

Partnerské vztahy osob s mentálním postižením pohledem pracovníků chráněného bydlení

Veronika Churá

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Churá**
Osobní číslo: **H180190**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Partnerské vztahy osob s mentálním postižením pohledem pracovníků chráněného bydlení**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti mentálního postižení, partnerských vztahů osob s mentálním postižením a chráněného bydlení.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezентация výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I: Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada, 2019. 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.

SILVERMAN, D. *Qualitative research*. 4th ed. Los Angeles: SAGE, 2016. 457 p. ISBN 9781473916579.

ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

VALENTA, M., J. MICHALÍK, M. LEČBYCH, a kol. *Mentální postižení*. 2. vyd. Praha: Grada, 2018. 392 s. ISBN 978-80-271-0378-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. a P. EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Magdalena Hanková, Ph.D.**
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

12.4.2021

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je věnována tématu partnerských vztahů osob s mentálním postižením pohledem pracovníků chráněného bydlení. Teoretická část se zaměřuje na vymezení mentálního postižení, dále na specifika partnerských vztahů osob s mentálním postižením a na specifikaci práce s partnerskými vztahy a sexualitou osob s mentálním postižením v prostředí chráněného bydlení. Cílem kvalitativně orientovaného empirického bádání je zjistit a popsat, jaké mají pracovníci chráněného bydlení zkušenosti s partnerskými vztahy jejich uživatelů s mentálním postižením. Data získaná pomocí polostrukturovaných rozhovorů byla analyzována pomocí dílčích analytických postupů zakotvené teorie.

Klíčová slova: osoba s mentálním postižením, partnerské vztahy, sexualita, chráněné bydlení, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

The bachelor's thesis is devoted to the topic of partner relationships of people with mental disabilities through the prism of sheltered housing workers. The theoretical part focuses on the definition of mental disabilities, as well as specifics of partner relationships of people with mental disabilities and specifies work with partner relationships and sexuality of people with mental disabilities in a sheltered housing. The aim of qualitatively oriented empirical research is to find out and describe how sheltered housing workers perceive the functioning of existing partner relationships of clients with mental disabilities. Data obtained by semi-structured interviews were analyzed using partial analytical procedures of grounded theory.

Keywords: person with mental disabilities, partner relationships, sexuality, sheltered housing, qualitative research

Poděkování

Tímto upřímně děkuji Mgr. Magdaleně Hankové, Ph.D. za intenzivní spolupráci při vedení bakalářské práce, za její trpělivost, ochotu, vstřícnost, cenné rady a motivaci v průběhu celého procesu tvorby práce. Bylo mi ctí spolupracovat s člověkem, který hravě snoubí profesionalitu a lidský přístup.

Děkuji také všem participantům za množství poskytnutých informací a zkušeností, za jejich čas a sdílnost.

Motto bakalářské práce:

„Je třeba si být trochu podobní, abychom si rozuměli, ale trochu rozdílní, abychom se milovali.“

Jean Jacques Rousseau

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	13
1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	14
1.2 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	16
1.3 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	18
1.4 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	21
2 SPECIFIKA PARTNERSKÝCH VZTAHŮ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	24
2.1 PARTNERSKÉ VZTAHY JAKO ZÁKLADNÍ LIDSKÉ PRÁVO OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	25
2.2 SEXUALITA JAKO DŮLEŽITÝ ASPEKT PARTNERSKÉHO VZTAHU A JEJÍ SPECIFIKA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	26
2.3 MÝTY A PŘEDSUDKY O PARTNERSKÝCH VZTAZÍCH OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	29
2.4 INSTITUCE MANŽELSTVÍ A ZAKLÁDÁNÍ RODINY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	32
3 PRÁCE S PARTNERSKÝMI VZTAHY A SEXUALITOU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V PROSTŘEDÍ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ.....	35
3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBA CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ A JEJÍ PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ.....	35
3.2 PRÁCE S PARTNERSKÝMI VZTAHY A SEXUALITOU V KONTEXTU SOCIÁLNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ	38
3.3 ROLE PRACOVNÍKA CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ PŘI ŘEŠENÍ OTÁZKY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH POTŘEB UŽIVATELŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	41
3.4 MOŽNOSTI OSVĚTY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM ŽIJÍCÍCH V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ V OBLASTI PARTNERSKÝCH VZTAHŮ A SEXUALITY	44
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	48
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	49
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	49
4.2 CÍL VÝZKUMU	50
4.3 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	50
4.4 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE, METOD A TECHNIK SBĚRU DAT	51
4.5 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU A JEHO CHARAKTERISTIKA	52
4.6 REALIZACE VÝZKUMU.....	54
4.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	56

5	INTERPRETACE DAT	57
5.1	KATEGORIE Č. 1: SEZNÁMENÍ UŽIVATELE S PARTNEREM.....	57
5.2	KATEGORIE Č. 2: FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PARTNERSKÉ VZTAHY UŽIVATELŮ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ	59
5.3	KATEGORIE Č. 3: PŘEKÁŽKY BRÁNÍCÍ VZNIKU ČI TRVÁNÍ PARTNERSKÉHO VZTAHU UŽIVATELŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	62
5.4	KATEGORIE Č. 4: PRÁCE S PARTNERSKÝMI VZTAHY A SEXUALITOU V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ	66
5.5	KATEGORIE Č. 5: VNÍMÁNÍ MANŽELSTVÍ A RODIČOVSTVÍ UŽIVATELŮ V PODMÍNKÁCH CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ	70
5.6	PARADIGMATICKÝ MODEL.....	75
6	DISKUZE VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ DO PRAXE	78
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	81
	ZÁVĚR	83
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	85
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	91
	SEZNAM OBRÁZKŮ	92
	SEZNAM TABULEK	93

ÚVOD

V polovině minulého století vytvořil psycholog Abraham Maslow (1943) dnes již světoznámou pyramidu lidských potřeb. Bez jakékoli hlubší znalosti celého konceptu této pyramidy si můžeme na první pohled všimnout, že přesně v jejím středu se nachází potřeba lásky. Potřeba milovat a být milován. A stejně jako jiné potřeby, i tuto se během života snažíme v maximální možné míře – dle individuálních možností a schopností – saturovat. Proto je pro nás, pro lidi, tak přirozené hledat si partnera, vytvářet partnerské vztahy, případně vstupovat do svazku manželského nebo založit rodinu. Přesto však otázka naplnění těchto potřeb u marginalizovaných skupin, mezi něž řadíme i osoby s mentálním postižením, zůstává společenským tabu opředěným mnoha mýty a předsudky.

Způsob vnímání, a s tím související míra respektu k partnerským a sexuálním potřebám osob s mentálním postižením může vycházet z prismatického pohledu, jímž na tyto osoby nahlížíme. Jedním z nich je medicínský model, jehož zakotvení spadá hlavně do oblasti zdravotnictví, které svou pozornost zaměřuje na „vady“ a „odlišnosti“, a zdůrazňuje spíše to, čeho jedinec s mentálním postižením není schopen. Medicínský model může mít za následek prohloubení již vyskytující se stigmatizace a nálepkování, jež se pojí k termínu mentální postižení, a jež přispívá ke společenské segregaci osob s mentálním postižením. Takovéto zneschopňování se poté promítá i do oblasti navazování partnerských vztahů, a může mít za následek celkové zhoršení kvality partnerského i sexuálního života (Procházka, 2014, s. 172).

Naopak sociální model postižení upírá pozornost především na prostředí, ve kterém osoba s postižením žije. Pokud vyrůstá ve zdravém rodinném prostředí, může odtud získat mnoho zkušeností do svého budoucího partnerského života. Ve středu zájmu sociálního modelu stojí maximální možná nezávislost osob s mentálním postižením, také rovnost jejich práv na partnerský a sexuální život, rovnost příležitostí vedoucích k seznámení, k vytvoření partnerského vztahu, případně k uzavření manželství či založení rodiny (Nenadović, Stanimirović a Dimoski, 2017, s. 16).

V posledních letech se v našich podmínkách stává čím dál více preferovaným modelem, dle slov Novosada (2011, s. 95), právě model sociální. I díky tomuto faktu se začíná soustřeďovat větší pozornost na potřeby intimity, partnerství a sexuality osob s mentálním postižením (viz Drábek, 2011; Eisner, Venglářová a kol., 2013), neboť tyto jsou důležitým determinantem kvality jejich života. Naplnění těchto potřeb však může být ztíženo řadou faktorů – ať už osobnostními charakteristikami člověka, jeho mentální úrovní,

ale i prostředím, v němž žije. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem, a také s přihlédnutím k faktu, že se jedná o významné společenské téma mající přesah i do oblasti zdravotnictví, jsme se v naší bakalářské práci rozhodli tímto tématem zabývat. Na zvolené téma přitom budeme nahlížet specificky v kontextu osob s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení.

Pro tyto účely je naše práce členěna na dvě části. V teoretické části práce vymezujeme mentální postižení, jeho etiologii, diagnostiku a klasifikaci. Dále se zaměřujeme na specifika partnerských vztahů a sexuality osob s mentálním postižením, uvádíme na pravou míru nejčastější mýty o partnerství osob s mentálním postižením, a věnujeme se i specifčnosti manželství a rodičovství těchto osob. Uvádíme také, jak s oblastí partnerských vztahů a sexuality osob s mentálním postižením pracovat, pokud je tato osoba uživatelem pobytové sociální služby.

Druhou část naší práce věnujeme empirickému výzkumu, jenž má kvalitativní charakter. Hlavním cílem tohoto výzkumu je zjistit a popsat, jaké mají pracovníci chráněného bydlení zkušenosti s partnerskými vztahy jejich uživatelů s mentálním postižením. Data k naplnění tohoto cíle budou získána za pomoci polostrukturovaných interview s pracovníky chráněného bydlení, a následně analyzována dílčími postupy zakotvené teorie. Na základě získaných poznatků lze formulovat doporučení pro praxi, a přispět tak k osvětě v této oblasti v rovině sociálních a zdravotnických věd.

Práce jako celek si tedy klade za cíl teoreticky ukotvit téma partnerských vztahů osob s mentálním postižením v prostředí chráněného bydlení, a na základě autorského výzkumu formulovat doporučení pro praxi, a přispět tak k detabuizaci tématu v českém prostředí a k celospolečenskému uvědomění, že právo milovat a být milován náleží každému z nás, bez ohledu na zdravotní nebo sociální charakteristiky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V České republice žije 1 milion 152 tisíc osob se zdravotním postižením, což se procentuálně rovná přibližně 13 % všech obyvatel České republiky. Potíže v mentální oblasti se projevují u 172 000 osob, tedy přibližně u 15 % všech osob se zdravotním postižením v České republice (© Český statistický úřad, 2019, s. 11-17). Ve světovém měřítku tvoří lidé se zdravotním postižením 15 % celkové populace (© WHO, 2017). Z předložených dat vyplývá, že zastoupení těchto osob v populaci není zanedbatelné, proto by mělo být lidem se zdravotním postižením a jejich potřebám věnováno více porozumění a respektu. Konkrétně u člověka s mentálním postižením, jemuž budeme v této práci věnovat pozornost, může být pro majoritní společnost obtížné vžít se do charakteru jeho postižení, a z něj plynoucího znevýhodnění, a v důsledku toho mu projevovat dostatečný respekt. Jak podotýká Slowík (2016, s. 111), intaktní populace si jen těžko může představit stav mentálního postižení, narozdíl od postižení například smyslového. Můžeme si zavázat oči a zkusit si na chvíli, jaké to je, být člověk nevidomý, můžeme se také převtělit do člověka hluchoněmého a dorozumívat se po určitou dobu znakovou řečí, ale mentální postižení nasimulujeme jen stěží. Jednou z možností, jak těmto lidem lépe porozumět, je sociální integrace. Jedná se o začleňování osob s postižením do majoritní společnosti, což se v České republice stává velice diskutovaným tématem. Lečbych (2008, s. 11) již před několika lety poukázal na fakt, že osoby s mentálním postižením mají větší šanci nalézt si pracovní místo na volném trhu práce, samostatně bydlet, osamostatnit se od rodiny apod. Díky těmto jednotlivým krokům mají lidé s mentálním postižením větší prostor pro celkový osobní rozvoj.

Samotné nazírání na osoby s mentálním postižením a potažmo jejich začlenění do společnosti je však ovlivněno také tím, jak je vnímán samotný pojem mentální postižení. Tento termín je sice dle Lečbycha (2008, s. 17) neutrální, avšak majoritní společnost, která na tyto osoby může nazírat s nedůvěrou, mu dodala pejorativní nádech, a vytváří z něj znevýhodnění, a z jeho nositele člověka znevýhodněného. Hlavním faktorem ovlivňujícím míru znevýhodnění jedince s mentálním postižením je tedy právě majoritní intaktní společnost. A právě z tohoto důvodu je nutné, podle Vágnerové (2012, s. 192), mít snahu porozumět lidem s postižením a pochopit příčiny jejich „odlišností“.

1.1 Vymezení pojmu mentální postižení

Teoretické pojetí mentálního postižení a jeho přesná definice se již řadu let potýkají s terminologickými nejasnostmi a problémy. Odborné názvosloví týkající se osob s mentálním postižením je velmi specifické v tom, že se v čase velmi rychle obměňují termíny, označující mentální postižení, i samotné osoby s mentálním postižením. Proto si v rámci této podkapitoly představíme přístupy k vymezení mentálního postižení.

Kdybychom se vrátili zpět v čase, a zaměřili se na termíny, kterými společnost označovala osoby s mentálním postižením, přišla by nám tato pojmenování dnes nevhodná, hanlivá, až extrémně vulgární. Jednalo se o označení jako „blbec“, „slabomyslný“, „imbecil“, „duševně vadný“, „rozumově zaostalý“, „mentálně opožděný“, „mentálně retardovaný“ atp. Zásadním terminologickým milníkem v oblasti mentálního (a celkově zdravotního) postižení je užívání tzv. People First Princip. Tento princip se zakládá na zdůraznění faktu, že osoba se zdravotním, tedy i mentálním postižením je v první řadě člověk, až poté můžeme zmínit také její znevýhodnění. Korektní slovní spojení tedy zní „osoba s mentálním postižením“ (Valenta, 2018, s. 31-33), k němuž se budeme přiklánět i v této práci.

Současně můžeme vysledovat trend změkčování termínů, které slouží k vymezení charakteru zdravotního postižení, neboť tyto pojmy mají značně pejorativní nádech. Zatímco ještě před třemi dekádami jsme se mohli setkat s označením mentální retardace, který dodnes můžeme nalézt i v Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. aktualizované verzi (dále jen „MKN-10“), tento termín je dnes dominantněji nahrazován mentálním postižením (*mental disability*) anebo postižením intelektu (*intellectual disability*).

Jiný úhel pohledu na výše zmíněný trend zaujímá Slowík (2016, s. 113), který mentální postižení vidí jako nadřazený pojem, do kterého spadá právě i mentální retardace. Mentální postižení se vztahuje spíše k symptomatologii (obrazu projevů) a zachycuje specifika bytí člověka s mentálním postižením ve společnosti. Zatímco mentální retardace se zaměřuje na složku intelektovou, mentální postižení postihuje celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Na tato tvrzení plynule navazuje Kuzníková (2011, s. 124-125), která přichází s názorem, že pro zařazení člověka do kategorie osoby s mentálním postižením nestačí pouze vyslovená diagnóza mentální retardace. Navíc podotýká, že jakákoli diagnóza obecně bývá automaticky spojována s nemocí, což z člověka s diagnostikovanou mentální retardací nesprávně vytváří nemocného, a následně vyhodnocujeme mentální postižení jako nemoc. Uvedené jen přidává na stigmatizaci osob s mentálním postižením. Ze všech uvedených

poznatků můžeme tedy vyvodit, že termín mentální retardace se využívá spíše v prostředí medicínském, kdy lékaři musí stanovit přesnou diagnózu společně se stupni mentální retardace, naopak s pojmem mentální postižení se setkáme při sociální práci s osobou s mentálním postižením či v oblasti speciální pedagogiky.

Nyní se proto budeme podrobněji věnovat vymezení obou termínů. Zaměříme-li se nejdříve na vymezení pojmu mentální retardace, můžeme zmínit definici MKN-10, která, jak již bylo zmíněno dříve, s pojmem mentální retardace stále pracuje. Tato klasifikace definuje mentální retardaci jako *stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami* (MKN-10, 2020). Valenta (2018, s. 34) ve své nejnovější publikaci vymezuje mentální retardaci jako *vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince*.

Naopak na šířeji uchopitelný pojem mentální postižení se zaměřuje Vágnerová (2014, s. 273), která uvádí, že *mentální postižení je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit*. Termín mentální postižení budeme užívat i pro účely naší práce, přičemž vycházet budeme primárně z definice Světové zdravotnické organizace (dále jen „WHO“). Definice WHO (© WHO, 2010) zní následovně: *Mentálním postižením se rozumí výrazně snížená schopnost porozumět novým nebo komplexním informacím, učit se a uplatňovat nové dovednosti (narušení inteligence). To má za následek sníženou schopnost umět si poradit samostatně (narušení sociálního fungování). Postižení vzniká před dospělostí, a zanechává trvalé důsledky na vývoji jedince*.

Na závěr zde zmíníme ještě jednu neméně důležitou definici, jež je pro nás relevantní právě tím, kdo je jejím autorem. Jsou to konkrétně lidé s mentálním postižením, kteří se v rámci České republiky snaží obhajovat své zájmy. Na základě své snahy vytvořili stručnou, leč výstižnou definici, jak vnímají sami sebe, a jak by chtěli, aby byli vnímáni okolím: *Jsme lidé, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci* (Matoušek, 2010, s. 111).

1.2 Etiologie mentálního postižení

Primární příčinou mentální retardace¹ je porucha centrální nervové soustavy (Vágnerová, 2014, s. 274). Nejedná se však o příčinu jedinou, mentální retardaci zapříčiňuje soubor hned několika faktorů, které se vzájemně prolínají. Mluvíme spíše o celé řadě různorodých příčin, na jejichž podkladu mentální retardace vzniká (Švarcová, 2003, s. 55).

Uvedeme-li si jednotlivá hlediska, která zohledňujeme při vzniku mentální retardace, jedná se, podle Švarcové (2003, s. 55), v obecné rovině o dědičnost a vlivy prostředí. Dalším faktem k etiologii mentální retardace je, že i přes veškeré vědecké výzkumy a medicínské inovace zůstává mnoho příčin jejího vzniku neobjasněných. Známe přibližně jednu polovinu faktorů, podílejících se na vzniku mentální retardace (Černá, 2008, s. 85). Obecně platí, že čím lehčí stupeň mentální retardace je jedinci diagnostikován, tím menší je šance na zjištění příčin, a naopak, pokud je člověku diagnostikována těžká až hluboká mentální retardace, je velmi pravděpodobné, že se příčiny vzniku dopátráme (Zvolský, Raboch, 2001, s. 344).

Zaměříme se tedy již na konkrétní faktory, zapříčiňující mentální retardaci. Nejčastěji rozlišujeme mezi faktory endogenními a exogenními. Endogenní neboli vnitřní faktory označují genetiku. Řadíme sem například situace, kdy samotní rodiče patří k populaci s nižším intelektem, který následně zdědí i jejich potomek. Dále do geneticky podmíněné mentální retardace spadají různé chromozomové anomálie, na jejichž základě vznikají syndromy, jejichž příznačným symptomem je nejen mentální retardace (Švarcová, 2003, s. 55-56). Nejznámějšími syndromy jsou:

- **Downův syndrom:** Vzniká na podkladu chromozomální odchylky, přesněji trizomie 21. chromozomu. Lidé s Downovým syndromem mají typický habitus – malá kulatá hlava s plochým temenem, krátký a široký krk, „mongoloidní“ postavení očí. Kvůli svému na první pohled rozpoznatnému vzhledu jim může hrozit zvýšené riziko sociálního odmítání. Lidé s Downovým syndromem jsou však sociálně adaptabilní, klidní, emočně dobře ladění, přizpůsobiví, snad velmi výjimečně se u nich vyskytují výkyvy nálad. Co se rodinného prostředí týče, rodiče bývají obvykle zdraví, a vytváří dítěti dostatečné, někdy až přehnaně stimulující prostředí. U osob s Downovým syndromem se vyskytuje vyšší riziko vrozených srdečních vad, nádorových

¹ Jelikož v této podkapitole bude diskutováno primárně medicínské hledisko zvoleného fenoménu, budeme v souladu se Slowíkem (2016) užívat termín mentální retardace.

onemocnění a také jsou ohroženi nástupem degenerativních změn v mozku v dřívějším věku, většinou kolem čtyřicátého roku života (Vágnerová, 2004, s. 305).

- **Edwardsův syndrom:** Jedná se, podobně jako u Downova syndromu, o trizomii, tentokrát ale 18. chromozomu. Lidé s Edwardsovým syndromem mají fyzické pozorovatelné změny, které zahrnují malou, abnormálně tvarovanou hlavu, malá ústa a nos, sevřené pěsti s překrývajícími se prsty. V rámci nepozorovatelných abnormalit lidé s tímto syndromem vykazují obtíže s dýcháním, malformaci vnitřních orgánů a v neposlední řadě mentální retardaci. Naprostá většina novorozenců umírá již v raném věku (Valenta, 2018, s. 66).
- **Angelmanův syndrom:** Je provázen absencí řeči, svalovými abnormalitami, opožděným motorickým vývojem, epileptickými záchvaty. Děti s Angelmanovým syndromem bezdůvodně vybuchují v smích, hlasitě pleskají rukama, a v noci se často budí. Přidružená je těžká až hluboká mentální retardace (Černá, 2008, s. 92). Děti s Angelmanovým syndromem můžeme znát také pod počeštěným pojmenováním „Andělské děti“.

Druhá skupina, tedy exogenní faktory, jsou vnější vlivy, které na plod, či dítě působí dle Švarcové (2003, s. 55) již od početí, v průběhu celé gravidity, během porodu, v poporodním období a raném dětství. Z důvodu rozsáhlého časového období, po které mohou exogenní faktory na dítě působit, rozdělujeme dále vnější vlivy na prenatální, perinatální a postnatální.

Faktorem, působícím na plod již v průběhu těhotenství, tedy v prenatálním období, může být prenatální infekce, konkrétně kongenitální syfilis, kdy se plod nakazí transplacentárně od matky infikované syfilidou. Děti s vrozenou syfilidou provází tzv. Hutchinsonova trias, kterou zmiňují Zvolský a Raboch (2001, s. 344). U novorozence se projeví hluchota, zánět rohovky a eroze řezáků (Švarcová, 2003, s. 55-56).

Mentální retardace v perinatálním stádiu může vzniknout v důsledku tzv. novorozenecké hypoxie, kdy organismus dítěte není dostatečně zásoben kyslíkem. Příčinou hypoxie bývá většinou komprese hlavičky v porodních cestách. V těžších případech dochází nejen k nedostatečnému zásobení kyslíkem, ale i k mozkovému krvácení. Další příčinou hypoxie může být aspirace plodové vody dítětem, předčasné narození dítěte, jeho nezralost, či nedostatečně vyvinutá plicní ventilace (Zvolský, Raboch, 2001, s. 345).

V období postnatálním může být mozek dítěte mechanicky poškozen ve spojitosti s různými úrazy, nehodami, poraněními (Švarcová, 2003, s. 55-56). Dále v tomto období zapříčiňují

mentální retardaci zánětlivá onemocnění centrální nervové soustavy, epilepsie, intoxikace, psychózy, či HIV infekce (Hort, 2000, s. 120). Vágnerová (2014, s. 276) ovšem vyzdvihuje fakt, že dítě je mentálně postižené² pouze, pokud je mu mentální retardace diagnostikována do 2 let věku. Diagnóza opožděného vývoje intelektu v pozdějším věku spadá již do kategorie demence.

Velmi podceňovaným faktorem, spojeným se vznikem mentální retardace v postnatálním období, je nedostatek stimulujících podnětů a celkové zanedbávání výchovy dítěte. Pokud tyto sociální faktory zkombinujeme s jakkoli závažným poškozením mozkové tkáně, mentální retardace dítěte se tímto více prohlubuje a jeho zdravotní stav zhoršuje. Jestliže pozorujeme u dítěte opožděný vývoj a můžeme vyloučit jakékoli poškození centrální nervové soustavy, nemluvíme o mentální retardaci. Příčinou takového opoždění je většinou emoční a psychická deprivace. Tento stav označujeme jako sociálně podmíněnou mentální retardaci, jež není ani vrozená, ani trvalá. Při vytvoření podnětného prostředí může dojít ke zlepšení stavu dítěte (Pipeková, 2010, s. 290).

1.3 Diagnostika mentálního postižení

Na úvod si stručně definujeme dva základní pojmy, od kterých se tato subkapitola odvíjí, jimiž jsou diagnostika a diagnóza. Diagnostika je definována jako proces stanovení diagnózy vyšetřováním pacienta, diagnózou se následně rozumí rozeznání nemoci a její pojmenování (Vokurka, 2003, s. 182).

