

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Barbora Rodová, DiS.

Partnerské vztahy a sexualita osob s lehkým a středním mentálním postižením

Partnerships and sexuality of people with mild and moderate mental
disabilities

Praha 2019

Vedoucí: PhDr. Olga Havránková, Ph.D.

Podělování:

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce paní PhDr. Olze Havránkové, Ph.D. za odborné vedení a vstřícný přístup po celou dobu řešení dané problematiky. Poděkování patří také sociálním pracovníkům a vedoucím v zařízeních, kteří mi umožnili vykonávat výzkum ke své bakalářské práci. V neposlední řadě děkuji všem respondentům za kladný přístup při rozhovorech.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 25. 7. 2019

Barbora Rodová

Klíčová slova:

[mentální postižení, mentální retardace, lehké a střední mentální postižení, partnerství, sexualita, vztah, sociální služba, instituce]

Keywords:

[mental disability, mental retardation, mild and moderate mental disabilities, partnership, sexuality, relationship, social service, institution]

Abstrakt:

Tématem bakalářské práce jsou partnerské a sexuální vztahy osob s lehkým a středním mentálním postižením. Bakalářská práce se zabývá zkoumáním partnerského a sexuálního života osob s lehkým a středním mentálním postižením. Cílem práce je prezentace dat zjištěných během rozhovorů a zmapování problematických aspektů ve vztazích osob s lehkým a středním mentálním postižením žijících v institucích a v rodinách.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy jako: mentální postižení, partnerství, sexualita, partnerský a sexuální život v zařízeních.

V empirické části je analýza a interpretace dat, která vychází z výzkumu realizovaného formou rozhovorů, jehož respondenty jsou osoby s lehkým a středním mentálním postižením. Respondenti jsou uživateli sociálních služeb typu chráněné bydlení, denní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením a dva respondenti jsou žáky speciální střední školy a žijí v rodině.

Abstract:

The topic of this bachelor thesis is the partnership and sexual relations of people with mild and moderate mental disabilities. The bachelor thesis deals with the investigation of partner and sexual life of people with mild and moderate mental disabilities. The aim of this work is to present data obtained during interviews and to map problematic aspects in relationships of persons with mild and moderate mental disabilities who live in institutions and families.

The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part explains terms such as: mental disability, partnership, sexuality, partner and sexual life in institutions.

In the empirical part is the analysis and interpretation of data, which is based on research conducted in the form of interviews, whose respondents are persons with mild and moderate mental disabilities. Respondents are users of social services such as sheltered housing, day care centre, home for people with disabilities and two respondents are students of special secondary school and live in a family.

Obsah

I. Úvod	5
II. Teoretická část	7
1. Mentální postižení	7
1.1. Vymezení pojmu.....	7
1.2. Klasifikace mentálního postižení.....	7
1.3. Příčiny vzniku mentálního postižení	8
2. Osoby s mentálním postižením v dospělosti	9
2.1. Dospělost	9
2.2. Potřeby a rozvoj dovedností	9
2.3. Práva osob s mentálním postižením	10
3. Partnerství osob s mentálním postižením	11
3.1. Partnerství.....	11
3.2. Navazování vztahů.....	13
3.3. Manželství osob s mentálním postižením.....	14
3.4. Rodičovství osob s mentálním postižením	14
3.5. Ukončování vztahů	15
4. Problematika sexuality osob s mentálním postižením.....	15
4.1. Sexualita	15
4.2. Přirozená potřeba sexuality.....	15
4.3. Přístup k sexualitě.....	16
4.4. Funkce a formy sexuality.....	16
4.5. Předsudky	17
4.6. Rizika.....	18
4.7. Sexuální výchova.....	18
5. Sexuální asistence.....	19
6. Světová deklarace sexuálních práv	20
7. Partnerství a sexualita osob s mentálním postižením v sociálních službách.....	22
7.1. Sociální služby.....	22
7.2. Standardy kvality	22
7.3. Práce se sexualitou v sociálních službách	23
7.4. Protokol o vztazích a sexualitě	24

III. Praktická část	26
8. Cíle výzkumu.....	26
9. Charakteristika zkoumaného vzorku	26
10. Místo šetření	27
11. Popis výzkumné metody.....	27
12. Organizace a průběh výzkumu	28
13. Nástroj sběru dat – rozhovory.....	29
14. Výzkumné otázky	30
15. Průběh rozhovorů.....	31
16. Presentace výsledků.....	31
17. Závěr	37
18. Seznam použitých zdrojů.....	39
IV. Seznam příloh	42

I. Úvod

Láska a pocit sounáležitosti je jednou z neodmyslitelných lidských vlastností. Partnerství, a především pak sexualita je důležitý prvek v lidském počinání, bez které by lidstvo na této planetě nepřežilo. Touha po lásce a sexuální energie nás žene do vztahů krátkodobých i dlouhotrvajících a kvalita našeho života je ovlivněna našimi partnerstvími. Do nedávna byly hovory o sexualitě naprosté tabu a ve společnosti se hovory na toto téma považovaly za naprosto nepřijatelné. V současnosti je sexualita považována za jednu ze základních potřeb každého jedince. Součástí výuky na základních školách je sexuální výchova, filmy se sexuální tematikou jsou bez cenzury běžně vysílané a ani reklama se tomuto tématu nevyhýbá. Společnost čím dál více přijímá náklonost osob ke stejnému pohlaví nebo ostatním netradičním sexuálním projevům.

U osob s mentálním postižením stále zůstává toto téma v ústraní. O problematice partnerství u osob s mentálním postižením se běžně nemluví. Společnost má k takovýmto vztahům předsudky a nepřipouští si, že by i osoby s mentálním postižením chtěli být milovány svým partnerem, tak jak je zdravý jedinec milován svým. Ani v literatuře, zaměřené na daný druh postižení, se s tímto tématem běžně nesetkáváme.

V současné době není problém na ulici, v kavárně nebo ve veřejné dopravě potkat kluka či holku na vozíku, kteří vedle sebe mají nejen partnera se zdravotním postižením tak i zdravého. Osoby s mentálním postižením ale tak běžně nepotkáme. Své partnerství většinou prožívají za zdmi institucí a různých zařízení.

Já se každý rok účastním jako asistentka tábora pro osoby se zdravotním postižením, máme zde především osoby s tělesným postižením a jejich věkový rozptyl je 17–25 let. Většina z těchto účastníků se vůbec netají s počtem partnerů, včetně těch sexuálních, vypráví nám zážitky ze seznamek i z navazování kontaktů jen tak na ulici. Jeden rok se nám dokonce stalo, že se nám dva kluci na vozíčku poprali o holku.

Téma mé bakalářské práce zní: Partnerství a sexualita osob s lehkým a středním mentálním postižením. Téma jsem si zvolila, protože dlouhodobě spolupracuji s osobami se zdravotním postižením a často s nimi řešíme právě otázku vztahů, partnerství a sexu. Ze skupiny postižení jsem si vybrala asi nejzajímavější skupinu, a to osoby s lehkým a středním mentálním postižením. Zajímalo mě, jak se věci mají právě v oblasti mentálního postižení. S vybranou skupinou přímo nepracuji ale jeví se mi jako nejpestřejší pro zkoumání vybrané oblasti. Věřím, že skutečnost, že se nejedná

o primární skupinu, se kterou bych pracovala, nebude překážkou ve zkoumání dané oblasti. Běžně se nesetkáváme s osobami s mentálním postižením, které jsou v partnerském svazku. Mentálně postižení se svými partnery bývají často umístěni v nějakém zařízení. Za to osoby s tělesným postižením často potkáme na ulici s partnerem či partnerkou. Skupinu osob s mentálním postižením jsem si zvolila právě pro to, že se nejedná o tak běžný a společností akceptovatelný partnerský vztah jako u osob s postižením tělesným.

Primárním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak se mentálně postižené osoby cítí v partnerském vztahu, jak řeší svoji sexualitu a jak pociťují, že je vnímá jejich okolí. Výsledky by mohli potvrdit organizacím, že k osobám ve vztahu přistupuje dobře a případně by mohli pomoci zlepšit nebo změnit postoj veřejnosti k těmto osobám. Dalším cílem je zhodnocení kvality a udržitelnosti vztahu z pohledu partnerů. Tyto podklady by mohly sloužit i k dalšímu rozvoji a určení směru, kterým by se organizace ve vztahu k partnerským skupinám mohla ubírat. Ve vybraných institucích bude probíhat kvalitativní výzkum prostřednictvím rozhovorů. Hlavní údaje o vztahu budou zjištěny po provedení rozhovoru s jednotlivými partnery. Respondenty budou obyvatelé institucí s lehkým a středním mentálním postižením, kteří mají v současnosti partnera nebo s někým alespoň udržují hlubší kamarádský vztah.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První částí je část teoretická, druhou částí je část empirická. V první části jsou základní údaje o mentálním postižením. Dále je v této části popsána sexualita a partnerství a všechny podstatné náležitosti. V této části jsou zahrnuty i informace o institucionální péči.

Ve druhé části této práce jsou analyzována a dále interpretována data, vycházející z rozhovorů s respondenty. První fáze přípravy materiálu sběru dat bude konzultována a schvalovaná se sociálními pracovníky vybraných zařízení. Rozhovory byly prováděny s obyvateli institucionálních zařízení, kteří zde žijí nebo sem docházejí a mají zde partnera se kterým udržují vztah.

Bakalářská práce by mohla mít přínos pro sociální pracovníky v zařízeních s osobami s mentálním postižením, pro rodiny osob s mentálním postižením i pro společnost. Díky výsledkům, by instituce zjistily, jaké nedostatky má jejich přístup ke vztahům a sexualitě, jaký názor mají na jejich přístup osoby s postižením a jak se vůbec sami cítí ve vztahu. Na základě výsledků by mohlo vytvořit plán na budoucí změny nebo podporu vztahů v organizaci. A dále by výsledky mohli napomoci k rozšiřování osvěty ve společnosti.

II. Teoretická část

1. Mentální postižení

1.1. Vymezení pojmu

Pro správné pochopení následujících kapitol je důležité vymezit si několik základních, ale důležitých pojmů.

