

Partnerský život a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením

Martina Pánková

Bakalářská práce 2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Pánková**
Osobní číslo: **H160101**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Partnerský život a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti partnerských a sexuálních vztahů, tělesného postižení a vývojové etapy mladé dospělosti.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Rozsah bakalářské práce: **Ústav pedagogických věd**
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DRÁBEK, Tomáš. Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 9788026052814.
CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
NOVOSAD, Libor. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
VÁGNEROVÁ, Marie. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.

Téma práce: **Partnerský život a sexuální vztahy osob se zdravotním postižením**
Jméno a příjmení: **Magdalena Hanková, Ph.D.**
Osobní číslo: **116011**
Studijní program: **81507 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**

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

Datum zadání bakalářské práce: **10. ledna 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

L.S.



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.4.2019

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 nevydělěčně 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, učeje-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). Odpírá-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 užit 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 - výdělkem jim 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 přihlíží k výši výdělkem dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku partnerského vztahu a sexuálního života mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Teoretická část je věnována ukotvení tématu. Představuje charakteristiku tělesného postižení, dále jsou postihnuty všechny sociální a psychické aspekty u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Poslední kapitola je věnována partnerským vztahům a sexualitě života těchto osob. Praktická část představuje kvalitativní šetření, které je realizované za použití polostrukturované interview. Získaná data, skrze něž jsme chtěli zjistit a popsat, jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života, byla analyzována za pomoci dílčích metod zakotvené teorie

Klíčová slova: tělesné postižení, mladá dospělost, partnerské vztahy, sexualita, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with the issues of partnership and sexual life of young adults with inborn physical disabilities. The theoretical part outlines the given topic. It represents a characteristic of physical disability, then all social and psychical aspects are affected of young adults with inborn physical disabilities. The last chapter is devoted to partnership. The practical part represents a qualitative research, which is realized using semi-structured interview. The data obtained from the research were analyzed using the partial methods of the applied theory we could find out and describe how young adults with inborn physical disabilities perceive the functioning of their relationships and sexual life.

Keywords: physical disability, young adulthood, partnerships, sexuality, qualitative research

Chtěla bych poděkovat Mgr. Magdaleně Hankové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a vstřícný přístup, které mi v průběhu mé práce poskytovala. Zároveň chci také poděkovat všem participantům za jejich ochotu a vstřícnost při realizaci výzkumu.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	14
1.1 VYMEZENÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	14
1.2 ETIOLOGIE A DIAGNOSTIKA VROZENÉHO TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	16
1.3 KLASIFIKACE VROZENÉHO TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	17
1.3.1 Poruchy v oblasti mozku a míchy.....	18
1.3.2 Poruchy v oblasti kostí a kloubů.....	19
1.3.3 Poruchy svalstva.....	20
1.3.4 Dětská mozková obrna (DMO).....	20
1.4 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	24
2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI.....	26
2.1 SOCIALIZACE MLADÝCH DOSPĚLÝCH S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	26
2.2 MODELY A PŘÍSTUPY K MLADÝM DOSPĚLÝM S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	28
2.2.1 Medicínský model.....	30
2.2.2 Sociální model.....	31
2.3 VROZENÉ TĚLESNÉ POSTIŽENÍ JAKO STRES A STRATEGIE JEHO ZVLÁDÁNÍ.....	31
2.4 SEBEPOJETÍ A BODY IMAGE MLADÝCH DOSPĚLÝCH S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	34
3 PARTNERSKÝ ŽIVOT A SEXUÁLNÍ VZTAHY OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI.....	37
3.1 PARTNERSTVÍ A SEXUALITA MLADÝCH DOSPĚLÝCH S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	37
3.2 MÝTY A PŘEDSUDKY TÝKAJÍCÍ SE SEXUALITY U MLADÝCH DOSPĚLÝCH S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	41
3.3 SEXUÁLNÍ ASISTENCE A SEXUÁLNÍ POMŮCKY PRO MLADÉ DOSPĚLÉ S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	43
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	47

4.1	STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	47
4.2	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	48
4.3	VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE, METOD A TECHNIK SBĚRU DAT	49
4.4	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU A JEHO CHARAKTERISTIKA	50
4.5	PŘEDVÝZKUM	52
4.6	REALIZACE VÝZKUMU	53
5	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	56
5.1	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	56
5.1.1	Kategorie č. 1: Způsob seznámení s partnerem.....	57
5.1.2	Kategorie č. 2: Volba výběru partnera	59
5.1.3	Kategorie č. 3: Překážky v navazování partnerského vztahu.....	62
5.1.4	Kategorie č. 4: Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů	65
5.1.5	Kategorie č. 5: Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy	68
5.1.6	Kategorie č. 6: Sexuální život	71
5.1.7	Kategorie č. 7: Plánování budoucnosti.....	74
5.2	PARADIGMATICKÝ MODEL A JEHO INTERPRETACE.....	76
6	SHRNUTÍ VÝZKUMU A DISKUZE.....	79
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	84
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	88
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	96
	SEZNAM OBRÁZKŮ	97
	SEZNAM TABULEK.....	98
	SEZNAM PŘÍLOH.....	99

ÚVOD

Partnerský život a sexuální vztahy jsou pro každého z nás podstatnou částí života. Všichni usilujeme o naplnění svých přirozených potřeb, a to i milovat a být milován, včetně prožívání vlastní intimity, která pozitivně ovlivňuje kvalitu našeho života. Partnerství a sexuální život obsahuje celou řadu nezodpovězených otázek a stále představuje téma, které je pro majoritní společnost tabuizováno a prostoupeno mnoha mýty. Každý člověk je bytostí, která potřebuje mít partnerský vztah a prožívat tak i sexuální život. Mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením nejsou výjimkou, avšak omezení je limituje v mnoha oblastech. Jedním z nich je samotné navazování partnerských a sexuálních vztahů.

Právě období mladé dospělosti je z tohoto hlediska spojené s vytvářením si partnerských a sexuálních vztahů. V tomto období se člověku otevírá nový pohled na svět, a tím i přijetí svých nových rolí. Souvisí s tím jak profesní role, tak i partnerský život a sexuální vztahy. Člověk nese odpovědnost za řízení svého vlastního života, a tím i představami o svém budoucím životě. Je také nutno zmínit, že vývojové období mladé dospělosti je definováno z pohledu různých autorů zcela odlišně. V této bakalářské práci se budeme přiklánět k věkovému vymezení podle Vágnerové (2000, s. 304), která vymezuje mladou dospělost jako životní vývojovou etapu mezi 20. - 35. rokem života. Pro mladé dospělé, kteří se potýkají s vrozeným tělesným postižením, může mít oblast partnerství a sexuality zcela jiný význam. Tito lidé nemusejí mít dostatek zkušeností s partnerským životem a tím spojené sexuality. V bakalářské práci se proto zaměříme na osoby s tělesným postižením a na jejich partnerský život a sexuální vztahy. Cílem bakalářské práce je zjistit a popsat, jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části zahrnující oblast teoretickou a praktickou.

Teoretická část je členěna do třech hlavních kapitol. První kapitola je zaměřena na vymezení tělesného postižení. Seznámíme se s pojmem tělesné postižení a tím i podstatou pohybu, poté věnujeme pozornost etiologií a diagnostice vrozeného tělesného postižení. Dále se zaměříme na klasifikaci vrozeného tělesného postižení, kde bude předložen stručný přehled všech druhů vrozeného tělesného postižení. S ohledem na výzkumný soubor nás bude především zajímat dětská mozková obrna, které věnujeme pozornost další subkategorii. Závěr kapitoly bude věnován kompenzačním pomůckám pro osoby s tělesným postižením. Druhá kapitola bude zaměřena na psychosociální aspekty života

s vrozeným tělesným postižením v oblasti mladé dospělosti. Nejprve věnujeme pozornost socializaci, a tím i přechodu medicínského modelu k modelu sociálnímu. Dále se budeme zabývat problematikou působení stresu a strategii jeho zvládnání v kontextu vrozeného tělesného postižení a také dopady na jejich každodenní život. Také se zaměříme na vysvětlení podstaty sebepojetí a body image, který může mít dopad na jejich psychiku. Třetí kapitola bude pak zaměřena na partnerský život a sexuální vztahy mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Nejprve si vymezíme z terminologického hlediska partnerství a sexualitu, a poté věnujeme pozornost detailnějšímu rozebrání partnerských a sexuálních vztahů. Dále popíšeme některé mýty a předsudky, které majoritní společnost vůči těmto lidem má. Na závěr ještě představíme sexuální asistenci a sexuální pomůcky pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením.

V praktické části se zaměříme na samotný kvalitativní výzkum. Pomocí polostrukturovaného interview více nahlédneme do zkoumaného problému, jehož cílem je zjistit a popsat, jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života. Nejprve si objasníme metodologii výzkumného šetření. Poté budou analyzována data z realizovaného výzkumného šetření, a to pomocí námi vybrané cílové skupiny. Při zpracování dat byla použita dílčí analytická metoda zakotvené teorie (otevřené a axiální kódování). Závěr bude věnován shrnutí a diskuzi získaných dat a doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

„Člověk je ten, kdo v sobě nosí větší bytost, než je sám“

Antoine de Saint-Exupéry

1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Hned na úvod bychom měli podotknout, že tato kapitola bude zaměřena právě na vymezení tělesného postižení. V první kapitole se budeme nejprve zabývat vymezením tělesného postižení, poté etiologií a diagnostikou tělesného postižení. Dále i pro obecnější přehled rozebereme podrobněji všechny druhy vrozeného tělesného postižení. Samostatnou podkapitolu budeme věnovat dětské mozkové obrně, protože participanti autorského výzkumu mají právě toto postižení. Na závěr této kapitoly ještě objasníme kompenzační pomůcky pro osoby s vrozeným tělesným postižením, které jsou nezbytné k jejich socializaci.

1.1 Vymezení tělesného postižení

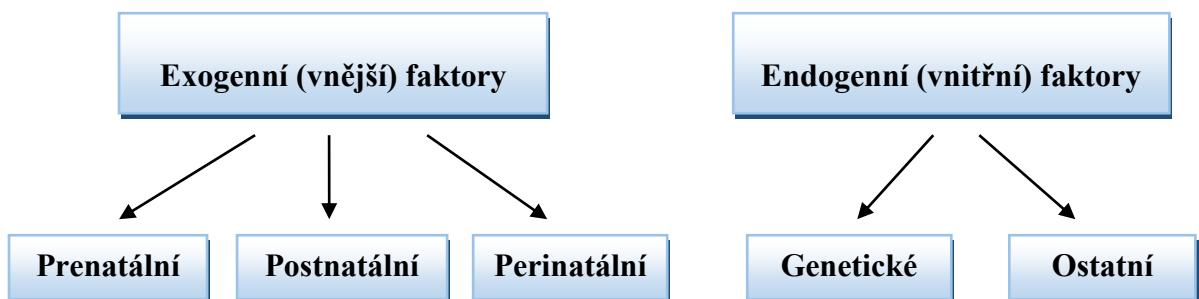
Jak už jsme výše zmínili, první podkapitolu věnujeme, vymezení tělesného postižení. Nejprve se budeme zabývat podstatou pohybu, který je pro každého člověka velmi důležitý. Pohyb je základním nástrojem a prostředkem lidské existence, který působí zvláště na socializaci člověka a na vývoj jeho osobnosti. Ovlivňuje schopnost sdružovat se, spolupracovat, komunikovat a vytvářet si tak smysluplnou aktivitu. Novosad (2011, s. 37-39) se opírá o to, že člověk je jakýsi specifický druh, který se vyvíjel už jako člen různých skupin sběračů, lovců, zemědělců, řemeslníků atd. Pohybová schopnost těchto lidí znamenala vždy tvrdý život. Tito lidé měli ohrožující přírodní a sociální podmínky, avšak i přesto vyšli jako zdatní jedinci. Z uvedeného textu je zřejmé, že lidé s lepšími motorickými schopnostmi měli větší šanci na přežití. Pohyb se tak stal značnou snahou člověka o zprostředkování zážitků, které jsou zdrojem radosti a štěstí. Na základě toho můžeme říci, že člověk je utvářen vnějšími a vnitřními faktory, které mají vliv na jeho život. Lidská činnost je soubor nezbytných pohybů, jejímž smyslem je zajištění existence a základních potřeb každého člověka. Dále pohyb ovlivňuje vývoj člověka a jeho život, ať už po stránce tělesné, duševní či sociální. Pohyblivost těla člověka s tělesným postižením může být omezena v důsledku vrozených vývojových vad, funkční poruchou nosného a hybného aparátu či deformací motorického systému, říkají Michalík a kol. (2011, s. 186). Tito lidé s tělesným postižením jsou omezeni ve své soběstačnosti a samostatnosti. Hybnost může limitovat i jejich příležitosti k navazování nových sociálních vztahů, jak si objasníme dále (Vágnerová, 2014, s. 251). Také brání určitému jedinci částečně či úplně splnit roli, která by mu příslušela, vzhledem k jeho věku, pohlaví a sociokulturním faktorům (Vítková, 2006, s. 19).

Nyní, když jsme si objasnili podstatu pohybu, tak se ještě pozastavíme nad samotnými definicemi tělesného postižení. Nejprve je velmi důležité vymezit si vědní obor somatopedie, který zaměřuje svou pozornost na osoby s tělesným postižením, dlouhodobě nemocné a zdravotně oslabené (Slowík, 2016, s. 99). Název oboru se skládá z řeckých slov „soma“, což znamená tělo a „paideia“, což znamená výchova (Vítková, 2006, s. 11). Tělesné postižení je velmi široký pojem a z hlediska jiných autorů může být chápán i pro každého z nich jiným způsobem. Základním důvodem může být způsob chápání z hlediska různých autorů. Základním znakem tělesného postižení je úplné, či částečné omezení pohyblivosti těla (Vítková, 2006, s. 151). Janků, Harčaríková (2016, s. 14) uvedly, že všechny odchylky tvaru těla a končetin můžeme označovat jako deformity, abnormality či anomálie.

V této bakalářské práci se budeme, z hlediska detailnějšího vymezení tělesného postižení, nejvíce přiklánět k definici od Renotiérové, Ludíkové a kol. (2006, s. 212), které vnímají tělesné postižení jako *„přetrvávající nebo trvalou nápadnost, sníženou pohybovou schopnost s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, sociální nebo emocionální výkon.“* Všechny definice, které následně zmíníme, jsou také i k zamyšlení. Avšak u této definice můžeme výrazně vidět, že tělesné postižení není jenom o narušení pohyblivosti, ale zejména se dotýká emocionální a sociální složky, která je pro člověka také velmi důležitá. Jankovský (2006, s. 39) vychází z předpokladu, že pod *„tělesným (somatickým) postižením se rozumí v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte). Jedná se především o poruchy nervového systému, pokud mají za následek poruchy hybnosti. Může však jít též o různé poruchy pohybového a nosného (muskuloskeletálního) aparátu.“* Jankovský (2006, s. 39) uvedl, že se jedná zejména o poškození nervového systému, ať už centrálního či periferního, dále pak svalového nebo kosterního. Dle Renotiérové, Ludíkové a kol. (2006, s. 212) se pod tělesným postižením rozumí *„vady pohybového a nosného ústrojí tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností.“* Tělesné postižení bývá navenek velmi nápadné. Rozdíly mohou být například v jednotlivých částech těla, které mají abnormální tvary, popřípadě může jít o úplné chybění těchto končetin (Lechta, 2016, s. 273).

1.2 Etiologie a diagnostika vrozeného tělesného postižení

V této podkapitole budeme věnovat pozornost především příčinám a diagnostice vrozeného tělesného postižení. Lze říci, že každé vady a poruchy jsou u každého jedince jinak závažné, a vznikají v různých obdobích průběhu života člověka. Vznik vývojových vad a poruch je vázán na určité období ontogeneze. Příčinou tělesného postižení je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu či jiné organické poškození (Vítková, 2006, s. 39). Omezení výkonu vyplývá z poškození na ortopedickém, neurologickém a interním základě. Při hodnocení těchto tělesných, výkonových schopností se neposuzuje jenom tělesná forma, porušenost končetin, neurologické předpoklady pro svalový tonus, pohybová koordinace a svalová síla, ale i motorická nehybnost, která vyplývá z nedostatku zásobování kyslíkem v důsledku onemocnění srdce, plic, krevtovorných orgánů, stejně jako poruchy regulace endokrinního systému (Vítková, 2006, s. 39). Podle Slowíka (2016, s. 48-49) dělíme příčiny vzniku tělesných vad a poruch na exogenní (vnější) faktory a endogenní (vnitřní) faktory. Následující schéma patří k přehlednějším popisu těchto faktorů.



Obr. č. 1: Klasifikace příčin vzniku vad a poruch (Slowík, 2016, s. 48-49)

Podíváme-li se na stručný popis exogenních faktorů, můžeme říci, že za nejvíce rizikové, pro vývoj jedince, je považováno embryonální období (prenatální), tj. do konce 9. týdne těhotenství. Do konce tohoto období jsou pro matku ohrožující zarděnky, které způsobují srdeční vady, postižení sluchu a jiné komplikace. V období fetálním (postnatálním), tj. od 9. týdne těhotenství do porodu je pro matku nebezpečná cukrovka, kvůli které může dojít k malformaci páteře a dalších ortopedických vad. Za mimořádně rizikové období se považuje období perinatální, tj. samotný porod a krátce před i po něm. Patří sem mechanické poškození plodu, infekce nebo omezení přístupu kyslíku. V období

postnatálním, je jasným příkladem závažného onemocnění s vysokým rizikem trvalých následků, klíčová encefalitida, meningitida, nebo cévní mozkové příhody (Slowík, 2016, s. 47-48). Janků, Harčaríková (2016, s. 14) uvádějí, že nejčastější příčiny vrozeného tělesného postižení jsou *„infekční onemocnění matky v počátečním stádiu těhotenství, kouření, používání alkoholu a jiných drog, úrazy, psychická traumatizace, užívání léků během těhotenství bez vědomí lékaře, komplikované porody (příliš malé, velké nebo nedonošené plody), genetické faktory, úrazy s důsledkem na vývoj centrální nervové soustavy (do 1. roku života dítěte).“*

Diagnostika poruch hybnosti, onemocnění a zdravotního oslabení je předmětem různých medicínských oborů, např. neurologii či ortopedii. Cílem diagnostiky je najít různé způsoby osobnosti jedince. Speciální pedagogická diagnostika se zabývá především poznáváním zvláštností jedince, který bývá svými individuálními vlastnostmi odlišován od ostatních (Slowík, 2016, s. 100). Přinosilová (1997, s. 7) je toho názoru, že odlišování podstatným způsobem ovlivňuje prožívání, vztahu k jeho sobě a i jeho vztahu k ostatním lidem. Můžeme tedy říci, že klasifikace vad a poruch tělesného postižení vychází především z lékařské diagnostiky, která identifikuje orgánové nebo funkční nedostatky. Medicína není schopna odstranit diagnostikované vady a poruchy, a zabránit tak vzniku postižení u konkrétní osoby (Slowík, 2016, s. 26). Diagnostika tělesného postižení by měla být vždy orientována pozitivně. Měla by vyhledávat schopnosti, dovednosti a kompetence jedince. Při diagnostice tělesného postižení se mohou využívat různé metody, ať už se jedná o anamnézy, pozorování, rozhovor, dotazníky, různé testy, metody ověřování vědomostí a dovedností atd. (Slowík, 2016, s. 52-54). Důležitá je prevence a rehabilitační cvičení, které je řízené ortopedem nebo rehabilitačním lékařem. Rehabilitační cvičení se provádějí už od začátků stádia tělesného postižení, uvádí Vítková (2004, s. 175). Přinosiová (1997, s. 31) vychází z předpokladu, že u osob s vrozeným tělesným postižením, se mohou důsledky jejich poškození zmírnit, např. užíváním léků, řešením bezbariérových staveb, adaptací dopravních prostředků, vytvářením pracovních míst pro postižené atd.

1.3 Klasifikace vrozeného tělesného postižení

Z názvu podkapitoly je patrné, že budeme věnovat pozornost především klasifikaci vrozených vad tělesného postižení s ohledem na výzkumný soubor. Dle Renotiérové, Ludíkové a kol. (2006, s. 214) mozkové tělesné postižení výrazně zasahuje do poškození

držení a pohybu. Kromě motoriky může být také postižena i sensorika, to znamená smyslové vnímání, svalový tonus, dále svalové napětí a koordinace svalů a i mentální schopnosti. Pro přehlednost předložíme stručný přehled všech druhů vrozených vad tělesného postižení. Jako první popíšeme oblast mozku a míchy, dále pak oblast kostí, kloubů a poruchy svalstva. Poslední část bude věnována DMO, protože všichni účastníci výzkumu mají právě toto postižení.

1.3.1 Poruchy v oblasti mozku a míchy

Vágnerová (2008, s. 252) dělí pohybové postižení dle různých příčin, na kterých závisí charakter omezení. Jako první kategorií, kterou uvádí, jsou pohybové postižení, které jsou způsobeny důsledkem poruchy v oblasti mozku a míchy. Může vzniknout v důsledku geneticky podmíněné odchylky, ať už v prenatálním nebo perinatálním období. Nyní se podíváme na pohybové postižení vzniklé důsledkem poruch v oblasti mozku, zejména tvaru a velikosti lebky a vady páteře.

▪ Poruchy tvaru lebky

Poruchy tvaru lebky jsou nejčastěji způsobeny předčasnými srůsty jednoho nebo více léčebných švů, které způsobují deformaci lebky, zmenšení objemu nitrolebečního prostoru a tím dochází k zvětšení tlaku uvnitř lebky (Janků, Harčaríková, 2016, s. 15).

▪ Poruchy velikosti lebky

Příčinou je onemocnění centrálního nervového systému. Nejčastěji se jedná o makrocefalus, mikrocefalus a hydrocefalus.

- **Makrocefalus** (nadměrná velikost hlavy) vzniká v důsledku poruchy cirkulace mozkomíšního mozku. Příčinou může být nitrolebeční léze např. tumor mozku, a nebo mimomozková léze např. nahromadění tekutiny, nejčastěji krve mezi obalem mozku a mozkiem samotným.
- **Mikrocefalus** (výrazně malá hlava) vzniká většinou v důsledku genetických odchylek nebo jako jeden z příznaků těžkého poškození mozku po překonání závažné nitrolebeční intoxikace, nebo jako důsledek zánětu souvisejícího s různými systémovými endokrinními a metabolickými onemocněními.
- **Hydrocefalus** (mozková vodnatelnost) vzniká při zvětšení komor mozku. Jedná se o hromadění mozkomíšního moku mezi plenami mozku a mozkiem.

▪ Vady páteře

Rozštěp páteře vzniká nedokonalým neuzavřením medulární trubice, nejčastěji v bederní oblasti. V nejtěžších případech bývá páteř rozštěpena po celé délce a mícha vychází na povrch. Jedinci s takovou vadou nejsou schopni života. Ve většině případů se jedná o částečný rozštěp vakovitého tvaru v bederní oblasti, který je pokrytý tenkou kůží. Do vaku je vylita mícha spolu s míšními. Vakovitý útvar lze odstranit neurochirurgicky. Avšak s tímto zákrokem jsou spojeny problémy, které se týkají inkontinence moči a stolice, obrna dolních končetin či sklon k proleženinám. Dolní končetiny bývají vytočené v kyčlích a jsou špatně prokrvené. Kůže v oblasti hýždí je necitlivá. Horní polovina těla bývá normálně vyvinuta (Janků, Harčaríková, 2016, s. 16).

1.3.2 Poruchy v oblasti kostí a kloubů

Druhou kategorií, kterou Vágnerová (2008, s. 252) uvádí, jsou pohybové postižení, které jsou způsobeny důsledkem poruchy kostí a kloubů. Jedná se především o poruchy kostí nebo o poškození struktury kostní tkáně, která brání standardní funkci opěrného aparátu a tím i pohybu. Nyní se podíváme na konkrétní vady horních a dolních končetin spojené s touto poruchou.

▪ Vady horních a dolních končetin

Mezi vrozené vady horních a dolních končetin patří:

- **Amélia** – úplné chybění končetin.
- **Dysmélia** – končetiny nejsou vyvinuty správně, chybí např. jednotlivé články prstů nebo články prstů vyrůstají přímo z předloktí, kosti končetin nejsou dostatečně vyvinuté nebo chybí apod.
- **Fokomélie neboli tulení ruka** – jedná se o končetinu, která vyrůstá přímo z trupu.
- **Syndaktýlia a polydaktýlia** – jsou srostlé prsty na horních nebo dolních končetinách (syndaktýlia) a zmožení prstů (polydaktýlia). Obě tyto vady nemají dopad na rozvíjení pohybových funkcí.
- **Artrogrypoza** – vrozená vada, která se vyznačuje ztuhlostí kloubů. Znamená to, že nejsou dostatečně pohyblivé, někdy mohou být úplně ztuhlé nebo bez žádného pohybu. Postihnuté končetiny mají válcovitý vzhled a nejčastěji se jedná o postižení kolen, loktů, zápěstí a jiných kloubů, deformity noh a skoliózy (Janků, Harčaríková, 2016, s. 17).

1.3.3 Poruchy svalstva

Třetí kategorií, kterou Vágnerová (2008, s. 252) uvádí, jsou pohybové postižení, které jsou způsobeny důsledkem poruchy svalstva. Mezi závažné chronické svalové omezení patří myopatie, která se nachází přímo ve svalu. Znamená to jakékoliv poškození svalového vlákna, ke kterému dochází různým způsobem (Jankovský, 2006, s. 46). Nyní si objasníme podstatu progresivní svalové dystrofie a Duchennové svalové dystrofie, které jsou v této kategorii tělesného postižení nejčastěji zmiňovány.

▪ Progresivní svalová dystrofie

Představuje dědičné onemocnění příčně pruhovaného svalstva, projevující se degenerací svalového vlákna s nahrazením tkání vazivovou a tukovou (Bendová, 2015, s. 109). Postihuje ramenní (včetně obličejových svalů) a pánevní (přechází i na svalstvo dolních končetin) pletenec. Také postihuje okohybné svaly, svaly mluvidel, dýchací a polykací svalstvo (Michalík a kol, 2011, s. 208). Postižení je geneticky podmíněné a odbourávání svalové tkáně podmiňuje funkční výpadky. Pohybové omezení u těchto osob vede k závislosti na vozíku (Vítková, 2004, s. 174).

