

# **Partnerské vztahy a sexualita osob s tělesným postižením v období mladé dospělosti**

Bc. Magdalena Hanková

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Magdalena Hanková**  
Osobní číslo: **H120029**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Partnerské vztahy a sexualita osob s tělesným postižením v období mladé dospělosti**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti partnerských vztahů a sexuality u mladých dospělých s tělesným postižením.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného interview.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KAUFMAN, Miriam, Cory SILVERBERG a Fran ODETTE. 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.**

**NOVOSAD, Libor. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.**

**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.**

**UZEL, Radim a Miroslav MITLÖHNER. Vybrané otázky lidské sexuality. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-609-9.**

**WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of functioning, disability and health: ICF short version. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2001. ISBN 92 4 154544 5.**

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**

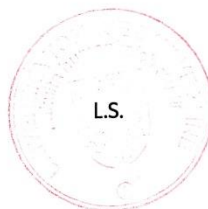
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

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



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 14.4.2014

Hagoldaema Hanková.....

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

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

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení 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, ušije-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 učit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Předkládaná diplomová práce, sestávající z části teoretické a praktické, se zabývá problematikou partnerských vztahů a sexuality u osob s tělesným postižením v období mladé dospělosti. V teoretické části charakterizujeme mladé dospělé s tělesným postižením, a to z perspektivy psychické, sociální, partnerské a sexuální. V praktické části práce se zaměřujeme na názory mladých dospělých s tělesným postižením na partnerské a sexuální vztahy. Výstupem našeho kvalitativního výzkumného šetření je zakotvená teorie. Práce jako taková si klade za cíl poukázat na to, že lidé s tělesným postižením mají své sexuální a emoční potřeby, a to i navzdory mnoha specifickým rysům a problémům, na něž chceme touto cestou upozornit a uvést je na pravou míru.

Klíčová slova: Tělesné postižení, partnerské vztahy, sexualita, mladá dospělost

## **ABSTRACT**

This diploma thesis in two parts, theory and practice, deals with mutual partnership problems and sexual relations of physically disabled people in their early adulthood. In the theoretical part of the thesis we characterise the young adults from the mental, social, partnership and sexual point of view. In the practical part we consider the opinions of young disabled adults on partnersip topics and sexual relations. The output of our qualitative research is a grounded theory. The thesis itself therefore aims to point out and clarify that people with disabilities, in spite of many specific attributes and troubles in their life, also have their own sexual and emotional needs.

Keywords: Physical disability, partnership relations, sexuality, young adulthood

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat lidem, bez jejichž pomoci, podpory a empatie by nevznikla tato diplomová práce. Mnohokrát děkuji doc. Mgr. Soni Vávrové Ph.D. za vstřícnost, lidský přístup a cenné rady při vedení této práce, své mamince za podporu a obětavost po celou dobu mého studia a všem účastníkům výzkumného šetření za ochotu, upřímnost a trpělivost.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat Ivě, Katce a Mgr. Žáčkové, které svým bystrým češtinářským okem přispěly k dalšímu zkvalitnění této práce.

Motto diplomové práce:

**„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“**

sestra Michele Pascale Duriezová

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>13</b>
<b>1 OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI .....</b>	<b>14</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	15
1.1.1 Problematika vymezení kategorie tělesného postižení .....	16
1.1.2 Etiologie tělesného postižení.....	19
1.1.3 Diagnostika tělesného postižení.....	21
1.1.4 Klasifikace tělesného postižení .....	21
1.2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ .....	23
1.2.1 Vliv tělesného postižení na vývoj a formování osobnosti jedince.....	24
1.2.2 Tělesné postižení jako náročná životní situace a možnosti jejího zvládnutí .....	27
1.3 SEBEPOJETÍ A SEBEPŘIJETÍ OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI.....	29
1.3.1 Vrozené a získané tělesné postižení jako psychologický problém .....	30
<b>2 SPECIFIKA SOCIALIZACE A INTERPERSONÁLNÍCH VZTAHŮ U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V MLADÉ DOSPĚLOSTI .....</b>	<b>34</b>
2.1 MODELY A PARADIGMATA PŘÍSTUPU K OSOBÁM S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM .....	36
2.1.1 Medicínský model.....	38
2.1.2 Model osobní tragédie.....	39
2.1.3 Sociální model.....	39
2.1.4 Kulturní model .....	40
2.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SOCIALIZACI A INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V MLADÉ DOSPĚLOSTI .....	40
2.2.1 Rodina a sourozenci .....	41
2.2.2 Vrstevnická skupina .....	43
2.2.3 Sebepojetí a aspirace osoby s tělesným postižením .....	44
2.2.4 Vliv viditelné deformace.....	45
2.3 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ JAKO FORMA SOCIÁLNÍHO STIGMATU.....	46
2.3.1 Subjektivní a objektivní determinanty života osob s tělesným postižením .....	47
<b>3 PARTNERSKÉ VZTAHY A SEXUALITA OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V MLADÉ DOSPĚLOSTI .....</b>	<b>49</b>
3.1 PARTNERSKÉ VZTAHY A JEJICH SPECIFIKA U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V MLADÉ DOSPĚLOSTI.....	49
3.1.1 Faktory ovlivňující výběr partnera u osob s tělesným postižením v mladém věku.....	51
3.1.2 Limity doprovázející partnerské vztahy osob s tělesným postižením v mladém věku.....	53
3.1.3 Mladí dospělí s tělesným postižením a instituce manželství .....	56
3.2 SEXUALITA A JEJÍ SPECIFIKA U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V MLADÉ DOSPĚLOSTI.....	58
3.2.1 Funkce sexuality u osob s tělesným postižením .....	60



3.2.2	Složky sexuality u osob s tělesným postižením v mladé dospělosti .....	61
3.2.3	Specifika fungování sexuálního života u osob s tělesným postižením .....	63
3.2.4	Mýty o sexualitě osob s tělesným postižením .....	64
3.2.5	Možnosti zkvalitnění sexuálního života u osob s tělesným postižením .....	69
3.3	SOUČASNÉ TRENDY V OBLASTI PARTNERSKÝCH VZTAHŮ A SEXUALITY U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM .....	73
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>77</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>78</b>
4.1	PŘÍPRAVNÁ FÁZE VÝZKUMU .....	78
4.2	REALIZACE VÝZKUMU .....	85
4.2.1	Průběh jednotlivých polostrukturovaných interview .....	86
<b>5</b>	<b>ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....</b>	<b>90</b>
5.1	TVORBA ZAKOTVENÉ TEORIE KROK ZA KROKEM .....	90
<b>6</b>	<b>ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE .....</b>	<b>93</b>
6.1	INTERPRETACE KATEGORIÍ .....	93
6.1.1	Seznámení a sblížení .....	95
6.1.2	Partner/ka s problémy .....	98
6.1.3	Homogenní vs. heterogenní vztahy .....	101
6.1.4	Sexuální život .....	107
6.1.5	Reakce rodiny na vztah .....	112
6.1.6	Determinanty partnerských a sexuálních vztahů .....	115
6.1.7	Společné bydlení jako nutnost .....	120
6.1.8	Vize o budoucnosti .....	123
6.2	PARADIGMATICKÝ MODEL A JEHO INTERPRETACE .....	129
6.3	ZAKOTVENÁ TEORIE A JEJÍ INTERPRETACE .....	131
6.3.1	Analytická verze příběhu .....	132
6.4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	134
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>137</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>139</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>151</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>152</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>153</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>154</b>

## ÚVOD

Lidská existence by nebyla naplněna, míní Abraham Maslow, pokud by nebyly uspokojovány naše sociální potřeby, zejména pak citové vztahy tvořené triádou přátelství, partnerských vztahů a potřebou mít rodinu. Ovšem ať už si to plně uvědomujeme či nikoliv, je to právě naše tělo, které je jakýmsi mediátorem kvality sociálních, a tedy i partnerských a sexuálních vztahů. Na tuto skutečnost zajímavým způsobem nahlíží Murphy (2003, s. 19), jenž ve své autobiografické publikaci *Umlčené tělo* píše, že lidé dobrého zdraví berou své tělo jako samozřejmost, neboť mají zdravé orgány, jenž jim umožňují uspokojovat všechny tyto bazální a pro život nesmírně důležité potřeby. Činí tak přitom zcela automaticky, bez pochybností či snad vděku za onu možnost, které se jim dostává. Vnímají to totiž jako zákonitost, jako cosi, co funguje a s největší pravděpodobností vždy bude. Avšak nemoc nebo postižení způsobují, že tělo již nadále nelze považovat za implicitní a axiomatickou samozřejmost, neboť se stalo problémem - „už není předmětem neuvědomovaného předpokladu, ale objektem vědomého myšlení“ (Murphy, 2003, s. 19), který do života vnáší nové obtíže, konfrontace, ale také perspektivy a výzvy.

Zcela pochopitelně se tedy s ohledem na téma naší diplomové práce i výše uvedené skutečnosti nabízí otázka, zda a případně jaké změny přináší tělesné postižení do partnerského a sexuálního života takto handicapovaných osob? Těmito úvahami bychom si dle našeho názoru měli projít všichni - laická populace, samotní jedinci s handicapem i odborná veřejnost, neboť mnoho z nás, jak jsme měli možnost poznat na vlastní kůži<sup>1</sup>, na tuto problematiku nahlíží pokřivenou optikou, v důsledku čehož máme tendenci ji vnímat jako cosi amorálního, nenormálního či dokonce zruďného. Jen málokdy však v diskuzích na toto téma zazní fakt, že potřebu milovat a být milován má každá lidská bytost, bez ohledu na to, jaké zdravotní znevýhodnění má, a uspokojování sexuálních potřeb je nedílnou součástí každého funkčního, naplňujícího vztahu.

Domníváme se proto, že to není tělesné postižení, které takto handicapované osoby znevýhodňuje, ale jsou to naopak postoje a názory většinové společnosti a často paradoxně i samotných osob s handicapem, v nichž spatřujeme řadu předsudků, bariér a dezinformací. Čím je tento stav daný? Myslíme si, že příčiny lze identifikovat zejména v nedostatečné

---

<sup>1</sup> Autorka diplomové práce má od narození kvadruparetickou formu mozkové obrny.

informovanosti o této tématice. Toto tvrzení přitom opíráme o skutečnost, že u nás dosud vzniklo velmi málo publikací, článků či studií na toto téma, a to i přesto, že se jedná o velmi aktuální problém, který je v zahraniční literatuře skloňován ve všech pádech. Lze tedy konstatovat, že je u nás synonymem pro tabu. Z toho důvodu jsme se rozhodli, že se nejrůznějšími aspekty partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením budeme detailněji zabývat v rámci předkládané diplomové práce. Další motivací pro výběr tohoto tématu nám byla skutečnost, že bychom v budoucnu ve spolupráci s Ligou vozíčkářů a organizací Rozkoš bez rizika rádi zavedli sexuální asistenci na území ČR, ovšem aby tento záměr byl úspěšný, je potřeba učinit dostatečnou osvětu v této oblasti a nabídnout naší, dle našeho názoru konzervativní, společnosti dostatek informací o partnerství a sexualitě osob s tělesným postižením. Jedině tak totiž bude tato problematika oproštěna od předsudků, mýtů, mylných předpokladů či fabulací. Tato práce si proto klade za cíl nabídnout čtenáři hlubší sondu do tohoto citlivého tématu, a to nejen formou ucelených a aktuálních teoretických poznatků, které se k partnerství a sexualitě osob s tělesným postižením váží, ale především prostřednictvím vlastního výzkumného šetření, které na zvolené téma nahlédne praktickou optikou.

Žádný text není ostrov, domnívá se Ronald Barthes, a tak ani tato diplomová práce není výjimkou. Zejména první část práce, *teoretická část*, by totiž nemohla vzniknout bez celé řady zahraničních monografií, studií a časopiseckých příspěvků. Stejně tak bychom se však při psaní následujících stran neobešli bez již publikovaných a neméně kvalitních domácích publikací a vlastních myšlenek a zkušeností, které jsme při psaní rovněž reflektovali a do textu je zakomponovali. V rámci první kapitoly tak uvádíme nejprve do problematiky kategorie tělesného postižení a poté se zabýváme některými psychologickými aspekty a dopady tohoto zdravotního znevýhodnění. Následující, druhá kapitola poukazuje na specifika socializace a interpersonálních vztahů těchto osob a v závěrečné kapitole pojednáváme o partnerství a sexualitě osob s tělesným postižením, včetně faktorů a limitů, které je mohou ovlivňovat, a cest, jenž mohou vést ke zkvalitnění těchto vztahů.

V *praktické části* se prostřednictvím kvalitativního výzkumu zaměřujeme na to, jaké názory zaujímají mladí dospělí s tělesným postižením na partnerské a sexuální vztahy. Cílem našeho výzkumu, jenž realizujeme pomocí polostrukturovaných interview, je zjistit, jaké názory zaujímají mladí dospělí s tělesným postižením na partnerské a sexuální vztahy. V rámci dílčích cílů pak chceme zjistit, jak fungují partnerské a sexuální vztahy mladých

dospělých s tělesným postižením, co především ovlivňuje fungování těchto vztahů, a v neposlední řadě se zaměřujeme na názory zkoumaných osob na instituci manželství.

Doufáme tedy, že tato diplomová práce pomůže překonat psychické bariéry, které ve vztahu k této problematice vznikají, a zároveň dodá osobám s tělesným postižením na sebevěře při hledání jejich životního partnera. Naším přáním je, aby uvědomily, že každý má právo milovat - a to bez výjimky. Věříme, že tato práce by mohla být prvním krůčkem k dosažení tohoto poznání.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI

*„Člověk handicapovaný pozná své skryté zdroje sil teprve, když se s ním jedná jako s normálním.“ (Gottfried Keller)*

Hned na úvod této kapitoly si položíme klíčovou otázku: Koho lze považovat za mladé dospělé s tělesným postižením? Ačkoliv by se mohlo zdát, že odpověď je jednoduchá, odborná literatura jednoznačnou a především jednotnou odpověď nenabízí. Jak si totiž ukážeme, odborníci se názorově rozcházejí jak při definování osob s tělesným postižením, tak při charakteristice mladé dospělosti. Proto považujeme za nutné se touto problematikou zabývat hned na úvod této kapitoly, abychom nadále mohli pracovat s pregnantně definovanými pojmy.

Přistupme tedy nejprve k vymezení osoby s tělesným postižením, neboť se ukazuje, že představy společnosti o tom, čím se vyznačují lidé mající tělesné postižení, se různí. Ve většině případů však přetrvává názor, že jde o jedince, jež se pohybují pomocí mechanického či elektrického vozíku, případně se opírají o francouzské hole anebo chodítka. Toto všeobecně zakořeněné mínění nicméně potvrzuje i celá řada odborníků. Například Vítková (2006, s. 168) uvádí, že úplné či částečné omezení lokomoce je charakteristickým znakem pro okruh osob s tělesným postižením. O tento předpoklad se pak autorka opírá také při definování osoby s tělesným postižením, když v jedné ze svých publikací píše: *„Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození“* (Gruber, Hendl, 1992 cit. podle Vítková, 2006, s. 140). Zmíněnou tezi potvrzuje rovněž Novosad (2011, s. 105), který se domnívá, že mezi hlavní specifika osob s tělesným postižením se řadí nejen *„ztížení či ztráta schopnosti pohybu, popř. omezení svobody pohybu“*, ale také individuálně zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních. Naproti tomu Slowík (2007, s. 97) míní, že tělesný handicap souvisí s celou škálou projevů, zahrnující rovněž dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být na první pohled zjevná.

Z výše uvedených skutečností tedy vyplývá, že kategorie tělesného postižení je velmi široká a variabilní. Na základě osobních zkušeností s těmito lidmi a nastudování příslušné literatury se však budeme v následujících kapitolách opírat jak o shodná tvrzení Vítkové a Novosada, tak i o poněkud širší pojetí tělesného postižení, jež přináší Slowík. Vede nás k tomu zejména přesvědčení, že omezená lokomoce je sice nejčastějším znakem osob

s tělesným postižením, ale nemusí tomu tak být ve všech případech. Nenalezneme totiž dvě stejné osoby s tělesným postižením, byť mají totožnou diagnózu. Každá lidská bytost je jedinečná a neopakovatelná, avšak v tomto případě to platí dvojnásob, na což chceme poukázat mimo jiné také v následujících podkapitolách.

V rámci dotazu, který jsme si položili na začátku této kapitoly, jsme se dotkli také mladé dospělosti<sup>2</sup>, vývojové etapy, na níž psychologové pohlíží poněkud odlišným způsobem. Svůj podíl na tom má jistě také fakt, že už samotné vymezení dospělosti není snadnou záležitostí. Neexistuje totiž specifický mezník či rituál, který by tuto změnu potvrzoval (Vágnerová, 2007, s. 9). Sociologové však vstup do dospělosti pojímají jako sérii dílčích přechodů, které zahrnují přijetí sociálních rolí, jejichž výkon je v dané společnosti spojován se statutem dospělého. Tento proces zahrnuje dvojí přesun: od ekonomické závislosti na rodičích k ekonomické nezávislosti a od orientační rodiny k založení vlastní prokreační rodiny (Chaloupková, 2011). V posledních desetiletích se proces vstupu do dospělosti prodlužuje a stává se složitějším, v důsledku čehož vzniká podle amerického psychologa Jeffrey Arnetta ve vyspělých společnostech nová životní etapa mezi dospíváním a mladou dospělostí - období vynořující se dospělosti (emerging adulthood) (Arnett, 2004 cit. podle Chaloupková, 2011). Helus (2011, s. 301) nicméně vyslovuje ideu, že při definování rané dospělosti není ani tak důležité věkové vymezení, ale spíše rozvinutí určitých zdatností/způsobností, které jedince jako dospělého už charakterizují. V naší práci se však budeme opírat jak o výše uvedený sociologický předpoklad Chaloupkové, tak o vymezení mladé dospělosti dle Vágnerové (2007, s. 20), která ji věkově zasazuje mezi 20. - 40. rok života.

## 1.1 Charakteristika tělesného postižení

Jak jsme již naznačili výše, osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. To souvisí s mnoha aspekty, jež si v rámci této kapitoly vezmeme pod drobnohled. Nejprve pregnantněji a konkrétněji vymezíme kategorii „tělesné postižení“, poté nastíníme etiologii, diagnostiku a klasifikaci tělesného postižení. Povaha somatického handicapu, ale také doba kdy vznikl a byl diagnostikován, totiž mohou zásadní měrou ovlivnit partnerský a sexuální život takto znevýhodněných osob.

---

<sup>2</sup> Zatímco Vágnerová (2007, s. 20) pracuje s pojmem mladá dospělost, Krejčířová (2006, s. 151) používá termín časná dospělost (zhruba od 20 do 25 - 30 let) a Helus (2011, s. 301) zase raná dospělost (20 - 25 let). My budeme v naší práci po vzoru Vágnerové (2007) používat pojem mladá dospělost.

### 1.1.1 Problematika vymezení kategorie tělesného postižení

Vymezení kategorie tělesného postižení není snadnou záležitostí, v důsledku čehož můžeme v odborné literatuře narazit na celou řadu odlišných definic a vymezení. Čím je tento stav daný? V první řadě je třeba zdůraznit, že oblast zájmu somatopedie, tedy vědního oboru, jenž se zaměřuje na výchovu a vzdělávání osob s tělesným a zdravotním postižením (Vítková, 2006, s. 167), je velmi široká, což výstižně deklaruje Slowik (2007, s. 97) následujícím tvrzením: „*Pozornost somatopedie si zaslouží ten, komu chybí třeba jenom palec na jedné ruce, stejně jako člověk s přerušenu páteří míchou upoutaný na ortopedický vozík nebo jedinec, u kterého se čas od času objeví epileptický záchvat různého stupně.*“

Nejednotné vymezení kategorie tělesného postižení však podporuje také fakt, že v řadě případů dochází ke ztotožnění či případně k záměně zdravotního a tělesného postižení. A to i přesto, že zákon č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání chápe tělesné postižení jako jednu z forem zdravotního postižení. K tomuto pojetí se budeme přiklánět také v naší práci, nicméně považujeme za nutné vymezení v následujících řádcích jak zdravotní, tak tělesné postižení. Výše zmíněný zákon definuje zdravotní znevýhodnění jako „*zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání*“ (ČESKO, 2004, s. 10267). Jiný náhled na tuto problematiku ale přináší Slowik (2007, s. 27), který zdravotní znevýhodnění ztotožňuje s termínem handicap a říká, že jde o omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které znemožňuje nebo ztěžuje, aby naplnil roli, jež je pro něj normální. Některé publikace, zejména se zaměřením na ošetrovatelství, se přiklání k pojetí Slowika a tvrdí, že zdravotní znevýhodnění lze vnímat nejen jako újmu způsobenou vrozenou nebo získanou poruchou struktury a funkce organismu, ale také jako všechna postižení, jež vedou k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti (Matějček, 2001 cit. podle Friedelová, 2007, s. 43).