Termín mentální postižení lze chápat jako trvale snížení inteligence. Je to způsobeno poškozením mozku, které je neléčitelné. Oldřich Matoušek ve Slovníku sociální práce definuje mentální postižení jako: „*Vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeči používat, tendenci ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a další příznaky.*” (Matoušek, 2008, s. 99)

1.2. Klasifikace mentálního postižení

Mentální postižení nebo také mentální retardaci klasifikujeme do čtyř skupin dle hodnoty IQ jedince. Další dvě skupiny jsou jiné mentální retardace a nespecifikovaná mentální postižení.

Lehká mentální retardace, IQ 50–69

Označována jako F70. Je charakteristická tím, že si jedinci osvojují komunikační dovednosti pomaleji, ale dokážou užívat účelnou řeč i udržovat konverzaci. S pomalejším rozvojem se potýkají i při osvojování dovedností osobní péče nebo domácích povinností. Dokážou v nich však být také zcela samostatní. Komplikace nastávají při nástupu do školní výuky, protože se u dětí projevuje zhoršení schopnost čtení a psaní. Jejich dovednosti se projevují spíše v praktických dovednostech, ve kterých mohou být i zaměstnáni. (Švarcová, 2006, s. 33–34)

Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49

Označována jako F71. Zde už se při rozvoji chápání, řeči a následné komunikaci projevuje výraznější opoždění. Jedinci jsou stále schopni navazovat kontakty a komunikovat s ostatními nebo dělat základní a jednoduché sociální aktivity. Omezena je i schopnost postarat se o sebe i o domácnost, která je pak důsledkem nemožnosti žít samostatně. Většina jedinců školou povinných se naučí základy čtení, psaní a počítání.

V pracovním prostředí dokážou vykonávat jednoduchou manuální činnost, která musí být vykonávána pod dohledem. V této skupině se projevují mezi jedinci výrazné rozdíly. Někteří jedinci dokazují větší schopnost v manuálních činnostech a jiní zase v komunikaci a navazování sociálních kontaktů. (Švarcová, 2006, s. 34–35)

Těžká mentální retardace, IQ 20–34

Označována jako F72. U těchto jedinců už jsou jakékoliv schopnosti výrazně sníženy. Osoby v tomto stupni mentální retardace trpí výraznou poruchou motoriky a k tomuto stupni mají přidruženy i další vady. Možnosti vzdělávání a výchovy jsou omezeny ale rehabilitace a nácvik různých dovedností může zvyšovat kvalitu jejich života. (Švarcová, 2006, s. 35)

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20

Označována jako F3. Schopnost porozumění i jednoduchým instrukcím nebo požadavkům je zde velice omezená. Osoby s hlubokou mentální retardací bývají omezení v pohybu nebo úplně imobilní a taky se zde projevuje inkontinence. Je nutné, aby byly pod neustálým dohledem, protože nevykazují žádnou schopnost se o sebe sami postarat. (Švarcová, 2006, s. 36)

Jiná mentální retardace

Označována jako F78. Jedná se zde o jedince, u kterých není snadné určit konkrétní stupeň mentálního postižení dle běžné používaných metod. A to z důvodu přidružených poruch. (Švarcová, 2006, s. 36)

Nespecifikovaná mentální retardace

Označována jako F79. U těchto jedinců je mentální postižení prokázáno ale nelze je kvalifikovat do jednoho ze stupňů retardace pro nedostatek informací. (Švarcová, 2006, s. 36)

1.3. Příčiny vzniku mentálního postižení

Mentální retardace může vzniknout v jedné ze třech fází, a to před narozením, při porodu nebo v útlém věku. Příčinami vzniku mentálního postižení může být:

Genetika

Při spojování genů může dojít ke vzniku genetických abnormalit, způsobených na základě působení infekce během těhotenství. Dále mohou být způsobeny dlouhodobým nebo častým ozařováním rentgenovými paprsky.

Obtíže během těhotenství

Jedná se o důsledek užívání návykových látek nebo alkoholu v průběhu

těhotenství. Zahrnujeme sem i podvýživu, onemocnění v průběhu těhotenství nebo styk s látkami znečišťujícími prostředí.

Porodní a poporodní komplikace

Mentální postižení může vzniknout s při mechanickém poškození mozku nebo nedostatku kyslíku během porodu nebo po styku s olovem, rtutí či jinými toxiny po porodu. Typickým jevem pro vznik mentálního postižení po porodu je tonutí nebo uder do hlavy, při kterém dojde k poškození mozku. Rizikovou skupinou jsou i děti nedonošené nebo děti s nízkou porodní váhou.

Nedostatek prostředků

Poslední skupinou jsou postižení vzniklá v důsledku podvýživy, nedostatečné hygieny a lékařské péče.

Jen u velmi málo případů se podaří zjistit přesnou příčinu vzniku mentálního postižení a často se jedná o kombinaci více příčin. (Štěrbová, 2007, s. 19–24)

2. Osoby s mentálním postižením v dospělosti

2.1. Dospělost

Dospělost se dá vymezit jako období, ve kterém člověk ukončí studium, je zaměstnaný, navazuje partnerské vztahy, uzavírá manželství a zakládá rodiny. Člověk se zde ztotožňuje se stavem dospělosti a osamostatnění se od rodičů. Dospělý člověk si stanovuje své životní cíle, vybírá si povolání a zakládá si na výběru životního partnera, se kterým chce založit rodinu.

U osob s mentálním postižením je ztotožnění s dospělostí o poznání komplikovanější. Osoby s mentálním postižením se setkávají s omezením ve všech oblastech dospělého života, jak v profesním životě, partnerském, tak i v rodičovském nebo i společenském.

2.2. Potřeby a rozvoj dovedností

Existuje celá řada klasifikací lidských potřeb od mnohých autorů, mezi nejznámější řadíme klasifikaci od amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa, který lidské potřeby poskládal do tvaru pyramidy, dle jejich hodnoty. Předpokládá, že po uspokojení základních potřeb, tedy těch, které jsou v pyramidě nejnižší, může dojít k uspokojení potřeb vyšší hodnoty.

Pyramidu známe pod názvem Maslowova pyramida potřeb a nejnižší stojí

fyziologické potřeby, nad tím máme potřebu bezpečí a jistoty, následuje potřeba lásky, přijetí a pocitu sounáležitosti, předposlední potřebou je potřeba uznání a úcty a nejvyšší hodnotou je potřeba seberealizace. Potřeby, jak jsou uvedeny v pyramidě, jsou platné pro všechny, ale u osob s postižením může docházet k jinému způsobu jejich naplňování, než na jaký jsme zvyklí z běžného prostředí a při podpoře a pomoci musíme dbát na to, aby tyto kroky směřovali k naplnění potřeb osob s mentálním postižením.

Autor Milan Nakonečný, ve své knize Psychologie osobnosti definuje potřebu takto: *„Potřeby jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí člověka, a cílem chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je redukce těchto potřeb, jež je prožívána jako různé druhy uspokojení.“* (Nakonečný, 2009, s. 249)

Při poskytování podpory a pomoci osobám s mentálním postižením musíme dbát na to, že tito jedinci mají specifické, speciální, mimořádné, zvláštní nebo jiné potřeby a na základě toho musí být i pomoc a podpora specifická a vždy poskytovaná v ohledu na jednotlivého klienta. V případě, že dojde k určitému nenaplňování potřeb jedince určitým způsobem, může u jedince dojít k existenčním potížím, které vyústí ve frustraci až deprivaci. (Novosad, 2009, s. 27–28)

2.3. Práva osob s mentálním postižením

Listina základních práv a svobod vstoupila v platnost v roce 1992 a jedná se o dokument, který je platný pro každého člověka. Znamená to tedy, že pro osoby s mentálním jsou práva stejná, jako pro nás ostatní.

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

K osobám se mentálním postižením se vztahuje jeden z nejvýznamnějších dokumentů a jedná se o Deklaraci práv mentálně postižených osob, která byla přijata na Valném shromáždění OSN 20. prosince roku 1971. Valné shromáždění, které deklaraci vyhláší, zároveň žádá mezinárodní organizace o její zabezpečení. (Švarcová, 2006, s. 191)

Zde uvádím sedm bodů, které jsou uvedeny v deklaraci:

1. *Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.*
2. *Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, re-adaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.*
3. *Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.*
4. *Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.*
5. *Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.*
6. *Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.*
7. *Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákoně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí. (Švarcová I., 2006, str. 191)*

3. Partnerství osob s mentálním postižením

3.1. Partnerství

Partnerství můžeme jednoduše vymezit jako vztah dvou osob, které je dlouhotrvající a dobrovolné a je charakteristické rovností a vzájemným uznáním. Můžeme mít ale i přátelské či obchodní partnerství.

Často se setkáváme s mentálně postiženými, kteří mají různá přání, jedno přání je však totožné a tím je být “normální“ a v oblasti partnerství je toto přání opravdu silné. Často touží po věcech jako mít přátele, být zasnoubeni, mít svatbu, rodinu, děti, je to taková specifická charakteristika mentálního postižení. Často ale není jasné, zda si osoby s mentálním postižením dokážou konkrétně představit jejich tužby. (Pörtner, 2009)

Partnerství můžeme chápat jako potřebu sounáležitosti a potřebu být v kontaktu s lidmi. V dětství je tato potřeba saturována rodinou, v dospělosti je tou potřebou mít vedle sebe pro nás významnou a důležitou osobu. Společnost očekává, že si najdeme partnera, se kterým budeme žít a bude naší důležitou životní oporou a zdrojem radosti a štěstí. Pro člověka s postižením má partnerství ale mnohem větší význam, než pro člověka bez postižení. Člověk s postižením mající partnera se kromě naplňování svých potřeb také vyrovnává stavu v běžné společnosti, kde se partnerství považuje za projev normality. Setrvaní bez partnera nebo jiné blízké osoby může vést k různým psychickým problémům, které u zdravých jedinců následovně znemožňují komunikaci s okolím a navazování vztahů včetně těch intimních. Mnohem více toto platí pro osoby s postižením, kterým jejich postižení ztěžuje navazování kontaktů, kdy se při opakovaných neúspěších smiřují se svým osudem. (Drábek, 2013, s. 21–23)

K partnerství se vztahuje další z lidských potřeb, která je součástí již zmíněné Maslowově pyramidě potřeb. Jedná se o potřebu lásky a sounáležitosti a k jejímu naplňování dochází prostřednictvím partnerských vztahů.