Diagnostika mentálního postižení, jako i následná péče o osobu s mentálním postižením, vyžaduje v první řadě komplexní týmovou spolupráci odborníků. Tento multidisciplinární tým sestává z lékaře, či více lékařů různých odborností, psychologa, sociálního pracovníka, sociálního pedagoga, případně dalších odborníků dle potřeby (Valenta, 2009, s. 61). Slowík (2016, s. 53) tento multidisciplinární tým doplňuje o rodinu a přátele, jelikož ti tráví s osobou s mentálním postižením nejvíce času, a tudíž znají její fyzický i psychický stav velmi podrobně. Dále vyzdvihuje relevantnost včasné diagnostiky, která bývá nejčastěji odkládána kvůli obavám a studu rodičů dítěte s postižením, ale také z důvodu nedostatku informací, například o možnostech následné terapie.

Prostředky určené k diagnostice můžeme v obecné rovině rozdělit na klinické diagnostické prostředky a testové metody. Klinické diagnostické prostředky zahrnují anamnézu,

² Pokud ale hovoříme o lidech, nikoli o samotné diagnóze, užíváme pojem mentální postižení.

pozorování, rozhovor, dotazník, analýzu písma, hry nebo kresby a případovou studii. Testovými metodami jsou myšleny didaktické testy, sociometrické testy, psychodiagnostické testy, vývojové škály, testy inteligence a testy specifických funkcí a schopností (Valenta, 2009, s. 62-85).

Základním východiskem při diagnostice mentálního postižení je **diferenciální diagnostika**. Jejím úkolem je odlišit mentální postižení od stavů, které jsou mu podobné, a postupně eliminovat předem stanovené hypotézy (Šnýdrová, 2008, s. 127). Stavy, které simulují mentální postižení, jsou kupříkladu nepoznané sensorické defekty, defekty řeči, chronické mozkové syndromy vyúsťující v afázii, psychická deprivace s nedostatečně stimulujícím prostředím, o níž jsme se v předchozí subkapitole již zmínili, a v neposlední řadě demence³ (Hort, 2000, s. 121).

Diferenciální diagnostika využívá hlavně vstupní informace od rodičů, anamnézu (primárně rodinnou), lékařskou zprávu, psychologické vyšetření, speciálně-pedagogické vyšetření, didaktické zkoušky, pozorování, případně rozhovor. Diferenciální diagnostiku provádí psycholog v pedagogicko-psychologických poradnách nebo ve speciálně-pedagogických centrech (Valenta, 2018, s. 48-49). Na některé z výše zmíněných metod diferenciální diagnostiky se nyní detailněji zaměříme, abychom zjistili, jakými konkrétními postupy získáváme diagnózu mentálního postižení.

Anamnézou se obecně rozumí rozpomínání se na období, které předcházelo aktuálnímu stavu. U diagnostiky mentálního postižení se psycholog zaměřujeme především na anamnézu osobní, rodinnou a sociální. Svoboda (2001, s. 405) doplňuje fakt, že v rodinné anamnéze by měl být zachycen i popis rodinného funkčního stylu, silné stránky rodiny a výčet jejích členů. Tyto informace jsou klíčové při integraci rehabilitačního plánu dítěte do denní rutiny rodiny tak, aby se vyhovělo všem jejím členům. Dále je brána v potaz rodová anamnéza, zdravotní anamnéza a vývojová anamnéza (Valenta, 2009, s. 62).

Neuropsychologické vyšetření, jako jedna z dalších metod diferenciální diagnostiky, je u dětí primárně zaměřena na kognitivní, emoční a motivační procesy v jejich vývoji a na

³ Zásadní rozdíl mezi demencí a mentálním postižením je časové období diagnostiky. Zatímco mentální postižení diagnostikujeme do 2 let věku dítěte, demenci diagnostikujeme až po skončení senzomotorického vývoje inteligence, tedy po 2. roce života. Navíc demence má sklon k postupnému zhoršování, avšak mentální postižení je v průběhu života spíše konstantní (Valenta, 2018, s. 50).

jejich vznikající poruchy. Dítě je hodnoceno, dle Kulišťáka (2017, s. 721), v pěti základních oblastech: *základní neurologické funkce (intaktnost centrální nervové soustavy), receptivní funkce (vnímání – vizuální, taktilní, sluchové, později včetně porozumění řeči), expresivní funkce (jemná motorika, orální motorika a řeč, hrubá motorika), kognitivní procesy a centrální zpracování informací (paměť a učení, myšlení), mentální aktivita (úroveň aktivity, pozornosti)*. Právě tento neuropsychologický rozbor může být východiskem pro následnou terapii, rehabilitaci a způsob vedení stimulace dítěte. Zachycuje případné specifické poruchy učení, a v neposlední řadě bývá vodítkem k upřesnění etiologických faktorů mentálního postižení (Svoboda, 2001, s. 405).

Další metoda – psychologické vyšetření – stanovuje aktuální úroveň vývoje v mentální a sociální oblasti. Zajímá se o celkovou strukturu a úroveň inteligence, o verbální a nonverbální schopnosti. Je orientované na řeč diagnostikovaného jedince, také na jeho paměť, pozornost, volní vlastnosti, samostatnost při řešení úkolů a schopnost orientovat se v požadavcích. Testuje jedincovu odolnost vůči zátěži, sociální dovednosti, temperament a osobnostní charakteristiky (Valenta, 2018, s. 49). Z tohoto výčtu zkoumaných oblastí tedy jasně vyplývá, že psycholog nemá za cíl zabývat se pouze hodnotou inteligenčního kvocientu dítěte, i když je to samozřejmě povinná položka psychologického vyšetření, jak podotýká Svoboda (2001, s. 400).

Již zmíněná výše inteligenčního kvocientu je měřena řadou standardizovaných psychologických testů. Jedním z takových nástrojů pro standardní vyšetření inteligence je Zkrácená Wechslerova inteligenční škála, která vzešla z Wechslerovy škály inteligence pro dospělé, třetí verze. Zkrácená Wechslerova inteligenční škála sestává ze čtyř subtestů a její administrace zabere patnáct až třicet minut. Díky svému zkrácení a aktualizaci je nyní tento nástroj vhodný pro děti od 6 let až po dospělé do 89 let (Chlebovcová, Bezdíček a Kopeček, 2019, s. 157-166).

Speciálně-pedagogická diagnostika osob s postižením by měla být orientována pozitivně, což znamená, že by se měla soustředit na vyhledávání schopností, dovedností a kompetencí diagnostikované osoby. Vyšetření je zaměřeno na následující oblasti: jemná a hrubá motorika, oční pohyby, percepce, komunikace, rozumové schopnosti, lateralita, prostorová a časová orientace, sociální faktory, tělesné a psychické charakteristiky, chování, úroveň zejména školních schopností a dovedností. V oblasti speciální pedagogiky hraje významnou roli také diagnostika školní zralosti a školní připravenosti (Slowík, 2016, s. 54-55).

1.4 Klasifikace mentálního postižení

První pokus o klasifikaci mentálního postižení byl zaznamenán v roce 1910 německým psychiatrem Emilem Kraepelinem. V té době Kraepelin vymezil tři stupně mentálního postižení, a to idiocii, imbecilitu a debilitu. Jeho klasifikace byla využívána poměrně dlouho, do doby, než zmíněná pojmenování dostala pejorativní nádech a stala se vulgárními. Slowík (2016, s. 117) však zdůrazňuje, že řada lékařů a psychologů nerespektuje terminologickou změnu, která později nastala, a dodnes tyto irelevantní pojmy v odborné sféře užívají. Jedním z nejdůležitějších milníků pro klasifikaci mentálního postižení byla Milánská konference pořádaná WHO v roce 1959, která si kladla za cíl nahradit zastaralé nevhodné názvosloví a zpřesnit diagnostiku mentálního postižení. Tato konference dala vzniknout nové klasifikaci, která zahrnovala pět stupňů mentální retardace: hraniční pásmo, lehkou, střední, těžkou a hlubokou mentální retardaci. V 2. polovině 20. století byl při klasifikaci mentálního postižení kladen důraz především na naměřenou hodnotu inteligenčního kvocientu, opomíjeny byly adaptační schopnosti a individuální potřeby při výchově a vzdělání osob s mentálním postižením (Procházka, 2014, s. 170).

Dnes již víme, že při práci s člověkem s mentálním postižením bereme zřetel na individualitu jedince a přistupujeme k němu komplexně. Mnoho autorů (Vágnerová, 2012, s. 301; Procházka, 2014, s. 170; Slowík, 2016, s. 116; Valenta, 2018, s. 35) se shoduje na tom, že naměřená hodnota IQ by měla být pouze orientačním bodem a vodítkem při klasifikaci, klinik by se měl opírat o všechny dostupné zdroje, a také že jednotná kritéria a přesné hranice mentálního postižení prakticky neexistují.

Pro účely naší práce si uvedeme klasifikaci WHO, zakotvenou v MKN-10, jež je stále dominantně užívána českou odbornou veřejností.⁴ Zmíněná klasifikace uvádí mentální retardaci pod zkratkami F70 až F79, a zařazuje ji do nadřazené kapitoly s názvem *Poruchy duševní a poruchy chování*, s označením F00 až F99. Aktuální klasifikace udává šest stupňů mentální retardace:

- **Lehká mentální retardace (F70)** – hodnota IQ je v rozmezí 50 až 69, což u dospělého člověka odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let. Stav lehké mentální retardace vede k obtížím při školní výuce, mnoho dospělých je však schopno práce, úspěšně udržují sociální kontakt a přispívají k životu ve společnosti (MKN-10,

⁴ Mezinárodní klasifikace nemocí stále používá termín mentální retardace, nikoli mentální postižení, proto budeme při uvedení jednotlivých stupňů mentálního postižení respektovat terminologii v klasifikaci uvedenou.

2020). Osoby s lehkou mentální retardací respektují logiku, ale již nejsou schopny myslet abstraktně. Disponují spíše konkrétním myšlením a řečí, jejich verbální projev je jednodušší, používají krátké věty a ani jejich výslovnost není mnohdy bezchybná (Vágnerová, 2012, s. 301-302).

- **Střední (také středně těžká) mentální retardace (F71)** – hodnota IQ je v rozmezí 35 až 49, což u dospělého člověka odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let (MKN-10, 2020). Při diagnostikované střední mentální retardaci se setkáváme se značně opožděným vývojem již v dětství. Jedinci jsou schopni dosáhnout adekvátních komunikačních dovedností, určitého stupně samostatnosti v oblasti sebeobsluhy a mohou získat i přiměřené vzdělání. Míra podpory, kterou jednotlivci vyžadují při práci a fungování v běžném životě, je velmi individuální (Slowík, 2016, s. 116).
- **Těžká mentální retardace (F72)** – hodnota IQ je v rozmezí 20 až 34, což u dospělého člověka odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let (MKN-10, 2020). Lidé s diagnózou těžké mentální retardace jsou schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy. Vyskytují se u nich omezení v oblasti řeči, například špatně artikulované výrazy a jejich nepřesné užívání, může se stát, že někteří jedinci nemluví vůbec. Po dlouhém učení a značném vynaloženém úsilí zvládnou základy sebeobsluhy. Těžká mentální retardace se vyskytuje často v kombinaci s epilepsií, postižením motoriky, či dalšími postiženími. Jedinci jsou závislí na péči druhých osob (Vágnerová, 2012, s. 302).
- **Hluboká mentální retardace (F73)** – hodnota IQ je maximálně 20, což u dospělého člověka odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky (MKN-10, 2020). Hluboká mentální retardace se u osob vyskytuje nejčastěji v kombinaci s dalšími typy postižení. Tito lidé nemají rozvinuté poznávací schopnosti, dále nemají vytvořené základy řeči. Jsou schopni pouze diferenciovat známé a neznámé podněty, a následně na ně reagovat libostí, či nelibostí. Osoby s hlubokou mentální retardací jsou komplexně závislé na druhých osobách a většinou jsou umístovány do zařízení ústavní péče (Vágnerová, 2012, s. 302).
- **Jiná mentální retardace (F78)** – uvádí se jako diagnóza pouze tehdy, když je stanovení hodnoty IQ nesnadné, nebo nemožné, kvůli jinému přidruženému postižení. Týká se to například diagnostiky osob nevidomých, neslyšících,

nemluvicích, osob s těžkými poruchami chování, s autismem, či s těžkým tělesným postižením (Slowík, 2016, s. 116).

- **Neurčená mentální retardace (F79)** – s touto diagnózou se můžeme setkat v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale diagnostik nedisponuje dostatkem informací k zařazení jednotlivce do ani jedné z uvedených kategorií (Slowík, 2016, s. 116).

MKN-10 (MKN-10, 2020) navíc uvádí dodatkové kódy, které lze využít k vyznačení míry postižení chování jedince s jakýmkoli stupněm mentální retardace:

- .0 = Žádná, nebo minimální porucha chování.
- .1 = Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu.
- .8 = Jiné poruchy chování.
- .9 = Bez zmínky o poruchách chování

Tyto kódy se píší za označení stupně retardace. Kupříkladu u osob s Downovým syndromem bývá diagnóza typicky označena zkratkou F71.0, která nám říká, že jedinci byla diagnostikována střední mentální retardace bez poruch chování (Valenta, 2018, s. 35).

2 SPECIFIKA PARTNERSKÝCH VZTAHŮ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Potřeba navázání partnerského vztahu, a s ní spjatá sexualita, jsou neodmyslitelnými součástmi lidské osobnosti, a mají tak značný vliv na kvalitu bytí člověka. Mandzáková (2013, s. 7) vyzdvihuje fakt, že se všichni rodíme jako sexuální bytosti, tudíž je naše potřeba partnerství a sexuality stejná, ať už jsme člověk s mentálním postižením, či nikoli. Rovnocennost v těchto oblastech můžeme vnímat i z hlediska legislativního, kdy má osoba s mentálním postižením také plné právo na navázání vážného partnerského vztahu nebo na naplňování svých sexuálních potřeb (Štěrbová, 2007, s. 5), což dále podrobněji rozebereme v podkapitole 2.1.

Když se detailněji podíváme na partnerské vztahy osob s mentálním postižením a související sexualitu, je tato oblast v našem prostředí stále protkaná předsudky a diskriminací (Mandzáková, 2013, s. 47). Na základě nejnovějších poznatků víme, že potřeba zakládání partnerských vztahů je lidem s mentálním postižením vlastní, tudíž oni sami ji v sobě nějak markantně nepotlačují. To, co tuto potřebu omezuje v první řadě, jsou právě negativní postoje společnosti, případně úplné ticho a lhostejnost, obklopující tuto oblast. Předstírání, že partnerství a sexualita osob s mentálním postižením neexistují, může být zapříčiněné i faktem, že v současnosti existuje ve světovém měřítku jen velmi málo výzkumů, zaměřujících se na to, co osoby s mentálním postižením očekávají od citových vztahů, pohlavního styku, manželství a případné výchovy dětí (Mandzáková, 2013, s. 16). Nelze tedy předpokládat, že potřeba partnerského a sexuálního života u osob s mentálním postižením není vůbec vytvořena, většinou je jejich sexualita pouze nedokonale vyjádřena, či opožděna (Mandzáková, 2013, s. 48).

V rámci této kapitoly tedy budeme věnovat pozornost partnerským vztahům osob s mentálním postižením z hlediska lidskoprávního, specifčnosti sexuality osob s mentálním postižením, a uvedeme si na pravou míru nejčastější mýty a předsudky, týkající se partnerských vztahů osob s mentálním postižením. Také se zmíníme o instituci manželství a zakládání rodiny u osob s mentálním postižením.

2.1 Partnerské vztahy jako základní lidské právo osob s mentálním postižením

Partnerské a sexuální potřeby jsou přirozené každému člověku, avšak osoby s mentálním postižením se při naplňování zmíněných potřeb mohou potýkat s jistými specifiky. Například k počátečnímu seznamování nemají osoby s mentálním postižením stále tolik možností ve srovnání s lidmi bez postižení. Přesto se různé spolky a organizace snaží realizovat společenské akce⁵ a pobyty, kde k navázání partnerského vztahu může dojít. Pokud již k seznámení a navázání partnerského vztahu u osob s mentálním postižením dojde, přichází na řadu udržení vztahu a péče o takový vztah. Jedinec by měl být dostatečně schopen a připraven přijmout roli životního partnera, plánovat společnou budoucnost, řešit případné společné bydlení, a v neposlední řadě by se měl umět vyrovnat s konflikty, které v partnerském vztahu mohou nastat. Většinou se stává, že člověku s mentálním postižením chybí schopnost strategického plánování nutného pro udržení dlouhodobého partnerského vztahu (Valenta, 2018, s. 181).

V oblasti partnerství a sexuality těchto osob je proto velkým tématem soběstačnost. Mállokterý jedinec s mentálním postižením totiž dosáhne takové míry samostatnosti, jež by mu dovolila žít přirozeným partnerským a sexuálním životem bez dohledu rodičů, případně pracovníků sociální služby (Mandzáková, 2013, s. 47). Přitom právě navázání partnerského vztahu může být pro osobu s mentálním postižením potvrzením její plnohodnotnosti a „normality“. Už jen z tohoto důvodu nelze partnerské vztahy osob s mentálním postižením tabuizovat, případně jim tuto potřebu upírat. Není to vhodné jak z hlediska etického, tak ani z hlediska zákonného, jelikož potřeba partnerství a sexuality je člověku nejen přirozená, ale je zároveň jeho základním lidským právem. Proto budeme tuto subkapitolu dále věnovat partnerství a souvisejícím sexuálním potřebám osob s mentálním postižením prizmatem národní i nadnárodní legislativy.

Začněme mezinárodní legislativní úpravou partnerství a souvisejících sexuálních potřeb osob s mentálním postižením. Dokument, který jako jeden z prvních vysloveně zmiňuje právo na naplnění sexuálních potřeb jako důležitý aspekt partnerského vztahu osob se zdravotním postižením, byl vydán v roce 1993, a nese název Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (*United Nations Standard*

⁵ Např. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. organizuje v Praze pravidelná setkání pro osoby s mentálním postižením, kteří si zde povídají o tom, kde se seznámit apod. Více informací je dostupných na jejich webové stránce: <http://www.spmpr.cz/pro-lidi-s-postizenim/akce-a-kurzy/>.

Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities). Dokument jasně deklaruje, že *osobám se zdravotním postižením nesmí být odepřena příležitost prožít jejich sexualitu a mít sexuální vztahy* (United Nations, 1994, s. 18).

Aktuálnějším mezinárodním dokumentem, který zaručuje osobám s mentálním postižením jejich práva na naplnění partnerských a sexuálních potřeb, je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva“) z roku 2006. Ve článku 23 se státy, které Úmluvu přijaly, zavazují přijmout *účinná a odpovídající opatření k odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením ve všech záležitostech týkajících se...osobních vztahů na rovnoprávném základě s ostatními, s cílem zajistit uznání práva osob se zdravotním postižením na přístup k věku odpovídajícím informacím, sexuální výchově..., a na poskytnutí nezbytných prostředků, které by jim umožnily uvedená práva realizovat* (United Nations, 2006, s. 13).

Přesuneme-li se k legislativě České republiky, zde je důležité podotknout, že osoby s mentálním postižením mohou k uplatnění svých práv využít veškeré obecné lidskoprávní zdroje, např. usnesení č. 2/1993 Sb., Listinu základních práv a svobod nebo zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník České republiky. V oblasti sexuality obecně si naše trestně-právní normy kladou za cíl primárně ochránit jedince před násilím zvenčí, také ochránit jeho soukromí a zajistit jedinci svobodné rozhodování o jeho jednání v intimním sexuálním životě (Mandzáková, 2013, s. 29).

Dále Česká republika roku 2007 ratifikovala výše popsanou Úmluvu, na základě čehož se zavázala také k respektování partnerských, sexuálních a reprodukčních potřeb osob se zdravotním postižením, a tedy i mentálním postižením. I přes přijetí Úmluvy patří Česká republika mezi země, jež nadužívají systém omezování, případně zbavování způsobilosti k právním úkonům osob s mentálním postižením (Valenta, 2018, s. 78). Takové omezení způsobilosti je bezpochyby zásahem do základních lidských práv jednotlivce, a velmi úzce s oblastí partnerství a sexuality souvisí.

2.2 Sexualita jako důležitý aspekt partnerského vztahu a její specifika u osob s mentálním postižením

Hned úvodem je důležité zmínit, že pod pojmem sexualita není v naší práci myšlen jen samotný moment sexuálního styku. Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 17-24) totiž pojednávají o sexualitě jako o komplexním pojmu, který zahrnuje zmíněný fyzický sex, ale také intimní kontakt, silné emoce, sounáležitost, oporu, spokojenost, sexuální uspokojení

a v neposlední řadě rodičovskou funkci. Sexualita sestává ze čtyř dílčích komponentů. Jedná se o sexuální chování (výběr nejvhodnějšího partnera), sexuální identifikaci (příslušnost k pohlaví), sexuální orientaci (reakce na erotické signály) a sexuální emoce (vzrušení, orgasmus). Na základě výčtu mnoha složek sexuality bychom mohli její funkce zjednodušeně rozdělit na rekreační (sexuální uspokojení) a reprodukční (potřeba pokračování rodu).

Sexualita je rozvíjena v každém z nás od narození a následně po celou dobu vývoje člověka. V průběhu tohoto svého psychosexuálního vývoje se musí jedinec s mentálním postižením vyrovnávat s konkrétními vývojovými úkoly, které na něj čekají. Jsou jimi například získání bazálního pocitu důvěry, či nedůvěry, identifikace se sociálními rolami, sexuální zvědavost a vztahy s opačným pohlavím (Štěrbová, 2007, s. 25-27). Tyto úkoly jsou součástí Freudových psychosexuálních vývojových stádií, kterými si všichni z nás od narození procházíme. Avšak osoby s mentálním postižením se v různých stádiích projevují odlišně než lidé bez postižení, proto si jejich projevy v následující tabulce přiblížíme, a zároveň je srovnáme s projevy u osob bez postižení.

Fáze psychosexuálního vývoje	Projevy u osob bez mentálního postižení	Projevy u osob s mentálním postižením
ORÁLNÍ (1. rok života)	Dítě je zcela bezmocné a závislé na uspokojování potřeb jinými. Tělesná rozkoš vzniká při tělesném kontaktu (kojení, hlazení). Základním orgánem těchto rozkoší jsou ústa.	Projevy dítěte s mentálním postižením se v tomto období nijak zásadně neliší od projevů dítěte bez postižení. Soustředí se na cumláni, vkládání předmětů do úst, slintání, první stimulace a dotyky pohlavních orgánů.
ANÁLNÍ (2. a 3. rok života)	Dítě získává tělesnou nezávislost a začíná rozlišovat mezi děvčetem a chlapcem. Při dotyku genitálií pociťuje určité příjemné emocionální napětí. Dítě se zajímá o fekálie, hraje si s blátem, barvami, hlínou atd.	Dítě s mentálním postižením potřebuje jistotu a akceptování svého jednání ze strany okolí. Objevuje své tělo, materiály, je zvědavé, někdy tvrdohlavě až trucovité . Potřebuje hodně pohybu a impulzů .

<p style="text-align: center;">OIDIPÁLNÍ (4. až 6. rok života)</p>	<p>Fáze úzce souvisí s hledáním pohlavní identity a s konfrontací role žena-muž.</p> <p>Dítě se koncentruje na pohlavní orgány (hry „na doktora“).</p> <p>Dítě získává sebevědomí jako zástupce vlastního pohlaví.</p>	<p>Dítě s mentálním postižením ztrácí jednostrannou „závislost“ na nejbližší osobě a chce se osamostatnit.</p> <p>Vyhledává osobní kontakt s druhými (hlazení, dotýkání se, koketování).</p> <p>Okolí reaguje okamžitým zákazem („to nesmíš!“).</p>
<p style="text-align: center;">LATENTNÍ (6. až 11. rok života)</p>	<p>Dítě je zvědavé a touží po smyslovém uspokojení.</p> <p>Období je důležité pro vznik přátelství a vztahů. Dítě se chce odpoutat od rodičů.</p> <p>Dítě své zájmy převádí do řeči (vulgární označení a kresby pohlavních orgánů, vulgární gesta).</p>	<p>Dítě s mentálním postižením je ve stadiu pokročilého odpoutání se od rodičů, vyžaduje bezpodmínečné zachování intimní sféry.</p> <p>Chce samo převzít rozhodování o hranicích toho, co chce vědět a prožít.</p> <p>Potřebuje realisticko-kognitivní vysvětlení.</p> <p>Bývá často vystaveno násilí a šikaně ze strany vrstevníků bez postižení.</p>

Tabulka 1: Srovnávání fází psychosexuálního vývoje a jeho projevy u osob bez postižení a s mentálním postižením (Šelner, 1999 cit. podle Mandzáková, 2013, s. 60-61).