▪ Duchennova svalová dystrofie

Je to jedna z dalších typů poruch svalstva. Jedná se o dědičnou formu, které postihuje především mužské pohlaví. Vede k postupnému úbytku svalstva v různé míře a posloupnosti, a to ve všech svalech. Příznaky se objevují mezi 2. až 3. rokem života jedince (Jankovský, 2006, s. 47).

1.3.4 Dětská mozková obrna (DMO)

Další podkapitola je věnována dětské mozkové obrně¹, protože osoby s touto poruchou se budou právě podílet na empirickém výzkumu. DMO patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění (Opatřilová, 2003, s. 11). Vágnerová (2014, s. 146) uvádí, že tato porucha postihuje 0,5% dětské populace, a u 0,1% se jedná o postižení závažné. Ročně se narodí zhruba 20 až 30 tisíc dětí s touto prognózou (Opatřilová, 2003, s. 7). Může se jednat o neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo

¹ Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) pracuje s pojmem „mozková obrna“. Avšak v odborné literatuře se stále setkáváme s pojmem „dětská mozková obrna“ (DMO), proto i v této práci budeme nadále pracovat s tímto označením (ÚZIS, 2013).

dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje (Vágnerová, 2008, s. 144). Nelze tedy jednoznačně vymezit hranici, kdy může DMO vzniknout. Většinou je udáván interval mezi 1. až 3. rokem života, jak zmiňuje Valenta (2008, s. 28). Příčiny DMO mohou být v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. V prenatálním období může být příčinou vrozená infekce, požívání alkoholu či jiných drog. Naopak v perinatálním období může být příčinou komplikace při porodu a v postnatálním období se může jednat o komplikaci hypoxie, trauma CNS či adnatní infekce (Štembera, Dittrichová, Sobotková et al., 2014, s. 495).

Po objasnění četnosti a etiologii DMO, nyní přejdeme k definicím a symptomům dětské mozkové obrny. Z etiologického hlediska patří tato porucha k nejčastějším příčinám vrozeného tělesného postižení, zmínil Slowík (2016, s. 102). Pojem „dětská mozková obrna“ u nás poprvé použil dětský neurolog Ivan Lesný, který ji definoval jako „*raně vzniklé postižení mozku, které se projevuje převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti*“, uvedla Pipeková (2010, s. 183). Kraus a kol. (2005, s. 35) upozorňují, že se jedná o „*neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku.*“ Je to onemocnění, které je doprovázeno motorickými poruchami, které byly zapříčiněny statickou, neprogresivní lézí v mozku (Miller, 2005, s. 3). Dominují u něho zvláště poruchy tonusové a hybné, které jsou doprovázeny dalšími poruchami psychiky a epileptickými záchvaty (Šlapal, 2007, s. 36).

Pro DMO je dále typický nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, střídání nálad, opožděný vývoj řeči, nebo samotné vady řeči. S dalšími problémy, se kterými se osoby s DMO setkávají, jsou problémy s jemnými pohyblivými vzorci, jako je psaní, stříhání nůžkami, udržení rovnováhy, krouživé pohyby rukou nebo neovladatelné pohyby úst (Pipeková, 2010, s. 183). Také tato porucha poškozuje mozkové tkáně, které se projevují typickými poruchami vývoje, jako je hybnost a řeč (Klenková, 2000, s. 27). Spasticita tedy omezuje hybnost, nedovoluje spontánně natahovat sval, a výsledkem toho je tzv. vynucené držení, porucha růstu svalů a vznik kontraktur, deformity kloubů a kostí (Janků, Harčariková, 2016, s. 18). Ke zmíněným poruchám se přidružují i další poruchy, a to poruchy sluchu, zraku či řeči (Opatřilová, 2003, s. 7).

Nyní přejdeme k samotnému rozebrání forem DMO. Využijeme dělení dle Tichého a kol. (1998, s. 336-337), který rozlišuje typy hybného postižení na dvě formy DMO. Nejpočetnější je forma spastická (61%), která zahrnuje diparetickou, kvadraparetickou a

hemiparetickou formu dětské mozkové obrny. Další formou je forma nespastická, která zahrnuje hypotonickou (6%) a dyskinetickou formu (21%) DMO.

- **Spastické formy dětské mozkové obrny**

Vznikají jako následek poškození tzv. pyramidové dráhy, tj. centrálních motorických neuronů, kdekoli v kůře čelního laloku až kolem motorických buněk v předních rozích míšních. Jedna z nejčastějších forem DMO je diparetická forma. Fischer, Škoda (2008, s. 41) definují diparetickou formu DMO jako „*postižení obou dolních končetin, které jsou slabší, zvláště v bércích*“. Příčinou je poškození mozkových struktur v temenní oblasti (Opatřilová, 2003, s. 12). Poškození se týká předčasných porodů nebo při nezralosti plodu (Fischer, Škoda, 2008, s. 41). Nejvýrazněji bývají postiženy abduktory stehna, platnární flexory nohy a flexory bérce (Opatřilová, 2003, s. 12). Dolní končetiny se otáčejí dovnitř a při chůzi se kolena kříží přes sebe. Pokud jedinec chodí, je značně jeho chůze nemotorná a velmi obtížná. Jedná se o tzv. nůžkovou chůzi, kdy dochází k předsouvání ramen, předklánění pánve, trupu a našlapování na špičky (Renotiérová, 2003, s. 35). Toto výrazně narušuje rovnováhu a tito lidé bývají někdy nazýváni jako „lidoopi“ (Opatřilová, 2003, s. 12).

Mezi další formu DMO patří kvadraparetická forma. Pro tuto formu je typické poškození všech čtyř končetin. Může jít o různý stupeň postižení (Jankovský, 2011, s. 42). Fischer, Škoda (2008, s. 44) uvádí, že jde o nejzávažnější formu DMO. Důsledkem je poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti kortexu. Tato forma je zapříčiněna prenatálními faktory, které jsou často zaznamenány malformací mozku. Je postižené celé tělo, hlava, trup a všechny čtyři končetiny. Hlava se nachází v tzv. opistotonním postavení, způsobena pomocí zádočných a šíjových svalů. Trup je ohnutý dozadu a paže jsou převážně ohnuté v pronačním postavení. Ruce jsou zařaty v pěst a vytočeny v zápěstí směrem ven a dolů. Ruka zůstává bez síly, je narušený i úchop a pevný stisk není možný. Nohy a kyčle jsou v chybném postavení, natažené s vnitřní rotací (Kraus a kol., 2005, s. 79). Při těžším postižení mozku může být poškozena i další centra centrální nervové soustavy. Může se jednat o smyslové vady a symptomatické poruchy řeči (Opatřilová, 2003, s. 13).

Poslední forma spastické DMO je forma hemiparetická, kde se postižení projevuje ochrnutím jedné poloviny těla, uvedla Renotiérová (2003, s. 35). Je patrná větší převaha postižení na horní končetině. Pro tuhle formu je typické flekční držení ruky tzv. ptačí křídla (Jankovský, 2011, s. 42). Vítková (2006, s. 42) zmínila, že u této formy se vyskytují

i epileptické záchvaty, které zhoršují dobrou prognózu u jedinců. Příčinou je krvácení do mozku v postranních komorách mozkové kůry. Horní končetina je výrazně ohnuta k loktu a dolní končetina je napjata, tak že postižený jedinec při chůzi došlapuje na špičky (Fischer, Škoda, 2008, s. 42).

▪ **Nespastické formy dětské mozkové obrny**

K nespastickým formám DMO zařazujeme hypotonickou a dyskinetickou formu DMO. Tyto formy DMO jsou od předešlých spastických forem charakteristické absencí svalového napětí. Hypotonická forma je nejčastějším případem centrálního infantilního hypotonického syndromu, který se v důsledku zranění mozku mění (Opatřilová, 2003, s. 14). Michalík a kol. (2011, s. 199) charakterizují hypotonickou formu jako „*svalovou ochablost s abnormálním rozsahem pohybu ve velkých kloubech.*“ Tato forma se okolo třetího roka života mění na spastickou nebo dyskinetickou formu DMO. Valenta (2008, s. 32) říká, že snížený svalový tonus je přirozeným vývojovým stádiem v kojeneckém období. Pokud hypotonie i po tomto období přetrvává, může jít pouze o hybnou poruchu. U výskytu hypotonie v pozdějším věku, může dojít k těžkému centrálnímu postižení se současným těžkým postižením intelektu. S touto formou DMO se často objevuje mentální retardace, podotkla Opatřilová (2003, s. 14).

U dyskinetické formy není hybnost narušena obrnou. Příčinou dyskinetické formy je poškození bazálních ganglií (Janků, Harčáriková, 2016, s. 19). Podle Pipekové (2010, s. 184) se jedná o nepotlačitelné pohyby, které jsou nejčastěji atetotické (krouživé). Rovněž Renotierová (2003, s. 36) uvádí, že mimovolní pohyby mohou být různého druhu. Jedná se o pohyby např. atetotické (vlnité, hadovité, pomalé pohyby v klidu a v činnosti), choreatické (drobné rychlé pohyby), balistické (prudké pohyby), myoklonické (drobné pohyby jednotlivých svalů). Pohyby také postihují svaly tváře, mimické, žvýkací a polykací svaly.

Léčba DMO podle Vítkové (2006, s. 43) vyžaduje týmovou práci, ať už spolupráci rodiny, odborných lékařů, psychologa, tak i fyzioterapeutů a speciálních pedagogů. Včasnost léčby je možné zachytit již při prvních projevech abnormality v kojeneckém věku.

1.4 Kompenzační pomůcky pro osoby s tělesným postižením

V poslední podkapitole se budeme věnovat kompenzačním pomůckám pro jedince s vrozeným tělesným postižením. Tyto pomůcky jim slouží ke kompenzaci při běžných denních činnostech. Výrazně mohou ovlivnit a zlepšit jejich kvalitu života. Řadíme k nim různé technické pomůcky od jednoduchých drobných nástrojů až po složité elektronické přístroje, úpravy bytu či domu. Kompenzační pomůcky lze rozdělit na pomůcky pro lokomoci, přemístění a mobilitu, dále pro hygienu, oblékání a pro dorozumívání, uvedla Bendová (2015 s. 112).

Podle Bartoňové (2013, s. 185) patří k pomůckám pro lokomoci berle a hole. Hole slouží jedincům s tělesným postižením k udržení jejich stability a vyžadují dostatečnou sílu v zápěstí. Pokud je síla v horních končetinách slabá, využívají se podpažní berle. Berle jsou pomůcky s jedním opěrným bodem, které se používají v páru a musí mít nastavitelnou výšku kvůli výšce pacienta. Mezi další pomůcku pro lokomoci patří chodítka, které využívají osoby s omezenou hybností nohou nebo nízkou stabilitou. Jedná se o čtyřbodový rám, který se pokaždé dalším krokem posouvá vpřed. Chodítka jsou také různě nastavitelná. Mají mnoho doplňků, např. opěrná deska či opěrky na ruce, nákupní vozík, brzdy ke kolečkům atd. Další pomůckou podle Bendové (2015, s. 113) jsou ortopedické vozíky, které usnadňují pohyb v interiéru nebo exteriéru jedincům s vrozeným tělesným postižením. Rozlišujeme vozíky mechanické a elektrické. Renotiérová (2006, s. 15) říká, že mechanické vozíky jsou spíše s pohonem na zadní kola, kdy malá kolečka jsou vpředu. Tento vozík je spíše určený na delší trasy, kdy se lépe udržuje směr jízdy a snadněji se překonávají překážky. Také je stabilnější a nevyžaduje až tak velký prostor pro manévrování. Výhodou tohoto mechanického vozíku pro osoby s vrozeným tělesným postižením je přesezení, udržení jízdy v přímém směru a nevýhodou je, že se mohou překloupit dozadu. Opatřilová (2005, s. 31) taktéž považuje za základní typ vozíku pro osoby s vrozeným tělesným postižením vozík s koly vzadu. Jedinec si tak může pohánět vozík ve vzpřímené poloze. Odstraněním postranního opěradla jim napomůže k snadnějšímu přesunu na lůžko a zpět. Naopak při umístění velkých kol vpředu, má vozík výhodu v tom, že je na pohled kratší, může se točit na menším prostoru a je vyvážen proti překloupení dozadu. Bendová (2015, s. 114-116) uvádí, že osoby s poruchou mobility mohou využívat elektrický vozík. Ten je přizpůsobený tak, aby mohl být ovládán pouze zbytkovou svalovou silou jedince s postižením. Ovládání mohou jedinci s vrozeným tělesným postižením využít i dolními končetinami, kdy je ovládací zařízení umístěno na

stupačkách. Také mladí dospělí mohou měnit polohu ze sedu na leh. Pro pohyb s poruchou hybnosti existují i různé elektrické tříkolové či čtyřkolové skútry nebo motorové čtyřkolky, které mohou zajisté využít. Je patrné, že bez jakéhokoliv vozíku se osoby s vrozeným tělesným postižením v každodenním životě neobejdou.

Mezi pomůcky určené k hygieně, pro osoby s poruchou hybnosti, můžeme řadit nástavce na toaletu, které usnadňují usedání a vstávání. Dále vanové sedačky pro snadnější umývání vsedě a vystoupení z vany. Sprchové sedačky, madla a různé doplňkové příslušenství pro osobní hygienu, ať už držák na toaletní papír, či protiskluzovou podložku do vany. Pomůcky, které následně uvedeme, usnadňují ovládání počítače a jsou velkými pomocníky pro člověka s vrozeným tělesným postižením. Bartoňová (2013, s. 191-192) mezi ně řadí především „Roller Joystick“, což je joysticková myš, která je vhodná pro jedince s vrozeným tělesným postižením s malou zručností, motorickými problémy či křečovitostí. Mezi další ovládání patří alternativní myš, díky které je ovládání praktičtější než s běžnou myší. Jako poslední pomůcky, které uvádí Bendová (2015, s. 118-120) jsou pomůcky pro komunikaci. Jedná se o velkoplošnou klávesnici s redukcí kláves, která je vhodná pro osoby s centrálními obrnami či omezenou svalovou silou. Na klávesnici si mohou nastavit sílu úhozu nebo stisk klávesy. Dále „IntegraMouse“, což je ústy ovládaná myš. Pomocí nádechů a výdechů plně nahrazuje standardní myš. Je vhodná pro mladé dospělé se svalovými dystrofiemi nebo formami centrálních obrn.

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI

Druhá kapitola bude věnována psychosociálním aspektům života s vrozeným tělesným postižením v období mladé dospělosti. V první podkapitole se nejprve budeme zabývat socializací mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, která se pojí s různými změnami v životě těchto osob. Dále rozebereme přístupy k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením a přechod medicínského modelu k sociálnímu modelu. Následně se zaměříme na stres a strategii jeho zvládnání v kontextu vrozeného tělesného postižení. Především, jak se tyto mladí dospělí vyrovnávají se zatěžujícími vlivy vrozeného tělesného postižení, a jeho dopady na jejich každodenní život. Na závěr podkapitoly věnujeme pozornost sebepojetí a body image mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, který je značně odlišný od intaktních osob.

2.1 Socializace mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením

V této podkapitole se budeme věnovat socializaci mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, která se často pojí se stabilizací, a tím i k přijetí obvyklých rolí. Právě v období mladé dospělosti dochází k celkové socializační proměně a k určitému životnímu stylu, který vyplývá z hodnot a postojů mladého dospělého jedince s vrozeným tělesným postižením (Vágnerová, 2001, s. 309). Reichel (2008, s. 158) upozorňuje, že začleňování do společnosti není jen o formování osobnosti, ale spíše o vytvoření si sociálních vztahů, jevů a procesů, které se v ní odehrávají a které ji spoluvytvářejí. Můžeme říci, že se zejména jedná o emoční prožívání a jeho interpersonální vztahy ve smyslu přijetí mladého jedince s postižením do společnosti (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 170).

Význam pojmu socializace jedinců s vrozeným tělesným postižením představuje proces společenského začleňování minoritních skupin do života společnosti. Je to tedy schopnost zapojení se do společnosti, akceptování jejich norem, pravidly a vytvořením si k ní pozitivní vztah a postoj. Naopak sociální integraci můžeme vnímat, jako plné začleňování a splynutí jedince s vrozeným tělesným postižením, se společností. Souvisí s tím předpokládaná samostatnost a nezávislost. Z toho vyplývá, že socializace nebo sociální integrace nikdy nebude u každého postiženého jedince stejná (Novosad, 2000, s. 18). Jankovský (2003, s. 71) také zmiňuje, že člověk je ovlivňován právě prostředím, ve kterém žije a zároveň on sám na toto prostředí působí. V této vzájemné interakci, se člověk

jednak utváří, a zároveň si i on sám si přetváří své okolí. Jak uvádí Vágnerová (2000, s. 304), s obdobím mladé dospělosti souvisí i mnoho sociálních proměn. Mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením jsou otevřeny nové zážitky a zkušenosti, které vnímají jako nezbytné pro svůj život. Nové role, zkušenosti jsou důkazem pro splnění určité sociální normy a uspokojení tak potřeb mladého dospělého jedince. Také je mladá dospělost spojována se závazky, které dodávají mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením pocit bezpečnosti a stability. Ovšem ve většině případů znamenají konec jejich nezávislosti, spontaneity a dalších otevřených možností. Prozkoumávání vlastních možností se může stát, pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením, novým životním směrem (Hanková, Vávrová, 2016, s. 37).

S vývojovým obdobím mladé dospělosti se pojí i zralost, pro kterou je typická nezávislost na rodičích, hluboké a trvalé pouto k partnerovi, udržování či navazování širších přátelských vztahů (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 170). Viditelná tělesná deformace u těchto mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením může představovat velkou psychickou zátěž. Tělo je důležitá sociální složka, která reprezentuje sebe samého. Nápadné změny a odlišnosti těla člověka s vrozeným tělesným postižením mohou výrazně ovlivnit jeho hodnocení a akceptaci lidí ve společnosti. Proto jsou tyto osoby v daleko větší míře svým okolím podceňovány, ale i tolerovány, a to jen z toho důvodu, že se od nich z pohledu okolí více neočekává (Vágnerová, 2014, s. 237-241). Můžeme říci, že vstup mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením do světa intaktních lidí není vůbec jednoduchý. Tito lidé se setkávají s různými problémy či předsudky okolí, které pak následně musí každý jedinec s postižením řešit.

Hadj-Mousová (2004, s. 57) také podotkla, že každý člověk se vyvíjí až právě v kontaktu s ostatními lidmi. Laická skupina označuje tyto mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením za „chudáky“, na které se nemohou dívat, uvedla Vágnerová (2008, s. 189). Nelze ani opomenout, že komunikace je taktéž pro mladé dospělé velmi důležitá, což si ani kolikrát nejsme schopni uvědomit. Přestanou-li tyto osoby komunikovat s ostatními lidmi, může to být zřetelný projev jejich rezignace (Jankovský, 2003, s. 72). Může se tedy stát, že mladí dospělí nebudou mít tolik zkušeností s různými sociálními situacemi, a tudíž se nenaučí správně chovat ve společnosti (Vágnerová, 2014, s. 237). Tím však vzniká tzv. „sociální deprivace“, o které lze říci, že když není uspokojena potřeba identity jedince s tělesným postižením, nemůže být uspokojena ani určitá pozice ve společnosti či uplatnění a uznání. Tito jedinci s postižením ztrácejí kontakty s blízkými osobami, zaměstnání a

popř. i odmítnutí vlastní rodinou. Tedy sociální deprivace znamená jakési strádání v oblasti adekvátní stimulace socializačního vývoje, který závisí především na nevhodném chování rodičů nebo jeho chybění (Vágnerová, 2001, s. 13). V souladu s uvedeným, Hadj-Mousová (2004, s. 59) říká, že vlastní aktivita může u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením podstatným vlivem přispívat k jejich sebeuvědomění a k formování představy o sobě. Aktivita a jeho reakce na okolní svět i na mezilidské vztahy, vyvolávají odezvu, jak okolí na daného jedince reaguje. Zvláště u těchto mladých dospělých je přítomnost ve společnosti důležitá, neboť vlastní aktivitou může posílit své sebevědomí a realizaci svých představ (Vágnerová, 2001, s. 58-59). Závěrem lze říci, že lidé s tělesným postižením mají stejná práva, jako lidé bez tělesného postižení. A proto by měli mít stejné právo na to žít jako ostatní jedinci (Koláčková, Kodymová, 2005, s. 92).

2.2 Modely a přístupy k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením

Tato podkapitola je zaměřena na přístupy společnosti k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením a modelům zdravotního postižení. V každé době a v každém lidském společenství se setkáváme s mladými dospělými s vrozeným tělesným postižením (Slowík, 2016, s. 12). Společně s Vágnerovou (2001, s. 7) můžeme konstatovat, že každá společnost odlišuje mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením od ostatních, ať už vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, nebo duševním stavem či chorobami. Jednotlivci a celá společnost se nějakým způsobem museli vyrovnat s takto „odlišnými“ osobami. Tento stav se v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti. Historický pohled na tyto proměny, nám mohou pomoci pochopit současné postoje a předsudky, které přetrvávají v obecném povědomí dodnes. Lze říci, že ve speciálně pedagogické disciplíně, se můžeme setkat s periodizací přístupu společnosti k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením, a to podle jednotlivých historických období. Ve skutečnosti se spíše jedná o převládající tendence v postojích k těmto mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením, nebo skupinám v konkrétních dějinných etapách (Slowík, 2016, s. 12). Každá společnost, ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám, ať už se jedná o náboženské a ideové či o filozofické základy kultury. Z toho ideálu pak vyplývají základní normy, dle kterých lze určit, zda jsou pro společnost dobré, či nikoliv (Vágnerová, 2001, s. 8). Tyto normy se v dané společnosti vztahují i na vnímání a

přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, ale jsou něčím odlišní, bývají často vnímáni jako cizí či ohrožující (Ludíková, 2005, s. 7).

Nyní se podíváme na konkrétní přístupy k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením. Slowík (2016, s. 12-14) charakterizuje šest přístupů vztahujících se k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením:

- **Represivní přístup**– jedná se o období starověku, který byl spojován se zotročováním a zneužíváním mladých dospělých s vrozeným tělesným postižených.
- **Charitativní přístup**– vztah většinové populace k nemocným a k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením se měnil v ochranitelství a pomoci.
- **Humanistický přístup**– s novověkem nastupovala programová péče, která byla spojená se specializací a komplexní péčí o mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením.
- **Rehabilitační přístup**– pro období na přelomu 19. a 20. století bylo typickým znakem snaha o rehabilitaci „znovu-uschopnění“ mladého dospělého s vrozeným tělesným postižením pro život v běžné společnosti. Ten, kdo nebyl schopen rehabilitace, byl umístěn do ústavní péče.
- **Preventivně-integrační přístup**– cílem bylo předcházení vzniku vrozeného tělesného postižení či snaha narození dítěte s vadou nebo poruchou. Hledaly se i cesty k maximální integraci mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením do majoritní společnosti.
- **Inkluzivní přístup**– charakteristikou je přirozené začleňování mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením do společnosti, a nevyčleňování těchto osob z běžné populace.

Důležité je si uvědomit, že i mezi mladými dospělými s vrozeným tělesným postižením jsou rozdíly, stejně jako u intaktních lidí. Avšak majoritní společnosti mají často sklon všechny jedince s postižením vidět stejně, bez ohledu na jejich rozdíly (Vágnerová, 2001, s. 19). Vrozené tělesné postižení může být hodnoceno jako stigma, čili záměrné označování osob s tělesnými znaky tak, aby bylo jasné něco neobvyklého, špatného, amorálního a výlučně patřičného k statusu označovaného. Pojem stigmatizace je spíše negativní reakce společnosti na odchylku od obecné normy, která obsahuje názor, jak má jedinec fungovat, reagovat a čeho má být schopen, jak má vypadat, vyjadřovat se, komunikovat a o jaké cíle má usilovat (Novosad, 2011, s. 73-75). Osoby s vrozeným tělesným postižením tak přejímají postoje společnosti vůči svému defektu, které zahrnuje

větší či menší stigmatizaci. Lze říci, že do určité míry se mění i jejich identita, uvádí Vágnerová (2001, s. 20).

Nyní, když jsme si objasnili přístupy k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením, se podíváme na modely zdravotního postižení. V odborné literatuře je popsána celá řada tzv. modelů zdravotního postižení. V textu se budeme především zabývat aktuálně diskutovanými modely, ve vztahu k mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením. Konkrétně se jedná o model medicínský a sociální. Tyto modely nám vytváří rámec pro zkoumání participace ve společnosti a komunitě těchto mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením (Pančocha, 2013 s. 91).

2.2.1 Medicínský model

Medicínský model vstoupil do povědomí lidí jako „moderní“ medicína, která se začala rozvíjet v 19. století spolu s posílenou rolí lékaře ve společnosti. Vrozené tělesné postižení je vnímáno jako nemoc, kterou třeba vyléčit, překonat nebo vyřešit (Michigan Disability Rights Coalition, 2019). Pokud tedy přestane něco fungovat, lékař prohlédne „poničenou část těla“ a „opraví ji“ uvedl Moore (2002, s. 402). Pančocha (2013, s. 91) popisuje medicínský model tak, že jedinec je nejprve označován za postiženého a vyřazen ze společnosti, poté se celá řada profesí snaží o jeho normalizaci, aby mohl být mladý dospělý s vrozeným tělesným postižením opět integrován do společnosti. Základní myšlenkou tohoto modelu je tzv. onemocnění CNS nebo deficitu např. mentálních funkcí, který je přímo spjat s tělem postižené osoby, a je možno jej vyléčit nebo zmírnit pomocí lékařské, sociální, pedagogické či jiné intervence. Oliver (1996, s. 33) se navíc domnívá, že vstup lékařských oborů může narušovat edukační proces jedince s postižením. Tento pohled je primárně založený na tělesné patologii, vadě, postižení a posuzování odlišností, který se snaží postihnout to, co je normální, a co již abnormální (Novosad, 2011, s. 94). Krhutová (2010, s. 50) také říká, že medicínský model nahlíží na nemoc, tedy že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením jsou nemocní a jsou zcela či částečně závislí na pomoci druhých. Novosad (2011, s. 95) dokonce upozorňuje, že jde o negativní pohled na mladého dospělého člověka s vrozeným tělesným postižením, který zdůrazňuje to, čeho není schopen, co nemůže dělat, nebo v čem je omezen.