Vždy musíme ale jedince s mentálním postižením nechat, aby se sami vypořádali s jejich vlastními představami o chození, partnerství atd. My můžeme dané osobě pomoci vztah konkretizovat pomocnými otázkami: Co přesně od druhého a od vztahu očekáváte? Zjistit, v čem se jejich očekávání shodují a v čem naopak odlišují a společně se o tom s jedinci pobavit. Při zkoumání očekávání a potřeb musíme být naprosto racionální a nenechat se zmást “normalitou“, jedině tak jsme schopni vytvořit prostředí odpovídající jejich specifickým potřebám. (Pörtner, 2009, s. 71–75)

Postoj veřejnosti k partnerství a sexualitě u osob s mentálním postižením je dosud poznamenán různými předsudky nebo i diskriminací. Pro osoby s mentálním postižením je to situace velmi složitá. Pouze hrstka jedinců je natolik samostatná, že jim jejich postižení dovolí žít přirozený partnerský život. Přesto jedinci s lehkým a středním mentálním postižením jsou schopni žít partnerským životem, uzavírat manželství a zakládat rodiny. (Mandzáková, 2013, s. 47)

M. Lečbych uvádí, že partnerství osob s mentálním postižením: *“může výrazně ovlivňovat kvalitu jejich života a přispívat k pocitu životní spokojenosti, seberealizaci a pocitu vlastní hodnoty. Získání partnera je do značné míry důkazem vlastní normality, aktivity a vlastní kompetence.”* (Lečbych, 2008, s. 59)

3.2. Navazování vztahů

“Specifické problémy utváření partnerských vztahů u postižených souvisí na jedné straně s představami o partnerství, o budoucím partnerovi a o vnímání role rodiny ve vlastním životě. Druhou stránkou je pak reálná možnost tyto vztahy navazovat a realizovat.” (Vágnerová a kol., 1999, s. 223)

Navazování partnerského vztahu je z pohledu společnosti vnímáno jako znak normality a člověk se zdravotním postižením se tak mimo jiné může vyrovnávat lidem bez postižení. V životě člověka s postižením hraje partnerství významnější roli než u člověka, který postižení nemá a navazování vztahů je pro něj ve své podstatě součástí života. Pro některé jedince bez postižení může být dokonce navazování partnerských vztahů *“sportem”* při kterém se dobře baví. Pro člověka s postižením má partnerský vztah vysokou hodnotu. V případě navazování vztahů je vyvíjen tlak na poskytovatele sociálních služeb, kteří by měli vytvářet podmínky vhodné k navazování vztahů a měli by je podporovat. (Drábek, 2013, s. 21–22)

V tématu navazování vztahů si musíme však uvědomit, že pro osobu s mentálním postižením může být velmi obtížné rozpoznat, zda se jedná o kamaráda, přítele či partnera. Následně se mohou pak ve vztazích ztrácet a může docházet k vzájemnému nepochopení jejich rolí. Podle jednotlivého chápání jejich rolí se mění i následné pochopení blízkosti ve vztahu, intimity a zároveň se mění i vztahová očekávání.

V případě vztahu kamarádského si jedinec s mentálním postižením uvědomuje, kdo je kamarád a umí pojmenovat rysy kamarádského vztahu s dotyčnou osobou. Je důležité danou osobu upozornit, že kamarád není jeho asistent, vyučující, sociální pracovnice aj. Při navazování nových kamarádských vztahů je potřeba dané osobě vysvětlit, že není možné přijít za někým jiným a na rovinu se zeptat: *„Budeš můj kamarád?”* Vždy je lepší naplánovat akci, na které se může dotyčný seznamovat s novými lidmi a navazovat nové kontakty. Klient si musí sám uvědomit, kde je možné se s novými lidmi seznámit. K tomu, aby si klient uvědomil rozdíl mezi kamarádstvím a partnerstvím mohou pomoci modelové situace sehrané v zařízení, na kterých bude

moci klient pozorovat rozdíly mezi kamarádkým setkáním a partnerským setkáním. Následně je dobré s klientem o rozdílech mluvit a zjišťovat, zda klient tento rozdíl chápe.

S klientem je dobré se dále pobavit také o jeho představách vztahu a pomocí obrázků s ním můžeme projít i fáze partnerského vztahu. (Solovská, 2013, s. 142–147)

3.3. Manželství osob s mentálním postižením

Manželství je v českém právním řádě upraveno zákonem a podmíněno je plnoletostí a právní způsobilostí, tedy pokud je osoba zbavena právní způsobilosti, může manželství uzavřít ale pouze s povolením soudu. Především v minulosti se za hlavní účel manželství považovalo především založení rodiny. V dnešní době už manželství není prioritou k založení rodiny a velkým trendem je vychovávat děti v nesezdaném partnerském vztahu. Před uzavřením manželství osob s mentálním postižením je nutno přihlídnout k tomu, zda jsou schopni zvládnout všechny závazky, které z manželství vyplývají. Jedná se především o vzájemnou lásku, ekonomické zabezpečení a podpora a pomoc v nemoci a ve stáří. Osoby, které chtějí uzavřít sňatek, je nutno posuzovat individuálně a v situaci, kdy není možné manželství z právního hlediska uzavřít, umožnit potvrzení partnerského svazku alespoň zásnubami. (Valenta, 2009)

3.4. Rodičovství osob s mentálním postižením

Dosažení rodičovské úrovně u osob s mentálním postižením je často nedostupné a ani se neočekává, že by vztahy mentálně postižených dospěly do této úrovně. Nemůžeme však tvrdit, že to je úplně nemožné, eventuálně to možné je ale pouze s určitou pomocí a podporou. Založení rodiny mentálně postiženými jedinci však můžeme považovat za úspěšné společenské začlenění. (Vágnerová, 2004, 78–79)

Nemožnost postižených jedinců mít děti je často způsobena nejen nízkým stupněm mentální vyspělosti, kdy jedinci nedokážou odhadnout svoje schopnosti a přizpůsobit je svému chování, ale i přidruženými zdravotními problémy, se kterými se v mnoha případech setkáváme. Velkou roli zde hraje i genetika a dědičnost. (Lečbych, 2008)

Musíme vzít v potaz také skutečnost, že děti, které se narodí partnerům s mentálním postižením, jsou velmi často umisťovány do různých typů náhradní péče. Je to zapříčiněno neschopností rodičů s mentálním postižením postarat se o dítě a naplňovat všechny jeho potřeby. (Thorová, Jůn, 2012)

3.5. Ukončování vztahů

Rozchody a rozvody jsou bolestivé snad pro každého, vyrovnáváme se zde s různými pocity křivdy, nenávisti, lítosti, sebe nenávisti a podobně. Zapomínáme na to, co jsme vztahu obětovali a věnovali, jaké úsilí jsme vynaložili na jeho vybudování. Srovnáváme se ztrátou partnera.

Ještě těžší situace nastává pro osoby s mentální postižením, které mají ve značné míře omezeny schopnosti se racionálně a kultivovaně s rozchodem vyrovnat. Může docházet k nepochopení kroku, který partner udělal a celá situace má zároveň neblahý vliv na psychiku postiženého jedince.

4. Problematika sexuality osob s mentálním postižením

4.1. Sexualita

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

Sexualita není jen pojem označující sex, ale vyjadřuje nám znalost mužského a ženského těla, sexuální problematiku od standardního chování při pohlavním styku až k naprosto nepřipustným praktikám, včetně různých sexuálních deviací. Patří sem i emoční stránka člověka, kterou provází přitažlivost, potřeba se rozmnožovat nebo sebeuspokojovat. Sexualitu považujeme za lidstvu přirozenou a provází nás už od malička, její součástí jsou vědomé i nevědomé a biologické pudy. Sexualita se nevyhýbá jak zdravému člověku, tak ani člověku s postižením, a i přes všechny pudy, podstatnou část sexuálních znalostí získáváme učením a osvojováním si sexuálních dovedností. Každá složka sexuality je individuální a odvíjí se od prostředí, ve kterém žijeme a od postojů našeho okolí k této tématice. (Thorová, Hynek, 2012, s. 6–7)

4.2. Přirozená potřeba sexuality

Potřebou rozumíme pocit nedostatku něčeho potřebného. Jsou potřeby individuální, které jsou odlišné u každého jedince a potom jsou potřeby společné pro všechny, např. vylučování, strava, dýchání nebo spánek. Nedostatek určité potřeby nás vede k zajištění jejího uspokojení.

Do těchto potřeb řadíme i sexualitu, která je ve směs společná pro všechny, ale

individuálně vnímaná je potřeba jejího uspokojení, která je ovlivněna věkem, pohlavím, výchovou, osobností, kulturou, sociálním prostředím atd. Uspokojení sexuální potřeby má kladný dopad na psychické, i fyzické zdraví jedince. Sexuální potřeba jak tedy fyzická, tak i psychická je přirozená a důležitá nejen pro zdravého jedince ale i pro jedince s mentálním postižením.

V zahraniční literatuře se můžeme setkat s pojmem sexuální zdraví. Je to stav fyzické, emocionální, duševní a sociální pohody spojené se sexualitou; není to jen absence nemoci, dysfunkce nebo slabosti. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost příjemných a bezpečných sexuálních zkušeností, bez nátlaku, diskriminace a násilí. Aby bylo sexuální zdraví dosaženo a udržováno, musí být respektována, chráněna a naplněna sexuální práva všech osob. (Stoffelen, 2008, s. 9–10)

4.3. Přístup k sexualitě

V České republice se stále můžeme setkat s mnoha protichůdnými reakcemi na mentální postižení. Počínaje reakcemi absolutně nelítostnými a netolerujícími, přes reakce popírající danou skutečnost až po ty, které respektují danou problematiku a snaží se ji řešit. S respektujícím přístupem se však bohužel setkáváme především v sociálních službách, veřejnost k dané problematice zatím přistupuje spíše opačně.