Na základě tabulky fází psychosexuálního vývoje si můžeme všimnout, že poslední fáze končí přibližně 11. rokem života dítěte. To však neznamená, že by v této době končil i celý psychosexuální vývoj člověka. Od 12. roku se jedinec dostává do zlomového období, jímž je puberta. Pubertou procházejí všechny děti, bez ohledu na hodnotu inteligenčního kvocientu. Ovšem jedinci s mentálním postižením kvůli svému znevýhodnění hůře zvládají a zpracovávají různorodou škálu emocí, která se v nich odehrává. Konkrétními handicapy, se kterými se musí jednotlivci s mentálním postižením v období puberty potýkat, jsou kupříkladu jejich častá izolace v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb, také nedostatek kontaktu s vrstevníky, jehož důsledkem bývá často sociální exkluze člověka (Mandzáková, 2013, s. 62-63). V období puberty a dospívání jedinec s mentálním postižením také projevuje intenzivní zájem o své tělo a vzhled, řeší otázku

sebeakceptace a vztahu k vlastnímu tělu. Zde hrají velkou roli reakce a názory okolí, především vrstevníků, na jinakost člověka s postižením. V tomto období jsou totiž fyzické projevy mentálního postižení zřetelnější, na základě čehož si může jedinec s mentálním postižením vyslechnout mnohdy negativní komentáře okolí směrem k jeho vzhledu. Takové reakce se poté signifikantně promítají do sebehodnocení jedince, které může být provázáno pocity méněcennosti, stresem a fixací na stigma mentálního postižení (Lečbych, 2008, s. 43-45).

Jednou z aktivit v oblasti sexuality, která je v období dospívání přirozená všem osobám bez rozdílu, je masturbace, jež bývá u osob s mentálním postižením kontroverzním tématem. Jak však deklarují Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 137), masturbace je naprosto standardním vyjádřením sexuality osob s mentálním postižením. V této činnosti by jim tudíž nemělo být bráněno, pokud jí neohrožují sebe a své okolí, a za žádných okolností není přípustné jedince s mentálním postižením za masturbaci trestat, a to i v případě, že člověk masturbuje příliš často. Přespřílišnou masturbací jedinec nejčastěji reaguje na nudu a na nedostatečně podnětné prostředí, také uvolňuje nastřádanou tenzi, způsobenou pocity jako je strach, frustrace nebo osamocení. V neposlední řadě může příliš častou masturbaci zapříčinit nezvládnutá masturbační technika, jelikož kvůli této jedinec nedojde vyvrcholení, tudíž se o to pokouší častěji, kumuluje se v něm frustrace z nevyvrcholení a nachází se tak v „začarovaném kruhu“. Jak proto doložíme dále v textu, je potřeba zakomponovat do vzdělávání osob s mentálním postižením i sexuální osvětu (Valenta, 2009, s. 46-47).

2.3 Mýty a předsudky o partnerských vztazích osob s mentálním postižením

Denně jsme obklopani množstvím různorodých informací o lidské sexualitě. Avšak v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, jakožto stále nedostatečně probádané sféře, nemusí být mnohdy jednoduché rozlišit pravdivou, vědecky podloženou informaci od zakořeněného mýtu (Mandžáková, 2013, s. 37).

Pokud se však společnost jako celek, a primárně její vědecko-výzkumná část, neustále vyvíjí, jak je tedy možné, že ony mylné představy o partnerství a sexualitě osob s mentálním postižením ještě pořád zastihují progresivní poznatky odborníků? Valenta (2009, s. 46) tvrdí, že tyto zakořeněné předsudky jsou odrazem postojů majoritní společnosti vůči partnerským vztahům, a zejména pak související sexualitě osob s mentálním postižením. Svou roli hrají také emoční, sociální a rozumové vlivy. Je nutné si uvědomit, že těmito zavádějícími názory

majoritní společnosti jsou vytvářeny bariéry i v postojích samotných osob s mentálním postižením ke svému vlastnímu partnerství a sexualitě, jelikož i ony jsou těmito dezinformacemi neustále obkloповány (Valenta, 2009, s. 46). Nyní si tedy nejčastější stereotypy, mýty a předsudky uvedeme na pravou míru.

Mýtus 1.: „Osoby s mentálním postižením jsou asexuální, bez jakýchkoli sexuálních potřeb.“

Předsudek jako je tento vychází z mýtu, že osoby s mentálním postižením zůstávají po celý svůj život dětmi, což přivádí majoritní společnost k myšlence, že nemají jakékoli sexuální potřeby, touhy či přání. Takové úvahy mohou vycházet z informace, že člověk s postižením se nachází na úrovni např. tříletého dítěte. Je však potřeba si uvědomit, že toto přirovnání se týká intelektových schopností jedince, nikoli psychosexuálního vývoje (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 121). Navíc na základě předchozí subkapitoly již víme, že i v dětství se v nás probouzí sexuální potřeby, které si v daném věku uspokojujeme vhodnými způsoby. Problém spočívá spíše v tom, že pro osoby pečující o jedince s mentálním postižením je mnohdy snazší vnímat jedince jako „věčné dítě“. Na základě takového postoje k jedinci s mentálním postižením jeho okolí odmítá a potlačuje přirozené potřeby v citové a sexuální oblasti jedince během dospívání a v období dospělosti. Takové popírání sexuality je pro osoby s mentálním postižením ponižující (Mandzáková, 2013, s. 38). Pravdou je, že osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby a touhy jako každý intaktní jedinec. Tyto potřeby a touhy jsou důležitou komponentou plnohodnotného života a významně se podílí na kvalitě jejich života (Valenta, 2009, s. 48-49).

Mýtus 2.: „Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud.“

Toto tvrzení je protipólem k předchozímu předsudku, a je druhým extrémem názorové plurality majoritní společnosti na sexualitu osob s mentálním postižením. Pozorujeme-li u jedince s mentálním postižením něco, co nazýváme „hypersexualitou“, měli bychom si v první řadě klást otázku, jaká je příčina tohoto jevu. Hlavní problém zde netkví v přílišné četnosti sexuálního uspokojování, nýbrž v nedostatku soukromí. Osoby s mentálním postižením bývají ve svém soukromém čase a prostoru „kontrolovány“ mnohem frekventovaněji než jejich intaktní vrstevníci, ať už rodiči v prostředí domova, či vychovateli v pobytových zařízeních sociálních služeb. Jedinci jsou tedy mnohem častěji „přistiženi“ např. při masturbaci, na základě čehož je usuzováno, že mají obrovský sexuální apetit (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 123). Samozřejmě není vyloučeno, že u jedince s mentálním postižením můžeme pozorovat např. přespřílišnou masturbaci. Tyto projevy

sexuality se u osob s mentálním postižením většinou řeší farmakologicky, což minimálně z etického hlediska není v současnosti přípustné (Lenoráková a kol., 2002 cit. podle Mandzáková, 2013, s. 68).

Mýtus 3.: „Realizace sexuální výchovy vede u osob s mentálním postižením k předčasnému a zbytečnému probouzení sexuální touhy.“

Sexuální touhy se v každém z nás probouzejí přirozeně v průběhu života, ať už jsou jakékoli, není tedy možné za tuto skutečnost „vinit“ sexuální výchovu. Pomocí ní naopak sexualitu jedinců s mentálním postižením můžeme kultivovat. Sexuální výchova tak včas informuje jednotlivce o jeho sexuálním vývoji, o možnostech projevů sexuality, a hlavně může předcházet různým traumatizujícím zkušenostem v oblasti sexuality (předčasné, či nechtěné otěhotnění, promiskuita, sexuálně přenosné choroby, sexuální zneužití apod.). Sexuální výchova by také měla obsahovat zmínky o bezpečných a správných masturbačních technikách, poučení, že je vhodné masturbovat pouze v soukromí, že není vhodné dotýkat se intimních partií druhých osob bez jejich souhlasu, důraz by měl být kladen také na hygienu při masturbaci, či pohlavnímu styku, antikoncepční metody atd. (Valenta, 2009, s. 48).

Mýtus 4.: „Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají tlumit fyzicky náročnou prací.“

Bavíme-li se o sexualitě jako o touze po pohlazení, přítulení, líbání, psychickém uspokojení a přítomnosti partnera, je na první pohled zřejmé, že sexuální potřeby tohoto typu není možné uspokojit fyzickou prací. Ani potřeba samotného pohlavního styku, či masturbace však není utlumitelná touto cestou (Valenta, 2009, s.47). Zadání fyzicky náročné práce povede pouze k masivnějšímu nahromadění sexuální energie, kterou nemá jedinec možnost uvolnit vhodným způsobem a v soukromí (Mandzáková, 2013, s. 38). Tudíž bude nucen tuto nastrádanou energii ventilovat již zmiňovanými způsoby, jako jsou příliš častá masturbace, masturbace v nesoukromém prostoru apod. Fyzicky náročná práce u osob s mentálním postižením tedy nejen že nevede k utlumení sexuální potřeby, ale navíc způsobuje jedinci větší míru frustrace, jež kvůli nedostatečné sexuální výchově nemusí být schopen projevit vhodnou cestou.

Mýtus 5.: Osoby s mentálním postižením nemohou být oběťmi sexuálního násilí.“

Dostupné údaje ukazují, že opak je pravdou – uvádí se, že 90 % osob s mentálním postižením zažije během svého života sexuální zneužití (Valenti-Hein, Schwartz, 1995 cit. podle Mandzáková, 2013, s. 80). Osoby s mentálním postižením jsou v tomto ohledu mnohem více

zranitelné a snadněji zmanipulovatelné. Příčin je hned několik – osoby s mentálním postižením jsou velmi důvěřivé, obzvláště ke svému blízkému okolí, mívají omezenou sociální zkušenost, nedokážou předvídat nebezpečí a jeho následky (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 157). Velkým problémem je také to, že lidé s mentálním postižením mají nižší svědeckou věrohodnost a v případě oznámení sexuálního zneužití se může stát, že jim málokdo uvěří (Valenta, 2018, s. 186).

Tohoto faktu velmi často zneužívají právě pachatelé, kteří tímto argumentem s osobou s mentálním postižením manipulují. Nejčastěji se snaží pachatelé přesvědčit oběť o tom, že „ti nikdo neuvěří“, „to ty jsi mě sváděl/a“, „sám/sama jsi to chtěl/a“, „je to tvoje vina“ atp. (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 156). Baladerian (1991 cit. podle Valenta, 2018, s. 187) uvádí, že až 99 % pachatelů jsou lidé, kteří oběť dobře znají, jimž oběť důvěřuje. V případě, že pachatelem je přímo člen rodiny, nebo někdo velmi blízký, nejčastěji pachatel argumentuje tím, že „pokud něco prozradíš, odvedou mě, zavrou mě do vězení, zůstaneš tu sám/sama“.

Ve většině případů sexuálního zneužití se stává, že oběť trestný čin neoznámí. Je potřeba si proto spíše pečlivě všimnout varovných signálů (stáhnutí se do sebe, strach být s konkrétní osobou o samotě, noční můry, pomočování, svědění na intimních místech, modřiny apod.), které nám mohou mnohé prozradit (Štěrbová, 2007, s. 82; Valenta, 2018, s. 186).

2.4 Instituce manželství a zakládání rodiny u osob s mentálním postižením

Pomyslným vyvrcholením partnerského vztahu bývá pro většinu párů v majoritní společnosti uzavření manželského svazku a početí potomků. I zmiňovaný Občanský zákoník hovoří v § 655 o hlavním účelu manželství, jímž je založení rodiny a řádná výchova dětí.

Takové touhy se objevují stejně tak u osob s mentálním postižením. Jenže i zde se osoby s mentálním postižením setkávají s překážkami, ať už s těmi, které jsou dány předsudky společnosti, tak i s těmi legislativními. Jak již bylo dříve zmíněno, Česká republika má tendenci nadužívat systém omezující způsobilost k právním úkonům u osob s mentálním postižením. A právě způsobilost k právním úkonům, společně s plnoletostí, je dle zákona č. 89/2012 Sb., Občanského zákoníku hlavní podmínkou k uzavření právoplatného manželství. Jak ale uvádí Valenta (2018, s. 103-104), každé omezení svéprávnosti neznamena automatické omezení práva uzavřít manželství, případně omezení rodičovské odpovědnosti. Omezení těchto konkrétních právních úkonů musí být soudem výslovně

konstatováno při rozhodnutí o omezení svéprávnosti. V případě legislativní překážky pro uzavření svazku manželského si mohou partneři vyměnit tzv. „sliby partnerství“, případně si mohou zorganizovat „svatbu“ bez právní platnosti (Valenta, 2009, s. 52).

Co se týče zakládání rodiny a výchovy dětí, to může být v první řadě ovlivněno stupněm mentálního postižení. Mnoho osob s lehkým stupněm mentálního postižení se v dospělosti stává rodičem. Potřebují podporu hlavně v oblastech výchovy dětí, hospodaření s penězi a rodinným rozpočtem nebo při jednání na úřadech. Osoby se středním stupněm mentálního postižení potřebují výraznou míru podpory, pokud se u nich projeví touha po rodičovství. Většinou je pro ně však dostačující přítomnost druhé osoby v rámci partnerství. U osob s těžkým stupněm mentálního postižení se většinou tato touha neobjevuje, chtějí spíše s druhou osobou trávit volný čas a postoupit ve vztahu dál pro ně není prioritní (Valenta, 2018, s. 182-184).

Na počátku snahy o početí dítěte by měla být primárně řešena otázka plodnosti obou partnerů. Obecně bývá plodnost narušena většinou u osob s geneticky podmíněnými syndromy (Mandžáková, 2013, s. 95). V některých případech je tedy vhodné, aby partneři s mentálním postižením konzultovali početí dítěte s odborníkem v oblasti lékařské genetiky (Novosad, 2009, s. 59).

Rodičovství osob s mentálním postižením s sebou přináší několik velmi závažných etických otázek. V zásadě tato oblast řeší dvě hlavní otázky: „Zdělí narozené dítě postižení po svých rodičích? Jsou osoby s mentálním postižením schopny zajistit dostatečnou kvalitu péče o dítě?“ (Valenta, 2018, s. 183). Co se týče rizika genetického poškození plodu při těhotenství matky s mentálním postižením, to nelze úplně vyloučit, na druhou stranu není v každém případě samozřejmostí. Valenta (2018, s. 183) ve své publikaci uvádí, že přibližně *40 % dětí, které se narodily rodičům s mentálním postižením, má intaktní intelekt*. V otázce hodnocení kompetentnosti osob s mentálním postižením při péči o dítě je důležité brát v potaz např. rodinu, ve které osoba vyrůstá, její širší sociální síť (přátelé, další příbuzní) a také komunitu, jejíž je součástí (sousedé, známí). Všichni tito lidé mohou být pro jednotlivce s mentálním postižením pozitivním vzorem v oblasti výchovy dětí (Milfait, 2013, s. 202-203).

V oblasti rodičovství osob s mentálním postižením je také velmi důležité zjišťovat motivaci touhy po dítěti. Tou bývá často „romantická“ představa o dětech a „celistvé“ rodině, případně jednotlivce motivuje to, že by si zplozením dítěte a založením své rodiny mohl zabezpečit vstup do „světa dospělých“ a osamostatnil se tak od rodičů/vychovatelů. V takové

situaci je nutné konfrontovat motivaci jedince s jeho reálnými možnostmi. V zahraničí na popud řešení tohoto tématu vznikly tréninkové kurzy, ve kterých si osoby s mentálním postižením mohou zkusit péči o dítě a zjistit tak, zda je jejich představa o výchově dítěte dostatečně reálná (Valenta, 2009, s. 52-53).

Pokud se na základě výše zmíněného partneri s mentálním postižením rozhodnou mít dítě, musí být toto rozhodnutí dle Úmluvy o právech dítěte OSN učiněno v souladu s nejlepším zájmem dítěte (United Nations, 1989, s. 2), tedy potřeby a zájmy dítěte musí stát na prvním místě. Rodiče s mentálním postižením bývají na základě své diagnózy velmi často označováni za méně kompetentní, v návaznosti na což čelí častěji riziku odebrání dítěte z péče orgánem sociálně-právní ochrany dítěte (Milfait, 2013, s. 203). V takových situacích je nutné se řídit již zmíněnou Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006, na jejímž základě dítě nesmí být od rodičů odděleno pouze z důvodu jejich diagnózy (United Nations, 2006, s. 14). Jak totiž ukazují názory odborníků z oblasti sociální práce či zdravotnictví, lidé s mentálním postižením mohou být dobrými rodiči, jen potřebují individuální množství podpory a opory ze strany partnera, rodiny a širšího okolí (Bernoldová a kol., 2019, s. 77).

3 PRÁCE S PARTNERSKÝMI VZTAHY A SEXUALITOU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V PROSTŘEDÍ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ

Práci se všemi potřebami člověka má mnoho chráněných bydlení zakotvených v nejrůznějších interních dokumentech. Jak podotýkají Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 43), jedná se většinou o obecné fráze typu „pomáháme našim uživatelům žít plnohodnotný život“ apod. Málokterá organizace však konkretizuje a uvádí, že je jejím posláním také práce s partnerskými vztahy a sexualitou jejich uživatelů s mentálním postižením. Pod pojmem „plnohodnotný život“ si totiž každý z uživatelů i pracovníků může představit různé hodnoty, a mohou tak v rámci chráněného bydlení, které si jakožto sociální službu vymežíme hned v začátku, vznikat nejednotné způsoby práce s potřebami obyvatel chráněného bydlení. Proto dále v této kapitole nastíníme, jak by mělo takové sjednocení organizace v otázce partnerství a sexuality uživatelů s mentálním postižením vypadat. Také si uvedeme kvality, jež by měl mít konkrétní pracovník chráněného bydlení, aby mohl efektivně pracovat se vztahy a sexualitou uživatelů, a na jakých všech „úrovních“ může práci s těmito potřebami zastávat. Práce se vztahy a sexualitou zahrnuje také kvalitní sexuální osvětu. Ta bývá považována za nadbytečnou (např. kvůli mýtům, že osoby s mentálním postižením jsou asexuální), případně za něco negativního. A to mnohdy i ze strany pracovníků, kteří jsou s lidmi s mentálním postižením ve styku, což potvrzují ve své publikaci např. Valenta a Müller (2007, s. 350-351). Autoři zde odkazují na výzkum provedený Kozákovou (2005), ze kterého uvádějí příklad negativního postoje vychovatelky pracující s dospělými osobami s mentálním postižením k jejich sexuální osvětě: „*Mentálně postižení by se měli spíš učit číst a psát a ne jim ještě motat hlavu se sexem...*“ Proto sexuální osvětě osob s mentálním postižením v rámci chráněného bydlení budeme věnovat závěr této kapitoly.

3.1 Sociální služba chráněného bydlení a její personální zabezpečení

Sociální službou v obecné rovině rozumíme dle zákona č. 108/2006 Sb., zákona o sociálních službách, § 3 písmene a) takovou *činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*. Stejný zákon v § 32 vymezuje druhy sociálních služeb – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále v § 33 dělí sociální služby dle formy poskytování na ambulantní, terénní a pobytové.

S ohledem na téma naší práce se zaměříme na vymezení pobytové sociální služby chráněného bydlení. Chráněné bydlení je dle zmíněného zákona č. 108/2006 Sb. v § 51 definováno jako *pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, případně individuálního bydlení.*

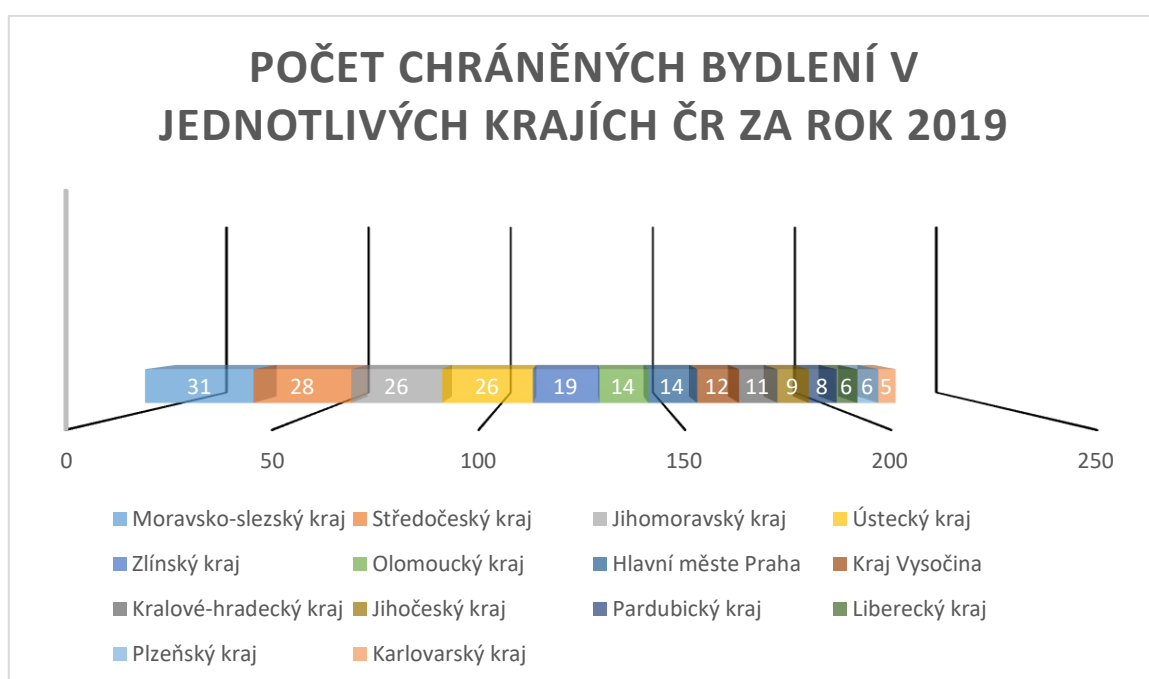
Konkrétní činnosti, které jsou klientům chráněného bydlení poskytovány, upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, z níž je patrné, že současné trendy kladou, mimo podpory při zajištění bazálních potřeb, akcent i na řešení otázky partnerských vztahů uživatelů chráněného bydlení. Jedná se o následující úkony:

- Poskytnutí stravy (případně pomoc při zajištění stravy nebo pomoc s přípravou stravy).
- Poskytnutí ubytování, mající znaky bydlení v domácnosti (včetně praní, žehlení, drobných oprav prádla a ošacení).
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti (běžný úklid, údržba, hospodaření s penězi, pomoc s nákupy a pochůzkami).
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, včetně **podpory v oblasti partnerských vztahů.**
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (podpora při obnovení kontaktu s rodinou; doprovázení za nejrůznějšími účely; pomoc při využívání běžně dostupných služeb).
- Sociálně terapeutické činnosti (vedoucí k rozvoji/udržení osobních a sociálních schopností a dovedností).
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- Pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Již zmíněná vyhláška 505/2006 Sb. stanovuje maximální výši úhrady za poskytování chráněného bydlení. Uživatelé může být účtováno až 170 Kč denně za celodenní stravu (případně 75 Kč denně za oběd), až 210 Kč denně za poskytnutí

ubytování a až 130 Kč za hodinu za využití všech ostatních nabízených činností, při kterých je nezbytná asistence pracovníka chráněného bydlení.

Co se týče pobytové sociální služby chráněného bydlení v číslech, dle údajů MPSV ČR (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019, s. 57-58) se v České republice nacházelo v roce 2018 celkem 210 chráněných bydlení. Ta měla dohromady kapacitu 4 104 lůžek, což v průměru vychází na přibližně 20 lůžek na 1 chráněné bydlení. O rok později, tedy v roce 2019, přibylo v České republice dle Českého statistického úřadu dalších 5 chráněných bydlení. Rozložení chráněných bydlení za rok 2019 v rámci jednotlivých krajů České republiky si demonstrujeme na následujícím grafu.



Obrázek 1: Rozložení chráněných bydlení dle jednotlivých krajů v rámci České republiky (© Český statistický úřad, 2020).

Přesuneme-li se do oblasti personálního zabezpečení chráněného bydlení, zde se setkáváme nejčastěji se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Předpoklady pro výkon obou povolání jsou zakotveny v již zmiňovaném zákoně č. 108/2006 Sb., zákoně o sociálních službách. **Sociální pracovník** dle § 109 *vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace*

a koordinuje poskytování sociálních služeb. Odborná způsobilost sociálního pracovníka je dána vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním získaným studiem zaměřeným na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

Pracovník v sociálních službách vykonává dle § 116 stejného zákona *přímou obslužnou péči o osoby v pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost nebo pečovatelskou činnost v domácnosti osoby.* Odborná způsobilost pracovníků v sociálních službách je podmíněna *základním vzděláním, středním vzděláním, středním vzděláním s výučním listem, středním vzděláním s maturitní zkouškou nebo vyšším odborným vzděláním a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu* pracovníka v sociálních službách. Absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u osob, které jsou v rámci svého vzdělávání odborně způsobilé k výkonu povolání sociálního pracovníka.