V anglických odborných zdrojích se pak můžeme setkat s ekvivalenty disability, impairment, handicap či disorder. Ať už narazíme na kterékoliv z nich, všechny mají jedno společné: poukazují na omezení, které s sebou zdravotní znevýhodnění nese. Například webová stránka Social Surity zajišťující sociální zabezpečení v USA uvádí, že zdravotní znevýhodnění je založeno na pracovní neschopnosti, přičemž by těmto jedincům zdravotní stav neměl nedovolit přizpůsobit se jakýmkoliv jiným pracovním podmínkám. V neposlední řadě je zdůrazněno očekávání, že znevýhodnění přetrvává minimálně po do-



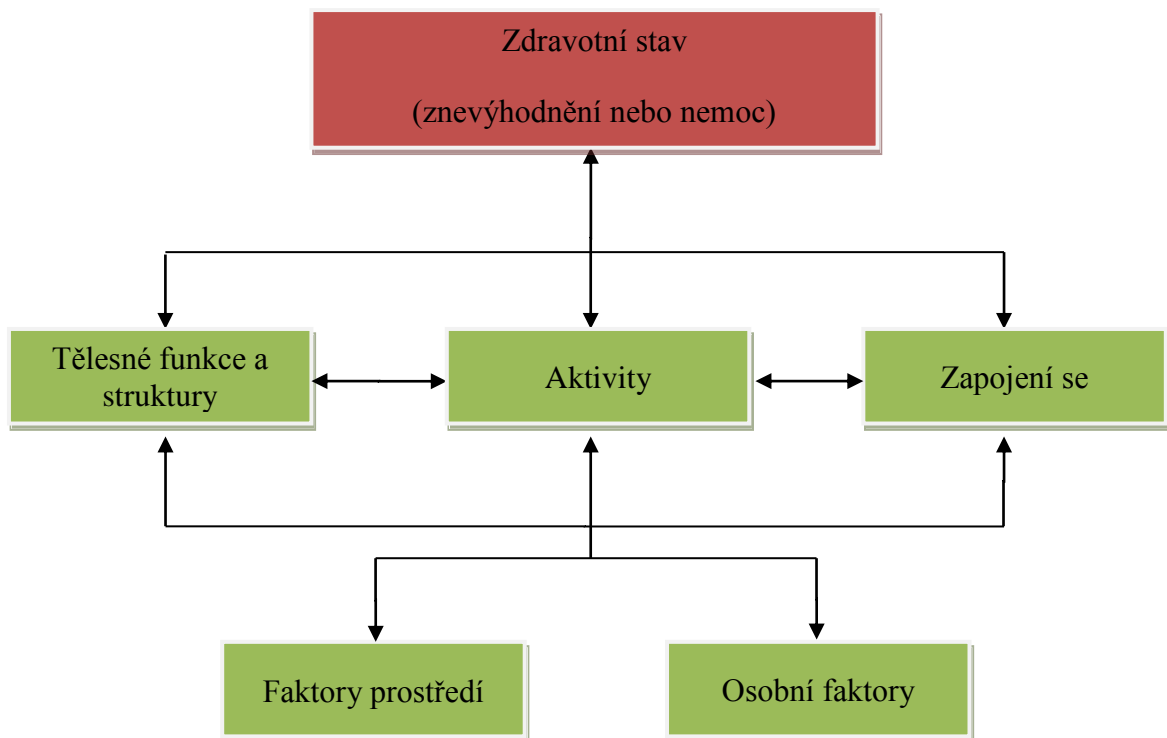
bu jednoho roku anebo může mít dokonce za následek smrt (Disability Benefits, 2011, s. 4).

Jiný, novátorský náhled na tuto problematiku ovšem nabízí Linton (1998, s. 8-12), který se ve své publikaci *Claiming Disability: Knowledge and Identity* domnívá, že termín znevýhodnění je možné používat ve dvou rovinách - pojmenování útlaku a označení skupiny. V prvním případě pracuje s pojmem ableismus (ableism), který je definován jako „*diskriminace ve prospěch tělesně zdatných osob*“ (Linton, 1998, s. 9), a v souvislosti s ním vyslovuje dvě následující idey: první z nich říká, že schopnosti lidí či jejich charakteristiky jsou determinovány znevýhodněním. Myšlenka druhá pak poukazuje na to, že skupina lidí se znevýhodněním je méněcenná ve vztahu k lidem bez handicapu. S tím souvisí také druhá rovina chápání pojmu ableismus, která tvrdí, že zdravotní znevýhodnění (autor jej ztotožňuje s handicapem) je něco, co spojuje tuto různorodou skupinu lidí, zejména ve směru ekonomickém a sociálním, a to takovým způsobem, jakým vyhovuje společnosti.

Nové trendy v chápání této problematiky přináší v neposlední řadě aktuální klasifikace WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, která si klade za cíl „*uvést pojmy zdraví a zdravotní znevýhodnění v novém světle*“ (World Health Organization, 2004). Zároveň dodává, že „*lidé nejsou jednotkou klasifikace, neboť ICF popisuje situaci každého člověka z perspektivy zdraví a domén, jež s ním souvisí*“ (WHO, 2001, s. 10). Převedeno do praxe to znamená, že nová klasifikace pracuje s následujícími pojmy (WHO, 2001, s. 12-24):

- Tělesné funkce (body functions), což jsou fyziologické funkce tělesného systému, jež zahrnují duševní funkce.
- Aktivita (activity), tedy splnění úkolu nebo aktivita jednotlivce.
- Zapojení se (participation), které je chápáno jako zapojení se do určité životní situace.
- Faktory prostředí (environmental factors) utvářející tělesné, společenské a postojové prostředí, v němž lidé žijí a vedou svůj život.
- Osobní faktory (personal factors), jež sice nejsou součástí klasifikace ICF, ale jejich přínos spočívá ve vlivu, který mohou mít na řadu intervencí. Nabízí tedy konkrétní nastínění života a žití jedince a sestávají z prvků, které nejsou součástí zdravotního stavu - pohlaví, rasa, věk, zvyky, vzdělání, profese či individuální psychologické aktivity.

Provázanost všech těchto faktorů pak ilustruje následující schéma (WHO, 2001, s. 24):



Obr. č. 1: Provázanost jednotlivých faktorů dle klasifikace ICF (WHO, 2001, s. 24).

Můžeme tedy konstatovat, že revidovaná klasifikace ICF usiluje o integraci sociálního a zdravotního pohledu na postižení, přičemž poukazuje zejména na omezení vyplývající z postižení a na jejich dopad na soběstačnost, pracovní uplatnění a celkovou kvalitu života.

Nyní, když jsme objasnili problematiku zdravotního znevýhodnění, si definujme pojem tělesné postižení, jehož pochopení je pro nás v rámci této podkapitoly i celé práce klíčové. Nahlédneme-li do odborné literatury, zjistíme, že většina autorů se při vymezení tělesného postižení odkazuje na některou ze tří nejčastějších definic tohoto, jak poznamenává Novosad, fenoménu i životní reality. Jednu z nejčastějších interpretací tělesného postižení uvádí ve své publikaci například Renotierová (2006, s. 212), jež tvrdí, že jde o synonymum pro „přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“ Fischer, Škoda (2008, s. 34) však chápou tělesné postižení jinak. Tvrdí, že ho lze mimo jiné vymežit také jako vady pohybového a nosného ústrojí, tedy kostí, kloubů, šlach, svalů i cévního zásobení. Kromě toho však do této kategorie můžeme zahrnout taktéž poruchy nervového ústrojí, jež se projevují porušenou hybností. Avšak zajímavý koncept tělesného postižení

v neposlední řadě zmiňuje Novosad (2011, s. 87-88). Ten vychází z předpokladu, že pojem tělesné postižení zahrnuje dvě prolínající se skupiny: chronické postižení, tedy nevyhlášené onemocnění, resp. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, a lokomoční postižení. To dle autora představuje omezení hybnosti až znemožnění pohybu, dysfunkce motorické koordinace a má souvislost s poškozením, vývojovou vadou, orgánovou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace, amputací či deformací části motorického systému. Domníváme se, že definice Renotierové i Fischera a Škody dokázaly skloubit podstatu tělesného postižení, a to jak z medicínského, tak psychologického a sociálního hlediska, proto se na ně budeme v rámci naší práce odvolávat.

### 1.1.2 Etiologie tělesného postižení

Z odborných zdrojů víme, že příčiny tělesného postižení mohou být velmi pestré a různí se na základě celé řady kritérií. Nejčastěji se však v literatuře můžeme setkat s tím, že je etiologie tělesného postižení posuzována jednak z hlediska omezení hybnosti, ale také dle doby vzniku somatické poruchy. Obě tato kritéria si proto blíže vysvětlíme v následujících řádcích.

Jak již víme, hlavním znakem osob s tělesným postižením je celkové nebo částečné omezení pohybu. Může se přitom jednat o primární či sekundární poruchu hybnosti. Co to znamená? V prvním případě jde dle Slowíka (2007, s. 98) o následek přímého poškození pohybového ústrojí, Vítková (2006, s. 11) však dodává, že nelze opomenout ani postižení centrální a periferní nervové soustavy. Při postižení centrální části, tzn. při poškození nižších center nebo nervových drah, se nejčastěji můžeme setkat s chabými obrny. Patologické změny korové a přilehlé části pak mají za následek jednak spastické obrny, ale třeba také rozmanité poruchy hybnosti způsobené onemocněním extrapyramidového systému. Při postižení periferní části naopak bývá zasaženo vlastní hybné ústrojí, a to v důsledku amputací, deformací anebo vývojových vad (Vítková, 2006, s. 11).

Podíváme-li se detailněji na sekundární poruchy hybnosti, zjistíme, že je zde „*pohyb omezen v důsledku nemoci či poruchy*“ (Renotierová, 2003 cit. podle Slowík, 2007, s. 98). Na rozdíl od primárních poruch hybnosti tedy zůstává centrální i periferní soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn. Významnou roli tu však sehrávají důsledky srdečních, revmatických či kostních chorob, jež zásadní měrou omezují pohyb nemocného jedince (Vítková, 2006, s. 11).

S poněkud diametrální etiologií se však můžeme setkat u tělesných vad. Ty lze vymezit jako „*postižení systému pohybového, podpůrného či jiných orgánů, vedoucích k podstatným somatickým změnám*“ (Renotiérová, 2006, s. 210) a mohou být buď vrozené anebo získané v průběhu života. Vrozené vady jsou nejčastěji způsobeny různými infekčními onemocněními matky v období těhotenství a dědičností (Renotiérová, 2006, s. 212). Takto handicapovaný jedinec tedy může mít vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra anebo páteře (Slowík, 2007, s. 99). Dále do této kategorie řadíme ještě malformace, jež zahrnují amélie a fokomelie (Vítková, 2004, s. 173-174). Nutno však podotknout, že jejich výskyt není tolik markantní a vznikají převážně v období tzv. teratogenetické kritické periody, tedy mezi 20 - 40. týdnem těhotenství (Machová, 1994 cit. podle Slowík, 2007, s. 98). Podíváme-li se ovšem do jiných odborných publikací, zjistíme, že například Slowík (2007, s. 98) mezi vrozená tělesná postižení řadí také mozkovou obrnu<sup>3</sup>, jejíž příčiny se nachází v poškození CNS v prenatálním či perinatálním období.

Získaná tělesná postižení mohou vzniknout v kterémkoliv období života a jsou buď následkem úrazu anebo důsledkem onemocnění (Renotiérová, 2006, s. 212). Dle Slowíka (2007, s. 99) zde hovoříme zejména o paraplegii a amputaci. Renotiérová (2006, s. 215-218) však do této kategorie doplňuje ještě deformace, zlomeniny obratlů a úrazová poškození periferních nervů. Ta mohou způsobit širokou škálu poranění, a to od neuropraxis a axonotmesis přes amputace a neurotmesis až po obrny pažní pleteně (Renotiérová, 2006, s. 216). Zaměříme-li se ještě na získaná tělesná postižení po nemoci, je nutné zdůraznit, že tito jedinci se mohou potýkat s revmatickými onemocněními, kam řadíme například akutní revmatismus, chorea minor či vleklý kloubní revmatismus, ale výjimkou zde není ani dětská infekční obrna, Perthesova nemoc a myopatie (Renotiérová, 2006, s. 217-218). Ta můžeme mít dle Fischera, Škody (2008, s. 53) podobu Duchenneovy svalové dystrofie (DMD) nebo Beckerovy svalové dystrofie (BMD).

Jestliže však v rámci této podkapitoly mluvíme o etiologii tělesného postižení, je třeba reflektovat také vliv špatného životního stylu. Mnohé vady a deformace totiž vznikají v důsledku nesprávného držení těla, nedostatku pohybu nebo poškození kloubů při nadváze (Slowík, 2007, s. 98). Velmi rozmanitá je v neposlední řadě etiologie dlouhodobých one-

---

<sup>3</sup>Změny v I. dílu MKN se týkaly i změny názvu či specifikace onemocnění. Konkrétně G80 - namísto dětské mozkové obrny se používá termín mozková obrna (ÚZIS, 2013).

mocnění, včetně jejich vývoje a prognózy, která nemusí být vždy příznivá. Konkrétně máme na mysli onemocnění jako progresivní svalová myopatie, cystická fibróza anebo některá onkologická onemocnění (Slowík, 2007, s. 98).

### 1.1.3 Diagnostika tělesného postižení

Jedním ze základních předpokladů pro kvalitní poznávání života i navzdory tělesnému postižení je včasné stanovení diagnózy. A to jak globální, tak i parciální diagnózy. Ty obvykle vychází z celkového stavu vývoje člověka, resp. dítěte, ale také z některé speciální oblasti, např. psychosomatické a sociální (Jonášková, 2004, s. 90).

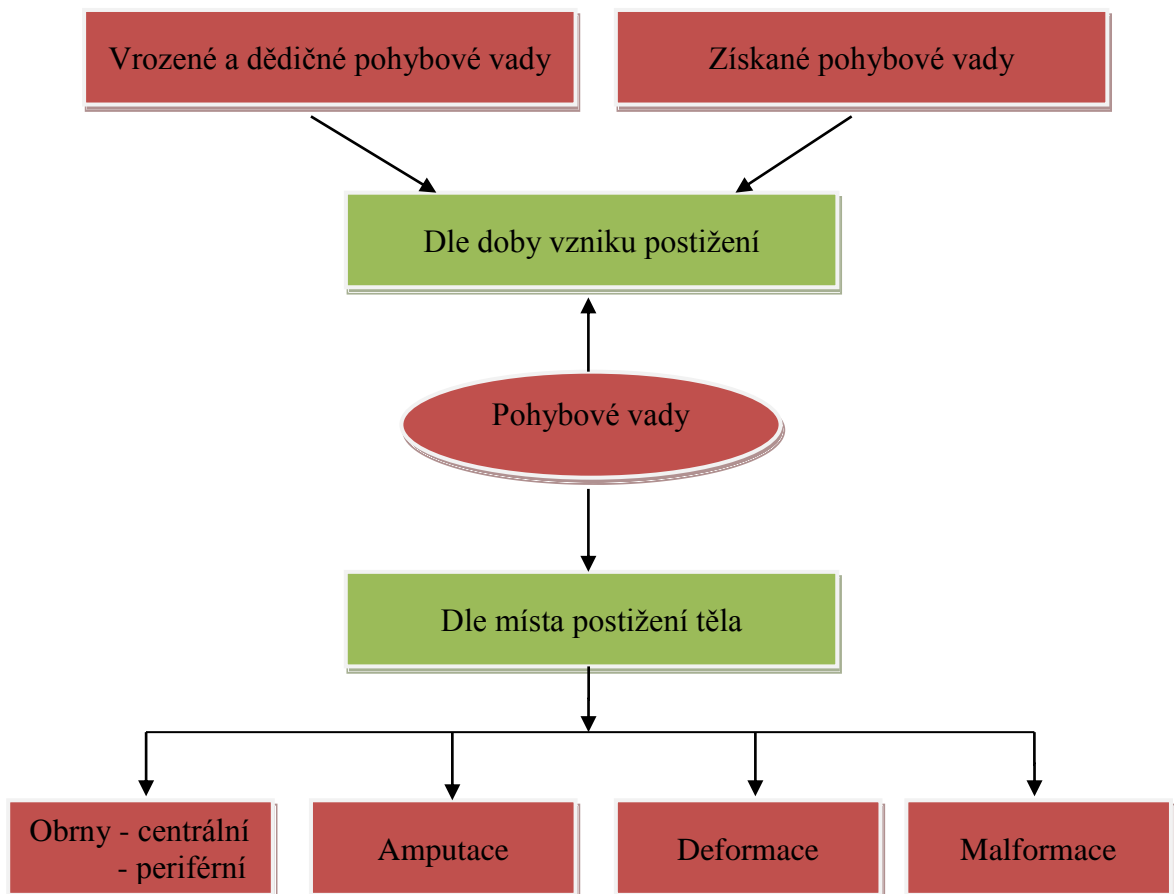
Podle Slowíka (2007, s. 98) je diagnostika poruch hybnosti, onemocnění a zdravotních oslabení předmětem různých medicínských oborů, uvádí například neurologii či ortopedii. Kábele (1970, s. 43) zde však zmiňuje také chirurgii, ortopedickou protetiku či kineziologii. Kromě diagnostiky jako takové je významná i speciálně-pedagogická diagnostika. Ta mapuje možnosti rozvoje jedinců s tělesným postižením a jejím úkolem je snaha o prognózu, tedy o odhad možností osoby s tělesným postižením, a to na základě získaných poznatků o ní (Vítková, 2004, s. 181). V obecné rovině tedy můžeme konstatovat, že se snaží najít takové způsoby a prostředky, jež garantují, že se konkrétní vada, porucha či onemocnění nestanou překážkou v rozvoji člověka (Vítková, 2004, s. 181). Pro tyto účely bývají proto nejčastěji používány klinické metody, kam se řadí například anamnéza, pozorování či rozhovor, dále metody, jež hojně využívají didaktické testy, anebo psychodiagnostické metody (Valenta, 2005, s. 151-152).

### 1.1.4 Klasifikace tělesného postižení

Pohybové vady lze členit podle mnoha rozličných kritérií, v důsledku čehož speciálně-pedagogická literatura nabízí jak nespočet podobných, tak i diametrálně odlišných klasifikací tělesného postižení. Všechny však mají jedno společné: zohledňují etiologii a dobu vzniku postižení. Jonášková (2004, s. 96) nicméně dodává, že je třeba brát na zřetel nejen časové trvání vzniklé poruchy, ale i okolnosti jejich vzniku (viz Příloha PI). Stejná kritéria se při členění tělesného postižení snaží zohlednit i Slowík (2007, s. 99), ale jeho klasifikace je s odvoláním na WHO doplněná o zdravotní oslabení, která dle autora rovněž naplňují kritéria definice postižení (viz Příloha PII).

Ačkoliv souhlasíme s výše uvedenými kritérii, která by se měla při klasifikaci tělesného postižení zohlednit, jako nejvhodnější se nám pro účely naší práce jeví následující schéma

(upraveno dle Monatová, 1994 cit. podle Vítková, 2006, s. 170). Omezuje se totiž pouze na ortopedické vady, které jsou v naší práci klíčové, a proto se jim budeme v následujících řádcích detailněji věnovat.



Obr. č. 2: Klasifikace tělesného postižení (Monatová, 1994 cit. podle Vítková, 2006, s. 170).

Vzhledem k tomu, že jsme se etiologií tělesného postižení již zabývali v předchozích kapitolách, nyní se detailněji podíváme pouze na členění tělesného postižení z hlediska místa postižení.

Obrny se dle odborné literatury týkají centrální a periferní nervové soustavy (Vítková, 2006, s. 171). Hovoříme-li o centrálních obrnách, máme podle Novosada (2011, s. 124) na mysli postižení CNS, jenž se dle rozsahu a stupně závažnosti dělí na parézy (částečné ochrnutí s narušením nervosvalového přenosu a snížení, resp. omezení hybnosti a motorické kognice) a plegie (úplné ochrnutí s porušením inervace a plnou ztrátou hybnosti). Fischer, Škoda (2008, s. 37) dodávají, že ty se pak dle lokalizace postižené části těla dále člení na:

- Diparézy (diplegie), tj. ochrnutí dolní části těla, zejména pak dolních končetin.
- Hemiparézy (hemiplegie), tedy vertikální ochrnutí poloviny těla, jenž může být levostranná nebo pravostranná.
- Kvadruparézy (kvadruplegie), které jsou synonymem pro částečné, resp. úplné ochrnutí všech čtyř končetin.

Periferní obrny naopak představují „*chabé obrny vznikající v důsledku poruch periferních nervů*“ (Novosad, 2011, s. 126) a postihují pouze jednotlivé tělní, resp. orgánové periferie, jako jsou např. končetiny, svaly anebo obličej. Vzhledem k výše uvedenému lze mezi periferní obrny zařadit také amputace, čímž rozumíme umělé odnětí části končetiny od trupu (Vítková, 2006, s. 177). Renotírová (2006, s. 216) uvádí, že amputace může nastat v důsledku vážných úrazů, cévního onemocnění na končetinách nebo sepse.

Své místo v klasifikaci pohybových vad však mají také deformace a malformace. Deformace je označení vrozené nebo získané vady vyznačující se nesprávným tvarem některé části těla (Kubát, 1992 cit. podle Vítková, 2006, s. 178). Nejčastěji se zde ozývají deformace páteře v rovině sagitální, tedy hyperlordóza, hrudní kyfóza, plochá záda a bederní lordóza (Renotírová, 2006, s. 215). Malformace se naopak řadí mezi vrozené vývojové vady a rozumí se jimi patologické vyvinutí nejrůznějších částí těla, zejména pak končetin. Zatímco Vítková (2008, s. 177) sem řadí pouze amélie (tj. částečné chybění končetiny) a fokomelie (stav, kdy končetina navazuje přímo na trup), Fischer, Škoda (2008, s. 57-58) nabízí na problematiku malformací poněkud komplexnější pohled, neboť v jejich pojetí se stává klíčovým pojem dysmelie, jež se dále člení na amélie, fokomelie, peromelie (vrozená absence části paže, tzn. předloktí nebo ruky) a mikromelie (celkové zmenšení končetiny).

## 1.2 Psychologické aspekty tělesného postižení

Člověk se jakožto specifický živočišný druh během svého vývoje participoval v mnoha rozličných, často antagonistických skupinách. Nahlédneme-li do dob dávno minulých, zjistíme, že jeho role a s tím související utváření se v plnohodnotnou osobnost, vždy nějakým způsobem souvisely s pohybem a výkonem - byl totiž sběračem, lovcem, zemědělcem, řemeslníkem i válečníkem (Novosad, 2011, s. 37). Pohyb je tedy mediátorem života, což podle našeho názoru výstižně deklaruje také výrok francouzské spisovatelky a myslitelky Simony de Beauvoirové, která prohlašuje: „*Není-li tělo věc, je to situace... je to nástroj našeho uchopení světa, limitující faktor našich záměrů*“ (Murphy, 2001, s. 17). Pohyb lze tedy rovněž chápat jako zdroj zkušeností, hnutí myšlenek a nálad, z čehož vyplývá, že jde

o fyziologickou, psychofyzickou a zejména pak psychologickou záležitost. To ostatně dokládá ve svých publikacích také Vítková, jež uvádí, že „*existuje úzká souhra mezi pohybem, vnímáním a kognicí*“ (Piaget, 1997 cit. podle Vítková, 2006, s. 169). Jinými slovy: člověk se učí při pohybu a pohybem, díky čemuž zraje a utváří se. Kromě toho se díky pohybu stává soběstačným a samostatným jedincem, který zejména v období mladé dospělosti dosahuje tělesného vrcholu a je dostatečně kompetentní na to, aby našel adekvátní pracovní a společenské uplatnění a tím rozvíjel i mezilidské vztahy (Říčan, 2004, s. 230). To potvrzuje také Novosad (2011, s. 39-40), jenž tvrdí, že lokomoce je nástrojem či prostředkem, který zajišťuje například personální individuaci a sociální integraci, sebereflexi sebe samého, přísun podnětů, informací, poznatků či prožitků. Tělesné postižení tedy nepředstavuje „*jen somatický problém, ale také psychický a sociální stav*“ (Murphy, 2001, s. 19).