Základním přístupem, se kterým se setkáváme v sociálních službách a na veřejnosti nám chybí, je:

- Respektování práv jedinců s mentálním postižením – respektování jejich sexuality a plánování rodiny a právo na sebeurčení,
- Porozumění – vztahů, lásky, porozumění sexuálnímu vyjadřování z pochopení jejich sexuální identity,
- Připustit si, že v institucích, které poskytují sociální služby důležité pro mentálně postižené jedince, prožívají tyto jedinci významné vztahy,
- Respektování a podpora jak intimních, tak i přátelských či platonických vztahů (Štěrbová, 2007, s. 53)

4.4. Funkce a formy sexuality

V minulosti se sexualita považovala pouze jako nástroj k reprodukci umožňující zachování rodu. Dnes už to tak není a sexualita je považována za něco, co nás baví, uspokojuje a dělá nám radost, její funkce je tedy spíše rekreační. Jedná se

o neodmyslitelnou součást partnerského vztahu, u kterého naplňuje i potřebu intimního kontaktu s protějškem.

Baštecká s Goldmanem rozlišují tři hlavní funkce sexuality:

- Individuální nebo také rekreační – styk může člověku přinášet radost, uvolnění, rozkoš, a to i v případě, že je jenom sám se sebou.
- Párová nebo také komunikační – v tomto případě je sexuální styk posuzován jako svébytný a hluboce důvěrný rozhovor dané dvojice.
- Druhová nebo také prokreační – sexualita je kvůli své rozmnožovací funkci pudem, a proto lidstvo ještě nevyhynulo. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 153)

Pondělíčková s Mašlovou ji rozdělují do pěti hlavních funkcí:

- Funkce reprodukční – jedná se o funkci, která zajišťuje reprodukci, je to prazákladní sexuální funkce.
- Funkce slasti – v dnešní době se jedná o hlavní funkci sexuality ve snaze dosažení pocitu slasti a štěstí, kterou jedinec zažívá při sexuálním styku.
- Funkce oblažující – s touto funkcí se setkáváme především v dlouhotrvajícím partnerském vztahu, kdy podnětem k uskutečnění pohlavního styku je touha uspokojit milovaného partnera.
- Funkce komunikační – mezi partnery se prostřednictvím sexuálního styku prohlubuje důvěra a porozumění, a to, protože dochází k tomu nejintimnějšímu kontaktu.
- Funkce redukováného napětí – k redukci psychického napětí dochází ve značné míře sexuálním vzrušením a následným sexuálním napětím. Při sexuálním uspokojování dochází k uvolnění a určitým způsobem může dojít k navrácení rovnováhy a pocitu sebedůvěry. (Pondělíčková, Mašlová, 1990)

4.5. Předsudky

V každé společnosti jsou stanovené, jakési normy, které určují, co je v sexualitě běžné a přijatelné. A protože společnost je v tomto případě stále ovlivněna určitými postoji v oblasti sexuality, jsou pro ni vztahy a sexuální potřeby osoby s postižením stále plny mýtů a předsudků. K vytváření těchto mýtů a předsudků ve společnosti do velké míry přispívá mediální a pornografický průmysl. A i přesto, že sociální služby

vytváří klientům prostředí pro realizaci vztahů, není v jejich možnostech poskytovat společnosti dostatečnou osvětu v této oblasti. Mezi asi nejznámější mýty patří:

- Lidé se zdravotním postižením jsou asexuální
- Zdraví partneři lidí s postižením musejí být úchylní
- Lidé s mentálním postižením by neměli mít děti

Tyto tři předsudky jsou velmi zraňující a pro společnost jsou velmi zavádějící. (Drábek, 2013, s. 60–61)

4.6. Rizika

Mezi nejvýznamnější a nejzásadnější rizika u osob s mentálním postižením, které jsou spojená se sexualitou, řadíme sexuální zneužívání. Jedná se o kontakt, který má sexuální charakter vycházející z mocenské převahy jednoho účastněného nad druhým, jehož cílem je sexuální uspokojení silnějšího. Zahrnují se sem různé aktivity od hlazení, mazlení až po samotný pohlavní styk. Problematika sexuálního zneužití se nepojí pouze s osobami mentálně postiženými, ale u nich se riziko možnosti zneužití zvyšuje, a to z důvodu jejich snížených rozumových vlastností, kdy nejsou schopni předvídat, jaké následky může jejich jednání mít a nejsou schopni se bránit. Vzhledem k tomu, že se jedná o zranitelnější skupinu, pro pachatele je to tedy snadnější kořist. (Mandzáková, 2013, s. 79–80)

Druhým velmi závažným rizikem je riziko otěhotnění. Sexuální tužby žen s mentálním postižením by měli být respektovány a zároveň usměrňovány za použití vhodné antikoncepční metody. Preferují se zde spíše dlouhodobé hormonální antikoncepce aplikované injekčně, podkožně aplikované antikoncepční tyčinky anebo antikoncepční náplasti. Aplikování antikoncepce by však mělo být dobrovolným rozhodnutím uživatelky a uplatněním jejího lidského práva na rodičovství. (Uzel, 2004, s. 17)

4.7. Sexuální výchova

Sexuální výchova se uplatňuje v rodinách už od dětství a zároveň se jedná i o školní předmět. Má u dětí zabezpečit ochranu před předčasnými sexuálními styky a následnými nechtěnými těhotenstvími a preventivně působí jako ochrana před přenosnými chorobami. Studentům zároveň přiblíží, jak správně přistupovat k partnerství, manželství a rodičovství a ukáže na rozdíly v přístupu k sexualitě mezi muži a ženami.

Stanislava Lištiak Mandzáková v knize *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením* vymezuje takto: „*Výchova ve všeobecnosti zahrnuje působení všech vnějších vlivů, cílevědomých i přirozených, které utvářejí, formují člověka – podněcují rozvoj jeho tělesných, duševních i duchovních kvalit. Vycházíme-li z této premisy, považujeme sexuální výchovu u osob s MP za dlouhodobý proces spočívající v předávání vědomostí, budování životních dovedností a formování názorů, postojů, charakterových vlastností, chování a jednání z oblasti partnerských vztahů a sexuality*“.
(Mandzáková, 2013, str. 112)

V životě dospívajícího jedince s mentálním postižením hraje sexuální výchova významnou roli. A zároveň napomáhá k informovanosti osob okolí jedince s mentálním postižením v této problematice.

Při užívání pojmu sexuální problematika se potýkáme s nevhodností užití tohoto termínu. Nejen u nás ale i v zahraničí se pojem sexuální výchova nahrazuje jinými názvy, jako například: *Výchova k manželství a rodičovství* nebo *rodinná výchova*. K rozporu ovšem opět dochází u osob s mentálním postižením, a to především u osob těžkým mentálním postižením, kteří nebudou uzavírat manželství a vychovávat potomky. V tomto případě musí zůstat pouze název sexuální výchova.

Autoři, kteří se problematikou sexuální výchovy zabývají se ubírají při definování různými směry. Někteří kladou důraz na předávání informací o formování názorů, postojů, chování a jednání v oblasti partnerských a sexuálních vztazích a jiní se zaměřují na samotnou fyziologii a biologii člověka, jedná se tedy o sexuální výchovu vedoucí k ponaučení o pohlavních orgánech a rozmnožování. Další skupinou autorů jsou ti, kteří kladou důraz na předání základních poznatků jak z biologie, tak i psychologie. Někdy se můžeme setkat i s pojmem sexuální pedagogika. (Mandzáková, 2013, s. 109–113)

5. Sexuální asistence

Existuje v České republice od podzimu roku 2015, kdy došlo k proškolení prvních 5 sexuálních asistentek.

Jedná se o placenou službu, kterou vykonávají kompetentní osoby – asistentky a asistenti, tedy takové osoby, které prošly příslušným školením. Jejich účelem je pomoc lidem, kteří mají určitý hendikep, duševní onemocnění nebo postižení, osobám starým a jinak znevýhodněným, pracovat se svojí sexualitou a se vztahy. Jedná se o externí službu, kdy asistenti do domovů klientů přicházejí, nejsou zaměstnanci daných

institucí a kontaktování jsou přímo samotnými klienty.

Sexuální asistence nabízí následující úkony:

- Zodpovědnost k rodičovství
- Rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou
- Schopnost říct ne
- Učí komunikovat o pohlavním styku
- Obstarává sexuální pomůcky
- Učí, jak správně používat sexuální pomůcky
- Učí vyhledávat pornografii na internetu a vzdělává muže/ženy v této oblasti
- Pomáhá při nastavování hranic vzhledem k sexualitě
- Zabývá se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit
- Vysvětluje, jak správně masturbovat
- Informují o možnostech antikoncepce
- Edukuje v oblasti bezpečnějšího sexu
- Edukuje v oblasti hygieny
- Edukuje v oblasti přitažlivého oblékání
- Učí, jak navazovat partnerské vztahy
- Probírají s klienty téma sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání)
- Pomáhají handicapovaným párům se začátkem pohlavního života
- Poskytují poradenství příbuzným (např. rodičům, blízkým osobám) ohledně sexuality jejich dětí, blízkých

Zároveň sem můžeme zahrnout i pomoc při masturbaci, pomoc při pohlavním styku, doteky, erotické masáže, pohlavní styk, či sexuální praktiky, na kterých se s klienty domluví. (Freya, ©2019)

6. Světová deklarace sexuálních práv

Světová deklarace sexuálních práv byla přijata 26. 10. 1999 v Hongkongu na celosvětovém sexuologickém kongresu.

Práva mají následující znění:

1. Právo na sexuální svobodu

Sexuální svoboda zabezpečuje jednotlivcům plné vyjádření jejich sexuálních možností. Přitom trvale vylučuje všechny formy sexuálního nátlaku, vykořisťování a zneužití ve všech situacích.

2. Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost sexuálního subjektu

Toto právo představuje schopnost činit autonomní rozhodnutí týkající se vlastního sexuálního života v souladu s vlastní osobní a sociální etikou. Také zahrnuje kontrolu a osobní ochranu před jakýmkoliv druhem mučení, mrzačení a násilí.

3. Právo na sexuální soukromí

Zahrnuje právo na osobní rozhodnutí co do intimity chování, pokud neporušuje sexuální práva ostatních.

4. Právo na sexuální rovnost

Upozorňuje na svobodu od všech forem diskriminace bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, věk, rasu, sociální zařazení, náboženství, nebo fyzické či emoční diskvalifikace.