Všichni tito pracovníci chráněného bydlení by měli mít kromě odborné způsobilosti také jisté charakterové kvality. Štěrbová, Rašková a kol. (2016, s. 55) tvrdí, že na osobnost pracovníka bychom měli nahlížet komplexně, tedy brát v úvahu jeho poslání, identitu, přesvědčení, kompetence a chování. Co se týče jeho charakteristik v obecnějším měřítku, ty by měly zahrnovat empatii, porozumění, snahu pomoci, kladný emoční vztah k uživatelům, uvědomování si svých osobních a profesních hranic, které se, jak deklarují Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 50), ukazují jako důležité i při práci s partnerskými vztahy a sexuálními potřebami uživatelů.

3.2 Práce s partnerskými vztahy a sexualitou v kontextu sociální služby chráněného bydlení

Partnerský a sexuální život uživatelů⁶ s mentálním postižením značně závisí na filozofii a jednání daného poskytovatele sociální služby (Ward et al. 2001 cit. podle Bazzo et al., 2007, s. 111). Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 45) uvádějí, že v České republice je práce s partnerskými vztahy uživatelů pobytových sociálních služeb stále na počátku. Ve většině organizací sice existuje alespoň minimální práce s touto oblastí, avšak její zásady nejsou dostatečně a srozumitelně vymezené. Na úplném počátku by se mělo chráněné bydlení rozhodnout, zda se vůbec může zaobírat partnerstvím a sexualitou uživatelů, případně

⁶ V této a v následujících subkapitolách budeme pro člověka s mentálním postižením používat termín „uživatel“, jelikož o něm budeme pojednávat v kontextu sociální služby chráněného bydlení.

do jaké míry. To závisí primárně na kvantitě i kvalitě personálních, technických a organizačních podmínek organizace a na jejím poslání.

V rámci zmínky o vytvoření adekvátních podmínek pro práci s partnerskými vztahy a sexualitou v prostředí organizace si stručně uvedeme výsledky výzkumu, který provedla Stanislava Mandzáková v domovech sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením na Slovensku v roce 2011, a jehož výsledky uveřejnila ve své publikaci (Mandzáková, 2013, s. 128). Dotazováno bylo celkem 259 pracovníků těchto zařízení. Jedna z výzkumných otázek směřovala právě ke zjištění podmínek pro práci se vztahy a sexualitou uživatelů. Nejvíce pracovníků (101) uvedlo, že v jejich zařízení nejsou vytvořeny žádné podmínky pro práci s partnerstvím a sexualitou uživatelů. Dále byly nejčastějšími odpověďmi „dostačující“ (98), „nevyhovující“ (43), „jiné“ (12) a nakonec „vhodné“ (4). Výše uvedené odpovědi nám tedy demonstrují, že sociální služby před sebou mají ještě spoustu práce k vytvoření adekvátních podmínek pro naplňování partnerských a sexuálních potřeb uživatelů.

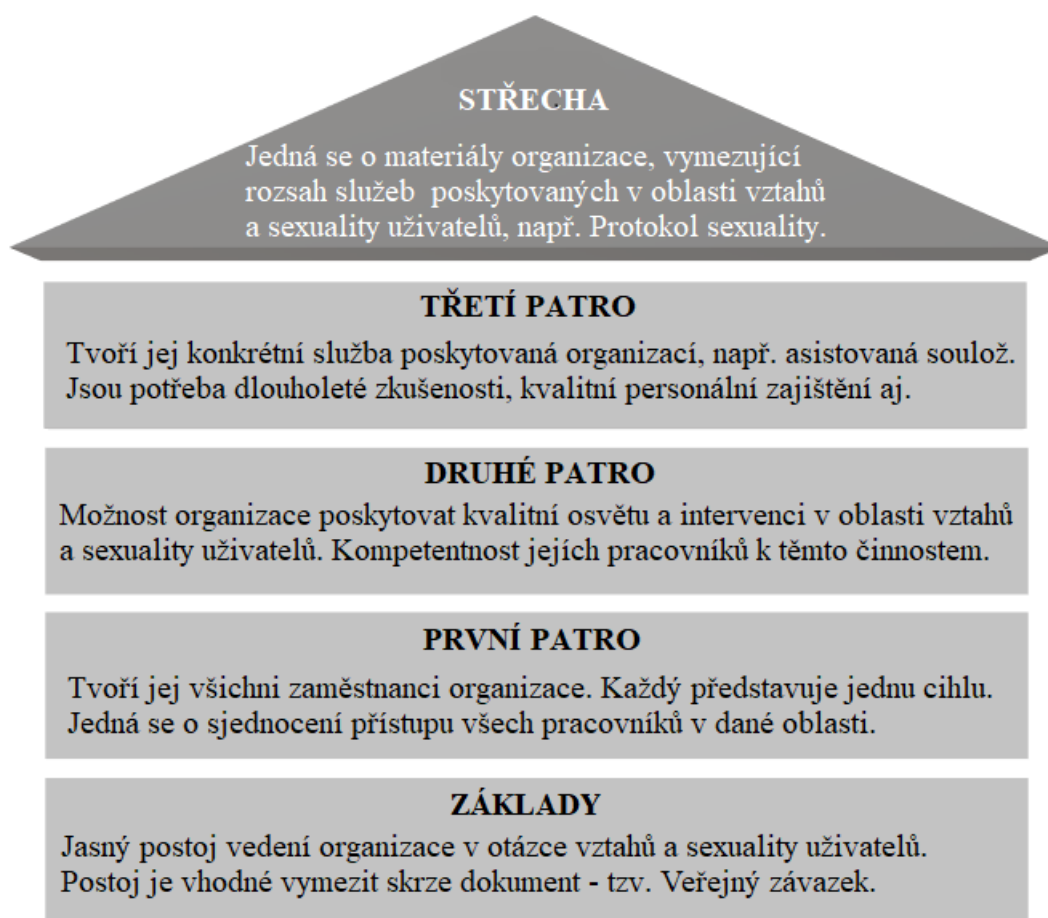
Při vymezení zásad práce s partnerskými vztahy a sexualitou uživatelů je pro organizaci zásadním dokumentem tzv. **Protokol sexuality, intimacy a vztahů** (dále jen „Protokol“). Jedná se o materiál, který vymezuje přístup a postoje např. daného chráněného bydlení, jeho strategie, míru zodpovědnosti pracovníků, postupy při řešení konkrétních situací, multidisciplinární spolupráci s různými odborníky, také spolupráci s příbuznými uživatelů – to vše v oblasti partnerských vztahů a sexuality uživatelů. Protokol by měl být také veřejně dostupný. Slouží primárně pracovníkům dané organizace, kteří jsou si díky němu vědomi, jak v kterých situacích postupovat, případně na koho se obrátit pro radu (Kozáková, 2004 cit. dle Valenta, 2018, s. 193).

Na tvorbě Protokolu by se neměl podílet pouze jeden určený člověk, ale všichni ti, jichž se materiál týká, a kteří se budou jeho obsahem primárně řídit – tedy pracovníci a vedení organizace (Štěrbová, 2007, s. 53). Při tvorbě by se měli pracovníci zaměřit také na zkušenosti, které již s touto oblastí uživatelů mají, také na přání a podněty, které k pracovníkům ze strany uživatelů putují. Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 85-89) hodnotí jako zásadní také spolupráci s příbuznými uživatelů, kteří mohou přispět při tvorbě Protokolu značnou měrou. Navíc zmiňují, že Protokol má v každé organizaci a každém zařízení individuální podobu, jelikož každé zařízení poskytuje odlišnou formu služeb, má jiný počet a charakteristiku pracovníků i uživatelů.

Pro konkrétní představu si uvedeme model Protokolu, jež má původ v Nizozemí, a jehož strukturu Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 86-87) popisují následovně:

- Část A (vztahující se spíše na vedení organizace)
 - Způsob, jakým organizace pojímá sexualitu a vztahy.
 - Vymezení rámce konkrétní sociální služby ve vztahu k sexuálním a vztahovým potřebám uživatelů.
 - Vymezení kompetencí a zodpovědností pracovníků pro tuto oblast. Stanovení kritérií pro udělení kompetencí při práci v této oblasti.
 - Práva a povinnosti klientů a pracovníků. Vnitřní pravidla organizace vztahující se k této oblasti.
 - Systém sexuální osvěty v organizaci, stanovené pomůcky a postupy.
- Část B (určena pro pracovníky v přímé péči o uživatele)
 - Adekvátní reakce na projev uživatele, vymezení hranic.
 - Soukromí a intimita uživatele v organizaci.
 - Asistence při hygieně v oblasti genitálií a jiných intimních zón.
 - Možnosti pohlavního života uživatelů v organizaci.
 - Rodičovství uživatelů.
 - Zneužívání a ochrana před ním.

Kromě Protokolu si může chráněné bydlení vytvořit také tzv. Dům sexuality. Jedná se o schéma, které popisuje aktuální obraz chráněného bydlení při práci se vztahy a sexualitou uživatelů. Náplň těchto pater Domu sexuality, tak jak je popisují Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 76-77), si demonstrujeme na následujícím obrázku.



Obrázek 2: Dům sexuality (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 77-84)

Záleží na konkrétním chráněném bydlení, jak si svůj Dům sexuality navrhne, kolik pater bude mít – tedy v jakém rozsahu se bude vztahům a sexualitě uživatelů věnovat. Avšak Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 76) tvrdí, že stejně jako reálný dům by i tento Dům sexuality měl v každé organizaci sestávat alespoň z pevných základů, prvního patra (automatické respektování vztahů a sexuality uživatelů) a střechy (množství a rozsah dokumentů závisí na počtu a náročnosti poskytovaných služeb).

3.3 Role pracovníka chráněného bydlení při řešení otázky partnerských a sexuálních potřeb uživatelů s mentálním postižením

V předchozí subkapitole jsme si vymezili základní pilíře při práci se vztahy a sexualitou uživatelů s mentálním postižením obecně v prostředí chráněného bydlení. Stává se však, že poskytovatelé sociálních služeb v rámci jejich zásad neberou v potaz partnerství a sexualitu uživatelů, a řešení situací spjatých s touto oblastí ponechávají volně na jednotlivých pracovnících. Pracovníci však mnohdy nejsou v rámci tohoto tématu

proškolení a dostatečně dozdělení, a tak se stává, že rozhodnutí o konkrétních intimních záležitostech uživatelů vykonávají na základě svých osobních (neprofesionálních) přesvědčení a postojů (Ward et al. 2001 cit. podle Bazzo et al., 2007, s. 111). Problém tkví převážně v tom, že každý pracovník chráněného bydlení má na téma partnerství a sexuality uživatelů jiný názor, zaujímá k němu jiný postoj, problémy s ním spjaté řeší jiným způsobem. To uživatele velmi mate a následně neví, s kým se ztotožnit a dle koho jednat. Nepoučení pracovníci tedy do už tak sporné otázky vnášejí ještě více složitosti (Craft 1994; Keitner & Grof 1981 cit. podle Mcconkey a Ryan, 2001, s. 83).

Při práci se vztahy a sexualitou uživatelů je v první řadě nutné, aby pracovník ctil etické zásady, jimiž jsou např. pojmání rovnocennosti mužů a žen v sexuální morálce, odmítání rasové diskriminace, odmítání porušování osobní svobody prostřednictvím psychického nebo fyzického nátlaku či agrese, respektování pozice homosexuálů ve společnosti (Štěrbová, Rašková a kol., 2016, s. 54-58).

Aby si mohl každý pracovník chráněného bydlení jasně vytyčit své místo při práci se vztahy a sexualitou uživatelů, přicházejí Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 50) s tzv. **Osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou uživatele služeb** (dále jen „osa“). Tuto osu autoři rozdělují na celkem šest částí. Každý pracovník si tedy na ose může najít své místo, což mu pomůže při vymezení profesních hranic. Nyní si jednotlivé části osy blíže představíme, dle toho, jak je vymezili Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 51-76):

- Před osou = **Na nule**
 - V tomto bodě se nacházejí pracovníci chráněného bydlení, pro které vztahy a sexualita uživatelů s mentálním postižením nepředstavují součást jejich práce a organizace. Pokud tito pracovníci u uživatelů zpozorují jakékoli projevy sexuality, mají tendence je ignorovat, případně trestat.
 - Před osou se však mohou nacházet také pracovníci, kteří plně respektují práva uživatele na vytváření vztahů a projevení sexuality, ale z osobních důvodů se od tématu distancují (náboženské vyznání, zkušenost se znásilněním apod.).
- První čtvrtina osy = **Respekt**
 - V první čtvrtině osy se nachází většina pracovníků sociálních služeb, včetně těch pracujících v chráněném bydlení. Uživatele respektují jako člověka se sexuálními potřebami a nebrání mu v jejich naplňování. Vnímají práci

se vztahy a sexualitou uživatelů jako součást své práce a umí na konkrétní situaci adekvátně reagovat. Tento přístup by měl být normou pro všechny pracovníky sociálních služeb.

- Nesmíme si však plést respekt (partnerský přístup) s pouhou tolerancí (nadřazenost). Někteří pracovníci projevy sexuality uživatelů pouze tolerují, a to mnohdy i projevy neakceptovatelné. Zde je nutné uživateli nastavit stejné hranice, jaké se vztahují na majoritní intaktní společnost. Uživatel tak lépe rozezná, jak se může chovat, a co už je naopak za hranicí společenských i zákonných norem.
- Druhá čtvrtina osy = **Řešení konkrétních zakázek**
 - Zde si můžeme představit např. poskytování osvěty či intervencí v oblasti vztahů a sexuality uživatelů s mentálním postižením. Od tohoto bodu dál už se jedná o jakýsi „nadstandartní přístup“ pracovníka. Nelze tedy očekávat, že se v tomto bodu budou nacházet všichni pracovníci chráněného bydlení, a nelze také pracovníka do této pozice nutit. Pracovník by měl být řádně proškolen a jeho kompetence k řešení konkrétních zakázek by měly být jasně pojmenovány a vymezeny (nejlépe i v pracovní smlouvě).
- Polovina osy = **Zlom**
 - Tento bod osy je příhodně pojmenován jako *Zlom*, jelikož pracovník chráněného bydlení zde přechází od komunikace s uživatelem s mentálním postižením o vztahových a sexuálních záležitostech (sezení, povídání, popisování) k fyzické přítomnosti u konkrétního aktu (např. masturbace). Jedná se např. o situaci, kdy uživateli byly vysvětleny všechny možné náležitosti a techniky masturbace v rámci předchozích bodů, avšak uživatel i přesto nedokáže masturbovat, případně si masturbací stále ubližuje. V tomto momentě je nutné, aby byl pracovník masturbaci uživatele přítomen a zjistil, v čem spočívá hlavní problém.
 - Pracovník se zde musí řídit přísnými pravidly: při aktu na uživatele nesahá; nestává se přímým podnětem pro uspokojení potřeb uživatele; pohlaví pracovníka nesmí stimulovat uživatele k uspokojení jeho sexuálních potřeb; práci by měl provádět specialista, případně proškolený pracovník z jiné organizace.

- Třetí čtvrtina osy = **Služby**
 - Specializovaný pracovník chráněného bydlení pomáhá uživateli v nastavení masturbační pomůcky, 2 uživatelům v „nastavení pozice“ pro soulož, pomáhá s kopulačními pohyby uživatelů apod. Tuto službu by měl vykonávat pouze pracovník, který je sebejistý ve všech předchozích bodech osy a má k jejímu poskytnutí odborné kompetence. Tato služba je jasně vymezená, pojmenovaná a poskytovaná na základě smlouvy mezi organizací a uživateli.
- Čtvrtá čtvrtina osy = **Služby II**
 - Poslední bod osy patří službě sexuální asistence, kdy se pracovník a uživatel mohou vzájemně po dohodě dotýkat. Pracovník může masturbovat či jinak uspokojovat uživatele. Pracovník používá názorně celé své tělo. Nepřípustný je i v rámci této služby pohlavní styk a orální sex.
 - Služba má opět jasně vymezená přísná pravidla, je poskytována na základě smluvního závazku a je součástí sociálního systému dané země. Pracovníci této služby jsou odborně vzdělaní lidé. S touto službou se můžeme setkat např. v Nizozemsku nebo Německu.

Práce s partnerskými vztahy a sexualitou uživatelů sociálních služeb se stává čím dál více aktuálním tématem, tudíž začalo být v centru zájmu řady výzkumníků. Jedním z těchto výzkumníků je Stanislava Mandzáková, která v roce 2011 realizovala výzkum v domovech sociálních služeb na Slovensku. V rámci výzkumu bylo dotazováno celkem 259 pracovníků těchto zařízení. Výsledky ukazují, že nejvíce dotazovaných pracovníků (27,4 %) zastává akceptaci sexuality uživatelů (uvědomění si sexuálních potřeb uživatelů), velké množství pracovníků (24,7 %) bylo také pro kultivaci sexuality uživatelů (výchova, podpora, poradenství). Avšak z druhého konce se mezi pracovníky našlo i vcelku velké zastoupení (22,6 %) těch, kteří mají tendence intimní potřeby uživatelů trestat – myšleno verbálně (Mandzáková, 2013, s. 38).

3.4 Možnosti osvěty osob s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení v oblasti partnerských vztahů a sexuality

Jedním z dalších významných faktorů, ovlivňujících naplňování partnerských potřeb osob s mentálním postižením, je míra jejich sexuální osvěty. Valenta a Müller (2007, s. 346-348) chápou sexuální osvětu nejen jako přípravu na sexuální život, ale také jako výchovu

k mezilidským a rodinným vztahům. Sexuální osvěta tedy zasahuje oblast biologickou, citovou a vztahovou. Navíc by měla sexuální osvěta dále vést k vytvoření systému hodnot a k akceptaci sebe i druhých lidí. Je však nutné dodat, že nejenže má sexuální osvěta pro osoby s mentálním postižením pozitivní vliv na jejich socializaci, ale právo na ni je také zakotveno v několika legislativních dokumentech, např. v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006. Tudíž by osobám s mentálním postižením neměly být jakékoli informace v oblasti partnerství a sexuality zamlčovány.

Sexuální osvěta v prostředí chráněného bydlení by měla zasahovat do témat jako jsou pohlavní výchova, výchova k partnerství, k manželství, případně k rodičovství. Konkrétní cíle, které by měla sexuální osvěta osob s mentálním postižením naplňovat, ve své publikaci zmiňují Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 95-96), a některými z nich jsou:

- **Zprostředkování informací** – otázky pohlaví, sexuální orientace, prevence sexuálního zneužívání a násilí.
- **Prevence** – v oblasti sexuálně přenosných chorob, nechtěného otěhotnění.
- **Vytvoření pozitivního obrazu sebe samého** – začíná vytvořením pozitivního obrazu o svém těle, následně vzniká sebedůvěra.
- **Navazování a udržování vztahů** – posílení sociálního chování ve vztahu k intimním prožitkům, učení se sdílet sexualitu s druhým člověkem.
- **Zacházení s normami a hodnotami** – pomoc osobám s mentálním postižením orientovat se v normách společnosti; otázky pornografie, sexuálního zneužívání.
- **Prostor pro rozmanitost** – každý člověk má jedinečné sexuální potřeby, které musí první poznat on sám.
- **Odstranění strachů a tabu** – sexuální osvěta vede k eliminaci předsudků a negativních postojů, které v oblasti partnerství a sexuality osob s mentálním postižením existují.

Ať už v případě skupinové, či individuální formy sexuální osvěty, je stěžejní, aby informace z dané oblasti osvěty byly několikrát zopakovány a sumarizovány. Také je vhodné dát uživatelům prostor pro diskusi, dotazy nebo zpětnou vazbu. Témata sexuální osvěty by měli pracovníci prezentovat na konkrétních situacích ze života, na případových studiích, které jsou pro uživatele snadno představitelné. Dále je možné využívat vhodné a k osvětě určené videonahrávky, fotografie, obrázky a ilustrace (Mandzáková, 2013, s. 148-149).

Příkladem takové pomůcky, určené k sexuální osvětě osob s mentálním postižením, může být edukativní pexeso (viz. Obrázek 3). Pomocí hry se tedy uživatelé seznámí s nejrůznějšími situacemi, které mohou v rámci partnerského vztahu nastat, samozřejmě za souhlasu obou partnerů.



Obrázek 3: Ukázka pexesa *Sex a vztahy* (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 107)

Co se týče osobnosti pracovníka chráněného bydlení kompetentního k šíření sexuální osvěty, v první řadě by do takovéto funkce neměl být pracovník za žádnou cenu nucen, jelikož se jedná o intimní téma, a být ve funkci proti své vůli by se následně mohlo negativně odrazit v jeho práci s uživateli. Venglářová, Eisner a kol. (2013, s. 97) vymezují několik charakteristik, které by měl pracovník zabývající se sexuální osvětou uživatelů chráněného bydlení mít: *být přirozeným vzorem pro druhé; mluvit o tématu otevřeně, avšak citlivě; respektovat hodnoty druhých; pevně a srozumitelně nastavovat hranice; ke klientovi přistupovat rovnocenně a partnersky.*

Vedení chráněného bydlení může také požádat o pomoc s proškolením zaměstnanců v oblasti sexuální osvěty profesionální organizaci. Jedna z organizací, která se takovými školeními v České republice zabývá, je organizace Freya, jejímž posláním je pomoci nalézt

lidem se zdravotním postižením potřebné informace, naučit je pracovat s vlastní sexualitou, podpořit je v seberozhodování, a umožnit jim prožívat svou sexualitu jako jednu ze základních lidských potřeb a jejich práv (© Freya).

Výše zmíněné by mělo být ideálně cílem i všech pracovníků a poskytovatelů sociálních služeb pro osoby (nejen) s mentálním postižením. Jelikož zanedbaná sexuální osvěta jedince s mentálním postižením komplikuje formování jeho pozitivních mezilidských vztahů, ochuzuje ho o dostatečné poznatky a potřebné postoje v oblasti partnerství a sexuality. Proto je včasná a systematická sexuální osvěta osob s mentálním postižením (ať už ze strany rodičů, pracovníků sociálních služeb či dalších odborníků) klíčová pro úspěšný rozvoj jejich sexuality, volbu vhodného partnera a zodpovědné založení rodiny (Novosad, 2006, s. 40).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Díky předchozí teoretické části naší práci máme již povědomí o tom, s jakými specifiky se partnerský život osob s mentálním postižením může potýkat v kontextu podmínek pobytové sociální služby. Nyní na tyto teoretické znalosti navážeme realizací autorského výzkumu.

Náš výzkum nabízí novátorský pohled na dané téma v tom smyslu, že informace o zvoleném fenoménu získáváme z pohledu pracovníků chráněného bydlení, přičemž v rámci tuzemských výzkumů tato perspektiva prozatím nebyla komplexněji zachycena (Mandzáková, 2013; Venglářová, Eisner a kol., 2013). Současně je toto téma důležité také pro rozvoj teorie a praxe v oblasti sociálních a zdravotnických věd, v čemž spatřujeme úzkou vazbu na obor našeho studia.

Následující část naší práce tedy věnujeme empirickému výzkumu v oblasti partnerských vztahů osob s mentálním postižením. Středobodem empirické části bakalářské práce bude metodologie výzkumu doplněná o analýzu a interpretaci dat.

4.1 Výzkumný problém

V první řadě se zaměříme na stanovení výzkumného problému. Dle Švaříčka, Šed'ové (2014, s. 64-65) výzkumný problém jasně definuje, čemu se bude výzkum v naší práci věnovat. Ideálně se jedná o fenomén, kterému plně nerozumíme, a právě pomocí výzkumu o něm získáváme nové a nepředpokládané informace. Co se týče specifčnosti výzkumného problému, měl by být zaostřen na konkrétní skupinu, typ či místo, aby byl kvalitativní metodologií lehce postižitelný. Z gramatického hlediska má výzkumný problém podobu oznamovací věty.

K výzkumnému problému a jeho identifikaci můžeme dojít za pomoci různých zdrojů. Mezi nejdůležitější z nich Hendl a Remr (2017, s. 55-56) radí vlastní každodenní zkušenost, nedostatek dat a empirických poznatků, odbornou literaturu či konzultaci se specialisty. V případě našeho výzkumu se primárním zdrojem stala právě konfrontace s tímto fenoménem v rámci odborné studijní praxe, a nedostatek poznatků o daném tématu. Při výběru výzkumného problému je důležité si jej důkladně promyslet, aby byl dostatečně jasný a podnětný. Díky tomu bude výzkumník velmi dobře vědět, kam míří, a hlavně se tím směrem bude chtít vydat, jelikož tuší, že něco neočekávaného odhalí (Kaufmann, 2010, s. 41).

Na základě zmíněných charakteristik jsme definovali jako výzkumný problém naší práce *fungování existujících partnerských vztahů osob s mentálním postižením pohledem pracovníků chráněného bydlení*.

4.2 Cíl výzkumu

Z výše popsaného výzkumného problému vychází hlavní výzkumný cíl. Ten by měl představovat tzv. kompas, podle nějž se v průběhu celého procesu výzkumu orientujeme a snažíme se od něj neodchýlit (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 64).

Naším **hlavním výzkumným cílem** tedy je:

Zjistit a popsat, jaké mají pracovníci chráněného bydlení zkušenosti s partnerskými vztahy uživatelů s mentálním postižením v podmínkách chráněného bydlení.