Můžeme proto konstatovat, že pohyb přímo tvořivě či formativně působí na vývoj osobnosti člověka (Novosad, 2011, s. 40). Z toho plyne, že rovněž tělesné postižení ovlivňuje celou osobnost handicapovaného člověka (Vágnerová, 1999, s. 51), na což odborníci poukazují již odedávna. Například světově uznávaný americký psycholog Lee Meyerson už roku 1948 publikoval v *Journal of Social Issues* článek *Tělesné postižení jako sociálně-psychologický problém*, v němž píše: „*Literatura se shoduje na tom, že hlavní problémy osob s tělesným postižením nejsou rázu tělesného, ale sociálního a psychologického*“ (Meyerson, 1948, s. 2). Zdůrazňuje zároveň, že je třeba oprostít se obvyklého, značně limitujícího, chápání tělesného postižení, které je spojeno s představami o tom, jak těmto lidem pomáhat, a zaměřit se na řešení základních psychologických problémů souvisejících s handicapem (Meyerson, 1948, s. 2). Domníváme se tedy, že je nutné pohlížet na tělesné postižení také jako na psychologický problém a fenomén, jímž se budeme detailněji zabývat v následujících podkapitolách.

### **1.2.1 Vliv tělesného postižení na vývoj a formování osobnosti jedince**

Z psychologie osobnosti víme, že osobnost zahrnuje celek psychických jevů, je mnohonásobně podmíněna a vytváří se v průběhu vývoje jedince pod vnějšími i vnitřními vlivy (Hadj-Mousová, 2004, s. 57), takže je třeba pohlížet na jedince jako na bio-psycho-sociální celek. V prvé řadě tedy sehrává důležitou roli biologická determinace duševního vývoje, jež souvisí s vývojem mozku jakožto nositele psychiky, a celého neurohormonálního systému řízení organismu (Říčan, 2004, s. 27). „*Tím spíše pak hraje biologický faktor*



*rolí u postiženého jedince, pokud postižení zasahuje právě nervovou soustavu*“ (Hadj-Mousová, 2004, s. 57). Prokazuje se zde však také na influence genetické výbavy a celkového tělesného vzhledu (Hadj-Mousová, 2004, s. 57). Ten sehrává důležitou roli zejména v sociálních vztazích, neboť jak podotýká Vágnerová (1999, s. 52), emoční postoje intaktní populace k lidem s tělesným postižením mohou mít ambivalentní charakter. Na jedné straně je to soucit vyplývající z empatického sdílení neštěstí druhých, a na straně druhé je to odpor a hrůza, jelikož tyto lidé symbolizují něco negativního, čemu je třeba se vyhnout.

Vzpomeňme však také faktor sociální, protože k tomu, abychom se stali osobnostmi, nestačí jen tělesné zrání a jakýsi „biologický vklad“. Je totiž nutné mít jednak vzory ve svém okolí, jež se pro nás stanou inspirací na cestě životem, ale i zpětnou vazbu, pomocí které získáme povědomí o tom, co se od nás očekává a čemu bychom se naopak měli vyhnout. Klíčovou roli zde tak sehrává interakce s druhými lidmi, prostředím, ve kterém žijeme, mezilidské vztahy i postupné vrůstání do společnosti, tedy socializace. Neboť jak dodává Řičan (2004, s. 30), „*společnost na nás působí na každém kroku a určuje, jak se budeme vyvíjet po celý život.*“ Naši cestu životem však kromě společnosti může významným způsobem modifikovat také primární rodina, jež je dle Výrosta, Slaměníka (2008, s. 50) nejvýznamnějším činitelem socializace, neboť vede jedince ke společenskému životu v prostředí, kde vyrůstá, učí ho orientovat se ve světě symbolů a seznamuje ho s kulturními vzorci. Je to tedy právě rodina, kde se učíme prostřednictvím příkazů, zákazů a informací (Hadj-Mousová, 2004, s. 58). Od ní by se ale měl jedinec začít v mladé dospělosti separovat a mít tak relativní svobodu v rozhodování a chování (Vágnerová, 2007, s. 10). To však u osob s tělesným postižením nemusí být pravidlem, protože jejich zkušenosti i seberealizace jsou úzce spojeny s omezenou lokomocí, což může dle odborníků vyústit jednak v izolaci či infantilismus (Vágnerová, 1999, s. 70), ale také třeba v citovou, podnětovou, resp. informační deprivaci (Novosad, 2011, s. 106).

Na formování osobnosti má však zásadní vliv též vlastní aktivita člověka, jeho reakce na okolní svět, vztahy a s tím související odezvy ze strany okolí (Hadj-Mousová, 2004, s. 58). Jak totiž víme, jedinec se utváří v interakci se svým okolím a právě tehdy se formují jeho představy o sobě, o tom, jaké jednání se od něj očekává, čímž se dostává do popředí také sebereflexe a sebehodnocení. V interakci s druhými lidmi se navíc učíme novým věcem a získáváme tak cenné zkušenosti. Ty „*ovlivňují všechny složky psychiky: kognitivní kompetence, emoční projevy, osobnostní vlastnosti i celkové sebepojetí*“ (Vágnerová, 2007, s. 12), takže zvlášť pro osobu s tělesným postižením jsou klíčové. Proč? Kvůli omezené

lokomoci jsou tito jedinci velmi často deprivováni, a to nejen zkušenostně, ale také emočně a sociálně. Můžeme tedy konstatovat, že tělesné postižení představuje v psychické oblasti primárně omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí, sekundárně sehrává významnou roli jak osobnost člověka s tělesným postižením, tak nejrůznější vlivy vnějšího prostředí (Vágnerová, 1999, s. 51).

Nicméně je třeba zdůraznit, že „*socializace probíhá po celý život člověka*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 94), v důsledku čehož má velký vliv na formování osobnosti také časová dimenze, která v sobě snubuje různé sociální aspekty, a zahrnuje vliv minulosti, přítomnosti a budoucnosti (Hadj-Mousová, 2004, s. 58). Jak se to projevuje? Minulost zhmotňuje vzpomínky, prožitky a události, takže je pramenem zkušeností, které mohou z hlediska přítomnosti a prožívání člověka nabývat jiného významu. Přítomnost je zase jakýmsi průsečíkem mezi minulostí a přítomností a důležitou roli zde sehrává vlastní aktivity jedince. Hadj-Mousová (2004, s. 59) k tomu dodává, že „*zvláště pro postiženého je přítomnost důležitá, protože vlastní aktivitou může posílit své sebevědomí realizací svých představ*.“ Totéž platí o budoucnosti, ale ta je mnohdy spojena s celou řadou limitů, jež jsou způsobeny zejména možným zhoršením zdravotního stavu či přímo ohrožením života. Ne vždy tak mají tito lidé příležitost v plné míře realizovat své životní cíle, sny a aspirace (Hadj-Mousová, 2004, s. 59).

Z výše uvedených skutečností tedy vyplývá, že tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty (Vágnerová, 1999, s. 70):

- Nedostatek pohybových kompetencí posuzující se na základě úrovně soběstačnosti, jež je dána zejména schopností samostatné lokomoce a sebeobsluhy, což má souvislost se schopností používat ruce. Je třeba si ovšem uvědomit, že soběstačnost má také sociálně-psychologický význam, protože její absence často vede k utvoření celé řady stereotypů. Omezená lokomoce má pak za následek menší zkušenosti se sociálním prostředím.
- Vliv viditelné deformace, která má vždy sociální dopad projevující se jednak sníženým statutem takto handicapovaného jedince, ale i nepříznivým sociálním hodnocením a akceptací ze strany okolí. Trvalé tělesné postižení může být dokonce někdy vnímáno jako sociální stigma (Novosad, 1997, s. 58), což se může projevit také na sociální interakci, interpersonální komunikaci a seberealizaci (Slowík, 2010, s. 65).

### 1.2.2 Tělesné postižení jako náročná životní situace a možnosti jejího zvládnání

Omezení pohybu coby jednoho ze základních projevů života představuje pro takto handicapovaného člověka z hlediska prožívání často těžkou životní situaci. Právě pohybové vady jsou totiž vesměs velmi nápadné a mohou tedy vést až ke komplexům méněcennosti, což ovlivňuje nejen psychický vývoj, ale můžeme pozorovat také změnu v postojích a chování okolí (Vágnerová, 1999, s. 54).

Tělesné postižení se však ve většině případů negativně podepisuje také na možnostech uspokojování psychosociálních potřeb. Z psychologie totiž víme, že podmínkou přiměřeného vývoje je uspokojování základních psychických potřeb. Jak však dodává Novosad (2011, s. 110), *„jedinec pro své funkční či orgánové postižení prostě nemůže určité potřeby realizovat obvyklým způsobem“*, což může vyústit jednak v psychickou deprivaci a v rezignaci vůči všemu okolo, ale také ve změnu hodnotové orientace, v duševní napětí, tenzi či sníženou sebedůvěru.

Z toho vyplývá, že jedinec s tělesným postižením během svého života hledí tváří v tvář nespočtu těžkých situací, s nimiž se musí vyrovnat a které je třeba překonat. Tělesné postižení má tak dle Novosada (2011, s. 65) rozměr konfrontace a výzvy. Jedinec je dnes a denně konfrontován s dlouhodobě zatěžujícím vlivem svého handicapu, se stresem i řadou konfliktů, které mohou vést až k pocitu frustrace (Hadj-Mousová, 2004, s. 61). Konkrétně se může jednat například o neadekvátní reakce rodiny na postižení, častou zkušenost s bolestí, o ztížené komunikační schopnosti, snížené možnosti učení, závislost na pečovateli a o omezení aktivit a s tím související možnosti socializace. Nicméně je třeba si uvědomit, že ani tělesné postižení není dobré vnímat jen v černobílých obrysech. Z nevýhody se dá totiž učinit výzva. Novosad (2011, s. 66) k tomu píše: *„Člověk s postižením přijímá životní situaci jako výzvu k překonání svízelné či nepříjemné situace a jako podnět k dokázání toho, že má stejné předpoklady k osobnímu i společenskému uplatnění jako jeho vrstevníci. Přitom není ani tak podstatné, zda se mu podaří dosáhnout všech vytyčených cílů, ale zásadní je spíše sama snaha, úsilí, cílená a smysluplná respektuhodná aktivita.“*

Faktem však zůstává, že tatáž životní situace může být pro různě rezilientní jedince zatěžující zcela diametrálním způsobem. Závažnost náročné životní situace přitom determi-

nuje zejména doba vzniku tělesného postižení<sup>4</sup>, hodnotová orientace, motivace, zájmy a postoje konkrétního člověka i jeho rodiny, stejně jako jeho sociální kontakty a vazby, možnost vlastní seberealizace a získání pocitu vlastní hodnoty (Kopecká, 2012, s. 18). Jako klíčové se však jeví v neposlední řadě využití copingových strategií, jež většina česky psané literatury definuje jako „*chování, které slouží ke zvládnutí požadavků prostředí*“ (Baš- tecká a kol., 2005, s. 81). Zajímavostí je, že v zahraniční literatuře se problematika vyrovnání se s chronickou nemocí a znevýhodněním (CID) stala předmětem zájmu zejména v průběhu posledních 40 let (Livneh, Martz, 2007, s. 3). To souvisí se skutečností, že dle empirických výzkumů se až 500 milionů lidí potýká s nějakou formou znevýhodnění, a z toho 10% populace má tělesné, mentální či smyslové postižení, na které je třeba se adaptovat (United Nations, 2006 cit. podle Livneh, Martz, 2007, s. 3).

Je však třeba si uvědomit, že tělesné postižení omezuje zásobu i flexibilitu jednotlivých copingových strategií. Je tomu tak zejména v situacích, kdy je jako copingová strategie využita fyzická aktivita coby prostředek vyrovnání se s frustrací či agresí. Z toho důvodu je vhodnější sáhnout například po technikách aktivního řešení, pro něž je příznačné, že se odvíjí z agrese. Lze tedy využít například přímá agresivní řešení, která mohou být fyzického rázu, ale pod vlivem tlaku společenských norem se můžou transformovat též do verbální agrese. Ta může mít nejrůznější podoby - od urážek a nadávek přes jízlivost, ironii až po škádlení a popichování (Hadj-Mousová, 2004, s. 61-62). Kromě toho mezi techniky aktivního řešení můžeme zařadit také agresivitu přenesenou na jiné objekty či vůči sobě, případně upoutání pozornosti doprovázené egocentrismem (Hadj-Mousová, 2004, s. 61).

S tělesným postižením je však možné se vyrovnat také pomocí únikových technik. Ty lze charakterizovat jako „*rezignaci na dosažení cíle či řešení situace*“ a jsou tedy založeny na pasivitě člověka (Hadj-Mousová, 2004, s. 62). Někdy může jít o přímý únik z tíživé situace formou záškoláctví, útěků či ztrátou vědomí, jindy naopak o izolaci, jež může vyústit v sekundární introverzi. Mezi únikové techniky ještě můžeme zařadit únik do nemoci, racionalizaci či vztah osoby s postižením k okolnímu světu, přičemž roli zde sehrávají poznávací procesy, schopnosti, rysy osobnosti, motivace a variabilita podle typu postižení (Hadj-Mousová, 2004, s. 62-64).

---

<sup>4</sup> O této problematice detailněji pojednáme v kapitole 1.3.1.

### 1.3 Sebepojetí a sebepřijetí osob s tělesným postižením v období mladé dospělosti

*„Má-li člověk umět milovat, musí si sám sebe na výsost cenit.“ (Erich Fromm)*

Období mladé dospělosti se vyznačuje zejména diverzifikací psychosociálního rozvoje. Zatímco tělesné změny mají v tomto období malý význam a nikterak neovlivňují ani lidskou psychiku, do popředí se dostává osobnostní rozvoj, který probíhá zejména na úrovni sebepojetí, tedy poznatků a přesvědčení o sobě samém, a ve vztahu k jiným lidem (Campbell, Assanand, DiPaula, 2000 cit. podle Výrost, Slaměník, 2008, s. 96). V důsledku toho můžeme vidět, že mladí dospělí disponují větší sebejistotou, sebedůvěrou a soběstačností. Někteří autoři dokonce považují tuto vývojovou etapu za třetí fázi proměny sebeuvědomění a sebepotvrzení (Vágnerová, 2007, s. 9-10).

S ohledem na tyto skutečnosti by se mohlo zdát, že naplnit Frommova slova v průběhu života nemůže být ani navzdory handicapu tak těžké, máme proto přeci jen psychosociální předpoklady. Ovšem již na počátku 20. století Alfred Adler zformuloval tezi, která tvrdí, že za určitých nepříznivých okolností, k nimž patří i tělesné postižení, normální pocit slabosti a bezmoci sílí, což vede ke vzniku komplexu méněcennosti (Plháková, 2006, s. 190). Ostatně, také Carl Rogers upozorňuje na to, že každý z nás má tendenci aktualizovat svůj organismus, v důsledku čehož je naše chování cílenou snahou růst, rozvíjet se a naplnit své možnosti. Dodává ještě, že většina způsobů chování, jež si osvojíme, je konzistentní s naším sebepojetím. Organismus tak vyhledává zážitky, které uspokojí naše potřeby na základě sebepojetí (Šiffelová, 2010, s. 46-47).

Můžeme tedy s ohledem na výše uvedené skutečnosti konstatovat, že osoba s tělesným postižením může být deprivována také z hlediska emočního, sebeaktualizace a dalšího osobnostního rozvoje, což v konečném důsledku negativně ovlivňuje její sebepojetí. To se skládá „ze všech myšlenek, vjemů a hodnot, které charakterizují „já“; zahrnuje vědomí „co jsem“ a „co dokážu“. Toto vnímané self pak ovlivňuje, jak člověk vnímá svět i své chování“ (Rogers, 1977 cit. podle Atkinson 2003, s. 469). Vágnerová (2004, s. 119) však upozorňuje, že takové vymezení může být u osob s tělesným postižením limitováno jednak na úrovni psychické, tak i somatické. Sebehodnocení je totiž vázáno na zkušenosti, takže v tomto ohledu sehrává roli také doba vzniku tělesného postižení, sociální role, které zaujímá a budoucí motivace. V důsledku toho můžeme vidět, že sebehodnocení může být u osob s tělesným postižením značně variabilní, neboť zahrnuje jak emoční složku, tak

schopnosti jedince, které mohou být v souvislosti s handicapem také nějakým způsobem postiženy (Vágnerová, 2004, s. 120-125).

Zajímavý náhled na problematiku sebepojetí a sebepřijetí osob s tělesným postižením nabízí také Henderson, Bryan (2011, s. 57), kteří uvádí, že součástí self-identity jedince s tělesným postižením je právě znevýhodnění. Avšak ten, kdo má silné sebepřijetí, se jej nebojí kvitovat; neplýtvá totiž energií proto, aby se bránil a byl zlý, ale využívá znevýhodnění na kladné a tvůrčí aktivity a interakce. Proč tomu tak je? Jedinec, který disponuje kladným sebepojetím a silným sebepřijetím, což je *„internalizovaný citový vztah druhých k vlastní osobě, a vyjadřuje tak hodnocení z hlediska sociální žádoucnosti, přijatelnosti a hodnoty* (Blatný a kol., 2010, s. 129), bude během své existence na tomto světě více než jen přežívat - bude totiž vzkvétat jako člověk. Walters (1997, s. 62) tato slova taktéž potvrzuje, když poněkud metaforicky, ale velmi výstižně, poznamenává: *„Tajemství sebepřijetí je uvědomění si svých zvláštností v celém vesmíru. Nikdo za Vás nikdy nebude zpívat Vaši píseň. Vaším hlavním úkolem v životě je tedy naučit se ji dokonale zazpívat“* (Henderson, Bryan, 2011, s. 57).

A nutno podotknout, že toto pravidlo, které jsme citovali výše, platí i v případě osob s tělesným postižením. Tito lidé jsou sice ve vztahu k intaktní populaci do určité míry znevýhodnění, nicméně i přesto je nutné, aby svůj handicap přijali jako fakt, jako realitu, jež je doprovázená určitými limity, kterým by ovšem neměli dovolit, aby převzaly kontrolu nad jejich životem (Henderson, Bryan, 2011, s. 57).

### 1.3.1 Vrozené a získané tělesné postižení jako psychologický problém

Každý člověk má ve vztahu ke svému tělu jistá vlastní estetická měřítká, která se vztahují nejen k tělesné a duševní kráse, ale také k harmonii tvarů, funkcím a výkonnosti. Vrozené či tělesné postižení, jež je obvykle spojeno s funkčními či orgánovými změnami, však může způsobit, že se nedaří dosáhnout normálního stavu či se navrátit k funkční a vzhledové normě, která byla před atakem nemoci či traumatu považována za určitý standard (Novosad, 2011, s. 112-113). Lidé s tělesným postižením jsou tak velmi často vnímání kvůli své abnormalitě anebo funkční nedostatečnosti, což může způsobit rozpor mezi vlastním i společností preferovaným estetickým ideálem, vzhledem a funkcí vlastního těla. *„Může tak vzniknout vědomý i podvědomý ambivalentní až odmítavý vztah vůči sobě samému, vůči svému tak nedokonalému tělu, které se stalo brzdou téměř veškerého životního usilování“* (Novosad, 2011, s. 113).

Tělesné postižení, ať už vrozené či získané až v průběhu života, tedy působí jako omezující faktor ve vývoji jedince (Kopecká, 2012, s. 18), což potvrzuje také Hadj-Mousová (2004, s. 65), která tvrdí, že rozdíly ve vlivu postižení na jednotlivé složky osobnosti jsou způsobeny také časem, kdy postižení vzniklo. Novosad (2011, s. 113) k tomu však podotýká následující a upozorňuje: „*V této souvislosti se vedou v podstatě zbytečné a zjednodušené diskuze o tom, která životní situace je horší, závažnější. Zda narození dítěte s postižením (...) nebo náhlá změna zdravotního stavu. Takové diskuze jsou však irelevantní, neboť se pokoušejí porovnat objektivně neporovnatelné.*“ Zajímavý koncept vrozeného a získaného tělesného postižení nabízí také Murphy (2001, s. 86), který tvrdí: „*Ztělesnění je pro lidi, kteří se s postižením už narodili, problém, ale měli alespoň možnost se do svých omezení socializovat od dětství. Na rozdíl od nich většina paraplegiků a kvadruplegiků přišla ke svému údělu kvůli „nástrahám a šípům urážlivé štěstěny“, takže mají jiný problém - převést se do svého poškození. Je-li ztráta funkce závažná, mohou se dokonce odtělesnit.*“

Z toho důvodu se domníváme, že je potřeba vnímat tělesné postižení nejen jako kategorii či znevýhodnění, ale také jako psychologický problém, jenž se promítá do každodenního života takto handicapovaného jedince.

