rysem typickým pro tento výzkum je objektivita. Ideálně je výzkumník nezúčastněný, snaží se neklást otázky tendenčně. Výzkumu se zpravidla zúčastňuje větší množství respondentů a šetření probíhá anonymně (Průcha, 2014).

Dotazník, který byl použit pro výzkumné šetření, se skládal z 36 otázek. Otázky v dotazníku se týkaly několika tematických okruhů:

- vzdělání pracovníků v problematice sexuality mentálně postižených lidí,
- přístupy zařízení k problematice partnerství a sexuality mentálně postižených lidí,
- postoje pracovníků k rodičovství osob s MP.

Respondenti měli uvést své pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, typ zařízení, ve kterém pracují a pracovní pozici, kterou zastávají, délku praxe s mentálně postiženými uživateli služby, dále věkové rozmezí uživatelů, se kterými pracují a jaký stupeň mentálního postižení uživatelé služby mají. Další otázky se již týkali názorů a zkušeností respondentů. Dotazník je přílohou č. 1 této práce.

5.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Společným jmenovatelem respondentů vybraných pro rozhovor bylo mentální postižení, partnerský vztah a pobyt v CHB či PSB. Pro výzkum byly vybrány tři páry. Dva žijí v CHB a jeden v PSB. Jednalo se tedy o výběr záměrný, ovlivněný ochotou uživatelů služby k poskytnutí osobních informací a ochotou zařízení, ve kterém lidé žijí.

Byly tedy uskutečněny celkem tři rozhovory se šesti lidmi. Rozhovor probíhal vždy s oběma partnery zároveň, ale bylo-li to třeba, byl částečně veden i individuálně.

Společným jmenovatelem respondentů vybraných pro vyplnění dotazníku bylo to, že pracují s lidmi s MP. Původně se jednalo pouze o SP a PSS, ale dotazník byl později rozšířen i mezi ostatní pracovníky, kteří mají zkušenost s touto cílovou skupinou.

5.3 KVALITATIVNÍ VÝZKUM – ŠETŘENÍ Č. 1

1. PÁR ALENA A LADISLAV

Alena

Alena se narodila 25. 7. 1960. Při porodu došlo k poškození centrální nervové soustavy, jejímž následkem je lehká MR s poruchami chování. Alenu vychovávala její matka. Aleninou starší sestru Evu vychovávala její babička, protože se se sestrou nemohla snést. Otec Aleny byl alkoholik a často dceru bil. Alena vychodila šest tříd dřívější zvláštní školy, nyní základní školy speciální. V mládí se Alena často toulala a scházela se s nevhodnými lidmi. Pracovala v cihelně a později i v hospodském zařízení jako pomocná síla. V zaměstnání však často neplnila své povinnosti a jednou fyzicky napadla svou spolupracovnici. Ve svých dvaceti letech byla Alena zbavena způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu. V rané dospělosti byla Alena hospitalizována kvůli gynekologickým obtížím. Později se dozvěděla, že nemůže mít děti, protože jí byly odebrány ženské orgány.

Alena je vedena jako psychiatrická pacientka. Často trpí záchvaty vzteku, je slovně i fyzicky agresivní. Její záchvaty způsobuje přítomnost těhotných žen. Přesto, že děti má ráda, při pohledu na těhotnou ženu ji popadá záchvat zuřivosti. Když se dozvěděla o těhotenství jedné ze sociálních pracovnic, která se o ní starala, a se kterou dříve bez problémů vycházela, zaútočila na ní se slovy „ať ti ten parchant chcípne“.

Alena je uživatelkou sociálních služeb od roku 1985, tedy od svých dvaceti pěti let. Do DOZP přišla ze svého domova, kde žila s matkou. Matka už se o ní nedokázala starat. Nyní již Aleny rodiče nežijí. Od roku 2006 žila Alena se svým přítelem Ladislavem v takzvaném startovacím bytě, který byl součástí DOZP. Od roku 2010 pár

žije v CHB. Alena pracuje na dohodu o provedení práce jako pomocnice v prádelně v DOZP a chodí i s přítelem Ladislavem do kurzu pro získání základů vzdělání.

Ladislav

Ladislav se narodil 11. 12. 1957. V dětství se o něj starali rodiče. Původ Ladislavovi lehké MR není zcela známý, ale oba jeho rodiče trpěli lehkým mentálním onemocněním. Když byl Ladislav na druhém stupni základní školy speciální, přestali jeho rodiče výchovu syna zvládat. Ladislav byl umístěn do dětského domova. Nyní Ladislavovi rodiče již nežijí. Po dovršení dospělosti Ladislav prošel ještě dvěma ústavními zařízeními. Ladislav žije v DOZP od roku 2006. Ještě téhož roku, co se do domova nastěhoval, se seznámil se svou přítelkyní Alenou, se kterou byli umístěni do takzvaného startovacího bytu. Od roku 2010 bydlí se svou přítelkyní v CHB.

Ladislav je zaměstnaný v autosalonu Louda, kde vykonává pomocné práce. Na dohodu o provedení práce také pracuje v DOZP, kde vykonává pomocné údržbářské práce. Po pracovní době dochází i s přítelkyní Alenou do praktické školy, kde si dodělávají základy vzdělání.

Partnerství

Ladislav měl ještě před Alenou jeden partnerský vztah. Alena měla před Ladislavem hodně vztahů, netají se tím, že v mládí partnery hodně střídala. Když se ptám na otázku, co pro ně partnerský vztah znamená, Alena se jen dívá na Ladislava a usmívá se. Vladislav popisuje, že partnerský vztah mezi sebou mají dva partneři a že je jedno, co je to za lidi. Mohou být i cizí. Oba se shodují na tom, že jsou spolu teprve rok, protože teprve před rokem se vzali. Později přistupují na to, že jsou spolu mnohem déle, tedy přibližně deset let. Seznámili se v DOZP. Jeden druhému se líbili, tak spolu začali chodit. Ladislav přiznává, že už v minulosti měl partnerky a že byl dvakrát ženatý. Každou partnerku, se kterou chodil, vždy požádal o ruku. Ale teprve s Alenou je spokojený. Ladislav mluví i za Alenu, že také měla více partnerů, dokonce více než on. Alena však celou dobu mlčí a jen přikyvuje. Oba se shodují na tom, že dlouhodobý vztah je takový, který trvá více jak deset let, tedy že to je ten jejich. Když spolu jsou dva lidé kratší dobu, nejedná se o dlouhodobý vztah. Když se bavíme o společné domácnosti oba do ní zahrnují i jejich dvě spolubydlící. Do budoucna si však přejí, aby spolu mohli žít sami v PSB. Myslí si, že by to sami bez problémů zvládli, protože si dokáží i sami uvařit a celkově se o sebe postarat. O jiných snech a plánech nepřemýšlí, jejich jedině

přání je žít spolu samostatně. Ale na příliš velkou podporu ze strany zařízení si neztěžují, jsou rádi, že jim někdo pomáhá a jsou i rádi, že s nimi žijí ještě další dvě spolubydlíci. Všichni si spolu dobře rozumí a rádi spolu tráví čas.

Ladislav a Alena měli v minulém roce svatbu. Z čehož jsou oba nadšení. Je to pro ně velmi důležitá událost, i když se jednalo pouze o symbolický obřad, ze kterého nevyplývají žádné právní následky.

Sexualita

Ani jeden z partnerů se nikdy nesetkal se sexuální výchovou ve škole, dětském domově nebo v jiném ústavním zařízení. Nikdy se nesetkali ani s rodinnou nebo jinou jí podobnou výchovou, kde by se učili něco o svém těle, antikoncepci, vztazích nebo péči o dítě. Pod pojmy přátelství, partner a vztah nevidí žádný rozdíl. Jediný rozdíl je v tom, že pro Alenu je partner Vladislav, pro Vladislava může být partnerem kdokoli. Na otázky, co je to láska, zamilovanost a milování odpovídají v podstatě to samé. Znamená to jednoduše mít někoho rád. Alena říká, že byla zamilovaná mockrát, oproti tomu Ladislav byl zamilovaný jen jednou, a to do své nynější partnerky. Vztah je pro ně to samé, jako chodit s někým. Pod pojmem milování si představují hlazení a polibky. Když se ptám na sex, Ladislav začne vyprávět o tom, že to musejí chtít oba a oba s tím souhlasit a že jinak to nejde. Zjišťuji, že sex je pro ně to samé jako milování, takže hlazení, polibky a nic jiného. Alena při této debatě výrazně znervóznila a jen souhlasně přikyvovala na vše, co řekl Ladislav. Posledním pojmem, na který jsem se ptala bylo slovo intimní. Oba tvrdí, že to slovo nikdy neslyšeli a nevědí co znamená. Spolu se nemilují a ani spolu nemají sex. Jediné, co spolu mají, je láska. A láska znamená to, že se obejmou. Velký význam přikládají tomu, že spolu spí v jedné posteli, to prý znamená hodně.

Rodičovství

Při rozhovoru na téma rodičovství Alena přestává mluvit úplně. Doposud za ní hodně mluvil Ladislav a ona jen souhlasně přikyvovala. Občas po Ladislavovi něco zopakovala a to bylo vše. Rozhovor na toto téma je jí evidentně nepříjemný, ale na konec řekne jen to, že dítě nikdy mít nechtěla a ani nechce, protože už je stará. Ladislav říká jen to, že když nechce Alena, tak on taky ne. Shodují se na tom, že jsou rodina i bez dítěte.

2. PÁR BOHUMILA A JINDŘICH

Bohumila

Bohumila se narodila 12. 11. 1956. Své rodiče nezná, protože se o ní nikdy nestarali, od narození žila v ústavní péči, převážně však v DOZP a kombinovaným postižením. Bohumila vychodila sedm tříd základní školy speciální. V patnácti letech otěhotněla, ale otec dítěte byl neznámý. Bohumila dítě donosila. Holčička, která se narodila, byla ihned po porodu dána k adopci. Vzhledem k mentálnímu postižení a nízkému věku matky nikdo ani neuvažoval o tom, že by se o dítě mohla postarat. Byl na ní proto vyvinut nátlak, kterému snadno podlehla.

Bohumila trpí středně těžkou MR a je léčena jako psychiatrická pacientka. Je neurotická a velice úzkostná. Dříve pracovala v rychlém občerstvení, kde sbírala použité nádobí. Od roku 2008 žila v DOZP. Zde pracovala v kuchyni na dohodu o provedení práce a vykonávala pomocné práce. Od roku 2010 bydlela v CHB, ale intenzita poskytované péče nebyla pro Bohumilu dostačující, proto se ani ne po roce vrátila opět do DOZP. Od roku 2014 až do současnosti žije i s přítelem v CHB.

Když Bohumila bydlela ještě v DOZP, vykonávala pomocné práce v prádelně. Nyní žije v rodinném domě s Jindřichem a ještě dalšími uživateli služby v CHB. Dům je ve vesnici, kde pro ni žádná placená práce není. Vykonává však domácí práce a stará se o domácí zvířata, která okolo domu mají.

Jindřich

Jindřich se narodil 25. 6. 1950. Jindřich trpí lehkou MR. Celý život se o něj starali jeho rodiče. Jindřich chodil na základní školu speciální. Jeho otec brzy zemřel a než byla jeho matka umístěna do domova pro seniory a její zdravotní stav nebyl dobrý, staral se o domácnost Jindřich. Během života byl jednou ženatý, ale se svou manželkou nikdy nebydlel. Měli spolu jedno dítě, které však bylo hned po narození dáno k adopci. Jindřichovi bylo oznámeno, že dítě při porodu zemřelo. Dodnes Jindřich žije v domnění, že dítě zemřelo a ani nezná jeho pohlaví.

Když Jindřichova matka musela roku 2007 odejít bydlet do domova pro seniory, Jindřich přišel do DOZP s tím, že si tam jde najít nevěstu. Přítelkyni si tam skutečně našel a bylo mu umožněno se s ní nastěhovat do bytu CHB. Netrvalo to však dlouho a oba se vrátili zpět do DOZP, protože Jindřichova partnerka nezvládala nízkou podporu poskytovanou v CHB a chovala se nevhodným způsobem. Od roku 2014 až do

současnosti žije i s přítelkyní v CHB. Často chodí navštěvovat matku v nedalekém domově pro seniory a jezdí na návštěvy za svými bratřenci. Jeden z bratřenců je Jindřichovým opatrovníkem, protože Jindřich je zbaven způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu.

Když Jindřich bydlel ještě v DOZP vykonával pomocné údržbářské práce. Nyní žije v rodinném domě s Bohumilou a ještě dalšími uživateli služby v CHB. Dům je ve vesnici, kde pro něj žádná placená práce není. Vykonává však běžné potřebné práce, v domě a kolem něj.

Partnerství

Poznali se v DOZP, když Jindřich přišel se slovy „Zavolejte mi nějakou holku, hledám si nevěstu.“. Z pokoje vyšla Bohumila a řekla „Pane vezměte si mě.“ a od té doby jsou spolu. Je tomu už devět let. Teprve devítiletý vztah je pro Bohumilu dlouhodobý. V minulosti Bohumila měla šest vztahů. Jindřich byl jednou ženatý, ale nebyl spokojený, protože jeho bývalá žena neustále mluvila o vojácích a on voják nebyl. Bohumila s Jindřichem se zatím nevzali, ale do budoucna to určitě plánují. Bohumila má na partnerovi nejvíce ráda, že ji má rád, je na ní hodný a všechno jí koupí. Jindřichovi se na partnerce také líbí, že je na něj hodná. Oba jsou neustále spolu, a když jsou chvíli jeden bez druhého, už se jim stýská. Do budoucna si spolu Bohumila s Jindřichem přejí bydlet samostatně. Jen oni dva bez pomoci pečovatelek. Jestli by to však zvládli, to nevědí.

Sexualita

Ani jeden se nikdy nesetkal se sexuální výchovou ani je nikdy nikdo neučil, jak se starat např. o dítě. Když se ptám na to, co pro ně znamená přátelství, oba odpovídají, že mají jeden druhého. Partner je pro ně také jen ten druhý, ale vztah mezi sebou nemají, protože nemají děti. Vztah pro ně tedy znamená, že lidé mají děti a mají se dobře. Toto bylo tvrzení Bohumily a Jindřich souhlasil. Lásky pro ně znamená to, že se mají dva rádi. Zamilovanost Bohumila popisuje slovy „Když jsem do něj zabouchnutá a nevím, co mám dělat“. Pojem milování pro Bohumilu znamená to, když se dva líbají. Jindřich souhlasí. Když se zeptám na sex, Bohumila si schová obličej do dlaně a říká, že to už je horší a na to už je stará. Když se ptám podrobněji, Bohumila přirovnává sex k tomu, že spolu dva lidé mají dítě. Slovo intimní ani jeden neznají.