2.2.2 Sociální model

Tento model je postavený především na prosazování rovných práv, příležitostí a odstraňování různých typů bariér. Tedy podporuje zmocnění mladých dospělých jedinců s vrozeným tělesným postižením, jejich sebeurčení, maximální samostatnost a nezávislost (Novosad, 2011, s. 95). Sociální model byl vyvinut právě za účelem odstranění překážek, aby mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením měli stejnou příležitost jako všichni ostatní, a aby si určili svůj vlastní životní styl (Michigan Disability Rights Coalition, 2019). Tassoni (2003, s. 496) uvedl, že sociální model nazývá jako „inkluzivní model“, který vychází právě z předpokladu, že každá osoba má své potřeby, silné stránky, schopnosti a přednosti. Oliver (1996, s. 35) tento model chápe, jako souvislost mezi osobami s handicapem a společností. Dle něj, tento sociální model není vnímán jako samotný úbytek zdraví, ale spíše jako výsledek bariér mezi člověkem a jeho samotným okolím. Taktéž Pančocha (2013, s. 97) k tomu dodává, že shledává hlavní příčinu vzniku vrozeného tělesného postižení, ve společnosti samé, která buď vědomě či nevědomě odmítá tyto osoby k jejich začlenění a sociální participaci. Sociální model zásadně změnil způsob, jakým je vrozené tělesné postižení vnímáno (Michigan Disability Rights Coalition, 2019).

2.3 Vrozené tělesné postižení jako stres a strategie jeho zvládnání

V následující podkapitole se budeme věnovat vymezením stresu a strategii jeho zvládnání v kontextu vrozeného tělesného postižení. Tedy způsobu, jak se mladí dospělí vyrovnávají se zatěžujícími vlivy vrozeného tělesného postižení a jeho dopady na jejich každodenní život včetně partnerského a sexuálního života.

Pojem stres definuje Křivohlavý (2001, s. 170) jako „*negativní emocionální zážitek, doprovázený určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, které měly změnit stresovou situaci, která člověka ohrožuje nebo přizpůsobit nezměnitelnému*“. Pokud je tedy míra intenzity, velikosti nebo tlaku stresoru vyšší než schopnost či možnost danou situaci zvládnout, lze ji nazvat jako stresovou. Obecně se jedná o tzv. nadlimitní zátěž, která vede k vnitřnímu narušení rovnováhy. Nadlimitní zátěž může u mladých dospělých s vrozeným postižením vyvolat stresogenní situace, zahrnující jeden nebo několik stresorů. Stres může být často označován i jako zátěž, neboť míra nároků, kterou je schopen organismus zvládnout, nepřekračuje jeho

hranice (Kebza, 2005, s. 107-108). Tělesné postižení, můžeme z hlediska prožívání jedince chápat, jako náročnou životní situaci, která může zvyšovat stres, zhoršovat každodenní situaci, způsobovat řadu konfliktů, z nichž některé mohou být pro tyto osoby s postižením i neřešitelné (Hadj-Mousová, 2004, s. 59). Dle Jonáškové (2001, s. 97) můžeme z hlediska vývoje jedince s tělesným postižením charakterizovat dvě základné etapy. První z nich je etapa vnější krize, která se obvykle objevuje v počátcích přípravy dítěte na školu. U této fáze dítě s tělesným postižením tuší, že je „jiné“ či „zvláštní“. Druhou etapou je vnitřní krize, která zahrnuje bolestné sebepoznání, které nastane právě po desátém roce života a končí až koncem puberty. Vnitřní dozrávání vyvolává jakési úsilí směřující k rozvíjení vlastních hodnot. Intelektuální, emocionální a volný vývoj dítěte s vrozeným tělesným postižením se tak o to více prodlužuje. Taktéž i nalezení sebe samého a období utváření ideálů nastane až okolo dvacátého roku života.

Vrozené tělesné postižení u mladých dospělých je tedy jedno z životních změn, které je nevyhnutelnou součástí jejich života. Mění se i jejich psychický stav, který může být ovlivněn, ať už pohybovým omezením, tak i negativními reakcemi v sociálních kontaktech. Reakce na to může u těchto osob vyvolat stres, který představuje hrozbu a závisí především jen na vnímání jednotlivců a na tom, jak jsou tito mladí dospělí schopni se se situací vyrovnat (Falvo, 2005, s. 3). Taktéž může být doprovázena dlouhodobým stresem, negativními emocemi jako jsou deprese či úzkost (Vágnerová, 2008, s. 181-189). Falvo (2005, s. 3-4) uvedla, že příčinou stresu je změna životního stylu, ztráta kontroly, narušení fyziologických procesů, bolest nebo nepohodlí a možná ztráta role, postavení, nezávislost a finanční stabilita. Může se jednat o dlouhodobou frustraci, především neuspokojování jejich potřeb, uvedla Renotierová (2003, s. 5). Podobně i Hadj-Mousová (2004, s. 59) uvádí, že u mladých dospělých může být příčinou vyvolání stresu jejich omezení, která mají nebo jak tato omezení působí na jejich osobnost. Samozřejmě záleží také na stupni stresu, kterému je jedinec vystaven, to je pak i spojeno s chronickým onemocněním a taky mírou ohrožení jedince s vrozeným tělesným postižením. Mezi potencionální hrozby tak můžeme zařadit rovněž např. ohrožení vytváření životních cílů a plánů do budoucna, vytváření sebepojetí a naplnění obvyklých rolí, fyzická nepohoda, ohrožení tělesné integrity a pohodlí v důsledku tělesného postižení, diagnostických postupů či léčby (Falvo, 2005, s. 4).

Nyní se podíváme na způsob zvládnání stresu a zátěže plynoucích z tělesného postižení, který se v psychologické literatuře označuje jako „coping“. Můžeme se setkat

s procesem zvládnání těžkostí označovaným jako „čelení stresu“, nebo „moderování stresu“. Zvládnání stresu dle Křivohlavého (2001, s. 69) lze definovat jako „proces řízení vnějších a vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“. Hart, Hartlová (2004, s. 88) hovoří o copingu jako o „zvládnání schopnosti člověka vyrovnat se se zátěží, které jsou na něj kladeny a mohou mít podobu změny vnímání situace nebo změny postoje“. Dostane-li se mladý dospělý s vrozeným tělesným postižením do jakékoliv nepříjemné životní situace, musí se jí snažit zvládnout, změnit a vyrovnat se s ní (Křivohlavý, 2001, s. 69). Mladí dospělí se mohou vyrovnávat s nemocí různými způsoby. Někteří např. aktivně konfrontují svůj stav, učí se novým dovednostem, nebo se aktivně zapojují do léčby, aby ji zvládli. Jiní se naopak brání stresu a realitě diagnózy tím, že popírají závažnost své nemoci nebo ignorují doporučení léčby, anebo se odmítají naučit nové dovednosti (Falvo, 2005, s. 4-5).

Mladí dospělí jsou neustále nuceni se uchýlovat ke kompenzačním technikám, to však pro ně může být z hlediska prožívání emocí velmi těžké, protože právě pohybové omezení je nápadné, a může to vést k pocitu méněcennosti, snížení sebevědomí a sebepojetí (Hadj-Moussová, 2004, s. 68-69). Křivohlavý (2001, s. 82) uvedl, že zvládnání stresu je spojené s emocemi, které mladí dospělí s vrozeným postižením mají. Je třeba mít na mysli, že přehnané emoční reakce mohou vést k agresi. Nemusí se jednat o násilí, ale může jít o nejrůznější podoby nadávek, urážek, ironií či škádlení a popichování. Kromě toho může být agrese přenesena i na jiné objekty či osoby, nebo také se může obrátit vůči sobě samotnému, kde sám mladý dospělý může sebe vnímat jako zdroj frustrace, tvrdí Hadj-Moussová (2004, s. 61). Dle Křivohlavého (2001, s. 87) by měly tyto osoby snížit to, co je ve stresu ohrožuje, zvýšit toleranci (unést nepříjemnou situaci), zachovat si pozitivní obraz sebe sama, uchovat si emocionální rovnováhu, zlepšit podmínky pro zregenerování stresu a snažit se pokračovat v sociální interakci s druhými lidmi. Hadj-Moussová (2004, s. 62-63) zmínila, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením se vyrovnávají s náročnými situacemi pomocí únikových technik, které lze obecně charakterizovat jako „rezignace na dosažení cíle či řešení situace“. Někdy může jít o izolaci (uzavření se vnějšímu světu, který ho zraňuje), nebo o formu úniku do nemoci, racionalizace nebo regresi. Jindy na sebe mohou upoutávat pozornost prostřednictvím egocentrismu.

2.4 Sebepojetí a body image mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením

V poslední podkapitole věnujeme pozornost sebepojetí a body image mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, které vnímají jako odlišné od majoritní populace, a které mohou mít dopad na formování jejich partnerských vztahů a naplnění jejich sexuálních potřeb.

Rozvoj sebepojetí souvisí se značným vývojem osobnosti a to především od doby, kdy si člověk uvědomuje „své vlastní tělo“ a také „své současné já“. Sebepojetí odráží nejen reálné schopnosti, ale také zpracovává informace týkající se vlastní osoby. S vývojem sebepojetí se váže opakované sebehodnocení, které umožňuje pochopit to, jací jsme (Fialová, 2001, s. 28). Podíváme-li se na uvedené z pohledu mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, můžeme vidět, že tyto osoby prochází různými změnami. Zejména může jít o osobnostní rozvoj, který probíhá na úrovni sebepojetí, tedy poznatků a přesvědčení o sobě samém, a ve vztahu k jiným lidem, uvádí Výrost, Slaměník, (2008, s. 96).

Podstatou sebepojetí je představa o sobě a o tom, jak mladý dospělý s vrozeným tělesným postižením vidí sám sebe. Je důležité, aby byl schopen odlišit sebe od okolí a vymezit si hranice „kdo jsem já“ (Vágnerová, 2001, s. 119). Sebepojetí je velmi složitý proces, který hraje důležitou roli v životě každého mladého dospělého jedince s vrozeným tělesným postižením. Myšlenky, hodnoty a představy, které jsou promítány v jejich paměti, jsou tvořeny především jejich vztahem k sobě. Je důležité si uvědomit, že sebepojetí promítá nejen naše reálné já, ale i to, jaký bych chtěl/a být či měl/a být (Práško, 2007, s. 27). Tedy z výše uvedeného textu lze shrnout, že každý mladý dospělý s vrozeným tělesným postižením má ke svému tělu určitá vlastní estetická měřítko, ať už pro tělesnou a duševní krásu, harmonii tvarů, funkci či výkonnosti (Novosad, 2011, s. 112). Závěrem dle Hankové, Vávrové (2016, s. 33) lze podotknout, že sebpřijetí je stejně důležité jako přijetí sociálním okolím, a to hlavně u mladých dospělých osob s vrozeným tělesným postižením.

Pokud tedy mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením nepřijmou sami sebe a to i svůj vzhled, který ovlivňuje jejich sebehodnocení a sebelásku, hůře se tak vyrovnávají se složitými životními situacemi, které je mohou v životě potkat. Langmeier, Krejčířová (2006, s. 170) říkají, že zralý člověk by neměl mít ke svému tělu odmítavý pohled, ani příliš nízké nebo nadměrné sebehodnocení. Z toho vyplývá, že tito mladí dospělí mohou

být deprimováni, jak z hlediska rozvoje emočního, tak i osobnostního, a to negativně ovlivňuje jejich sebepojetí (Atkinson et al., 2003, s. 469). Taktéž tyto osoby mohou pociťovat deprimující rozdíl mezi vlastním ideálem a ideálem společnosti. Může se změnit jejich pohled na vzhled, funkci vlastního těla a v důsledku toho může vzniknout vědomý i podvědomý odmítavý vztah vůči sobě samému nebo svému nedokonalému tělu, které se stalo tzv. brzdou téměř jejich veškerého životního usilování (Novosad, 2011, s. 112).

Když jsme si objasnili problematiku sebepojetí osob s vrozeným tělesným postižením, je třeba se zaměřit na otázku body image, která je také nedílnou součástí našeho sebepojetí. Jedná se o jakousi psychologickou zkušenost se zaměřením se na pocity a postoje vůči svému vlastnímu tělu. Tyto pocity mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením se vážou, jak k velikosti, tak i k fungování a vzhledu, které jsou ovlivněny především historickými, kulturními, sociálními a biologickými faktory (Hanková, Vávrová, 2016, s. 29-30). Dle Novosada (2011, s. 24-25) můžeme říci, že tělo zakořeňuje jedince v prostoru, spojuje s jinými lidmi, reflektuje okolní svět i sebe sama, zabezpečuje poznávání světa a vykonává škálu pohybů. U mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením je body image spojeno s učením nacházet cestu k tělu, které je stále jejich. Genetická výbava ovlivňuje, jak celkový tělesný vzhled mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, tak i úroveň jejich inteligence. Vzhled má i svou roli v sociálních vztazích, které mohou být osobní přitažlivostí či odpudivostí jedince (Hadj-Mousová, 2004, s. 57).

Způsob jak dotyčný vnímá svůj vzhled vlastního těla, může být spojeno s celou řadou tělových pocitů. Můžeme říci, že osoba, která trpí DMO má o to víc jinou představu o svém tělu. Říká se, že má pocit odtělesnění. „*Už nevím, kde mám chodidla a nebyť nízkoprahové bolesti, kterou stále cítím, sotva bych věděl, že mám nohy*“, uvedla Vágnerová (2014, s. 238). Hanková, Vávrová (2016, s. 29) k tomu podotkly, že tyto osoby zpochybňují svoji atraktivitu svého těla kvůli zjevným fyzickým charakteristikám, které je spojeno s jejich postižením. K tomuto tvrzení se přiklání i Vágnerová (2014, s. 242), která uvádí, že příčinou odmítání je pouhá odlišnost, která je většinou dána chybením některých částí těla, odlišný vzhled atd. V takovém případě je velmi důležité, aby mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením usilovali o to, aby neztratili svojí autentičnost. Pokud se na tělo a sebelásku podíváme z hlediska partnerských vztahů u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, tak je nutno podotknout, že „zhlednutí sebe sama v zrcadle a připuštění si toho, že člověk je atraktivní, je první krok k životnímu uspokojení

a následně i rozvoje sexuálního života“ (McCabeová, Taleporos, 2002, s. 977). Blatný et. al. (2010, s. 110) k tomuto tvrzení uvedl, že poznat a přijmout svá veškerá omezení, znamená přijmout sebe sama takového, jaký ve skutečnosti je. Znamená to i akceptovat své možnosti, schopnosti, reálné cíle a vyvinout tak kvalitní mezilidské vztahy včetně partnerských a sexuálních.

3 PARTNERSKÝ ŽIVOT A SEXUÁLNÍ VZTAHY OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI

Třetí kapitola je zaměřena na partnerský život a sexuální vztahy osob tělesně postižených v období mladé dospělosti. V první podkapitole detailněji rozebereme partnerské vztahy a sexualitu mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením a následně se zaměříme, na to s jakými faktory, se tyto jedinci setkávají při navazování partnerského vztahu. Další podkapitola bude věnována mýtům a předsudkům týkající se sexuality u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, kterou majoritní společnost vůči těmto lidem má. V poslední kapitole zmíníme sexuální asistenci a sexuální pomůcky pro mladé dospělé, které mohou při naplnění svých sexuálních potřeb využít.

3.1 Partnerství a sexualita mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením

V této podkapitole budeme věnovat pozornost partnerství a sexualitě mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Hned na začátek podkapitoly je nutno podotknout, že partnerské vztahy jsou vyvrcholením sociálních vztahů, kdy si mladý dospělý s vrozeným tělesným postižením vytváří svůj nový intimní vztah s druhým člověkem (Vágnerová, 2001, s. 223). Emoční a intimní vztah představuje pro většinu lidí šťastnější a spokojenější život plný nových životních zkušeností. U lidí s vrozeným tělesným postižením to platí obzvlášť, protože tyto jedinci touží po lásce, která se stane jejich zdrojem uspokojení. Taktéž je spojují podobné problémy a oni se pak cítí rovnocenní (Štěrbová, 2008, s. 69). Langmeier, Krejčířová (2006, s. 168) říkají, že právě období mladé dospělosti je často spojené s hledáním si partnera a zakládáním rodiny. Podle Novosada (2009, s. 54) základem pro harmonický partnerský vztah je láska, porozumění, vzájemná tolerance a respektování a schopnost řešit zátěžové situace.

Nelze opomenout, že důležitým aspektem partnerského vztahu u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením je sexualita, tedy jakýsi prvek společenského soužití obou pohlaví, podotýká Janiš (2004, s. 3). Pojem sexualita představuje souhrn vlastností a projevů, které jsou dány rozdílností pohlaví. Sexualita patří k základním lidským potřebám. Nejde jen o pouhý pohlavní styk, ale v sexualitě je zahrnuto i mnoho jiných složek, které jsou pro mladého člověka velmi důležité. Může jít o potřebu intimního kontaktu s blízkým člověkem, potřeba pocítit radost a oporu a být pro druhou osobu

potřebný (Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 17-18). Uzel (2006, s. 5) definuje sexualitu jako „*souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost a rozvíjí schopnost lásky*“. Štěrbová (2008, s. 26) vnímá sexualitu jako souhrn postojů, představ a vztahů k jiným lidem. Zároveň zahrnuje naše představy o muži či ženě, sexuální očekávání a úspěchy či neúspěchy, které se promítají do našeho sebevědomí. Sexualita má také velmi pozitivní vliv na celkové zdraví mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, uvedl Drábek (2013, s. 15). Také lze říci, že právě partnerský vztah má výjimečný význam v podobě emoční a sociální podpory, která vede ke snížení sociální izolace a přispívá tak k sociální integraci (Drábek, 2013, s. 22).

Nyní věnujme pozornost detailnějšímu rozebrání partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Je třeba zmínit, že partnerství je nejdůležitější variantou intimního vztahu a prostředkem osobního vývoje, uvedla Vágnerová (2001, s. 65). Štěrbová (2008, s. 69) uvedla, že aby se mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením cítili dobře, potřebují být v kontaktu s druhými lidmi. Novosad (2009, s. 56) říká, že partnerský život těchto osob by měl být nejprve bez všech bariér a předsudků, které ztěžují jejich budování partnerského vztahu. I člověk s vrozeným tělesným postižením je jedinečný, má nadání a po něčem touží a usiluje. Volfová a kol. (2008, s. 68) k tomu dodávají, že každý mladý dospělý, s jakýmkoliv typem postižení, touží více po blízkosti druhé osoby než po přátelství. Avšak pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením, má větší význam získání partnera než pro člověka bez postižení, protože získání partnera je pro ně důkazem jejich vlastní hodnoty (Vágnerová, 2004, s. 186). Z tohoto důvodu, by měl být partnerský svazek pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením, pozitivním vyústěním jejich vzájemného a postupně se vytvářejícího vztahu, nikoli útočištěm před nepochopením či nezájmem (Novosad, 2009, s. 59).

Co se partnerských vztahů těchto osob dále týče, můžeme vysledovat, že osoby s tělesným postižením si vyhledávají buď partnera s postižením anebo bez postižení. V případě, že jeden z nich je zdravý, musí se naučit respektovat určitá omezení, jež vyplývají z partnerova postižení. Také se musí naučit partnera vnímat a rozvíjet u něho vlastnosti a schopnosti, které jsou na něm přitažlivé a atraktivní. Avšak pro druhého partnera nesmí být toto snažení samozřejmostí, ale oceňovaným impulzem, aby se mohla láska, úcta a pouto partnerů rozvíjet (Novosad, 2009, s. 59). Šmolka (2005, s. 11-12) uvádí, že si vybíráme vhodného partnera dvojím způsobem. První variantou je podobnost

(homogamie), a to věková, vzdělanostní, sociální či rasová a národnostní. Druhou variantou je výběr partnera založený na principu odlišnosti (heterogamie), který je o vzájemném doplňování a porozumění, aby se partneři mohli milovat. I mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mají své představy o budoucím partnerovi a často se setkáváme s důrazem na tělesný vzhled a přitažlivosti. Tito mladí dospělí mají spíše přání, aby jejich budoucí partner byl zdravý či alespoň méně postižený. Mnohdy se stává, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením v důsledku deprivace v psychosociální oblasti očekávají od partnerství a sexuality více, než je reálné (Venglářová, Eisner, 2013, s. 18).

Drábek (2013, s. 59) se domnívá, že vrozené tělesné postižení u mladých dospělých může vést k mnoho změnám, které mohou mít značný vliv na sexualitu mladých dospělých. Může se jednat o problémy spojené s pohyblivostí, ztrátou citlivosti, problémy s komunikací, změnou v chování a myšlení, změnou v sexuálních funkcích a v povědomí o vlastním těle. Užívání léků může mít také vliv na sexuální apetit u mladých dospělých. Pokud u některých mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením není pohlavní styk uskutečnitelný, mohou mít tito mladí dospělí negativní vztah k sexualitě a mohou tím být přesvědčeni, že jsou asexuální. Další faktory, které mohou značně ovlivnit jejich partnerské vztahy, jsou potíže při navazování partnerského vztahu a tím i volba výběru partnera. Podle Jesenského (1993, s. 25) se mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením setkávají s řadou problémů při navazování partnerského vztahu. Může se jednat o odlišný vzhled, potíže v komunikaci či selhání při vzájemném kontaktu. Vágnerová (2014, s. 242) k tomu dodala, že poškozený vzhled je spojený s estetickým handicapem, který bývá často příčinou odmítání. Může jít o chybění některých částí těla, rozdílná velikost či nestandardní projevy, jako jsou záškleby v obličeji atd. Podobně je to i u osob s DMO, kteří mají problémy s grimasováním, mimovolnými pohyby, řečovými obtížemi či pohybovou koordinací. V neposlední řadě je třeba zmínit i psychický stav, který je více či méně tělesným postižením omezen. Mladí dospělí s vrozeným postižením mohou mít pocity méněcennosti, projevy negativního sebehodnocení, nebo v opačném případě může jít o egocentrické sklony (Novosad, 2009, s. 56).

Právě i prostředí je zásadní příčinou, proč mají mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mnohdy potíže naplnit své sexuální potřeby (Drábek, 2013, s. 15). Nedostatek soukromí nebo přílišná péče ze strany rodičů či pečovatелů totiž mohou ovlivňovat kvalitu a intenzitu sexuálních prožitků u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením

(McCabe, Taleporos, 2003, s. 360). S touto skutečností souhlasí i Vágnerová (2001, s. 224), která uvedla, že se mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením potýkají s neporozuměním ze strany rodičů, kteří nerespektují jejich soukromí a výrazně tím narušují vztah obou partnerů. Tělesně postižení pak mohou vnímat svou sexuální aktivitu jako méně spontánní a plánovanější, vzhledem k jejich celkovému dopadu postižení (Drábek, 2013, s. 59). Z dalších faktorů, které ztěžují a komplikují partnerský vztah mezi mladými dospělými je sociální klima. Pokud tyto osoby měly v dětství harmonické zázemí, je pro ně snazší navazovat mezilidské vztahy, a mít tak vyšší úspěšnost v životě a v partnerském soužití, říká Novosad (2009, s. 56). Naopak pokud jsou mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením od útlého věku v ústavním zařízení, bývá pro ně navazování a vývoj partnerského vztahu poměrně omezený kvůli stálému doзору, a to jim také může ztěžovat získávání zkušeností a možnosti volby partnera (Vágnerová, 2001, s. 224). Můžeme tedy podotknout, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mají mnohem méně možností k navazování a udržení vztahu, ať už mezi lidmi s tělesným postižením či bez postižení (Venglářová, Eisner, 2013, s. 125). Lze říci, že ve skutečném navazování partnerských vztahů dávají mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením přednost partnerům s tělesným postižením, protože u nich hledají pochopení pro své problémy (Vágnerová, 2001, s. 223).

Jak už jsme výše v řádcích zmínili, pro mladé dospělé je těžké navázat partnerský vztah z důvodu somatického onemocnění. Avšak existují i různé seznamovací agentury nebo online seznamky či Facebookové skupiny, které napomáhají mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením najít si vhodného partnera. Drábek (2013, s. 22) zmiňuje, že navazování kontaktů s druhými lidmi na sociálních sítích pomá v prevenci depresí a zmírňuje i projevy somatické. Zatouží-li mladý dospělý s vrozeným tělesným postižením po virtuálním setkání s druhým člověkem, může si vyzkoušet chat, tedy popovídání si na jakémkoliv zvolené téma. A jedním kliknutím tak může vzniknout láska (Kachlík, 2019). Populární jsou různé online seznamky pro osoby s tělesným postižením, jako je seznamka „KSobebliz.eu“, kde mohou mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením o sobě povědět vše potřebné, každý se zde může svěřit s tím, jaké postižení má, a tím se pak nemusí bát odmítnutí (seznamka pro handicapované, 2014). Další seznamkou je „Zajdeme.cz“, kde si mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mohou najít spřízněnou duši a také se mohou účastnit různých společenských akcí a koncertů (seznamka zajdeme, 2015).

3.2 Mýty a předsudky týkající se sexuality u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením

Následující podkapitulu věnujeme mýtům a předsudkům týkající se sexuality mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Majoritní společnost má spoustu předsudků vůči těmto lidem, ale skutečnost je jiná. Hanková, Vávrová (2016, s. 61) uvedly, že každý z nás má své sexuální touhy, sexuální práva a potřeby, které chce vyjádřit a uspokojit. Jinými slovy můžeme říct, že je na každém z nás, co pro nás sex doopravdy představuje, jak ho procítit a jak na něj reagovat.

Volfová a kol. (2008, s. 66) zmínili, že ačkoliv se v průběhu desetiletí mnohé změnilo, mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením musí často i dnes překonávat spoustu předsudků, stejně tak i vlastních mylných představ týkající se sexuality. Taktéž Hanková (2014) uvedla, že mýty a předsudky mohou pramenit z osobních bariér, které v sobě mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením uchovávají. Společnost může vnímat tyto mladé dospělé za asexuální a nepředpokládá se, že by mohli mít nějaké problémy v oblasti sexuality. Avšak je třeba akceptovat, že sexualita je přirozený a zdravý aspekt života a je součástí toho, kým jsme (Sexuality and Disability, 2019).