Jak tedy na tuto problematiku nahlíží odborníci? Psychologové se shodují na tom, že vrozený a raně získaný defekt sice mění veškeré podmínky vývoje, včetně sociálního postavení, ovšem ze subjektivního hlediska není tolik traumatizující. Jedinec se na své postižení již od narození adaptuje a postupně do něj „vrůstá“ (Kopecká, 2011, s. 18), protože „*toto dítě nikdy nepoznalo zdravý stav*“ (Jonášková, 2004, s. 96). Nemá možnost porovnat, jakým směrem by se jeho život ubíral, kdyby se narodil bez handicapu (Hadj-Mousová, 2004, s. 65), takže si vytvořil relevantní sebenáhled, má určitou motivující hodnotovou hierarchii, osvojil si jisté sociální dovednosti a ví, jakých prostředků může využít při dosažení cílů (Novosad, 2011, s. 113). Dle Jonáškové (2004, s. 97) lze ve vývoji osoby s tělesným postižením z hlediska psychologického definovat dvě základní etapy poznání poruchy hybnosti:

- Etapa vnější krize, jež se obvykle objevuje v počátcích přípravy na školní docházku, kdy dítě v tomto období zatím jen tuší, že je „jiné“, „zvláštní“.
- Etapa vnitřní krize, která je synonymem pro bolestné sebezpoznání. To nastává okolo desátého roku života a končí až ústupem puberty.

S těmito etapami souvisí také skutečnost, že je u jedinců s tělesným postižením omezen okruh vnímání, protože jejich zážitky a zkušenosti jsou úzce ohraničeny možnostmi pohybu. Z toho vyplývá, že lze u těchto osob identifikovat poruchy vývoje perceptivních a kognitivních funkcí, což se projevuje tzv. podnětovou a zkušenostní deprivací. Ke změnám dochází také v oblasti emocionálního, intelektuálního a volního vývoje, který se prodlužuje (Jonášková, 2004, s. 96-97). Výjimkou však u osob s tělesným postižením není ani sociální izolace. Přitom ale právě období mladé dospělosti se vyznačuje bohatými sociálními zkušenostmi, navazováním většího množství různých vztahů, schopností emoční regulace a emoční inteligence, které se rozvíjí zejména pomocí zkušenosti (Vágnerová, 2007, s. 23-27).

Získané tělesné postižení naopak přináší náhlou změnu životní situace (Kopecká, 2012, s. 18), takže ze subjektivního hlediska „představuje větší psychické trauma, postižený jedinec ví, co ztratil, dokáže porovnávat“ (Vágnerová, 1999, s. 57) a nemá možnost postupné adaptace na změnu zdravotního stavu. Dle Vágnerové (1999, s. 62) psychická adaptace na získané tělesné postižení probíhá v několika charakteristických fázích:

- Fáze latence, resp. nedostatečné informovanosti, kdy jedinec ví, že utrpěl úraz, ale zatím neví, co přesně se mu stalo a jaké to bude mít následky.
- Fáze pochopení traumatizující reality, kdy jedinec sám pochopí, že se jeho zdravotní stav pravděpodobně nikdy nezlepší. To mu přináší samozřejmě šok, s nímž se snaží vyrovnat tak, že popírá, že by něco takového bylo vůbec možné.
- Fáze postupné adaptace, kdy se postižený člověk učí různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí atd.

Jak se však jedinec se získaným tělesným postižením vyrovná, závisí nejen na době vzniku a na jeho osobnosti, ale také na zázemí, kterého se mu dostává, závažnosti zdravotního stavu, perspektivách a samozřejmě také na schopnosti adaptace. Zatímco pro někoho může získané tělesné postižení znamenat nepřekonatelnou změnu, jiný jej může reflektovat jakožto drobný, dílčí problém, jehož zvládnutí není nereálné (Novosad, 2011, s. 116). Nicméně je třeba podotknout, že z hlediska objektivního má přeci jen osoba se získaným postižením jisté výhody - není do takové míry zasažen vývoj funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku postižení vyvíjely zcela fyziologicky (Hadj-Mousová, 2004, s. 65). Díky tomu člověk získal určité zkušenosti a osvojil si kompetence, které může po určité adaptační době znova uplatnit (Vágnerová, 1999, s. 61). Navzdory tomu je však třeba si uvě-



domit, že osoba se získaným tělesným postižením v mladém věku musí najít nový smysl života, nový cíl směřování a obvykle také hierarchii hodnot. Pravda však je, že postižení získané v dospělosti přináší úskalí v oblasti sociální - takový člověk totiž již většinou má jak profesní, tak partnerskou a rodičovskou roli, a nyní je třeba zajistit, aby je neztratil. Uchování těchto základních rolí v přijatelné úrovni může být základem jeho nové identity a pomůže postiženému člověku, aby si udržel potřebnou sebeúctu (Vágnerová, 1999, s. 63).

## 2 SPECIFIKA SOCIALIZACE A INTERPERSONÁLNÍCH VZTAHŮ U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V MLADÉ DOSPĚLOSTI

*„Kdo chce, hledá způsoby; kdo nechce, hledá důvody.“ (lidová moudrost)*

Mladá dospělost se vyznačuje mnoha změnami jak na úrovni psychologické a biologické, tak na úrovni sociální. K proměnám totiž dochází jednak v oblasti emočního prožívání, ale také se modifikují role a interpersonální vztahy. To souvisí zejména se skutečností, že toto vývojové období je dle psychologů synonymem pro zralost, která se vyznačuje nezávislostí na rodičích, hlubokým a trvalým poutem k partnerovi, ale i zachováním či navazováním širších přátelských vztahů. Zralý člověk by tedy neměl být zmítán neustálým nepřátelstvím vůči sobě ani druhým - neměl by mít příliš nízké ani nadměrné sebehodnocení, zato by měl usilovat o to, aby neztratil svou autentičnost (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 170). Také Vágnerová (2007, s. 24-26) poukazuje na to, že v průběhu mladé dospělosti se zlepšuje schopnost emoční regulace a diferenciací emočních prožitků, ale dochází i k nárůstu přívětivosti. *„Mladí dospělí jsou ochotni přijmout větší emoční a sociální riziko, což se projeví snadným navazováním většího množství různých vztahů,“* píše ve své publikaci autorka (Vágnerová, 2007, s. 25), z čehož vyplývá, že jedním z úkolů mladé dospělosti je uspořádání mezilidských vztahů (Říčan, 2010, s. 171).

Z hlediska socializace, již můžeme definovat jako *„proces osvojování si způsobů chování a seznamování se s kulturním prostředím, osvojení si společenských norem, plné přizpůsobení se společenskému životu“* (Sollárová, 2008, s. 49) je nicméně mladá dospělost obdobím, kdy dochází k určité sociální bezprizornosti a k omezení sociálních vazeb: tyto lidé totiž mění zaměstnání, bydliště, přátele i partnery, takže jsou konfrontováni s celou řadou významných změn (Vágnerová, 2007, s. 28). Vágnerová (2004, s. 282) nicméně upozorňuje, že *„socializace v dospělosti už není zaměřena na integraci jedince do společnosti, v této době by lidé měli být do společnosti plně začleněni.“* Jedná se tedy spíše o vývojově podmíněné proměny sociálního postavení a způsobu života. V souvislosti s touto skutečností proto hovoříme o tzv. sekundární socializaci, během níž by si mladý dospělý s tělesným postižením měl osvojit společenské hodnoty a sebepojetí (Jandourek, 2012, s. 209). Nadto však společnost na mladé dospělé vytváří tlak, aby zvládali role partnerské, profesní a rodičovské (Vágnerová, 2004, s. 282).

Avšak *„schopnost socializace má nepochybně multifaktoriální dimenzi, danou subjektivními předpoklady určité sociální skupiny, řadou individuálních odlišností každého jedin-*

ce i objektivními aspekty, danými stavem vývoje přírody a společnosti. Z toho vyplývá, že míra socializace není u všech postižených jedinců stejná“ (Novosad, 1997, s. 9). Kromě toho je třeba vzít v potaz skutečnost, že socializace osob s tělesným postižením se vyznačuje individuálně diametrálním vývojem, jenž lze v obecné rovině shrnout do čtyř následujících stupňů (Novosad, 1997, s. 10-11):

- Integrace - plné začlenění a splynutí postiženého jedince se společností, takže se stává rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech profesní přípravy, pracovního uplatnění i společenského života.
- Adaptace - schopnost handicapované osoby přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě a společenským podmínkám.
- Utilita - sociální upotřebitelnost osoby s postižením, jejíž vývoj je značně omezen. Takový jedinec tedy již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V důsledku výše uvedených skutečností tak může mít tento člověk potíže s plnou socializací.
- Inferiorita - jde o nejnižší stupeň socializace osob s tělesným postižením, pro nějž je charakteristická sociální nepoužitelnost a vyčlenění ze společnosti, neboť jsou tyto jedinci naprosto nesamostatní a vyžadují pomoc při uspokojování základních potřeb.

Z toho vyplývá, že naplnění výše zmíněných očekávaných vývojových milníků může být pro osoby s tělesným postižením komplikované. Budeme-li se totiž opírat o předpoklad, že „*pohyb je sociální síla motivující lidskou soudržnost a kooperaci na všech úrovních lidské existence*“ (Novosad, 2011, s. 37), pak lze předpokládat, že v důsledku omezené lokomoce se může vytvářet celá řada limitů při socializaci a navazování vztahů. Je totiž třeba si uvědomit, že obraz odlišného těla se utváří také v rovině sociální, což znamená, že jde nejen o odchylku od funkční a vzhledové normy, ale rovněž o reakce okolí na člověka s tělesnou jinakostí a o jejich postoje a předsudky (Novosad, 2011, s. 85-86). Rozměr tělesného postižení je tudíž značně determinován také reakcemi okolí. Ze sociologie handicapu navíc víme, že život takto handicapovaného jedince je ovlivněn subjektivními a objektivními determinanty (Novosad, 2009, s. 17), a tak se teprve v konfrontaci s prostředím ukazuje, jaký je skutečný rozsah postižení (Vítková, 2006, s. 23). Výsledkem tedy může být mnohotvárný vztah osoby s tělesným postižením ke svému okolí, a to od extrémní marginality až po tendence o rovnoprávné postavení ve společnosti (Vítková, 2006, s. 24). Velmi přitom záleží nejen na reakci okolí, ale také na samotné osobě s tělesným postiže-

ním, jejíž reakce na druhé lidi mohou být různé a obvykle se odvíjí od vlastního defektu, zachovaných možností, vývojové úrovně či zkušeností (Vágnerová, 1999, s. 54).

Humanistické paradigma vycházející z humanistické psychologie Abrahama Maslowa však pracuje s předpokladem, že by osoby s tělesným postižením měly být vnímány jako lidské bytosti s emocemi, myšlenkami, přehledem a kompetencemi. Kromě toho na tyto jedince nahlíží jako na někoho, kdo disponuje schopností sebeřízení, kdo usiluje o naplnění a kdo potřebuje být oceněn (Reiter, 2008, s. 9). Z tohoto úhlu pohledu tedy vyplývá, že by postavení osob s tělesným postižením ve společnosti mělo být rovnoprávné. Ne vždy tomu tak ovšem je. Příčiny lze přitom hledat ve skutečnosti, že trvalé tělesné postižení nepředstavuje jen biologickou odchylku, ale také je zdrojem specifické sociální role, k níž se sice vztahuje řada privilegií, na druhou stranu však kvůli ní člověk ztrácí některá práva, která mají jen zdraví jedinci (Vágnerová, 1999, s. 69). „*Postižený má tedy právo na ohledy, trpělivost a toleranci nedostatků, jež z jeho handicapu vyplývají*“ (Vágnerová, 1999, s. 70). Reiter (2008, s. 7) k tomu dodává, že tito lidé nechtějí kvůli svému handicapu „jednoduše“ pobývat doma anebo ve společnosti své komunity, ale touží po smysluplném a zajímavém životě, jehož součástí jsou blízcí přátelé a možnost dělat svobodná rozhodnutí, a to do takové míry, jak jim jejich osobnost a specifické potřeby dovolí.

Je tedy třeba reflektovat skutečnost, že specifika socializace a interpersonálních vztahů u osob s tělesným postižením jsou výsledkem působení mnoha determinantů. Není to jen záležitost postojů lidí, kteří tyto osoby obklopují, či jen výhradně postoje samotných osob s handicapem. Je to záležitost nás všech. Jako klíčové se tedy proto jeví v první řadě aspirace a sebepřijetí, které se odvíjí mimo jiné také od působení rodiny a vrstevníků jakožto významných činitelů socializace. V neposlední řadě je ale nutné vzít v potaz také paradigmatu přístupu k těmto osobám a sociologii handicapu jako takovou. Z tohoto důvodu se budeme těmito dílčími problémy zabývat v následujících podkapitolách.

## **2.1 Modely a paradigmatu přístupu k osobám s tělesným postižením**

Jak jsme již upozornili v první kapitole této práce, ve světě i u nás v posledních letech stále častěji vystupuje do popředí diskuze kolem rozdílného pojetí termínu postižení (Vítková, 2006, s. 167), v důsledku čehož v každé zemi existuje celá řada možností, kterak lze nahlížet na termín postižení, stejně jako na podporu znevýhodněných jedinců (Vítková, 2004, s. 13). Aby byly tyto odlišné interpretace pojmání tělesného postižení sjednoceny, vznikají nové, revidované modely a paradigmatu přístupu k osobám s tělesným postižením, jimiž se

ve své dizertační práci detailněji zabývala např. Lenka Krhutová, ale také celá řada statí, jež nahlíží na zdravotní postižení a na přístup k takto handicapovaným lidem humanisticky a sociologicky orientovanou optikou.

Jednu takovou stať, která má svým pojetím, nadhledem i lidskostí velmi blízko k paradigmátům popsaným níže, napsala i Kathie Snow, matka handicapovaného chlapce a zakladatelka stránek [disabilityisnatural.com](http://disabilityisnatural.com). Ta ve svém příspěvku „Předefinování znevýhodnění“ (2003, s. 1-2) píše, že na světě vždy byli lidé se znevýhodněním a vždy tomu tak i bude, proto je třeba znevýhodnění vnímat jako součást života, nikoliv jako „nemoc“, „problém“ či „tragédii“, jak se k němu přistupovalo v minulosti. Znevýhodnění je dle Snow (2003, s. 1) v první řadě lékařskou diagnózou, jež nic nevypovídá o osobnosti člověka, jeho schopnostech, potenciálu anebo charakteru. „Znevýhodnění je zkrátka jedna z mnoha charakteristik lidské bytosti,“ píše dále autorka a dodává, že znevýhodnění není něco, co by takto handicapované jedince činilo méněcennými, jelikož pouze představuje tu část těla, která pracuje odlišným způsobem - nikoliv lépe či hůře, jen odlišně. Znevýhodnění však může být také výsledkem či důsledkem prostředí, v němž jakmile se změní postoje lidí, kteří v něm žijí, se i znevýhodnění může stát irelevantním. Snow (2003, s. 2) v závěru textu podotýká: *„Změna našich postojů a prostředí, namísto snah změnit lidi se znevýhodněním, se musí stát naším cílem, jestliže věříme ve společnost, kde každý patří a má svou hodnotu.“*

Učiníme-li však komparaci této problematiky v zahraniční a česky psané odborné literatuře, zjistíme, že každá z nich nahlíží na tělesné postižení a jeho vliv na každodenní život z jiné perspektivy. V zahraničí se totiž s příchodem nového milénia mimo jiné vynořila potřeba nového paradigmatu, které by nahradilo až doposud uznávaný medicínský a rehabilitační model, jenž je nicméně v akademických kruzích i nadále uznáván (Pfeiffer, 2012, s. 95). Úkolem nového paradigmatu však kromě toho bylo také to, aby se dívalo na znevýhodnění v jiném světle, v souvislosti s čímž stále častěji zaznívá následující výrok: *„Znevýhodnění je přirozenou součástí lidské zkušenosti, která nesnižuje práva jedince s vrozeným postižením využít příležitosti žít nezávisle svůj život, vychutnat si sebeurčení, rozhodovat se, přispívat společnosti a zažít absolutní integraci a inkluzi do ekonomického, politického, sociálního, kulturního a vzdělávacího systému společnosti“* (The U. S. Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act, 2000, s. 2). Domníváme se však, že poukazuje rovněž na skutečnost, že „staré“ paradigma pojímalo znevýhodnění jako výsledek deficitu u jednotlivce, který mu brání ve výkonu určitých funkcí anebo aktivit, což

mělo dopad na některé aspekty výzkumu, rehabilitace a služeb (The 'New Paradigm' of Disability, 2001).

Nové paradigma znevýhodnění je dle A. P. Turnubull a H. R. Turnbull (2002, s. 83) naopak kontextuální a společenské. V tomto pojetí má člověk postižení, jež se promění ve znevýhodnění v důsledku interakce mezi jednotlivcem a přírodním, kulturním, společenským a architektonickým prostředím. Klíčovou roli však v novém paradigmatu sehrává podle mínění A. P. Turnubull a H. R. Turnbull (2002, s. 83) rodina: „*Domníváme se, že jednou z přirozených podmínek ovlivňujících jedince se znevýhodněním je jejich rodina. Osoba se znevýhodněním ovlivňuje a je ovlivňována svou rodinou. Ta je systémem, v němž událost, jež primárně ovlivňuje jednoho člověka (např. dítě se znevýhodněním), má rovněž dopad na všechny ostatní členy rodiny.*“ Kromě toho je však třeba zdůraznit, že dalším úkolem tohoto paradigmatu je také upevnění širšího prostředí do takové míry, aby celá společnost, včetně rodin dětí a mládeže se znevýhodněním, přijala opatření k zajištění kvalitních životních výsledků (A. P. Turnubull, H.R. Turnbull, 2002, s. 97).

Podíváme-li se naopak do naší odborné literatury, zjistíme, že česká speciální pedagogika ještě na začátku nového milénia odkazovala na analýzu OECD z roku 1996 a nabízela tak čtyři základní paradigmatu - model medicínský, model sociálně-patologický, model prostředí a model antropologický (Vítková, 2006, s. 167). Dnes však pracuje se čtyřmi základními modely tělesného, resp. zdravotního postižení, jenž odráží jednak postoje společnosti, ale také zkoumání odborné veřejnosti a interpretaci postižení jako jevu (Novosad, 2011, s. 94). Výsledkem těchto novátorských snah je tedy model medicínský, model osobní tragédie, sociální model a kulturní model, jejichž detailnější charakteristiku přinášíme vzhledem ke zvolenému tématu v následujících řádcích.

### **2.1.1 Medicínský model**

Základem tzv. starého paradigmatu, o němž jsme se zmínili v předchozích řádcích, je právě medicínský model, který vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin (Vítková, 2006, s. 167-168), takže vnímá člověka s postižením jako nemocného a nezdravého jedince. Člověk je tedy definován právě postižením (Krhutová, 2008, s. 29), což znamená, že samotný model je primárně založen na tělesné patologii, vadě a postižení (Novosad, 2011, s. 94). Můžeme proto vidět, že se orientuje zejména na zkoumání a posuzování odlišnosti, specifičnosti a jinakosti. Je zde také snaha postihnout, co je normální a co již abnormální, to vše však z perspektivy odborníků, takže jedinci s handicapem nemají příleži-

tost přímo se účastnit či podílet se na rozhodovacím procesu (Krhutová, 2008, s. 29). Novosad (2011, s. 94-95) tedy upozorňuje, že jde o negativní pohled na člověka s postižením, neboť „*zdůrazňuje to, čeho není schopen, co nemůže dělat, v čem je omezen.*“ Pfeiffer (2005, s. 27) nicméně vyzdvihuje signifikantní roli náhledu - pakliže má člověk trvalé zdravotní postižení vyžadující například používání vozíku, pak tento člověk nemůže být nikdy „v pořádku“ a bude již navždy v roli závislého, nemocného anebo nezdravého.

### 2.1.2 Model osobní tragédie

Jde o model, který vychází z medicínského modelu a vnímá člověka s postižením jako „oběť“ (Krhutová, 2008, s. 28). Můžeme tedy říci, že jde o ochranný a výrazně emotivně laděný přístup (Novosad, 2011, s. 95), který nahlíží na zdravotní postižení prizmatem tíživé sociálně patologické situace a životní tragédie či lidského neštěstí. V důsledku toho jsou jeho nositelé považováni za někoho, kdo je hoden soucitu a charity (Novosad, 2011, s. 95). V souvislosti s tímto modelem proto nelze nezmínit slova Murphyho (2001, s. 110)<sup>5</sup>, neboť, jak se domníváme, právě v nich se nachází několik hluboce pravdivých myšlenek korelujících s modelem osobní tragédie. Píše, že „*lidé dlouhodobě tělesně handicapovaní nejsou ani nemocní, ani zdraví, ani mrtví, ani úplně živí, ani mimo společnost, ani zcela v ní. Jsou to lidé, ale jejich tělo je deformované nebo nefunguje, jak by mělo, takže jejich plné lidství je sporné. Nejsou nemocní, protože nemoc přechází buď ve smrt, nebo vyléčení. Nemocný žije v sociálním odkladu, dokud se mu neuleví. Tělesně postižení stráví v podobném stavu odkladu celý zbytek života.*“

### 2.1.3 Sociální model

Stejně jako jsou postižena těla jedinců s handicapem, je narušeno také jejich postavení jakožto členů společnosti, píše Murphy (2001, s. 113). Zároveň dodává, že přetrvávající nerozhodnost v otázce jejich stavu bytí má za následek absenci definice jejich sociálních rolí, které jsou potlačeny a znejasněny, protože jejich identita je překryta postižením. Sociální model však usiluje o to, aby se výše popsaný stav postupně stal minulostí, anebo se alespoň eliminoval na minimum. Krhutová (2008, s. 30) uvádí, že je důležité rozlišit impairment (poškození) a handicap (ve smyslu sociálního znevýhodnění) a poté se pokusit porozumět disabilitě. Ústřední tezí tohoto modelu však zůstává konstatování, že každodenní

---

<sup>5</sup> Autor odkazuje na esej Victora Turnera s názvem „Ani ryba, ani rak.“

problémy lidí s postižením jsou důsledkem organizace společnosti. Hlavní problém tedy nesouvisí s postižením těla, ale lze ho spatřit ve skutečnosti, že je společnost organizována pro intaktní jedince. Sociální model proto „*podporuje zmocnění lidí s postižením, jejich sebeurčení a maximální možnou míru samostatnosti a nezávislosti*“ (Novosad, 2011, s. 95). Řešením přitom může být odstraňování psychosociálních, edukačních, architektonických či informačních bariér, jež mohou být zdrojem sociálního vyloučení (Novosad, 2011, s. 95; Krhutová, 2008, s. 30).