Rodičovství

Bohumila mluví za Jindřicha a vypráví, že Jindřich měl půlroční dceru, ale že zemřela. Jindřich souhlasně přikyvuje. Následně Bohumila mluví o tom, že i ona měla dítě, ale bylo jí patnáct let, tak dcera musela jít k adopci. Mluví o tom, že teď už bude dospělá a bude mít také děti, ale ona na to už teď nemyslí. Pak už děti nikdy mít nechtěla. Později však říká, že by chtěla, ale už nemůže, protože je stará.

3. PÁR ZDENA A BOŘEK

Zdena

Zdena se narodila 8.5 1970. V dětství jí byla diagnostikována dětská mozková obrna. Trpí lehkou MR a poruchou řeči. Zdena vyrůstala s oběma rodiči a bratrem. Otec byl alkoholik a dceru často bil a nepřiměřeně trestal. Nutil Zdenu za trest klečct v koutě i celé hodiny. Matka ani žádní jiní příbuzní se Zdeny nezastali. Zdena vystudovala devět tříd základní školy speciální. Když jí bylo osmnáct let, otec jí znásilnil. Poté, když se vrátil z výkonu trestu, pokusil se dceru znásilnit podruhé. Zdeně se však podařilo utéct a otec byl opětovně souzen. Od té doby byla Zdena v ústavní péči. Nejdříve v psychiatrické léčebně, a po stabilizování jejího psychického stavu se mohla vrátit domů k rodině. Tam už se však vrátit nechtěla, a proto roku 1992 byla na vlastní žádost umístěna do DOZP.

Zdena žila nejdříve v DOZP, kde se jí dostávalo čtyřicetihodinové péče. Když se roku 2006 seznámila se svým nynějším přítelem Bořkem, přestěhovali se spolu do startovacího bytu. Dalším krokem bylo bydlení v CHB, kde se míra podpory zkrátila na 6-8 hodin denně. Momentálně Zdena žije s přítelem v PSB, kde mají možnost si o případnou pomoc požádat, jinak žijí zcela bez podpory dalších osob.

Zdena je zaměstnaná v prádelně, která je součástí DOZP. Zdena trpí posttraumatickou stresovou poruchou způsobenou traumatickými zážitky z rodiny. Má špatnou výslovnost a v řeči se zadržává. Ve chvíli, kdy se dostane do pro ni stresující situace nebo jí něco rozruší, zadržávání v řeči se výrazně zhorší. Zdenu rozrušují cizí muži a debaty o její rodině, zejména pak o jejím otci.

Bořek

Bořek se narodil 29. 4 1956. Od dětství trpí epilepsií, později mu byla diagnostikována lehká MR. Bořek vyrůstal v úplné rodině. Oba rodiče se o něj starali až

do dospělosti. Prvních pět tříd Bořek chodil do běžné základní školy, pak přestoupil na základní školu speciální a po dokončení základního vzdělání se vyučil čalouníkem. V oboru však nikdy nepracoval. Během svého života byl dvakrát ženatý. Každé jeho manželství skončilo rozvodem. V roce 2006 začal žít v DOZP. Krátce poté, co přišel do domova, se seznámil s Alenou, se kterou jsou nyní již deset let. V době nástupu Bořka do DOZP se léčil z alkoholismu. Nyní alkohol nepije.

Bořek byl zaměstnaný v DOZP, kde vykonával pomocné údržbářské práce. V současné době nepracuje a podle jeho slov si konečně užívá života.

Partnerství

Bořek a Zdena jsou spolu už deset let. Seznámili se v DOZP. Krátce poté, co spolu navázali vztah se nastěhovali do startovacího bytu, který je součástí DOZP. Když prokázali svou schopnost žít spolu bez celodenní podpory a postarat se o domácnost, byly přestěhovány do bytu určeného pro CHB. Za čas jim bylo umožněno další stěhování. Nyní žijí už přes dva roky v bytě určeném pro podporu samostatného bydlení. Jsou zcela samostatní. O pomoc pečovatelek žádají jen v případě, kdy musí jednat s úřady nebo potřebují pomoc s vyplněním formulářů, s čímž si sami neporadí.

Bořek se Zdenou tvoří spokojený pár. Mají se rádi a tráví spolu hodně času. Vše, co dělají, dělají společně. V loňském roce chtěli vstoupit do manželského svazku. Kvůli tomu, že je Zdena zbavena způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu, byl pro ně uspořádán jen symbolický svatební obřad bez právních následků. Oba partneři obřad berou zcela vážně, a i přesto, že mají každý jiné příjmení, považují se za skutečné manžele.

Bořek měl za život celkem tři vztahy. Každou partnerku, se kterou kdy byl, si vzal za ženu. Je tedy už dvakrát rozvedený ale tvrdí, že s Alenou je to jiné a plánuje s ní zůstat do konce života.

Sexualita

Oba partneři tvrdí, že se sexuální výchovou se ve škole setkali. Ta se týkala zejména péče o dítě. Zajímalo mě, co si představí pod různými pojmy týkající se mezilidských vztahů. Pod pojmem přátelství si Bořek představí kamarády, se kterými se rád vidá, ale nepatří mezi ně každý člověk. Zdena pod pojmem přátelství vidí svůj vztah s tetou, se kterou se nevidá, i když by si to moc přála. Jako partnera vidí jeden druhého. Pojem láska je pro ně to samé jako zamilovanost. Znamená to mít s někým vztah a mít

ho rád. Rozdíl už vidí ve slově milování. To pro ně znamená nějaký tělesný kontakt, tedy hlazení a polibky. Slovo intimní vnímají jako důležité, ale neumí vyjádřit co znamená. Přirovnávají ho k lásce. Když se zeptám na sex, Zdena začne nesouhlasně kývat hlavou a znervózní. Pro Bořka je to, dle jeho slov to poslední a je to souhrn všeho. Na obou je zjevné, že vědí, o co se jedná. Zdena však začne mluvit o tom, že ani ona ani Bořek sex dělat nemůžou, protože jsou nemocní. Zdena se začala výrazně zadržávat v řeči a dodala „Pusu a dost!“.

Rodičovství

Bořek se Zdenou se považují za rodinu i přesto, že nemají dítě. Když se ptám na rodičovství, Zdena mluví o své matce a o své rodině. Vůbec jí nenapadne možnost, že by rodič mohla být i ona nebo Bořek. Na to, zda chtěli mít dítě, Zdena okamžitě odpovídá „Ne“. Bojí se kvůli zkušenosti s tátou. Vypráví o tom, jak jí táta bil a v osmnácti letech jí znásilnil. Z toho důvodu děti nikdy nechtěla a nechce. Bořek se přidává ke Zdeně a tvrdí, že také děti nikdy nechtěl. Následně se Zdena zvedá a odchází. Když se vrací říká, že ona dítě má. V ruce chová panenku a mluví o ní jako o svém dítěti, o které se stará a které má moc ráda.

Do budoucna si přejí, aby byli oba zdraví a zůstali navždycky spolu. Zdena by si přála pozvat k nim na návštěvu celou svou rodinu, aby byli všichni pohromadě. Samozřejmě bez otce, který už nežije.

ZHODNOCENÍ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Všechny rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře u respondentů doma a za přítomnosti sociální pracovnice.

Jak žili lidé s MP před vstupem do partnerského vztahu?

Každý z respondentů již dříve žil v nějakém typu ústavní péče. Vzhledem k tomu, že jsou všichni vyššího věku, žili v domovech, které byly rozděleny na mužské a ženské. V těchto zařízeních neměli příležitost navazovat partnerské vztahy s partnerem opačného pohlaví. Každý z nich však před vztahem, který mají dnes, již nějakou zkušenost měl. Nejbohatší zkušenost mají respondenti, kteří žili buď v rodině, nebo v zařízení koedukovaném.

Je partnerský vztah dvou lidí s MP plnohodnotný?

Z pohledu partnerů samotných zajisté ano. Pohledy lidí, kteří s lidmi s MP pracují se liší v závislosti na jejich subjektivních představách a požadavcích na partnerský vztah. Partneri s MP však svůj vztah vnímají jako plnohodnotný a nic, co by ve většině případů chybělo intaktním párům, jim ve vztahu nechybí. Nepotřebují mít dítě, aby se považovali za rodinu, nepotřebují spolu mít pohlavní styk, aby se považovali za milence, stejně jako nemají potřebu mít stejné příjmení, aby se považovali za manžele.

Žijí partneri sexuálním životem?

Dvě ze tří respondentek byly v rodině, ve které vyrůstaly fyzicky týrané. Jedna i sexuálně zneužívaná. Všechny tři mají špatnou zkušenost týkající se sexuality. Jedna respondentka byla znásilněna, druhé byly bez jejího vědomí odebrány ženské orgány a třetí ve čtrnácti letech otěhotněla a dítě, které porodila, musela dát k adopci. Na základě těchto zkušeností, a možná i dalších, které mi však nejsou známé, žádná z těchto žen nežila pohlavním životem. Přestože by s nimi chtěli jejich partneri mít pohlavní styk, všichni respektují to, že partnerka nechce nebo nemůže a berou to i za své rozhodnutí. Další věcí je fakt, že většina respondentů má pohlavní styk spojený s dítětem. Když dítě nechtějí, myslí si, že by neměli mít ani sex.

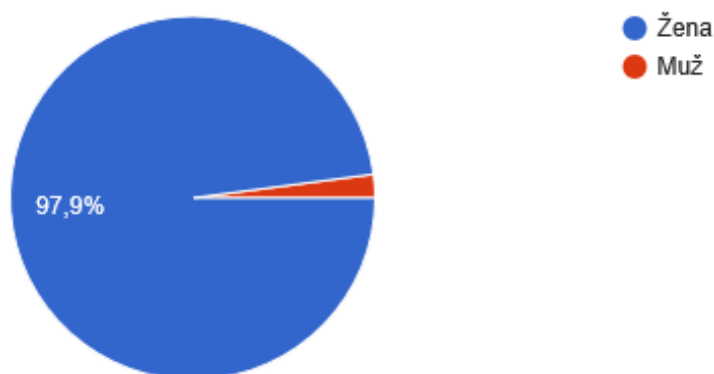
Nedá se však říci, že by nežili intimním životem. Vzájemně se objímají, hladí a líbají, a to je pro ně výrazem lásky a vzájemné náklonnosti. Víc pro spokojený partnerský život nepotřebují.

Touží partneři po dítěti stejně jako lidé intaktní?

V této oblasti má každý z respondentů jiné zkušenosti. Na základě rozhovorů s klienty a následně i se sociálními pracovníci, které klienty dobře znají soudím, že touha po dítěti lidí s MP a lidí intaktních se liší. Lidé s MP jsou v této oblasti velice snadno ovlivnitelní, a i když po dítěti zatouží, ze strany intaktní populace je jim to snadno vyvráceno. Když se zdravý pár rozhodne mít dítě, tak hledá cestu i přes případné překážky. Ženě s MP může však stačit jen panenka, aby uspokojila svou potřebu o někoho pečovat. Jedna z žen s MP dítě hned po narození dala k adopci, a i když to nebylo její rozhodnutí, je pro ni postačujícím vědět, že dítě měla. Déle neměla potřebu své dítě kontaktovat nebo si pořídit další. Respondentky také často ani přes touhu mít dítě nepřekonají špatnou zkušenost s pohlavním stykem. Co se mužů s MP týče, ve všech případech přejímají názor své partnerky, kterým se řídí. Když dítě nechce partnerka, tak ho nechtějí také.

5.4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM - ŠETŘENÍ Č. 2

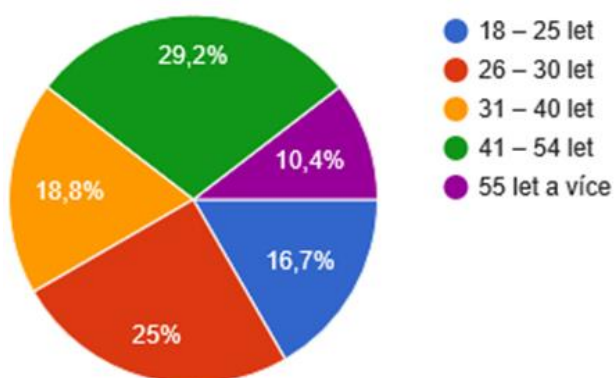
Dotazník vyplnilo celkem 48 respondentů, 47 žen a 1 muž. (viz Graf 1). Vzhledem ke značné převaze žen, budu při vyhodnocování dotazníku hovořit o respondentkách.



Graf 1 Jste muž nebo žena?

Ve věku:

18 - 25 let bylo 8 respondentek,
26 - 30 let bylo 12 respondentek,
31 - 40 let bylo 9 respondentek,
41 - 54 let bylo 14 respondentek,
55 let a více bylo 5 respondentek. (viz Graf 2)



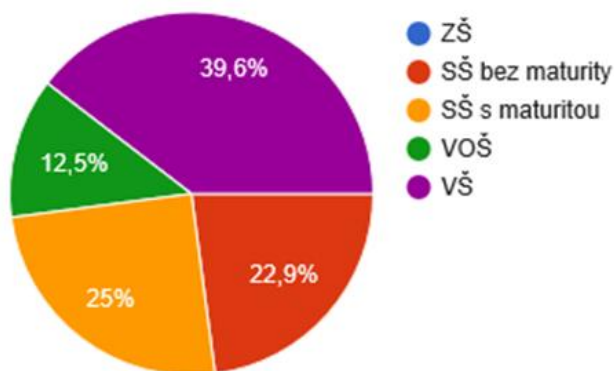
Graf 2 Kolik je Vám let?

Vaše dosažené vzdělání? (48 odpovědí)

ZŠ - 0 respondentek
SŠ bez maturity - 12 respondentek
SŠ s maturitou - 11 respondentek

VOŠ - 6 respondentek

VŠ - 12 respondentek (viz Graf 3)



Graf 3 Vaše dosažené vzdělání?

Bylo překvapivé kolik pracovník na pozici PSS má vystudovanou střední školu bez maturity, vzhledem k počtu vysokoškolsky vzdělaných lidí zastávajících stejnou pracovní pozici.