Nyní si můžeme uvést výroky, které obsahují představy a mýty, které mohou mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením doprovázet celým životem. Uvedeme si tedy následující pětici nejčastějších mýtů, které se dotýkají sexuality těchto jedinců s postižením.

▪ Lidé s tělesným postižením jsou asexuální

Hanková (2014) uvedla, že stále přetrvávajícím mýtem je, že lidé s tělesným postižením jsou asexuální. Tento mýtus zaujímá jakýsi pocit sexuální neuspokojivosti. Fafejta (2016, s. 13) říká, že na osoby s vrozeným tělesným postižením je nahlíženo jako na děti a proto jsou asexualizováni. Podle Kaufmanové, Silverbergové, Odettové (2013, s. 10) se většina populace domnívá, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením nejsou schopni se o sebe sami postarat, tak kvůli snížené schopnosti tito lidé nežijí sexuálním životem. Ve skutečnosti jsou mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením sexuálními bytostmi jako kdokoliv z nás, kteří mají své sexuální touhy, myšlenky či fantazie (Sexuality and Disability, 2019). Závěrem lze říci, že by sexualita neměla být potlačována, neboť je hodnotnou součástí života těchto mladých dospělých (Venglářová, Eisner, 2013 s. 18-19).

- **Lidé s tělesným postižením nejsou žádoucí**

Dalším předsudkem, který jmenuje Hanková (2014) je, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením nejsou žádoucí kvůli různým deformitám, psychickým či komunikativním problémům. Každý z nás si pod atraktivním člověkem představí někoho „krásného“. Avšak na vzhledu nezáleží a sex se netýká pouze krásných, zdravých lidí, ale záleží především na přitažlivosti mezi dvěma mladými dospělými (Sexuality and Disability, 2019).

- **Lidé s tělesným postižením nemohou mít „opravdový sex“**

Lidé s vrozeným tělesným postižením nemohou mít „opravdový sex“, patří k dalšímu mýtu, který ovládá mysl majoritní společnosti. Je nutno podotknout, že se nemusí jednat o pohlavní styk, ale může jít o různé způsoby líbání, něžné doteky, masturbace nebo orální sex. Zároveň intimita je individuální záležitost, kterou nejde jednoznačně definovat (Sexuality and Disability, 2019). K vyvrácení tohoto mýtu přispívají Naphtaliová, McHatteiová a Elliotová (2009, s. 14-16), kteří jsou toho názoru, že sexuální život u mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením by měl spočívat hlavně v pohodlnosti, rovnováze a především bezpečnosti.

- **Lidé s tělesným postižením netouží po manželství ani dětech**

Další předsudek, který majoritní společnost vůči mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením má, je to, že tito mladí dospělí netouží po manželství a dětech kvůli tomu, že jsou tělesně postižení a nemohli či neuměli by se postarat o všechny související povinnosti s obstaráním dětí, uvedla Hanková (2014). Faktem je, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mohou vychovávat děti stejně jako všichni ostatní, jen občas potřebují malou pomoc (Sexuality and Disability, 2019).

- **Lidé s tělesným postižením nepotřebují sexuální výchovu**

Lidé s vrozeným tělesným postižením nepotřebují sexuální výchovu, ale opak je pravdou, uvedla Hanková (2014). Campos (2002, s. 201-202) říká, že si mladý dospělí s vrozeným tělesným postižením zaslouží sexuální výchovu. Prostřednictvím ní se mohou tyto osoby naučit vše o lidské sexualitě, sexuálních potřebách a zároveň se mohou naučit vyjadřovat lásku. Také by sexuální výchova měla umožnit mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením, aby měli znalost a informace, jak vést uspokojivý sexuální život. Navíc by

měla mladé dospělé poučit o onemocnění typu HIV a zabránit tak nechtěnému těhotenství (Sexuality and Disability, 2019).

3.3 Sexuální asistence a sexuální pomůcky pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením

Poslední podkapitola bude zaměřena na sexuální asistenci a sexuální pomůcky pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením. Postoje dnešní společnosti k intimním potřebám těchto lidí se postupně mění. Původně se na tyto osoby nahlíželo jako na asexuální a nyní se na ně nahlíží jako na osoby, které mají své potřeby a právo na jejich uspokojení. Pokud ženy nebo muži nejsou schopni v důsledku svého postižení plně prožívat svou sexualitu, potřebují za těchto okolností určitou míru podpory, která jim prožitek něhy s další osobou umožní. Takové služby můžeme označit jako „sexuální asistence nebo intimita“ (Pro Familia, 2008, s. 10-11).

Nyní se podíváme konkrétněji na služby sexuální asistence, které pomáhají jedincům s tělesným postižením naplňovat a objevovat svou sexualitu. Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky či asistenti. Cena služby je stanovena okolo 1200 Kč a intervence s klientem je vždy hodinová. Sexuální asistenti nabízí různé aktivity mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením a napomáhají těmto lidem prožívat jejich sexuální potřeby. Služba se obecně zabývá sexuální asistencí či sexuálním doprovázením (zažíváme osvícenství sexuální asistence, 2014). Je nutno podotknout, že služby sexuální asistence jsou poskytovány buď aktivně anebo pasivně. V pasivní formě zahrnuje sexuální asistence poradenství v oblasti sexuality, poskytování informací o intimních postupech a praktikách. Taktéž obstarává erotické pomůcky a učí mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením, jak správně tyto pomůcky používat. Naopak v aktivní sexuální asistenci dochází k osobnímu intimnímu kontaktu mezi klientem a asistentem. Jde zejména o masturbační techniky, erotické masáže, sexuální praktiky či pomoc při pohlavním styku mezi dvěma postiženými (sexuální asistentka, 2015). Je třeba mít na mysli, že intimní potřeby mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením se liší, stejně tak ne každá sexuální asistentka poskytuje jednotlivé služby (Thorová, Jůn, 2012, s. 5). Vidurová (2014) k tomu dodává, že cílem sexuální asistence nemusí být vždy pohlavní styk mezi klientem a asistentem, ale je především o dotecích a něžnostech. O tomto hovoří i Catharina z Německa, která říká, že možnost zkusit si nové věci, smysluplnost, nahotu a kontakt s druhým člověkem, je to, co je možné při sexuální

asistenci objevovat. Člověk si tak může vytvořit vztah k sobě a ke svému tělu (Vidurová, 2014).

Podíváme-li se na situaci v Evropě, tak sexuální asistence je v několika evropských státech legální a poskytovanou službou. Především v Dánsku a v Německu došlo k rozvinutí sexuální asistence pro osoby se zdravotním postižením (Hanková, Vávrová, 2016, s. 77). Malinová, Šídová (2013, s. 128) podotkly, že v Dánsku je právo užívání si sexuality uzákoněno a byla vydána i příručka, ve které jsou popsána veškerá práva a povinnosti sexuálních asistentů. Naopak v Německu dodnes nabízí organizace „Pro Familia“ sexuální služby pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením. Je nutno upozornit, že asistenti si musí splnit rekvalifikační kurz, aby mohli mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením poskytovat sexuální služby. Po obdržení certifikátu je náplní asistentů poskytování první pomoci klientům, zajištění odpovídajících hygienických podmínek, seznámení se s různými postiženími a samozřejmě i role sexuální asistence. Cena sexuální služby v Německu se pohybuje kolem 120 eur za hodinu (Malinová, Šídová, 2013, s. 130).

Taktéž Švýcarsko má několik organizací, které sdružují sexuální asistentky a asistenty. Největší švýcarská organizace, která se zabývá sexualitou mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením je „Sehp“. Asociace v roce 2012 vyškolila 12 asistentů, z toho 6 mužů a 6 žen. Cílem organizace je, aby se sexuální asistenti přizpůsobili smyslovým a sexuálním potřebám klientů (Sehp, 2019). Mezi další švýcarskou organizaci patří např. Corps Solidaires, kde asistenti musí absolvovat tříleté pomaturitní studium a také musí projít psychoterapií. Asistenti nabízí pomoc párům s tělesným postižením, kteří projevují smyslnost či touhu po sexualitě (Corps Solidariers, 2019).

V současné době se v ČR rozvíjí sexuální asistence díky organizaci „Rozkoš bez rizika“ (dále jen R-R), která se více jak 20 let zaměřuje na pomoc ženám pohybující se v oblasti sexbyznysu. V roce 2013 vydala organizace publikaci na téma: „Ze sexbyznysu na trh práce“. Kromě toho realizovala projekt „Právo na sex“, díky němuž se v ČR otevřelo téma sexuální asistence. V rámci tohoto projektu byly vyškoleny i první sexuální asistentky. Taktéž v rámci různých workshopů a projektů bylo proškoleny několik sexuálních asistentek, které pracují s lidmi s tělesným postižením a věnují se i erotickým službám (Freya, 2016). Nově se v ČR do projektu zapojili i dva sexuální asistenti, uvedla Studená (2019). Jelikož se o tuto službu projevil nečekaný zájem, zakladatelka organizace Lucie Šídová se rozhodla této problematice naplno věnovat a ukončila své působení v R-R.

Společně s kolegyněmi v roce 2016 založily společnost „Freya“, která propaguje samotnou službu sexuální asistence. Cílem organizace je otevírat téma související s oblastmi sexuality a vztahů lidí s tělesným postižením, taktéž snižovat stigma a předsudky, které jsou spojené se sexualitou těchto lidí (Freya, 2016).

Nakonec nelze ani opomenout, že každý sexuální asistent, který pracuje s mladými dospělými s vrozeným tělesným postižením, musí dodržovat etický kodex a zásady komunikace při práci s klientem. Sexuální asistentky musí především respektovat klientovu individualitu a taktéž by neměly klienta nutit do věcí, které mu nejsou příjemné. Kromě etického kodexu musí pracovnice dodržovat i určitá pravidla komunikace. Častým problémem u těchto mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením je stud, který by se měl klient společně s asistentkou naučit překonat. Právě i z toho důvodu, by měl být úvodní rozhovor s klientem směřován ke zjištění toho, jaké mají očekávání, potřeby a případné obavy (Drábek, 2013, s. 40-41).

V poslední době jsou nejvíce rozvinuté sexuální pomůcky pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením, které jim velmi usnadňují život, přináší zábavu a potěšení. Anglická společnost „Spokz“ pomáhá mladým dospělým s vrozeným tělesným postižením, jak v intimním životě, tak i v běžném životě. Na webových stránkách můžeme najít několik pomůcek pro tyto osoby. Patří sem například masturbační pomůcky, lubrikační gely, masážní oleje nebo sexuální pomůcky nábytkového a polštářového charakteru (Spokz, 2019). Můžeme se tedy setkat s řadou anglických vynálezů pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením. Velice oblíbeným modelem je „Intimate Rider“. Jedná se o komplet lehátka se sedátkem, který umožňuje kmitající pohyby k prožití intimní chvíle s partnerem (Naphtaliová, McHattieová a Elliotová, 2009, 35). Z dalších pomůcek můžeme jmenovat „Liberator Esse Sofa Furniture“, kde jde o přesně tvarovanou pohovku, díky které si mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mohou vyzkoušet nejrůznější sexuální polohy. Kromě toho je v průběhu sexuálního styku zajištěna fixace krku a zad (Sex Aid Products, 2019). Poslední pomůckou, kterou uvedeme je „Sex Aid Sling“ neboli sexuální houpačka, která je pro páry velmi pohodlná. Výhodou je upevněný krk i záda a pomocí madel se mohou rukama mladí dospělí přidržovat (Sex Aid Products, 2019).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V teoretické části jsme si nejprve vymezili teoretická východiska, která nám umožnila nahlédnout podrobněji do zvolené problematiky. Téma „Partnerský život a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením“ jsme si zvolili z důvodu, že je toto téma v dnešní době velmi aktuální, protože jde o málo popsanou a probádanou problematiku. Podíváme-li se na stav poznání zejména v tuzemské literatuře, můžeme nahlédnout do několika publikací. Konkrétně se Drábek (2013), Hanková, Vávrová (2016) i Eisner, Venglářová a kol. (2013) ve svých knihách zejména zaměřují na téma partnerství a sexuality osob s tělesným postižením. Také Malinová, Šídová a kol. (2013) věnují ve své publikaci jednu kapitolu o sexuální asistenci. Naopak v zahraniční literatuře, můžeme vidět, že tomuto tématu je věnováno daleko více pozornosti než v ČR a vznikají stále nové publikace (McCabe, Taleporos 2003; Kaufman, Silverberg, Odette, 2013; Naphtali, MacHattie, Elliot, 2009). Na základě toho jsme se rozhodli zpracovat v bakalářské práci právě toto téma a přispět, skrze vlastní výzkum, k dalšímu poznání ve zvolené oblasti.

Prostřednictvím tohoto výzkumného šetření nás bude tedy nejvíce zajímat, jak vnímají mladí dospělí s tělesným postižením svůj partnerský život a sexuální vztahy. A s přihlédnutím k výzkumným cílům jsme vzhledem k citlivému tématu a otevřenosti mluvit o své sexualitě a partnerských vztazích mladých dospělých s tělesným postižením, pro účely výzkumného šetření, zvolili kvalitativní výzkum, který umožňuje hlouběji proniknout do zkoumaného jevu. V následujících podkapitolách empirické části si nejprve objasníme výzkumný problém, který je velmi důležitý při přípravě výzkumného šetření. Na základě toho si zformulujeme cíle výzkumu a výzkumné otázky. Poté se seznámíme s výzkumnou strategií a metodami sběru dat, kde zmíníme i předvýzkum, který jsme realizovali před vstupem do terénu. Na závěr této kapitoly se budeme věnovat výběru výzkumného souboru a poté samotné charakteristice účastníků výzkumu.

4.1 Stanovení výzkumného problému

Před samotným zahájením výzkumu je nutno si stanovit výzkumný problém, formulovat cíle a výzkumné otázky, na které nám budou participanti odpovídat. Podle Švaříčka, Šed'ové (2007, s. 64) formulování výzkumného problému vychází především z toho, jak jsme definovali své výzkumné cíle. Můžeme chápat, že výzkumný problém je něco, co se odehrává v sociální realitě, a to je svým způsobem problematické. Zároveň je to i něco,

čemu plně nerozumíme, nebo s tím neumíme zacházet, a právě proto potřebujeme o daném problému získat co nejvíce informací. Schopnost získávat nové a nepředpokládané informace je považováno za jednu z hlavních úloh kvalitativního výzkumu.

Podle Gavory (2000, s. 26) použijeme konkrétně deskriptivní výzkumný problém, který hledá odpovědi na otázku „Jaké to je?“. Podstatou tohoto výzkumného problému je, že zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu. Tedy výzkumným problémem naší práce je vnímání partnerského života a sexuálních vztahů očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením.

4.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hned na úvod výzkumného šetření jsme si stanovili cíle výzkumu a výzkumné otázky, které nám pomohly k nasměrování našeho výzkumu. Jak už jsme výše v předchozích řádcích zmínili, téma je velmi citlivé, intimní, a ne každý je ochotný vyjadřovat se k partnerským a sexuálním otázkám. Proto je tedy nutno si na počátku výzkumu ujasnit, jaké cíle pro nás budou dostatečně významné a zda se nám vyplatí do nich investovat, říkají Švaříček, Šedřová (2007, s. 62).

Hlavní cíl výzkumu:

Hlavním cílem výzkumu je zjistit a popsat, jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života.

Dílčí cíle výzkumu:

- 1) Zjistit a popsat, jaké mají mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením preference při výběru partnera?
- 2) Zjistit a popsat, jaké faktory ovlivňují partnerské a sexuální vztahy mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením.
- 3) Zjistit a popsat, jaké jsou představy mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením o jejich budoucím partnerském životě.

Z formulace hlavního cíle výzkumu a dílčích otázek následně vycházejí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Hlavní výzkumnou otázkou je „Jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života?“

Dílčí výzkumné otázky:

- 1) Jaké mají mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením preference při výběru partnera?
- 2) Jaké faktory podle mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením ovlivňují jejich partnerské vztahy a sexuální život?
- 3) Jaké jsou představy mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením o jejich budoucím partnerském životě?

4.3 Volba výzkumné strategie, metod a technik sběru dat

S ohledem na výzkumný cíl, jsme se rozhodli, pro účely výzkumného šetření, zvolit kvalitativní výzkum. Kvalitativním výzkumem, dle Strausse, Corbinové (1999, s. 10) se rozumí „*takový výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur či jiných způsobů kvantifikace.*“ Jeho podstatou je zejména široký sběr dat, který umožňuje jít do hloubky a přinést co nejvíce výpovědí z rozhovoru (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 24). Tento výzkum jsme si volili z toho důvodu, že data jsou nenumerická, lidé nebo skupiny jsou zkoumány podle množství v celé šíři, a to ve všech možných směrech. Taktéž to výzkumníkovi dává, o to více možností, získat detailnější a komplexnější informace o studovaném jevu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 15).

Hlavní metodu pro sběr dat jsme použili polostrukturované interview. Polostrukturovaný rozhovor vychází především z předem připravených otázek, které umožňují zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160). Také umožňuje proniknout hlouběji do zkoumané problematiky, a tím tak porozumět pohledu jiných lidí (Chráška, 2016, s. 182). Můžeme říci, že polostrukturované interview vyžaduje velmi náročnou technickou přípravu (Miovský, 2006, s. 155). Nejenže se tento typ rozhovoru používá, když je nutné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému, ale také se zde eliminuje pravděpodobnost, že se získaná data v jednotlivých rozhovorech budou výrazně lišit (Hendl, 2005, s. 173).

Interview se neskládá pouze z rozhovoru a jeho doslovného přepisu, ale jde zejména o proces, který se skládá z přípravy rozhovoru, průběhu dotazování, reflexe rozhovoru, analýzy dat a závěrečné výzkumné zprávy (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160). Hlavní výhodou je, že výzkumník může mimo hlavní otázky, které má předem připravené, klást i doplňující otázky, a tím tak dosáhnout větší přesnosti v rozhovoru.

Hlavní otázky, pro rozhovor s mladými dospělými s vrozeným tělesným postižením, jsme s ohledem na výzkumné cíle stanovili následující:

- 1) Jaké jsou/byly Vaše preference při výběru partnera?
- 2) Jak vnímáte fungování svého partnerského života a sexuálních vztahů?
- 3) Co podle Vás ovlivňuje fungování Vašeho partnerského života a sexuálních vztahů?
- 4) Jaké jsou Vaše představy o budoucím fungování Vašich partnerských vztahů?

4.4 Výběr výzkumného souboru a jeho charakteristika

Cílem výběru výzkumného souboru v kvalitativním výzkumu není, aby reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém, uvádějí Švaříček, Šed'ová (2007, s. 72). Miovský (2006, s. 135) tento výběr výzkumného vzorku označuje jako takový postup, který cíleně vyhledává účastníky, kteří splňují určité vlastnosti a jsou ochotni se do výzkumu zapojit.

Pro účel našeho výzkumného šetření byl zvolen záměrný výzkumný soubor, kde jsou pro nás cílovou skupinou mladí dospělí s tělesným postižením. Před samotným vyhledáváním účastníků výzkumu, jsme se ještě zaměřili na tři kritéria a to, aby tyto osoby měly vrozené tělesné postižení, aby věkem spadaly do vývojové etapy mladé dospělosti, kterou zasazujeme mezi 20. – 35. rokem života a měly osobní zkušenost s partnerskými a sexuálními vztahy.

Na základě pomoci těchto kritérií jsme pro oslovení účastníků výzkumu použili sociální síť Facebook, kde jsme prostřednictvím skupiny „Vozíčkáři a handicapovaní“ kontaktovali osoby s vrozeným tělesným postižením. Podařilo se nám celkem vybrat sedm participantů, kteří s realizací výzkumu souhlasili. Jedná se o tři ženy a čtyři muže s dětskou mozkovou obrnou, kteří mají zkušenosti v oblasti partnerských a sexuálních vztahů. Tito participanti se potýkají s DMO. Na základě tohoto způsobu nám vznikl výzkumný soubor a v následujících řádcích krátce představíme jednotlivé participanty.

Základní charakteristika účastníků výzkumu:²

² Dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů byla skutečná jména účastníků pozměněna a nahrazena jmény smyšlenými.

Jakub (30 let)

Prvním participantem je třicetiletý Jakub, který má dětskou mozkovou obrnu diparetické formy. Jakub studoval dva roky obchodní školu v Liberci a poté přešel a vystudoval obchodní akademii v Janských Lázních. Nyní pracuje pro pražskou firmu, kde se stará o obstarávání vkládání produktů do e-shopu. Jakub bydlí s rodiči v Severních Čechách, ale časem by se chtěl osamostatnit. Co se týče oblasti partnerství a sexuality, měl Jakub čtyři partnerky a v současné době je nezadaný.

Adam (20 let)

Druhým participantem je dvacetiletý Adam, který má dětskou mozkovou obrnu diparetické formy. Adam studuje střední průmyslovou školu v Mladé Boleslavi. Nyní žije s rodiči ve Středočeském kraji, ale po dokončení školy se plánuje osamostatnit. Co se týče oblasti partnerství a sexuality, měl Adam tři partnerky a v současné době je nezadaný.

Michal (29 let)

Třetím participantem je dvaceti-devítiletý Michal, který má dětskou mozkovou obrnu kvadruparetické formy s atetoidními rysy. Michal vystudoval Obchodní akademii v Janských Lázních. Nyní je nezaměstnaný a žije s rodiči v Pardubickém kraji. Co se týče oblasti partnerství a sexuality, měl Michal jednu partnerku a nyní je nezadaný.

Žaneta (29 let)

Čtvrtým participantem je dvaceti-devítiletá Žaneta, která má dětskou mozkovou obrnu – diparetické formy. Žaneta vystudovala střední školu v Brně, konkrétně obor Výroba šití konfekce. Nyní je nezaměstnaná a žije se svým přítelem v Jihomoravském kraji. V oblasti partnerství a sexuality měla Žaneta dva partnery a s jedním z nich dodnes žije.

Pavel (27 let)

Pátým participantem je dvaceti-semdiletý Pavel, který má dětskou mozkovou obrnu kvadruparetické formy. Pavel vystudoval střední soukromou školu ekonomiky a podniku v Olomouci. Nyní je nezaměstnaný, ale snaží se najít práci. Ve volném čase doučuje Anglický jazyk a píše na zakázku muziku a texty. Bydlí s rodiči v Olomouckém kraji. Co se týče oblasti partnerství a sexuality, měl Pavel čtyři partnerky a v současné době je nezadaný.

Simona (25 let)

Šestým participantem je dvaceti-pětiletá Simona, která má dětskou mozkovou obrnu kvadruparetické formy. Simona vystudovala střední Obchodní akademii v Janských

Lázních. Nyní pracuje a pořádá meetingy a semináře pro kuchaře. Žije sama v Královohradeckém kraji. Co se týče oblasti partnerství a sexuality, měla Simona čtyři partnery a v současné je nezadaná.

Julie (23 let)

Sedmým participantem je dvaceti-tříletá Julie, která má dětskou mozkovou obrnu kradraparetické formy. Julie vystudovala střední soukromou školu obchodní akademie v Jeseníku. Nyní pracuje v rodinné firmě jako pomocná účetní. Bydlí s rodiči a přítelem v Olomouckém kraji. V oblasti partnerství a sexuality měla Julie dva partnery a s jedním dodnes žije.

4.5 Předvýzkum

Před samotným zahájením empirické části jsme provedli předvýzkum. Dle Pelikána (2007, s. 78) někteří autoři považují předvýzkum za určitou formu orientačního výzkumu. Osobně se však domníváme, že má cílenější charakter. Tento předvýzkum by měl mít základní charakteristické rysy, aby byly shodné se vzorkem, na němž bude výzkum realizován.

Předvýzkum probíhal z předem připravených otázek, kde jeho podstatou bylo ověřit srozumitelnost okruhů otázek. V případě nesrozumitelnosti otázek byl pak možný návrh ze stran předvýzkumníků na lepší formulaci otázek či doplnění otázek tak, aby bylo docíleno správného pochopení otázek, a následně aby bylo docíleno co možná nejpřesnějších odpovědí od budoucích participantů, které jsou pro nás důležité k výzkumu dané problematiky. Na základě toho, jsme skrze aplikaci „Skype“ oslovili dvě mladé osoby s vrozeným tělesným postižením.

Následující odpovědi participantů předvýzkumu byly:

- Lenka (27 let, dětská mozková obrna, dva dosavadní vztahy): *„Podle mého názoru jsou všechny otázky srozumitelné a dobře pochopitelné, avšak tu poslední otázku bych možná trochu lépe zformulovala či doplnila, není z toho dost jasné, jak to myslíte.“*
- Martin (23 let, rozštěp páteře, jeden dosavadní vztah): *„Otázky jsou srozumitelné a jednoduché k pochopení.“*

Lence nebylo pouze jasné, proč se dotazujeme právě na „fungování Vašich partnerských vztahů“. Zdůvodnila nám to tím, že když má člověk jednoho stávajícího partnera, tak přemýšlí o budoucnosti pouze s tím jedním partnerem a ne o možných dalších

partnerských vztazích, protože věří či doufá, že její partner bude ten „pravý“. Lenka nám navrhla položit otázku následovně: Jaké jsou Vaše představy o budoucím fungování Vašeho partnerského vztahu? Na základě tohoto podnětu jsme nečinili žádné úpravy otázek, protože účastníci našeho výzkumu mají víc než jednoho partnera, kdežto Lenka má zkušenost pouze s jedním partnerem.

4.6 Realizace výzkumu

Po naformulování všech náležitostí v rámci preempirické fáze jsme zahájili výzkumné šetření mezi vybranými participanty. Toto výzkumné šetření proběhlo na začátku měsíce dubna letošního roku. Délka jednoho rozhovoru trvala přibližně v rozmezí 30-50 minut a byly použity jak připravené okruhy otázek, tak i otázky doplňující. Výzkum se realizoval pomocí internetové aplikace „Skype“. Tato forma komunikace byla zvolena z toho důvodu, že bydliště všech participantů byla příliš vzdálená.