K tomu, abychom dosáhli hlavního výzkumného cíle, jsme si stanovili následující **dílčí výzkumné cíle**:

1. Zjistit a popsat, jak participanti vnímají fungování existujících partnerských vztahů jejich uživatelů s mentálním postižením.
2. Zjistit a popsat, co podle participantů ovlivňuje fungování partnerských vztahů a související naplňování sexuálních potřeb uživatelů s mentálním postižením v podmínkách chráněného bydlení.
3. Zjistit a popsat, jak participanti komunikují s uživateli s mentálním postižením téma jejich partnerských vztahů a související naplňování sexuálních potřeb v podmínkách chráněného bydlení.
4. Zjistit a popsat, jak participanti vnímají otázku manželství a zakládání rodiny u jejich uživatelů s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení.

4.3 Formulace výzkumných otázek

Jako další krok následuje stanovení hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek. V obecné rovině se hlavní výzkumnou otázkou ptáme, jakou teorii nebo vysvětlení lze odvodit z analýzy nashromážděných dat o daném fenoménu (Hendl, 2016, s. 101). Hlavní i dílčí výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumu a ukazují cestu, jak výzkum vést. Při vstupu do terénu své výzkumné otázky prověřujeme a můžeme je reformulovat i v průběhu výzkumu tak, aby byly v souladu s našimi daty (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 69).

Hlavní výzkumná otázka vlastně reformuluje hlavní výzkumný cíl z oznamovací věty do věty tázací (Hendl, 2016, s. 160).

Hlavní výzkumná otázka našeho výzkumu proto zní:

Jaké mají pracovníci chráněného bydlení zkušenosti s partnerskými vztahy uživatelů s mentálním postižením v podmínkách chráněného bydlení?

Dílní výzkumné otázky jsme formulovali následovně:

1. Jak participanti vnímají fungování existujících partnerských vztahů jejich uživatelů s mentálním postižením?
2. Co pohledem participantů ovlivňuje fungování partnerského vztahu a související naplňování sexuálních potřeb uživatelů s mentálním postižením v podmínkách chráněného bydlení?
3. Jak participanti s uživateli s mentálním postižením komunikují téma partnerských vztahů a související naplňování sexuálních potřeb v podmínkách chráněného bydlení?
4. Jak participanti vnímají otázku manželství a zakládání rodiny u jejich uživatelů s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení?

4.4 Volba výzkumné strategie, metod a technik sběru dat

S ohledem na stanovené cíle byla zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**. Ta má své kořeny především ve fenomenologii, která uznává existenci více jednotlivých realit, jež jsou závislé na našich subjektivních názorech, citech, postojích a přesvědčeních (Chráška, 2016, s. 29). Právě proto se v rámci kvalitativní strategie výzkumu setkáme nejčastěji s pojmy jedinečnost a neopakovatelnost. Kvalitativní výzkum se zaměřuje především na fenomény, které každý jednatel vnímá odlišně a subjektivním úhlem pohledu (Miovský, 2006, s. 17). Kvalitativní výzkum zkoumá jevy, týkající se lidských životů, příběhů, chování či společenských hnutí a vzájemných vztahů (Strauss, Corbin, 1999, s. 10).

S ohledem na stanovené cíle a zvolenou výzkumnou strategii byla pro potřeby sběru dat využita technika **polostrukturovaných interview**. Touto technikou vytváří výzkumník určité schéma, které je pro tazatele závazné, a jímž specifikuje okruhy otázek, na které se bude participantů ptát. Jelikož se při polostrukturovaném interview využívá volněji strukturovaný způsob dotazování, je možné zaměřovat v průběhu rozhovoru pořadí otázek,

v případě potřeby upravovat jednotlivé otázky tak, aby data z interview byla co nejpříhodnější pro náš výzkum. V průběhu interview můžeme participanta požádat o specifikaci či dovysvětlení jeho odpovědi, případně si můžeme ověřit, zda jsme jeho odpověď správně pochopili, např. pomocí doplňujících otázek. V polostrukturovaném interview máme tedy pevně dané základní okruhy otázek, které musí být zodpovězené. Tyto lze následně rozšiřovat o doplňující témata, která vyplynou v průběhu rozhovoru (Miovský, 2006, s. 159-160). Výzkumník je v tomto případě nejen tazatelem, ale také pozorovatelem, který zvládá číst neverbální sdělení participantů a je citlivý ke svému vztahu s participantem. Pokud přejdeme konkrétně k námi realizovaným polostrukturovaným interview, ta se opírala o čtyři základní tematické okruhy:

1. Jak vnímáte fungování existujících partnerských vztahů Vašich uživatelů s mentálním postižením?
2. Co podle Vás ovlivňuje fungování partnerského vztahu a související naplňování sexuálních potřeb uživatelů s mentálním postižením?
3. Jak s uživateli s mentálním postižením ve Vašem chráněném bydlení komunikujete téma partnerských vztahů a související naplňování sexuálních potřeb?
4. Jak vnímáte otázku manželství a zakládání rodiny u uživatelů s mentálním postižením žijících ve Vašem chráněném bydlení?

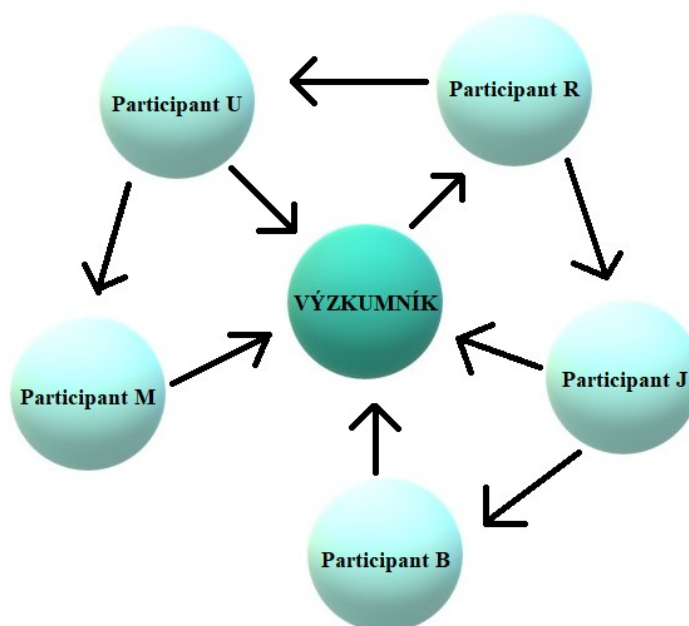
4.5 Výběr výzkumného souboru a jeho charakteristika

Výběr výzkumného souboru v kvalitativním výzkumu závisí na definici našeho výzkumného problému, výzkumného cíle a výzkumných otázek. Data pro náš výzkum získáváme od sociálních pracovníků, konkrétně tří žen a dvou mužů, působících ve vybraném chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením ve Zlínském kraji. Kritérii pro výběr participantů byly: pozice pracovníka v pobytové sociální službě chráněné bydlení a minimálně jeden rok praxe v chráněném bydlení, aby mohl participant reflektovat zkušenosti s řešením otázky partnerských vztahů uživatelů s mentálním postižením. Náš výzkumný soubor má exhaustivní charakter, neboť na výzkumu participovali všichni pracovníci chráněného bydlení, kteří v době sběru dat s ohledem na pandemickou situaci a personální rozložení byli v daném chráněném bydlení zaměstnáni.

Výzkumný soubor našeho výzkumu byl sestaven technikou sněhové koule. Jedná se o techniku, která kombinuje účelový výběr s náhodným výběrem. Základem techniky

sněhové koule je získání kontaktu s tzv. první vlnou participantů (Miovský, 2006, s. 131). Tímto výchozím kontaktem se pro nás stal pracovník ve vybraném chráněném bydlení, kde jsme realizovali odbornou praxi. Na základě jeho souhlasu s poskytnutím rozhovoru nám tento doporučil další dva potenciálně vhodné participanty pro náš výzkum, přičemž každý z nich nám posléze zprostředkoval kontakty směřující k dosycení výzkumného souboru.

Výše popsané sestavení našeho výzkumného souboru pomocí metody sněhové koule si nyní vizualizujeme pomocí následujícího obrázku:



Obrázek 4: Sestavení našeho výzkumného souboru technikou sněhové koule (Vlastní výzkum, 2021).

V následující tabulce si promítneme sociodemografické údaje týkající se našich participantů.

Anonymní označení participantů	Věk participanta	Délka praxe participanta v CHB ⁷	Vzdělání	Obor studia
Participant R	59 let	25 let	VŠ – Bc.	Sociální pedagogika
Participant U	58 let	13 let	VŠ – Mgr.	Sociální pedagogika
Participant M	34 let	8 let	VŠ – Mgr.	Sociální pedagogika
Participant J	52 let	10 let	VŠ – Bc.	Sociální pedagogika
Participant B	49 let	3 roky	VŠ – Mgr.	Sociální pedagogika

Tabulka 2: Socio-demografické údaje účastníků výzkumu (Vlastní výzkum, 2021).

4.6 Realizace výzkumu

Po naformulování všech potřebných náležitostí v rámci preempirické fáze jsme zahájili fázi realizační, tedy samotné výzkumné šetření. Participantů byli před samotným interview seznámeni s účelem poskytnutí rozhovoru, s tématem bakalářské práce a s hlavním cílem výzkumu. Participantů byli ujištěni, že poskytovaná interview jsou zcela anonymní a s poskytnutím interview každý z nich dobrovolně souhlasil. Na začátku každého rozhovoru byl participant dotázán, zda souhlasí s pořízením audio záznamu našeho interview pro účely zpracování dat. Tyto souhlasy jsou zaznamenány na jednotlivých nahrávkách.

Naše výzkumné šetření probíhalo během měsíce března roku 2021. Všechny rozhovory probíhali formou osobního setkání výzkumníka a participanta, vždy v kanceláři participantů, či obdobné místnosti daného zařízení. V každém interview byli participantů dotazováni na výše uvedené a předem připravené okruhy otázek, tak i na otázky doplňující, jež závisely

⁷ CHB = Chráněné bydlení.

na poskytovaných informacích od participanta. V následujícím textu si přiblížíme průběh jednotlivých polostrukturovaných interview.

Participant R

Polostrukturované interview s participantem R proběhlo 1. 3. 2021. Začalo přibližně v 10.30 hodin dopoledne a trvalo 1 hodinu a 10 minut. Rozhovor jsme uskutečnili v kanceláři participanta. Celý rozhovor probíhal v přátelském duchu a během celého procesu jsme nebyli ničím rušeni. Participant nám zodpověděl veškeré dotazy, i ty doplňující, bez sebemenších problémů a přidal několik zajímavých příkladů ze své dlouholeté praxe. Nebylo mu nepříjemné mluvit o jakémkoli tématu a rozhodně nám přispěl relevantními daty do výzkumu.

Participant U

Interview s participantem U probíhalo rovněž 1. 3. 2021. Začalo v 13.30 hodin odpoledne. Toto interview bylo nejdelší ze všech – trvalo 1 hodinu a 20 minut. Interview bylo uskutečněno v kanceláři participanta. S tímto participantem jsme měli již možnost se setkat v rámci naší povinné praxe. Také proto byla komunikace s participantem bezproblémová a atmosféra při rozhovoru přátelská. Participant byl velice komunikativní, otevřeně jsme spolu diskutovali o všem tématech, která se přímo i nepřímo týkala našeho výzkumu. Díky dlouholeté praxi participanta nám byly sděleny opět velice zajímavé konkrétní příklady. S participantem jsme v rámci sběru dat otevřeli spoustu zajímavých témat, a obohatil nás o množství zásadních poznatků.

Participant M

Toto interview se uskutečnilo 8. 3. 2021 od 12.20 hodin a trvalo přibližně 35 minut. Interview bylo nahráno v kanceláři participanta. S participantem jsme se setkali poprvé, působil velmi příjemně a celková atmosféra rozhovoru byla pozitivní. Participant M působí v praxi již osm let, proto byla jeho data opět přínosem pro výzkum. Navíc data obohatil o příklady z praxe i jeho osobní úhly pohledu na probíraná témata.

Participant J

Rozhovor s tímto participantem byl uskutečněn 19. 3. 2021 ve 13.00 hodin a trval 52 min. Pro účely interview jsme s participantem využili kancelář jiné sociální pracovnice, abychom měli záruku nerušeného průběhu interview. Participant se v oboru pohybuje již deset let, proto byla data ním poskytnutá opět obrovským přínosem. Rozhovor plynule běžel,

participant opět neměl problém zodpovědět nám jakoukoli doplňující otázku, a pokryli jsme bez problému všechna týkající se výzkumu.

Participant B

Poslední polostrukturované interview bylo provedeno 29. 3. 2021 ve 13.00 hodin s délkou trvání 53 minut. V tomto případě nám bylo s participantem umožněno využít k nahrávání rozhovoru relaxační místnost, jež zaručila nerušený průběh a bezpečnou atmosféru celého interview. Participant otevřel témata, která jsou pro výzkum velmi podnětná, a vnesl do interview svůj subjektivní a zajímavý pohled na různé oblasti výzkumu. Ceníme si jeho otevřenosti a celý rozhovor hodnotíme velmi kladně.

4.7 Způsob zpracování dat

Po sběru dat formou výše popsaných polostrukturovaných interview přichází na řadu jejich zpracování. Na počátku jsme záznam každého uskutečněného interview převedli ze záznamníku do písemné podoby. Dále jsme data zpracovávali pomocí dílčích postupů zakotvené teorie (Grounded Theory). Pro účely našeho výzkumu jsme využili kódování otevřené a axiální. Otevřeným kódováním prozkoumáváme, porovnáváme a kategorizujeme data. Začínáme tím, že nalezneme a vymežíme si určitý úsek v přepisu interview, který má hodnotu ve vztahu k výzkumné otázce. Tento úsek nazýváme významovou jednotkou. Každou tuto jednotku pojmenujeme, čímž vytvoříme kód, a následně je seskupujeme do vyššího řádu – kategorie. Tyto kategorie se snažíme pojmenovávat stručně, ať už pomocí vlastních názvů, či vypůjčených slov od participanta výzkumu (Vévodová, Ivanová a kol., 2015, s. 111). Následuje axiální kódování, které údaje vzniklé otevřeným kódováním znovu uspořádává tím, že vytváří vazby mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi. Axiální kódování se soustředí na *blíže určení kategorie (jevu) pomocí podmínek, které jej zapříčiňují, kontextu (soubor vlastností), v němž je zasazen, strategií jednání a interakce, pomocí kterých je zvládán, ovládán, vykonáván, a následků těchto strategií*. Celý tento proces vytváření vazeb je uskutečňován pomocí paradigmatického modelu (Strauss, Corbinová, 1999, s. 70-72).

5 INTERPRETACE DAT

V této kapitole se zaměříme na stěžejní informace naší práce – výsledky kvalitativního výzkumu. Tyto budeme interpretovat jak slovně, tak i graficky znázorníme kategorie a jednotlivé kódy, jež vznikly za pomoci kódování. Popisy jednotlivých kódů budeme prokládat konkrétními vyjádřeními participantů výzkumu, ze kterých jsme tyto kódy vyvozovali. Vyjádření participantů budou citována doslovně, tedy i včetně použitých hovorových výrazů, a to z důvodu zachování autenticity výzkumu.

Na základě procesu otevřeného kódování vzniklo ze získaných dat našeho kvalitativního výzkumu celkem pět kategorií. Jedná se konkrétně o tyto kategorie:

- Seznámení uživatele s partnerem.
- Faktory ovlivňující partnerské vztahy uživatelů chráněného bydlení.
- Překážky bránící vzniku či trvání partnerského vztahu uživatelů s mentálním postižením.
- Práce s partnerskými vztahy a sexualitou v chráněném bydlení.
- Vnímání manželství a rodičovství uživatelů v podmínkách chráněného bydlení.

V rámci následujících subkapitol se na jednotlivé kategorie, a k nim se vztahující kódy, zaměříme podrobněji.

5.1 Kategorie č. 1: Seznámení uživatele s partnerem

Tato kategorie primárně rozkrývá, kde mají uživatelé chráněného bydlení možnost se seznámit, a kde se nejčastěji seznamují se svými partnery. Kategorie byla nasycena následujícími kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
SEZNÁMENÍ UŽIVATELE S PARTNEREM	Seznámení v komunitě chráněného bydlení
	Seznámení v práci
	Seznámení přes internet
	Seznámení na společenských akcích pro uživatele s postižením

Tabulka 3: Kódy reprezentující kategorii „Seznámení uživatele s partnerem“ (Vlastní výzkum, 2021).

Prvním kódem je tedy *seznámení v komunitě chráněného bydlení*, které uvedla valná většina participantů. Na otázku – kde se uživatelé nejčastěji seznamují a hledají partnery, odpověděl participant R: „*naprostá většina je v komunitě*“, také participant U vypověděl: „*no nejčastěji z té komunity*“. Blíže tento způsob seznámení popsal participant M: „*drží se to samozřejmě i v té komunitě, že když přijde nová klientka, tak všichni chlapi ožijou, mají zájem s ní mluvit a tak dále.*“ Tento fakt participant M ještě později jednou zdůraznil: „*takže většinou se to děje v té komunitě.*“

Pokud zůstaneme v komunitě ve smyslu komunity osob s mentálním postižením, dalším místem seznámení, a zároveň druhým kódem je *seznámení v práci*, kam jsme v souladu s výpověďmi participantů zahrnuli chráněná pracovní místa i sociálně terapeutické dílny. Tento způsob seznámení zmínil participant J: „*nejvíce se seznamují v dílnách...a ještě vlastně tam kde pracují.*“ Participant J tento způsob seznámení uvedl také v kontextu vyprávění o trvalém partnerském vztahu dvou uživatelů: „*oni se seznámili v práci, v chráněné dílně.*“ Pracovní prostředí jako místo k seznámení uživatelů uvedl i participant M: „*A nebo když jdou někde do práce, tak tam třeba v rámci té komunity nebo toho kolektivu pracovního se to tam různě páruje.*“

Třetí kód nese název *seznámení přes internet*. V rámci tohoto kódu máme na mysli různé internetové seznamky či sociální sítě. Participant R tuto možnost zmiňuje následujícím způsobem: „*ti co se zkouší mimo komunitu, zkoušeli třeba i různé typy inzerátů.*“ Participant M tuto možnost seznámení uvádí také, ale několikrát zdůrazňuje, že seznámení přes internet je pro uživatele spíše „*nouzovým řešením*“, jak naplnit partnerské potřeby: „*já co mám informace, tak že hledají jako na těch seznamkách ale to už je spíš taková nouze, jakože prostě nejde nějak někoho oslovit jiného, neví kde hledat a tak dále.*“ Podobnou zkušenost deklaroval i participant J: „*No internet taky využívají...*“ Zkušenost se seznamováním uživatelů přes internetové seznamky má i participant B: „*My jsme potom vlastně chodily po různých seznamkách, dávaly jsme inzeráty...*“

Čtvrtý a poslední kód jsme nazvali *seznámení na společenských akcích pro uživatele s postižením*. Participant R uvádí, že k seznamování uživatelů mohou posloužit kulturní nebo sportovní akce pořádané jejich organizací, či jinými organizacemi s cílovou skupinou osob s mentálním postižením: „*na to jsou výborné kulturní akce kdy jezdíme na diskotéky nebo sportovní akce kde poznávají i z těch jiných...takže...i tam jde docházet k navazování vztahů...*“ Současně participant J shodně potvrdil, že platformou pro seznamování uživatelů jsou nejrůznější společenské akce, a dodal: „*Jo, ale takových setkání je málo. To jsme si*

i mysleli, že by bylo dobré vymyslet...pozvat více organizací a udělat takový klub, nebo jednou za čas se setkávat. Že by oni se potom poznali mezi sebou a seznámili se vlastně...“

Nakonec participant J vyjádřil k tématu seznamování uživatelů své přání: „*Nějaké kluby kdyby byly nebo něco pro to, to by bylo fajn...“*

5.2 Kategorie č. 2: Faktory ovlivňující partnerské vztahy uživatelů chráněného bydlení

Tato kategorie se zaměřuje na nejrůznější faktory, které mají vliv, ať už pozitivní, či negativní, na partnerské a sexuální potřeby uživatelů v prostředí chráněného bydlení. Kategorie byla nasycena následujícími kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PARTNERSKÉ VZTAHY UŽIVATELŮ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ	Podmínky chráněného bydlení
	Pracovníci chráněného bydlení jako vzor
	Vzor fungování partnerských vztahů v rodině
	Vnímání partnerských potřeb uživatelů rodinnými příslušníky
	Zkušenost uživatelů s ústavní výchovou
	Negativní postoje majoritní společnosti vůči partnerským vztahům uživatelů s mentálním postižením
	Respektující přístup k partnerským vztahům uživatelů s mentálním postižením
	Vliv médií na představy uživatelů o partnerských vztazích

Tabulka 4: Kódy reprezentující kategorii „*Faktory ovlivňující partnerské vztahy uživatelů chráněného bydlení*“ (Vlastní výzkum, 2021).

Prvním kódem, a zároveň faktorem působícím na partnerské vztahy uživatelů, jsou **podmínky chráněného bydlení**. Podmínkami chráněného bydlení zde myslíme prostředí chráněného bydlení, jak jsou koncipovány jednotlivé bytové buňky, zda zde mají uživatelé soukromí atp. Právě ono soukromí v kontextu prostředí chráněného bydlení zmiňuje participant M: „*Tak já myslím, že to hodně ovlivňuje to, jestli ten klient má nějaké to soukromí. Protože třeba u nás už tady jsou pokoje nebo třeba byty, kde ten klient je sám, takže je to realizovatelné...Pokud ten klient nemá nějaké to zázemí a soukromí, tak asi těžko bude realizovat nějaké svoje potřeby v tom partnerském životě a ta dále no...Pokud si ten*

klient domluví, že výjimečně třeba potřebuje jeho partner nebo kamarád přespat a tak dále, tak samozřejmě je to o individuální domluvě.“ Prostředí chráněného bydlení dále charakterizuje i participant R, který zdůrazňuje, jak se chráněné bydlení staví ke společnému bydlení dvou partnerů: „...*my máme chráněné bydlení smíšené jo, kde...se nerozlišuje podle pohlaví...bydlí na pokojích samostatně muži ženy, pouze pokud jsou partneři, tak můžou bydlet společně...*“ Společné bydlení partnerů v prostorách chráněného bydlení vyzdvihuje i participant J: „...*kdo chce, dlouhodobě žije s partnerem a chtěou bydlet spolu, tak my jim to umožníme, že jim splníme ten cíl bydlet společně.*“

Zůstaneme-li v prostředí chráněného bydlení, k němu se vztahuje i druhý kód, který je nazvaný **pracovníci chráněného bydlení jako vzor**. Partnerský život pracovníků může mnohdy pro uživatele sloužit jako vzor, jak uvádí např. participant R ve své výpovědi: „*Pro ně třeba pracovníci jsou takovým vzorem a oni vidí, že pracovníci mají vztahy a mají rodiny, takže oni to chtějí taky. Oni by chtěli i bydlet třeba samostatně taky většina...takže o toto usilují...*“ Vliv pracovníků zmiňuje i participant J: „*Máme jednu klientku, která touží mít to co máme my. Vidí to na pracovníkách – partnera, rodinu, děti. Že by to chtěla toto.*“

Třetím kódem je **vzor fungování partnerských vztahů v rodině**. Pracovníci chráněného bydlení uváděli, že uživatelé mnohdy vidí fungování partnerských vztahů ve vlastní rodině, což u nich může podnítit touhu tyto potřeby rovněž naplnit. Takový jev popisuje participant J: „...*ona to vidí v té rodině, jak to má ta sestra a ona by to chtěla taky no. Ale už nevidí, že by to nezvládla, když nezvládá ani péči o sebe úplně.*“ O stejné uživatelce hovoří i participant B: „*Ona má sestru a tam vidí ten model...Takže to si myslím, že je tam takový silný faktor...To bylo vždycky ,Ona má všechno a já nemám nic!‘ ...*“

Čtvrtý kód se opět týká rodiny uživatelů, tentokrát však poukazuje na **vnímání partnerských potřeb uživatelů rodinnými příslušníky**. Z výpovědí vyplynulo, že právě tito mohou vnímat své příbuzné s mentálním postižením stále jako „děti“, což se může promítat i do způsobů nahlížení na jejich potřeby. Zkušenosti s takovým přístupem rodinných příslušníků uvedl participant M: „...*A ta asexualita, to právě taky většinou si myslím, že to vzniklo u těch rodinných příslušníků a maminek a tak dále, že přece ,Náš...Janeček nebude...on to nepotřebuje. ‘ a tak dál...*“ Tento výrok participant M dále v rozhovoru ještě specifikuje: „*Já myslím, že celkově je to problém v té rodině, že ti lidé, i když jdou k nám na chráněné bydlení z rodiny, tak jsou docela nepřipraveni nejenom v té rovině těch vztahů a tak dále, ale celkově jsou bráni jako malé děti...*“ Nakonec i participant U má s působením rodiny na partnerský život uživatelů stejné zkušenosti jako jeho dva předchozí kolegové: „...*A i když pochází*

z rodinného prostředí, tak často jsou rodiči vnímáni stále ještě jako děti. A ani ti rodiče si neuvědomují potřeby toho svého dospělého už dítěte... To prostě jsou i šedesátiletí lidé, kteří mají osmdesátileté rodiče, kteří je pořád pojmají jako dítě... A navíc tam potom funguje jak před dětmi se tají spousta věcí a nebo se zkreslují a nebo se vykládají jinak, a nebo se dokonce i lže, aby z toho nebyl smutný a on by tomu stejně nerozuměl...“