Obor, který jste vystudoval/a? (48 odpovědí)

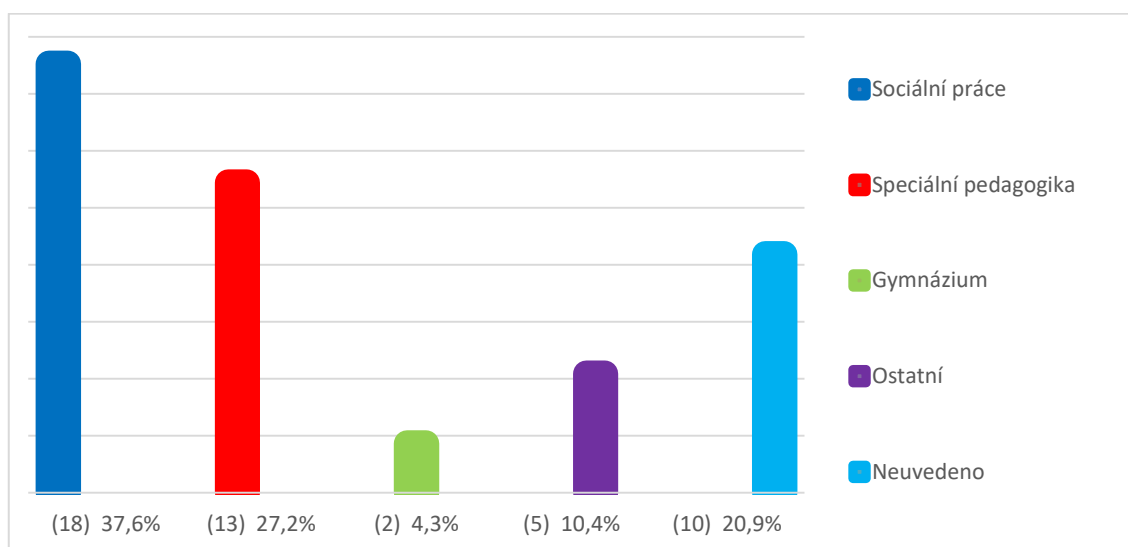
Sociální práce - 18 respondentek

Speciální pedagogika - 13 respondentek

Gymnázium - 2 respondentky

Mimo humanitní obor (např. zemědělství, prodej, podnikání,...) - 5 respondentek

Neuvedeno - 10 respondentek (viz Graf 4)



Graf 4 Obor, jaký jste vystudoval/a?

Studijní obor neuváděly zejména respondentky, které vystudovaly střední školu bez maturity.

Název zařízení v němž pracujete? (48 odpovědí)

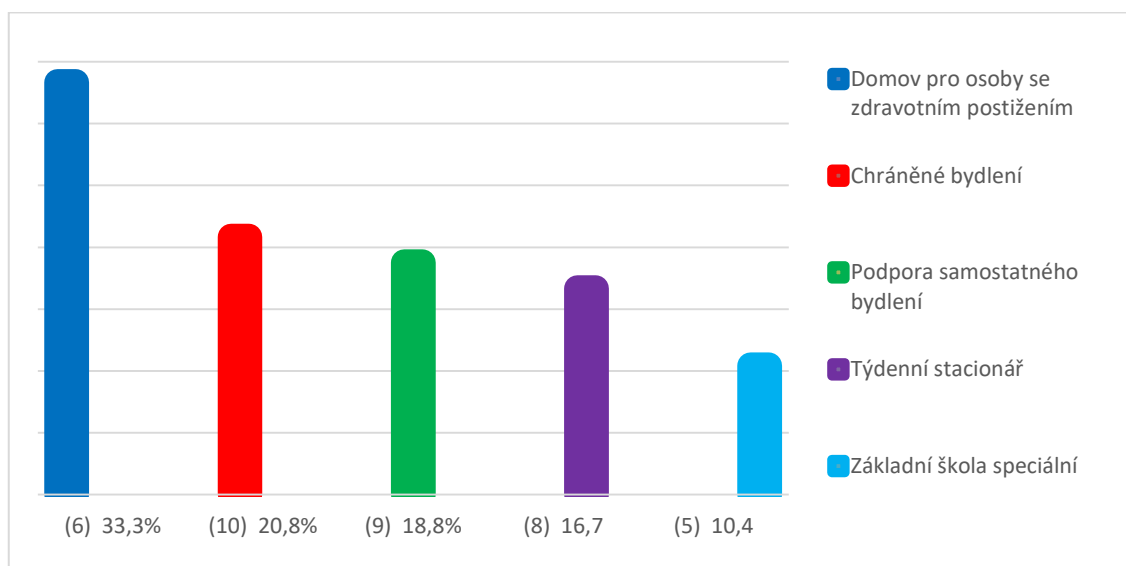
V zařízení: DOZP pracuje 6 respondentek,

CHB pracuje 10 respondentek,

PSB pracuje 9 respondentek,

týdenní stacionář pracuje 8 respondentek,

základní škola speciální pracuje 5 respondentek. (viz Graf 5)



Graf 5 Název zařízení, v němž pracujete?

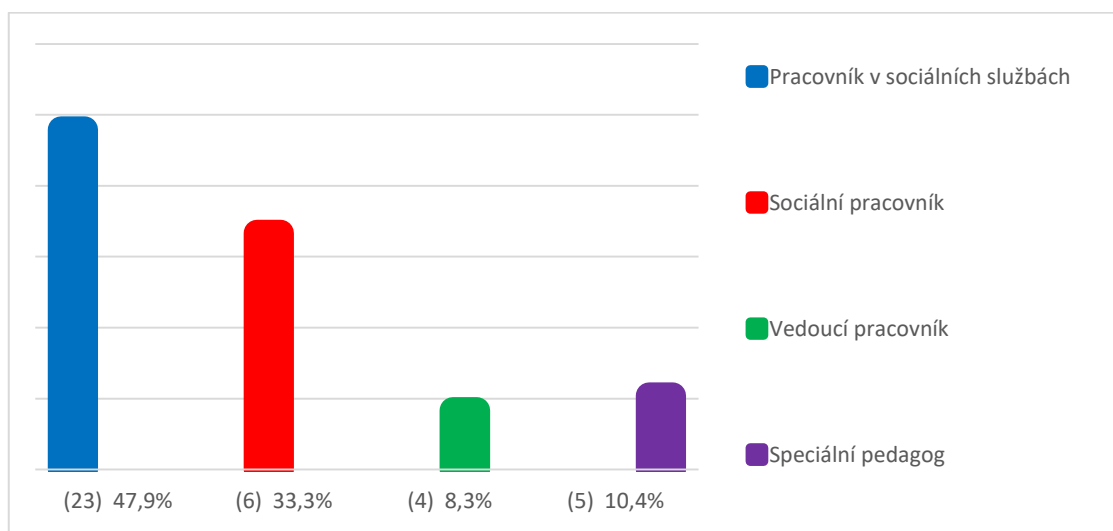
Vaše pracovní pozice v zařízení uvedeném výše? (48 odpovědí)

Na pracovní pozici: PSS pracuje 23 respondentek,

SP pracuje 6 respondentek,

vedoucí sociální služby pracují 4 respondentky,

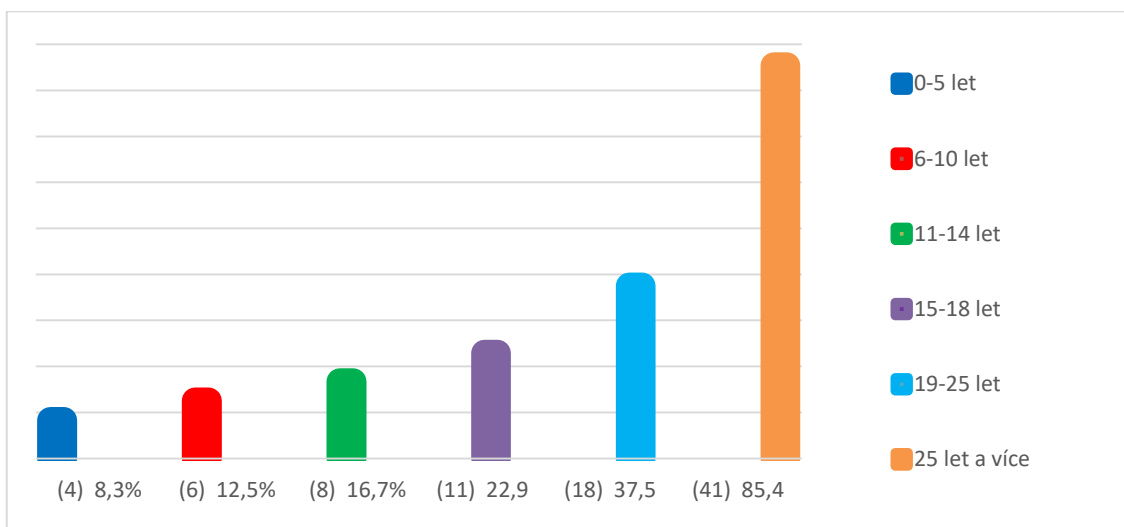
speciální pedagog pracuje 5 respondentek. (viz Graf 6)



Graf 6 Vaše pracovní pozice v zařízení uvedeném výše?

Jaké je věkové rozmezí klientů, se kterými pracujete? (48 odpovědí)

V této otázce respondenty mohly zaškrtnout více odpovědí. Nejfrekventovanější odpovědí bylo 25 let a více.



Graf 7 Jaké je věkové rozmezí klientů, se kterými pracujete?

Délka Vaší praxe v zařízení určených pro lidi s mentálním postižením?

(48 odpovědí)

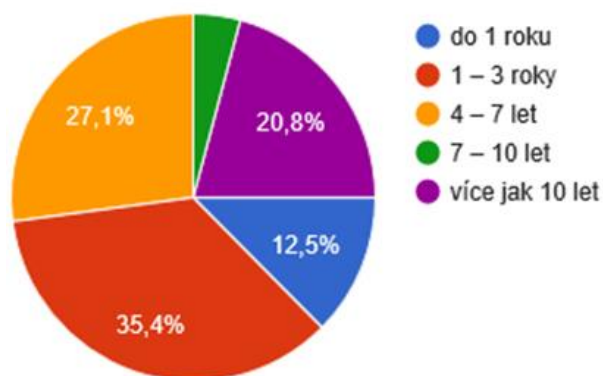
Do 1 roku - 6 respondentek

1 - 3 roky – 17 respondentek

4 - 7 let - 13 respondentek

7 - 10 let - 2 respondentky

Více jak 10 let - 10 respondentek (Viz Graf 8)

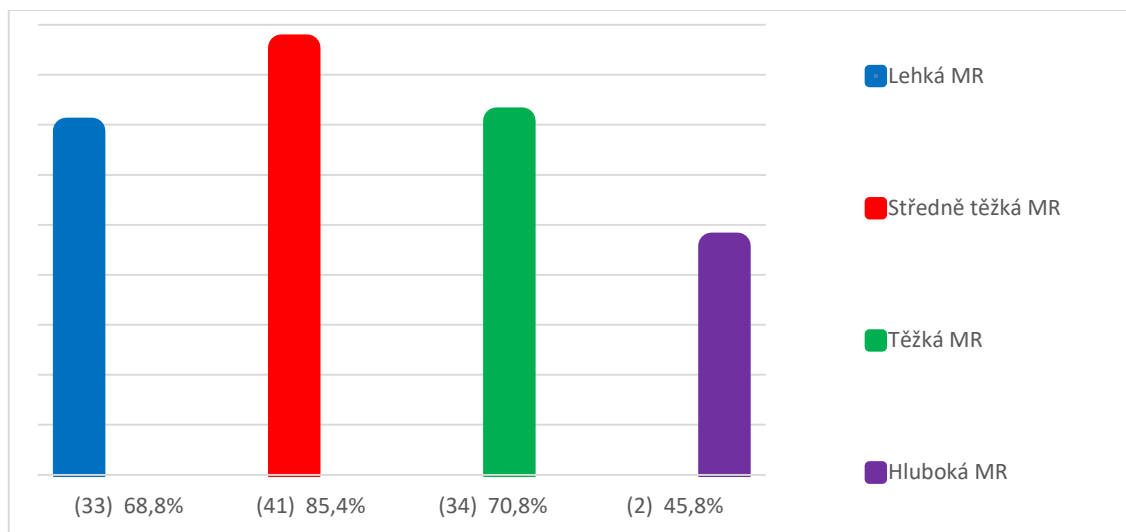


Graf 8 Délka Vaší praxe v zařízení určených pro lidi s MP?

Jaký je stupeň mentálního postižení u klientů, se kterými pracujete?

(48 odpovědí)

Bylo možno zaškrtnout více odpovědí. Žádná z odpovědí výrazně nepřevyšuje ostatní odpovědi. Nejvíce frekventovanou odpovědí však byla středně těžká MR a nejméně krát byla označena hluboká MR. (viz Graf 8)



Graf 8 Jaký je stupeň mentálního postižení u klientů se kterými pracujete?

Vzdělával/a jste se v problematice sexuality lidí s mentálním postižením?

(48 odpovědí)

Ano - 7 respondentek

Ano, ráda bych se v této problematice vzdělávala dále - 12 respondentek

Ne, ale ráda bych se v této problematice vzdělávala - 10 respondentek

Ne - 19 respondentek (viz Graf 9)



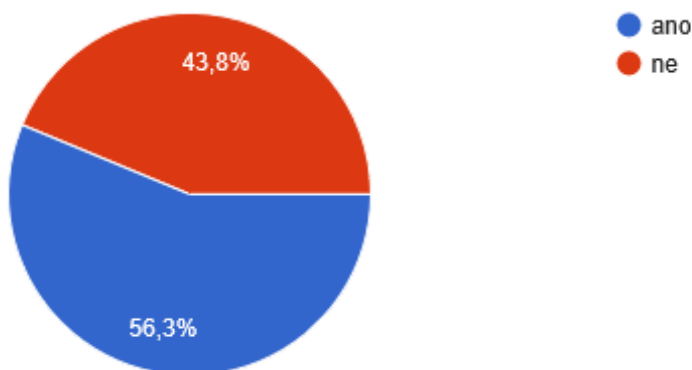
Graf 9 Vzdělával/a jste se v problematice sexuality lidí s MP?

Považujete vzdělávání sebe sama v problematice sexuality lidí s mentálním postižením za důležité pro výkon své profese?

(48 odpovědí)

Ano - 27 respondentek

Ne - 21 respondentek (viz Graf 10)



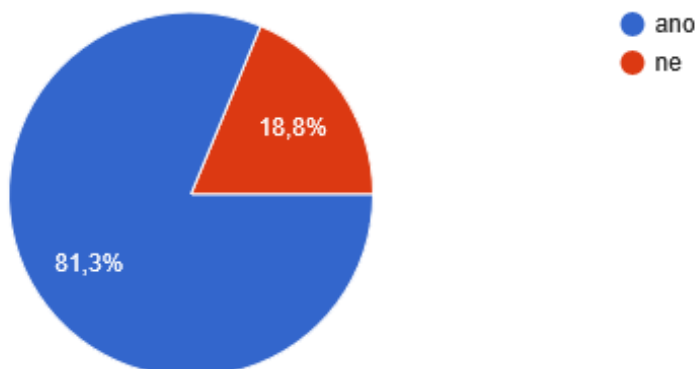
Graf 10 Považujete vzdělávání sebe sama v problematice sexuality lidí s MP za důležité pro výkon své profese?

Setkal/a jste se v zařízení, ve kterém pracujete, s projevy sexuality uživatelů služby?

(48 odpovědí)

Ano - 39 respondentek

Ne - 9 respondentek



Graf 11 Setkal/a jste se v zařízení, ve kterém pracujete, s projevy sexuality uživatelů služby?

S jakými projevy sexuality uživatelů služby jste se setkal/a?