Lze tedy konstatovat, že sociální model představuje přechod od vnímání zdravotního postižení jako hlavní a „problematizující“ charakteristiky jeho nositelů k práci s důsledky a dopady postižení na existenci, osobní i občansko-sociální život osob s tělesným postižením.

#### **2.1.4 Kulturní model**

Kulturu lze definovat jako síť významů, v nichž a jejichž pomocí člověk žije, které přijímá od své společnosti a předává je svým dětem (Geertz, 2000 cit. podle Novosad, 2011, s. 96). Jedná se o model, který se v souladu s širším pojetím kultury, jakožto souboru hodnot, postojů, zvyků a morálky civilizované společnosti, orientuje jednak na zmíněnou morálku, postoje, zvyky a klima společnosti, ale také na fungující a antidiskriminující vztahy mezi lidmi. Kromě toho zde důležitou roli sehrává rovněž respekt k individuálním hodnotám a specifikům, v důsledku čehož jsou nedeformované vztahy mezi lidmi s handicapem a intaktní populací chápány jako doklad kulturně-vzdělanostní úrovně a znak civilizované společnosti (Novosad, 2011, s. 97). Z toho plyne, že tento model odkazuje na starší antropologický model, jenž usiloval o zlepšení interpersonální interakce, o realistické zhodnocení situace osob se znevýhodněním a respektování jejich identity a jedinečnosti včetně postižení (Vítková, 2006, s. 168).

## **2.2 Faktory ovlivňující socializaci a interpersonální vztahy osob s tělesným postižením v mladém věku**

Margaret Thatcherová kdysi prohlásila, že neexistuje nic takového, jako společnost - existují jednotliví muži a ženy a existují rodiny. Na základě tohoto výroku bychom mohli snadno podlehnout dojmu, že muži a ženy se všechno podstatné naučí v rodině a žádné další vlivy nejsou při formování osobnosti zapotřebí. Ukazuje se ale, že pouze to zřejmě člověku na jeho cestě životem nestačí. Klíčovou roli totiž stále sehrává socializace jako



taková - sociální učení vyplývající z kontaktu s lidskou společností (Vágnerová, 2004, s. 273). Zejména v období mladé dospělosti a v průběhu již zmíněné sekundární socializace je totiž jedinec konfrontován s řadou nových společenských rolí a úkolů, při jejichž naplňování zkrátka nemůže spoléhat jen na sebe a svou rodinu, byť je jedním z nejvýznamnějších socializačních činitelů. Proč? Jak jsme však již naznačili, u osob s tělesným postižením je zvýšené riziko sociální izolace, stejně jako citové, podnětové a výkonové deprivace (Novosad, 1997, s. 11). Z vývojové psychologie ale víme, že by se mladý dospělý měl stát bytostí, která je schopna ovládat své pocity a pudy, bude mít vyvinuté svědomí, zvládne rodičovství, partnerství, zapojení do pracovního procesu i rozlišit, co je v životě důležité (Jandourek, 2008, s. 81).

Naplnění těchto úloh však nikdo z nás není schopen zvládnout sám o sobě, důležitou roli tak sehrává mnoho dalších vlivů, které nás formují a inspirují zároveň. Můžeme proto konstatovat, že se socializace odehrává prostřednictvím mezilidských vztahů, působením různých lidí, skupin a institucí. Proces přeměny jedince s postižením v bytost sociální, včetně jeho interpersonálních vztahů, tak determinuje jednak primární rodina a vrstevníci<sup>6</sup>, jakožto nejvýznamnější agens socializace (Cakirpaloglu, 2012, s. 55), ovšem nemalý význam zde sehrává také samotný jedinec s tělesným postižením, zejména pak jeho sebenáhled a ambice, a samozřejmě také vliv viditelné deformace. Proto se těmito atributy budeme detailněji zabývat v následujících podkapitolách.

### 2.2.1 Rodina a sourozenci

Rodina jako základní buňka plní funkci biologickou, psychologickou a sociální (Cakirpaloglu, 2012, s. 55). Nabízí jedinci s tělesným postižením obraz sebe sama i permanentní zpětnou vazbu, jež vytváří podklad pro formování vlastní identity a tvorbu sebeobrazu. Má tedy vliv na formování postojů ke světu, blízkému okolí i sobě samému (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 110). Matoušek (2003, s. 45) dodává, že rodina jednotlivci sice umožňuje, aby v ní nalézal oporu a ztotožňoval se s ní, zároveň by mu ale měla dávat svobodu k tomu, aby si budoval a zachovával svou osobní odlišnost.

---

<sup>6</sup> Dále sem patří také sekundární rodina, referenční skupina, škola či média (Cakirpaloglu, 2012, s. 55), ale vzhledem k zaměření této práce je přímo v textu nezmiňujeme.

Život v rodině se tedy v ideálním případě pohybuje mezi pólem sdílení a pólem chráněného soukromí, což se nám jeví pro socializaci a interpersonální vztahy osob s tělesným postižením jako klíčové. Studie Love Quiz realizovaná Hazanovou a Shaverem na konci 80. let minulého století nicméně poukázala na to, že připoutání, které lze definovat jako citové pouto mezi dvěma jedinci a které může být bezpečné, vyhybavé a ambivalentní, přetrvává až do dospělosti, což znamená, že „*připoutání v dětství je dobrým prediktorem připoutání v dospělosti*“ (Willerton, 2012, s. 51). V praxi to znamená, že bezpečně připoutaní jedinci lépe zvládají přechod do dospělých sexuálních vztahů. Zároveň výsledky studie poukázaly na to, že typ připoutání k rodičům, resp. rodině, je nejlepším prediktorem délky a kvality vztahů v dospělosti (Willerton, 2012, s. 51).

Faktem však je, že na rodinu s tělesně postiženým jedincem je třeba pohlížet poněkud diametrální optikou. Jak totiž upozorňuje Vágnerová (2004, s. 278), z hlediska socializace je velmi důležité, jaká je rodina, jak dítě přijala a jaká je zde jeho pozice. Předpokladem dobrého socializačního vývoje je přitom to, aby rodina dítě přijala bezpodmínečně a bez ohledu na jeho kompetence či vlastnosti. A právě to se může jevit v rodině s tělesně postiženým dítětem jako problematické. Narození dítěte s postižením totiž znamená pro rodiče zátěž, neboť všechny hodnoty, které dítě pro rodiče představuje, jsou ohroženy (Matoušek, 2003, s. 62). Obvykle tak dochází ke změně v právech a povinnostech všech dosavadních členů rodiny (Bartoňová, Pipeková, 2006, s. 39). Z toho důvodu může být tedy i výše zmíněné připoutání v dětství problematické. U matky navíc může dojít k tzv. narcistickému traumatu, neboť vždy nevědomky uznává rovnici mezi svými kvalitami a kvalitami svých dětí. Narodí-li se jí tedy „nepovedené dítě“, logicky se sama cítí nepovedená jako matka i jako žena (Matoušek, 2003, s. 62). I na tento stav je však třeba se postupně adaptovat, což se dle Vágnerové (1999, s. 54-56) odehrává ve čtyřech následujících fázích<sup>7</sup>:

- Fáze šoku a popření, která představuje první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že je dítě trvale postižené. Popření takové informace je zase projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. V této fázi obvykle rodiče nic nechtějí slyšet

---

<sup>7</sup> V odborné literatuře můžeme narazit na diametrální pojetí těchto fází: Bartoňová, Pipeková (2006, s. 41-42) pracují s fázemi: (1) šok, (2) popření, (3) smutek, zlost, pocit viny, (4) stádium rovnováhy, (5) stádium reorganizace. Pešová, Šamalík (2006, s. 25) zase popisují fázi (1) šoku, (2) reaktivní, (3) adaptace, (4) reorientace, (5) překonání krize.

o možnostech péče o handicapované dítě, nicméně postupně obvykle dochází k přijetí této informace.

- Fáze postupné akceptace a vyrovnání s problémem - v tomto období mají rodiče zájem o další informace. Chtějí být poučeni o podstatě a příčině postižení, hledají viníka, ale i řešení budoucnosti svého dítěte. Racionálnímu zpracování takových informací ovšem mnohdy brání emoční stav rodičů, který hodnocení situace zkresluje. Výjimkou zde totiž není zlost, úzkost anebo pocit viny (Bartoňová, Pipeková, 2006, s. 40).
- Fáze realismu, kdy se rodiče ve většině případů smíří se skutečností, že jejich dítě nikdy nebude zdravé, a začnou se chovat přiměřenějším způsobem. Bartoňová, Pipeková (2006, s. 41) k tomu dodávají, že dochází k jakési reorganizaci, kdy rodina hledá optimální cesty do budoucna. Kromě toho je vhodné uspořádat rodinný život tak, aby splňoval nejen potřeby osoby s tělesným postižením, ale i všech ostatních členů rodiny.

Důležitou roli z hlediska socializace však v životě osoby s tělesným postižením sehrávají samozřejmě také sourozenci, kteří jsou stabilní součástí života každého dítěte a sdílí s ním značnou část zkušeností (Vágnerová, 1999, s. 56). Nutí sourozence s handicapem přizpůsobit se společenským požadavkům, čímž ovlivňují jeho osobnost i proces utváření se (Bartoňová, Pipeková, 2006, s. 42). Je však třeba mít na mysli, že „*příchod postiženého dítěte do rodiny je stresem nejen pro rodiče, ale i pro sourozence*“ (Pešová, Šamalík, 2006, s. 31). Pokud je totiž jeho sourozenec něčím výjimečný, což v tomto případě znamená, že je postižený, musí si zdravé dítě vypracovat určité strategie, které mu pomůžou zvládnout tento vztah přijatelným způsobem, např. přijetím dominantně-ochranitelské role (Vágnerová, 1999, s. 58). Uvědomuje si totiž, že postižený sourozenec musí být ochraňován a nelze se k němu chovat jako ke kterémukoli jinému, zdravému dítěti. Takový postoj nicméně může mít negativní důsledky: jedinec se znevýhodněním, který potřebuje neustálou pomoc a ohledy, totiž nebude považován za zcela rovnocenného (Vágnerová, 1999, s. 60), což se může v pozdějším věku samozřejmě negativním způsobem odrazit na schopnostech navazovat vztahy a začlenit se mezi vrstevníky a přátele.

### 2.2.2 Vrstevnická skupina

K úspěšnému zvládnutí socializace je třeba rozvíjet rovněž interakci na souřadné úrovni (Vágnerová, 2004, s. 280), tedy s vrstevníky. Tato skupina jedinců stejného věku a zájmů,

jak bývá vrstevnická skupina často definována, má totiž zásadní význam pro vývoj osobnosti (Cakirpaloglu, 2012, s. 56). Dospělost totiž přináší nové výzvy a nová vnitřní a vnější očekávání, při jejichž naplnění mohou být vrstevníci významnou oporou a inspirací. Kromě toho je třeba zdůraznit, že interakce ve skupině podněcuje vývoj prosociálního bytí každého člověka, stejně jako pocit samostatnosti, solidarity, zodpovědnosti anebo morálního cítění. Nelze však opomenout také skutečnost, že je to právě vrstevnická skupina, kde každý z nás uspokojuje potřebu sounáležitosti a zároveň si tak vytváří pocit spokojenosti a kladného sebepřijetí (Cakirpaloglu, 2012, s. 56).

Vágnerová (2004, s. 282) sice podotýká, že by mladý dospělý měl být již plně integrován do společnosti, jak jsme však již naznačili na předchozích stranách této práce, u osoby s tělesným postižením není proces integrace tak jednoznačný jako u zdravých jedinců. Zmíněné čtyři socializační stupně jsou totiž pouze orientační, jelikož důsledky tělesného postižení v oblasti sociální a mezilidských vztahů nelze posuzovat podle rigidních či tabulkových hledisek (Novosad, 1997, s. 11). I přesto je nicméně nezpochybnitelné, že je tento proces ovlivněn jak působením rodiny a vrstevníků, tak schopnostmi a potenciálem handicapované osoby (Novosad, 1997, s. 11).

### 2.2.3 Sebepojetí a aspirace osoby s tělesným postižením

*„Ústup ze světa u invalidních lidí jen násobí jejich subjektivní pocity poškození a snížení vlastní hodnoty, které se projevují jako stud a vina,“* tvrdí Murphy (2001, s. 80), čímž poměrně pregnantně deklaruje skutečnost, že socializaci a mezilidské vztahy osob s tělesným postižením zásadní měrou ovlivňuje taktéž jejich sebepojetí a aspirace. Podíváme-li se totiž do odborné literatury, zjistíme, že významnou složkou sebepojetí jsou mimo jiné také mezilidské vztahy, sociální postavení a společenská závažnost - tedy sociální sebepojetí (Helus, 2011, s. 189), k němuž neodmyslitelně patří vztahy a postavení v rodině, mezi přáteli anebo vrstevníky. Pokud má však jedinec s tělesným postižením negativní sebepojetí spojené s názory jako např. *„nejsem hoden lásky“*, *„nepotřebuji druhé lidi“*, *„nemám právo existovat“* apod., jen velmi těžko se mu podaří začlenit do společnosti a navázat funkční mezilidské vztahy.

Je však třeba mít na paměti, že s problematikou utváření sebepojetí úzce souvisí úroveň naší aspirace, kterou lze definovat jako *„úroveň vlastního výkonu, jíž jedinec očekává na základě předchozího výkonu v dané situaci“* (Průcha, Veteška, 2012, s. 39). Blatný a kol. (2010, s. 110) dokonce uvádí, že při hledání zdrojů vnímané hodnoty vlastního Já hrají

prvořadou roli právě aspirace a jejich uskutečňování. Člověk s tělesným postižením tak má před sebou tyto výzvy při utváření vlastní aspirační úrovně: poznat a přijmout svá omezení, to znamená přijmout sebe sama takového, jaký ve skutečnosti je; stejně tak je ale důležité akceptovat své možnosti a schopnosti a v neposlední řadě vyvinout úsilí k uskutečňování reálných cílů, které by v ideálním případě měly zahrnovat integraci do společnosti a s tím související kvalitní mezilidské vztahy, včetně těch partnerských a sexuálních.

#### 2.2.4 Vliv viditelné deformace

*„Vadou těla se duše nezohaví, krásou duše se zdobí i tělo,“* pronesl kdysi dávno Seneca, čímž s hlubokým dějinným předstihem vyjádřil, kterak by k sobě měly přistupovat nejen samotné osoby s tělesným postižením, ale také lidé, kteří je obklopují a jsou tak nedílnou součástí jejich životů. Jak totiž správně podotýká Novosad (2011, s. 26), u jedinců s tělesným postižením a vzhledovou odlišností je zřejmá každodenní konfrontace mezi osobním tělesným schématem a realitou, což se odráží nejen na sociální interakci, ale také na interpersonální komunikaci anebo seberealizaci. Převvedeno do praxe to znamená, že tělesné defekty, pro které jsou mnohdy příznačné nežádoucí nápadnosti (jako např. deformace zevnějšku, problémy při verbální komunikaci anebo úroveň uvažování), se jako problematické mohou jevit zejména v sociálním kontaktu a mohou být zdrojem celé řady rozličných reakcí (Vágnerová, 1999, s. 67). Murphy (2001, s. 75-76) k tomu píše: *„Jednou z prvních věcí, které jsem vyzoroval, bylo, že sociální vztahy mezi postiženými a zdravými jsou plné napětí, neobratné a problematické (...). Lidé, které jsem znal, se nepodívali mým směrem. A lidé, s nimiž jsem se zdravil pokývnutím, nekývli: i oni se horlivě dívali jinam. Jiní můj vozík obcházeli širokým obloukem, jako by byl obklopen polostínem nákazy.“*

I navzdory humanizačním tendencím tedy ve většině případů zůstává vztah společnosti k lidem s viditelnou deformací, resp. tělesným postižením jako takovým, stále velmi ambivalentní (Novosad, 2011, s. 68). To může být velkou překážkou při navazování nových přátelských a posléze třeba také partnerských a sexuálních vztahů. Jak tedy zdůrazňuje Novosad (2011, s. 67), odtažitost, obavy či předsudky v důsledku viditelné deformace znesnadňují vzájemnou mezilidskou koexistenci a představují zřetelný problém v mnoha oblastech života. Z toho důvodu je třeba mít na paměti, že postižení jako soubor vnějších znaků člověku neubírá na jeho lidské hodnotě, potřebnosti a důstojnosti.

### 2.3 Tělesné postižení jako forma sociálního stigmatu

Jak píše Goffman (2003, s. 9-10) ve své publikaci *Stigma*, společnost ustanovuje prostředky kategorizace osob a jejich komplementární atributy, jež jsou v souvislosti s příslušníky těchto kategorií vnímány jako běžné a přirozené. Avšak pokud někdo disponuje atributem nežádoucího rázu - čímž může být i tělesné postižení - naše mysl dle Goffmana redukuje tohoto jedince z osoby celistvé a obyčejné, na osobu, která je poskvrněna a jejíž hodnota klesla. Takovýto atribut se tedy stává stigmatem zejména tehdy, je-li jeho diskreditující dopad rozsáhlý. Tímto pojmem se v antických dobách označovaly „*tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného*“ (Jandourek, 2010, s. 102), v současné době však dle sociologů stigma vyvstává pouze tam, kde na všech stranách vzniká očekávání, že osoby v dané kategorii by neměly normu jen podporovat, ale také ji naplňovat (Jandourek, 2010, s. 106). To se samozřejmě osobám s tělesným postižením nemusí vždy podařit, a to nejen z důvodu omezeného pohybu, ale také třeba deformovaného zevnějšku, psychických odchylek či komunikačních obtíží. Individuálně je tedy sociální stigma znakem něčeho zvláštního, jiného, nesrozumitelného, budícího obavy a nežádoucího (Novosad, 2011, s. 75).

Faktem však zůstává, že sociální stigma není skutečnou vlastností člověka, nýbrž je mu sociálně přisouzeno. Murphy (2001, s. 95) k tomu dodává, že stigmatizace ani tak není vedlejším produktem postižení jako spíše jeho podstatou. Proto podstatnou část sociálního života těchto lidí představuje zápas s tímto vnuceným obrazem. V důsledku toho v sociálním kontaktu dochází k tomu, že při styku s druhou, nám dosud neznámou osobou, předvídáme na základě určitých znaků a konkrétní situace její kategorii a atributy - tzv. sociální identitu (Goffman, 2003, s. 10). Stigmatizovaný jedinec nicméně disponuje nejnějnějším přesvědčením o tom, že je normální člověk, lidská bytost jako kdokoli jiný, a tedy někdo, kdo má nárok na rovnou šanci (Jandourek, 2010, s. 106). Brown (1997, s. 95) ovšem v konfrontaci s výše uvedeným tvrzením poukazuje na to, že u lidí se zdravotním znevýhodněním je běžný nesoulad mezi jejich žádoucí a vytouženou osobní identitou a sociální identitou, jež je jim připisována. Výsledkem tedy může být situace, kdy je zejména trvalejší tělesné postižení vnímáno jako již zmíněná forma sociálního stigmatu, která však nic nevyovídá o osobnostních kvalitách takto nálepkované osoby, ale dle odborné literatury spíše odkazuje na obecně platné pojetí normality ve smyslu standardních projevů a vnějšího vzhledu. Vágnerová (1999, s. 76) k tomu uvádí, že „*v případě stigmatizujících postižení nejde ani tak o faktické omezení psychických či somatických funkcí, ale*

*mnohem více o způsob, jakým jsou tito jedinci vnímání, hodnocení a na základě toho akceptování (resp. spíše neakceptování).“*

Domníváme se proto, že je třeba si uvědomit, že postoje společnosti k osobám s tělesným postižením odráží jednak míru tolerance, ale také jsou výrazem úrovně vývoje společnosti (Novosad, 1997, s. 21). Kromě toho je třeba poukázat na to, že při vzájemné interakci mezi zdravými a stigmatizovanými jedinci velmi často dochází k tomu, že se do popředí dostává spíše emocionální složka, která potlačuje složku racionální či profesní, což je dáno nejen nedostatečnou informovaností laické veřejnosti, ale také jejími sklony ke generalizaci, myšlenkovým stereotypům a šablonovitému posuzování. Harmonické interpersonální vztahy by ovšem dle našeho mínění neměly být ovlivňovány předsudky, pochybnostmi či odporem vůči lidem s určitými omezeními anebo defektem. Přesto tomu tak stále je. Čím je tento stav daný a kde hledat primární příčinu? Kvalita koexistence společnosti a lidí s postižením je ovlivněna mnoha různými faktory: od historické úrovně vývoje společnosti přes osobnost handicapované osoby až po problematiku sociologie handicapu, jež usiluje o to nahlížet na zdravotní postižení jako na sociální jev, na nějž působí a tedy jej i ovlivňují subjektivní a objektivní determinanty (Novosad, 1997, s. 21).

Vzhledem k tomu, že jsme se psychologickými aspekty tělesného postižení již zabývali v předchozích kapitolách, nyní se budeme v následujících řádcích detailněji zabývat už jen sociologií handicapu, která ovlivňuje jak podmínky socializace a inkluze osob se zdravotním znevýhodněním, tak nejrůznější aspekty jejich každodenního života.

### **2.3.1 Subjektivní a objektivní determinanty života osob s tělesným postižením**

Sociologie handicapu je dle Kutner (2007, s. 90) fenoménem, jenž je definován společností a který má pronikavý dopad nejen na jednotlivce, ale také na společnost. V česky psané literatuře se tato disciplína zabývá mimo jiné také studiem a nápravou sociálních vztahů, stejně jako studiem sociálních rolí jedince a minoritních občanských skupin či komunit v celospolečenském rámci. Pracuje tedy s předpokladem, že život s postižením je ovlivňován dvěma kategoriemi determinantů: objektivními a subjektivními, přičemž některé z nich jsou neměnné, a tak je lze buď kompenzovat anebo eliminovat jejich negativní dopady (Novosad, 2000, s. 16; Novosad, 1997, s. 7). Všechny však mají jedno společné - zásadní měrou ovlivňují život osob s handicapem a odráží se v konečném důsledku nejen v jejich možnostech se začlenit do společnosti a bez větších obtíží koexistovat s intaktní populací, ale také mají dopad na osobní život těchto osob.