Ne každý z uživatelů měl tu možnost vyrůst a žít ve své vlastní rodině, což nás přivádí k dalšímu kódu, kterým je **zkušenost uživatelů s ústavní výchovou**. Jak nám odhalila data, i tato životní zkušenost může mít dopad na jejich partnerské a sexuální potřeby. Participant U na otázku, co ovlivňuje fungování partnerských vztahů uživatelů, odpovídá následovně: *„Prostředí z jakého vyšli, a často to jsou dětské domovy, ústavy, kde nemohli vidět dobře fungující svazky a dokonce ani ne zle fungující svazky... takže to je prostředí a s tím spojené vzorce které neviděli...“* Participant U toto své tvrzení ještě dále konkrétněji popisuje a rozvádí: *„...A někteří mají i špatné zkušenosti, že je prostě umývá někdo jiný a ne vždy musí být citlivý ten někdo jiný, například v tom ústavu nebo někde... takže to prostě je komplikované... a někdy ty klientky přicházejí s příšernými zkušenostmi třeba z takových těch hrubých ústavu...“* V souvislosti se znalostmi o vztazích a sexualitě zmiňuje ústavní výchovu i participant J: *„...Nebo klienti z dětský domovů, taky. Tam žijou ve skupinkách že a neví o sexualitě nic...“* Dále participant J uvedl vliv ústavní výchovy a zařízení sociální péče nejen na partnerský a sexuální život uživatelů, ale i na jejich potencionální rodičovskou roli: *„Je fakt že co tady máme některé klienty, tak ti dlouhodobě žili v ústavech... Takže většina našich klientek je po zákroku... takže nemůžou mít třeba děti...“*

Další kód, kterému participanti přiřkládají velkou váhu, jsou **negativní postoje majoritní společnosti vůči partnerským vztahům uživatelů s mentálním postižením**. Participant U vypověděl: *„Častokrát natrefíme na veřejnosti... kde pět párů sedí na lavičkách v parku, jeden z nich budou dva dauníci a co myslíš že se stane? Budou se na ně dívat jakože ‚To je hrozné!‘ No ale čím je to horší než ti ostatní? Ničím! No takže asi tak...“* Negativní postoje majoritní společnosti se dotýkají také vyústění funkčního partnerského vztahu – tedy rodičovství osob s mentálním postižením. K tomuto tématu participant B uvedl – *„Já si myslím, že vliv má společnost. Smýšlení celé společnosti. Protože co říká společnost? Že je normální mít rodinu, mít práci a mít manžela jo... Jakmile se z toho vybočilo, tak se to považovalo za nenormální... Oni v podstatě teď přemýšlí tak, jak jim někdo nakukal, že by měli...“* Obdobně vnímá situaci také participant R: *„Tam si myslím, že je hlavní obava té*

společnosti, aby nerodili děti. Že mají zafixované, že tito lidé nemají mít děti jo... To brání tomu, tyto obavy, že se s něma nepracuje po té vztahové stránce.“

V kontrastu k postojům majoritní společnosti vůči partnerským vztahům uživatelů uvádíme, jak tyto vztahy vnímají pracovníci chráněného bydlení po letech praxe. Postoje pracovníků totiž přímo ovlivňují jejich práci s partnerskými a sexuálními potřebami uživatelů, a tudíž i kvalitu této oblasti života uživatelů. Kód jsme tedy pojmenovali jako **respektující přístup k partnerským vztahům uživatelů s mentálním postižením**. Nejčastěji participanti srovnávali vztahy uživatelů s mentálním postižením se vztahy v majoritní společnosti. Participant R uvedl: *„Řekl bych že je to stejné, jako v běžném životě... mají i v této oblasti stejné problémy jako v běžné populaci...“* Také participant U to vnímá podobně: *„...tak jak i v intaktní populaci, tak je to tady podobné... Takže bych řekla, že tam je celé spektrum toho co se projevuje jinde ve světě.“* S velice obdobnou odpovědí přišel i participant M: *„Vlastně je to prakticky jak u všech ostatních lidí... zjistil jsem, že jsou na tom úplně stejně jak my a záleží to fakt individuálně na tom každém člověku jak to má.“*

Posledním kódem, který byl v rámci výzkumu odkryt, je **vliv médií na představy uživatelů o partnerských vztazích**. Televizní pořady mohou dle participantů ovlivnit uživatele v tom smyslu, že bude brát televizní partnerské vztahy jako normu, které se bude chtít ve svém životě přiblížit. Na toto poukazuje participant U: *„Takže neviděli nikde než v televizi dobře fungující svazky, a to je ovlivňuje hodně, ty televizní svazky. A pak se musí vysvětlovat hodně – že jim nemusím chutnat každé jídlo společné, že se někdy něco připálí, že může být různost názorů, potřeb a tak dál a tak dál, takže to jsou ty zkreslené představy, které jsou fakt hlavně z televize...“* I participant R se k tomuto názoru přiklání: *„Oni vidí, jak to funguje v televizi, jak jsou tam spolu šťastní... a toto oni chtějí.“* Konkrétní příklad takového působení médií na jednu z uživatelek doplňuje participant B: *„...Byla svatba Meghan a Harryho v televizi, ona mi tam stála, mlátila do té televize a hulákala, že ona chce mít taky takovou svatbu. Tak jsem to vypla... ona prostě v tu chvíli tohle chce. Ale to by chtěl každý...“*

5.3 Kategorie č. 3: Překážky bránící vzniku či trvání partnerského vztahu uživatelů s mentálním postižením

V této kategorii odhalíme, jaké překážky, dle participantů, brání uživatelům ve vytvoření či v udržení partnerského vztahu. Kategorie byla nasycena následujícími kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
PŘEKÁŽKY BRÁNÍCÍ VZNIKU ČI TRVÁNÍ PARTNERSKÉHO VZTAHU UŽIVATELŮ	Nedostatek možností k seznámení
	Strach z partnerského vztahu
	Nerozpoznání hranic mezi přátelským a partnerským vztahem
	Netrpělivost při formování partnerského vztahu
	Touha po slavném partnerovi bez postižení
	Nereálné představy o fungování partnerských vztahů
	Posměch na virtuálních seznamkách

Tabulka 5: Kódy reprezentující kategorii „Překážky bránící vzniku či trvání partnerského vztahu uživatelů“ (Vlastní výzkum, 2021).

Prvním kódem, jenž může ztěžovat vůbec samotné navázání partnerského vztahu, je **nedostatek možností k seznámení**. Participant R na toto téma uvedl, že vzhledem k omezenému repertoáru uživatelů v oblasti volnočasových aktivit i sociálních kontaktů, tito nemají mnoho příležitosti k seznámení: „*Já vidím hlavně to, že oni mají díky tomu postižení málo příležitostí jo. Zdravý člověk pořád – spolužačky, přes koníčky svoje, tolik lidí... a už si ujasní koho by chtěl a dokáže to vyhodnotit. Oni to jednak nedokáží vyhodnotit a vůbec jim chybí tady tyto vztahy, setkání a možnosti jo.*“ I participant J vnímá, že možností k seznámení mají uživatelé nedostatek: „*...Tam je to pak už o tom seznamování, tam je to strašně...no kde se seznámit...v tom seznámení vidím největší zádrhel no. Fakt nemají příležitost, kde se seznámit...*“ O nemožnosti uživatelů se seznámit se zmiňuje krátce i participant M: „*A většinou další příležitosti už nemají, protože co se týče jejich života tak jsou hodně vázani na tu svoji komunitu. Naším cílem je to aby to tak samozřejmě nebylo, aby dokázali fungovat i v normálním světě, což se zatím úplně v tom partnerském životě neděje.*“ A také participant U vidí situaci se seznamováním uživatelů obdobně: „*Je pravda že drtivá většina hledá takový trvalejší vztah a moc se jim to nedaří ale protože mají velmi omezený výběr...a nemají vždy tu volnost s někým se potkávat...tak jak by chtěli...je tady velký problém i s jejich volným časem aji s aktivitami kde by mohli jít a zapadnout, tak aby je zbytek populace bral jako sobě rovné jo. Takže oni v podstatě další partnery nemají kde poznat, tak aby jima nepohrdali, neodsouvali je, aby neměli s něma špatné zkušenosti, aby mohli experimentovat...Je to otázka integrace, která tady je nasazená uměle a není vůbec připravená...*“

Druhý kód nese název *strach z partnerského vztahu*. Tento kód vzešel např. z výpovědi od participanta R, který vnímá, že pro uživatele je navazování a udržení partnerského vztahu náročným procesem, a proto mají z této oblasti strach: „*Tady z této oblasti sexuální mají docela takový ostych, je to pro většinu tabu a...takové vztahy které dojdou až do partnerských tak těch je mnohem méně než těch které skončí takovým spíš strachem ze vztahu...Takový ten strach z toho vztahu ve smyslu, že vidí, že žijí ve službě, která jim pomáhá v běžných věcech...že už to nezvládají. A zvládnout ještě vztahy, které jsou mnohem složitější...mají z toho obavy.*“ O jiném druhu strachu, který je spojený s partnerskými vztahy, se krátce zmiňuje participant U: „*Mají strach že ten vztah skončí když nebudou dělat to co říká ten druhý...*“ Nakonec participant B v kontextu strachu z partnerského vztahu přidává i příklad z praxe: „*Měla jsem jako klíčový pracovník klienta a ten měl přístup ,Na to já nemám. ‘ Taky chtěl na seznamku – ,Prosím tě dej mě ale tam, kde jsou postižení. ‘ Přitom byl ale mnohem jakoby vyspělejší. Myslím si, že tam to jakoby zase byla škoda...Takže on se bál, že na to nemá a podobně...*“

Třetí kód se nazývá *nerozpoznání hranic mezi přátelským a partnerským vztahem*. Uživatelé mají, dle výpovědí participantů, mnohdy problém rozpoznat, jaké verbální i neverbální projevy druhých lidí vůči uživatelům mají pouze přátelský podtext, a které již naznačují zájem o navázání intimnějšího kontaktu. Takový jev popisuje participant R: „*Vůbec nejsou schopni rizika brát jo. Odepíše jim jeden a už to berou jakože mají vztah...Tam je u nich nejvíc bije do očí ta neadekvátnost...Když nastoupí nová klientka třeba, tak je častý jev, že...oni to berou – ,Já nejsem zadáný, ona není zadaná, budeme spolu chodit. ‘ A teprve potom přichází na to, že tam musí být nějaké souznění, musí...být si podobní v něčem a na tomto to většinou ztroskotá ten vztah.*“ Participant B takové nerozpoznání hranic uvádí na příkladu jedné z uživatelék: „*Jenže na ni se někdo usměje, nějaký chlap a ona už z toho vytváří imaginární vztah...Takže zase když někdo vyvine nějakou iniciativu, ona neumí rozlišit, jestli to má sexuální podtext, nebo přátelský, nebo společenská slušnost...*“ Participant U tuto neadekvátnost také stručně zmiňuje: „*Kluk se na ni podívá a ona už si plete věneček do vlasů bílý...*“

Čtvrtým kódem, a zároveň překážkou pro vznik a udržení partnerského vztahu uživatelů, je jejich *netrpělivost při formování partnerského vztahu*. Tuto skutečnost uvedlo hned několik participantů, kteří odkazovali na to, že uživatelé mají tendence zformovat partnerský vztah co nejrychleji, a nerespektují tak, že by každý vztah měl projít určitými fázemi. Participant U uvedl: „*Někteří by chtěli všechno hned, takže přeskakují nějaké fáze jo.*“

Tento jev potvrzuje i participant J: „*Vysvětlujeme jim jak to funguje, že první jít na kávu a ne hned se sestěhovat k sobě jo. Oni tady to přeskakují jo. A to mají všichni klienti, to je strašně zajímavé, že oni hned si toho partnera chtějí nastěhovat. Ne poznávat se, ale nastěhovat k sobě, mít ho u sebe.*“ Dále stejný participant uvádí tento fenomén na příkladu konkrétní uživatelky: „*Ano ano, to je ta klientka, která by chtěla všechno a hned. Chce chlapa, chce děti, vidí to u sestry a prostě to chce... Takže se snažíme vysvětlovat, že první seznamování a potom nastěhování... Takže ta to má takové, že přeskočí několik těch fází, které by tam měly být.*“ O stejné uživatelce v rámci interview hovoří i participant B: „*Vysvětlovala jsem jí, že je potřeba se první poznávat a ne se hned sestěhovat, jak ona měla představu. Ona by to dělala obráceně všechno. Ale ta její touha po dítěti byla asi tak obrovská, že by toto všechno klidně přeskočila.*“

Dalším kódem této kategorie je ***touha po slavném partnerovi bez postižení***. Tento kód vyplynul primárně z popisu příběhu jedné konkrétní uživatelky chráněného bydlení, která nejenom že preferuje partnera bez postižení, který žije mimo komunitu chráněného bydlení, ale rovněž touží po konkrétních mužích, jež zná ze sdělovacích prostředků. Zmiňuje se o ní především participant B: „*Ona by chtěla zdravého, „normálního“ kluka, kdy není vůbec ochotná připustit, že by si mohla najít jakkoli postiženého partnera... A když se objevil kluk, který byl hodný a... myslím si mohl být lehce mentálně postižený, jeho vyjadřovací schopnosti byly dobré... ale byl tělesně postižený. Což zase narazilo na to „Já chci normálního kluka.“ Ona tak nejlépe nějakého muzikanta, nějakou známou osobnost...*“ O téže uživatelce se zmiňuje i participant J: „*Je fakt že ona o sobě má vysoké mínění, ona jako nechce žádného klienta co má mentální postižení, ale chtěla by hudebníka, muzikanta...*“ I participant R má s rozhovory s touto uživatelkou na téma partnerských vztahů své zkušenosti: „*Většina těchto rozhovorů se drží na takové té platonické lince – „Já bych chtěla žít s tím zpěvákem, tím hercem“ ...ale když jí řeknu – „Tady za tebou chodí z klientů ten a ten a chtěl by s tebou jít např. na hokej.“ Tak to ne. Že i někdy takový platonický vztah je spíš na škodu.*“

Předposlední kód nese název ***nereálné představy o fungování partnerských vztahů***. Mluvíme zde o neuvědomování si uživatelů, jakého partnera chtějí, jak vztah funguje, jaké může mít jejich chování důsledky atd. Participant R uvedl: „*Tito naši klienti ve většině případů nejsou schopni si tak sami uvědomit, nejsou schopni rozpoznat, kdo je podobného zaměření, stejné koníčky nebo... oni jakmile něco se vyhodnotí jako špatně nebo nefunguje, to je běžné, musí to vyřešit a pokračovat dál. Oni už se v tomhle seknou.*“ Participant B tuto skutečnost pojmenovává jako absenci náhledu: „*Já si myslím spíš, že ti klienti nemají náhled*

na tu oblast a ani ho mít nemůžou...Oni si představují všechno velmi jednoduše...Oni vlastně tou kapacitou mentální nejsou schopni domýšlet, domýšlet důsledky...To je prostě ten náhled, který tam není. Není na budování toho vztahu, není na ukončení toho vztahu...A spousta těch klientů ani kolikrát neví, co chce...“

Poslední kód jsme nazvali **posměch na virtuálních seznamkách**. Již v první kategorii vyšlo najevo, že uživatelé využívají k seznámení internetové seznamky a sociální sítě. Toto prostředí však není vždy tím nejvhodnějším místem k navázání partnerského vztahu, neboť se zde osoby s mentálním postižením mohou setkat s posměchem ze strany intaktních uživatelů sezonek, což vypověděl např. participant J: *„Seznamka třeba...tak to...spíš si tam z nich udělají srandu no. Tehdy jsme to zkoušeli...ale i když napsal ten klient, že má mentální postižení, že by chtěl takovou podobnou partnerku s mentálním postižením, tak spíš...jsme to potom zrušili, protože mu tam někteří napsali úplně...no dělali si z něho srandu prostě...“* Negativní zkušenost s využitím virtuální seznamky deklaroval i participant B: *„No někdy ty odpovědi, co přicházely...Nebylo to úplně adekvátní...A ono zase to online prostředí není zrovna bezpečné podle mě...“*

5.4 Kategorie č. 4: Práce s partnerskými vztahy a sexualitou v chráněném bydlení

Tato kategorie rozkryje, jak se v prostředí chráněného bydlení pracuje s partnerskými vztahy a sexualitou, ať už ze strany jednotlivých pracovníků, ale i celé zastřešující organizace. Kategorie byla nasycena následujícími kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
PRÁCE S PARTNERSKÝMI VZTAHY A SEXUALITOU V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ	Protokol o sexualitě
	Individuální komunikace s uživateli o partnerských potřebách
	Klíčový pracovník jako komunikátor tématu partnerských vztahů
	Pracovník jako opora při řešení partnerských vztahů
	Intervence pracovníků v oblasti partnerství a sexuality uživatelů
	Věcná komunikace o partnerství a sexualitě s uživateli s mentálním postižením
	Využití podpůrných materiálů při komunikaci o partnerských vztazích
	Multidisciplinární přesah při práci s partnerskými vztahy uživatelů

Tabulka 6: Kódy reprezentující kategorii „Práce s partnerskými vztahy a sexualitou v chráněném bydlení“ (Vlastní výzkum, 2021).

Prvním kódem je *Protokol o sexualitě*. Jedná se o dokument, který vymezuje přístupy a postoje organizace a samotných pracovníků chráněného bydlení při práci s partnerstvím a sexualitou uživatelů. Sestavení tohoto dokumentu a práci s ním zmiňuje participant U: „*Máme i ve standardech sepsaný protokol o sexualitě, kterého cílem je jakoby aby jsme byli jednotní, otevřeně mluvili o tom a nazývali věci pravým jménem...Slouží primárně pro pracovníky...Tam je napsané, co všechno pro nás je a co není přípustné v organizaci. Že to není o tom, jaké jsou moje osobní názory.*“ Existenci a obsah Protokolu popisuje i participant R: „*Ve standardech je příloha, kde je sedm až osm stránek vypracováno...který hodně pracovníkům pomáhá, kteří sem přijdou noví...jakým způsobem se s nima pracuje. A nebylo to někde opsáno, ale bylo to opravdu diskutováno se všemi pracovníky, jak tam dát, co je reálné a co není reálné...To je přímo pro pracovníky, protože pro klienty je nutné to mít ve zjednodušené formě, které porozumí.*“

Nyní se přesouváme k samotné komunikaci o tématu, a to přesněji k její formě. Pracovníci nejčastěji volí individuální sezení s uživateli s mentálním postižením, proto se další kód nazývá *individuální komunikace s uživateli o partnerských potřebách*. Participant M popisuje: „*Je to takovou přirozenou formou, že já jsem si vždycky sedl, uvařil si čaj, klient si dal kafe a kecali jsme prostě, tak jak bych kecal asi s kýmkoli jiným jo...*“ Participant U také shrnuje, jak s uživateli téma komunikuje: „*Individuálně, otevřeně...*“ Ke způsobu

komunikace tématu vypovídá i participant R: „*Hodně u těch partnerů, tak to řeší i v rámci individuálního plánu, na to je to taky zaměřený...ale jinak je to individuálně...*“

Dále z dat vyplynulo, že na téma partnerských a sexuálních vztahů nejčastěji s uživateli komunikuje jejich klíčový pracovník. Uvedené je zřejmé z kódu **klíčový pracovník jako komunikátor tématu partnerských vztahů**. Participanta R jsme se zeptali, za kým uživatelé toto téma nejčastěji chodí řešit: „*Za klíčákem, jo...Proto vlastně je velmi důležitý ten klíčový pracovník. Na to já jsem vždycky dbal, říkával jsem – ‚Můžeš dýchat s klientem, ne se sedmdesáti klienty.‘ (metaforicky). Každý klíčový pracovník by měl znát toho svého klienta, vědět, kdy má narozeniny, jaké má sourozence v rodině, vědět co ho trápí a tak...*“ Stejnou otázku dostal i participant J: „*Ten klíčák má takový individuální vztah k tomu klientovi, takže většinou ke klíčákovi.*“

Poněvadž je pracovník chráněného bydlení ve velmi častém a úzkém kontaktu s uživatelem, je mu oporou v mnoha záležitostech, tedy i těch týkajících se partnerství a sexuality. Proto jsme další kód pojmenovali **pracovník jako opora při řešení partnerských vztahů**. Participant U tuto podporu stručně zmiňuje: „*Poskytujeme oporu v každé situaci...*“ K tématu se vyjádřil také participant J: „*Klienti vědí že můžou s problémem přijít za náma, pokud nějaký mají a nebo chtějí vědět co a jak, potřebují poradit a tak.*“ I participant M uvedl: „*Prostě...myslím si že jsme tady vždycky ti pracovníci jako k tomu, pokud oni něco potřebují probrat. Ať už je to z této oblasti nebo z jakékoli jiné, tak to s náma můžou probrat kdykoli...Já myslím, že už tak jako dokážeme vycítit ty potřeby těch klientů, že opravdu jako...i ta naše organizace je taková hodně...že ten zájem o klienta je.*“

Z výpovědí participantů navíc vyplynulo, zda do této oblasti života uživatelů pracovníci zasahují sami od sebe bez žádosti uživatelů, případně v jakých situacích. Kód tedy nese název **intervence pracovníků v oblasti partnerství uživatelů**. Participant M vypověděl: „*Jako za mě to teda nechávám fakt otevřené a vyložené na nich...Měli jsme tady tu klientku, která neustále...měla velkou potřebu měnění partnerů a tak dále jo...a tam jsme to řešili skoro dennodenně jo...Takže jsme tak trošičku působili...Když chtěla, když se zeptala, tak jsme jí řekli svůj názor na to, na co si má dávat pozor – že třeba nemá jít s partnerem, kterého nikdy neviděla, našla si ho na internetu...*“ Participant U uvedl: „*My do toho jdeme až na jejich žádost že jsou nesebejistí a nebo že prostě neuspěli...dle toho co vidíme, protože někdy vidíme jejich chování a pokoušíme se vysvětlit důsledky a rizika toho chování...*“ Navíc zmínil konkrétní příklad intervence z praxe: „*...i když třeba například praskl kondom, tam je potřeba něco honem udělat, tak pracovník pomůže i v takových situacích...*“

Jelikož se partnerství a sexualita řadí k intimním tématům, měl by pracovník při komunikaci o těchto záležitostech dodržovat jisté zásady. Další kódem je proto **věcná komunikace o partnerství a sexualitě s uživateli s mentálním postižením**. Participant U uvádí: „*Tahle práce musí probíhat vědomě, citlivě, na bázi respektu...to je potřeba si takhle stále připomínat... Musíme být dost pevní na to aby jsme o tom mluvili, bez zardění, mluvili o tom stavu v klidu a o vším co k tomu patří, třeba i o té masturbaci která je normální a nemůžeme jim ji zakazovat vůbec.*“ Způsob, jakým s uživateli komunikuje téma partnerství a sexu, popisuje i participant B: „*Já se snažím věcně. Samozřejmě přizpůsobuju jazyk jejich schopnostem, takže žádné odborné termíny, žádná dlouhá souvětí. Nevyjadřuju se určitě vulgárně. A když se mě na něco zeptají, odpovím opravdu popravdě. Kdyby došel klient třeba a zeptal se mě, co je vagína – vysvětlím...Vždycky když ke mně klienti přišli řešit nějakou takovou věc, tak jsem se to snažila komunikovat opravdu férově. Nepřikrášlovat to. Prostě opravdu jim říct na férovku, jaké to v tom světě je.*“

Předposlední kód nese název **využití podpůrných materiálů při komunikaci o partnerských vztazích**. Kód odkazuje na skutečnost, že participanti v rámci komunikace otázky partnerských vztahů nejčastěji užívají edukativní obrázky a videa atp. Participant U uvádí: „*My máme k dispozici nějaké takové metodické materiály, které si postupně sbíráme, abysme mohli vysvětlit co je co...Tady nějaké poetické vyprávění o včeličkách a ptáčcích prostě opravdu nepřichází v úvahu. Jsou potřebné obrázky, a to opravdu doslova, tak aby to bylo jasné všechno.*“ O podpůrných materiálech se zmiňuje i participant J: „*Měli jsme i video...A tam je to hezky vysvětleno. Tam je žena a muž, a když ji třeba pohladí a ta žena to nechce, tak musí říct že nechcou...Tam je třeba vysvětlené, jaký je rozdíl mezi přátelským vztahem a už partnerským vztahem a tak. A tam je to i na obrázcích vysvětlené, takže tam je to jako dobře v tom videu nakreslené. A pak jim to dovysvětlíme...Jo, tam je ta ukázka fakt pochopitelná, že jde vidět, jak to mají dělat. Že si před tím mají umýt ruky...*“ O obdobném videu se zmiňuje i participant R: „*Ted' třeba i na internetu jsou už i krásné...co vydává Asociace pro osoby se zdravotním postižením, přímo pro osoby s mentálním postižením – sexualitu, jak navazovat vztahy...A to tam bylo krásně, jsem viděl i na tom...animovaném krátkém filmu o sexualitě, takže tam na to bylo taky poukázáno.*“