Před začátkem výzkumného šetření byli všichni účastníci výzkumu informováni o tom, že toto šetření bude sloužit pouze účelům výzkumu k bakalářské práci. V úvodu každého uskutečněného rozhovoru udělili participanti slovní souhlas se zpracováním jejich osobních informací, který je zachycený na jednotlivých nahrávkách. Participanti byli také ihned ujištěni, že záznam z rozhovoru, nebude nikde zveřejněn, a taktéž že jejich osobní údaje či informace budou zcela anonymní. Bližší vzhled do procesu sběru dat předložíme skrze další řádky.

Rozhovor č. 1: Jakub

Polostrukturované interview s Jakubem proběhlo dne 5. 4. 2019 v 16:00 hodin a trvalo 42 minut. Participant působil velmi příjemně a komunikativně. Jakub se nebál hovořit o detailech, naopak se sám u některých otázek rozpovídal. Ani s otázkami o sexualitě neměl problém mluvit. Několikrát se stalo, že Jakub k jednotlivým okruhům doplňoval i své osobní názory, které považoval za důležité. Jednalo se buď o názory o životě či o jiných vztazích. Průběh rozhovoru probíhal bez komplikací, takže nebylo nic, co by nás rušilo. Celkově bych tento rozhovor hodnotila kladně a velmi přínosně.

Rozhovor č. 2: Adam

Polostrukturované interview s Adamem bylo realizováno rovněž dne 5. 4. 2019 v 17:20 hodin a trvalo 40 minut. Participant působil velmi mile, ale hned na začátku rozhovoru nás

Adam informoval o tom, že není moc komunikativní typ, a že bude za potřeby se ho více doptávat. V první části rozhovoru Adam hovořil plynule, ale když se přešlo na konkrétní otázky o partnerství a sexualitě, musely být kladeny stále doplňující otázky, aby byl rozhovor plně nasycen, protože na něm bylo znát, že se stydí na některé otázky odpovídat. Jinak realizace interview proběhla bez problému a hodnotíme jej velmi přínosně.

Rozhovor č. 3: Michal

Interview s participantem Michalem proběhlo dne 6. 4. 2019 v 17:35 hodin a trvalo 38 minut. Michal působil hodně nervózně, což se projevovalo i na jeho odpovědích, kde odpovídal velmi stručně. Bylo potřeba tuto konverzaci stále rozvíjet a nasměrovat Michala pomocí doplňujících otázek k dalším odpovědím. I přesto, že Michal má málo zkušeností v oblasti partnerství a sexuality, tak nám poskytl velmi zajímavé poznatky. Postupně se tento rozhovor stal přínosným a proběhl bez obtíží.

Rozhovor č. 4: Žaneta

Interview s participantkou Žanetou bylo uskutečněno dne 7. 4. 2019 v 17:45 hodin a trvalo 49 minut. Žaneta působila během rozhovoru klidně, ale z jejího hlasu bylo zřejmé, že se bála hovořit o detailech o svém dosavadním partnerském vztahu. Bylo zapotřebí využívat mnoho navádějících otázek, aby byly zodpovězeny všechny okruhy otázek. Také naše spojení bylo na několik minut přerušeno kvůli špatnému signálu. V průběhu rozhovoru se i někdy stalo, že participantka neporozuměla otázce, tak bylo potřeba lépe otázku specifikovat. Celkově však hodnotím tento interview kladně a přínosně.

Rozhovor č. 5: Pavel

Polostrukturované interview s Pavlem se uskutečnilo dne 8. 4. 2019 v 12:40 hodin a trvalo 47 minut. Pavel působil v průběhu celého rozhovoru příjemně, mile a povzbudivě. Byl velmi komunikativní a nebál se hovořit o svých zkušenostech, což pro nás mělo obohacující poznatek. Avšak jednou se stalo, že se Pavel od tématu trochu odklonil. Museli jsme tedy participanta upozornit na to, že jeho daná odpověď není tak úplně předmětem tohoto výzkumného šetření a požádali jsme jej o vrácení se k původní otázce. Celkově realizaci interview hodnotíme velmi kladně a bez žádných dalších komplikací.

Rozhovor č. 6: Simona

Interview s participantkou Simonou bylo realizováno rovněž dne 8. 4. 2019 v 14:30 hodin trvalo 43 minut. Simona v průběhu rozhovoru působila velmi vesele a byla otevřená ke

všem okruhům otázek. Avšak po několika minutách se nám Simona zdála poněkud smutnější, než na začátku rozhovoru. Domníváme se, že to bylo kvůli tomu, že musela hovořit o tom, co ji v životě potkalo. Nicméně i přesto pokračovala ve vyprávění dál a poskytla nám mnoho užitečných informací. Celkově rozhovor proběhl bez obtíží a průběh rozhovoru hodnotíme velmi kladně.

Rozhovor č. 7: Julie

Poslední polostrukturované interview s Julií bylo naplánováno dne 9. 4. 2019 v 17:00 hodin a trvalo 45 minut. Participantka Julie působila velmi klidně a nebála se hovořit o svém partnerském vztahu. I o sexuálních zkušenostech se nám Julie svěřila a při vyprávění působila velmi vyrovnaně. Vzhledem k její otevřenosti a plynulosti nebyl problém nijak do průběhu rozhovoru zasahovat. Celkově rozhovor proběhl bez komplikací a hodnotíme ho velmi přínosně.

5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT

Ke zpracování dat získaných skrze polostrukturované interview, jsme zvolili dílčí postupy zakotvené teorie. Jednotlivé rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně pak přepsány do písemné podoby. Při jejich přepisu a zachování jejich autentičnosti jsme ponechaly hovorové výrazy. Podle Strausse, Corbinové (1999, s. 40), se tedy detailněji v rámci analýzy dat zaměříme na otevřené kódování a následně pak na kódování axiální.

Otevřené kódování představuje jakési operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Text je tedy rozdělen na jednotky, kde jsou těmto jednotkám přidělena jména, a s takto označenými fragmenty textu pak budeme dále pracovat. Budeme postupovat tak, že analyzovaný text rozdělíme na jednotky, což může být buď slovo, sekvence slov, věta či odstavec. K takto vzniklé jednotce přidělíme kód, tedy jméno nebo značení. Kódem se rozumí „*slovo nebo krátká fráze, která nějakým způsobem vystihuje určitý typ a odlišuje jej od ostatních.*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 211-212). Pro přehlednost budou očíslovány řádky analyzovaného textu.

Po otevřeném kódování bude provedeno axiální kódování. Jedná se o „*soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi.*“ Znamená to tedy, že v axiálním kódování jsou kategorie a subkategorie spojovány do souborů vztahů, a to pomocí tzv. paradigmatického modelu, který si později zároveň podrobněji i s interpretací získaných dat popíšeme (Strauss, Corbinová, 2007, s. 70-73). Nyní, když jsme si objasnili podstatu dílčích postupů zakotvené teorie, budeme se v následující podkapitole věnovat podrobnější analýze a interpretaci získaných dat.

5.1 Analýza a interpretace dat

Tato kapitola patří k jádru našeho celého výzkumného šetření. Vstupujeme totiž až do kompletní analýzy a interpretací získaných dat. V následujících podkapitolách budeme rozebírat a interpretovat problematiku partnerského života a sexuálních vztahů mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. V souladu s uvedenými dílčími postupy zakotvené teorie se tedy bude nejprve jednat o nejrůznější kategorie vzniklé z otevřeného kódování a následně budou v rámci axiálního kódování rozkryty vztahy a souvislosti mezi nimi.

Podíváme-li se na konkrétní výsledky z otevřeného kódování, můžeme říci, že na základě pečlivého vyhledávání spojitostí a výčtu ze získaných dat, vzniklo 7 kategorií, které si v rámci dalších podkapitol podrobněji rozkryjeme. Jedná se o následující kategorie:

- Způsob seznámení s partnerem
- Volba výběru partnera
- Překážky v navazování partnerského vztahu
- Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů
- Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy
- Sexuální život
- Plánování budoucnosti

5.1.1 Kategorie č. 1: Způsob seznámení s partnerem

V této kategorii se zaměříme na interpretaci kódů, které se vztahují k místu a způsobu seznámení participantů s partnerem. Pro nasycení této kategorie jsme použili následující kódy.

ZAŘAZENÍ KÓDŮ DO KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
ZPŮSOB SEZNÁMENÍ S PARTNEREM	Seznámení na škole
	Seznámení přes druhou osobu
	Seznámení přes internet
	Seznámení na táboře
	Samotné sblížení s partnerem

Tabulka č. 1: Kódy reprezentující kategorii „Způsob seznámení s partnerem“ (Vlastní výzkum, 2019)

Na základě výpovědí mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením můžeme říci, že se tyto osoby rádi seznamují v různém prostředí, které je pro ně příjemné. Nejvíce výpovědí bylo vztahováno k seznámení ve škole, kde je toto místo součástí každého jedince. Také způsoby sblížení s jejich partnerem jsou většinou obvyklé a prostor pro navázání kontaktu vnímá každý jedinec odlišně podle svých možností.

Prvním kódem je *seznámení na škole*, kde se čtyři participanté seznámili se svými partnery/partnerkami v průběhu docházky na střední školu. Michal poukázal na seznámení se svou partnerkou v průběhu jeho docházky na praxi ve škole. „No, ve škole na praxi to

bylo“ (Michal/2). Dále i Jakub zmínil, že jedna z jeho partnerek byla jeho spolužačkou z obchodní akademie, kde on sám rovněž studoval. „*No, první tři byly vlastně na té obchodní škole v Liberci, a ta poslední byla na té obchodní akademii v Janských lázních*“ (Jakub/2). Také Adam se seznamoval s partnerkami na škole. „*No, ve škole*“ (Adam/2). Poslední participantka Simona vypověděla, že svého budoucího partnera potkala náhodně ve škole a tam také i své ostatní partnery. „*Tak na škole jsem se s manželem seznámila, a ostatní no, někteří byly taky ze školy*“ (Simona/2). A jaký byl způsob seznámení těchto partnerů? Můžeme říci, že **samotné sblížení s partnerem** nastalo velmi rychle při jejich seznámení. Pro Michala byl tento způsob ojedinělý a z jeho výpovědi vyplynulo, že samotné sblížení s partnerkou proběhlo z očí do očí. „*Ona mě jako první oslovila, začali jsme se bavit a řekli jsme si, že by to mohlo stát za to, a začali jsme spolu chodit, nějak to prostě vyplynulo z konverzace*“ (Michal/3). Naopak Jakub považoval za výjimečné oslovit partnerku formou dopisu. „*Některé byly první, které mi řekly, že by se mnou chtěly chodit a některým jsem to řekl já, jednou osobně a jednou v dopise*“ (Jakub/3). V případě Adama, můžeme vidět, že jeho sblížení s přítelkyní bylo vzájemné. „*To jsme se nějak sčuchli, a prostě najednou se to stalo, takže to bylo vzájemné*“ (Adam/3). U následující participantky Simony lze shlédnout, že její seznámení bylo neplánované. Její manžel se zúčastnil jedné akce pořádané školou a tam se začal jejich partnerský svazek postupně vyvíjet. „*Já jsem dělala pořadatele na jedné školní akci, byl to florbal pro vozíčkáře a tam jsme se vlastně s manželem poznali*“ (Simona/3).

Druhým kódem je **seznámení přes druhou osobu**, kde Julie vypověděla, že se jednou seznámila s partnerem na společenské akci přes její kamarádku. „*No teď s druhým a zároveň stávajícím partnerem, jsme se seznámili přes kamarádku na jedné kulturní akci*“ (Julie/2). Naopak Pavel díky svému pravidelnému doučování studentů poznal nové osoby, ze kterých mu vzniklo i pár partnerských vztahů. „*Další vztahy byly takové, že jsem třeba doučoval sourozence těch holek nebo tak, takže jsme se potom seznámili přes ně*“ (Pavel/3). Taktéž i Adam se seznámil: „*Přes kamarádku a její známou*“ (Adam/2). Lze vidět, že **samotné sblížení s partnerem** se pohybovalo mezi vzájemnými sympatiemi a nesmělostí. Jejich sblížení probíhalo následně. Julie poukázala na to, že s partnerem si velmi rozuměla a poté si navzájem vyměnili svá telefonní čísla. „*S partnerem jsme si hned sedli, celý večer jsme si povídali a vyměnili jsme si telefonní číslo*“ (Julie/2). U Pavla můžeme vidět, že navázání kontaktu mělo spíše pomalejší průběh, ale později se domluvili

i na společné schůzce mimo jejich bydliště. „*Sourozence chodila vyzvedávat, ze začátku jsme mluvili mezi dveřmi. Přišla mi zajímavá. Pak jsme se scházeli i mimo*“ (Pavel/4).

Třetím kódem je **seznámení přes internet**, kde tři participanti odpovídali tak, že si založili seznamku, aby zde mohli někoho nového poznat. Konkrétně Julie, tak poznala Romana. „*Roman mě oslovil sám na seznamce, prvních pár měsíců jsme si psali a rozuměli jsme si*“ (Julie/2). Nebo i Žaneta si jednoho dne podala inzerát na internetovou seznamku, a tam potkala svého přítele. Po pár měsících zjistila, že se vlastně s partnerem znala již ze školy. „*Já jsem si podala inzerát na internetové stránky pro postižené, on mi na ten inzerát odepsal a asi 3 měsíce jsme si psali a než jsme se potom setkali, jsme zjistili, že jsme vlastně chodili na stejnou školu*“ (Žaneta/4). Naopak Adam postupoval tak, že si s přítelkyní nejdříve po chatu povídal, aby zjistil, zda si s ní rozumí. „*Takže hlavně přes internet jsme komunikovali*“ (Adam/3). Pokud se podíváme na **samotné sblížení s partnerem**, tak můžeme vidět, že u Julie to bylo pozvání na rande do kavárny: „*Pak mě pozval na kafe*“ (Julie/2). Adam taktéž partnerku pozval do kavárny či restaurace. „*Pak jsme se potkali, dali kafe a večeri, potom to šlo už samo*“ (Adam/3). U Žanety to probíhalo tak, že si půl roku s partnerem psali na chatu a poté se nějaký čas vídali o víkendech a po roce a půl vztahu si našli společné bydlení. „*Pak jsme si ještě psali a vlastně rok a půl jsme se jako vídali o víkendech, a vlastně po roce a půl, jsme spolu začali bydlet*“ (Žaneta/5). Poslední kód je označován jako **seznámení na táboře**, kde pouze jeden participant se seznámil se svojí přítelkyní na táboře. Konkrétně Pavel uvedl, že od malička jezdil na tábory s intaktními lidmi. „*Tak jednou to bylo na táboře, kde jsem jako dítě jezdil mezi zdravé děti*“ (Pavel/3). A jaké bylo jeho **samotné sblížení s partnerkou**? Můžeme říci, že Pavel se snažil trávit spoustu času s partnerkou a díky tomuto vznikl jejich partnerský vztah. „*Ona začínala psát, já se bavil vymýšlením příběhů. Strávili jsme spolu hodně času vymýšlením scének*“ (Pavel/4).

5.1.2 Kategorie č. 2: Volba výběru partnera

Ve druhé kategorii se zaměříme na interpretaci kódů, které se vztahují k volbě výběru partnera. Pro nasycení této kategorie jsme použili následující kódy.

ZAŘAZENÍ KÓDŮ DO KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
VOLBA VÝBĚRU PARTNERA	Inteligentní stránka partnera
	Vzhled partnerky

	Výjimečný partner
	Aktivní partner
	Ochotný partner
	Chování partnera
	Společné koníčky partnerů
	Intaktní či zdravotně postižený partner

Tabulka č. 2: Kódy reprezentující kategorii „Volbu výběru partnera“ (Vlastní výzkum, 2019)

Na základě výpovědí mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením lze konstatovat, že výběr jejich partnera je velmi různorodý. Některým záleží na inteligentní stránce partnera a některým zase na vzhledu, protože pro mladé dospělé je důležité, aby je jejich dotyčná osoba dostatečně vzhledově přitahovala. V neposlední řadě aktivita, ochota a chování partnera je to, co participanti ve výběru partnera vyhledávají. Někdo ani při výběru partnera nezapomíná na společné koníčky, které může později s partnerem společně sdílet. Nelze ani opomenout, že tyto osoby si vybírají partnera s postižením.

Prvním kódem je **inteligentní stránka partnera**, kde pět participantů odpovídalo, že hlavní předností pro ně je, aby jejich budoucí partner byl inteligentní. U Simony můžeme říci, že při volbě výběru partnera, se více zajímá o jeho inteligenci. „*No, jako mě spíše zajímalo, jak ten člověk je inteligentní nebo co má v hlavě*“ (Simona/9). I Michal upozornil na to, že při výběru sleduje inteligentní stránku partnerky. „*Jako jasně, že každý chlap se podívá za pěknou slečnou, ale důležitý je pro mě, aby měla něco v hlavě*“ (Michal/8). Taktéž pro Julii je velmi důležité, aby byl partner inteligentní, nežli samotný vzhled partnera. „*Nezáleželo mi ani na vzhledu, není to přece jenom o tom, ale tom, aby měl partner něco v hlavě*“ (Julie/6). To samé uvedl i Pavel a Adam, kteří si stojí za tím, že myšlení přítelkyně je pro ně prvotní. „*Jako, když o tom tak přemýšlím, asi mi jde o to, co má ta daná osoba v hlavě*“ (Pavel/8). „*Pro mě je důležitý jakoby to myšlení té dívky*“ (Adam/9). Lze tedy konstatovat, že inteligentní stránka partnera je pro tyto mladé dospělé obzvláště důležitá. Kromě toho však pro ně sehrával nezanedbatelnou roli také **vzhled partnerky**, přičemž tento byl prioritně uváděn dvěma participanty. Jedním z nich je Adam, který si konkrétně vybírá přítelkyně s blond vlasy a při seznámení s těmito ženami, se právě zaměřuje na jejich oči a ruce, které jej přitahují. „*Tak především jsou to vlasy, co mě přitahuje, oči a ruce. Přímě mě jako přitahují spíše blondýny, ale jako nevybíral bych si je jako nějak zvlášť*“ (Adam/9). Druhým participantem je Pavel, který si rovněž stojí za

tím, že vzhled je při výběru partnerky důležitý. Avšak tento participant se setkal s negativními reakcemi ze strany přátel. „*Jsem se třeba párkrát setkal s přemalovanou holkou, a když jsem ji třeba představil přátelům, tak na mě koukali jak z jara*“ (Pavel/8).

Třetí kód je označen jako **výjimečný partner**, kde konkrétně Jakub uvedl, že se snaží najít spřízněnou duši, která pro něj bude výjimečná. „*Ten člověk mě prostě musí nějak zaujmout, ať už povahovou nebo vzhledem jo, prostě musí mě zaujmout a je mi jedno jak*“ (Jakub/10). Následující kód je **aktivní partner**, který rovněž patří do volby výběru partnera. Můžeme říci, že jeden z participantů vyžaduje, aby jeho budoucí partner, byl dostatečně aktivní, protože tak ji to může naplnit. „*Rozhodně potřebuji k sobě partnera stejně aktivního, jako jsem já. I když mám omezení, tak si dokážu tvrdit, že jsem hodně aktivní člověk a potřebuji, abychom si jakoby rozuměli skrz názory na určité věci*“ (Simona/22). Pátý kód je označován jako **ochotný partner**, kde konkrétně participantka Žaneta potřebuje, aby její partner byl ochotný jí s čímkoliv pomoci. „*Aby mi byl ochotný pomoci v tom, v čem potřebuji. Kdyby nebyl ochotný mi pomoci s těmi věcmi, které potřebuji, tak by to nemělo smysl. Hlavně, aby mi pomáhal s vařením, nákupem, prostě v běžných věcech, které sama nezvládnou*“ (Žaneta/10). Šestý kód je **chování partnera**, kde pro Jakuba je velmi důležité, aby se partnerka chovala přirozeně a nepřetvařovala se. „*Podle mě je důležitý hlavně, jak se ten člověk chová, a nemůžeš si člověka vybrat podle chování, protože dneska se spousta lidí přetvařuje, co si budeme povídat*“ (Jakub/10). Mezi další kód můžeme řadit **společné koníčky partnerů**, které také patří do volby výběru partnera. V průběhu rozhovoru jsme se setkali s dvěma mladými dospělými, kteří se shodli, že společné koníčky jsou pro ně předností při výběru jejich partnera. Konkrétně Pavel zmínil, že pro něho je důležité, aby měl s partnerkou společné zájmy. „*Abychom měli nějaké zájmy*“ (Pavel/9). To samé ve výpovědi uvedla Simona, která se dívá na to, aby si s partnerem rozuměla ohledně nějakých koníčků. „*Zda si rozumíme ohledně nějakých třeba společných koníčků a tak*“ (Simona/9).

Poslední kód je označován jako **intaktní či zdravotně postižený partner**, kde většina účastníků odpovídala, že si vybírá především partnera s postižením, ale nebránili by se ani, kdyby měli intaktního partnera, protože by to pro ně mělo spoustu výhod. Participant si také zakládají na tom, aby je partner bral takové, jací doopravdy jsou. Jakub uvedl, že se vždy pohyboval mezi lidmi s postižením, ale že by mu nevadilo, kdyby si našel intaktní partnerku. Bral by to jako velkou výhodu, protože by mu dotyčná osoba dokázala ve všem pomoci a mohl by se na ní ve spoustě případů spolehnout a mohli by

společně podnikat více činností. „*Jakože bych se vyloženě bránil, kdyby ta holka byla zdravá, to ne. Museli bychom si vzájemně padnout do oka, víte co. Nevadilo by mi to, nevidím to jako překážku, rozhodně ne, ale spíše jako výhodu, když ten člověk potřebuje nějakou pomoc, že se na toho partnera může obrátit, třeba podnikat spolu více věcí, než když jsou třeba oba dva handicapovaní*“ (Jakub/11). I Julie se přiklání k tomu, že jí nezáleží na tom, jaký bude mít partner omezení. „*Nezáleželo mi, zda partner bude zdravý či handicapovaný, ani jsem nad tím popravdě nepřemýšlela*“ (Julie/7). Adam nevidí problém v tom mít partnerku s postižením, ale i přesto přiznal, že by si přál spíše partnerku intaktní. „*Zdravou, vždycky jsem chtěl zdravou, ale nebránil bych se tomu jako mít partnerku taky s handicapem, nevadilo by mi to*“ (Adam/10). Taktéž ani Pavel nad tím nikdy nepřemýšlel a vypověděl. „*Já jsem nad tím nikdy jako tak nějak extra nepřemýšlel, vždycky šlo o to, jestli mě ta osoba je schopna nějakým způsobem zaujmout a pokud šlo o handicap, tak vyloženě jako na handicap nehledím*“ (Pavel/9). Nemá s tím problém ani další participantka Simona, která vypověděla, že jí nevadí, kdyby potkala intaktního partnera. „*Pokud se mnou ten dotyčný nebude třeba mít nějaký problém, když ten druhý bude zdravý, tak si myslím, že by to neměl být ani problém. Jako takhle by mi prostě nevadil zdravý partner*“ (Simona/10). Naopak jeden participant si je toho názoru, že zdravotní postižení může výrazně ovlivnit jeho budoucnost, a proto si vybírá především intaktní partnerky. „*Vybírám si hlavně zdravou partnerku, důvodem je budoucnost. Hlavně, abychom to měli jednodušší a dětmi, počínaje*“ (Michal/9). I pro Michaelu by bylo těžké, kdyby měla partnera s těžkým tělesným postižením. Nedokázala by si to vůbec představit. *Nedokázala bych si představit, že bych měla stejně postiženého partnera, jako jsem já*“ (Žaneta/8).

5.1.3 Kategorie č. 3: Překážky v navazování partnerského vztahu

V třetí kategorii se zaměříme na interpretaci kódů, které se vztahují k překážkám v navazování partnerského vztahu. Pro nasycení této kategorie jsme použili následující kódy.

ZAŘAZENÍ KÓDŮ DO KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
PŘEKÁŽKY V NAVAZOVÁNÍ PARTNERSKÉHO VZTAHU	Strach z odmítnutí
	Zdravotní postižení
	Negativní předsudky okolí
	Reakce rodiny na partnerovo postižení

Vzdálenost od partnera

*Tabulka č. 3: Kódy reprezentující kategorii „Překážky v navazování partnerského vztahu“
(Vlastní výzkum, 2019)*

Na základě všech výpovědí mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením lze říci, že překážky v navazování partnerského vztahu mohou velmi ovlivnit jejich seznámení s partnery. Jednou z překážek je odmítnutí, které může vést až ke snížení sebevědomí a strachu z dalšího setkání. Další překážkou pro tyto osoby je zdravotní postižení, které většina jedinců s vrozeným tělesným postižením bere jako největší překážku. Můžeme brát v potaz i předsudky, které mohou ovlivnit jejich další vývoj partnerského vztahu. Lze i zmínit, že do značné míry má vliv v navazování nového partnerského vztahu rodina, která může svým chováním či názorem ovlivnit pohled mladého dospělého člověka na druhou osobu. Další překážkou v navazování partnerského vztahu je vzdálenost, protože seznámení partnerů se nemusí vyvíjet přirozenou cestou. Tito lidé se nemohou ve vztahu posunout dále, a tak zůstávají ve stejné fázi, a to ve fázi poznávání se.