Subjektivní činitele vychází nejen z tělesného postižení jako takového, ale také z osobnosti jedince s handicapem a v neposlední řadě z prostředí a osob, které jej obklopují. Lze tudíž konstatovat, že tyto činitele určují úspěšnost procesu socializace. Ovšem z toho, co bylo řečeno výše, jasně vyplývá, že ovlivnit je lze jen v omezené míře (Novosad, 2000, s. 16-17). V první řadě zde totiž zahrnujeme zdravotní stav a omezení, která z něho vyplývají. Důležitou roli zde však sehrávají taktéž osobnostní rysy jedince, vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů, schopnosti zvládnout nepříznivou životní situaci a vnější vlivy a užší sociální prostředí - komunita (Novosad, 2000, s. 17)

Naproti tomu objektivní činitele méně závisí na samotné osobě s tělesným postižením, jelikož si kladou za cíl nápravu společenských vztahů a postojů, omezení stigmatizace i celkových negativních dopadů na cílovou sociální - minoritní - skupinu (Novosad, 2000, s. 17-18). Můžeme sem tedy zařadit jednak společenské vědomí, postoje k postižené populaci a existujícímu sociálnímu stigmatu, ale třeba také sociální služby, sociální a vzdělávací politiku či politiku zaměstnanosti. Velká pozornost by v neposlední řadě měla být věnována stavu životního prostředí. Ten je obvykle posuzován z hlediska podílu na četnosti výskytu postižené populace vlivem stavu životního prostředí a jeho působení na patogenezi člověka a z hlediska přímého vlivu na existenci a život těchto lidí (Novosad, 2000, s. 17-18).



### 3 PARTNERSKÉ VZTAHY A SEXUALITA OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V MLADÉ DOSPĚLOSTI

*„Životní partner se nehledá, ten se zkrátka potká.“ (neznámý autor)*

Třetí kapitolu této práce jsme se rozhodli uvést výrokem, který dle našeho mínění pregnantně odkazuje na skutečnost, že je to právě mladá dospělost, kdy je jedinec schopný stýkat se s příslušníky opačného pohlaví bez přílišných zábran či strachu a zároveň je dostatečně kompetentní proto, aby mohl poskytovat i přijímat lásku a něhu (Farková, 2009, s. 44). Postupně tak mladý dospělý získává roli partnera a dosahuje intimity, v důsledku čehož je rozvíjena skutečná genitalita (Vágnerová, 2007, s. 33-34; Blatný a kol., 2010, s. 171-172). Můžeme tedy konstatovat, že v mladém dospělosti dozrává partnerství z úrovně experimentace do fáze trvalejšího monogamního vztahu, jenž se vyznačuje výlučností, tzn. citovým zázemím, vzájemnou důvěrou a respektem a v neposlední řadě i sdílením přítomnosti a budoucnosti (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 93).

Jak se ale s těmito vývojovými milníky vypořádávají osoby s tělesným postižením, zvláště pak, když jsou omezeny nejen z hlediska lokomoce, ale také mohou být deprivovány sociálně, emočně a zkušenostně? Na tyto otázky budeme hledat odpovědi v následujících kapitolách. Nejprve se budeme zabývat specifiky partnerských vztahů u mladých dospělých s tělesným postižením a následně se dotkneme také problematiky spojené se sexualitou těchto osob. Ve třetí podkapitole pak nabídneme vhled do současných trendů v oblasti partnerských vztahů a sexuality osob s tělesným postižením nejen na území ČR, ale také v zahraničí.

#### 3.1 Partnerské vztahy a jejich specifika u osob s tělesným postižením v mladém dospělosti

Každý z nás, osoby s tělesným postižením nevyjímaje, má dle hierarchie potřeb vztahové potřeby, které mají sociální charakter a vyplývají ze vztahů s ostatními lidmi (Vágnerová, 2004, s. 176). Patří sem i potřeba lásky a sounáležitosti, což znamená milovat a být milován, být druhými akceptován a někam patřit. Ve většině případů tedy osoby s tělesným postižením touží po takovém partnerském vztahu, jenž tyto jejich potřeby uspokojí. To potvrzuje také Vágnerová (2007, s. 65), jež uvádí, že partnerství je nejdůležitější variantou intimního vztahu a je důležitým prostředkem osobního rozvoje. Nejen, že je zdrojem podnětů k pochopení sebe sama i k realizaci vlastního potenciálu, ale také podněcuje člověka

k tomu, aby sám jasněji definoval a lépe poznal svého partnera. Můžeme tedy konstatovat, že partnerský vztah je důležitou součástí mužské a ženské identity (Vágnerová, 2007, s. 42). Úkolem mladého dospělého s tělesným postižením proto je, aby akceptoval svůj handicap jakožto součást své identity, protože jedině za tohoto předpokladu může být na psychické úrovni rovnocenným partnerem. U mnoha tělesně postižených jedinců nicméně není partnerství realizovatelné, neboť takto handicapovaný mladý dospělý často nemá příležitost, nemůže nebo neumí navázat hlubší a intimnější vztah, a tudíž dochází k přetrvávání závislosti a vazbě na rodičích (Vágnerová, 1999, s. 92). Omezené sociální kontakty, tendence fixovat se na druhé v důsledku sociální deprivace, nesoběstačnost či neschopnost o sobě rozhodovat a nést za tato rozhodnutí zodpovědnost však rovněž mohou přispět k sociální izolaci a s tím spojené citové deprivaci a frustraci (Vágnerová, 1999, s. 70; Novosad, 2000, s. 36), které se mohou jevit jako problematické při budování partnerského vztahu. „*Pro postiženého člověka má tedy získání partnera větší význam než pro zdravého. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu takového vztahu, o jeho symbolický význam,*“ domnívá se Vágnerová (1999, s. 83-85) a dodává, že získání partnera funguje v případě těchto jedinců jako důkaz normality.

Jak jsme však naznačili v předchozích řádcích i kapitolách, pro mladé dospělé může být z mnoha důvodů, ať už somatických či sociálních, těžké navázat funkční partnerské, a poťazmo i sexuální vztahy přirozenou cestou. Proto se velmi často uchylují k alternativám, které by jim mohly dopomoci k nalezení vhodného partnera. Jak uvádí Kaufman, Silverberg, Odette (2013, s. 52), první možností jsou seznamovací agentury, které se snaží spojit jedince se stejnými zájmy anebo ty, kteří by si mohli vzájemně porozumět. U nás se velké popularitě těší například seznamovací agentura GRAND, kde je v současné době registrováno na 2000 uživatelů se zdravotním znevýhodněním (Seznamka pro postižené, 1993). Populární jsou však také nejrůznější online seznamky: „*Internet je totiž dobrým prostředkem, jak najít partnerský a tedy i sexuální vztah*“ (Kaufman, Silverberg, Odette, 2013, s. 52). Být online je totiž dle autorů něco, co si může dovolit většina z nás. Vezmeme-li pod drobnohled české online seznamky, zjistíme, že takových, které by se zaměřovaly pouze na seznamování znevýhodněných osob, příliš mnoho není. Vzpomeňme ale například seznamku fungující pod webovými stránkami časopisu Můžeš, dále seznamku HandicappedDating! či fórum Sexnavoziku.cz, jehož zahraniční obdobou je OuchToo!. Seznámení osob s tělesným postižením však v současné době velmi napomáhají zejména sociální sítě, kde vzniká celá řada podpůrných skupin, jako například Mám rád vozičkáře, Teenage-

ři s handicapem spojme se, Seznamka pro handicapované a rodiče handicapovaných dětí, Wheelchairs And Sticks Are Good For You Society či komunitní skupina GimpGirl.

Olkin (1999, s. 112) nicméně dodává, že i za předpokladu, že osoby s tělesným postižením najdou někoho, s kým by se chtěly intimně sblížit, je třeba mít stále na paměti, že partnerský vztah je neodmyslitelně spojen se zdravotním znevýhodněním a tělesné postižení tak tvoří třetí část „vztahového trojúhelníku“. Je to jakýsi „*nezvaný host, jenž je součástí života partnerů*“ (Rolland, 1994 cit. podle Olkin, 1999, s. 112). To potvrzuje také Vágnerová (1999, s. 89), jež uvádí, že jakékoliv postižení je ve vztahu k nejbližším lidem zatěžujícím faktorem, neboť je takový jedinec velmi často vnímám jako odlišná a nějak nedostačivá bytost. Do vztahu se pak velmi snadno může promítnout soucit či pocit viny, jenž učiní takový vztah asymetrickým a tedy lehce zranitelným. Získání partnera a navázání odpovídajícího partnerského vztahu však pro mladé dospělé s tělesným postižením znamená potvrzení vlastní hodnoty a tedy snížení subjektivní míry handicapu (Vágnerová, 1999, s. 87).

Jak tedy vidíme, partnerské vztahy osob s tělesným postižením představují složitý fenomén, který se vyznačuje mnoha specifickými zákonitostmi, na něž v následujících řádcích poukážeme. Zaměříme se nejen na faktory ovlivňující partnerství a manželství těchto osob, ale budeme se zajímat také o limity, s nimiž jsou jedinci s tělesným postižením konfrontováni při navazování a udržení svých partnerských vztahů.

### **3.1.1 Faktory ovlivňující výběr partnera u osob s tělesným postižením v mladé dospělosti**

Branson (2012, s. 3) tvrdí, že nejvíce frustrovaným jedincem je ten, kdo nemá adekvátní představu o své budoucnosti. A ta bývá v mladé dospělosti velmi často spojena s hledáním partnera a zakládáním rodiny (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 168). Nalezení nejlepšího přítele, podporovatele i životní opory zároveň, s nímž chceme sdílet svou budoucnost, je tedy devízou tohoto vývojového období. Odborníci dokonce tvrdí, že každý z nás za život údajně potká 100 až 150 bytostí, s nimiž by měl šanci na klidné a spokojené soužití (Šmolka, 2005, s. 7). Jedinec s tělesným postižením však od partnerství obvykle očekává mnohem víc, než je běžné a než mu může reálně poskytnout. Příčiny lze přitom hledat ve skutečnosti, že jeho potřeba citového vztahu, partnerství či přátelství nebývá dostatečně uspokojována, což může postupně vyústit v potřebu získat jakýkoliv vztah, kde je partner definován spíše dosažitelností, než svými vlastnostmi (Vágnerová, 1999, s. 97).

Z výše uvedených skutečností tedy vyplývá, že jsou tyto osoby velmi často konfrontovány s problémem, jenž souvisí s omezeným výběrem partnera, který by byl pro ně přijatelný. A to nejen z jejich subjektivní perspektivy, ale také z pohledu jejich nejbližších, ať už rodiny či přátel. Dle Šmolky (2005, s. 11-13) si přitom vhodného partnera vybíráme dvojím způsobem. První možností je princip podobnosti (homogamie), a to nejen věkové, vzdělanostní anebo sociální, ale také rasové či národnostní. Druhou variantou je pak výběr partnera na principu odlišnosti (heterogamie), který je založen na předpokladu, že „*partneři si mají být natolik podobní, aby si mohli navzájem porozumět, a natolik odlišní, aby se mohli milovat*“ (Šmolka, 2005, s. 12). Heterogamní výběr je tedy založen na vzájemném doplňování, a to zejména v těch oblastech, jež souvisí s rozhodováním v páru.

Výběr partnera u mladých dospělých s tělesným postižením je však kromě výše zmíněných zákonitostí determinován také řadou dalších, na sobě závislých kritérií. První z nich je sebehodnocení, které dle sociálních psychologů vyjadřuje jak globální vztah k sobě, tak vědomí vlastní hodnoty. „*Každý člověk si vytváří představu žádoucího partnera ve vztahu k sobě samému, k vlastní osobnosti. Hledá takového jedince, který by naplnil jeho očekávání a saturoval jeho potřeby,*“ domnívá se Vágnerová (2007, s. 77). V období mladé dospělosti je však jedincovo sebehodnocení poměrně stabilní a realisticky pozitivní, což znamená, že zná své možnosti, je si jist sám sebou a může tedy svobodně a nezávisle rozhodovat, což determinuje nejen výběr životního partnera, ale též samotný partnerský život: „*Dostatečná sebejistota je totiž jednou z podmínek navázání skutečného hlubokého partnerského vztahu, v němž se člověk dokáže plně otevřít, partnerovi ve všem důvěřovat a v intimním vztahu regredovat k infantilní hravosti a nezávislosti*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 177).

Sebehodnocení má však celou řadu zdrojů, přičemž v dospělosti je nejvýznamnější vliv spolupracovníků, osob z referenční skupiny, rodiny a zejména pak partnera (Blatný a kol., 2006, s. 126). Snad nikoho tedy nepřekvapí, že výběr partnera je determinován také vlivem okolí a sociální skupiny. Je to totiž právě společnost, a tedy naše rodina, vrstevníci, přátelé či kolegové, s nimiž jsme v permanentní interakci. Ať už si to tedy uvědomujeme či nikoliv, i oni mají svůj podíl na formování naší osobnosti a v konečném důsledku také na výběru životního partnera. Na to upozorňuje i Fučík (2006, s. 722), který přichází s myšlenkou, že orientační rodina sice ztrácí přímý vliv na rozhodování o výběru partnera, o to významnější je však působení vrstevnické skupiny. Na druhou stranu ale poukazuje na to, že výběr partnera se v dnešní moderní společnosti přesouvá stále hlouběji do soukromé sféry, neboť

mladí dospělí mají potřebu vnímat svůj vztah jakožto výsledek individuální a svobodné volby (Katrňák, 2000 cit. podle Fučík, 2006, s. 722). To má za následek jediné: „*Všechny tyto skutečnosti vedou k mnohem menšímu přímému vlivu sociální skupiny na výběr partnera a navíc i k jeho dalšímu snižování*“ (Fučík, 2006, s. 722). U osob s tělesným postižením to ale nemusí být pravidlem. Je totiž třeba si uvědomit, že aby si mladí dospělí mohli vybrat partnera, musí k tomu mít také příležitosti a ty, jak jsme již několikrát nastínili, jsou u nich značně limitované. Není proto výjimkou, že si jako životního partnera vybírají stejně či obdobně znevýhodněného jedince. Spojuje je nejen skutečnost, že se mezi sebou znají, ať už ze školy či nejrůznějších sdružení a komunit, ale také mají podobné problémy a cítí se tak rovnocenní (Vágnerová, 1999, s. 94). Je-li však reakce okolí na takový partnerský vztah negativní, působí tato situace na postiženého jedince a celý vztah velmi záporně. V první fázi se nejprve partneři snaží obhájit si tento vztah před okolím, v druhé fázi se však často uzavrou a stáhnou. Jejich osobní vztah tento stav sice posiluje, negativní reakce okolí ale obvykle přetrvávají. Není proto výjimkou ani situace, kdy si jedinci partnerství před okolím nedokáží „uhájit“ a vztah se rozpadá (Kracík, 1987 cit. podle Helemíková, 2008, s. 20).

Jde tedy o zkušenost, jež může v budoucnu zásadní měrou ovlivnit další výběr partnera. Z každého ukončeného vztahu si totiž odneseme ponaučení o tom, čeho se vyvarovat, na co si dát pozor anebo jaké strategie a vzorce chování využít v dalším partnerském vztahu. Postupně tak tyto rozličné a odžitě zkušenosti dají za vznik představě o „ideálním partnerovi“, jež ale může být s ohledem na věk individuálně odlišná (Kracík, 1987 cit. podle Helemíková, 2008, s. 20). I přesto ale můžeme říci, že obvykle je zde nejen požadavek fyzické krásy a přitažlivosti, ale třeba také to, aby byl partner zdravý anebo naopak podobně handicapovaný. Život se zdravým partnerem může dát partnerskému vztahu zcela nový rozměr, takový, který může oběma partnerům rozšiřovat obzory. Nevydařený vztah se zdravým partnerem však může být v konečném důsledku kontraproduktivní, neboť může být strůjcem toho, že se mladý dospělý s tělesným postižením uzavře do sebe a v budoucnu bude preferovat spíše partnera s handicapem.

### **3.1.2 Limity doprovázející partnerské vztahy osob s tělesným postižením v mladém dospělosti**

Mladá dospělost je vývojovým obdobím, pro něž je charakteristická tzv. fáze intimity. Ta by měla být synonymem pro stabilní vztah, jenž je zdrojem citové jistoty a bezpečí a je tak

základem pro uzavření manželství a založení rodiny. „*Mladý dospělý se proto snaží vytvořit takový vztah podle vlastních představ, podobně jako si budoval svou identitu, a vynakládá v tomto směru značné úsilí,*“ podotýká Vágnerová (2007, s. 15). Je tedy nezpochybnitelné, že potřeba soukromí a intimního partnerského vztahu má vliv nejen na psychickou adaptaci a tedy i zdraví, ale také na kvalitu života jedince. Ale co je mnohem důležitější, vztah je signifikantní pro všechny z nás bez ohledu na věk, pohlaví, kulturu, etnikum anebo zdravotní znevýhodnění (Hwang, 2005, s. 1). Lidé s tělesným postižením mají samozřejmě tytéž emocionální potřeby, jako intaktní populace, ovšem jejich zkušenosti při navazování a formování intimních svazků mohou být poněkud odlišné (Hwang, 2005, s. 1). Murphy (2001, s. 35) dokonce přichází s tezí, že tělesné postižení lze vnímat jako metaforické porušení řádu, útok na tělesnost, myšlení a v konečném důsledku i na sociální vztahy. Pakliže tedy budeme vycházet z předpokladu Murphyho a Hwangové, lze konstatovat, že tělesné postižení může být v partnerském vztahu zdrojem určitých limitů.

Na druhou stranu je však třeba si uvědomit, že tyto komplikace nemusí nutně vyplývat jen z osobnosti takto handicapovaného jedince či ze znevýhodnění samotného, ale svůj podíl na tom má také celá řada dalších faktorů. Dle odborníků mohou nepříznivě působit na vytváření a udržování fungujících partnerských vztahů jednak společenské bariéry, izolace od zdravé populace<sup>8</sup>, změny v citovém prožívání mladých dospělých s tělesným postižením, ale stejně tak nedostatek informací o zdravotním stavu, právech, nárocích, sexualitě, manželství, rodičovství anebo o antikoncepci. Vzpomeňme však také nedostatek vhodných sexuologických pomůcek pro osoby s tělesným postižením, architektonické bariéry, jež mohou ztížit soužití partnerů, či nedostatečnou nabídku odborných služeb a poradenství, které by se vztahovaly přímo k oblasti partnerských vztahů a sexuality takto handicapovaných osob (Vágnerová, 1999, s. 25; Kracík, 1987 cit. podle Helemíková, 2008, s. 18).

Zajímavý náhled na tuto problematiku nabízí v neposlední řadě Novosad (2000, s. 37-38), který uvádí, že postiženému člověku ztěžuje vytvoření vyváženého partnerského svazku, jež by mohl přinášet i uspokojivý sexuální život, v první řadě jeho zdravotní stav. Nejen omezená mobilita, ale také další projevy související s tímto postižením, jako např. labilnější a dráždivější emocionalita anebo poruchy řeči způsobující neobratný a nepřesný řečový

---

<sup>8</sup> Detailněji jsme se specifiky socializace a interpersonálních vztahů osob s tělesným postižením zabývali ve 2. kapitole této práce, proto se jimi nyní už dále zabývat nebudeme.

projev, mohou nezasvěceného člověka polekat anebo odpudit (Vágnerová, 1999, s. 41; Novosad, 2000, s. 37). Také grimasy, omezené sociální zkušenosti, mimovolní pohyby, viditelná deformace, emoční vypětí či pohybová inkoordinace mohou redukovat možnost výběru partnera, neboť je jedinec kvůli těmto zjevným doprovodným projevům velmi často považován za méně inteligentního. To samozřejmě deformuje obecný pohled na takto postiženého člověka a značnou měrou komplikuje samotný proces seznamování (Novosad, 2000, s. 37). Navíc je třeba si uvědomit, že omezenější zkušenosti a odlišná sociální akceptace ovlivňují rozvoj určitých osobnostních rysů. Nevhodné či nepřiměřené chování druhých při navazování vztahů tak může vést k izolaci, pasivitě či uzavřenosti osob s tělesným postižením, protože si uvědomují, že je společnost nedokáže přijatelným způsobem akceptovat (Vágnerová, 1999, s. 31).

Od výše uvedených skutečností se samozřejmě může odvíjet celkový psychický stav mladého dospělého s tělesným postižením<sup>9</sup>. Specifické rysy osobnosti, kam lze zařadit například komplex méněcennosti, egocentrické sklony anebo negativní sebehodnocení, se taktéž mohou stát zatěžujícím faktorem při navazování a udržení partnerských vztahů v každodenním životě. V takovém případě je však dle Novosada (2000, s. 37) vhodná psychoterapie, neboť pouze ti jedinci, kteří mají příležitost uplatnit své schopnosti a nadání, mají možnost prostřednictvím seberealizace korigovat své sebezírání ve společenské interakci. Jsou tedy vyzrálejší pro partnerský život a nejsou tolik ohroženi destruktivními tlaky působícími na jejich psychiku. V neposlední řadě zmiňme sociální klima, které, je-li harmonické, může napomoci při hledání vhodného partnera. „*Sociální klima souvisí s pohledem společnosti na sexualitu zdravotně handicapovaných občanů. Partnerský a sexuální život těchto lidí je nutné zbavit bariér, a to nejen vnějších, které ztěžují výběr partnera (...), ale i bariér a předsudků v nás,*“ domnívá se Novosad (2000, s. 38). Na základě diskuze s osobami s tělesným postižením i vlastních zkušeností můžeme říci, že mnoho zdravých jedinců, ale i rodičů handicapovaných dětí vnímá problematiku partnerských vztahů a sexuality jako něco nereálného, nemorálního či jako něco, co se osob s handicapem vůbec netýká nebo co je nezajímá. Pravda ale je, že každý z nás chce mít v životě někoho, o koho se bude moci opřít, s kým bude moci plánovat budoucnost a s kým získá jeho život nový

---

<sup>9</sup> O psychologických aspektech tělesného postižení již bylo detailně pojednáno v kapitolách 1.2 a 1.3, proto zde tuto problematiku nastíníme jen okrajově a v kontextu s příslušnou podkapitolou.

a v mnoha ohledech jistě i obohacující rozměr. „*I člověk jakkoli handicapovaný má nadání, po něčem touží, o něco usiluje. Umí se smát, být smutný i milovat a svým bytím obohacovat život těch, kdo jej obklopují,*“ uzavírá tuto podkapitulu výstižný výrok Novosada (2000, s. 37).