5. Právo na sexuální potěšení

Sexuální potěšení, včetně autoerotických aktivit, je zdrojem tělesného, duševního a intelektuálního blaha.

6. Právo na vyjádření sexuálních citů

Sexuální projev je více než erotické potěšení ze sexuálního aktu. Jednotlivci mají právo vyjádřit svou sexualitu prostřednictvím komunikace, dotyku, citového vyjádření a lásky.

7. Právo na svobodné sexuální sdružování

Vyjadřuje možnost uzavřít nebo neuzavřít manželství, rozvést se nebo založit jiný typ zodpovědného sexuálního společenství.

8. Právo učinit svobodné a zodpovědné rozhodnutí

Obsahuje právo rozhodnout se, zda mít, či nemít děti, počet dětí a intervaly mezi zrozením, dále právo na plnou dostupnost prostředků regulujících plodnost

9. Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích

Právo na sexuální informace, které mají být otevřené, založené na vědeckých

a etických poznatků, šířené vhodným způsobem pro příslušníky všech sociálních skupin.

10. Právo na komplexní sexuální výchovu

Je to celoživotní proces trvající od narození, trvající celý život a ovlivňující všechny společenské instituce.

11. Právo na sexuální zdravotní péči

Sexuální zdravotní péče by měla být dostupná pro prevenci a léčbu všech sexuálních záležitostí, problémů a poruch. (Světová deklarace sexuálních práv, 2001)

7. Partnerství a sexualita osob s mentálním postižením v sociálních službách

7.1. Sociální služby

V České republice se vyskytuje několik typů bydlení pro osoby s mentálním postižením, jsou to: denní a týdenní stacionáře, chráněná bydlení, samostatná bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem.

Jejich charakteristiku upravuje zákon o sociálních službách o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Současná právní úprava ve tvořena ve snaze vytvořit podmínky pro dosažení cílů a uspokojení potřeb osob, které nejsou schopny se o to zasadit sami svým vlastním přičiněním. Jedná se o zajištění podpory a pomoci osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a zajištění takových činností, které jsou nezbytné pro jejich začlenění do společnosti a zajištění důstojných podmínek pro život. (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018, str. 132)

Jak už bylo zmíněno dříve, sexualita osob s postižením je pro společnost stále tak trochu tabu, přesto, že se již zlepšila v porovnání s některými cizími státy je stále co dohánět. Především ze strany sociálních služeb dochází k “prolamování ledů“ jehož důsledkem je zkvalitňování podmínek pro navazování a následné realizování vztahů. (Drábek, 2013, str. 30)

7.2. Standardy kvality

Dle § 2 Zákona č. 108/2006 rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí na ně působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti a motivovat je k takovým činnostem, které

nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Dále by měly posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě tak, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod.

Podle § 88 daného zákona mají poskytovatelé sociálních služeb zejména tyto povinnosti:

- zajištění dostupných informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb srozumitelným způsobem;
- informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby;
- vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby;
- zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob;
- zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby;
- plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců;
- dodržovat standardy kvality sociálních služeb. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

7.3. Práce se sexualitou v sociálních službách

I přes to, že se zařízeních snaží docílit, aby klienti žili co nejplnohodnotnější život, dochází k tomu, že se jejich představy o plnohodnotném životě klientů dost rozcházejí.

Především při práci s intimitou a sexualitou klientů se postoje jednotlivých

zařízení mohou značně odlišovat. Problémy vznikají především u organizací, kde je zřizovatelem církev a téma sexuality je tam tabu.

Základem je, aby organizace přistupovali k mentálně postiženým jedincům jako k osobám, které mají své určité potřeby, a to nejen ty společné s námi ostatními ale i ty sexuální a vztahové. Osobám s mentálním prostředím by se měl vytvořit dostatek soukromí, ve kterém se mohou vypořádat se svými sexuálními potřebami. Potřeba intimity a soukromí a práce s těmito faktory se často odvíjí od schopností klienta.

Další důležitou věcí je umění pracovníků vhodně reagovat na sexuální potřeby a projevy klientů. Pracovník by měl být schopen racionálně vyhodnotit nastalou situaci a přistupovat k ní tak, aby nedošlo k poškození klienta a ostatních obyvatelů zařízení. Pracovník musí zároveň umět vytvořit a nastavit normy, které by chování klientů nemělo překračovat a naučit klienty tyto normy dodržovat, případně si vynutit jejich dodržení. Častou chybou právě bývá, že pracovníci tolerují klientům nepřípustné chování.

Můžeme tedy říct, že pracovník nemá být tolerující ale respektující. Má respektovat, že má klient práva, ale také, že je potřeba, aby dodržoval určité povinnosti. (Rozkoš bez rizika, 2015)

7.4. Protokol o vztazích a sexualitě

Jedná se o dokument, který některá zařízení, poskytující služby osobám s mentálním postižením, mají vytvořený. V legislativě České republiky zatím však Protokol o vztazích a sexualitě nehledíme. Není zde totiž legislativně zakotvený. Plán zahrnuje a shrnuje soubor postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů, které jsou typické pro každou instituci. Chybí nám i doporučující stanoviska nadřízených orgánů, které metodicky vedou zařízení poskytující služby osobám s mentálním postižením. (Štěrbová, 2007, s. 53)

Protokol by měl umožnit personálu rychle a správně jednat v různých složitých situacích. Je důležité, aby se na jeho tvorbě podíleli všichni, kterých se má protokol týkat, zejména pracovníci a vedení sociálního zařízení. Základním kamenem je vždy respektování práv a potřeb osob s mentálním postižením.

Protokol o vztazích a sexualitě by měl zahrnovat:

- postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů (filozofie sexuality a postoje k ní, hodnoty a normy, kterých se budeme držet),
- téma osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty (formy

vztahů a sexuality – co si pod nimi představují naši klienti, co o nich ví současná věda, co z toho budeme svým klientům zprostředkovávat),

- způsob řešení možných důsledků sexuality (otázky antikoncepce a možné důsledky sexuality),
 - přípustné a nepřípustné formy kontaktu péče a poskytované podpory (přípustné formy kontaktu a důstojného zacházení, tělesná péče, její možnosti a hranice),
 - zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality (obecná zodpovědnost – všichni pracovníci, odpovědnosti ve výchově a sexuální osvětě, osoba „důvěrníka“, spolupráce s rodiči, odborníky),
 - rodiče a zákonní zástupci (vzájemná spolupráce),
 - postoj k sexuálnímu abusu,
 - postup při sexuálním zneužití (podezření a hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora oběti, přístup k pachateli),
 - preventivní politika uvnitř zařízení (osvěta pracovníků i klientů).
- (Miovský, 2004, s. 33–34)

III. Praktická část

Empirická část se věnuje analýze a prezentaci výsledků šetření v oblasti partnerských vztahů a sexuality u vybraných osob s lehkým a středním mentálním postižením, kteří v současné chvíli udržují partnerské vztahy. Dotazovaní odpovídali na otázky týkající se volby partnera, seznamování, předchozích partnerů a jejich partnerského a sexuálního života.

8. Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjištění prezentace dat, zjištěných během rozhovorů, a zjištění jaké problematické aspekty se v partnerském a sexuálním životě mohou u osob s mentálním postižením projevit a jak mohou tyto aspekty ovlivnit partnerský život.

Dílčím cílem je zjištění, jak se osoby ve vztahu cítí v prostředí institucionální péče a jak v instituci přistupují k jejich vztahům. A zároveň porovnat výpovědi klientů institucionální péče s osobami, které žijí mimo instituci. Dalším cílem výzkumu je zmapovat, do jaké míry jsou partnerské vztahy ve vybraných zařízeních podporovány.

Analýzou rozhovorů by mělo dojít ke zmapování výskytu problematických aspektů ve vztazích mentálně postižených osob s lehkou nebo střední mentální retardací, který svůj vztah udržují v rámci institucionální péče a dvou respondentů, kteří vztahy udržují mimo instituci.

9. Charakteristika zkoumaného vzorku

Respondenty do výzkumu jsem vybírala dle předem stanovených pravidel. Muselo se jednat o osoby s lehkým nebo středním mentálním postižením, které udržují v současné chvíli partnerský vztah. Zkoumaný vzorek jsem vybírala prostřednictvím komunikace s jednotlivými zařízeními. Respondenti vybraní zařízeními byli nejprve seznámeni s otázkami a následně se vyjadřovali, zda s rozhovory souhlasí.

Výzkumný vzorek tvoří osm osob, které s rozhovorem souhlasily. Při výzkumu jsem provedla rozhovor se třemi ženami ve věku 19–35 let a s pěti muži ve věku 22–45 let. Z důvodu zachování anonymity a přehlednosti budou respondenti označováni čísly následovně – respondent/respondentka a číslo 1–8. Šest klientů jsem získala prostřednictvím zařízení a další dva respondenti jsou z rodin.

10. Místo šetření

Realizace výzkumu probíhala v chráněném bydlení, v denním stacionáři, v domově pro osoby se zdravotním postižením a v rodině. Podmínkou pro oslovení zařízení bylo, že se musí jednat o mimopražská zařízení. A oslovila jsem celkem devatenáct zařízení ve vzdálenosti maximálně 160 km od Prahy.

Prvním navštíveným zařízením bylo chráněné bydlení nacházející se ve středočeském kraji. V zařízení žije stále 5 osob, další dvě osoby tam dojíždějí pouze o víkendech.

Druhým navštíveným zařízením byl domov pro osoby se zdravotním postižením, který se nachází též ve středočeském kraji a má kapacitu 30 osob.

V třetím zařízení byly rozhovory prováděny v denním stacionáři s klienty chráněného bydlení, které organizace také zajišťuje. Jedná se opět o zařízení ležící ve středočeském kraji.

Poslední dva rozhovory probíhaly v malém městě nedaleko Jihlavy, v rodinném domě rodiny respondenta s mentálním postižením, který zde se svojí stejně znevýhodněnou partnerkou žije.

11. Popis výzkumné metody

Pro realizaci výzkumu jsem si vybrala metodu, která je vzhledem k zvolenému tématu příhodnější, jedná se o metodu kvalitativního výzkumu.