Prvním kódem je **strach z odmítnutí**, kde Adam uvedl, že se bojí špatného výsledku ze seznámení, a tak raději zůstává stranou a čeká, až ho samotné partnerky osloví. *„Já jsem nikdy nebyl ten typ kluka nebo muže, co by prostě přišel za slečnou a prostě řekl: Pojď, nebo se seznámil, nebo ji pozval na něco, nebo tak. Byl vždycky ten typ, že jsem byl stranou, takovej nevýraznej. Měl jsem vždycky strach se seznámit, a to vlastně mám do teď. Takže vždycky spíše holky jako musely toho hodně naznačit, když už teda něco...“* (Adam/11). Taktéž i Jakub má obavy z navázání partnerského vztahu, protože měl v minulosti, konkrétně ze základní školy negativní zkušenosti a potřebuje začít raději písemným seznámením, aby si potvrdil, zda city jsou vzájemné. *„Tak po svých zkušenostech ze základní školy a posledním rozchodu z její strany, neumím jen tak holku oslovit a říct jí, co k ní cítím. První krok by musel být písemný, abych věděl, zda jsou city vzájemný“* (Jakub/9). Druhým kódem je **zdravotní postižení**, kde většina participantů odpovídala, že s touto překážkou se setkali vícekrát, a museli se s ní časem vyrovnat. Žaneta se vyjádřila, že většina mladých dospělých mužů si přeje mít intaktní partnerku. *„Prostě hodně těch kluků si představuje zdravou holku vedle sebe. To byla pro mě největší překážka“* (Žaneta/11). Simona tvrdí, že toto omezení je pro ni největší překážkou. *„Když řeknu, že mám lehký handicap, tak se leknou a nechtěj ani vysvětlit, co mám za handicap“* (Simona/11). I Jakub má nemilou zkušenost ohledně svého zdravotního postižení. Uvedl, že toto omezení ho doprovází celým životem a díky tomu má problém, se seznámit s novou

osobou. „*Ono, když slyšíš odmítnutí skoro celý život anebo i argument, že kdybych neměl handicap, tak možná jo, tak pak už moc chuť to zkusit, zas moc není*“ (Jakub/9). Taktéž i Julie vidí své zdravotní postižení jako největší překážku. Jednou se jí dokonce stalo, že si dopisovala s jedním mužem na internetu, a ten jí po chvíli přestal odepisovat kvůli tomu, že má tělesné postižení. „*No jednou, když jsem se seznámila s jedním klukem na internetu, tak když jsem mu řekla, že jsem tělesně postižená, tak mi přestal odepisovat*“ (Julie/8). Naopak další dva participanti se setkali ještě s více nepříjemnými situacemi a trvalo jim, než se s tím doopravdy smířili. „*Můžu jako říct, že všechny slečny vždycky reagovaly tak, že by to bylo složité a že by nevěděly, zda by to se mnou zvládly. Víte co, já jsem v tu chvíli z toho byl špatný... v takovou chvíli mi to bylo líto a chtěl jsem nejradši zahodit vozík*“ (Michal/10). „*Od jedny holky mi bylo normálně řečený na férovku: jo, kdybys nebyl na vozíčku, tak bych to s tebou třeba zkusila, ale takhle ne*“ (Jakub/12).

Třetím kódem jsou **negativní předsudky okolí**, které dokáží participantům výrazně snížit sebevědomí. Tento faktor může mít bolestný prožitek, díky kterému se mohou změnit postoje mladých dospělých k okolnímu světu. Simona říká, že mnoho intaktních osob si o ní myslí, že je postižení nejenom tělesně, ale i mentálně. Toto tvrzení okolí se jí moc nelíbí, protože tito lidé si to nenechají ani častokrát vysvětlit. „*Hnedka si myslí, že jsem mentálně postižená a jakoby už radši odcházejí. Zatím takhle ke mně všichni přistupovali*“ (Simona/11). Podobnou výpověď má Žaneta. „*Hodně zdravých lidí si myslí, že když je člověk na vozíku, tak musí mít i mentální postižení*“ (Žaneta/1). Podobně je na tom i Julie, která se taktéž setkala s předsudky od okolí, a týkalo se to konkrétně jejího tělesného postižení. „*Setkala jsem se i s předsudky. Většinou šlo o můj handicap*“ (Julie/8). Žaneta se dokonce setkala s tím, že její rodina jí neustále podsouvala to, že i když bude mít chodícího partnera, tak že si ten partner časem bude stejně raději hledat sobě rovnou partnerku a s ní se rozejde. „*No, oni třeba, když budu mít chodícího partnera, tak se na mě vykašle a bude si hledat sobě rovnou partnerku*“ (Žaneta/14). Čtvrtým kódem je **reakce rodiny na partnerovo postižení**, kde Pavel vypověděl, že pro něho je největší překážkou, když do jeho partnerského vztahu zasáhnou jeho rodiče. To má pak negativní dopad na jeho vztah. „*Většinou je to tím, že nejsem pro jejich ratolest zrovna ideální partie dle jejich názoru, zvlášť teda u těch zdravých, ale i třeba u těch postižených*“ (Pavel/10). Podobně je na tom i Julie, která poukázala na to, že reakce rodiny z partnerovy strany na její tělesné postižení, mělo negativní dopad. „*Ze strany jeho rodičů to bylo horší. Oni mě prostě nevzali, tak jak jsem si představovala. Chtěli, aby si přítel našel zdravou holku.*“

*Vyvrcholilo to až tím, že partner se nastěhoval ke mně, vlastně k mým rodičům“ (Julie/14). Dále i pro Simonu měla tato reakce špatný vliv, na fungování jejího partnerského vztahu. „Mojí rodiče neschvalovali to, že jsem si našla partnera na vozíku, takže jsme se spoustu let nebavili“ (Simona/15). Pátým kódem je **vzdálenost od partnera**, kde pouze jeden participant odpovídal, že vzdálenost je překážka, se kterou se setkal už několikrát. Je to podle něj jedna z nevýhod, která nedokáže úplně spojit dvě osoby, aby z toho mohla později vzniknout láska. „Tak setkal jsem se mnohokrát, ať už to byla vzdálenost od sebe, Vždycky jsem si vybíral taková typy holek, které mi chtěly ublížit a neřikaly pravdu, takže asi tak. Nechtěly prostě říct, že ne, že prostě nechci a radši jakoby se vymlouvaly, že prostě nemůžou nebo zapoměly, nedokázaly říct ne narovinu“ (Adam/11).*

5.1.4 Kategorie č. 4: Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů

V čtvrté kategorii se zaměříme na interpretaci kódů, které se vztahují k činitelům vstupujících do partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Pro nasycení této kategorie jsme použili následující kódy.

ZAŘAZENÍ KÓDŮ DO KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
ČINITELÉ VSTUPUJÍCÍ DO PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ	Společné chvíle strávené s partnerem
	Vzájemná láska partnerů
	Úcta k partnerce
	Opora partnerky
	Utuzování vztahu
	Společné soužití s partnerem
	Důvěra a porozumění jako základní kámen vztahu
	Komunikace jako základ vztahu
	Vzájemné sympatie k partnerovi
	Spokojenost a vzájemné přátelství ve vztahu
	Není to jenom o sexu

Tabulka č. 4: Kódy reprezentující kategorii „Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů“ (Vlastní výzkum, 2019)

Na základě všech výpovědí mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením lze konstatovat, že každý vidí své činitele pro fungování partnerských a sexuálních vztahů jinými očima. Každý z nich si zakládá na něčem jiném, co je pro ně podstatné. Někteří mají rádi společnost či různé kulturní akce a zakládají si především na tom, aby měli s partnerem společné zájmy, protože jen díky tomu může být jejich vztah naplněn. Na druhou stranu tu jsou i ti mladí dospělí, kteří odpovídali tak, že bez vzájemné lásky a úcty k partnerovi, by nemohl dál jejich vztah fungovat. Nutno je taky podotknout, že společné soužití, důvěra, porozumění, komunikace, vzájemné sympatie, spokojenost a vzájemné přátelství je důležitou složkou pro tyto mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením, aby mohl být jejich partnerský vztah plný lásky, porozumění a sounáležitosti.

Jak naznačuje první kód *společné chvíle strávené s partnerem*, spousta participantů tráví svůj volný čas s partnerem/partnerkou. Především tento kód zahrnuje konkrétní aktivity, které páry absolvují ve chvílích, kdy jsou spolu. Julie tráví svůj volný čas společně s partnerem, protože díky tomu si s ním může popovídat o všem, co ji trápí. Také ráda navštěvuje společnost, kulturu, kamarády a rodinu. „*Rádi chodíme do společnosti, buď do kina anebo třeba za našimi společnými kamarády, nebo taky trávíme čas s mou či jeho rodinou. No, ale úplně nejvíce mám ráda, když jsme s partnerem sami a můžeme si povídat*“ (Julie/12). To samé lze zaznamenat také u Jakuba, který říká, že záleží hodně na náladě v daný okamžik a na tom, kam by se oba partneři chtěli podívat. „*Tak zašli jsme si do kina, divadla, na plavání, různé výlety a veletrhy, přátelé a akce kolem aut (tuning, drift, atd.). Na co zrovna byla nálada, a o čem jsme se někde dozvěděli*“ (Jakub/6). Pro Žanetu je naopak cennější, povídat si s partnerem o životě, o problémech atd. raději v přírodě nežli v domácím prostředí. „*Vždycky si sedneme do parku a tam si povídáme o životě. Vlastně zjistila jsem, že za tu dobu co jsme spolu, že si radši povídám o problémech venku, jak doma*“ (Žaneta/17). Další participantka Simona se věnovala se svými partnery zálibám, které byly v rámci školy. „*Tak většinou jsme dělali takový nějaký společný koníčky během školy, což většinou byly třeba sporty (badminton a plavání), chodili jsme různě i po výletech, moc jsme nechtěli trávit čas jakoby ve škole, takže tak. A s manželem jsme chodili vlastně se psem třeba na výlety, na procházky a takhle*“ (Simona/4). Z dalších výpovědí participantů, můžeme vidět, že s partnerkami buď sledovali filmy, chodili na procházky, občas s nimi zašli do kina či na večeri, anebo spolu převážně jen komunikovali. „*Tak často jsme byli na procházkách, koukali na filmy nebo se společně učili*“ (Adam/4).

„Občas kino, večere, intimní styk, prostě normální věci“ (Michal/5). „Převážně jsme někam chodili, mluvili“ (Pavel/5).

Druhým kódem je **vzájemná láska partnerů**, kde dva participanti, konkrétně Jakub a Adam potvrzují, že láska v partnerství je pro ně zásadní, protože jen díky intenzivnějším emocím dokáží být šťastní. „*Neumím si představit, že bych nebyl šťastnej bez nějakého vztahu. Jakoby i ta láska to je pro mě to nejdůležitější*“ (Adam/14). Podobně je na tom i Jakub. „*Samozřejmě musíme se mít rádi, bez lásky to nejde*“ (Jakub/13). Nelze ani opomenout, že **úcta k partnerce**, je pro některého z participantů součástí fungování partnerského vztahu. Jakub zmínil, že: „*Holka je pro mě člověk, kterého já si vážím, kór, když se vůči mne chová slušně. Já to беру jako to rčení: Ženy ani květinu neuhodíš, tak to беру vážně dosti*“ (Jakub/8). Také i **opora partnerky**, je nedílnou součástí pro partnerský vztah dle Michala. „*Jako pro mě je důležitý, abych měl možnost se o partnerku opřít v těžkých životních situacích. Jako víte co, s handicapem budete vždycky odkázáni na nějakou pomoc*“ (Michal/19). Čtvrtým kódem je **utužování vztahu**, kde jeden z participantů potvrdil, že se na vztahu musí stále pracovat, aby se mohl dále vyvíjet správným směrem. „*No jasně, tak časem odpadne ta láska nebo už to není jak teď, ale jak říkám, něco tě k tomu člověku táhne pořád a je ti s ním dobře. Hlavně furt se na tom musí pracovat, přesně tak, jinak to prostě nejde. Je to těžkej boj, co si budeme povídat, ale žádný vztah není zadarmo*“ (Jakub/14). Mezi další kód můžeme zařadit **společné soužití s partnerem**, které Julie vnímá jako naplňující, protože se může svému partnerovi svěřit a sdílet sním, jak pozitivní tak i negativní zážitky. „*Jakoby abychom měli tu společnou domácnost a jak to říct prostě, jako když přijdu z práce a můžu svému partnerovi říct, jaký jsem měla den třeba, co mě trápilo nebo naopak, co jsem zažila pozitivního. Chtěla bych, aby to se mnou sdílel a já s ním*“ (Julie/11).

Lze konstatovat, že i významnou roli pro mladé dospělé s vrozeným tělesným postižením hraje **důvěra a porozumění jako základní kámen vztahu**, kde hlavně důvěra pomáhá předcházet krizím ve vztahu. Jak říká jeden participant, že pokud se důvěra ve vztahu nebuduje, nemohou být tak touhy a potřeby partnera naplňovány. „*Já jsem to zažil. Prostě, když chodíš s někým a člověk ti nevěří, tak prostě nemáš na čem stavět, to se nedá a vysvětlovat tomu člověku na desetkrát, jak ho moc miluješ, jak moc s ním chceš být a nikdy ti ten člověk nebude věřit, protože ti nevěří, tak to je taky špatně*“ (Jakub/12). Michal se přiklání k tomu, že pokud není ve vztahu důvěra, nemá vztah smysl. „*Bez té důvěry by to v tom vztahu prostě nešlo. Bych s ní nemohl být, kdybych jí nevěřil*“ (Michal/21). To samé

potvrzuje Julie. „*Bez toho bych nemohla partnerovi věřit a ten vztah by neměl smysl*“ (Julie/10). I poslední participantka říká, že ve vztahu je nedůležitější důvěra a porozumění. „*Důvěra, porozumění, a když řeknu, že nechci pomoc, tak opravdu nechci. Někteří byli jako velice překvapení, někteří i tak jakoby naráz se mi snažily pomoci. Já říkám, že pokud to nezvládnou, tak si o pomoc dokážu říct*“ (Simona/14).

Mezi další prostředek pro fungování partnerského vztahu můžeme řadit **komunikaci jako základ vztahu**, kde právě Jakub zmínil následující výrok. „*Každý má nějaký chyby, nechci vyloženě vycítat každou prkotinu jo, musí ty lidi hlavně spolu mluvit, všechno je o té komunikaci. Každý jsme jinej, každý má rád něco jiného, ale jako nemůžeš vědět, co ten člověk má rád, když se o tom nezačneš s ním bavit*“ (Jakub/13). Žaneta a Julie si stojí za tím, že pomocí vzájemné komunikace dokáže vztah dlouhodobě fungovat. „*Je to o té komunikaci hodně. Hodně mi záleží na tom, abychom si nelhali a vzájemně řekli, co nás trápí a abychom si o tom popovídali*“ (Žaneta/3). „*Když jsou ve vztahu nějaké problémy, tak se sami od sebe nikdy nevyřeší, je k tomu potřeba s partnerem o problémech mluvit a nějak je řešit*“ (Julie/1). Michal naopak v rozhovoru zmínil, že pro něho je především **vzájemná sympatie k partnerovi**, to co by v partnerském vztahu nemělo chybět. „*Když nemáte k partnerce vzájemné sympatie, tak s ní nemůžete přece být*“ (Michal/1). Předposledním kódem je **spokojenost a vzájemné přátelství ve vztahu**, kde konkrétně Pavel poukazuje na uvedenou skutečnost. „*Spokojený vztah asi závisí i na vzájemném přátelství. Já jsem do úsečného bodu asi měl spokojený vztah s partnerkami*“ (Pavel/14). Na závěr lze říci, že někteří jedinci s tělesným postižením vnímají svůj partnerský vztah tak, že **není to jenom o sexu**, protože smysl partnerského vztahu vidí úplně jinak. „*Vztah není vyloženě jenom o sexu, ale o tom, abychom si rozuměli a vzájemně se přitahovali a dokázali si vyjít vstříc v našich potřebách a touhách a dokázali o tom mluvit*“ (Julie/15). To samé zmínila i Žaneta. „*Nemyslím si, že by vztah byl jenom o sexu, je to hlavně úplně o něčem jiném*“ (Žaneta/30). Také Pavel řekl, že ve vztahu nechce nic uspěchat, a že pro něho není sex až tak ve vztahu důležitý. „*Jako sex pro mě nehraje až tak velkou roli, nutnost vztahu to pro mě není nebo nebyla v té dané chvíli*“ (Pavel/24).

5.1.5 Kategorie č. 5: Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy

V páté kategorii se zaměříme na interpretaci kódů, které se vztahují k negativním aspektům ovlivňující partnerské a sexuální vztahy. Pro nasycení této kategorie jsme použili následující kódy.

ZAŘAZENÍ KÓDŮ DO KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
NEGATIVNÍ ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ PARTNERSKÉ A SEXUÁLNÍ VZTAHY	Obavy z přístupu partnera ke zdravotnímu postižení
	Omezení vlivem zdravotního postižení
	Vliv rodiny na partnerský vztah
	Konflikt s rodinou partnera
	Potřeba plánovat
	Vztah na dálku
	Chování jako k bratrovi
	Odtažitost partnerky
	Opakovaný rozchod
	Neoprávněný vztah
Nevěra	

Tabulka č. 5: Kódy reprezentující kategorii „Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy“ (Vlastní výzkum, 2019)

Na základě všech výpovědí mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením lze konstatovat, že tyto negativní aspekty výrazně ovlivňují jejich partnerské a sexuální vztahy. Nelze tedy ani vyloučit, že na základě těchto zjištěných negativních aspektů může jejich partnerský vztah vést až k rozpadu. Může se jednat o nejrůznější obavy z přístupu partnera ke zdravotnímu postižení či omezení vlivem zdravotního postižení, kde jejich pohyb omezuje jejich funkčnost. Také vliv rodiny narušuje partnerský vztah mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, protože rodiče se nedokáží smířit s tím, že jejich syn/dcera si našla/našel partnera. Podle participantů partnerský vztah také ovlivňuje to, když nastane nějaký konflikt s rodinou partnera. Také vztah na dálku, potřeba plánovat, odtažitost partnerky, chování jako k bratrovi, opakovaný rozchod, neoprávněný vztah či nevěra, dokáže výrazně tento vztah ovlivnit, a pak už to nemá pro participanty žádný smysl.

První kódem jsou *obavy z přístupu partnera ke zdravotnímu postižení*, kde konkrétně Žaneta zmiňuje, že má obavy z toho, jak bude její partner přistupovat k jejímu zdravotnímu postižení. „Zda prostě tomu svému příteli budu vyhovovat po sexuální stránce“ (Žaneta/7). Naopak Michal měl spíše obavy v tom, co řekne jeho partnerka na jeho narušenou komunikační schopnost. „Obavy jsem měl spíše z toho, jak se partnerka

*postaví k mému postižení a k mé řeči, hlavně k tomu jak mluvím“ (Michal/12). Dalším kódem je **omezení vlivem zdravotního postižení**, kde dva participanti říkají, že díky svému zdravotnímu postižení nemohou dělat věci, které by chtěli. „*Jakoby nemůžu dělat všechno, např. domácí práce“ (Julie/10). I Michal říká, že jeho omezení zasáhlo konkrétně do oblasti sexu, kde nemůže s partnerkou praktikovat polohy, které by oba partneři chtěli. „Především šlo o můj handicap, zejména v oblasti sexu, protože díky tomu svému handicapu nemůžu dělat polohy, které si partnerka žádá. Jednou jsme s partnerkou zkoušeli novou sexuální polohu, ale marně, nešlo to“ (Michal/16). Mezi další kód můžeme řadit **vliv rodiny na partnerský vztah**, který taktéž může velmi ovlivnit fungování partnerských vztahů. Žaneta se setkala s tím, že rodina jejího partnera ho chtěla mít jen pro sebe, avšak on chtěl mít svůj vlastní život. „Přítelova rodina ho chtěla mít jenom pro sebe prostě, a to se partnerovi nelíbilo, chtěl mít svůj vlastní život“ (Žaneta/26). Další participantka Simona popisuje situaci týkající se negativního postoje rodiny na její partnerský vztah. „Já jsem ještě studovala a tak to bylo takový složitější dojíždět za ním do Pardubic a do toho moje rodina s tím měla velký problémy, takže se mi to snažili znepríjemnit, abych za ním nemohla jezdit“ (Simona/23).**

Čtvrtým kódem je **konflikt s rodinou**, který negativně narušil partnerský vztah Pavla a jeho přítelkyně. Svoji odpověď v rozhovoru vylíčil Pavel následovně. „*Čekal jsem prostě na slečnu, měla za mnou přijet vlakem, čekal jsem na ní na nádraží, vlak přijel a ona nevystoupila, tak jsem jako vzal telefon, zavolał jsem a nebrala mi to, tak říkám, asi je něco už hodně špatné. No a čekal jsem tam asi tři minuty no a potom, protože na Štěpánském nádraží je ještě parkoviště, a jelikož já jsem čekal u toho vchodu, tak jak jsem se už vracel a šel přes to parkoviště, tak najednou tam vidím zaparkovaný drahý BMW a z toho vystoupil tatínek, měli jsme asi třiceti minutovou debatu, bylo to takové zajímavé...jako něco ve smyslu, co si slibuju od toho, že jako s jeho dcerou vůbec nějakým způsobem komunikuju atd., a ta dcera tam vůbec nebyla, takže tak jo, potom se mi už neozvala“ (Pavel/13). Pátý kód je označovaný jako **potřeba plánovat**, kde pouze jeden participant vypověděl, že musel se svoji partnerkou pravidelně vše plánovat, aby mohl jejich partnerský vztah fungovat. „*Já musím vždy minimálně plánovat týden dopředu, což byl často problém“ (Pavel/20). Ono i vztah na dálku není nic jednoduchého. Je to hlavně o trpělivosti a přitažlivosti partnerů. Konkrétně Julie viděla problém ve vzdálenosti. „Hlavní problém s mým bývalým byla vzdálenost. Bydlel ode mě hodně daleko a moc jsme se neviděli, byl to takový vztah přes internet a moc to nefungovalo“ (Julie/13). Sedmým**

kódem je **chování jako k bratrovi**, kde se s touthle negativní zkušeností setkal Jakub. Svoji odpověď vyjádřil slovy. „*Když chodíš s holkou, která se k tobě chová jako k bratrovi, tak to má taky ke vztahu hodně daleko*“ (Jakub/7).

Mezi další kód můžeme řadit **odtažitost partnerky**, kdy tato skutečnost může mít značný vliv na vyvíjení se partnerského vztahu. Adam nás informoval o tom, že u partnerky cítil velkou odtažitost a tím jeho vztah byl narušen. „*Hlavně u jedné partnerky, prostě jsem nic necejtil u ní tu přitažlivost, jakoby ke mně byla taková odtažitá, moc se nebavila už*“ (Adam/16). V případě takových negativních aspektů může vzniknout **opakovaný rozchod**. Takovou zkušenost má náš další participant Jakub. „*To jsme se vlastně rozešli asi třikrát a poslední rozchod byl z její strany, ten její důvod jsem nepochopil. Pak jsem se dozvěděl, že to tak nemyslela, tak jsem měl sto chutí jí poslat někam*“ (Jakub/8). S opakovaným vztahem se úzce pojí **neopravdivý vztah**, kde jeden z participantů zjistil, že jeho vztah byl neupřímný, protože jeho partnerka myslela na svého bývalého přítele. „*Ze strany těch holek jsem cítil, že to stále není vztah, protože když chodíš s holkou, která ve finále myslí na bejvalýho, tak to má od vztahu dost daleko*“ (Jakub/7). Posledním kódem je **nevěra**, se kterou se setkal Adam, a tím tak musel svůj partnerský vztah ukončit. „*Poslední vztah jsem ukončil já, protože mě ta slečna podváděla*“ (Adam/6).

5.1.6 Kategorie č. 6: Sexuální život

V šesté kategorii se zaměříme na interpretaci kódů, které se vztahují k sexuálnímu životu. Pro nasycení této kategorie jsme použili následující kódy.

ZAŘAZENÍ KÓDŮ DO KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
SEXUÁLNÍ ŽIVOT	První sexuální zážitek
	Zkušená partnerka
	Sexuální uspokojení
	Sexuální praktiky
	Spontánní sex
	Nedokonalé tělo
	Pohlavní styk z lítosti
	Zásah rodičů

Tabulka č. 6: Kódy reprezentující kategorii „Sexuální život“ (Vlastní výzkum, 2019)

Na základě všech výpovědí mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením lze konstatovat, že sexuální život je pro tyto osoby součástí jejich vytváření partnerských vztahů. Hlavně pokud se jedná o první sexuální zkušenost, tak ta pro ně může mít vzrušující a nezapomenutelný zážitek. Také se ani nebrání tomu, když vedle sebe mají zkušenou partnerku, která pohlavní styk vede, a tím si tak dokážou oba partneři svůj pohlavní styk velmi zpříjemnit. K pohlavnímu styku také patří i sexuální uspokojení, které každý z participantů vnímá jiným způsobem. Může se jednat o nejrůznější doteky, rozkoš či může dojít až k sexuálním praktikám. Pokud se podíváme na obavy, tak dva mladí dospělí mají strach z toho, co jejich partner řekne na jejich nedokonalé tělo. Samotný pohlavní styk dokáže narušit i to, když je pohlavní styk uskutečněn na základě lítosti jednoho z partnerů. Také i rodiče mohou výrazným vlivem zasáhnout do sexuálního života partnerů.

Prvním kódem je **první sexuální zážitek**, který může vytvořit nové sexuální prožitky a tím tak vybudovat pohodlné milování s partnerem. Žaneta nám v rozhovoru odpověděla, že svůj první sexuální styk hodnotí velmi kladně. „*Můj první sexuální zážitek s partnerem byl příjemný a probíhal v klidném prostředí, byla jsem spokojená*“ (Žaneta/32). Také pro Michala a Jakuba byl první sexuální zážitek něco nového a uvedli následující odpovědi. „*Tak byl jsem nervózní a celý jsem se chvěl, bylo to pro něco nového, ale strašně jsem se těšil, do půl hodiny bylo po všem*“ (Michal/17). „*Bylo to vzrušení a samozřejmě i nervozita. Přece jen žádná praxe, ale díky jejímu pochopení a malé pomoci a vášni z obou stran, to bylo něžné a příjemné pro nás oba si myslím*“ (Jakub/20). Naopak pro Adama to bylo jiné a pociťoval před začátkem nervozitu. „*No první to bylo hodně zvláštní, protože jsme nevěděli, co vlastně vůbec dělat a potom už jsme nějak podle instinktu nějak dokázali fungovat*“ (Adam/19). Podobně na tom byla i Julie, která netušila, jaké to pro ni vlastně bude. „*Tak z počátku to bylo trošku těžké, protože to pro mě bylo poprvé a nevěděla jsem, do čeho jdu*“ (Julie/16). Dalším kódem je **zkušená partnerka**, kde Jakub říká, že mít vedle sebe zkušenou partnerku je vlastně výhoda. „*Vůbec od toho šestiletého vztahu tam to bylo vlastně normálně, příležitost byla, a když byla chuť. Samotného mě to překvapilo, protože ona v tomhle směru byla mnohem zkušenější než já*“ (Jakub/19).