### 3.1.3 Mladí dospělí s tělesným postižením a instituce manželství

Jak jsme již několikrát naznačili a zdůvodnili, mladý dospělý by měl být na základě svých biologických i psychosociálních předpokladů schopen navázat zralý milostný vztah, jenž by postupně vyústil v manželství. To lze definovat jako trvalé životní společenství rozvíjející kvality, které jsou v kratších a méně závazných vztazích nedostupné, a umožňující vytvoření společného světa, jenž má posléze také svou historii (Willi, 2006 cit. podle Vágnerové, 2007, s. 89). „*Manželství tedy znamená přijetí společensky vymezeného životního stylu dospělosti,*“ dodává Vágnerová (2007, s. 88). I přesto však v tomto vývojovém období dochází ke snížení počtu uzavřených manželství. Vágnerová (2007, s. 89-90) tvrdí, že sňatek není pro osoby v mladé dospělosti tak atraktivní, jako tomu bylo v minulosti. Autorka to zdůvodňuje zejména omezením finančních a sociálních výhod, které může takové soužití přinášet, ale také zaměřením mladých lidí na vlastní rozvoj, seberealizaci, svobodu a nezávislost (Vágnerová, 2007, s. 89). To ostatně potvrzuje také studie Kuchařové (2003, s. 5), kde se píše, že mladí lidé<sup>10</sup> rozlišují mezi hodnotou „mít spolehlivého partnera“ a hodnotou „žít ve spokojeném manželství“. Život s partnerem bez sňatku se tedy stává pro mladé lidi obvyklou formou soužití. A to i přesto, že tento intimní párový vztah saturuje celou řadu psychosociálních potřeb - je totiž zdrojem jistoty a bezpečí, přispívá k radosti a vyrovnanosti jedince a uspokojuje potřebu seberealizace či otevřené budoucnosti (Vágnerová, 2007, s. 89). Langmeier, Krejčířová (2006, s. 178) k tomu ještě připojují uspokojení intimního emočního soužití, včetně sexuálních tendencí a touhy mít děti a prožívat s nimi radost z jejich vývoje.

„*Manželství má však největší šanci na uspokojivé ustavení a trvalost, jestliže do něho vstupují lidé už podstatně zralí, osobnostně vyrovnaní a zdraví. Manželství je tedy nejcitlivějším testem osobní zralosti,*“ domnívají se Langmeier, Krejčířová (2006, s. 178). V případě, že bychom vycházeli z tohoto tvrzení a vztáhli jej k osobám s tělesným postiže-

---

<sup>10</sup> Lidé ve věku do 29 let a následně od 30 do 44 let.



ním, které se potýkají s obtížemi v oblasti zdravotní, ale mnohdy také psychické a sociální, mohli bychom podlehnout dojmů, že je pro ně instituce manželství z mnoha důvodů vyloučená. Pravda ovšem je, že stejně jako kterýkoliv jiný svéprávný jedinec, i oni mají právo uzavřít manželství. A to i přesto, že se mnoho lidí domnívá, že zdravotní znevýhodnění jednoho nebo obou partnerů znemožňuje manželům, aby se mohli postarat o všechny povinnosti související s tímto svazkem (Bryan, 2009, s. 23-25). Ve většině případů jsou však mladí dospělí s tělesným postižením schopni dávat najevo lásku a emoční podporu důležitou pro udržení spokojeného vztahu. „*Není pochyb o tom, že nalezneme případy, kdy osoby s tělesným postižením v manželství selžou. Nicméně to se může přihodit i lidem bez handicapu,*“ píše Bryan (2009, s. 181).

Osobně se domníváme, že pokud jedinec s tělesným postižením s někým uzavře sňatek, partneři již společně v průběhu vztahu zjistili, jaká omezení handicap do soužití přináší a oba se na ně nějakým způsobem adaptovali anebo je překonali. Neměla by je tedy v manželství nikterak překvapovat a měla by být již zažitou součástí každodenní reality. To ostatně v mnoha ohledech potvrzuje průzkum dr. Karen Ngai a Q'saYueny (2001, s. 1-7) z Asociace žen se zdravotním znevýhodněním Hong Kong. Ty realizovaly výzkum na vzorku 633 200 žen s vrozeným zdravotním znevýhodněním a na základě svého šetření dospěly k závěru, že 68% dotazovaných považuje manželství za významnou součást života, nicméně jen 27% z nich přiznalo, že by jim život bez manželství připadal nedokonalý. Zajímavé je také zjištění, že 54% respondentek, zejména žen s tělesným postižením, uvedlo, že se nedomnívají, že ženy s postižením potřebují manželství více než ženy zdravé. Z výzkumu v neposlední řadě vyplynulo, že 56% respondentek neschvalovalo bydlení s manželem a víc jak polovina respondentek (53%) si nemyslí, že by měly v manželství se zdravým partnerem nižší postavení.

Jiná situace však podle nás nastává v případě, že se změni partnerův/partnerčin zdravotní stav až v průběhu manželství. Vzpomeňme zde tedy alespoň některé obtíže, s nimiž se manželé v důsledku změněné životní situace mohou potýkat. Jako problematické se může jevit například promítání vlastních problémů na partnera, očekávání spoluzodpovědnosti partnera za zdravotní stav osoby s tělesným postižením, sebeobviňování za problémy ve vztahu, přecitlivělost postiženého partnera a s tím spojená frustrace, netrpělivost či zklamání. „*Rovněž se mohou cítit neužiteční či vinní, že nejsou schopni partnerovi pomoci,*“ uvádí webová stránka Motherhood (Howells, 2011). Zdrojem problémů však může být také nedostatek financí, neuspokojivý sexuální život či zhoršená adaptace na získané posti-

žení. Na druhou stranu studie vedená Jeremy Yorgasonem (2008, s. 1) poukázala na to, že se muži cítili v manželství šťastnější poté, co se oni sami stali tělesně postiženými. Ženy naopak přiznaly, že nezaznamenaly změnu ve vztahu ani poté, co se změnil jejich zdravotní stav. „Čísla poukazují na to, že se páry sblížily poté, co měl jeden z nich zkušenosti s tělesnými limity. To naznačuje, že tělesné postižení je obousměrná ulice se svými plusy i minusy, které lidé obvykle očekávají,“ dodává autor studie (2008, s. 1). Na závěr přichází Yorgason (2008, s. 1) s výrokem, že je to právě zdravotní znevýhodnění, potažmo tělesné postižení, které vnáší do manželství štěstí. Příčinou přitom může být právě skutečnost, že pár spolu musí kvůli zdravotním omezením trávit více času a je tak častěji ve vzájemné interakci.

### 3.2 Sexualita a její specifika u osob s tělesným postižením v mladé dospělosti

*„Být člověkem znamená být sexuální.“ (Winder)*

Všichni lidé jsou sexuálními bytostmi, takže sexualita, tedy „prvek společenského soužití obou pohlaví, ve kterém vystupuje do popředí duševní stránka sexuálních projevů“, v různé formě a podobě provází člověka celým životem, neboť patří k základním lidským potřebám (Kracík, 1992 cit. podle Janiš, 2004, s. 3; Šrámková, 2010, s. 387; Venglářová, 2013, s. 17). Svá vyjádření a specifika má přitom v každé vývojové etapě, mladou dospělost nevyjímaje. Jde totiž o období sexuální zralosti, kdy je sexualita důležitým aspektem partnerského vztahu (Vágnerová, 2007, s. 9). Jak ale upozorňuje Venglářová (2013, s. 17-18), sexualita v tomto období zdaleka nezahrnuje jenom fyzický sex, jak je často prezentováno, ale uspokojuje také potřebu intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitku silného citu, sounáležitosti a opory a potřebu pokračování rodu prostřednictvím rodičovství. Původně reprodukční funkce sexuality je tak postupně nahrazována spíše touhou po prožitku a slasti. Ne jinak tomu je i v období mladé dospělosti, která je dle Weisse a kol. (2010, s. 672) synonymem pro milostné záležitosti a pohlavní experimenty. Ostatně také Erikson se domníval, že mladá dospělost je obdobím, kdy aspektem Já-identity je intimita a ctností láska (Erikson, 1999 cit. podle Cakirpaloglu, 2012, s. 61). Uzel, Mitlöhner (2007, s. 7) dodávají, že sexualita je tím pádem taktéž opatřením rekreačním. Můžeme tedy říci, že „sexualita má biologický, psychický a kulturní rozměr“ (Jandourek, 2008, s. 179). Webová stránka Dobromysl.cz nabízí na tuto problematiku obdobný pohled, když v jednom ze článků uvádí: „Sexualita zahrnuje osobnost, myšlenky, hodnoty a pocity. To, jak komunikujeme a jak sa-

*mi sebe vyjadřujeme v našich vztazích s druhými, je stejně jako naše sexuální pudy a sexuální aktivity, výrazem naší sexuality“ (Jakubův, 2009).*

Ta je v kontextu s osobami s tělesným postižením velmi často tabuizována, případně laická i odborná veřejnost dle Šrámkové (2010, s. 20) kolísá mezi dvěma krajními protipóly: buď tyto jedince považuje za zcela asexuální anebo nepředpokládá, že by mohli nějaké problémy v sexuální oblasti vůbec mít. Podotkněme na tomto místě, že studie Taleporose a McCabe (2004, s. 360) poukázala na skutečnost, že nejen tělesná slabost, ale také nedostatek soukromí či přílišná péče ze strany rodičů anebo pečovatelů mohou ovlivňovat kvalitu a intenzitu sexuálních prožitků osob s tělesným postižením. Autoři navíc dodávají, že také celá řada dalších studií naznačuje, že sexuální a vlastně i jakýsi romantický život mladých dospělých je v mnoha ohledech limitován, což opírají o výzkum<sup>11</sup> realizovaný mezi 45 respondenty s vrozeným postižením, kdy takřka všichni účastníci byli svobodní a zhruba polovina z nich nikdy neměla sexuální zkušenost s příslušníkem jiného pohlaví. Taleporose, McCabe (2004, s. 360) tak vyslovují tezi, že lidé s tělesným postižením mnohem více zápasí se společenskými a sexuálními bariérami, které souvisí právě se somatickým postižením jako takovým.

Kde tedy hledat únosnou mez, zvláště pak, když mediální masáž velmi často hlásá, že „sex je pro mladé, krásné a atleticky vypadající osoby“ (Cooper, Guillerbaud, 1999, s. 5)? Domníváme se, že je třeba si uvědomit, že člověk s handicapem je také sexuální bytostí, bez ohledu na jeho fyzická omezení. Handicapovaní lidé přesto musí překonávat předsudky, stejně jako své vlastní mylné představy a osobní bariéry týkající se sexuality. Je důležité, aby každý, včetně lidí s postižením, byl schopen činit vědomá rozhodnutí o své sexualitě, a to informovaně a s porozuměním. Venglářová (2013, s. 18-19) k tomu ještě doplňuje, že sexualita je sice u osob s tělesným postižením v mnoha ohledech modifikována, nicméně by neměla být potlačována, neboť sexualita jako taková je hodnotnou součástí jejich života, byť se vyznačuje variabilitou v možnostech, kterak ji naplnit. Jak ale podotýkají Kaufman, Silverberg a Odette (2013, s. 30), je na každém z nás, abychom zjistili, co pro nás sex doopravdy představuje a následně odhalili, jak ho procítit a jak na něj reagovat.

---

<sup>11</sup>Jedná se o šetření MacDougalla a Morina (1979).

S tímto názorem se ztotožňujeme také my, proto si klademe za cíl seznámit se blíže v následujících podkapitolách se specifiky sexuality u osob s tělesným postižením. Pod drobnohled si vezmeme nejen funkce, specifika a zákonitosti sexuality, ale třeba také mýty související se sexualitou osob s tělesným postižením či praktická doporučení, která zkvalitnit sexuální život těchto jedinců.

### 3.2.1 Funkce sexuality u osob s tělesným postižením

„Sex má v životě člověka význam nejen reprodukční, ale také má funkci rekreačně relaxační a sociálně-komunikační, a harmonické rozvíjení funkcí sexu je provázené s rozvojem osobnosti,“ píše v jedné ze svých publikací Novosad (2000, s. 39) a potvrzuje tím skutečnost, že sexualita existuje v mnoha různých formách a podobách - od sexuality sloužící k plození dětí, přes sexualitu jakožto projev partnerské lásky až po sexualitu se spirituální dimenzí (Košťálová, 2010). Sexualita i sex samotný mohou být tedy vnímány dosti individuálním způsobem, a to podle zkušeností každého jedince. Zohlednit však musíme také skutečnost, že člověk je bytost mnohohrstevná, jež je tvořena několika úrovněmi bytí: biologickou, psychologickou, sociální i spirituální, přičemž každá z nich má svá vlastní témata a dohromady vytváří celistvého člověka (Košťálová, 2010). Z toho vyplývá, že také na funkce sexuality u mladých dospělých s tělesným postižením lze pohlížet poněkud diametrální optikou.

V obecné rovině ale můžeme konstatovat, že sexualita dle Janiše (2004, s. 2-3) v mladém dospělosti plní pět základních funkcí. První z nich, funkce reprodukční, zajišťuje, že bude prostřednictvím heterosexuálního styku zabezpečena reprodukce druhu. Nejčastější motivací k dosažení vlastního pohlavního styku je naplnění funkce slasti, tzn. dosažení prožitku. Do popředí se přitom dostává otázka síly, hloubky samotného prožitku, ale i rozsah citového prožívání, závislost na potřebě a touze tuto slast opakovat. Součástí funkce slasti je taktéž erotizace. Pohlavní styk však lze vnímat také jako zvláštní intimní druh komunikace, kdy se jeden jedinec snaží o příjemný pocit slasti svého partnera. Hovoříme tak o funkci komunikační. Sexualita ovšem může napomáhat také k redukci napětí, ostatně již Freud ve svých pracích poukazyval na to, že je to právě sexuální pud - eros, jenž má podíl na celkovém chování. Ten se řídí principem slasti a je zaměřen na dosažení sexuálního uspokojení (Vágnerová, 2004, s. 172). V neposlední řadě plní sexualita funkci prestižní, kdy „sexuální vztahy představují určitou součást prestižního společenského postavení,

*atribut úspěchu, součást podnikatelských schopností, prostředek vedoucí k ovlivnění klientů atd.*“ (Janiš, 2004, s. 2-3).

Jak však upozorňuje Šrámková (2010, s. 387), sexualita osob s tělesným postižením může mít s ohledem na omezenou mobilitu, deformace či další individuální somatická specifika takto handicapovaného jedince, odlišnou kvalitu. Proto považujeme za nutné vzpomenout na tomto místě také další subfunkce sexuality, které mohou sehrávat významnou roli na cestě životem mladých dospělých. Dle Šilerové (2004, s. 1) má totiž sexualita vliv na vytváření vztahů s lidmi opačného pohlaví, růst sebeúcty a sebejistoty, na budování osobní identity (nejen sexuální) a s tím související podporu schopnosti založit a rozvíjet intimní vztahy. Kromě toho pomáhá vytvářet systém individuálních morálních a etických hodnot, jelikož oblast lidské sexuality je propojena s mnoha morálními aspekty. Mladí lidé se tak rozhodují sami bez „pomoci“ nebo rady rodičů. V neposlední řadě sexualita pomáhá vybudovat emocionální nezávislost na rodičích, jež by sice měla být překonána už v období dospívání, ale jak víme, u osob s tělesným postižením může být závislost na pomoci či přítomnosti blízké osoby trvalejšího charakteru (Šilerová, 2004, s. 1).

### **3.2.2 Složky sexuality u osob s tělesným postižením v mladé dospělosti**

Uspokojivé a harmonické sexuální vztahy jsou podmínkou pro kvalitní a plnohodnotný partnerský život, proto by měla být věnována pozornost také samotným zákonitostem sexuality. Sexuální vývoj probíhá dle odborníků od narození až do pozdní adolescence. Sexuální role, které na sebe bereme, se však mění v průběhu celého života a jsou determinovány zejména kulturně-společenskými vlivy, jež jsou obvykle zprostředkovány rodinou (Spilková, 2013, s. 31). Vyvrcholením sexuálního vývoje je samozřejmě samotný sex, jehož etymologický původ lze nalézt v latinském slově *sexus*, tedy *pohlaví*, a můžeme ho tak definovat jakožto něco, co se vztahuje k pohlaví a má vztah k pohlavnímu spojení a plození (Janiš, 2004, s. 3). Sexualita je tedy podstatou pohlavní identity a vyjadřuje intimitu (Baštecká, 2000 cit. podle Helemíková, 2008 s. 37). Pohlavní identita vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti anebo naopak rozpor s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky a se sociální rolí, jež je přisuzována danému pohlaví (Fifková, 2010, s. 439).

Pohlavní identita mladého dospělého s tělesným postižením je tvořena dle Janiše (2004, s. 3) a Baštecké (2000 cit. podle Helemíková, 2008, s. 40) z těchto komponentů:

- Biologickým pohlavím - tzn., že je jedinec mužem anebo ženou. Na toto pohlaví dle odborníků myslí rodiče ještě před narozením dítěte a na základě toho mu vymýšlí vhodné jméno.
- Psychosexuální roli, tj. gender identitou, jež je synonymem pro určující chování podle odpovídajícího pohlaví. Převáděno do praxe to znamená, že v určité sociální skupině, v daných kulturních podmínkách uplatňuje jedinec s biologickým pohlavím ženy anebo muže svou mužskost, případně ženskost a společnost se podle toho k němu či k ní chová.
- Mapou lásky, což je mentální obraz, jakýsi neuvědomovaný souhrn představ, zkušeností, očekávání a fantazií, které se váží k sexualitě a k výběru partnera. Je to tedy individuální prožívání sebe sama jako sexuální bytosti. Do takto vytvořeného obrazu se pak hodí určitý sexuální partner.
- Sexuálním chováním, které je výsledkem evolučního procesu a směřuje k udržení lidského rodu (Venglářová, 2013, s. 19).

Představy o našich partnerech, jejichž význam je nejmarkantnější právě v mladé dospělosti, slouží k budování intimity, která je dle Slaměníka (2011, s. 88) podstatnou součástí různých typů interpersonálních vztahů a lze ji zařadit do trojúhelníkové teorie lásky<sup>12</sup>, jež dále zahrnuje vášeň a rozhodnutí/závazek (Výrost, Slaměnik, 2011, s. 258). Je svrchovaným znakem těsných interpersonálních vztahů a jedná se o proces stupňování vzájemného sebeodhalování, ve kterém jedinci pocítují vzájemné sebezpotvrzení, pochopení a starost o druhého, kdy je výsledkem pocit známosti a blízkosti partnerů (Clark, Reis, 1988 cit. podle Slaměnik, 2011, s. 88). Intimita se vztahuje k prožívání pozitivních emocí a obvykle se prohlubuje s trváním vztahu, kdy dochází k navýšení sociálního i fyzického kontaktu. Vysoká míra intimity je tedy jedním z činitelů uspokojení vztahu jakožto jedinečného svazku (Slaměnik, 2011, s. 87-88).

Z toho vyplývá, že v oblasti intimní plní sexualita tři funkce. Funkce pohlavní (rekreační) znamená, že pohlavnost člověka může přinášet radost, rozkoš, uvolnění, a to vše i v případě, že je jedinec sám sebou. Párová, neboli rekreační funkce má za následek, že je na sexuální styk pohlíženo jako na svébytný a hluboce důvěrný rozhovor dvojice, mezi níž

---

<sup>12</sup> Jejím autorem je R. J. Sternberg (1986, 1988).

probíhá. A nakonec druhová, čili prokreační funkce zajišťuje zachování rodu prostřednictvím plození dětí (Baštecká, 2000 cit. podle Helemíková, 2008, s. 37).

### 3.2.3 Specifika fungování sexuálního života u osob s tělesným postižením

Z předchozích kapitol již víme, že tělesné postižení může mít mnoho rozličných forem, od čehož se odvíjejí také osobnostní rysy osoby s tělesným postižením a její integrace do společnosti. Z toho plyne, že i sexuální život těchto jedinců může mít svá specifika: „*Mělo by to být zřejmé, ale často tomu tak není,*“ píše Chance (2002, s. 195). Ta jsou ovlivněna samozřejmě dobou, kdy tělesné postižení vzniklo. Touto otázkou se ve své práci zabývala např. Baštecká (2000 cit. podle Helemíková, 2008, s. 31), jež se domnívá, že odlišnosti mezi zdravými jedinci a osobami se zdravotním znevýhodněním v oblasti sexu a sexuality se odvíjí mimo jiné od rozdílného vývoje identity. Raně získaná tělesná postižení mají za následek, že jsou tito jedinci více závislí na druhých lidech a jsou tedy více kontrolováni a ovlivňováni. Výsledkem takového vývoje je nejen nízké sebevědomí, ale také odlišnosti ve vývoji mapy lásky.