39 respondentek, které na výše uvedenou otázku odpovědělo Ano, zaškrtovalo konkrétní situace, se kterými se setkaly:

Masturbace - 35 odpovědí

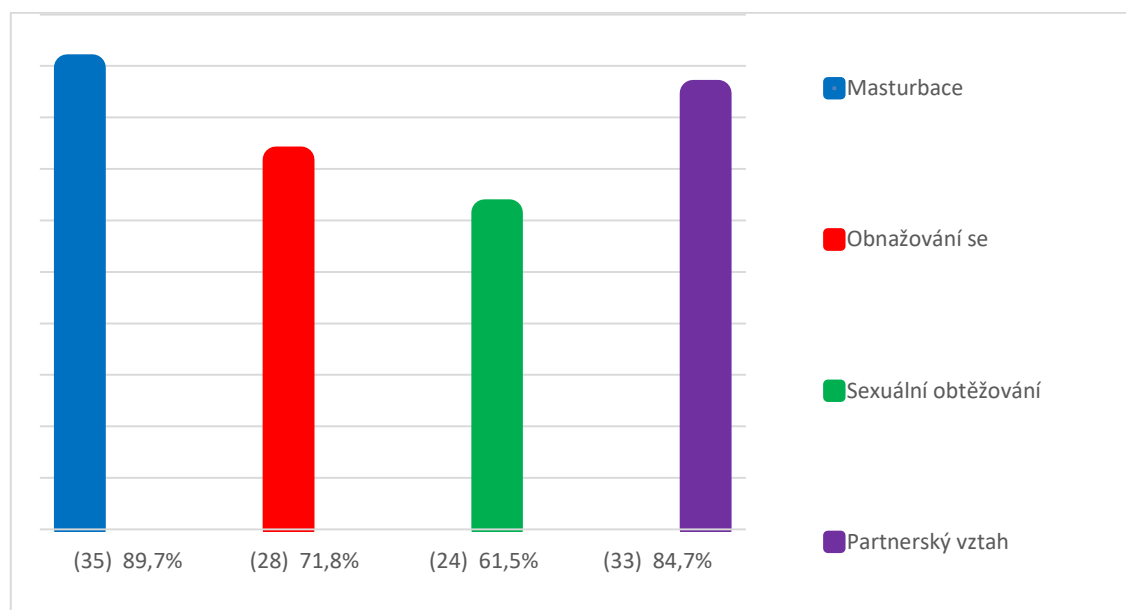
Obnažování se před ostatními - 28 odpovědí

Sexuální obtěžování pracovníka/jiného uživatele služby - 24 odpovědí

Partnerský vztah mezi uživateli - 33 odpovědí

Homosexuální projevy - 21 odpovědí

Pohlavní styk - 19 odpovědí (viz Graf 10)



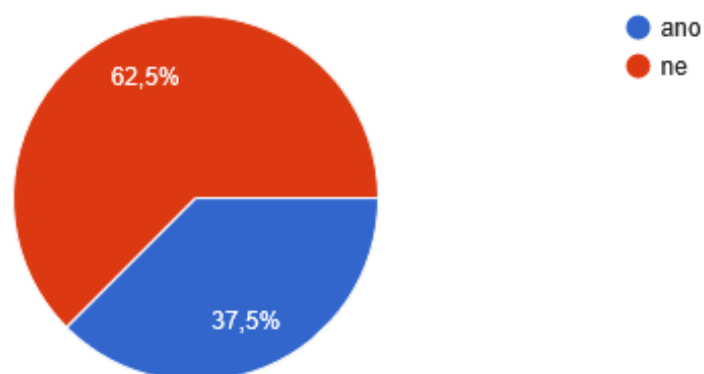
Graf 12 S jakými projevy sexuality uživatelů služby jste se setkal/a?

Zabýváte se ve Vaší organizaci problematikou sexuality, partnerství a rodičovství lidí s MP?

(48 odpovědí)

Ano - 18 odpovědí

Ne - 30 odpovědí (viz Graf 13)

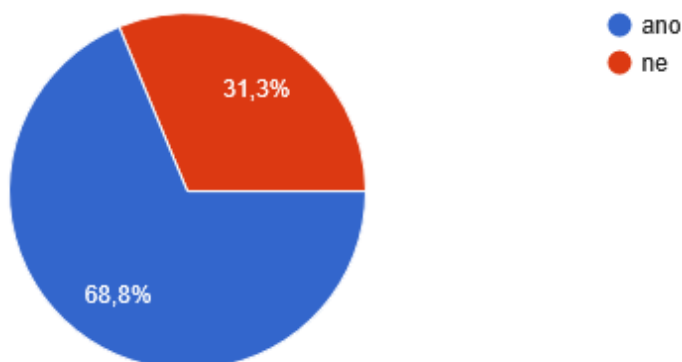


Graf 13 Zabýváte se ve vaší organizaci problematikou sexuality, partnerství a rodičovství lidí s MP?

Považujete zabývání se touto problematikou za důležité? (48 odpovědí)

Ano - 33 odpovědí

Ne - 15 odpovědí (viz Graf 14)



Graf 14 Považujete zabývání se touto problematikou za důležité?

Poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality?

(48 odpovědí)

Ano - 12 odpovědí

Ne, není to potřeba - 17 odpovědí

Ne, nejsou personální zdroje - 5 odpovědí

Ne, nejsou finanční zdroje - 0 odpovědí

Ne, ale myslím si, že by zařízení mělo takové programy poskytovat - 14 odpovědí (viz Graf 15)



Graf 15 Poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality?

Jaké metody a postupy používáte při přímém informování klientů s MP o této problematice? (48 odpovědí)

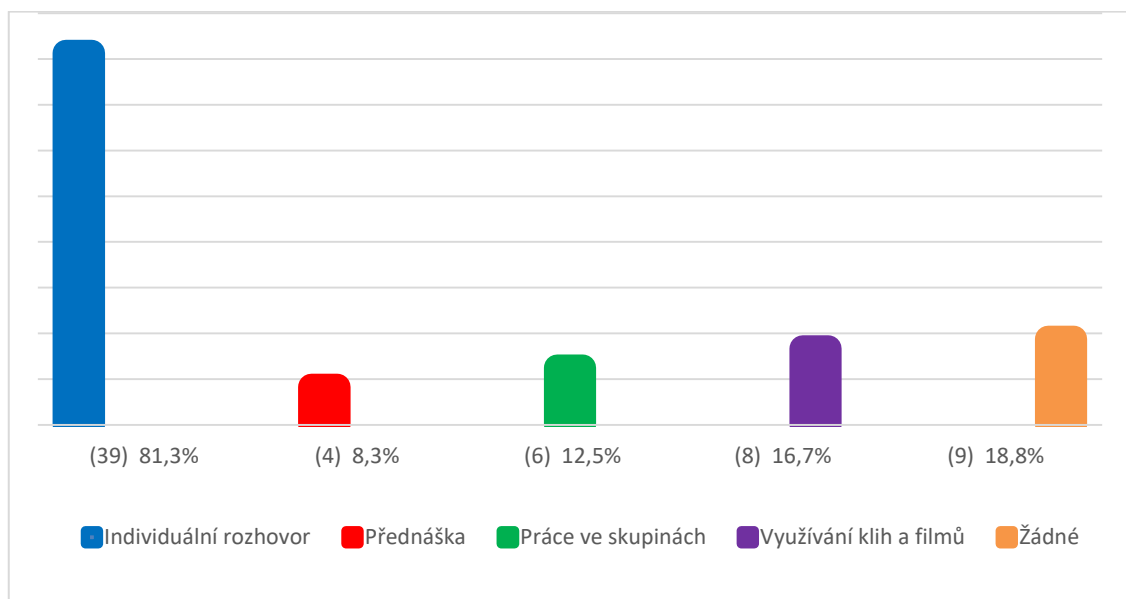
Individuální rozhovor - 39 odpovědí

Přednáška – 4 odpovědí

Práce ve skupinách (aktivní spolupráce klientů) - 6 odpovědí

Využívání knih, filmů a audiovizuálních pomůcek – 8 odpovědí

Žádné - 9 odpovědí (viz Graf 16)



Graf 16 Jaké metody a postupy používáte při přímém informování klientů s MP o této problematice?

Kdo je ve Vaší organizaci pověřen informovat klienty o této problematice?

(39 odpovědí)

Od 39 respondentek zaznělo 44 odpovědí (viz Graf 17):

SP - 12 odpovědí

PSS - 7 odpovědí

Pečovatelka - 4 odpovědí

Zdravotní sestra - 3 odpovědí

Klíčový pracovník - 4 odpovědí

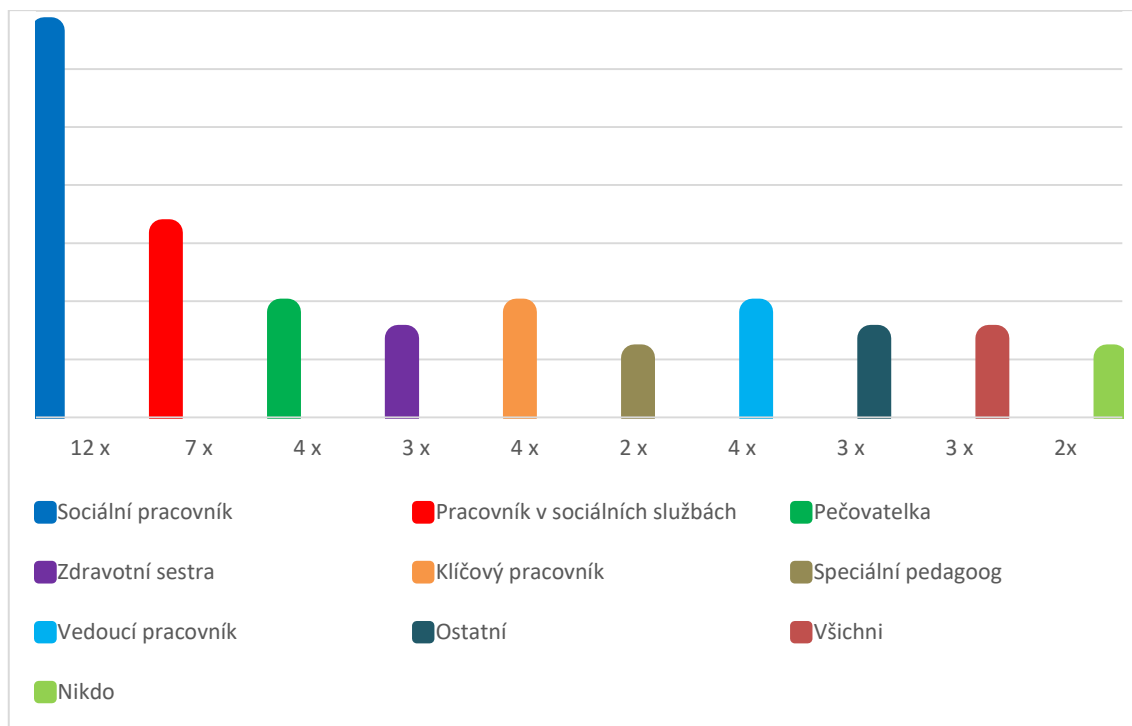
Speciální pedagog - 2 odpovědí

Vedoucí pracovník - 4 odpovědí

Ostatní - Externí pracovník - 1 odpověď, Metodik - 1 odpověď, Psycholog - 1 odpověď

Všichni - 3 odpovědí

Nikdo - 2 odpovědi



Graf 17 Kdo je ve Vaší organizaci pověřen informovat klienty o této problematice?

Absolvoval pověřený pracovník kurz či jiné vzdělávání zaměřené na sexualitu, partnerství, rodičovství u lidí s MP?

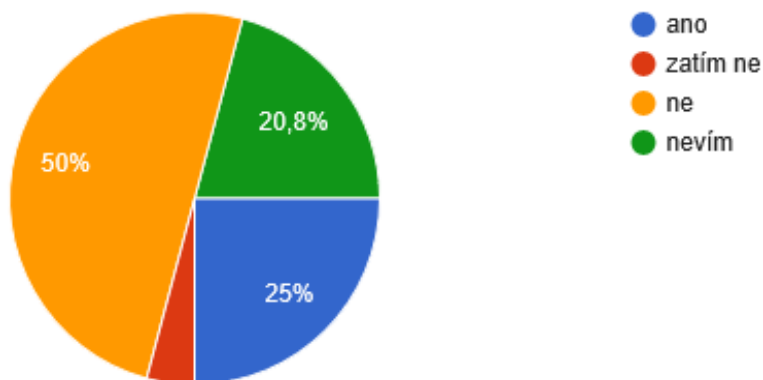
(48 odpovědí)

Ano - odpovědělo 12 respondentek.

Zatím ne - odpověděly 2 respondentky.

Ne - odpovědělo 24 respondentek.

Nevím - odpovědělo 10 respondentek. (viz Graf 18)



Graf 18 Absolvoval pověřený pracovník kurz či jiné vzdělávání zaměřené na sexualitu, partnerství a rodičovství u lidí s MP?

Je v zařízení, ve kterém pracujete, zpracován protokol o sexualitě a vztazích (popř. obsahově obdobný dokument)?

(48 odpovědí)

Ano, jsem s ním obeznámen/a - 6 odpovědí.

Ano, ale nejsem s ním obeznámen/a - 10 odpovědí.

Ne, ani bych to nepovažoval/a za přínosné - 5 odpovědí.

Ne, ale měl by být takový dokument v zařízení zpracován - 12 odpovědí.

Nevím - 15 odpovědí.



Graf 19 Je v zařízení, ve kterém pracujete, zpracován protokol o sexualitě a vztazích?

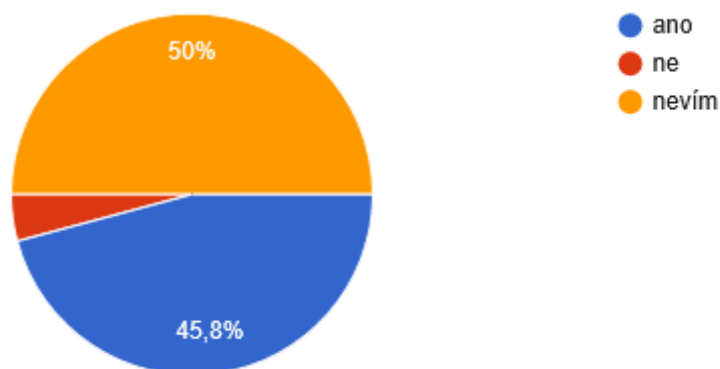
Vnímáte protokol o sexualitě a vztazích jako přínosný při řešení otázek týkajících se sexuality uživatelů zařízení?

(48 odpovědí)

Ano - 22 odpovědí.

Ne - 2 odpovědi.

Nevím - 24 odpovědi.



Graf 20 Vnímáte protokol o sexualitě a vztazích jako přínosný při řešení otázek týkajících se sexuality uživatelů zařízení?