Metodolog Creswell popisuje metodu kvalitativního výzkumu následovně: „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, 2005, s. 50)

Kvalitativní výzkum nám velmi dobře umožňuje se zaměřit na jednotlivé klienty, jejich potřeby a jejich postoje. Zároveň je během této metody možné přistupovat ke klientovi individuálně a zaměřovat se na jeho aktuální rozpoložení a zároveň je možné reagovat pružně i na aktuální podmínky v místě šetření. Jedná se však o časově náročnější typ výzkumu a je nutno si na něj vyhradit více času.

Technika sběru dat byla zvolena prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tento typ poskytuje relativní volnost průběhu

rozhovoru, ale zároveň umožňuje tazateli kontrolovat obsah a neodchylovat se od tématu. Rozhovor musí mít předem stanovený otázky a během rozhovoru jsou pokládány doplňující otázky, nutné pro objasnění sdělovaného obsahu, případně jeho upřesňování nebo zamezení nepochopení otázky či sdělovaného obsahu. Při této technice je možné přeskakovat otázky nebo přizpůsobovat obsah otázek respondentovi. Rozhovor nám zároveň umožňuje lepší a individuálnější kontakt s respondentem.

Výsledky práce vychází z rozhovorů s respondenty a pozorování neverbálních projevů klientů během rozhovorů. Rozhovory byly realizovány v prostředí pro klienty přirozeném, které klienti velmi dobře znají a cítí se v něm v bezpečí.

12. Organizace a průběh výzkumu

Před zahájením samotných rozhovorů bylo nutné zpracovat výzkumné otázky. Následoval výběr zařízení, které jsem oslovila s žádostí o umožnění výzkumu v případě, že se v zařízení nachází klienti odpovídající požadavkům na výzkumný vzorek. Část oslovení zařízení považuji za jednu z nejnáročnějších částí celého výzkumu. Zpětnou vazbu mi obratem poskytla zařízení, které měla zájem se mnou spolupracovat a mohla mi poskytnout vzorek klientů vhodných pro můj výzkum. Velkým problémem byla ale komunikace s organizacemi, které mi sice umožnily výzkum, ale odpověď zasílali i s týdenním zpožděním. Dvě ze zařízení mi týden před sjednaným termínem spolupráci zamítly z důvodu nesouhlasu klientů, kteří si rozhovor rozmysleli, a to z důvodu, že nechtěli vyprávět o svých intimních záležitostech. Z jednoho z oslovených zařízení mi bylo sděleno, že požadovaný vzorek klientů mají, ale jejich opatrovníci s výzkumem nesouhlasili. Z dalších dvou oslovených zařízení mi bylo sděleno, že rozhovory provést mohu, ale až po absolvování měsíční stáže v jejich zařízení, v tomto případě jsem bohužel musela odmítnout já, a to z důvodu vlastního zaměstnání. Z ostatních oslovených zařízení mi sdělili, že se v jejich zařízení nenachází vhodní respondenti. Případně se dosud nikdo neozval.

Rodinu jsem oslovovala na základě doporučení svojí kamarádky, která se s rodinou zná a dlouhodobě s ní pracuje.

Termíny byly sjednávány individuálně s vedoucími a sociálními pracovníky, tak, aby nezasahovaly do programu respondentů. Požadavkem zařízení bylo, že nikde nesmím uvést jména zařízení ani jména klientů. Každý z rozhovorů byl zahájen konverzací na běžná témata, aby došlo k navození příjemné atmosféry, klienty jsem upozornila, že nebudu nikde uvádět jejich jména, aby byla zachována naprostá

anonymita. Před zahájením samotných výzkumných rozhovorů jsem klienty upozorňovala, že budu rozhovory nahrávat diktafonem, s tím ale žádný z klientů nesouhlasil. Zápis odpovědí jsem tedy prováděla ručně a následně jsem provedla přepis do počítače.

13. Nástroj sběru dat – rozhovory

Technikou sběru dat v práci byly zvoleny polostandardizovaného rozhovory s otevřenými otázkami, které byli doplňovány o dodatečné otázky, které upřesňovali a ověřovali sdělený obsah.

Rozhovor je jednou z nejrozšířenějších metod kvalitativního výzkumu. Nelze provést bez kombinace s technikou pozorování.

Rozhovory můžeme rozlišovat následně:

- Nestructurované
- Polostructurované
- Structurované

K získání lepších a potřebných dat je potřeba navodit příjemnou atmosféru, ve které se klient bude cítit uvolněně a bude se mu lépe odpovídat. (Miovský, 2006, s. 155–157)

Rozhovory tvoříme na základě určitých pravidel:

- Jak už bylo zmíněno, rozhovory by měly probíhat vždy ve vhodných situacích a v přirozeném prostředí. Pro rozhovory by měl být vytvořen dostatečný časový prostor. Při rozhovorech by neměly být svědky osoby, jichž se netýká.
- Rozhovory se doporučuje začínat nejobecnějšími otázkami, které respondentu uvedou do problematiky. V případě klientů s mentálním postižením jsem použila otázky týkající se volného času, pobytu v zařízení atd.
- Je třeba čelit působení psychologických faktorů, které mohou negativně ovlivnit výsledky rozhovoru.
- Je třeba vytvářet podmínky pro náležité navázání kontaktu s respondentem a pro jeho motivaci ke spolupráci. Tazatel by měl projevovat přiměřený zájem o výpovědi respondentů, měl by být taktický a nevtíravý. Na výsledky rozhovorů má vliv i úprava zevnějšku tazatele,

jeho chování během rozhovoru a řada dalších osobnostních charakteristik.

- Velký význam má přesný záznam průběhu rozhovorů.

Písemný záznam můžeme provádět přímo během interview nebo až po jeho ukončení. Provádíme-li zápis během rozhovorů, snížíme tím riziko zkreslení výsledků vlivem zapomínání, avšak zapisování odpovědí může znamenat obtížnější navazování kontaktu a vytvoření celkově nepříznivé atmosféry rozhovoru. Zaznamenávání odpovědi respondentů až po skončení interview většinou z psychologického hlediska vyhovuje lépe, klade však větší nároky na přesné zapamatování. Pro záznam je možno použít např. diktafon. Vzhledem k tomu, že používání těchto zařízení je pro většinu respondentů zcela běžnou záležitostí, rušivý vliv na průběh interview nebývá většinou příliš velký. (Chrástka, 2007, s. 183-184)

Před zahájením samotných rozhovorů jsem se seznámila i s Dvanáctíerem kontaktu s osobami s mentálním postižením, které zní následovně:

1. Jednejme s osobami s mentálním postižením vždy s velkou mírou respektu k jejich osobnosti,
2. Buďme empatičtí a trpěliví,
3. Dejme najevo vždy zájem o kontakt,
4. Jasně vyjadřujeme své myšlenky,
5. Vyhýbejme se abstraktním pojmům, cizím slovům a zkratkám,
6. Poskytněme dostatečný čas na odpověď,
7. Používejme mimiku a řeč těla,
8. Vždy si ověříme, že nám klient rozuměl,
9. Nekladme sugestibilní otázky,
10. Při komunikaci používejme řeč dospělých,
11. Pamatujme, že se v neznámém prostředí velmi obtížně orientují,
12. Jednejme s osobami s mentálním postižením vždy tak, jak bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi. (Krejčířová, 2007, s. 26)

14. Výzkumné otázky

Pro sběr dat jsem připravila celkem 19 otevřených otázek, které jsem dle individuální potřeby v průběhu rozhovoru dále rozvíjela. Znění některých otázek bylo v průběhu rozhovoru upravováno, tak aby došlo k lepšímu porozumění klientem. Otázky jsem rozdělila do osmi okruhů. První okruh otázek se věnuje partnerskému

svazku obecně, druhý se zaměřil na předchozí vztah, třetí na to, jak respondent vnímá svého partnera, čtvrtý na fyzický kontakt a sexualitu, pátý na soukromí, šestý okruh se věnuje vztahům v instituci, v sedmém okruhu se ptám klientů, zda mají pocit, že jim v jejich vztahu někdo brání a v posledním okruhu jsou otázky zaměřující se na partnerské aktivity.

Výzkumné otázky použité pro rozhovory jsou součástí přílohy, viz. Příloha č. 1.

15. Průběh rozhovorů

Rozhovor s klienty nejčastěji probíhal ve společenských místnostech, v některých případech byla k dispozici kancelář. Důležité bylo, že rozhovory byly realizovány ve známém prostředí klientů. Cítili se bezpečně a uvolněně. K zaznamenávání průběhu rozhovorů byl použit papír a tužka. Na začátku každého rozhovoru byla snaha navodit příjemnou a uvolněnou atmosféru. Otázky byly zprvu obecné a následně více osobní a intimní. Cílem rozhovorů bylo se co nejvíce přiblížit přirozené konverzaci. Z tohoto důvodu byly některé otázky v jiném pořadí či více nebo naopak méně rozvedeny.

16. Prezentace výsledků

Partnerství

Jedním z propojujících faktorů všech rozhovorů, jak vyplývá z analýzy je pro osoby s mentálním postižením potřeba lásky a sounáležitosti. O této potřebě jsem se zmiňovala již v teoretické části a odpovědi z rozhovorů pravdivost potvrzují. Samotná touha po blízkém člověku je naplněna prostřednictvím jejich partnerských vztahů. Partnerství u osob s mentálním postižením velmi pozitivně přispívá ke zkvalitňování života klientů a k jejich osamostatňování. Respondenti během rozhovorů velmi často sdělovali, jak je pro ně jejich současný vztah velmi důležitý.

Z výpovědí je patrné, že u obyvatelů institucí dochází k navazování vztahů především v instituci nebo ve spojení s institucemi. Ve všech navštívených institucích mají klienti možnost realizovat své vztahy. Jsou ale izolováni v zařízení a při hledání partnera se musí spolehnout především na to, koho potkají v zařízení. Klienti, kteří pracují nebo dochází i do jiných zařízení, mají větší rozsah možností. Respondentka č. 4 se s partnerem znala ze stacionáře, do kterého dochází, když zrovna nepracuje v kavárně. V kavárně došlo k bližšímu seznámení a navázání partnerského vztahu.