Třetí kód je označován jako **sexuální uspokojení**, které by mělo být součástí každého vztahu. Z rozhovoru vyplynulo, že sexuální uspokojení pro některé mladé dospělé

je především o dotecích, něže či o tom, že dotyčná osoba je má ráda. Někdo zase naopak vnímá, že sexuální uspokojení je o tom, že první partner uspokojí svoji přítelkyni a poté až sebe. Konkrétně Jakub vypověděl, že uspokojit sebe samotného je ve skutečnosti velmi jednoduché, ale uspokojit partnerku je složité. Snaží se tak více zaměřovat na ni a poté až na sebe. „*Já jsem v tomhle spíše takovej, že ono to možná vyzní blbě, já vždycky říkám jako pro chlapa ten sex užít a uspokojit se je strašně jednoduchý, ale pro tu holku to tak jednoduchý není, takže v mém případě je to tolikrát, že já upřednostňuji, aby se mi podařilo uspokojit tu partnerku*“ (Jakub/21). To stejné říká i Pavel. „*Uspokojím je nebo se o to aspoň pokusím, tak tím uspokojím i sebe, takže tak*“ (Pavel/24). Další tři participantky vnímají své sexuální uspokojení spíše citově, kde hlavně postrádají něhu ze strany partnera. „*Obejmutí, pohlazení od partnera, to je to, co potřebuji od toho partnera*“ (Žaneta/31), dále „*Pro mě má velkou hodnotu, když mě můj partner obejmě a řekne, že mě má rád a taky, když se vedle sebe probouzíme*“ (Julie/17). „*Já jsem velice něžný člověk, potřebuji tam cítit tu něhu a to, že ten člověk o mě opravdu stojí i při tom sexu*“ (Simona/20). Někdo zas naopak rád využívá **sexuální praktiky**, které mohou zpestřit jejich sexuální život. Zejména Michal vypověděl výrokem: „*Tak jako nějaký experimenty, aby to okořenilo ten vztah, třeba striptýz, ten by byl dobrej*“ (Michal/18).

Aby byl sexuální život těchto mladých dospělých uspokojivý, volí **spontánní sex**, který naruší jejich rutinu. Simona se nám svěřila se svým zážitkem s partnerem, její odpověď v rozhovoru zněla. „*Bylo to takový hrozně jakoby spontánní. Já jsem za ním přišla, když on přijel z nějakýho tréninku z lyží a ani nevím pořádně, jak k tomu došlo a už to bylo*“ (Simona/21). Podobně je na tom i Pavel, který také dává přednost spontánnímu sexu, aby samotný prožitek s partnerkou mohl být co nejdokonalejší a vzrušující. „*Já jsem se vždycky pokoušel o to, aby to bylo spontánní, protože takové věci já neplánuji, takže jako přijde mi to jednak neromantické a jednak takové k ničemu, když se něco takového plánuje, tak už potom je to nezajímavé*“ (Pavel/23). Významnou roli v sexuálním životě těchto jedinců hraje i **nedokonalé tělo**, kde si dvě participantky myslí, že jejich tělo je nezajímavé a pro partnera může být odpudivé. Konkrétně se k tomuto výroku připojila Julie a Žaneta, které si myslí, že jejich tělo je právě to, co může ovlivnit jejich samotný pohlavní styk. „*Pro mě to z počátku příjemné nebylo, protože jsem měla strach, co si bude můj partner myslet o mém těle*“ (Julie/16). „*Tak moje tělo, to určitě ovlivňuje náš pohlavní styk*“ (Žaneta/33). Sedmým kódem je **pohlavní styk z lítosti**, kde konkrétně Pavel se setkal s touto negativní zkušeností. Jeho výpověď v rozhovoru zní. „*Bylo to dost komické,*

*protože ta jedna strana to dělala řekněme si upřímně spíše z litosti než z toho, že by to jako po mě chtěla a takže to byla taková moje zkušenost tady k tomu“ (Pavel/21). Významným faktorem, který také může negativně ovlivnit pohlavní styk osob s vrozeným tělesným postižením je **zásah rodičů**, kde je nutno podotknout, že vstup rodičů do místnosti „v nepravou chvíli“ může tyto osoby odradit od pohlavního styku. „Jednou jsme se k tomu ani nedostali, protože její rodiče byly nesmírně pečlivý a rychlý, jako pro sebe chvilku, to bychom měli, ale k tomu samotnému nedošlo, takže tak“ (Pavel/22).*

5.1.7 Kategorie č. 7: Plánování budoucnosti

V sedmé kategorii se zaměříme na interpretaci kódů, které se vztahují k plánování budoucnosti. Pro nasycení této kategorie jsme použili následující kódy.

ZAŘAZENÍ KÓDŮ DO KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
PLÁNOVÁNÍ BUDOUCNOSTI	Představa o standardním vztahu
	Cestování s partnerem
	Společné bydlení s partnerem
	Touha po rodině
	Opatrný přístup k partnerským vztahům
	Osamostatnění se

Tabulka č. 7: Kódy reprezentující kategorii „Plánování budoucnosti“ (Vlastní výzkum, 2019)

Na základě všech výpovědí mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením lze konstatovat, že každý z nich je jiný a má jiné představy o budoucnosti. Někteří berou vztah tak, že se do něj vrhnou hlava nehlava a příliš věci neřeší, jiní jsou zase takový, že je pro ně důležité se s partnerem společně smát i brečet. Jedna z participantek např. odpovídala, že i společné cestování s partnerem je pro ni základ pro utváření si budoucího fungování vztahu, protože díky společným zájmům si mohou navzájem ukázat své touhy a plány do budoucna. Zjistili jsme, že i tito mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením plánovali či plánují společné bydlení s partnerem, aby se jejich partnerský vztah mohl posunout dále. S tím se pojí i touha po dítěti, kterou mají především ženy.

Prvním kódem je **představa o standardním vztahu**, kde Jakub poukazuje na to, že: „Normální vztah je prostě to, že se s tím člověkem někdy pohádáš, pobřečíš si s ním,

*směješ se s ním“ (Jakub/1). Dále Michal vymezil, že je pro něho důležité, aby mohl se svoji partnerkou sdílet všechny okamžiky. „Sdílet hezký okamžiky a i smutné chvíle, ve dvou je ten život snadnější“ (Michal/19). Naopak Adam spíše vyhledává lásku a dlouhodobý vztah. „Spíše jakože najít tu lásku a mít dlouhodobý vztah“ (Adam/20). Nelze ani vyloučit, že do vztahu jeden z participantů se snaží vstoupit přirozenou cestou, která mu postupně ukáže, zda se vztah vyvíjí správným směrem či nikoli. „Stejně do toho člověk musí skočit, jak se říká po hlavě, když jako nechce být sám. To se stejně jinak udělat nedá, vůbec na začátku vztahu to musíš risknout a zkusit, jestli to vůbec bude fungovat nebo nebude, pak až v tom pokračovat a třeba ten vztah nějak vytvářet nebo to prostě skončit, jinak to prostě nejde“ (Jakub/23). Kód nazvaný **cestování s partnerem** poukazuje na to, že pokud se má vztah pozitivně vyvíjet, je k tomu potřeba realizovat i společné cestování do přírody či na jiná zajímavá místa. Julie potvrzuje, že se svým partnerem mají rádi cestování. „Oba máme totiž rádi přírodu a poznávání nových míst. Chtěla bych, abychom společně cestovali a někam se společně podívali“ (Julie/19).*

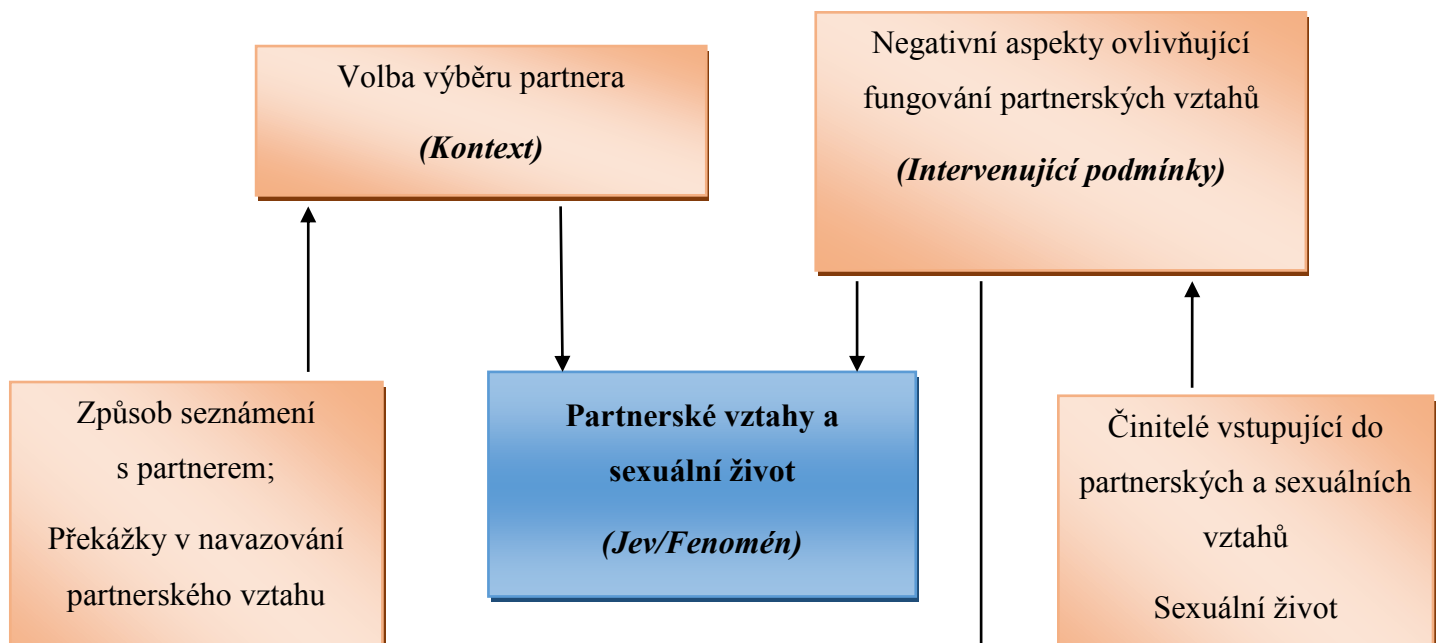
Dalším kódem je **společné bydlení s partnerem**, kde mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením odkazují na skutečnost, že společné bydlení pro ně znamená posun vpřed. Michal nás v rozhovoru informoval o tom, že s partnerkou plánovali společné bydlení, ale neuskutečnilo se tak. „Hlavně jako partnerka s tím přišla že, já jen souhlasil, akorát se to pak nějak zvrtilo“ (Michal/15). To samé vypověděl i Jakub. Avšak bydlení s rodiči partnerky mu poněkud nevyhovovalo, kvůli nedostatečnému soukromí. „Jako ona chtěla, abych se nastěhoval k ní a jejím rodičům, nevím, kdyby to bylo třeba ve městě, člověk by tam mohl s tím člověkem trávit více času, tak jako dobrý, ale přece jenom, když bydlí na vesnici, tak tam nemáš za prvé moc kvůli těm rodičům soukromí“ (Jakub/24). Dále i Žaneta uvedla, že společné bydlení patří k budoucímu fungování partnerských vztahů. „Když jsem viděla, že ten vztah funguje, tak jsem si přála, abychom spolu bydleli a ták“ (Žaneta/24). Taktéž Pavel plánoval se svými partnerkami společné bydlení. „S partnerkami jsem dokonce i plánoval, že se přestěhujeme spolu někam“ (Pavel/16). Můžeme i zmínit, že do značné míry se chce Julie se svým partnerem osamostatnit a má sen o dokonalém bydlení. „Tak do budoucna bych se s partnerem chtěla osamostatnit úplně. Myslím tím, že si najdeme domeček, kde budeme mít zahrádku a psa“ (Julie/18).

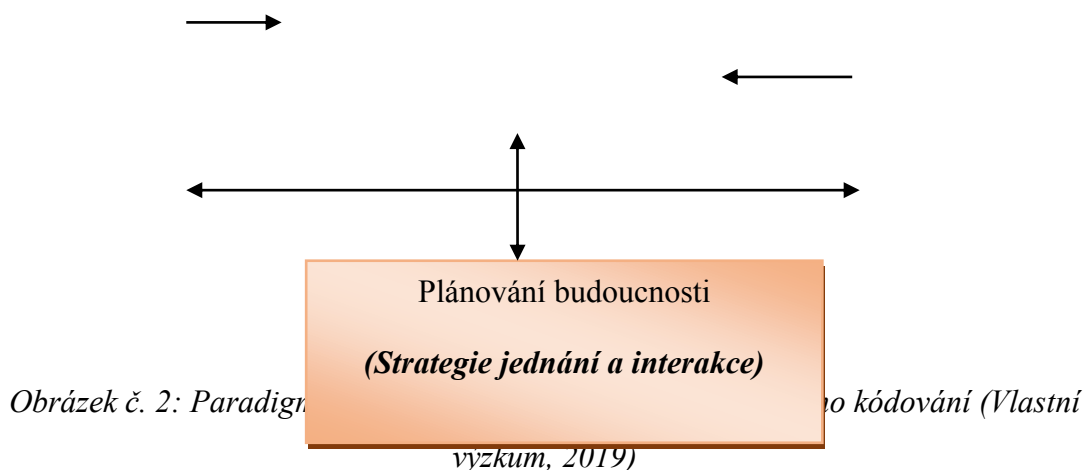
Nicméně v rozhovoru zazněla i **touha po rodině**, kde by se zejména tři participantky rády posunuly v partnerství o krok vpřed. Jedna z participantek odpovídala následovně. „Taky jsme se už bavili o dětech, ale zatím tomu necháváme volný průběh“

(Julie/18). Dále i Simona chtěla mít dítě, ale zejména její partner se bál vzhledem ke svým zatěžujícím dědičným vlivům. „*Jen s tím posledním a s tím jsem chtěla mít i jakoby rodinu, ale bohužel partner nechtěl, protože se bál, že aby nebyl nositelem svoji nemoci*“ (Simona/24). Poslední výpověď uvedla Žaneta slovy, že dítě si přála, ale postupem času od této myšlenky upustila. „*Nebyla podpora rodiny, byla to pro ně tragédie. Hodně mě to zklamalo, ale postupem času jsem od té myšlenky upustila*“ (Žaneta/22). Mezi další kód můžeme řadit **opatrný přístup k partnerským vztahům**, kde právě Jakub zmiňuje, že po svých zkušenostech s bývalými partnerkami, bude mít do budoucna obezřetný přístup k partnerským vztahům. „*Ty zkušenosti po těch vztazích, hlavně po těch dvou posledních, nebudu říkat, jako člověka to ovlivnilo, takže trošku opatrnější přístup, k tomu do budoucna*“ (Jakub/23). To stejné vypověděl i Adam. „*Rád bych se vyvaroval všech mých minulých chyb, co jsem ve vztahu udělal. Zároveň doufám, že mých budoucích vztahů bude, co nejméně*“ (Adam/20). Poslední kód je **osamostatnění se**, kde jeden z participantů se domnívá, že právě pomocí osamostatnění se, může najít nový vztah. „*Moje partnerské vztahy závisí na tom, že budu aspoň trošku samostatnější, než jsem teď...pokud nějakým způsobem dokážu tady toto překonat, tak si myslím, že není problém s ničím*“ (Pavel/25).

5.2 Paradigmatický model a jeho interpretace

Touto kapitolou můžeme plynule navázat na axiální kódování, jež spočívá v zasazení kategorií do paradigmatického modelu. Vznikla nám tedy jedna centrální kategorie (jev neboli fenomén) a kolem ní jsou uskupeny ostatní kategorie jako jsou: příčinné podmínky, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a následky (Strauss, Corbinová, 1999, s. 72). Následující model nám konkrétněji nastíní vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.





Jev neboli fenomén je ústřední myšlenka, událost, dění či případ, který se zaměřuje právě na soubor zvládajících nebo ovládajících jednání, k němuž má tento soubor jednání nějaký vztah. Můžeme tento jev identifikovat na základě kladení otázek: Čeho se údaje týkají? O čem je vlastně toto jednání nebo interakce? V našem případě lze říci, že všechny kategorie se vztahují k partnerskému životu a sexuálních vztahů, které drží tyto jednotky při sobě.

Příčinná podmínka je termín, který odkazuje na události nebo případy, které se týkají výskytu nebo vzniku jevu (Strauss, Corbinová, 1999, s. 73). V našem případě se jedná o seznámení a sblížení s partnerem, který vede ke vzniku partnerských a sexuálních vztahů. Seznámení našich participantů proběhlo na různých místech a záleželo především na nich, jaký způsob zvolili. Nelze však ani vyloučit, že samotné překážky v navazování partnerského vztahu do značné míry ovlivňují vstup do partnerského vztahu, protože každý jedinec je odlišný vzhledem k svým individuálním zvláštnostem a osobním zkušenostem. Může se jednat například o zdravotní postižení, negativní předsudky okolí a reakce na partnerovo postižení.

Kontext je konkrétní soubor vlastností, který je zároveň určitým souborem podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání nebo interakce určené ke zvládání, ovládání vykonávání či reagování na určitý jev (Strauss, Corbinová, 1999, s. 74). Do kontextu jsme zařadili volbu výběru partnera, kde konkrétně preference vykazují, koho si vlastně participanté vedle sebe představují. Tyto osoby si vybírají především charakterové vlastnosti dle jejich konkrétních potřeb, ať už se jedná o vzhled, inteligentní stránku či ochotu partnera. V tomto případě si participanté vybírají spíše partnery s postižením, protože se domnívají, že je daná osoba dokáže plně pochopit a mohou se tím vyřešit různé problémy.

Intervenující podmínky jsou široké a obecné podmínky, které ovlivňují strategie jednání nebo interakce (Strauss, Corbinová, 1999, s. 75). Z výzkumu je patrné, že partnerské a sexuální vztahy jsou spojené s negativními či pozitivními reakcemi, ať už se jedná o nejrůznější situace, reakce či postoje ze strany např. rodiny, partnerů atd. Nastanou-li takové situace, je nutno na ně umět reagovat, a vyhnout se tím možným negativním dopadům.

U *Strategie jednání a interakce* jde o jednání nebo interakce, které jsou zaměřené na zvládnání, ovládnání, vykonávání či reagování na nějaký jev (Strauss, Corbinová, 1999, s. 76). Mezi tento jev řadíme plánování budoucnosti, které participanti považují za součást fungování jejich partnerského vztahu. Představy o budoucnosti měli participanti různé, v některých případech vedly i ke společnému bydlení, založení rodiny či představě o standardním vztahu.

Následky jsou jednání nebo interakce, které reagují na jev. Tyto následky nebývají vždy předpověditelné nebo zamyšlené. I když nedojde k jednání či k interakci, vždy lze nalézt určité následky (Strauss, Corbinová, 1999, s. 78). Do následků jsme zařadili činitele vstupující do partnerských a sexuálních vztahů, které má každý participant různé. Může jít o společné strávené chvíle s partnerem, důvěru a porozumění či komunikaci, které považují jako základ vztahu. Také i samotný sexuální život, je nedílnou součástí partnerského vztahu, protože tyto osoby sbližuje. Zejména kvalita a zkušenosti mohou zásadně ovlivnit fungování jejich partnerského vztahu.

6 SHRNUÍ VÝZKUMU A DISKUZE

V praktické části naší bakalářské práce jsme věnovali pozornost nejprve popisu základních náležitostí metodologie výzkumu. V následující kapitole jsme se již zaměřili na samotný výzkum, kde jsme pomocí dílčích postupů zakotvené teorie analyzovali data, které jsme získali pomocí polostrukturovaného interview. Poté jsme v rámci otevřeného kódování vytvořili kategorie a vztahy mezi nimi byly rozkryty až axiálním kódováním.

Nyní shrneme výsledky výzkumu, které byly zjištěny na základě uskutečněného výzkumného šetření. Naším cílem bylo prostřednictvím výzkumného šetření zjistit a popsat, jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života. Na základě tohoto hlavního výzkumného cíle, byly stanoveny další tři dílčí výzkumné cíle, prostřednictvím kterých jsme se snažili zjistit a popsat, jaké mají mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením preference při výběru partnera, dále jaké faktory ovlivňují jejich partnerské a sexuální vztahy a jaké jsou představy mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením o jejich budoucím partnerském životě. Vzhledem k tomu, že výsledky výzkumu této bakalářské práce nejsou zobecněny na veškerou populaci, tak můžeme pouze nastínit reálné skutečnosti této problematiky, a to na základě účastníků našeho výzkumu.

V dalších řádcích nastíníme odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky. Nejprve budou zodpovězeny otázky, které se týkají jednotlivých dílčích výzkumných otázek, abychom mohli lépe nahlédnout do zkoumané problematiky a poté, abychom si dokázali odpovědět na hlavní výzkumnou otázku.

1. Jaké mají mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením preference při výběru partnera?

Můžeme říci, že ze všech výpovědi mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením je volba výběru partnera velmi odlišná, ale představuje velmi důležitou součást jejich života, protože každý si představuje svého partnera/partnerku podle svých představ, se kterým/kterou dále prožije spokojený život. Z jednotlivých rozhovorů tedy vyplynulo, že většina participantů si vybírá své partnery se zdravotním postižením, a to z důvodu vzájemného pochopení, ale přiznali, že by jim ani nevadilo, kdyby měli intaktního partnera/partnerku. Z úst participantů zazněla nejčastěji odpověď inteligentní stránka partnera, která je dle nich důležitou součástí osobnosti, protože souvisí s jejich vystupováním a také porozuměním. Právě proto se do popředí

staví spíše intelekt a vzhled přichází na řadu až později. Avšak jsou tu i dva participanti, kteří berou vzhled jako prioritu. Jednomu z nich záleží na fyzické přitažlivosti, jako jsou vlasy, oči nebo ruce a druhému naopak zase záleží na přirozenosti partnerky. Také další participant dává přednost výjimečnosti, protože jen tak jej může daná osoba zaujmout. Není ani pochyb, že při výběru partnera hrají povahové rysy významnou roli. Konkrétně jedna participantka odpověděla, že je pro ni ochota partnera velmi důležitá, protože díky svému omezení nemůže dělat běžné věci spojené s domácností a bez ochoty partnera, by její vztah nemohl dále fungovat. Také i chování partnera má velký vliv na spokojenost ve vztahu. V neposlední řadě si dva participanti při volbě partnera volí společné koníčky, protože pro ně je významné, aby jejich partner měl společné zájmy stejně, jako mají oni. Dále zazněla v rozhovoru i aktivita partnera, kde jedna participantka potřebuje mít vedle sebe stejně aktivního partnera jako je ona sama, protože jen díky tomu, může být s partnerem spokojená.

Zjištěná fakta se téměř shodují s teoretickými poznatky. V porovnání s teorií můžeme vidět, že tyto osoby si vybírají partnery se zdravotním postižením nebo i bez postižení, což jsme úzce popisovali ve třetí kapitole teoretické části. Konkrétně Vágnerová (1999, s. 223) říká, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením dávají přednost partnerům s tělesným postižením, protože u nich hledají pochopení pro své problémy. Také se setkáváme s důrazem, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mají své představy takové, že mají přání, aby jejich partner byl zdravý nebo alespoň méně postižený. Také dávají přednost vzhledu, jak podotýká Venglářová, Eisner (2013, s. 18). Ono pokud se naučí intaktní partner respektovat určitá omezení, které vyplývají z partnerova postižení, může se na základě toho naučit partnera vnímat a rozvíjet u něho vlastnosti a schopnosti, které jsou na něm přitažlivé a atraktivní, což se taktéž shoduje s výsledky (Novosad, 2009, s. 59). Naopak z teoretických poznatků nevyčteme, že tito lidé hledají i inteligenční stránku a ochotu partnera. Také je pro ně důležité chování partnera a společné koníčky partnerů.

2. Jaké faktory podle mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením ovlivňují jejich partnerské vztahy a sexuální život?

S výběrem partnera/partnerky mohou zásadně souviset i překážky, se kterými se mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením v průběhu svého života setkali. Jednalo se o nejrůznější překážky – zdravotní postižení, negativní předsudky okolí, vzdálenost od partnera, strach z odmítnutí či reakce rodiny na partnerovo postižení. Mezi další

negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy řadíme, dle dvou participantů, obavy z přístupu partnera k jejich zdravotnímu postižení. První participantka se nám svěřila s tím, že má pochybnosti o tom, zda bude svému partnerovi vyhovovat po sexuální stránce. Druhý participant se nám svěřil zase s tím, že má spíše obavy, jak se dokáže jeho partnerka postavit k jeho zdravotnímu postižení a také k jeho narušené komunikační schopnosti. Dalším výrazným faktorem je omezení vlivem zdravotního postižení, kde jedna participantka uvedla, že kvůli zdravotnímu postižení, nemůže dělat všechny domácí práce. Naopak druhý participant toto omezení vnímá velmi negativně především v oblasti sexuality, kde nemůže s partnerkou vyzkoušet sexuální polohy, které si partnerka žádá. Partnerský vztah a sexuální život také výrazně narušuje vliv rodiny, kde konkrétně rodiče se nedokáží smířit s tím, že jejich syn či dcera si našla partnera, a tak do jejich partnerského vztahu zasahují. Z dalších negativních aspektů je odtažitost partnerky, chování jako k bratrovi, vztah na dálku či nevěra, která dle participantů vede většinou k ukončení vztahu. Tento vztah pro ně nemá smysl, protože není založený na vzájemné lásce a harmonii. Jeden z participantů také poukázal na konflikt s rodinou partnerky, který jej negativně ovlivnil a vyústil v rozchod páru. Další problémy mladí dospělí vidí v opakujícím se rozchodu či vztahu, který není založený na citech. Konkrétně jeden participant necítil ze strany partnerky vzájemné city, protože ve skutečnosti myslela stále na svého bývalého přítele. Ono i potřeba plánovat hraje v tomto směru obrovskou roli. Jeden z participantů uvedl, že musí alespoň týden dopředu plánovat, aby mohl jeho partnerský vztah s partnerkou nějakým způsobem fungovat. Pro všech sedm participantů je důležité, aby jejich vztah byl založen na trávení společných chvílí s partnerem/partnerkou, protože se tak může vyvíjet jejich partnerský vztah správnou cestou. Také lze říci, že především záleží na důvěře a porozumění, které slouží k vybudování samotného, kvalitního a trvalého vztahu. Dále sem řadíme otevřenou komunikaci, pomocí které mohou partneři řešit své problémy. Tři participanté se shodli na tom, že bez vzájemné komunikace, by se jejich vztah mohl změnit negativním způsobem. Často také úcta k partnerovi, opora, vzájemná láska, sympatie, utužování či spokojenost v partnerství ovlivňuje jejich partnerské a sexuální vztahy. Pro některé jsou tyto činitele v partnerském vztahu nejdůležitější a velmi podstatné, protože pokud by se tyto vazby mezi partnery přerušily, mohlo by to jejich soužití s partnerem výrazně narušit. I v oblasti intimního života těchto mladých dospělých je důležité, aby se svými partnery dostatečně komunikovali a dokázali mluvit

o svých potřebách a touhách i při samotném pohlavním styku. V tomto směru i dvě participantky zmínily, že jejich tělo je nedokonalé a může taktéž zasáhnout do vývoje partnerských a sexuálních vztahů. Částečně i nedostatek soukromí, daný přítomností rodičů v domě, je může od samotného pohlavního styku odradit.