V čem spatřujete přínos protokolu o sexualitě a vztazích? (48 odpovědí)

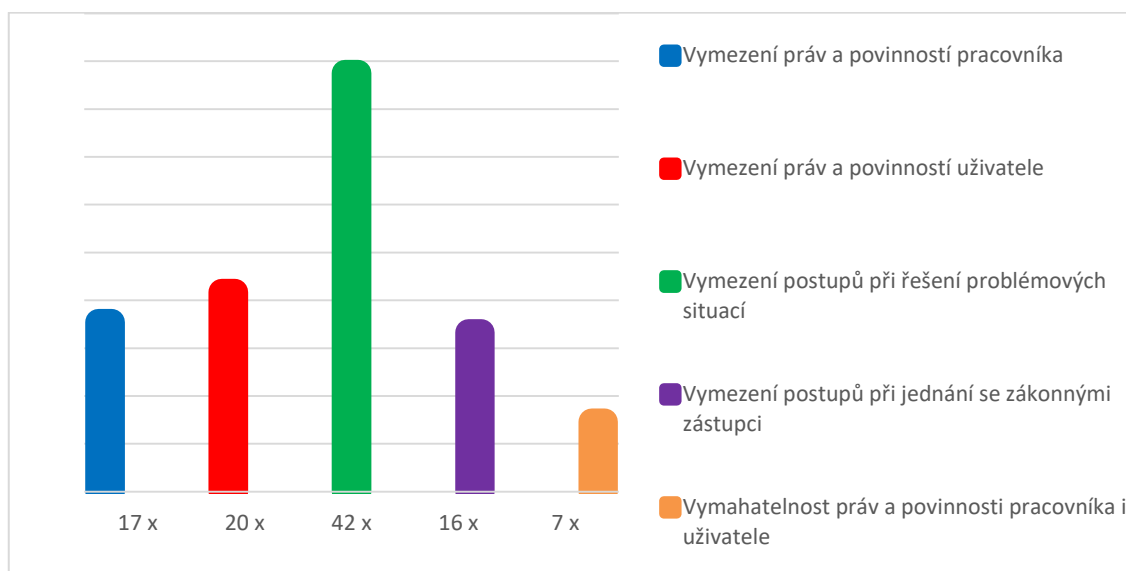
Vymezení práv a povinností pracovníka - 17

Vymezení práv a povinností uživatele - 20

Vymezení postupů při řešení problematických situací - 42

Vymezení postupů při jednání s rodiči (zákonnými zástupci) uživatele - 16

Vymahatelnost práv a povinností pracovníka i uživatele - 7 (viz Graf 21):



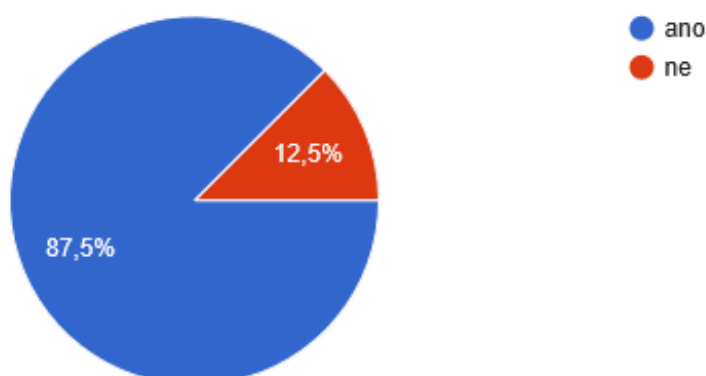
Graf 21 V čem spatřujete přínos protokolu o sexualitě a vztazích?

Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy?

(48 odpovědí)

Ano - 42 odpovědí.

Ne - 6 odpovědí. (viz Graf 22)

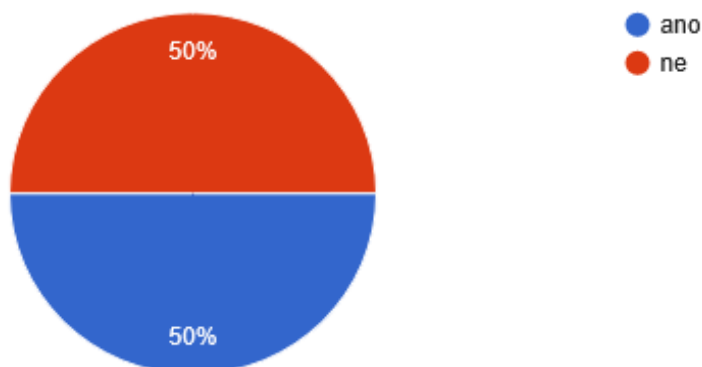


Graf 22 Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy?

Myslíte si, že by páry s MP měly mít možnost uzavírat manželství? (48 odpovědí)

Ano - 24 odpovědí.

Ne - 24 odpovědí. (viz Graf 23)



Graf 23 Myslíte si, že by páry s MP měly mít možnost uzavírat manželství?

Proč by podle Vás měly/neměly mít páry s MP tuto možnost? (32 odpovědí)

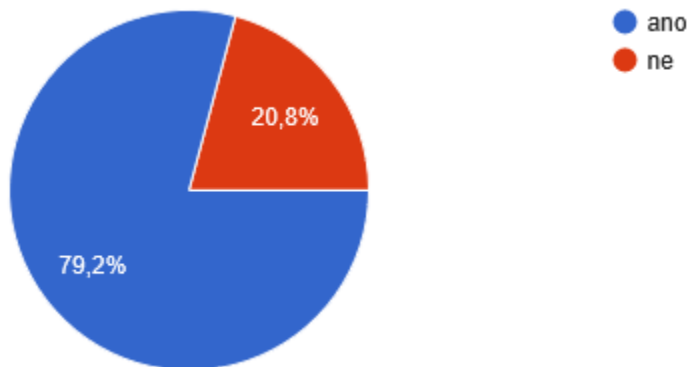
Odpůrci uzavírání manželství mezi lidmi s mentálním postižením argumentují nejčastěji tím, že manželství je velká odpovědnost, kterou tyto páry nezvládnou. Častý byl také argument, že lidé se MP často vůbec nechápu smysl manželství a nejsou schopni žít kvalitní manželský život bez pomoci třetí osoby. Dalším frekventovaným argumentem bylo, že lidé s MP nerozumí právním důsledkům manželství a nejsou schopni posoudit dopady tohoto právního aktu. Respondenti ze strany odpůrců zastávají názor, že spolu takový pár může žít jen tak, bez uzavření manželství. Popřípadě se může provést neoficiální obřad, bez právních dopadů.

Příznivci uzavírání manželství mezi lidmi s MP argumentují tím, že je to jedno ze základních občanských práv a není důvod jim toto právo upírat. I lidé s MP chtějí mít určitou jistotu ve vztahu a chtějí žít jako ostatní zdraví lidé. Partnerské vztahy a manželství vnímají jako dospění lidé a podle zkušeností respondentů jsou ve vztazích většinou stálí. Manželství je součástí života, a pokud se dva lidé mají rádi a chtějí se vzít, nikdo by jim v tom neměl bránit, i přesto, že budou potřebovat v manželství podporu třetí osoby. Manželství je vyústění partnerského vztahu, a i lidé s MP mají potřebu svůj vztah utvrdit. Nebývá ani výjimečné, když se pár chce vzít z náboženských důvodů.

Myslíte si, že lidé s MP mohou vést sexuální život jako lidé bez postižení?
(48 odpovědí)

Ano - 38 odpovědí

Ne - 10 odpovědí (viz Graf 24)



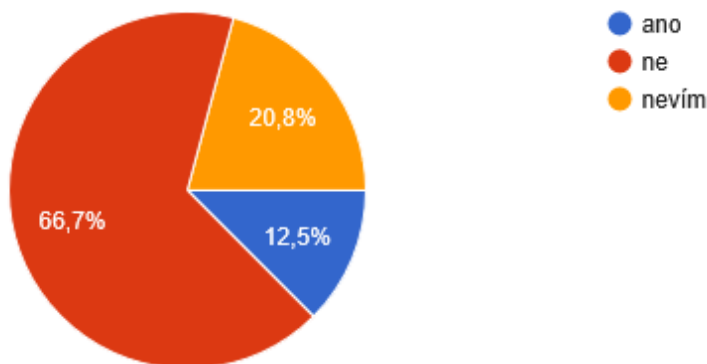
Graf 24 Myslíte si, že lidé s MP mohou vést sexuální život jako lidé bez postižení?

Měli by podle Vašeho názoru mít lidé s MP možnost mít děti? (48 odpovědí)

Ano - 32 odpovědí

Ne - 6 odpovědí

Nevím - 10 odpovědí (viz Graf 25)



Graf 25 Měli by podle Vašeho názoru mít lidé s MP možnost mít děti?

Pokud jste v otázce odpověděli Ano nebo Ne, udejte prosím důvod proč?
(37 odpovědí)

Odpůrci toho, aby lidé s MP měli děti, argumentují ve většině případů tím, že takoví rodiče výchovu dítěte jednoduše nezvládnou a výchovu dítěte bude muset převzít třetí osoba, nebo dítě skončí v dětském domově. Tento argument často doprovázela i obava, že dítě bude také postižené. Dalším argumentem proti bylo také finanční zatížení, které lidé s MP nejsou schopni řešit. Často se nedokáží postarat sami o sebe, ať už po stránce fyzické nebo finanční, tudíž se nemohou postarat ani o dítě. U rodičů

s MP může hrozit i neúmyslné zanedbávání nebo týrání dítěte. Jedna respondentka uvedla příklad, na kterém je jasné, že i z právního hlediska je toto téma velice sporné. Jednalo se o případ, kdy matka umístila do DOZP již dospělou dceru. Dcera otěhotněla a její matka domov žalovala kvůli zanedbání péče.

Zastánci toho, aby lidé s MP mohli mít děti, používali argumenty typu „Kdo jsem, abych někomu zakazoval/a mít děti? Bůh?“ (Anonym); „Rodič s MP je stejně milující a pečující jako rodič bez MP.“ (Anonym); „Každý má nárok na to mít děti.“ (Anonym). Ve většině případů, kdy respondentky odpověděly na otázku „Ano“, však následně odpovídaly tak, že je to individuální a že by to umožnily jen lidem s lehkým MP.

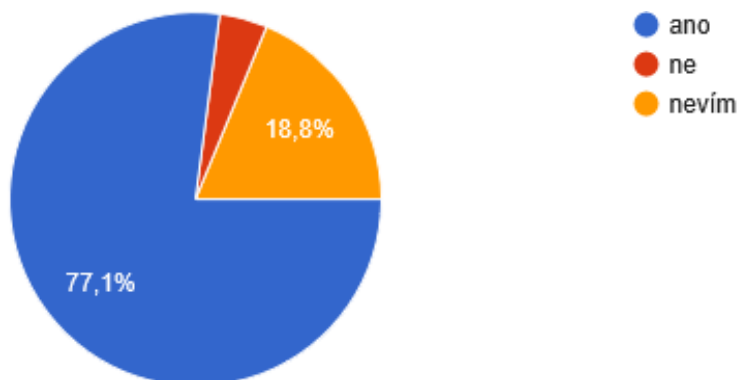
Myslíte si, že mentálně postižení rodiče by měli žít společně jako rodina?

(48 odpovědí)

Ano - 37 odpovědí

Ne - 9 odpovědí

Nevím - 2 odpovědí (viz Graf 26)



Graf 26 Myslíte si, že MP rodiče by měli žít společně jako rodina?

Myslíte, že lidé s MP jsou schopni poskytnout potřebnou péči svým dětem v oblasti citové, tělesné i psychické?

(48 odpovědí)

Ano - 31 odpovědí

Ne - 14 odpovědí

Jen v některých případech - 3 odpovědí (viz Graf 27)



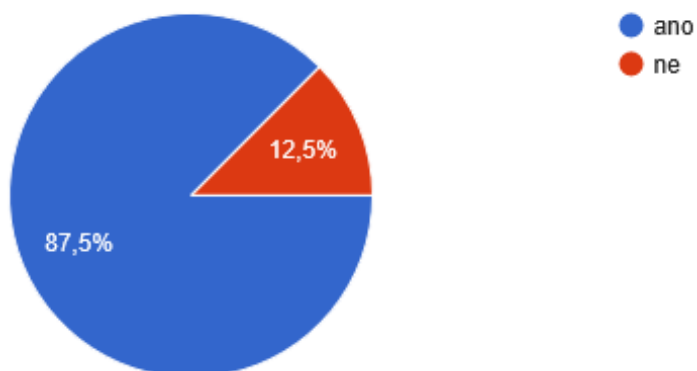
Graf 27 Jsou schopni lidé s MP poskytnout potřebnou péči svým dětem v oblasti citové, tělesné a psychické?

Doporučil(a) byste, aby mentálně postižení rodiče žili s osobou bez postižení, která by jim s péčí o dítě pomáhala?

(48 odpovědí)

Ano - 42 odpovědí

Ne - 6 odpovědí (viz Graf 28)



Graf 28 Doporučil(a) byste, aby MP rodiče žili s osobou bez postižení, která by jim s péčí pomáhala?

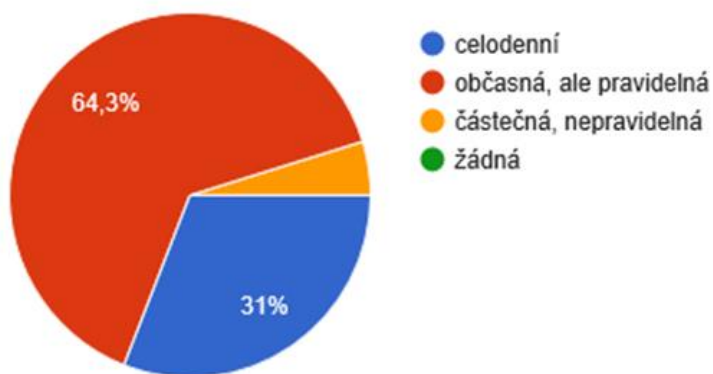
Měla by pomoc rodičům s mentálním postižením být: (42 odpovědí)

Celodenní - 13 odpovědí

Občasná, ale pravidelná - 27 odpovědí

Částečná, nepravidelná - 2 odpovědí

Žádná – 0 odpovědí (viz Graf 29)



Graf 29 Jak intenzivní by měla být pomoc rodičům s MP?

Pokud by jim měl pomáhat člověk bez postižení, kdo by to v nejlepším případě měl být?

(42 odpovědi)

Kvalifikovaný SP - 16 odpovědí

Rodinný příslušník (matka, sestra, teta, ...) - 12 odpovědí

Člověk bez mentálního postižení - 9 odpovědí

Ostatní (Kombinace: rodinný příslušník a SP) - 5 odpovědí (viz Graf 30)



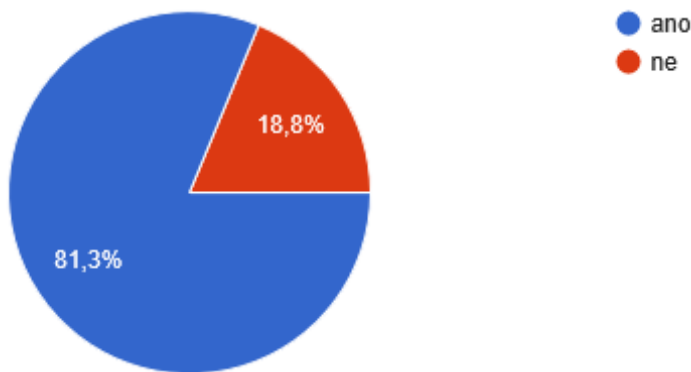
Graf 30 Pokud by jim měl pomáhat člověk bez postižení, kdo by to měl být?