I přesto, že se participanti v tématu aktivně vzdělávají, podílejí se na tvorbě Protokolu sexuality a řeší s uživateli tyto oblasti života dostatečně často, stále jsou to sociální pracovníci, nikoli vztahoví poradci či sexuologové. Proto z výpovědí participantů vyplývá i reálná potřeba spolupráce s dalšími odborníky z dané oblasti, která však v praxi není

dostatečně ukotvena a zavedena, na základě čehož vzniká kód s názvem *multidisciplinární přesah při práci s partnerskými vztahy uživatelů*. Participant M k tomuto kódu uvádí: „*Já právě si myslím, že to chráněné bydlení je těžké v tom pro pracovníky, že jsme tady vlastně vším. A myslím si že každý odborník který by se zapojil do toho, tak je jenom k dobru, ať už by to byl nějaký odborný lékař jo, nebo tady v této oblasti nějaký fakt zkušený člověk... Takže si myslím, že by bylo jenom ku prospěchu kdyby někdy něco třeba vzniklo, kde se můžeme na někoho obrátit a s někým se třeba poradit. A měl by to být opravdu jako odborník no, který ví jak pracovat a co říct no.*“ Potřebu multidisciplinární spolupráce vyzdvihl i participant U, který navíc zmiňuje, že není jednoduché najít odborníka, který by byl ochotný a schopný pracovat s jejich uživateli: „*Chtěli bysme přímo nějakého odborníka no, chtěli bysme. Ale zatím je to v řešení, jelikož ten člověk by to musel všechno nastudovávat a opravdu se v tom školit a být defacto sexuolog. A to vlastně když přemýšlím, tak jsme už nedávno posílali klienty přímo aby si zašli do poradny. Že nějaké komplikovanější věci už delegujeme na odborníka v té věci. S tím že zas pro naši cílovku je problém odborníka najít, který by mluvil jejich jazykem...*“ Také participant R je toho názoru, že ne každý odborník na partnerské a sexuální vztahy je připraven pracovat i s lidmi s mentálním postižením: „*Nepamatuju si případ, že by nějaká třeba předmanželská poradna nebo něco takového, tam ti naši klienti nechodí a ani si myslím že nejsou orientované na naši cílovou skupinu...že by to pracovníci těch poraden znali a dokázali jim pomáhat v tomto.*“

5.5 Kategorie č. 5: Vnímání manželství a rodičovství uživatelů v podmínkách chráněného bydlení

Poslední kategorie je zaměřena na manželství a rodičovství uživatelů z pohledu participantů. Kategorie byla nasycena následujícími kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
VNÍMÁNÍ MANŽELSTVÍ A RODIČOVSTVÍ UŽIVATELŮ V PODMÍNKÁCH CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ	Podporující přístup k manželství uživatelů
	Marginalizovaná touha uživatelů po rodině
	Dostatečné schopnosti k naplnění rodičovské role
	Omezené předpoklady ke zvládnutí péče o dítě
	Respektování práva uživatelů na rodičovství
	Absence zázemí pro rodiče s mentálním postižením v chráněném bydlení
	Příklad z praxe 1 – Požehnání svazku muže a ženy
	Příklad z praxe 2 – Tragická zkušenost s rodičovskou rolí
	Příklad z praxe 3 – Od peripetií ke šťastnému konci

Tabulka 7: Kódy reprezentující kategorii „*Vnímání manželství a rodičovství uživatelů v podmínkách chráněného bydlení*“ (Vlastní výzkum, 2021).

První kód se nazývá **podporující přístup k manželství uživatelů**. Participant se, dle svých slov, staví k uzavírání manželství mezi uživateli velmi kladně, jak deklaruje např. participant R: „*U manželství bych to vnímal jako reálné a i v mnoha případech správné...Kdyby chtěli, tak si myslím, že by bylo správné podpořit je a dovést až k tomu aktu.*“ Participant M uvedl: „*Já teda...jako manželství si dokážu představit. Kdyby se tady chtěl někdo vzít a třeba povolili by to opatrovníci, neměli by problém, nebo pokud jsou klienti plně svéprávní, tak to si dokážu představit.*“ Také participant J na manželství uživatelů nahlíží kladně, a zmiňuje se o tzv. požehnání, což je uzavření manželství před Bohem a lidmi bez právní platnosti: „*Manželství, tak jak jsem říkala, vítáme to. Pokud je tam ten dlouhodobý vztah, pomůžeme klientům s tím požehnáním. Když to nejde formou oficiálního sňatku, tak tím požehnáním.*“ Nyní si toto požehnání v obecné rovině popíšeme slovy participanta B: „*Za dobu svého působení jsem zažila zoficializovaný svazek dvou osob. Jelikož vzhledem k jejich omezení svéprávnosti nebyl možný klasický civilní sňatek, nicméně byl to sňatek posvěcený knězem, ale ne právoplatný. Nicméně pro klienty to bylo opravdové, v tomto obřadu se cítili velice komfortně, protože ty neprávni důsledky oni si až tolik neuvědomují. Nicméně pro ně to bylo závazné, nebylo tam nic, co by nezahrnoval klasický sňatek.*“ K manželství obecně

participant B dodává: „*Jako já osobně s tím nemám problém. Jako pokud nejsou omezeni ve svéprávnosti, tak s nadšením kvituju ať se berou.*“

Od manželství se nyní přesuneme k zakládání rodiny uživatelů. Dalším kódem proto je **marginalizovaná touha uživatelů po rodině**. Participanti mají zkušenosti, že touha po založení rodiny se u jejich uživatelů vyskytuje ojediněle, a to i z důvodu, že jsou si klienti vědomi náročnosti péče o dítě. Participant R uvedl: „*Taková ta velká touha, která už přináší problémy, tak je, ale u minima klientů jo. U ostatních ty touhy určitě jsou, ale...bud' to potlačí takovým svým přesvědčením, že oni by toto nedokázali, když nedokáží tolik věcí...*“ Participant M k odpovědi ohledně touhy uživatelů po rodině přidává i příklad uživatelky z praxe: „*Já teda znám jenom jednu klientku...ona má sestru, která má děti a jí je to strašně líto...Každopádně je to zrovna fakt klientka, která má i řekněme psychiatrické problémy těžké. Takže tam prostě ta touha je, ale tam by to nebylo reálné...Pak jsou tady klienti, kteří si myslím, že to mají docela ujasněný a docela i zdravý názor, že uznají – ,Já bych na to neměl.*“ Participant B má s touhami uživatelů po založení rodiny zkušenost následující: „*Co se týče nějakých takových těch tužeb u klientů, třeba že ,Mně je čtyřicet, ještě nemám rodinu. Tak to jsem od ostatních klientů nikdy neslyšela. Nevím jestli to bylo nedůvěrou nebo tím, že ten vztah mezi námi nebyl zas tak blízký, nebo tím, že nad tím nikdy nepřemýšleli.*“

Kód s názvem **dostatečné schopnosti k naplnění rodičovské role** zmiňuje uživatele, kteří by se dle slov participantů zvládli postarat o dítě. Participant R uvádí: „*U zakládání rodiny...našich uživatelů, přemýšlím...ti co odešli do samostatného bytu...ona měla mentální postižení, on byl tělesně postižený, tam si umím představit, že by mohli s podporou rodiny...tam si myslím, že by to dokázali, ale ti už žijí samostatně.*“ Participant M možnost výchovy dítěte uživatelem vidí také jako reálnou: „*...se to prostě děje že některé páry jsou fakt na to schopné až tolik, že třeba bydlí někde samostatně a už využívají třeba jenom sociální rehabilitaci, a tam je to fakt jako reálné jo.*“ Participant J byl specificky dotázán, kolik aktuálních uživatelů by se reálně zvládlo postarat o dítě: „*No...asi jedna klientka. Ta jedna klientka mě napadla, že by to zvládla, protože ta se starala o mladší sestru, než byla převezena do dětského domova...Takže ta by to dokázala, protože se starala už tehdy o sestru, i přes to mentální postižení. A ta sestra byla o dva nebo tři roky mladší. Tak ji přebalovala a tak...A ta už bydlí na městském bytě.*“

Další kód se nazývá **omezené předpoklady ke zvládnutí péče o dítě**. Ten naopak hovoří o těch uživatelích, kteří by péči o dítě samostatně nezvládli. To hodnotí participant R následovně: „*Z těch, co tady žijí by nebyl schopný vychovávat děti si myslím nikdo...*“

Participant M uvádí: „U některých lidí, tak tam je to hodně individuální, protože třeba vidíme, že u některých lidí je to sice velké přání ale odneslo by to asi to miminko. Protože se nedokáží postarat kolikrát ani o sebe, natož vychovat dítě...prostě člověk musí brát v potaz že třeba aby byl ochráněn i ten malý život žejo...“ Participant J se v rámci této oblasti zmiňuje o uvědomělosti některých uživatelů, že by péči o dítě nezvládli, a v takovém případě s uživateli řeší i téma antikoncepce: „Chtějí mít partnera, ale už ne děti, protože ví že by to nezvládli. Ale partnera by chtěla mít...Ale většina těch klientek má antikoncepci a chtějí ji. Ví že by dítě nemohli pečovat, nebo že by to nezvládli. Že ví, že to sotva zvládají sami oni, že vidí, že tam mají ty mezery...A oni už to teď vlastně i říkají ‚My máme starostí dost, abychom se postarali o sebe, a ne abychom se ještě starali o dítě, protože víme co to znamená.‘“

I přesto, že jsou si pracovníci vědomi, že někteří z uživatelů by k péči o dítě nebyli dostatečně kompetentní, právo uživatelů na početí dítěte plně respektují. Další kód proto nese název **respektování práva uživatelů na rodičovství**. Participant U se k tématu vyjadřuje následovně: „Spousta ženských který sou srovnatelný s těma našima normálně žijou a prosperujou, v tom smyslu, že prostě jsou matky rodiny, navařit umí, nakoupit umí. A ty naše klientky také. Vyprat umí, naučily by se přebalit i to mimino...Takže kdo stanovuje ty kritéria, kdo co může, kdo nemůže, u koho by to bylo méně chytré děcko, pěkné děcko, nepěkné děcko...“ Participant B se k otázce staví tímto způsobem: „Já beru to, že každý na to má právo. Já bych to nikdy nikomu nechtěla říct ‚Ty nemáš právo mít dítě.‘ Byť za cenu toho, že se narodí těžce mentálně postižené...Takže kdo má právo říkat těmto lidem, že ne, že nemůžou mít dítě?... A troufám si tvrdit – takový svůj vlastní názor – že tu lásku tomu dítěti by projevovali úplně stejně... Neříkám péči, tu by asi nedali, ale tu lásku určitě ano...Já vím, že je potřeba všeho, ale co má převažovat? Proč to furt někdo diktuje, koriguje nějakýma zákonama, opatrovníkama...Já neříkám aktivně podporovat, že si musí za každou cenu udělat rodinu, že jim tikají biologické hodiny (smích). Takhle ne. Ale prostě respektovat...“

V otázce zvládnání rodičovské role uživatelů se několik participantů zmínilo, že jejich chráněné bydlení na takovou situaci není připraveno a uživatel/ka s dítětem by nemohla v chráněném bydlení zůstat. Proto jsme další kód označili jako **absence zázemí pro rodiče s mentálním postižením v chráněném bydlení**. Participant R k tomuto uvádí: „V naší službě by to vůbec nešlo, to by museli potom být v nějakém zařízení pro rodinu, kde by opravdu měli tu podporu každodenní...“ Také participant J zmiňuje, že dané chráněné bydlení není

uzpůsobeno poskytovat službu pro uživatele s jejich dětmi: „*Naše organizace, pokud by byla klientka těhotná, tak tady nemůže být. Musela by se jí najít jiná služba...*“ Na toto téma se také rozpovídal participant M: „*S tím dítětem tady na to fakt nejsme dělání. Nedokážu si představit, že by v tomto zařízení s takovou podporou byl člověk, který ještě navíc vychovává dítě. Svým způsobem by to bylo i takové protiřečení, protože ten klient je tady z nějakého důvodu, že něco nezvládá...*“

Poslední tři kódy této kategorie jsou věnovány čistě praktickým ukázkám a příkladům ze života uživatelů chráněného bydlení v oblasti manželství a rodičovství. Nejprve si uvedeme **Příklad z praxe 1 – Požehnání svazku muže a ženy**. Jedná se o uzavření neprávoplatného manželství dvou uživatelů, které popisuje participant U: „*Mně se strašně líbilo, když jsme dělali požehnání...jeden z těch párů, který u nás bydlí...A tam šlo o to, že R (jméno uživatele) je zbavený svéprávnosti a má opatrovníka. A J (jméno uživatelky) má opatrovníka, není zbavena svéprávnosti. A R měl v tom rozsudku vyloženě napsané, že není schopen manželství z nějakých peripetií tam předchozích, kde ti psychiatři opisovali jeden od druhého myslím. Takže že ne. On přímo nelenil a oslovil ten soud že by se chtěl oženit. A ten soud mu to zamítl, protože řekl, že nerozumí co to svazek manželský je...Ale my jsme viděli, že oni několik let spolu chodí, slušně se k sobě chovají, s láskou, s úctou, doplňují se...tak to v podstatě v tak prostém slova smyslu byl krásný vztah a ten soud jim to takhle zamítl. Rozumím tomu. Tak jsme zkoušeli hledat způsob, jak by se to dalo udělat aby to nebyl právní akt, ale akt před lidma a Bohem. A díky tomu vzniklo Požehnání svazku muže a ženy...Takže to měli se vším všudy, akorát nemají ten papír...*“

Další příběh popsal participant R. Pro účely výzkumu jsme ho nazvali **Příklad z praxe 2 – Tragická zkušenost s rodičovskou rolí**: „*Ale zase sme měli případ třeba který skončil tragicky úplně...kdy klient nastoupil tady k nám na dílny a sprátelil se s klientkou z chráněného bydlení a rozhodli se že budou mít svatbu po měsíci. Tak jim to pracovníci rozmlouvali ať počkají, že by bylo dobré, kdyby se víc poznali...Klientka dala výpověď z chráněného bydlení a odstěhovali se do bytu myslím k jejím rodičům, kteří byli...k jeho rodičům, kteří byli taky sociálně slabší, ty vystěhovali, skončili na ubytovně a narodily se jim myslím tři děti, z toho jedno umřelo díky zanedbání péče. Bylo to sporné, jestli zanedbání péče ze strany rodičů, nebo té nemocnice, protože oni volali pořád sanitky kvůli každé hlouposti rychlou, nevěděli si s tím poradit. Já osobně jsem si myslel, že to dítě dají do kojeneckého ústavu jo, když jsem viděl, jak na tom P (jméno klientky) je, já jsem ji byl navštívit i v porodnici tehdy. Když jsem viděl jak si psala tím písmem prváckým, kdy má kojit*

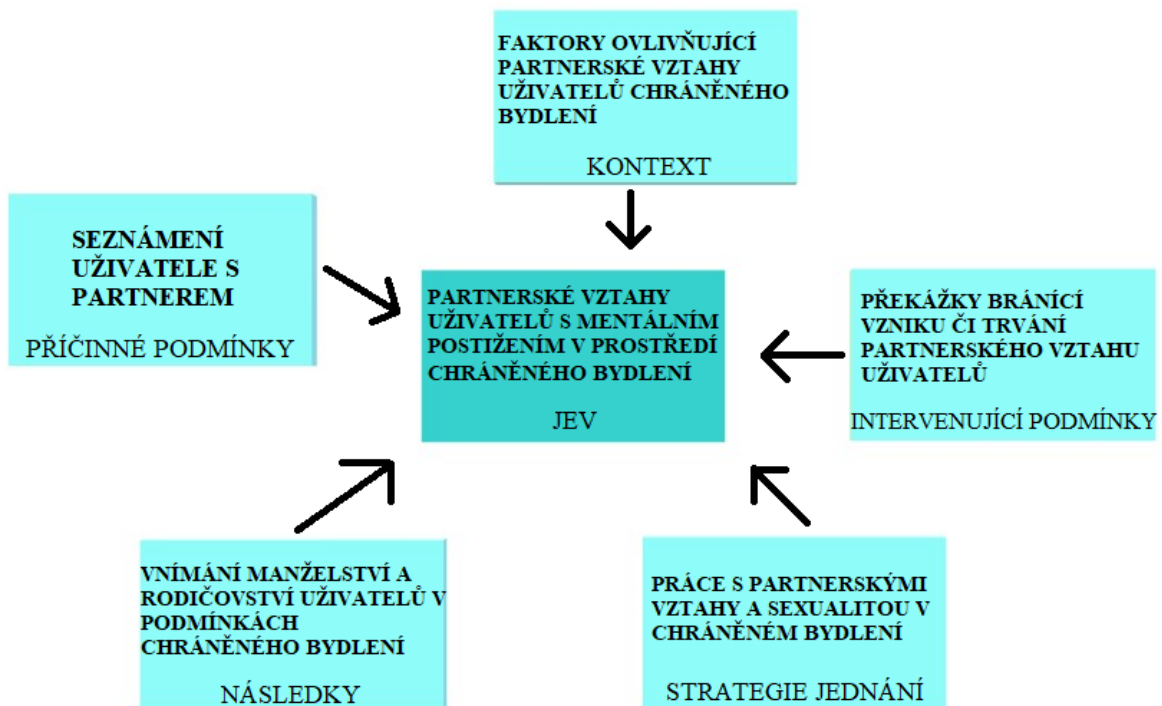
dítě jo, navíc měla záchvaty epileptické. Tak jsem si říkal, to asi skončí v kojeneckém ústavu. Neskončilo, ale bohužel skončilo to úmrtím toho dítěte a dalších dětí, které potom přešly, byly odebrány a přešli dál do jakési...a P teda nakonec zemřela nečekaně mladá při epileptickém záchvatu. A tomu pak byly ty děti odebrány, že je jako nezvládal vůbec.“

O poslední z příběhů, týkající se také rodičovství uživatelů, se s námi podělil opět participant U, a ten jsme nazvali **Příklad z praxe 3 – Od peripetii ke šťastnému konci**: *„Znám příběh holky, která byla zařazena do lehké mentální retardace, a čekala dítě a odnikud pomoci. Z pěstounské péče, v domě na půl cesty, u nás na dílnách jen tak okrajově jako. A teď jsem sledovala ty její peripetie, protože ona nevěděla, na koho se obrátit, když byla těhotná. A teď to v ní lítalo ty emoce, protože její matka ji taky nechala v kojeňáku, když měla pár dnů...Pak v té pěstounské rodině to taky neměla asi úplně lehké, protože tam bylo osm děcek, které vykopávali...k osmnáctinám dostali igelitku a šli do světa. Takže nikde nepobrala ty vzorce. Nevěděla co to je porod, ani jak to vypadá, jak ženská rodí. Ani jak se starat o mimino, nic. A teď já jsem hledala předporodní kurz zdarma pro sociálně slabé – nula. Pro osoby s mentálním postižením – mínus dvacet. To už vůbec o tom nikdo neuvažoval, že by se to udělalo tak jednoduše pro holky ze základky, které to prostě nedávaly do kupy. Pro ty holky, které to nejvíc potřebují – nic jo. No byla to obrovská peripetie a její první holčička skončila v kojeňáku. Protože ztratila nervy ona, ona tak reagovala, že když nerozuměla, tak řvala. Obrana útokem, a nebo útekem. Takže ona utekla od děcka a sociální pracovnice pak malou odvezla do kojeňáku. Ta holka si pak našla křesťanské prostředí a hodného partnera a ona teď žije s mužem a s dvěma děckama. Stará se o ně, krásné fotky. Prostě je dobrá máma, samé vysmáté fotky. Tak se tážu, jak to teda s těma dětma je. Když taková holka dostala trochu opory, kterou potřebovala, dostala rodinu čili chlapa s jeho rodinou a s jeho komunitou, tak funguje. A může být dobrá máma. Takže já věřím tomu, že některé naše holky, které cítí potřebu, že by chtěly děti, by je za některých okolností mohly mít.“*

5.6 Paradigmatický model

Výše uvedené a popsané kategorie a kódy jsme získali pomocí otevřeného kódování. Nyní přichází na řadu axiální kódování, pomocí něhož jsme schopni znovu uspořádat získaná data prostřednictvím vytváření vazeb mezi kategoriemi (Vévodová, Ivanová a kol., 2015, s. 112). Výstupem axiálního kódování je paradigmatický model. Paradigmatický model vzniká spojováním subkategorií s kategoriemi do souboru vztahů určujícího příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky (Strauss, Corbinová, 1999,

s. 72). Nyní si takový model, vztahující se k našemu výzkumu, vytvoříme a graficky znázorníme.



Obrázek 5: Paradigmatický model (Vlastní výzkum, 2021).

Jev je, dle Strausse a Corbinové (1999, s. 73) ústřední myšlenka nebo událost celého výzkumu. Zjistit ho lze např. pomocí kladení si otázky: Čeho se údaje týkají? V případě našeho výzkumu se jedná o partnerské vztahy uživatelů s mentálním postižením v prostředí chráněného bydlení.

Příčinnými podmínkami jsou myšleny události, které vedou k výskytu nebo vzniku daného jevu (Miovský, 2006, s. 229). V našem případě jsme jako příčinné podmínky zvolili seznámení uživatele s partnerem, jelikož právě seznámení může vést k vytvoření partnerského vztahu. Seznamování uživatelů probíhalo nejčastěji v prostředí komunity chráněného bydlení či v pracovních chráněných dílnách.

Kontext je konkrétní soubor vlastností, které jevu náleží, tedy umístění událostí tohoto jevu na dimenzionálních škálách (Strauss, Corbinová, 1999, s. 74). V případě našeho výzkumu jsme jako kontext zvolili faktory ovlivňující partnerské vztahy uživatelů chráněného bydlení, jelikož přímo náleží ke zkoumanému jevu, a v jejich kontextu partnerské vztahy

uživatelů probíhají. Jednalo se např. o prostředí chráněného bydlení, zkušenost uživatelů s ústavní výchovou, postoje majoritní společnosti vůči partnerským vztahům uživatelů apod.

Intervenující podmínky usnadňují, nebo naopak znesnadňují použité strategie (Miovský, 2006, s. 229). Našimi intervenujícími podmínkami jsou překážky bránící vzniku či trvání partnerského vztahu uživatelů. Kódy získané v rámci této kategorie různými způsoby znesnadňují navázání či fungování partnerských vztahů uživatelů. Mezi překážky jsme řadili kupříkladu nedostatek možností k seznámení uživatelů, strach z partnerského vztahu, nerozpoznání hranic mezi přátelským a partnerským vztahem, netrpělivost při formování partnerského vztahu či nereálné představy o fungování partnerských vztahů.

Strategie jednání nebo interakce jsou zaměřeny na zvládnání, ovládnání nebo reagování na ústřední jev (Strauss, Corbinová, 1999, s. 76). V našem případě je strategií jednání práce s partnerskými vztahy a sexualitou v chráněném bydlení. Pracovníci chráněného bydlení svou prací reagují na poptávky a zakázky uživatelů z této oblasti. Z výpovědí participantů jsme se dozvěděli, že toto téma uživatelům komunikují individuálně, věcně, jsou jim při řešení těchto otázek oporou, a pro adekvátní porozumění danému tématu používají nejrůznější edukativní materiál.

Výstupem celého procesu jsou **následky jednání a interakcí** (Miovský, 2006, s. 229). Výsledkem partnerských vztahů uživatelů může, i nemusí být právě manželství a rodičovství, proto jsme do této části zahrnuli kategorii o vnímání manželství a rodičovství uživatelů v podmínkách chráněného bydlení. K manželství uživatelů se pracovníci staví kladně, a pokud to dovolují individuální schopnosti a dovednosti uživatelů, jejich právo na uzavření sňatku a založení rodiny plně respektují. Manželství a rodičovství uživatelů může být zároveň i výsledkem práce s těmito oblastmi, tedy strategiemi jednání, jak se ukázalo i na jednom z příkladů z praxe – na zorganizování „svatby“ uživatelům ze strany pracovníků.