Respondentka č. 3 se s přítelem seznámila přes jeho tetu, která v instituci pracovala. Seznámení s ním probíhalo prostřednictvím sociální sítě. I zde tedy můžeme říct, že k navázání vztahu ve značné míře přispěla instituce.

K navazování vztahů v zařízeních velmi přispívají zaměstnanci, kteří klienty podporují a pomáhají jim s navazováním partnerských vztahů.

V denním stacionáři, kde jsem prováděla rozhovor s respondentkou č. 1, měli zaměstnanci v plánu, že najdou klientce partnera přes inzerát, ale jelikož to bylo velmi drahé, zkusili najít vhodného partnera ve stacionáři, se kterým by mohla klientka navázat vztah. Vybrali jednoho klienta, zeptali se klientky, zda se jí líbí a na základě jejího souhlasu jim domluvili schůzku. Od té doby je respondentka č. 1 s partnerem již 15 nebo 16 let.

U respondentů z rodiny můžeme říct, že k seznámení probíhalo obdobně, jako u ostatních, respondenti se seznámili ve školním zařízení, kam oba dochází na výuku. Jedná se o speciální střední školu, která vzdělává žáky s mentálním i tělesným postižením.

Délka trvání vztahů všech dotazovaných klientů je v rozmezí od jednoho roku zhruba do 16 let. Vztahy dotazovaných můžeme považovat za poměrně dlouhé a stabilní. A to i v případě jednoho roku, vzhledem k tomu, že u osob s mentálním postižením může být proměnlivost partnerů velmi vysoká. Vliv na to mají určitě instituce, které vztahy podporují a jsou klientům nápomocny v řešení jejich problému, díky tomu můžeme zhodnotit, že pobyt klientů v institucích je pro jejich uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti velmi přínosný.

Předchozí vztahy

Při položení otázky na předchozí vztahy byli odpovědi klientů hodně odlišné. Každý z klientů si vzpomínal, zda někoho před současným partnerem měl či nikoliv.

Respondentka č. 1 měla pár kamarádů, ten poslední si ji chtěl vzít, sliboval jí svatbu, ale nic z toho nebylo.

Respondent č. 2 měl před současnou partnerkou holku na chození. Nejednalo se o vážný partnerský věk.

Respondentka č. 3 měla před tím pouze kamarády.

Respondentka č. 4 před tím nějaké partnery měla, ale moc si na ně nevzpomíná. Ten poslední byl taky z kavárny.

Respondentka č. 5 měla před tím asi tři partnery.

Respondent č. 6 před tím nikoho neměl, současná partnerka je jeho první.

Respondent č. 7 měl před tím jednu partnerku, se kterou udržoval vážný vztah

Respondentka č. 8 střídala partnery celkem často, počet nedokázala říct, jednalo se spíše o povrchní známosti pro uspokojení sexuálních potřeb.

Jak je patrné z jednotlivých výpovědí, většina z dotazovaných před tím měla spíše kamarádké a nezávazné vztahy. Ke změně a stálosti partnerů došli klienti postupně s přibývajícím věkem, může se zdát, že i mentálně postižení dospějí do fáze, kdy je pro ně důležité udržet si dlouhodobý vztah.

Přitažlivost a vnímání partnera

Před tím, než jsem začala otázky směřovat k sexualitě, ptala jsem se klientů, zda je partner přitahuje a co se jim na jejich partnerovi líbí a nelíbí?

Moje očekávané odpovědi se shodovaly s odpovědi klientů, kteří jako první řekli, že je jejich partneri přitahují a, že se jim na jejich partnerech líbí všechno. Z odpovědí je jasné, že dotazovaní vnímají partnery jako téměř dokonalá stvoření, která jsou pro ně velmi přitažlivá, a není na nich nic, co by se jim nelíbilo. Dotazovaní vnímají své partnery především po té fyzické stránce, jejich vzhled a postavu. Při pokládání upřesňujících otázek jsem se dozvěděla, že dvě z respondentek by našly něco, co se jim na jejich partnerech nelíbí. Nejedná se ale o takové chyby, které by byli ve vztahu zásadními problematickými faktory a které by komplikovaly jejich vztahy.

Respondentka č. 5 by byla například ráda, kdyby její partner trochu zhubl. Respondentka č. 4 se zmínila, že se jí nelíbí, že spolu nemohou bydlet. V tomto případě se nejedná o tom, co se jí nelíbí na partnerovi, ale o problematický aspekt jejich vztahu.

Při dotazování, zda klienty jejich partner přitahuje a jak se to projevuje, jsem narazila na problém, kdy klienti nebyli schopni popsat své pocity a to, jak se projevuje, když je jejich partner přitahuje. Nevěděli, co říct. Ví, že je partner přitahuje, ale nedokázali popsat samotný projev.

Respondentku č. 8 na jejím partnerovi přitahuje to, že je starší a zkušenější. Našla v něm to, co u ostatních neměla.

Fyzický kontakt a sexualita

Jednalo se bezesporu o nejtěžší část celých rozhovorů, na dotazovaných bylo vidět, že se jedná o hodně citlivé téma, o kterém běžně nemluví.

Stejně jako ve vztahu zdravé osoby, tak i ve vztahu osob s mentálním

postižením hraje velkou roli nejen samotná sexualita, která je pro obě skupiny důležitá, tak i fyzický kontakt, jako je chození za ruce, líbání se, mazlení a hlazení.

Všichni dotazovaní považují sex za neodmyslitelnou součást jejich vztahu. Jedna z klientek dost důrazně uvedla, že s partnerem sex má, protože to přeci ke vztahu patří. Stejně to vnímají i ostatní. Je patrné, že ho nepovažují za tu nejhlavnější součást vztahu, ale přikládají mu velkou důležitost. Tu přikládají i ostatním aktivitám, jako je líbání, mazlení a hlazení. Klienti mi sdělili, že se líbají, objímají i několikrát denně, pouze klientka, jež s partnerem nežije a nevidá ho tak často, je o tyto aktivity ochuzena.

Podstatným projevem lásky je pro klienty vodění se za ruce. Vodění za ruce může být pro klienty projev normality, který má ve vztahu zásadní význam a je viditelné pro okolí, které tak může na vztahy mentálně postižených pohlížet z jiného úhlu. Klienti si tak mezi sebou dávají najevo i to, že k sobě patří a mají vedle sebe vytouženého partnera.

Soukromí

Při zpracovávání otázek k rozhovorům jsem se domnívala, že z prostorového hlediska nebude možné klientům zajistit dostatek soukromí nebo vlastní pokoj, kde by klienti mohli být o samotě se svým partnerem. Očekávala jsem, že respondenti budou mít pokoje s jinými obyvateli zařízení a k uspokojování svých sexuálních potřeb si budou vybírat místnosti jako například toaletu nebo společenskou místnost. Zajímalo mě, jak se to v zařízeních řeší a jak k problematice soukromí daná zařízení přistupují. Z rozhovorů jsem pochopila, že se organizace snaží dělat maximum pro to, aby bylo partnerským párům poskytnuto dostatečné soukromí. Jediná respondentka č. 5 se zmínila, že jí a jejímu partnerovi byl zařízen vlastní pokoj protože “zlobili“ ve společenské místnosti.

Nedostatek soukromí je problematickým aspektem u respondentky č. 4, která má pokoj s kamarádkou v domově pro osoby se zdravotním postižením. Aby v něm mohli s partnerem trávit čas, musí být kamarádka pryč a občas mohou čas trávit v rodině jejího partnera.

Klientka č. 5 žije s partnerem na pokoji v chráněném bydlení, nejprve mi sdělila, že mají dostatek soukromí, ale nakonec podotkla, že se zde potýkají s problémem, že jedna z klientek při vstupu na pokoj neklepe.

V porovnání s většinovou populací není jednoduché soukromí klientů posuzovat, jejich možnosti a možnosti institucí jsou zde značně omezeny. Přesto se

instituce snaží svým klientům zajistit maximální možnou míru soukromí a klientům tento stav vyhovuje. Klienti jsou za snahu instituce vděční, protože si uvědomují, že nedostatek soukromí by pro jejich partnerský vztah nebyl prospěšný.

Život v instituci vs. život v rodině

V rozhovorech jsem se klientů ptala i na otázky, ze kterých jsem se chtěla dozvědět, jak vnímají klienti přístup zařízení k jejich vztahu, zda chápu jejich touhy a koho považují za podporu a kdo jim pomáhá vytvářet dobré podmínky pro jejich vztah. Odpovědi potvrzují, že je zde vliv instituce velmi vysoký a pro klienty opravdu přínosný. Klienti se shodovali, že jejich touhy po partnerovi jsou v zařízení chápány a podporovány, zaměstnanci zařízení jim pomáhají budovat vztahy a zajišťovat jim zázemí pro jejich vztah tak, aby bylo zajištěno soukromí a maximálně přívětivé prostředí pro budování vztahů.

Na otázku, kdo je pro klienty největší oporou a kdo jim zde pomáhá vytvářet dobré podmínky pro vztah, byla odpověď u klientů totožná. Klienti se shodovali, že pro ně jsou největší oporou zaměstnanci zařízení. Poskytovaná podpora má v těchto případech výrazný vliv na vzniku a následném vývoji vztahu.

Sama ředitelka denního stacionáře mi sdělila, že je pro ně důležité, aby jejich klienti měli dobré zázemí pro budování vztahu. Vyprávěla o tom, že když měli ve stacionáři první pár, tak zřídila chráněné bydlení, ve kterém by pár mohl žít, rozvíjet svůj vztah a pečovat o svou domácnost.

U respondenta č. 7 jsou tužby partnerů podporovány ze strany rodičů partnera. Ti nejprve vztah nepodporovali, protože jak jsem pochopila z rozhovoru, jedná se o partnerku ze sociálně slabší rodiny, a to se rodičům nelíbilo. Partnerka otěhotněla a rodina respondenta partnerku přijala a pomáhají jim zajistit ideální podmínky pro budoucí rodinu. V tomto případě je v ohledu na vztah aktivní rodina chlapce. Pro respondenta č. 7 je největší oporou jeho rodina.