Myslíte si, že mentálně postižení rodič by měl využívat běžné služby určené rodičům zároveň s lidmi bez postižení (předporodní kurzy, plavání rodičů s dětmi, mateřská centra...)?

(48 odpovědi)

Ano - 9 odpovědí

Ne - 39 odpovědí (viz Graf 31)



Graf 31 Měl by MP rodič využívat běžné služby určené rodičům zároveň s lidmi bez postižení?

Proč si myslíte, že by tomu tak mělo/nemělo být? (35 odpovědí)

Odpůrci z řad respondentek argumentují tím, že lidé s MP potřebují individuální přístup, pomalejší tempo a celkově jiný edukační přístup. Nemuseli by kurzu porozumět a průběh kurzu by mohli narušovat, a tak ho zneprzyjemnit ostatním rodičům bez postižení.

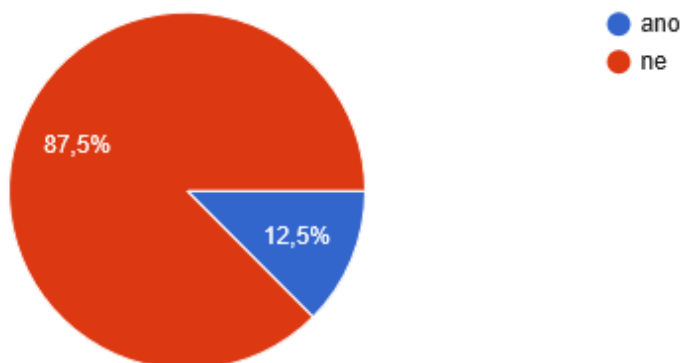
Naopak zastánci tvrdí, že je to nejlepší možné začlenění do společnosti. Lidé s MP mají stejná práva jako kdokoli jiný, proto není důvod proč by kurzy navštěvovat neměli. Mají na to právo a je to běžné. V některých případech respondentky uvádí, že sdílení pocitů a zážitků s intaktními rodiči může být MP rodičům k užítku.

Myslíte si, že český stát dostatečně pomáhá lidem s mentálním postižením v roli rodičů, z hlediska podpory rodiny, služeb....?

(48 odpovědí)

Ano - 6 odpovědí

Ne - 42 odpovědí (viz Graf 32)



Graf 32 Pomáhá český stát dostatečně lidem s MP v roli rodičů z hlediska podpory rodiny, služeb?

Měly by těhotné ženy s MP konzultovat porod s pracovníky porodního oddělení?

(48 odpovědí)

Ano, za přítomnosti asistenta - 47 odpovědí

Ano, bez asistenta - 1 odpověď

Ne – 0 odpovědí (viz Graf 33)



Graf 33 Měly by těhotné ženy s MP konzultovat porod s pracovníky porodního oddělení?

Myslíte si, že by měl být u porodu své partnerky s mentálním postižením přítomen i otec s mentálním postižením?

(48 odpovědí)

Ano – 14 odpovědí

Ne – 4 odpovědí

Individuální od případu – 30 odpovědí (viz Graf 34)



Graf 34 Myslíte si, že by měl být u porodu ženy s MP přítomen i její partner s MP?

Pokud jste v otázce odpověděli Ano nebo Ne, udejte prosím důvod proč?

(17 odpovědí)

Odpověď ano respondentky odůvodňovaly tak, že se jedná o běžnou a v dnešní době přirozenou věc, tak není důvod proč by partner u porodu být neměl. Poukazují na

výhody jak pro partnera, pro kterého je to velice cenná zkušenost, tak pro partnerku, která má v partnerovi oporu.

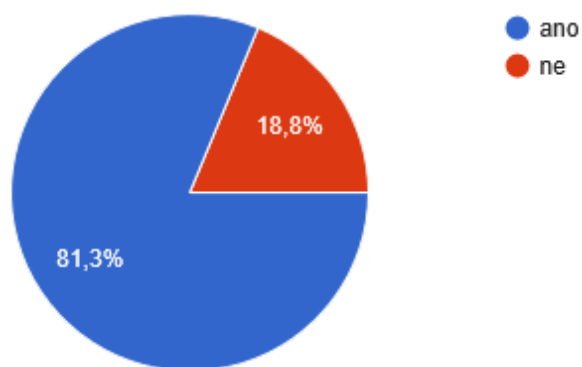
Odpověď ne respondentky odůvodňovaly tím, že porod by mohl partnera rozrušit a vyvolat u něj nečekanou reakci, která by byla v dané situaci velice nežádoucí.

Myslíte si, že by měl být podporován partnerský vztah v ústavech soc. péče společných pro muže a ženy s mentálním postižením?

(48 odpovědí)

Ano - 39 odpovědí

Ne - 9 odpovědí (viz Graf 35)



Graf 35 Myslíte si, že by měl být podporován partnerský vztah v ÚSP společných pro muže a ženy s MP

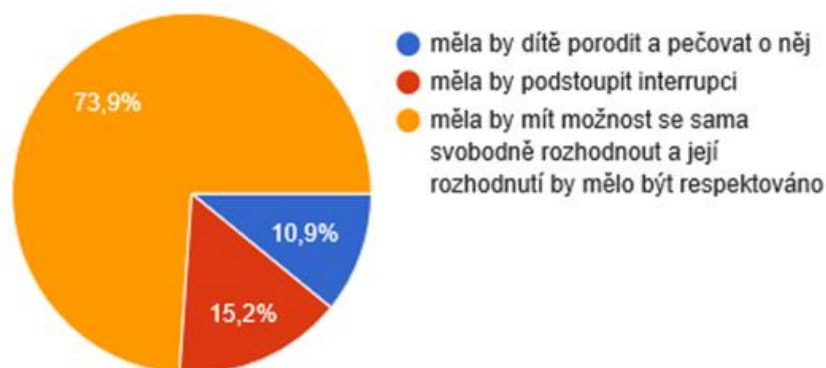
Myslíte si, že v případě otěhotnění ženy s poruchou intelektu, by žena měla mít možnost dítě porodit a následně se o něj starat, či by měla podstoupit interrupci?

(46 odpovědí)

Měla by dítě porodit a pečovat o něj - 5 odpovědí

Měla by podstoupit interrupci - 7 odpovědí

Měla by mít možnost se sama svobodně rozhodnout a její rozhodnutí by mělo být respektováno - 34 odpovědí (viz Graf 36)



Graf 36 Myslíte si, že v případě otěhotnění ženy s poruchou intelektu, by žena měla mít možnost dítě porodit a následně se o něj starat, či by měla podstoupit interrupci?

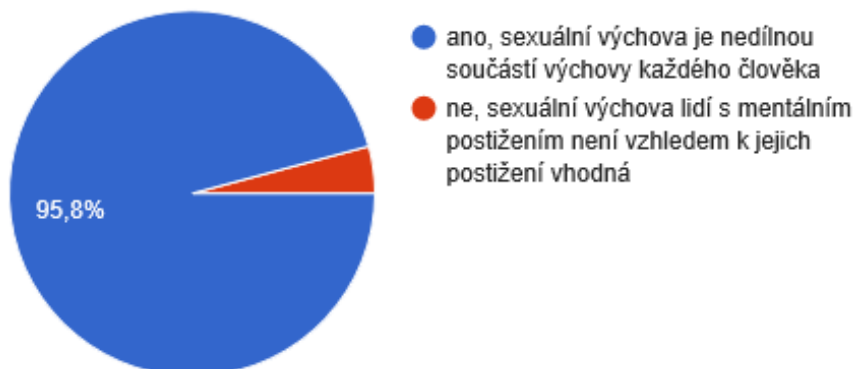
Považujete sexuální výchovu a osvětu lidí s mentálním postižením za přínosnou pro jejich život?

(48 odpovědí)

Ano, sexuální výchova je nedílnou součástí výchovy každého člověka - 46 odpovědí

Ne, sexuální výchova lidí s MP není vzhledem k jejich postižení vhodná - 2 odpovědi

(viz Graf 37)



Graf 37 Považujete sexuální výchovu a osvětu lidí s MP za přínosnou pro jejich život?

Kdo by měl být realizátorem sexuální výchovy a osvěty lidí s mentálním postižením?

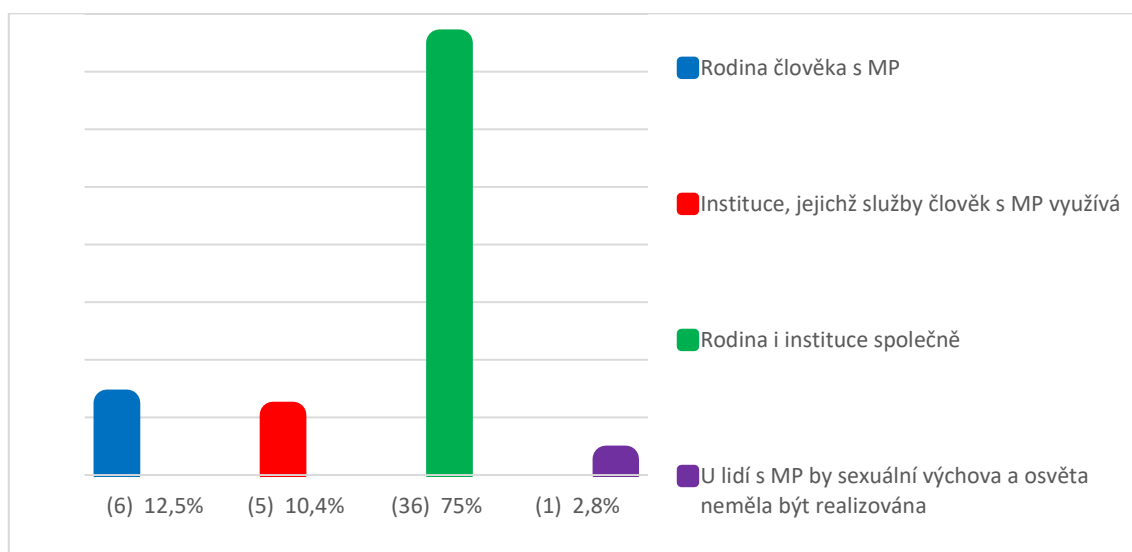
(48 odpovědí)

Rodina člověka s MP - 14 odpovědí

Instituce, jejichž služby člověk s MP využívá (škola, denní stacionář, CHB apod.) - 11 odpovědí

Rodina i instituce společně - 36 odpovědí

U lidí s MP by sexuální výchova a osvěta neměla být realizována – 1 odpověď (viz Graf 38)



Graf 38 Kdo by měl být realizátorem sexuální výchovy a osvěty lidí s MP?

Sexualita, partnerství a rodičovství je široký pojem. Které z oblastí by se mělo věnovat více pozornosti?

(48 odpovědí)

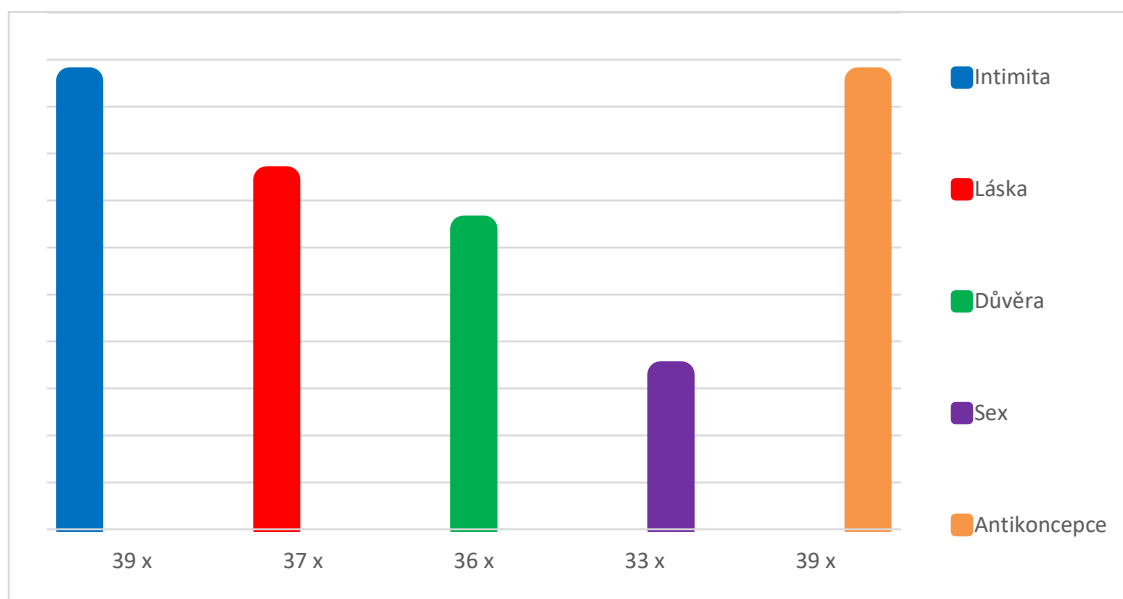
Intimita – 39 odpovědí

Láska – 37 odpovědí

Důvěra - 36 odpovědí

Sex - 33 odpovědí

Antikoncepce - 39 odpovědí



Graf 39 Které z oblastí by se mělo věnovat více pozornosti?

ZHODNOCENÍ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Budou lidé pracující s MP lidmi souhlasit s rodičovstvím lidí s MP?

Většina respondentek zásadně nesouhlasí s tím, aby mentálně postižení lidé měli děti. Stejně tak uvádějí, že tito lidé nejsou schopni dítěti zabezpečit potřebnou výchovu a bezpečný domov. V případě, že se tak přeci jen stane a žena s MP otěhotní, respondentky zastávají názor, že by žena měla mít možnost se sama rozhodnout, zda půjde na interrupci, nebo dítě porodí a bude se o něj starat. Rozhodnutí ženy by mělo být respektováno. Rodiče s MP by pak měli žít společně s dítětem jako rodina, ale měl by s nimi žít ještě někdo (člověk bez mentálního postižení), kdo bude občas, avšak s jistou pravidelností na výchovu a zdraví dítěte dohlížet. Dle respondentek by to měl být kvalifikovaný SP, popřípadě rodinný příslušník nebo jakýkoli jiný člověk bez mentálního postižení.

Jsou postoje lidí pracujících s MP lidmi vůči sexualitě lidí s MP spíše negativní, nebo pozitivní?

Většina respondentek si myslí, že lidé s MP mohou vést sexuální život úplně stejně jako lidé bez postižení. Považují to za přirozenou součást života jak u lidí intaktních, tak u lidí postižených. Je to přirozená lidská potřeba a není důvod proč lidem s mentálním postižením bránit v jejím uspokojení. Většina respondentek také přiznává, že se s projevy sexuality u klientů setkala. Ve většině případů se jedná o autoerotiku, na druhém místě jsou pak partnerské vztahy, v závěsu je obnažování na veřejnosti, sexuální obtěžování druhé osoby, homosexuální projevy a na posledním místě pohlavní styk.