6 DISKUZE VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ DO PRAXE

V této části bakalářské práce si shrneme výsledky, k nimž jsme na základě našeho kvalitativního výzkumného šetření dospěli. Připomeňme, že data jsme získali prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, jež jsme analyzovali za využití dílčích postupů zakotvené teorie. Rádi bychom zdůraznili, že prezentované výsledky nelze generalizovat, neboť vyvozené závěry lze vztahovat pouze ke konkrétním pracovníkům chráněného bydlení, kteří nám v rozhovorech reflektovali své zkušenosti.

Na úvod se zaměříme na zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která se zabývala tím, *jaké mají pracovníci chráněného bydlení zkušenosti s partnerskými vztahy uživatelů s mentálním postižením*.

Díky získaným datům z výpovědí participantů našeho výzkumu, a díky jejich příkladům z praxe lze vyvodit, že jejich zkušenosti se vztahy, sexualitou, manželstvím i rodičovstvím uživatelů jsou bohaté. Každý uživatel a jeho vztah je jedinečný, a proto k nim participanti přistupují individuálně, a s přihlédnutím k zachovaným schopnostem a dovednostem uživatelů. Celá organizace, i jednotliví pracovníci, jsou práci s partnerskými vztahy a sexualitou uživatelů nakloněni, čímž tyto jejich práva otevřeně respektují. V případě potřeby participanti poskytují uživatelům rady a doporučení v oblasti partnerských a sexuálních vztahů, avšak respektují svobodné rozhodnutí každého uživatele.

Na základě shrnutí a diskuse dílčích výzkumných otázek se detailněji podíváme na jednotlivé aspekty související s touto tematikou prizmatem pracovníků chráněného bydlení.

1. *Jak pracovníci chráněného bydlení vnímají fungování existujících partnerských vztahů jejich uživatelů s mentálním postižením?*

Z výpovědí participantů jsme se dozvěděli, že k seznámení uživatele s partnerem dochází nejčastěji v rámci komunity osob s mentálním postižením – tedy v samotném chráněném bydlení či v chráněných pracovních dílnách. Uživatelé využívají k seznamování také prostředí internetu – online seznamky a sociální sítě – což však není, dle slov participantů, nejvhodnějším a nejbezpečnějším způsobem k seznámení, jelikož se zde mohou setkat i s posměšnými reakcemi ze strany ostatních uživatelů seznamky. Ze všech výpovědí pracovníků chráněného bydlení jasně vyplývalo, že se neseťkáme u uživatelů s jednou preferovanou formou vztahu – někdo upřednostňuje krátkodobé a střídající se vztahy, někdo

vztahy dlouhodobé a trvalé, někdo zase partnerský vztah nevyhledává vůbec, jiný o něj usiluje dennodenně. Participanti konkrétně uvedli, že někteří uživatelé zájem o partnerské vztahy neprojevují. Na straně druhé, vzpomeňme si však na příklad dvou uživatelů, kteří se nachází již několik let v bezproblémovém partnerském vztahu, a mají za sebou tzv. požehnání neboli svatbu bez právní platnosti, která proběhla čistě na základě přání a tužeb uživatelů.

Zjištěná data do značné míry korespondují s poznatky autorů Venglářové, Eisnera a kol. (2013, s. 139-140). Autoři zde uvádí, že u lidí s mentálním postižením buď snaha o sblížení nevzniká vůbec, nebo je snaha o sblížení patrná. Opět si tedy potvrzujeme to, že vztahy uživatelů nelze generalizovat jen na základě přiznané diagnózy.

2. Co z pohledu participantů ovlivňuje fungování partnerského vztahu a související naplňování sexuálních potřeb uživatelů s mentálním postižením v podmínkách chráněného bydlení?

Z našich dat vyplynulo, že partnerské vztahy uživatelů nejčastěji ovlivňují podmínky chráněného bydlení, zkušenost uživatelů s ústavní výchovou či vnímání partnerských vztahů uživatelů rodinnými příslušníky uživatelů a majoritní společností. Partnerský život zmíněných rodinných příslušníků uživatelů, ale i pracovníků chráněného bydlení slouží také jako vzor pro partnerské vztahy uživatelů. Participanti také uvedli, že vlivným faktorem působícím na partnerské vztahy uživatelů jsou média, jelikož televizní pořady s tematikou partnerství zkreslují uživatelům představy o reálném fungování vztahů. Z této dílčí výzkumné otázky vyplynuly také překážky, jež působí na partnerský vztah uživatelů, jimiž jsou: nedostatek možností k seznámení, strach z partnerského vztahu, nerozpoznání hranic mezi přátelským a partnerským vztahem, netrpělivost při formování partnerského vztahu, touha po slavném partnerovi bez postižení, nereálné představy o fungování partnerského vztahu a posměch na virtuálních seznamkách.

Získaná data se shodují s poznatky v publikaci Mandzákové (2013, s. 56), která jako faktor uvádí vlivy prostředí, ve kterém člověk vyrůstal, či stále žije. Současně naše data přinesly podrobnější analýzu dalších možných faktorů intervenujících do oblasti naplňování partnerských vztahů u uživatelů žijících v chráněném bydlení, v čemž spatřujeme jeho novum.

3. Jak participanti s uživateli s mentálním postižením komunikují téma partnerských vztahů a související naplňování sexuálních potřeb v podmínkách chráněného bydlení?

Z dat poskytnutých participanty vyplývá, že s otázkou partnerských vztahů uživatelů participanti aktivně pracují. Většina participantů zastává individuální konzultace s uživateli, a to v případě, když uživatelé chtějí toto téma řešit, a přijdou s nějakou konkrétní zakázkou. Sami od sebe pracovníci v této oblasti zasahují v případě, když na uživateli vidí, že si již neví rady a neovládne situaci vyřešit pouze vlastními silami. Konkrétní a individuální záležitosti uživatelů se řeší nejčastěji s klíčovým pracovníkem. K práci s těmito oblastmi někteří participanti uvedli, že využívají i podpůrných materiálů, nejčastěji edukativních videí. Při komunikaci tohoto tématu pracovníci přizpůsobují jazyk zachovaným možnostem a schopnostem uživatele uživateli, nepoužívají žádné odborné termíny, vulgarismy a mluví ve stručných větách. Participanti jsou také seznámeni s Protokolem sexuality, jehož originální znění bylo vytvořeno na základě zkušeností z praxe pracovníky organizace. Participantům však, dle jejich výpovědí, chybí ukotvení či platforma pro multidisciplinární spolupráci, což by v kontextu podmínek panujících v jejich chráněném bydlení vnímali jako velmi prospěšné a cenné.

Získaná data v našem výzkumu se rozcházejí s poznatky v publikaci Venglářové, Eisnera a kol. (2013, s. 43-85) rozcházejí. Autoři v úvodu uvádí, že často nejsou pracovníci organizace sjednoceni v tom, zda jsou vztahy a sexualita uživatelů témata, kterými by se měl pracovník zabývat. K Protokolu autoři zmiňují, že pracovníci, kteří ho mají vytvářet, často požadují vzorový materiál. Když přejdeme ke konkrétní intervenci v této oblasti, autoři uvádí, že jednou z častých chyb pracovníků je, když používají pro uživatele nesrozumitelná slova. Uvedené poznatky autorů jsou tak v plném rozporu se zjištěními plynoucími z našeho výzkumu.

4. Jak participanti vnímají otázku manželství a zakládání rodiny u jejich uživatelů s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení?

Z dat vyplynulo, že k manželství uživatelů se participanti staví velmi kladně, pokud uživatelé udržují dlouhodobý partnerský vztah. U rodičovství uživatelů je to velice individuální, záleží, dle jejich slov, na zodpovědnosti jednotlivce a na jeho schopnostech postarat se o dítě. Participanti proto uvedli jak příklad uživatelů, kteří by péči o dítě zvládli, tak i těch, kteří by tuto péči samostatně s největší pravděpodobností neobstarali. Pracovníci však plně respektují právo uživatelů na založení rodiny. Většina uživatelů však touhu po založení rodiny ani neprojevuje, jsou si totiž vědomi náročnosti výchovy dítěte. Participanti však vyzdvihli v případě rodičovství uživatelů zásadní věc, a to, že by

v případně otěhotnění nemohla uživatelka nadále využívat služby chráněného bydlení, jelikož tato služba není uzpůsobena matkám s dětmi.

Údaje získané od našich participantů jsou v rozporu s výzkumem od Mandzákové (2013, s. 41-42) z roku 2011, která zjišťovala postoje pracovníků zařízení sociální služby pro osoby s mentálním postižením. Z výzkumu autorky vyplynulo, že postoje pracovníků vůči rodičovství osob s mentálním postižením byly spíše negativní. Tito pracovníci považovali např. sterilizaci uživatelů za vhodnou či žádoucí.

6.1 Doporučení pro praxi

Ze získaných dat lze vyvodit hned několik doporučení pro praxi, které si nyní formulujeme.

Participantů zmínili, že by uvítali spolupráci s odborníkem zabývajícím se vztahovými a sexuálními záležitostmi, který by problémy spjaté s těmito oblastmi uměl řešit i s jejich uživateli s mentálním postižením žijícími v chráněném bydlení. Proto navrhuje oslovit odborníka – vztahového poradce, sexuologa – který by byl schopen adekvátním způsobem komunikovat tyto otázky s uživateli s mentálním postižením, a to s přihlédnutím k podmínkám panujícím v chráněném bydlení. Jako optimální se v tomto ohledu jeví například kurzy či semináře od organizace Freya (© Freya). Ta má aktuálně v nabídce kurzy jako *Sexualita aneb jak o ní komunikovat s lidmi s postižením* nebo *Výcvik – Konzultant/ka pro oblast sexuality a vztahů v sociálních a školských zařízeních*.

Přesuneme-li se k rodičovství osob s mentálním postižením, v této oblasti by, v souladu s výpověďmi participantů, rovněž bylo vhodné zaměřit se na podporu vzniku odborných kurzů a seminářů pro budoucí rodiče s mentálním postižením. Tito lidé by si zkusili možné scénáře, které mohou při výchově dítěte nastat. Organizace by mohla také pořádat předporodní kurzy pro ženy s mentálním postižením, které by zahrnovaly také přípravu na péči o dítě.

V poslední řadě doporučujeme otevřít odbornou debatu ohledně návazných zdravotně sociálních služeb pro rodiče s mentálním postižením, kteří žili v ústavní péči. Protože koncept chráněného bydlení neumožňuje zajistit zázemí pro uživatelky s dítětem, bylo by vhodné nastavit síťování v kraji takovým způsobem, aby odcházející uživatelky v roli matky měly k dispozici další adekvátní zázemí pro život s dítětem. Možným řešením by mohla být i terénní asistenční služba určená mj. cílové skupině matek se zdravotním postižením. Dle schopností a dovedností jednotlivců by mohla tato zdravotně sociální služba tedy

dojíždět do domácností rodičů, případně pro rodiče, kteří by potřebovali větší míru podpory, by mohla služba fungovat i ve formě pobytové s nepřetržitým provozem.

ZÁVĚR

Ve středu zájmu naší bakalářské práce stály partnerské vztahy osob s mentálním postižením z pohledu pracovníků chráněného bydlení. Toto téma jsme otevřeli, jelikož je ve společnosti stále ještě tabuizované a nedostatečně diskutované. Zároveň se na práci s partnerskými a sexuálními potřebami osob žijících v institucionalizovaném prostředí pobytových sociálních služeb začíná klást stále větší důraz.

V první části naší bakalářské práce jsme se zaměřili na položení teoretických základů zvoleného tématu. Na úplném začátku jsme vymezili samotné mentální postižení, neboť nás zajímalo naplňování partnerských potřeb právě u této skupiny osob. Ujasnili jsme si, jak takové postižení vzniká, jak je klasifikováno, a dle jakých kritérií je člověku diagnostikováno. Následně jsme se zaměřili na specifika partnerských vztahů, sexuality, manželství i rodičovství u osob s mentálním postižením. Vyvrátili jsme v rámci teoretické části i nejčastější mýty, jimiž je oblast partnerství a sexuality osob s mentálním postižením opředená. Poslední kapitola poté představovala vyústění teoretické části, neboť pojednává o práci s partnerskými vztahy a sexualitou osob s mentálním postižením v rámci pobytových sociálních služeb, se zřetelem na chráněné bydlení. V této kapitole jsme se dozvěděli, jak má práce s těmito oblastmi správně vypadat, s jakými úskalími se potýká, a s jakými typy pracovníků, kteří se věnují osobám s mentálním postižením, se můžeme v praxi setkat.

Druhá část naší práce byla zaměřena nejprve na metodologické vymezení zamýšleného výzkumného šetření. Jako hlavní výzkumný cíl jsme si stanovili zjistit a popsat, jaké mají pracovníci chráněného bydlení zkušenosti s partnerskými vztahy uživatelů s mentálním postižením. Za účelem naplnění tohoto cíle jsme data získaná pomocí polostrukturovaných rozhovorů analyzovali za pomoci otevřeného a axiálního kódování. Z výpovědí sociálních pracovníků konkrétního chráněného bydlení jsme zjistili, že se uživatelé nejčastěji seznamují s partnerem v prostředí komunity chráněného bydlení či v chráněných pracovních dílnách. Následně vzniklé partnerské vztahy uživatelů nejvíce ovlivňují podmínky a pracovníci chráněného bydlení, prostředí ústavní či rodinné výchovy či postoje, které vůči jejich partnerským vztahům zaujímají rodinní příslušníci uživatelů, pracovníci chráněného bydlení i majoritní intaktní společnost. Tyto partnerské vztahy uživatelů se potýkají s nejrůznějšími překážkami, mezi které pracovníci řadí např. nedostatek možností k seznámení, strach z partnerského vztahu, netrpělivost při formování partnerského vztahu či nerozpoznání hranic mezi přátelským a partnerským vztahem. Pracovníci chráněného bydlení pracují s partnerskými a sexuálními vztahy uživatelů aktivně, jsou uživatelům v těchto oblastech

oporou, přistupují k tématu s respektem, přitom otevřeně a férově. Uvítali by však při řešení partnerství a sexuality uživatelů spolupráci se specializovaným odborníkem. Co se týče manželství uživatelů, k tomu se pracovníci staví kladně, sami dvěma uživatelům chráněného bydlení uspořádali neprávoplatný svatební obřad. Rodičovství uživatelů záleží, dle pracovníků, na individuálních schopnostech uživatele, avšak svobodné rozhodnutí a právo na založení rodiny uživatele plně respektují. Takový uživatel či uživatelka s dítětem by však nemohli dále setrvat v prostředí chráněného bydlení, jelikož tato služba není pro rodiče s dětmi uzpůsobena.

Na základě všech těchto získaných poznatků jsme proto navrhli multidisciplinární spolupráci pracovníků chráněného bydlení s odborníkem na partnerské a sexuální vztahy. Dále jsme doporučili vznik odborných kurzů pro ženy s mentálním postižením, kteří by toužili nebo plánovali stát se rodiči. Naše poslední doporučení směřovalo k otevření odborné debaty o vzniku návazných zdravotně sociálních služeb v terénní, případně pobytové formě, které by poskytovaly pomoc a podporu rodičům s mentálním postižením v péči o dítě.

Doufáme, že vzhledem ke specifickému zaměření naší práce tato přispěje k otevření diskuse nad tématem partnerských vztahů osob s mentálním postižením primárně v řadách odborné veřejnosti, přesněji mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky. Věříme, že získaná data se stanou cenným materiálem pro stávající vedení a pracovníky vybraného chráněného bydlení. Těm námi poskytnutá zjištění mohou posloužit jako určitá forma evaluace práce s partnerskými a sexuálními potřebami uživatelů s mentálním postižením, jež se v případě zájmu může stát platformou pro případné budoucí revize v interním Protokolu sexuality.

Současně věříme, že inspiraci ze získaných dat mohou čerpat také studenti zdravotnických a sociálních oborů, kteří se připravují na práci s lidmi s mentálním postižením. Jejich hlubší znalost v této oblasti by mohla přispět k adekvátní práci s těmito potřebami uživatelů v praxi, a tedy i celkovému zkvalitnění jejich života. Na závěr věříme, že naše práce dovede společnost k pochopení, že potřeba lásky a blízkosti, a způsob jejího naplňování u osob s mentálním postižením se zásadně neliší od zbytku populace, a hlavně k uvědomění, že všichni jsme v první řadě lidé, bez ohledu na přidělenou zdravotní anamnézu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Monografické publikace**

BENDO VÁ, Petra a Augustin – středisko pro studenty se specifickými potřebami, 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-422-9. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:3dcfba30-6106-11e5-bf4b-005056827e51>

BERNOLDO VÁ, Jana, Iva STRNADO VÁ a Zdeňka ADAMČÍKOVÁ, 2019. *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4329-8.

ČERNÁ, Marie a Univerzita Karlova, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:f8103ea0-cfb2-11e4-8565-005056827e52>

© **ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD**, 2019. *Život se zdravotním omezením v ČR v roce 2018*. Praha: © Český statistický úřad, Odbor statistik rozvoje společnosti.

GIDDENS, Anthony a Philip W. SUTTON, 2013. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0807-1. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a3e9ccd0-a469-11e8-99aa-005056827e51>

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:51ffc900-ef06-11e8-8d10-5ef3fc9ae867>

HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HORT, Vladimír, © 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:938def10-00e9-11e4-9789-005056827e52>

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:51e4a6f0-e6a2-11e8-9210-5ef3fc9bb22f>

KRÁL, Michal a Univerzita Palackého, 2012. *Neurologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3245-8. Dostupné také z: <https://dnnt.mzk.cz/uuid/uuid:bfdaf0d1-19aa-48d5-8ad7-4508d7a45200>

KULIŠŤÁK, Petr, 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:7ca772a0-4ed5-11e9-8854-005056827e51>

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3676-1.

LANGER, Stanislav, 1996. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva. ISBN 80-900254-8-X. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:4470b940-61af-11e9-b8c0-005056827e52>

LEČBYCH, Martin a Filozofická fakulta Univerzity Palackého, 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.

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

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:7b0a7560-f5ef-11e5-92c7-5ef3fc9ae867>

MERTIN, Václav a Lenka KREJČOVÁ, 2016. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-014-2. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:0779fe80-ed8c-11e8-a5a4-005056827e52>

MILFAIT, René a Daniel BARTOŇ, 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-85-9. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:ca90de70-cf29-11e7-bfaa-005056827e52>.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:329c2ba0-87c9-11e5-bf6c-005056825209>

NOVOSAD, Libor, 2006. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:3a47aed0-ce2c-11e9-9b82-005056827e52>

NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:d6c0ded0-029e-11e4-9789-005056827e52>

NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: Diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

OPATŘILOVÁ, Dagmar, 2013. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami: Education of persons with severe disability and multiple disability*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6221-4. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:cab3a640-ed5e-11e8-a5a4-005056827e52>

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:32ecd8b0-215f-11e4-8f64-005056827e52>

PROCHÁZKA, Roman, 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4451-3. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:6180b2b0-4ecc-11e9-8854-005056827e51>

SILVERMAN, David, ed., 2016. *Qualitative research*. 4E. Los Angeles: SAGE. ISBN 978-1-4739-1656-2.

SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:22e00f20-d851-11e8-bc37-005056827e51>

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Boskovice: Sdružení Podané ruce. ISBN 80-85834-60-X. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:27cc6930-c541-11e2-9592-5ef3fe9bb22f>

SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ, 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-545-8. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a0ae73a0-0101-11e4-9789-005056827e52>

ŠNÝDROVÁ, Ivana, 2008. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2165-1. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:458a07e0-609e-11e3-ac69-005056827e51>

ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2007. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1689-2.

- ŠTĚRBOVÁ, Dana, Miluše RAŠKOVÁ a kol., 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5025-4.
- ŠVARCOVÁ, Iva, 2003. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-821-X. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:29bcb9f0-b76d-11e4-a7a2-005056827e51>
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:bfa24f40-1b80-11e9-b427-005056827e51>
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:7e8d9fe0-00ed-11e8-b1a1-005056827e52>
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:4c0fcc60-a572-11ea-b0db-005056827e52>
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:8ed697a0-ef15-11e8-9984-005056825209>
- VALENTA, Milan, 2009. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:b2c72ef0-d3ce-11e5-9ce1-005056827e51>
- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2007. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-099-2. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:c4b313b0-1734-11ea-a20e-005056827e51>
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH a kol., 2018. *Mentální postižení*. 2., akt. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, Petr EISNER a kol., 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-5.
- VÉVODOVÁ, Šárka, Kateřina IVANOVÁ a kol., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, © 2003. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-97-X. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:64695480-2628-11e5-b44d-005056827e51>

ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH, 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 80-246-0390-X. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:4febcd0-2778-11e4-8e0d-005056827e51>

Elektronické články a příspěvky

BAZZO, Giuseppe et al., 2007. Attitudes of Social Service Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. **20**(2), 110-115 [cit. 2021-5-6]. ISSN 13602322. Dostupné z: doi:10.1111/j.1468-3148.2006.00308.x

© ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. Zařízení sociálních služeb – územní srovnání. © Český statistický úřad [online]. [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=SZB08&z=T&f=TABULKA&katalog=30850&str=v847&c=v825~2__RP2019MP12DP31

© FREYA, 2021. [online]. [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs>

CHLEBOVCOVÁ, Miriama, Ondřej BEZDÍČEK a Miloslav KOPEČEK, 2019. Konvergentní validita Zkrácené Wechslerovy inteligenční škály ve srovnání s Wechslerovou inteligenční škálou pro dospělé. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 157-166 [cit. 2021-5-6]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2019_4_157_166.pdf

MCCONKEY, R. a D. RYAN, 2001. Experiences of staff in dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. **45**(1), 83-87 [cit. 2021-5-6]. ISSN 09642633. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00285.x

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2019. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 1-122 [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/%20Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2018+%281%29.pdf/a060f8db-abcf-6713-e0d1-9da7f606b983

MKN-10, 2020. F70-F79 – Mentální retardace. *MKN-10 2020: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. [cit. 2020-11-29]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

NENADOVIĆ, Vanja, Dragana **STANIMIROVIĆ** a Sanja **DIMOSKI**, 2017. The Social Disability Model and its Impact on Theory and Practice in Psychology and Rehabilitation. *Specijalna edukacija i rehabilitacija* [online]. **16**(4), 467-489 [cit. 2020-11-29]. ISSN 1452-7367. Dostupné z: doi:10.5937/specedreh16-14735

UNITED NATIONS, 1989. Úmluva o právech dítěte. *United Nations: Information Centre Prague* [online]. 1-13 [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

UNITED NATIONS, 1994. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. *United Nations: Department of Economic and Social Affairs Disability* [online]. 1-28 [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: <https://www.un.org/disabilities/documents/gadocs/standardrules.pdf>

UNITED NATIONS, 2006. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. *United Nations: Information Centre Prague* [online]. 1-67 [cit. 2021-4-16]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8

© **WHO**, 2010. Definition: intellectual disability. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. [cit. 2020-11-29]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

© **WHO**, 2017. WHO celebrates International Day of Persons with Disabilities. *World Health Organization* [online]. [cit. 2020-11-29]. Dostupné z: https://www.who.int/disabilities/media/events/idpd_2017/en/

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. aktualizovaná verze
WHO	Světová zdravotnická organizace (v originále „World Health Organization“)
atd.	A tak dále
apod.	A podobně.
atp.	A tak podobně
aj.	A jiné
tzv.	takzvaný/takzvaně
mj.	Mimo jiné
č.	číslo
Sb.	Sbírka
ČR	Česká republika

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rozložení chráněných bydlení dle jednotlivých krajů v rámci České republiky (© Český statistický úřad, 2020).	37
Obrázek 2: Dům sexuality (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 77-84).....	41
Obrázek 3: Ukázka pexesa <i>Sex a vztahy</i> (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 107).....	46
Obrázek 4: Sestavení našeho výzkumného souboru technikou sněhové koule (Vlastní výzkum, 2021).	53
Obrázek 5: Paradigmatický model (Vlastní výzkum, 2021).....	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: <i>Srovnávání fází psychosexuálního vývoje a jeho projevy u osob bez postižení a s mentálním postižením</i> (Šelner, 1999 cit. podle Mandzáková, 2013, s. 60-61).....	28
Tabulka 2: Socio-demografické údaje účastníků výzkumu (Vlastní výzkum, 2021).....	54
Tabulka 3: Kódy reprezentující kategorii „ <i>Seznámení uživatele s partnerem</i> “ (Vlastní výzkum, 2021).	57
Tabulka 4: Kódy reprezentující kategorii „ <i>Faktory ovlivňující partnerské vztahy uživatelů chráněného bydlení</i> “ (Vlastní výzkum, 2021).	59
Tabulka 5: Kódy reprezentující kategorii „ <i>Překážky bránící vzniku či trvání partnerského vztahu uživatelů</i> “ (Vlastní výzkum, 2021).	63
Tabulka 6: Kódy reprezentující kategorii „ <i>Práce s partnerskými vztahy a sexualitou v chráněném bydlení</i> “ (Vlastní výzkum, 2021).	67
Tabulka 7: Kódy reprezentující kategorii „ <i>Vnímání manželství a rodičovství uživatelů v podmínkách chráněného bydlení</i> “ (Vlastní výzkum, 2021).....	71