Rodina respondentky č. 8 jejich vztah nepodporuje a veškerou aktivitu nechává na rodičích chlapce. Když jsem se respondentky č. 8 zeptala, kdo je pro ni největší oporou, sdělila, že to je matka jejího partnera. Její matka, údajně nechápe, proč s ním je.

Vliv okolí

Okolí je nedílnou součástí každého z nás. Pro osoby s mentálním postižením je jeho vnímání citlivější a útoky okolního světa pro ně mohou být velmi zraňující

a psychicky vyčerpávající. Mentálně postižený nemusí být a většinou ani není natolik zdatný v oproštění se od okolního světa jako zdravý jedinec. I malá narážka pro něj může být zdrcující. Pro společnost je samotné mentální postižení stále celkem tabu, a proto jsou projevy nepochopení veřejnosti pro mentálně postižené zraňujícími a ponižujícími.

Zeptala jsem se proto klientů, zda jim někdo brání v jejich vztahu nebo zda ví, že by jim někdo jejich vztah záviděl; myšleno ze stran jiných klientů a veřejnosti, ne personálu. Většina z klientů nepocituje, že by jim někdo v jejich vztahu bránil nebo jim ho záviděl.

Respondentka č. 3 si postěžovala, že venku na ulici na ni špatně koukají, cítí se být ponížena.

Respondentka č. 5 mi sdělila, že jim ve vztahu nikdo nebrání ale jiná klientka jí vztah jako takový závidí, chtěla by mít také nějakého partnera.

Respondenta č. 7 si neuvědomuje, že by jim někdo v současné chvíli bránil

Respondentky č. 8 sdělila, že jí ve vztahu bránila matka, která je v tuto chvíli pasivní a o dceru se nezajímá.

Partnerské aktivity

Poslední otázky rozhovoru jsem zaměřila na budoucnost klientů, trávení volného času, na vzájemné obdarování a na vyznávání lásky.

Když jsem se ptala, zda s partnery mluví o budoucnosti jejich vztahu, šest z osmi klientů mi sdělilo, že se budoucností nezabývá. Klientka č. 4 s partnerem mluví o společném bydlení, kterého by chtěli v budoucnosti dosáhnout, a klient č. 5 by chtěl v budoucnosti svatbu.

Stejně jako my i klienti mají volný čas vyhrazen na vlastní aktivity a který věnují sobě navzájem. Klienti se svými partnery tráví většinou čas tak, že chodí na procházky, koukají na televizi nebo si povídají. Respondent č. 7 a respondentka č. 8 se teď připravují na příchod potomka.

Shodné u všech výpovědí jsou i příležitosti, ke kterým si partneři dávají dárky. Obdarovávají se zásadně u příležitostí k tomu určených. Z jejich projevů bylo patrné, že je těší, že mohou partnera obdarovat a zároveň, že jsou i oni partnery obdarováni. Považují to za další z projevů jejich vzájemné lásky.

Úplně poslední otázkou, kterou jsme zakončovali naše povídání, byla otázka, zda si vzájemně vyznávají lásku. Co si říkají a co jim naopak říká jejich partner. Ve

výčtu frází pro vyznání lásky se objevily fráze jako miluji tě a mám tě rád. Znamená to, že pro tyto osoby není důležitý pouze fyzický kontakt s partnerem, ale i ta citová stránka, kdy jim partner upřímně vyzná lásku.

17. Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat výskyt problematických aspektů partnerství a sexuality v partnerských vztazích u osob s lehkým a středním mentálním postižením. Partnerské vztahy mají v životě mentálně postižených nezastupitelné místo, které jim zajišťuje důležitou potřebu lásky a sounáležitosti. Jedním z cílů bylo zjistit, jaký vliv mají problematické aspekty na samotný vztah.

Pro získání dat byla využita metoda rozhovorů s jednotlivými respondenty, které jsou v současné chvíli v partnerském svazku. Jednalo se o klienty sociálních zařízení a o partnerský pár z rodiny.

Výsledek šetření potvrdil, že partnerský vztah je pro osoby s mentálním postižením velmi důležitý. A jeho cílem není pouze sexuální uspokojování potřeb ale uspokojení pocitu lásky a sounáležitosti. Partnerský vztah jim dává pocit normality.

Výskyt problematických aspektů byl zjištěn především v ohledu na navazování vztahů. Kdy jsou klienti i děti z rodiny izolováni v zařízeních pro ně určených a nemají tak rozsáhlé možnosti navazování vztahů jako zdraví jedinci. Vnik a vývoj vztahů je podstatně ovlivněn prostředím ve kterém jedinci žijí. V průběhu vztahů se především u respondentů z rodiny projevovaly problematické aspekty, které vznikaly především v důsledku rozdílného sociálního prostředí. K řešení problematických aspektů v rodině přispívala z velké míry rodina respondenta. Velmi pozitivním zjištěním je, že v samotných zařízeních se neobjevovaly zásadní problematické aspekty, které by ovlivňovali partnerské vztahy. Zásahu na tom mají pracovníci zařízení, kteří jsou klientům velkou oporou a pomáhají jim s předcházením problémům. Klienti sami ví, na koho se obrátit pro radu nebo pomoc a nebojí se říct, když se jim něco nelíbí.

Mít vztah je pro osoby s mentálním postižením velice důležité, považují to za projev normality a dodává jim to pocit vyrovnání se okolnímu světu. Je důležité, aby tito jedinci byli podporováni a společnost na ně nenahlížela s odstupem a opovržením. Často jsem se během zpracovávání bakalářské práce setkávala s nepochopením okolí, které považuje osoby s mentálním postižením za děti, které nejsou schopni vnímat a chápat lásku, partnerství ani sexualitu. Sexuální a partnerské aktivity mohou mít zároveň pozitivní dopad na psychické i fyzické zdraví jedince, není proto důvod je

v těchto aktivitách omezovat a bránit jim v jejich provozování.

Pozitivním zjištěním je i snaha zařízení zajistit svým klientům, kteří prožívají život ve svazku partnerském dostatečné soukromí, tak aby mohli své vztahy prožívat a rozvíjet. Dotazovaní si uvědomují, že mají svoje sexuální aktivity provozovat v soukromí, které jim zřízený byt nebo pokoj zajišťuje.

Bakalářská práce by mohla být nápomocna institucím, kde práce s partnerskými vztahy není natolik rozvinutá jako v zařízeních, které jsem navštívila během šetření. Dále by mohla být nápomocna rodinám nebo blízkým osobám osob s mentálním postižením, které chtějí partnerské a sexuální vztahy navazovat a prožívat. A v neposlední řadě by mohla dopomoci k tomu, aby téma sexuálních a partnerských vztahů osob s mentálním postižením přestalo být tabuizováno.

18. Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
2. BAZALOVÁ, B., HULIAKOVÁ, J. *Zkušenosti se sexualitou postižených osob u ÚSP pro tělesně postižené* Brno-Kociánka. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. s. 62-68. ISBN 80-903519-0-5.
3. DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 978-80-260-5281-4.
4. KRACÍK, Jiří. *Specifika sexuálního života postižených osob*. Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy 1990-, 1991/92, 2(1), 18-30. ISSN 1211-2720.
5. LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
6. MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.
7. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
8. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
9. MIOVSKÝ, Michal. *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, 2004-. Psyché (Grada). ISBN 80-903-5190-5.
10. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
11. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
12. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. *Nezralá sexualita: O sexuální výchově a sexuálních projevech dětí a mládeže*. Vyd.1. Praha: Avicenum, 1990. 139 s. ISBN 80-201-0008-3.

13. PÖRTNER, Marlis. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
14. SOLOVSKÁ, Vendula. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
15. Stoffelen, J. J. M. T. (2018). *Sexuality and intellectual disability*. Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers, Maastricht.
<https://doi.org/10.26481/dis.20180711js>
16. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
17. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.
18. THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Vyd. 1. [i.e. 2.]. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA Praha, střední Čechy, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6.
19. THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Vyd. 1. [i.e. 2.]. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA Praha, střední Čechy, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6.
20. UZEL, R. Antikoncepce u mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. s. 17-19. ISBN 80-903519-0-5.
21. VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum 2004. ISBN 80-7184-929-4.
22. VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

Internetové zdroje:

23. EISNER, Petr. Sexualita lidí s postižením a jejich aktuální možnosti v České republice. In: Rozkoš bez rizika [online]. Praha: hmsdesign.cz, 2019, 12. 03. 2015 [cit. 2019-07-07]. Dostupné z: <https://rozkosbezrizika.cz/petr-eisner-sexualita-lidi-s-postizenim-a-jejich-aktualni-moznosti-v-ceske-republice/>
24. Sexuální asistence. Freya.cz: Pomáháme lidem se zdravotním postižením, seniorům a seniorkám plnohodnotněji žít. [online]. Praha: Freya, 2019 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence>
25. Zákon č. 108/2006 Sb.: o sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019, 2006 [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

IV. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Otázky rozhovorů

Otázky rozhovorů k bakalářské práci na téma:

Partnerské vztahy a sexualita u osob s lehkým a středním mentálním postižením

Kde jste se s Vaším partnerem seznámili?

Jak seznámení probíhalo?

Jak dlouho spolu jste?

Měl/a jste před tím i jiného partnera? Vzpomínáte si na nějakého?

Přitahuje Vás partner/ka? (Toužíte po Vašem partnerovi?)

Co se Vám na vašem partnerovi líbí/nelíbí?

Chodíte s partnerem za ruku?

Líbáte se s partnerem, hladíte se a mazlíte?

Máte nějaké sexuální touhy? Jak se Vaše sexuální touhy projevují?

Když Vám dělá partner něco, co se Vám nelíbí, řeknete mu to? A jak na to partner reaguje?

Máte zde možnosti a dostatek soukromí k milování a trávení společného času?

Chápu zde Váš vztah a Vaše touhy? Kdo Vás chápe nejvíce a je Vaší oporou?

Kdo Vám zde pomáhá vytvářet dobré podmínky pro Váš vztah?

Brání Vám někdo ve vašem vztahu?

Je pro Vás tento vztah důležitý?

Mluvíte s partnerem o Vašem vztahu a o budoucnosti?

Co s partnerem děláte? (Ve volném čase?)

Dává Vám partner/ka dárky?

Říkáte si vzájemně, že se máte rádi?