Mají lidé pracující s MP lidmi zkušenost se vzděláváním sebe sama v oblasti partnerství, rodičovství a sexuality osob s MP?

Většina respondentek se v oblasti partnerství, rodičovství a sexuality nevzdělávala. Jedna třetina z nich by se však v této problematice vzdělávala ráda. Překvapivé bylo, že téměř polovina respondentek vzdělávání sebe sama v této problematice nepovažuje za důležité. O vzdělávání v tomto směru jsem očekávala větší zájem. Nezájem pracovníků o vzdělávání v tomto směru však může pramenit i z nezájmu samotného zařízení, ve kterém pracovníci pracují. Většina respondentek totiž uvedla, že zařízení, ve kterém pracují se touto problematikou také nezabývá.

Podporují se partnerské vztahy MP lidí i v zařízení, které k tomu není primárně určeno?

V drtivé většině zařízení, ve kterém respondentky pracují, mohou uživatelé služby navazovat partnerské vztahy, a to i v případě, že k tomu zařízení není primárně určeno. Přesto, že partnerské vztahy klientů jsou podporovány, zařízení se problematikou blíže nezabývá. Respondentky také ve většině případů považují za důležité, aby se v zařízení, ve kterém pracují, touto problematikou zabývalo. To je trochu paradoxní vzhledem k tomu, že sami se danou problematikou blíže zabývat nechtějí.

Jak ukázalo výzkumné šetření, v konkrétních zařízeních je situace velmi různá. V některých zařízeních, i když je jich zatím menšina, již existuje protokol o sexualitě a vztazích. Pracovníci těchto zařízení označovali protokol za přínosný. Největší přínos protokolu respondentky spatřují ve vymezení postupů řešení problematických situací. Co mi ale přišlo znepokojivé je to, že velká část respondentek vůbec neví zda je v zařízení ve kterém pracují protokol o sexualitě a vztazích nebo jemu obsahově podobný dokument zpracován. Výjimkou nebyly ani odpovědi, že protokol zpracován sice je, ale ony s ním nejsou obeznámeny.

5.5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI

Hlavním cílem empirické části diplomové práce bylo poznat prostředí, ve kterém partneři žijí, seznámit se s jejich životními příběhy, jejich partnerským životem a zjistit, jak na danou problematiku nahlíží lidé, kteří o lidi s MP pečují. Za velmi přínosné považují uskutečnění rozhovorů v domácím přirozeném prostředí u klientů doma, kde se cítili bezpečně. Atmosféra při rozhovoru byla vždy příjemná a přesto, že se jednalo o citlivá témata, respondenti byli velice vstřícní. Bylo tomu tak i díky sociální pracovníci, která do rozhovoru sice nezasahovala, ale byla důležitou součástí rozhovoru, protože když byli respondenti z položené otázky vyvedeni z míry, obraceli se na známou tvář sociální pracovníce a odpovídali jejím směrem. V neposlední řadě byl rozhovor i samotné setkání s uživateli služby v jejich domácím prostředí velkým přínosem i v tom, abych si o nich udělala komplexnější obrázek. Bylo zajímavé pozorovat reakce respondentů, a také jejich vzájemné doplňování. Při každé návštěvě bylo hned po pár minutách rozhovoru jasné, kdo z páru je vůdčí typ. Jeden z dvojice byl vždy dominantnější a pokaždé odpověděl jako první, ten druhý jeho slova kopíroval nebo s nimi souhlasil. Ve všech případech tedy páry působily velice jednotně a stály jeden za druhým. K rozporu většinou nedošlo, ani když jsem se následně dotazovala individuálně.

Každý z uživatelů služby v minulosti žil v nějakém pobytového zařízení. Většinou však žili v domovech, které nebyly koedukované. Proto k navazování partnerských vztahů neměli mnoho příležitostí. Nejbohatší zkušenosti s partnerskými vztahy mají respondenti, kteří žili alespoň nějakou část života v rodině nebo v zařízení ve kterém bydleli jak chlapci, tak dívky pohromadě.

Dvě ze tří uživatelek služby byly v rodině, ve které vyrůstaly, fyzicky týrané. Jedna i sexuálně zneužívaná. Všechny tři mají špatnou zkušenost týkající se sexuality. Na základě těchto zkušeností, a možná i dalších, žádná z těchto žen nežila pohlavním životem. Oproti tomu jejich partneři se se zlou zkušeností, co se sexuality týče, nesetkali. Alespoň co je známo. A i když v minulosti pohlavním životem žili, nyní respektují rozhodnutí svých partnerek a berou to i za své vlastní rozhodnutí. Žádný z párů teda nežije pohlavním životem a do jednoho všichni odmítají slovo sex. Fyzické projevy lásky mezi sebou nazývají milováním, a i když by se ze strany intaktní populace na základě těchto informací mohlo zdát, že nežijí plnohodnotným partnerským životem, tak lidé s MP svůj vztah za plnohodnotný považují. Stejně jako jim k plnohodnotnému

partnerskému vztahu nechybí pohlavní styk, tak ani k tomu, aby se stali rodinou jim nechybí dítě. Prstýnek na prsteníčku levé ruky je pro ně symbolem manželství a tím, že spolu chtějí být do konce života. Na tom, že mají každý jiné příjmení, jim nezáleží. Podstatou jejich vztahu není něčeho dosahovat a někam se ve vztahu posouvat. Proto, aby byli ve vztahu spokojeni, je nejpodstatnější být jeden s druhým, a to, aby to tak zůstalo na stálo. Změny jsou pro ně spíše nežádoucí. Jsou spokojeni v zaběhnutém stereotypu.

Co se týče touhy po dítěti, z výzkumu vyplývá, že touha po dítěti lidí s MP a lidí intaktních se liší. Lidé s MP jsou snadno ovlivnitelní. To platí i v případě rodičovství. Když zatouží po dítěti, ze strany rodinných příslušníků či pracovníků jim je různým způsobem vysvětleno, že početí dítěte není dobrý nápad. Člověk s MP dřív nebo později tento postoj přijme za svůj vlastní. Lidé s MP pak nemluví ve smyslu, že jim to nebylo umožněno, ale že to nešlo nebo jednoduše dítě mít nechtěli.

Při porovnání odpovědí pracovníků z DOZP a pracovníků z CHB a PSB jsem nezaznamenala výrazné rozdíly v názorech. Podle výsledků dotazníkového šetření i osobních rozhovorů s pracovníky vyplývá, že pracovníci ve většině případů partnerské vztahy uživatelů služby podporují a nezáleží na tom, jestli pracují v zařízení, které je pro partnerské vztahy přizpůsobené, nebo ne. Nejsou proti ani v otázce sexuality lidí s MP. Když má však dojít ke svatbě dvou lidí s MP jsou už opatrnější a spíše zastávají názor, aby byl pro partnery uspořádán jen svatební rituál bez právních důsledků, protože ani lidé s lehkým MP často nejsou schopni tyto důsledky pochopit. Z jejich zkušenosti vyplývá, že takovéto páry se chtějí vzít především proto, aby onen svatební rituál zažili. Dalo by se tedy říci, že většinový názor je: „Svatba ano, ale jen na oko“. V čem jsou však pracovníci zásadně proti, je rodičovství lidí s mentálním postižením. Je tomu tak především s ohledem na dítě, kde mají strach o jeho výchovu a zdraví. V případě, že dojde k neplánovanému těhotenství ženy s MP však zastávají názor, že by se žena měla sama rozhodnout, zda o dítě bude nebo nebude pečovat a její rozhodnutí by dle nich mělo být respektováno. Na základě těchto informací je jasné, že pracovníci stojí na straně svých klientů a snaží se je v každém případě podporovat a neomezovat jejich práva. Pokud však hrozí, že by uplatňováním práv osob s MP mohlo znamenat ohrožení práv dalších osob, jsou pracovníci opatrnější. Ani v tomto případě však nejsou zcela striktní. Dle jejich názoru, když už dojde k tomu, že dva lidé s MP zplodí potomka a chtějí ho vychovávat, tak jsou zastánci toho, aby rodina žila pohromadě, byť s pomocí člověka bez mentálního postižení.

ZÁVĚR

V teoretické části diplomové práce jsem se zabývala mentálním postižením obecně, vymezením pojmu, klasifikací a osobností člověka s MP. Při psaní práce jsem se více zaměřovala na lehkou a středně těžkou mentální retardaci, a to z důvodu zaměření části praktické. Po obecném úvodu jsem se již zaměřila konkrétněji na problematiku, které se diplomová práce týká. Kapitoly se týkali partnerství, rodičovství a sexuality osob s MP. V neposlední řadě jsem se dotkla i práv osob s MP.

V první části empirické části bylo uskutečněno výzkumné šetření kvalitativní, kdy jsem navštívila tři domácnosti a v nich zrealizovala rozhovor s lidmi s MP, kteří v domácnosti žijí jako partneři. Tyto rozhovory pro mne byli velmi cennou zkušeností. Tyto zkušenosti, zážitky, dojmy, a především informace jsem zpracovala a o lidech, jichž se rozhovory týkali, jsem napsala případové studie. Rozhovory se týkali jak jich samotných, tak především partnerského života, který žijí. Výsledky kvalitativního šetření sice nejsou zobecnitelné na větší populaci, ale jsou ukázkou lidských životů, o kterých se často mezi laickou veřejností tradují mýty a předsudky.

V druhé části bylo uskutečněno výzkumné šetření kvantitativní. To spočívalo v dotazníkovém šetření. Dotazníky byly určeny lidem, kteří pracují s lidmi s MP. V drtivé většině se jednalo o SP a PSS. Dotazník však na konec vyplnilo i několik speciálních pedagogů. Můj předpoklad byl, že se budou lišit názory pracovníků z DOZP a pracovníků v CHB či PSB. Tento předpoklad se nepotvrdil a názory se výrazně nelišili. V některých případech jsem byla mile překvapena, v některých však naopak. Celkový dojem z odpovědí jsem však na konec měla pozitivní. Pro mne zarážejících tvrzení typu „sebe vzdělávání v oblasti sexuality MP je zbytečné“, „sexuální výchova lidí s MP není vzhledem k jejich postižení vhodná“ apod. bylo s ohledem na množství respondentek jen málo.

Osobnost člověka, jeho partnerské vztahy, uspokojování sexuálních potřeb, uspokojení rodičovských potřeb apod., to jsou velmi citlivá témata, a to bez ohledu na postižení. O přístupu k sexualitě lidí s mentálním postižením se v posledních letech začalo více mluvit a doposud tak tabuizované téma se rok od roku začíná více odkrývat. Vznikají odborné publikace, i když jich zatím není tolik. Jsou pořádány vzdělávací kurzy pro pracovníky i pro odbornou veřejnost a také jsou do praxe uváděny osvětové programy v oblasti sexuality pro lidi s mentálním postižením. Věřím, že pokrok tímto směrem bude i nadále pokračovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 stran. ISBN 978-80-246-3071-7.
2. DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. upr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1978, 190 s.
3. *Evropská veřejná správa*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015, 544 stran. ISBN 978-80-7452-110-2.
4. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2000, 255 s. ISBN 80-7178-367-6.
5. GATES, Bob a Helen ATHERTON (eds.). *Learning disabilities* [online]. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2007 [cit. 2016-11-05]. ISBN 9780443101984. Dostupné z:
<https://books.google.cz/books?id=9f78JovnJPEC&pg=PA556&dq=kennedy+and+niederbuhl+2001&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjv5uzXyJLQAhVBXRQKHd4nC70Q6AEIHzAA#v=onepage&q&f=false>
6. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
7. GRANT, Gordon. *Learning disability: a life cycle approach* [online]. 2nd ed. Maidenhead: McGraw Hill/Open University Press, 2010 [cit. 2016-11-19]. ISBN 9780335238439. Dostupné z:
<https://books.google.cz/books?id=8uZyeGpikt8C&pg=PA509&dq=Mental+Disability+parenthood&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwisj6WGwLTQAhVBGhQKH3-AdIQ6AEINTAD#v=onepage&q&f=false>
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.
9. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 121 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3680-7.

10. KREJČÍŘOVÁ, Olga a Miluše HUTYROVÁ. *Speciální pedagogika 6*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 53 s. ISBN 80-244-1214-4.
11. LEJČAROVÁ, Alena. *Motorická výkonnost dětí s lehkým intelektovým postižením*. Praha: Karolinum, 2011, 191 s. ISBN 978-80-246-1843-2.
12. LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 311 s. Studijní texty. ISBN 978-80-86429-79-3.
13. MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie – andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 49 s. ISBN 80-244-1204-7.
14. MYSLIVEČEK, Zdeněk. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959, 224 s.
15. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
16. PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada, 2014, 152 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5232-7.
17. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-1475-9.
18. SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. upr. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983, 231 s. Učebnice pro vysoké školy.
19. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením: strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů*. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov, 2009, 85 s. ISBN 978-80-7415-005-0.
20. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 101 s. Skripta. ISBN 978-80-244-1689-2.
21. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.
22. UZEL, R. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-69-5.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

25. VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013, 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013, 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5.
27. VANIER, Jean. *Jako muže a ženu je stvořil*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl., 2009, 207 s. Orientace. ISBN 978-80-7195-225-1.
28. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie: (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-7204-264-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. *Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách* [on-line], 2010. [cit. 2016-09-25]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/file/10974>.
2. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [on-line], 2004. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z www: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf.
3. *Rámcové vzdělávací programy oborů středního vzdělání* [on-line], 2007. [cit. 2016-09-15]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcove-vzdelavaci-programy-zaslani-do-vnejsiho-pripominkoveho-rizeni>.
4. *Sexuální výchova – vybraná témata* [on-line], 2009. [cit. 2016-10-25]. Dostupné z www: www.msmt.cz/file/8304_1_1/.
5. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.* [on-line], 2006. [cit. 2016-10-22]. www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf.
6. *Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách* [on-line], 2006. [cit. 2016-11-12]. Dostupné z www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.
7. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [on-line], 2013. [cit. 2016-10-17]. Dostupné z www: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
8. VYKYDALOVÁ, H., c2014. *Sexualita identita*. Dobromysl. [online]. 2014. [citované 2016-09-26]. Dostupné z www: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1184>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1 Jste muž nebo žena?	63
Graf 2 Kolik je Vám let?.....	63
Graf 3 Vaše dosažené vzdělání?	64
Graf 4 Obor, jaký jste vystudoval/a?	64
Graf 5 Název zařízení, v němž pracujete?	65
Graf 6 Vaše pracovní pozice v zařízení uvedeném výše?	65
Graf 7 Jaké je věkové rozmezí klientů, se kterými pracujete?	66
Graf 8 Délka Vaší praxe v zařízení určených pro lidi s MP?	66
Graf 9 Vzdělával/a jste se v problematice sexuality lidí s MP?	67
Graf 10 Považujete vzdělávání sebe sama v problematice sexuality lidí s MP za důležité pro výkon své profese?	68
Graf 11 Setkal/a jste se v zařízení, ve kterém pracujete, s projevy sexuality uživatelů služby?	68
Graf 12 S jakými projevy sexuality uživatelů služby jste se setkal/a?	69
Graf 13 Zabýváte se ve vaší organizaci problematikou sexuality, partnerství a rodičovství lidí s MP?	69
Graf 14 Považujete zabývání se touto problematikou za důležité?	70
Graf 15 Poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality?.....	70
Graf 16 Jaké metody a postupy používáte při přímém informování klientů s MP o této problematice?.....	71
Graf 17 Kdo je ve Vaší organizaci pověřen informovat klienty o této problematice? ...	72
Graf 18 Absolvoval pověřený pracovník kurz či jiné vzdělávání zaměřené na sexualitu, partnerství a rodičovství u lidí s MP?	72
Graf 19 Je v zařízení, ve kterém pracujete, zpracován protokol o sexualitě a vztazích?	73
Graf 20 Vnímáte protokol o sexualitě a vztazích jako přínosný při řešení otázek týkajících se sexuality uživatelů zařízení?	73
Graf 21 V čem spatřujete přínos protokolu o sexualitě a vztazích?	74
Graf 22 Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy?	74
Graf 23 Myslíte si, že by páry s MP měly mít možnost uzavírat manželství?	75
Graf 24 Myslíte si, že lidí s MP mohou vést sexuální život jako lidé bez postižení?	76