Zjištěná fakta se shodují s teoretickými poznatky, které jsme uvedli v třetí kapitole. Konkrétně od Vágnerové (1999, s. 224) bylo řečeno, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením se potýkají s neporozuměním ze strany rodičů, kteří nerespektují jejich soukromí a výrazně tím narušují vztah obou partnerů. Tyto osoby pak vnímají svoji sexuální aktivitu jako méně spontánní a plánovanější, a to vzhledem k jejich celkovému dopadu na postižení (Drábek, 2013, s. 59). I to, že se mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením potýkají s překážkami, což bylo zaznamenáno v teoretické části. Hlavním problémem je jejich odlišný vzhled a selhání při vzájemném kontaktu (Jesenský, 1993, s. 25). Ono poškozený vzhled je spojen s jejich zdravotním postižením a to bývá často příčinou odmítnutí (Vágnerová, 2014, s. 242). Pokud se podíváme na partnerský vztah a jejich činitelé, mladí dospělí chtějí harmonický partnerský vztah, který je spojený s láskou, porozuměním, vzájemnou tolerancí, respektováním se a schopnost řešit zátěžové situace (Novosad, 2009, s. 54). Co se týká sexuality, tito lidé mají obavy v sexuálních funkcích a v povědomí o vlastním těle, jak uvedl Drábek (2013, s. 59).

3. Jaké jsou představy mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením o jejich budoucím partnerském životě?

Vývoj partnerského vztahu většinou směřuje, dle mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, k plánování společného bydlení – na tomto se shodli ve většině případů všichni účastníci výzkumu. Tuto skutečnost berou osoby s vrozeným tělesným postižením jako hlavní smysl pro fungování partnerského a sexuálního vztahu. Avšak se společným bydlením souvisí i touha po rodině, kde konkrétně tři participantky odpovídaly, že by přírůstek do rodiny mohl jejich partnerský vztah posunout o krok vpřed. Jedna z nich odpovídala tak, že se se svým partnerem již o potomcích bavila, ale nechávají tomu zatím tzv. „volný průběh“. Naopak dvě z nich od této myšlenky upustily, už jen z toho důvodu, že jejich partner se bál vzhledem ke svým zatěžujícím dědičným vlivům, anebo nebyla podpora ze strany rodiny. Zatímco někteří mladí dospělí mají konkrétní představy o budoucnosti, jiní mají spíše subjektivní představy o budoucnosti svých partnerských vztahů. Dva participanté poukázali na to, že jejich

partnerský vztah by měl být založen na hezkých, ale i špatných chvílích. Taky je pro ně důležité, aby si s partnerem dokázali najít cestu k sobě zpátky. Další participant zmiňuje, že jeho představa o budoucnosti je dlouhodobý vztah s vyvolenou partnerkou. Také i dva participanté uvádějí, že budou mít do budoucna opatrnější přístup k partnerským vztahům, kvůli jejich předešlým zkušenostem, které je ovlivnily. Určitým smyslem pro jednu z participantek je cestování s partnerem, které považuje za nutnost pro rozvíjení vztahu. Někdo však bere budoucí představu o partnerských vztazích v tom smyslu, že se nejprve musí sám osamostatnit a poté navazovat a budovat partnerský vztah.

Na základě odpovědí participantů, lze říci, že zjištěná fakta se výrazně liší od teoretických poznatků. Můžeme jen krátce naznačit, že podle Langmeiera, Krejčířové (2006, s. 168) je období mladé dospělosti spojené se zakládáním rodiny, ale tito lidé plánují i společné bydlení, které vnímají jako důležité, což v teoretických poznatkách nenajdeme. Avšak z výpovědí participantů zaznělo, že jejich představa o budoucím partnerském životě, je o dlouhodobém vztahu nebo opatrnějšímu přístupu k partnerským vztahům, protože se již v minulosti setkali s negativními zkušenostmi. Také někdo považuje cestování s partnerem jako představu o budoucnosti, který může rozvinout jejich vztah.

Na základě analýzy dílčích výzkumných otázek se nyní zaměříme na zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zní: *Jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života?*

Z hlediska získaných údajů od participantů můžeme konstatovat, že jejich fungování partnerských vztahů a sexuálního života vnímají každý z nich velmi odlišně, protože každý mladý dospělý s vrozeným tělesným postižením má jiné potřeby, touhy a zkušenosti. Avšak jejich fungování je především založeno na společném trávení volného času s partnerem, které považují za velmi důležité. Také bez vzájemné důvěry, porozumění a otevřené komunikace, by pro ně partnerský vztah nemohl být založen na vzájemném souznění. Přestože jim jejich zdravotní stav staví do cesty různé překážky, snaží se je předejít, aby mohl jejich partnerský vztah nadále fungovat. Jedná se o různé obavy z přístupu partnera ke zdravotnímu postižení, omezení vlivem zdravotního postižení a vliv rodiny na partnerský vztah. Do popředí se staví i plánování budoucnosti, které vnímají jako pozitivní směr ke společnému bydlení, kde většina participantů považuje toto tvrzení za cíl partnerského vztahu. S tím se pojí i založení rodiny, avšak následky nemusí být až tak

pozitivní. Pokud někteří participanti mají negativní zkušenosti v oblasti partnerských vztahů a sexuálního života, chtějí se ponaučit, a tak volí do budoucnosti opatrnější přístup.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě analýzy a interpretace získaných dat lze říci, že mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením mají stejné potřeby, touhy a ambice jako osoby intaktní. Naším prvním návrhem pro doporučení pro praxi je vzdělávací program „Osvěta pro osoby s tělesným postižením v oblasti partnerských a sexuálních vztazích“. Z rozhovorů účastníků vyplynulo, že lidé se zdravotním postižením jsou tomuto tématu značně otevřeni, a to i přes velkou citlivost a intimitu. Právě program „Osvěta“ směřuje k lidem s tělesným postižením, a i k intaktní populaci, kde se snaží v souvislosti s daným tématem vyvracet přetrvávající předsudky a nepochopení majoritní společnosti k těmto lidem. Cílem tohoto vzdělávacího programu je tedy zorientovat se v problematice své vlastní sexuality a tím i partnerských vztahů.

Dalším doporučením pro tyto osoby mohou být televizní filmy, které jsou v dnešní době velkým přínosem, protože přináší zajímavé poznatky, a to zejména v oblasti partnerských vztahů a tematiky sexuality. Konkrétně zde můžeme zařadit tři filmy, které jsou o lásce osob se zdravotním postižením a o tom, že i tyto osoby chtějí být milováni. První z nich je „O lásce handicapovaných“, dále „Slepé lásky“ a poslední „Miluj mě, jestli to dokážeš“. Ten však dokonce nabízí i pohled do intimního života osob se zdravotním postižením a otevírá tím i téma sexuální asistenci pro tyto osoby. Někteří však mohou sáhnout po biblioterapii, která poskytuje mladým dospělým podporu a informace o partnerském vztahu a sexuálním životě. Inspiraci mohou hledat v knize „Láska, sex a vozičkáři“ (Schmidova, 2013), která popisuje vztahy mezi lidmi, navazování vztahů, city, lásku a sexualitu.

Také různé kurzy, workshopy, semináře mohou těmto lidem poskytnout informace a odpovědi na otázky týkající se sexuality a partnerských vztahů. Témata jsou různá a záleží pouze na nich, které si zvolí. Konkrétně Mgr. Lucie Šídová ze společnosti Freya pořádá různé semináře pro tyto osoby, kde otevřeně komunikuje o problematice v rámci sexuality a partnerských vztahů (viz www.freya.live).

Mezi další možnost v případě zájmu, můžeme doporučit mladým dospělým sexuální asistenci, kterou poskytují sexuální asistenti/asistentky. Pomáhají především

lidem se zdravotním postižením pracovat s jejich sexualitou a vztahy. Získají tím tak dovednosti a zkušenosti, které mohou v budoucnu se svým partnerem využít.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali partnerským životem a sexuálními mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Téma bylo zvoleno z důvodu, že jsme chtěli blíže nahlédnout do problematiky související s partnerstvím a sexualitou, protože vstup do partnerského vztahu, a tak i do sexuálního života není poněkud snadný, protože tělesné postižení může značně zasáhnout do jejich fungování. Také jsme chtěli vyzorovat, s jakými překážkami se setkávají při naplňování svých základních a i sexuálních potřeb. Mnoho lidí se na tyto osoby dívá jako na nesvéprávné, které jsou odkázáni jen na pomoc druhých, a tím si myslí, že nemají žádné potřeby. Avšak opak je pravdou, tito lidé mají stejné základní lidské potřeby a sexuální touhy jako lidé intaktní. Také touží po založení rodiny a nebojí se také žádných závazků. Snaží se žít svůj život jako lidé bez postižení. Pro nás dalším důvodem pro výběr tohoto tématu bylo zjištění, že toto téma není v odborných publikacích dostatečně zpracováno.

V teoretické části jsme popisovali tělesné postižení s veškerými jeho náležitostmi. Poté jsme se zaměřili na podstatu pohybu, kde jsme vymezili i název oboru somatopedie, z něhož tělesné postižení vychází. Dále jsme věnovali pozornost etiologií, kde jsme konkrétně popisovali příčiny vrozených vad tělesného postižení a poté jsme se seznámili s diagnostikou tělesného postižení. Dále jsme se zaměřili na klasifikaci vrozeného tělesného postižení, kde jsme popsali všechny druhy vrozeného tělesného postižení a blíže definovali dětskou mozkovou obrnu, neboť tento druh postižení se přímo dotýkal našich účastníků výzkumu. Také jsme se blíže zabývali psychosociálními aspekty, sebepojetí a body image, které mohou určitým způsobem ovlivňovat jejich každodenní život, tedy i kvalitu partnerského a sexuálního života. Největší prostor byl věnován rozebírání partnerského života a sexuálních vztahů mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením, což bylo pro tuto práci stěžejní. Kromě rozebírání těchto vztahů jsme naši pozornost věnovali bariérám, které mohou svým způsobem omezovat plnohodnotné fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením.

V praktické části jsme výzkumné šetření realizovali kvalitativní výzkumnou formou pomocí polostrukturovaného interview. Naší cílovou skupinou tvořily tři ženy a čtyři muži, a to ve věkovém rozmezí 20-31 let, kteří mají vrozené tělesné postižení, konkrétně dětskou mozkovou obrnu. Získaná data z jednotlivých interview byla analyzována pomocí otevřeného a axiálního kódování. Kódy jsme seskupily do sedmi kategorií, které jsme dále

analyzovali do výsledné podoby. Poté jsme pomocí kategorií vytvořili tzv. paradigmatický model, který nám nastínil vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat, jak mladí dospělí s vrozeným tělesným postižením vnímají fungování svých partnerských vztahů a sexuálního života. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že partnerské a sexuální vztahy fungují i přesto, že tito lidé mají svá omezení. Považují své partnerské a sexuální vztahy jako smysl jejich života. Pro všechny z nich je to zdroj, který obohacuje jejich život. Většina participantů také uvedla, že se setkávají s negativními vlivy, ale snaží se je překonat, aby byli otevřeni novým možnostem. I přesto, že má majoritní společnost vůči těmto lidem předsudky, můžeme vidět, že tito lidé mají stejné potřeby jako intaktní osoby. Na samotný závěr jsme navrhli různá doporučení pro praxi, které by mohly být nápomocny těmto lidem s vrozeným tělesným postižením v jejich fungování partnerského života a sexuálních vztahů. Můžeme říci, že i přes citlivost tohoto tématu, byli účastníci výzkumu velmi otevřeni a všichni byli ochotni se k jednotlivým okruhům otázek vyjádřit. Také všichni působili velice mile, a svůj postoj k partnerským a sexuálním vztahům berou pozitivně i přes jejich omezení. Důkazem pro nás je, že tito lidé rádi navazují partnerské vztahy a jejich intimní život je také aktivní. Jejich odpovědi a reakce můžeme k tomuto tématu považovat za skvělou inspiraci, a to i pro ostatní osoby s tělesným postižením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ATKINSON, Rita. *Psychologie*. Praha: Portal, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- [2] BARTOŇOVÁ, Miroslava, Dagmar OPATŘILOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Přístupy k dětem a mládeži se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním mimo školu: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2013. ISBN 978-80-7315-242-0.
- [3] BENDOVÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.
- [4] BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
- [5] CAMPOS, David. *Sex, Youth, And Sex Education: A Reference handbook*. Santa Barbara, California: Library of Congress Cataloging -in- Publication Data, 2002. ISBN 1-800-368-6868.
- [6] DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením - publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 978-80-260-5282-1.
- [7] FAFEJTA, Martin. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1030-6.
- [8] FALVO, Donna. *Medical and psychosocial aspects of Chronic Illnes and Disability*. Includes bibliographical references index, 2005. ISBN 0-7637-3166-8
- FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.
- [9] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978- 80-7387-014-0.
- [10] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- [11] HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. *Specifické rysy osobnosti postiženého jedince*. In VÁGNEROVÁ, Marie a Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ, ŠTECH, Stanislav.

- Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- [12] HANKOVÁ, Magdalena a Soňa VÁVROVÁ. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0012-5.
- [13] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [14] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [15] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-5326-3
- [16] JANIŠ, Kamil. *Sexuální výchova: příspěvek k teorii a praxi*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-377-8.
- [17] JANKŮ, Kateřina a Terézia HARČARÍKOVÁ. *Multidimenzionalita tělesného postižení z pohledu komplexní rehabilitační péče*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2016. ISBN 978-80-7464-886-1.
- [18] JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- [19] JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- [20] JESENSKÝ, Ján. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993. ISBN – nevedeno
- [21] JONÁŠKOVÁ, Vlasta. Dítě s poruchou mobility. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9.
- [22] KAUFMAN, Miriam a Cory SILVERBERG, ODETTE, Fran *The Ultimate Guide to Sex and Disability: For All of Us Who Live with Disabilities, Chronic Pain, and Illness*. Berkley, CA: Cleis Press, 2013. ISBN 978-1573443043.

- [23] KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- [24] KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.
- [25] KOLÁČKOVÁ, Jana a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*. Brno: Portal, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [26] KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1110-9
- [27] KRHUTOVÁ, Lenka. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1168-7
- [28] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portal, 2001. ISBN 80-7178-774-4.
- [29] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 90-247-1284-9.
- [30] LECHTA, Viktor. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portal, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.
- [31] LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- [32] MCCABE, Marita P. a George TALEPOROS, 2003. *Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People With Physical Disability*. 3rd Edition. 11 pg.
- [33] MALINOVÁ, Hana a Lucie ŠÍDOVÁ. *Ze sexbyznysu na trh práce?* Praha: Sportpropag, 2013. ISBN 978-80-260-4963-0.
- [34] MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portal, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [35] MILLER, Freeman. *Cerebral Palsy*. New York: 2005, Springer Science + Business Media, Inc
- [36] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4.

- [37] MOORE, Stephen. *Social Welfare Alive!* United Kingdom: 2002, Nelson Thomes Ltd.
- [38] MURPHY, Robert F. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-98-2
- [39] Naphtali, Kate.; MacHattie, Edith.; S. C. *PleasureAble: Sexual Device Manual For Persons With Disabilities*, 2009. New York: Disabilities Helth Research Network.
- [40] NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- [41] NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [42] NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [43] OLIVER, Michael. *Understanding Disability. From Theory to Practice*. 1999, London: Macmillan Press Ltd.
- [44] OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3242-1.
- [45] PANČOCHA, Karel. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6344-0.
- [46] PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
- [47] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [48] PRÁŠKO, Ján. *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1352-6.
- [49] PRO FAMILIA. *Körper und Sexualität: Sexualität und körperliche Behinderung*. Frankfurt am Mein: pro familia, 2008. überarbeitete Auflage.

- [50] PŘINOSILOVÁ, Dagmar. Diagnostika ve speciální pedagogice. In PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1997. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [51] REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2594-9.
- [52] RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
- [53] RENOTIÉROVÁ, Marie. Speciální pedagogika osob s tělesným postižením. In RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- [54] SLOWIK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [55] STRAUSS, Anslem a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [56] ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-160-7.
- [57] ŠMOLKA, Petr. *Výběr partnera pro nezadané i zadané: Partnerské očekávání, princip podobnosti, význam přitažlivosti, příběhy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1080-3.
- [58] ŠTEMBERA, Zdeněk, Jaroslava DITTRICHOVÁ a Daniela SOBOTKOVÁ. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 9788024621685.
- [59] ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-1689-2.
- [60] ŠVARŤÍČEK, Roman, Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

- [61] TASONI, Penny. Supporting special Leeds: Understanding inclusion in the Early Years. 2003, Great Britain: Heinemann Publishers.
- [62] THOROVÁ, Kateřina., JÚN, Hynek. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA PRAHA, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6
- [63] UZEL, Radim a Miroslav MITLÖHNER. *Vybrané otázky lidské sexuality*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-609-9.
- [64] VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- [65] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
- [66] VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [67] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [68] VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0602-6.
- [69] VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 200. ISBN 978-20-247-1819-4
- [70] VENGLÁŘOVÁ, Martina, *Lidská sexualita a její změny*. In VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.
- [71] VÍTKOVÁ, Marie, *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- [72] VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty. 2., rozšířené a přepracované vydání*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- [73] VOLFOVÁ, Iva a Miloš VELEMÍNSKÝ srov. *Sexuální zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. In: VOLFOVÁ, Iva a Zuzana KOZÁKOVÁ, VELEMÍNSKÝ, Miroslav sr. *Prevence sexuálního zneužívání dětí u adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-129-1

- [74] VÝROST, Josef a Ivan SLAMĚNÍK (eds.). *Sociální psychologie. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

Internetové zdroje

- [75] HANKOVÁ, Magdalena. Mýty o sexualitě handicapovaných. In: Mýty o sexualitě handicapovaných. [online]. 2016 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <http://www.vozickar.com/myty-o-sexualite-hendikepovanych-kde-se-vzaly-a-jaka-je-realita/>
- [76] L'assistance. In: L'assistance: corps solidaires [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <http://corps-solidaires.ch/lassistance/>
- [77] Models of disability. In: Michigan Disability Right Coalition is a Disability. [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z http://www.bahaistudies.net/neurelitismlibrary/models_of_disability.pdf
- [78] Mythbusting. In: Mythbusting: sexuality and disability [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://sexualityanddisability.org/having-sex/mythbusting/>
- [79] Sex Aid Products. In: Spokz: Sex Aid Products [online]. 2010 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <http://spokz.co.uk/sections/sex-aid-products.asp>
- [80] Sexuální asistence. In: Freya: sexuální asistence [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/o-nas/o-freya>
- [81] Seznamka pro handicapované. In: Seznamka pro handicapované (www.handicapovani.cz) [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://handicapovani.cz>
- [82] Seznamka pro postižené. In: Seznamka pro postižené (www.zajdeme.cz) [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <http://www.zajdeme.cz/handicap/seznamka-pro-postizene,33.html>
- [83] STUDENÁ, Iva. Pozice sexuálního asistenta. In: Pozice sexuálního asistenta [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/sex-nemusi-byt-tabu-ani-pri-postizeni-v-cesku-pribylo-13-sex/r~ecc2b8fc2e3111e9813eac1f6b220ee8/?redirected=1556268372>

- [84] Švýcarsko-česká spolupráce z Fondu Partnerství. In: Jak se žije nejen zdravotně postiženým ve Švýcarsku? [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z:<http://zbb.cz/svycarsko/cs/jak-se-zije-nejen-zdravotne-postizenym-ve-svycarsku>
- [85] VIDUROVÁ, Aneta. Zažíváme osvícenství sexuální asistence. In: Zažíváme osvícenství sexuální asistence. [online]. 2016 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z:<http://www.vozickar.com/zazivame-osvicenstvi-sexualni-asistence/>
- [86] ÚZIS. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí [online]. ÚZIS, 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. apod.

atd. a tak dále

CNS. Centrální nervová soustava

č. číslo

ČR Česká republika

DMO Dětská mozková obrna

např. například

popř. popřípadě

R-R Rozkoš bez rizika

Sb. Sbírka

tj. to je

tzv. takzvaný

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Klasifikace příčin vzniku vad a poruch	16
Obrázek č. 2: Paradigmatický model sestavený v rámci axiálního kódování	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Kódy reprezentující kategorii „Způsob seznámení s partnerem“	56
Tabulka 2: Kódy reprezentující kategorii „Volba výběru partnera“	58
Tabulka 3: Kódy reprezentující kategorii „Překážky v navazování partnerského vztahu“	61
Tabulka 4: Kódy reprezentující kategorii „Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů“	64
Tabulka 5: Kódy reprezentující kategorii „Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy“	67
Tabulka 6: Kódy reprezentující kategorii „Sexuální život“	70
Tabulka 7: Kódy reprezentující kategorii „Plánování budoucnosti“	73

SEZNAM PŘÍLOH

P I Seznam kódů a kategorií

PŘÍLOHA P I: SEZNAM KÓDŮ A KATEGORIÍ

Číslo kódu	Název kódu	Lokalizace jednotky v textu a zařazení do kategorie
1.	Seznámení na škole	M2, JA2, A2, S2 (Způsob seznámení s partnerem)
2.	Seznámení přes druhou osobu	JU2, P3, A2 (Způsob seznámení s partnerem)
3.	Seznámení přes internet	JU2, Ž4, A3 (Způsob seznámení s partnerem)
4.	Seznámení na táboře	P3 (Způsob seznámení s partnerem)
5.	Samotné sblížení s partnerem	M3, JA3, A3, S3, JU2, P4, JU2, A3, Ž5, P4 (Způsob seznámení s partnerem)
6.	Inteligenční stránka partnera	S9, M8, JU8, P8, A9 (Volba výběru partnera)
7.	Vzhled partnerky	A9, P8 (Volba výběru partnera)
8.	Výjimečný partner	JA10 (Volba výběru partnera)
09.	Aktivní partner	S22 (Volba výběru partnera)
10.	Ochotný partner	Ž10 (Volba výběru partnera)
11.	Chování partnera	JA10 (Volba výběru partnera)
12.	Společné koníčky partnerů	P9, S9 (Volba výběru partnera)
13.	Intaktní či zdravotně postižený partner	JA11, JU7, A10, P9, S10, M9, Ž8 (Volba výběru partnera)
14.	Strach z odmítnutí	A11, JA9 (Překážky při navazování partnerského vztahu)
15.	Zdravotní postižení	Ž11, S11, JA9, JU8, M10, JA12 (Překážky při navazování partnerského vztahu)
16.	Negativní předsudky okolí	S11, Ž11, JU8, Ž14 (Překážky při navazování partnerského vztahu)
17.	Reakce rodiny na partnerovo postižení	P10, JU14, S15 (Překážky při navazování partnerského vztahu)
18.	Vzdálenost od partnera	A11 (Překážky při navazování partnerského vztahu)
19.	Společné chvíle strávené s partnerem	JA12, JA6, Ž17, S4, A4, M5, P5 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)

20.	Vzájemná láska partnerů	A14, JA13 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
21.	Úcta k partnerce	JA8 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
22.	Opora partnerky	M19 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
23.	Utuzování vztahu	JA14 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
24.	Společné soužití s partnerem	JU11 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
25.	Důvěra a porozumění jako základní kámen vztahu	JA12, M21, JU10, S14 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
26.	Komunikace jako základ vztahu	JA13, Ž3, JU1 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
27.	Vzájemné sympatie k partnerovi	M1 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
28.	Spokojenost a vzájemné přátelství ve vztahu	P4 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
29.	Není to jenom o sexu	JU15, Ž30, P24 (Činitelé vstupující do partnerských a sexuálních vztahů)
30.	Obavy z přístupu partnera ke zdravotnímu postižení	Ž7, M12 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
31.	Omezení vlivem zdravotního postižení	JU10, M16 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
32.	Vliv rodiny na partnerský vztah	Ž26, S23 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
33.	Konflikt s rodinou partnera	P 13 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
34.	Potřeba plánovat	P20 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
35.	Vztah na dálku	JU13 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
36.	Chování jako k bratrovi	JA7 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a

		sexuální vztahy)
37.	Odtažitost partnerky	A16 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
38.	Opakovaný rozchod	JA8 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
39.	Neopravdový vztah	JA7 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
40.	Nevěra	A6 (Negativní aspekty ovlivňující partnerské a sexuální vztahy)
41.	První sexuální zážitek	Ž32, M7, JA20, A19, JU16 (Sexuální život)
42.	Zkušená partnerka	JA19 (Sexuální život)
43.	Sexuální uspokojení	JA21, P24, Ž31, JU17, S20 (Sexuální život)
44.	Sexuální praktiky	M18 (Sexuální život)
45.	Spontánní sex	S21, P23 (Sexuální život)
46.	Nedokonalé tělo	JU16, Ž33 (Sexuální život)
47.	Pohlavní styk z lítosti	P21 (Sexuální život)
48.	Zásah rodičů	P22 (Sexuální život)
49.	Představa o standardním vztahu	JA1, M19, A20, JA23 (Plánování budoucnosti)
50.	Cestování s partnerem	JU19 (Plánování budoucnosti)
51.	Společné bydlení s partnerem	M15, JA24, Ž24, P16, JU18 (Plánování budoucnosti)
52.	Touha po rodině	JU18, S24, Ž22 (Plánování budoucnosti)
53.	Opatrný přístup k partnerským vztahům	JA23, A20 (Plánování budoucnosti)
54.	Osamostatnění se	P25 (Plánování budoucnosti)