Graf 25 Měli by podle Vašeho názoru mít lidé s MP možnost mít děti?	76
Graf 26 Myslíte si, že MP rodiče by měli žít společně jako rodina?	77
Graf 27 Jsou schopni lidé s MP poskytnout potřebnou péči svým dětem v oblasti citové, tělesné a psychické?.....	78
Graf 28 Doporučil/a byste, aby MP rodiče žili s osobou bez postižení, která by jim s péčí pomáhala?	78
Graf 29 Jak intenzivní by měla být pomoc rodičům s MP?.....	79
Graf 30 Pokud by jim měl pomáhat člověk bez postižení, kdo by to měl být?	79
Graf 31 Měl by MP rodič využívat běžné služby určené rodičům zároveň s lidmi bez postižení?	80
Graf 32 Pomáhá český stát dostatečně lidem s MP v roli rodičů z hlediska podpory rodiny, služeb?.....	80
Graf 33 Měly by těhotné ženy s MP konzultovat porod s pracovníky porodního oddělení?.....	81
Graf 34 Myslíte si, že by měl být u porodu ženy s MP přítomen i její partner s MP? ...	81
Graf 35 Myslíte si, že by měl být podporován partnerský vztah v ÚSP společných pro muže a ženy s MP	82
Graf 36 Myslíte si, že v případě otěhotnění ženy s poruchou intelektu, by žena měla mít možnost dítě porodit a následně se o něj starat, či by měla podstoupit interrupci?.....	82
Graf 37 Považujete sexuální výchovu a osvětu lidí s MP za přínosnou pro jejich život?	83
Graf 38 Kdo by měl být realizátorem sexuální výchovy a osvěty lidí s MP?	83
Graf 39 Které z oblastí by se mělo věnovat více pozornosti?	84
Tabulka 1 Klasifikace dle endogenní a exogenní příčiny MR.....	16
Tabulka 2 Klasifikace dle doby vzniku MR – pre., peri., post.	17
Tabulka 3 Klasifikace MR dle MKN-10	18

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

MR – mentální retardace

MP – mentální postižení

DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením

CHB – chráněné bydlení

PSB – podpora samostatného bydlení

SP – sociální pracovník

PSS – pracovník v sociálních službách

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Osnova rozhovoru s partnery:	97
Příloha 2 Dotazník	99

Příloha 1 Osnova rozhovoru s partnery:

Jak se jmenujete?

Kolik je Vám let?

Kam jste chodili do školy?

Co v současné době děláte – pracujete? Kde?

Partnerství

1. Co pro Vás znamená partnerský vztah?
2. Jak dlouho spolu chodíte?
3. Jak jste se seznámili?
4. Měli jste více vztahů? S kolika muži/ženami jste před tím chodili?
5. Jaký vztah je podle Vás dlouhodobý? Jak dlouho spolu musíte chodit, aby byl vztah dlouhodobý?
6. Žijete spolu ve společné domácnosti? Jak dlouho tu spolu žijete? Líbí se vám tu? Je něco, co se vám tu nelíbí? Je něco co byste rádi změnili? Proč? Kde jste žili před tím?
7. Plánujete spolu budoucnost?
8. Chtěli byste v budoucnu mít svatbu?
9. Jak spolu trávíte společný čas?
10. Jaké máte sny, přání v životě v oblasti partnerství?
11. Co se Vám na partnerce (partnerovi) nejvíce líbí?
12. Vnímáte u své partnerky (partnera) nějaké postižení, handicap?
13. Jak si spolu rozumíte?

Sexualita

1. Učil Vás někdy někdo sexuální výchovu? Třeba na škole. Setkali jste se s tím někdy?
2. Já teď budu říkat slova a ráda bych, abyste mi řekli, co si pod nimi představujete:
 - a. Přátelství
 - b. Láska
 - c. Zamilovanost
 - d. Milování
 - e. Sex
 - f. Partner
 - g. Vztah
 - h. Chodit s někým
 - i. Intimní
3. Už jste byl/a někdy zamilovaný (á)? Jste zamilovaný?
4. Žijete spolu intimní život? Milujete se spolu? Máte spolu sex?

5. Byl Váš současný partner první, s kým jste se milovali?
6. Myslíte si, že je sex v partnerství důležitý?
7. Používáte při milování antikoncepci? Jakou? (prášky, prezervativ) Proč?

Rodičovství

1. Chtěli byste založit rodinu? Co to znamená?
2. Co si představíte pod slovem rodičovství?
3. Chtěli byste spolu mít miminko?
4. Co myslíš, že péče o takové miminko zahrnuje? Co všechno potřebuje?
5. Myslíte si, že byste se zvládli postarat o dítě?
6. Myslíte si, že byste potřebovali v péči pomoc?
7. Kdo byste chtěli, aby Vám s dítětem pomáhal?
8. Co si myslíte, že byste měli udělat pro to, abyste mohli mít dítě?
9. Umíte si to představit?
10. Znáte nějaké Vám podobné páry, které dítě mají? Zvládají to?

Rodina

1. Vědí Vaši rodiče, že jste spolu? Že spolu žijete?
2. Představil (a) jsi přítelkyni (přítele) svým rodičům? Po jak dlouhé době?
3. Jak rodiče reagovali?
4. Jak vycházíte s rodiči svého partnera?
5. Podporují Vás rodiče? Jak?
6. Trávíte společně s rodiči čas?
7. Co by říkali Vaši rodiče na to, kdy jste chtěli miminko?
8. Podpořili by vás v tomto rozhodnutí?

Jak si představujete Váš vztah do budoucna? Máte nějaké plány, přání, obavy?

Příloha 2 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Dědková a jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Tématem mé diplomové práce je „*Partnerství a rodičovství lidí s mentálním postižením.*“ V rámci své diplomové práce se zabývám přístupy pracovníků k sexualitě uživatelů služby – lidí s mentálním postižením. Proto Vás tímto žádám o vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze k výzkumným účelům. Dotazník je určený sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách pracujících v pobytovém zařízení pro lidi s mentálním postižením. Prosím Vás tedy o spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a řídí se zákonem č.101/2000 Sb. „*O ochraně osobních údajů*“. Nebudou tedy zveřejněna žádná data, ze kterých by byla možná identifikace konkrétní osoby. U otázek je možné vybrat jednu nebo více z nabízených odpovědí a u některých je možnost uvést důvod pro volbu této odpovědi, popřípadě uvést vlastní odpověď. Některé otázky jsou otevřené a je u nich ponechán prostor pro Vaši vlastní odpověď. Dotazník obsahuje 36 otázek a jejich vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 30 minut.

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

S pozdravem

Bc. Markéta Dědková

1. Jste muž nebo žena?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

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

3. Vaše dosažené vzdělání?

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

Název zařízení, v němž pracujete:

Vaše pracovní pozice.....

4. Jaké je věkové rozmezí klientů, se kterými pracujete? (vyznačte potřebný počet odpovědí)

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 14 let
- d) 15 – 18 let
- e) 19 -25 let
- f) 25 a více let

5. Délka Vaší praxe v zařízení určených pro lidi s mentálním postižením?

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

6. Jaký je stupeň mentálního postižení (dále jen MP) u klientů, se kterými pracujete? (vyznačte potřebný počet odpovědí)

- a) lehká MR
- b) středně těžká MR
- c) těžká MR
- d) hluboká MR

7. Vzdělával/a jste se v problematice sexuality lidí s MP?

- a) ano
- b) ano, rád/a bych se v této problematice vzdělával/a dále
- c) ne, ale rád/a bych se v této problematice vzdělával/a
- d) ne

8. Považujete vzdělávání sebe sama v problematice sexuality lidí s MP za důležité pro výkon své profese?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Setkal/a jste se v zařízení, ve kterém pracujete, s projevy sexuality uživatelů služby?

- a) ano b) ne

S jakými?

- a) masturbace
b) obnažování se před ostatními
c) sexuální obtěžování pracovníka/jiného uživatele služby
d) partnerský vztah mezi uživateli
e) homosexuální projevy
f) pohlavní styk mezi uživateli
g) jiné, uveďte

10. Zabýváte se ve Vaší organizaci problematikou sexuality, partnerství a rodičovství lidí s MP?

- a) ano b) ne

11. Považujete zabývání se touto problematikou za důležité?

- a) ano b) ne

12. Poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality?

- a) ano d) ne, nejsou finanční zdroje
b) ne, není to potřeba e) ne, ale myslím si, že by zařízení mělo takové programy poskytovat
c) ne, nejsou personální zdroje

13. Jaké metody a postupy používáte při přímém informování klientů s MP o této problematice?

- a) individuální rozhovor
b) přednáška
c) práce ve skupinách (aktivní spolupráce klientů)
d) využívání knih, filmů a audiovizuálních pomůcek
e) žádné
f) jiné.....

14. Kdo je ve Vaší organizaci pověřen informovat klienty o této problematice?

.....

15. Absolvoval pověřený pracovník kurz či jiné vzdělávání zaměřené na sexualitu, partnerství, rodičovství u lidí s MP?

- a) ano b) zatím ne

- c) ne d) nevím

16. Je v zařízení, ve kterém pracujete, zpracován protokol o sexualitě a vztazích (popř. obsahově obdobný dokument)?

- a) ano, jsem s ním obeznámen/a d) ne, ale měl by být takový dokument
b) ano, ale nejsem s ním obeznámen/a v zařízení zpracován
c) ne, ani bych to nepovažoval/a za e) nevím
přínosné

17. Vnímáte protokol o sexualitě a vztazích jako přínosný při řešení otázek týkajících se sexuality uživatelů zařízení?

- a) ano b) ne c) nevím

18. V čem spatřujete přínos protokolu o sexualitě a vztazích?

- a) vymezení práv a povinností pracovníka
b) vymezení práv a povinností uživatele
c) vymezení postupů při řešení problematických situací
d) vymezení postupů při jednání s rodiči (zákonnými zástupci) uživatele
e) vymahatelnost práv a povinností pracovníka i uživatele
f) jiné.....

19. Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy?

- a) ano b) ne

20. Myslíte si, že by páry s MP měly mít možnost uzavírat manželství?

- a) ano, protože
b) ne, protože

21. Myslíte si, že lidé s MP mohou vést sexuální život jako lidé bez postižení?

- a) ano b) ne

22. Měli by podle Vašeho názoru mít lidé s MP možnost mít děti?

- a) ano, uveďte důvod:
b) ne, uveďte důvod:

23. Myslíte si, že mentálně postižení rodiče by měli žít společně s dětmi jako rodina?

- a) ano b) ne

24. Myslíte, že lidé s MP jsou schopni poskytnout potřebnou péči svým dětem v oblasti citové, tělesné i psychické?

- a) ano b) ne

c) jen v některých případech

25. Doporučil(a) byste, aby mentálně postižení rodiče žili s osobou bez postižení, která by jim s péčí o dítě pomáhala?

a) ano b) ne

26. Měla by pomoc rodičům s MP být:

a) celodenní c) částečná, nepravidelná
b) občasná, ale pravidelná d) žádná

27. Pokud by jim měl pomáhat člověk bez postižení, kdo by to v nejlepším případě měl být?

a) kvalifikovaný sociální pracovník
b) jiný odborník, jaký?
c) rodinný příslušník (matka, sestra, teta....)
d) jedno jaký člověk bez mentálního postižení

28. Myslíte si, že mentálně postižení rodič by měl využívat běžné služby určené rodičům zároveň s lidmi bez postižení (předporodní kurzy, plavání rodičů s dětmi, mateřská centra...)?

a) ano, protože
b) ne, protože

29. Myslíte si, že český stát dostatečně pomáhá lidem s MP v roli rodičů, z hlediska podpory rodiny, služeb....?

a) ano b) ne

30. Měli by těhotné ženy s MP konzultovat porod s pracovníky porodního oddělení?

a) ano, za přítomnosti asistenta c) ne
b) ano, bez asistenta

31. Myslíte si, že by měl být u porodu ženy s MP přítomen i její partner s MP?

a) ano, protože
b) ne, protože
c) Individuální od případu

32. Myslíte si, že by měl být podporován partnerský vztah v ústavech soc. péče společných pro muže a ženy s mentálním postižením?

a) ano, protože
b) ne, protože

33. Myslíte si, že v případě otěhotnění ženy s poruchou intelektu, by žena měla mít možnost dítě porodit a následně se o něj starat, či by měla podstoupit interrupci?

- a) měla by dítě porodit a pečovat o něj
- b) měla by podstoupit interrupci
- c) měla by mít možnost se sama svobodně rozhodnout a její rozhodnutí by mělo být respektováno

34. Považujete sexuální výchovu a osvětu lidí s MP za přínosnou pro jejich život?

- a) ano, sexuální výchova je nedílnou součástí výchovy každého člověka
- b) ne, sexuální výchova lidí s MP není vzhledem k jejich postižení vhodná

35. Kdo by měl být realizátorem sexuální výchovy a osvěty lidí s mentálním postižením?

- a) rodina člověka s mentálním postižením
- b) instituce, jejichž služby člověk s MP využívá (škola, denní stacionář, CHB apod.)
- c) rodina i instituce společně
- d) u lidí s MP by sexuální výchova a osvěta neměla být realizována

36. Sexualita, partnerství a rodičovství je široký pojem. Které z oblastí by se mělo věnovat více pozornosti? (vyznačte potřebný počet odpovědí)

- | | | |
|-------------|-----------|-----------------|
| a) intimita | c) důvěra | e) antikoncepce |
| b) láska | d) sex | f) jiná |

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.