Naproti tomu u osob se získaným tělesným postižením v období dospělosti je velmi složitý a náročný přerod v oblasti sexuální identity. Z toho důvodu je důležité, aby tento jedinec měl k dispozici informace, jež mu pomohou zorientovat se v nové situaci. Bennett, Holcer (2010, s. 92) k tomu však dodávají, že neméně signifikantní úlohu v sexuálním životě osob s tělesným postižením sehrává i otevřená komunikace o sexu. Jak totiž autoři správně podotýkají, sexuální touhy nezmizí v okamžiku, kdy se zraníme anebo se staneme postiženými. O to důležitější ale je, aby osoby s tělesným postižením hovořily o svých touhách, technikách, které je vzruší, dále o možnostech, limitech a slabostech se svým partnerem. Kvalitu sexuálního soužití však ovlivňuje také rozsah postižení, místa, která byla zasažena, pocity handicapované osoby i její body image (Bennett, Holcer, 2010, s. 92). Je však třeba mít na paměti, že jde o vysoce individuální záležitost, takže je velmi těžké a rovněž ožehavé bagatelizovat specifika sexuálního života osob s tělesným postižením. Domníváme se však, že za všech okolností je důležitá tolerance, trpělivost a snaha reflektovat partnerova omezení.

Zajímavé poznatky nicméně přináší studie McCabe a Taleporose (2003, s. 359), kde se píše, že některé důsledky tělesného postižení mohou ovlivnit dosahování a udržování erekce a vaginální lubrikaci. Kamberg (1990, s. 3-4) pak ještě dodává, že v závislosti na povaze tělesného postižení může u mužů i žen dojít k celé řadě sexuálních dysfunkcí. Autorka

zmiňuje například spontánní erekci, genitální necitlivost či spazmy svalů. Všechny tyto omezující faktory pak mohou mít vliv na prožitek, sexuální potěšení a orgasmus, stejně tak ale i na sexuální chování, sexuální sebevědomí (tj. důvěra v takové sexuální zkušenosti, které budou uspokojující a příjemné), a sexuální uspokojení osob s tělesným postižením. Marten (2006, s. 8) se nicméně domnívá, že nedostatečný přístup k informacím, omezená zdravotní péče a neschopnost komunikovat o této problematice vytváří další bariéry v sexuálním životě těchto osob.

Zajímavé je v neposlední řadě srovnání sexuality u mužů a žen s tělesným postižením, neboť zde lze spatřit signifikantní rozdíly. Řada studií se shoduje na tom, že sexuální adaptace mužů s tělesným postižením je komplikovanější, protože u nich existuje úzká souvislost mezi mužností a sexuálním výkonem. Pokud je jim tedy nějakým způsobem odepřena možnost mít „normální“ sex, může to mít devastující vliv na jejich psychiku. U žen s tělesným postižením však nastává diametrální problém: důležitou roli zde totiž sehrává „*perfektní tělo a snaha zapadnout do genderové role*“, píší McCabe a Taleporos (2003, s. 360). Proto tedy ženy řeší hned dva problémy: být ženou a být tělesně postiženou. Studie však mimo jiné poukázala také na některé sociální aspekty, jež ovlivňují sexuální život osob s tělesným postižením. Jsou to totiž právě sociální izolace, postoje rodiny a okolí k sexualitě a nedostatek soukromí, které jsou limitujícími faktory ve svobodném vyjadřování sexuálních potřeb. To ostatně vyplynulo i z šetření, jehož se účastnilo 748 respondentů<sup>13</sup>, a na základě jehož závěrů lze konstatovat, že lidé s tělesným postižením mají nižší sexuální sebevědomí a sexuální uspokojení, v důsledku čehož je u nich vyšší výskyt „sexuální deprese“ (McCabe, Taleporos, 2003, s. 361).

### 3.2.4 Mýty o sexualitě osob s tělesným postižením

Otázky dotýkající se sexuality a tělesného postižení, ať už je o nich diskutováno odděleně anebo v rámci jedné rozpravy, mají jedno společné: jsou tabu. A to nejen ze strany intaktní populace, ale mnohdy také ze strany samotných osob s handicapem. Proč tomu tak je? Velký podíl na tom má zejména společenské klima, v němž žijeme. Jak totiž uvádí Cooper, Gouillebaud (1999, s. 4), mnoho jedinců se zdravotním znevýhodněním, včetně osob s tělesným postižením, je anebo se cítí diskriminováno v mnoha oblastech svého života,

---

<sup>13</sup> Z toho 367 mužů a 381 žen.



a to i v těch, jež se dotýkají jejich sexuality. To ostatně dokazuje i fakt, že zdraví lidé si mnohdy nedokáží představit, že by se člověk s tělesným postižením stal jejich přítelem, sexuální partnerem anebo životní oporou (Kamberg, 1990, s. 3). Někdy se také můžeme setkat s tím, že rodiče handicapovaných jedinců problematiku sexuality vnímají jako něco, co se jejich dětí nikdy týkat nebude, a proto o ní s nimi nehovoří. Výjimkou proto nejsou výroky jako „nemyslím si, že by se lidé se znevýhodněním mohli zajímat o takové věci“; „ty přeci nikdy nebudeš mít sex, když jsi na vozíku“ či „postižení nemají sex a pokud ano, neměli by ho mít“ (Cooper, Gouillebaud, 1999, s. 12). Kromě toho je třeba zdůraznit, že klíčovou roli zde sehrává taktéž absence laických i odborných diskuzí o sexualitě, jež by se vztahovaly výhradně k osobám s tělesným postižením. „Články o sexualitě málokdy berou na vědomí znevýhodněné jedince,“ píše Olkin (2012, s. 226) a opírá svůj argument o skutečnost, že ve 25 vybraných textech byla nalezena pouze jediná zmínka o sexualitě osob s handicapem (Calderwood&Calderwood, 1990 cit. podle Olkin, 2012, s. 227). Ignorování této problematiky však posiluje celou řadu mýtů, čímž je vlastně popíráno právo člověka mít vztah a stát se sexuální bytostí.

Z toho důvodu považujeme za nutné zabývat se v následujících řádcích sedmi nejrozšířenějšími mýty o sexualitě osob s tělesným postižením a uvést je na pravou míru. Protože stejně jako předsudky, i tyto mýty jsou výsledkem nedostatku vzdělání, zkušeností a vztahových vazeb k osobám s tělesným postižením (Kamberg, 1990, s. 3).

### **Mýtus 1: Lidé s tělesným postižením jsou asexuální**

Tento mýtus dle mínění Kaufman, Sylverberg, Oddeteho (2013, s. 10) vznikl v důsledku toho, že se intaktní populace ve většině případů domnívá, že se od nich lidé se znevýhodněním liší. Myslí si, že nejsou schopni se sami o sebe postarat, a tak je velmi často přirovnávají k dětem, které nežijí sexuálním životem<sup>14</sup>. Opak je však pravda. Sexualita je přirozenou součástí každého z nás a nevyhýbá se ani osobám s tělesným postižením. Jsou tedy sexuálními bytostmi se svými sexuálními fantaziemi, pocity a aspiracemi. „Nejsou ale schopni naplno vyjádřit svou sexualitu, nikoliv kvůli svému znevýhodnění, ale kvůli tomu, že jsou považováni za asexuální“ (Sexuality and Disability, 2011). Jak už jsme ale vysvětlili v předešlých podkapitolách, mohou se u nich objevit obtíže při vyjadřování a uspokoi-

---

<sup>14</sup> Tady by ovšem vznikl další mýtus, neboť jak jsme podotkli, sexuální vývoj probíhá od narození až do pozdní adolescence. S určitými sexuálními projevy se tedy můžeme setkat i u dětí.

jování sexuálních potřeb, a to v důsledku nedostatku znalostí anebo kognitivních a psychologických bariér (Disability and sexual issues, 2013).

### **Mýtus 2: Lidé s tělesným postižením nejsou žádoucí**

*„Všem je nám předhazováno, že sex se týká jen mladých a krásných. Když nevypadáš jako tříadvacetiletý supermodel, nikdo tě nebude chtít,“* píše s trochou nadsázky Kaufman, Sylvesterberg, Oddete (2013, s. 11) a dodávají, že tento očekávaný a velmi často uváděný standard nás všechny poškozuje. Ba co hůř, když člověk potřebuje trochu více trpělivosti, komunikace či emoční podpory, než začne poskytovat a přijímat sexuální potěšení, je ihned považován za přítěž. Domníváme se však, že porozumění těmto specifickým potřebám je něco, s čím by měl být partner handicapovaného jedince již dávno seznámen, a proto by mu neměly ani zásadním způsobem vadit či překážet. Klíčové je zde podle našeho názoru nejen vzájemné porozumění a souznění partnerů, ale také schopnost intaktní populace nahlížet na sexualitu osob s tělesným postižením takovou optikou, jež bude oproštěna od předsudků a stereotypů. Tělesné postižení nečiní z takto handicapovaných jedinců méněcenné osoby jenom proto, že se nemohou samy pohybovat anebo potřebují pomoc s některými úkony. Stejně jako kdokoliv jiný, i oni mají své kvality a přednosti, které mohou druhým připadat atraktivní a přitažlivé a kterou mohou být zárukou fungujících partnerských a sexuálních vztahů.

### **Mýtus 3: Lidé s tělesným postižením nemůžou mít „opravdový“ sex**

Jak píše v jedné z kapitol das Nair a Butler (2012, s. 215), mnoho lidí se domnívá, že jedinci se zdravotním postižením jsou příliš křehcí na to, aby mohli mít vitální sexuální život. Jenomže, co přesně bychom měli, ať už jako odborníci anebo laici, hledat pod pojmem *opravdový sex*? Nutno podotknout, že už samotný přívlastek „opravdový“ je poněkud sporný, což dokazuje i odborná literatura, kde můžeme mimo jiné nalézt tvrzení, že sex je jeden z činitelů, který se vyskytuje v mnoha rozličných formách (Janiš, 2004, s. 5). Z toho plyne, že každý z nás má zřejmě v oblasti sexuální své individuální potřeby, které se poté mohou projevit při samotném pohlavním styku. Jen pro doplnění si uveďme příklad: Líbání, dotýkání, masturbace, orální sex - to všechno jsou sexuální praktiky, avšak málokdy jsou zařazeny do „standardní“ definice sexu. Je tedy třeba si uvědomit, že *„sex se týká všech, i když způsoby jeho provedení mohou být různé. Nejsou žádná pravidla, co sex může anebo nemůže být, kromě toho, že by měl být dobrovolný a bezpečný“* (Sexuality and Disa-

bility, 2011). Jak už víme, sexuální život osob s tělesným postižením může mít svá specifika, ovšem prožitek a uspokojení jim může přinášet stejný jako osobám zdravým.

**Mýtus 4: Lidé s tělesným postižením se musí zabývat významnějšími věcmi, než je sex**

Potřeba sexu se řadí mezi základní biologické potřeby, jež zajišťuje přežití člověka jako organismu a je společná všem živočichům. Ostatně, i Pastor (2007, s. 45) upozorňuje na to, že je u nás tato potřeba mimořádně silná zejména proto, že je jejím prostřednictvím zabezpečeno pokračování rodu. Faktem ale je, že máme někdy tendence považovat některé potřeby (např. jídla či spánku) za významnější než jiné (sexuální touhy, komunikace atd.). Pakliže tedy osoby s tělesným postižením potřebují pomoci s uspokojováním svých základních potřeb, ty „ostatní“, kam lze zařadit právě pohlavní styk, se mohou zdát být irelevantní (Sexuality and Disability, 2011). Je však třeba si uvědomit, že potřeba sexu je významná stejně tak, jako kterákoliv jiná biologická potřeba, a proto je třeba ji vnímat jako něco fyziologického. Osoby s tělesným postižením sice jsou znevýhodněny po stránce fyzické či sociální, ovšem ani to není překážkou v tom, aby naplňovaly své potřeby stejně jako všichni ostatní.

**Mýtus č. 5: Lidé s tělesným postižením nemohou být sexuálně zneužity**

Nejsou sexuálně žádoucí, tudíž nemohou být ani oběťmi sexuálního zneužití, chtělo by se vzhledem k výše uvedenému mýtu říci (Kaufman, Sylverberg, Oddete, 2013, s. 14). Jenže jak ukazují mnohé průzkumy, projekty<sup>15</sup> a publikace, jež na toto téma aktuálně vychází, opak je skutečností. Volfová, Velemínský (2008, s. 13-15) dokonce poukazují na to, že jedinci s fyzickým handicapem se řadí do rizikové skupiny ohrožené sexuálním zneužíváním. Rizikovými faktory dle autorů mohou být nejen závislost na péči či omezené rozpoznávací a obranné schopnosti, ale také nízké sebevědomí, neschopnost samostatného jednání či právě samotné mýty a předsudky o sexuálním životě těchto jedinců. Výzkum dr. Jiřího Mellana, jehož se účastnilo 1200 zdravotně postižených, z toho 709 žen, navíc odhalil 31 (4,4 %) případů pohlavního zneužití u žen a 6 případů u mužů. Nejčastější formou sexuálního zneužití je přitom úmyslné odhalování pohlavních orgánů před jedincem, dotýkání, líbání a hlazení pohlavních orgánů, objímání a líbání se sexuálním podtextem, přiměnění k dotýkání a hlazení pohlavních orgánů jiné osoby, tělesná penetrace (orální, vaginální,

---

<sup>15</sup> Projekt ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím, jehož autorem je Sdružení zdravotně postižených v ČR.

anální). Valná část případů pohlavního zneužívání zůstává skryta zejména proto, že v převážné většině se odehrává uvnitř rodiny a v mnoha případech je součástí složitých citových vazeb a mnohdy i jakýmsi pojátkem rodinných vztahů. Každá sedmá zneužívaná respondentka navíc uvádí, že násilí dosud trvá a skoro ve 2/3 jde o činy opakované. Zneužité ženy uvádějí, že jsou vystavovány všem formám násilí, tj. psychickému, fyzickému, sexuálnímu a citovému vydírání (Flechtnerová, 2006, s. 4).

#### **Mýtus č. 6: Lidé s tělesným postižením nepotřebují sexuální výchovu**

Nemají sexuální touhy, nikoho, s kým by mohli mít pohlavní styk a tak tedy ani nepotřebují sexuální výchovu - všechny tyto mýty, které jsme popsali a vyvrátili výše, produkují mýtus další: sexuální výchova není v případě osob s tělesným postižením potřebná. Jak se ale na tento výrok dívají odborníci? Podle Campose (2002, s. 201-202) se mnoho odborníků shoduje na tom, že si mladí dospělí s tělesným postižením zaslouží sexuální výchovu. Měla by je totiž naučit vše podstatné o lidské sexualitě, o sexuálních potřebách či vyjadřování lásky. Měla by také tyto jedince poučit o tom, jak se stát sexuálně zdravými a jak vést sexuálně uspokojivý život. Kromě toho může být prevencí před onemocněním HIV, zabránit nechtěnému těhotenství a ochránit je před hrubými sexuálními partnery (Sexuality and Disability, 2011).

#### **Mýtus č. 7: Lidé s tělesným postižením se nemohou stát rodiči**

Mladá dospělost je senzibilním obdobím také ve vztahu k rodičovství a k rozvinutí rodičovských vlastností a citů, shodují se psychologové. Je také alternativou uspokojení potřeby seberealizace a dalším důkazem normality. Potřeba rodičovství má u osob s tělesným postižením mj. kompenzační funkci (Vágnerová, 1999, s. 106). Hanáková (2013, s. 1) dokonce upozorňuje na to, že je to právě otázka rodičovství osob se zdravotním postižením, která aktuálně stojí v popředí zájmu speciální pedagogiky. Na tuto problematiku je přitom dle autorky nahlíženo z úhlu medicínského (schopnost reprodukce, dědičnost, zdravotní ohrožení matky v průběhu gravidity), filozofického, etického, právního i socializačního. Rodičovství je však považováno za zcela přirozené a stabilita dospělého závisí na uspokojení zejména této oblasti. Rodičovská role je primárně biologicky podmíněnou a důležitou součástí identity dospělého člověka, která má svou psychickou a sociální hodnotu.

I přes mnohé skeptické názory intaktní společnosti na rodičovství osob s tělesným postižením je biologická potřeba zplodit potomstvo vrozená, proto i tito jedinci chtějí tuto potřebu naplnit (Hanáková, 2013, s. 1). Velmi často se také můžeme setkat s obavami či

pochybnostmi, zda mohou lidé s omezenou mobilitou poskytnout svému dítěti potřebnou péči. Z vlastní zkušenosti můžeme říci, že osobně známe několik žen s tělesným postižením, které se staly matkami. Jejich děti jsou zdravé a za pomoci pečovatelky, rodiny či chůvy svým dětem poskytují maximum. Je samozřejmé, že některé diagnózy mohou způsobit poněkud problematičtější početí anebo porod, ale to vše lze již předem konzultovat s odborníky, kteří jsou v dnešní době již schopni poradit, zda je vhodné vzhledem k diagnóze otěhotnět a jaké to s sebou může nést rizika. Jak tedy vidíme, ženy s tělesným postižením otěhotnět mohou. Někdy je jim dokonce doporučováno počít co nejdříve, ovšem všechna specifika, která doprovázejí těhotenství, porod i samotné rodičovství se vždy odvíjejí nejen od diagnózy, ale také od schopností a dovedností jedince a od rodinného zázemí.

### 3.2.5 Možnosti zkvalitnění sexuálního života u osob s tělesným postižením

Ať už si to uvědomujeme či nikoliv, je nezpochybnitelné, že existuje velmi úzká souvislost mezi sexualitou a problematikou kvality života. McCabe, Cummins, Deeks (2000, s. 116) vyslovují tezi, že existuje významná souvislost mezi sexualitou a dobrým fyzickým a psychickým stavem osob s tělesným postižením. Jiní autoři dokonce vidí asociaci mezi tělesnou image, zdravím, sexuálními a sociálními vztahy a úrovní sexuálních znalostí a zkušeností. Sandowski (1993 cit. podle McCabe, Cummins, Deeks, 2000, s. 116) k tomu dodává: „Odborníci si musí uvědomit, že sexualita lidí s postižením, tedy jak pocit, že jsou sexuálně atraktivní, tak jejich zkušenosti, zvyšují kvalitu jejich života.“ Podobný názor zastává i Muehrer (2008, s. 5), jež se domnívá, že sexualita je důležitým komponentem kvality života. Problémy se sexualitou totiž mají za následek nejen nižší kvalitu života, ale také absenci životního uspokojení.

Z toho důvodu se domníváme, že by měla být věnována větší pozornost možnostem zkvalitnění sexuálního života mladých dospělých s tělesným postižením. Podle našeho názoru je totiž tato problematika brána na lehkou váhu, a tak není výjimkou, že před ní intaktní populace, ale mnohdy i samotné osoby s tělesným postižením, přivírají oči. Toto téma jako by vůbec nebylo anebo nemělo svůj význam. S tím ostatně souhlasí i Campos (2002, s. 192), který se domnívá, že mladí dospělí jsou po mnoho desetiletí ukrýváni a chráněni před sexuální výchovou. A to nejen ze strany rodičů, ale i profesionálů ze strachu, že by je toto téma mohlo rozrušit a způsobilo by, že by se mohli začít vyjadřovat sexuálně. Jenže teprve až ve chvíli, kdy si uvědomíme, že všichni máme sexuální potřeby

a je tedy zcela přirozené o nich hovořit a uspokojovat je, budou osoby s tělesným postižením vnímány rovnocenně. Od toho se pak bude odvíjet nejen kvalita jejich života, ale i zkušenosti v oblasti partnerské a sexuální. Jak tedy současný stav změnit? Domníváme se, že Kreinin (2001, s. 4) podstatu této problematiky vystihuje následujícím výrokem: „*Lidé s tělesným postižením mají právo na sexuální výchovu a na zdravotní péči související s reprodukcí. Mají totiž stejné emocionální a tělesné potřeby a touhy jako zdraví lidé. Školy, sociální služby, systém zdravotní péče musí vypracovat zásady a postupy pro řešení otázek sexuality u osob s tělesným postižením.*“

Z toho plyne, že cestou ke zkvalitnění sexuálního života osob s tělesným postižením může být nejen sexuální výchova a poradenství v oblasti tělesného postižení, ale také adekvátní osvěta. Z mnoha průzkumů totiž vyplynulo, že až polovině osob s tělesným postižením se nedostalo sexuální výchovy. Druhé polovině se sice osvěty dostalo, nicméně byla oproštěna od specifických informací vztahujících se k sexualitě osob se zdravotním znevýhodněním (Campos, 2002, s. 192). I když tedy na toto téma existují nejrůznější vzdělávací programy, jsou dle Campose (2002, s. 193) buď obestřeny obavami, nebo v nich absentuje jakákoliv diskuze. Už proto nebo právě kvůli tomu má sexuální výchova osob s tělesným postižením význam. Můžeme na ni pohlížet jako jednu ze součástí široce koncipované výchovy k manželství a rodičovství, ale také jako na součást komplexních mezilidských vztahů a kultury. Dokáže přitom propojit aspekty biologické i psychosociální (Šulová, 2010, s. 696). Podstatu a cíle sexuální výchovy tak tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví. Navíc se díky tomu často daří postiženému jedinci zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví (Uzel, 1996 cit. podle Janiš, 2004, s. 6).

Aby však měla příprava osob s tělesným postižením na partnerský život, sexualitu, manželství a rodičovství význam, je zapotřebí, aby byly dodržovány principy sexuální výchovy. Můžeme sem zařadit například princip spolupráce rodičů a školy, princip začlenění sexuální výchovy do obecného projektu výchovy dítěte, princip vědeckosti v sexuální výchově, princip důvěry či princip koedukovanosti a etičnosti v sexuální výchově. Nelze však opomínat ani princip aktivity žáka a spolupráce s ním, princip komplexnosti, přiměřenosti a harmonie v sexuální výchově a v neposledně řadě také princip osobnosti sexuálního pedagoga (Täubner, 1996 cit. podle Janiš, 2004, s. 8).

Pakliže však chceme, aby měla sexuální výchova kladný dopad na kvalitu sexuálního života mladých dospělých s tělesným postižením, je potřeba, aby probíhala v následujících vzájemně prolínajících se rovinách (Novosad, 2000, s. 40):

- Rovina obecně preventivní, jež zahrnuje anatomii a sexuální fyziologii, výchovu k rodičovství, sociální a komunikativní dovednosti a základy sebeobrany proti sexuálnímu obtěžování či zneužívání.
- Rovina individuálně preventivní obsahující poučení o sexuálním chování a poučení o koitálních a nekoitálních sexuálních praktikách, znalost antikoncepce či partnerské dovednosti.
- Intervenční poradenství, jež se soustřeďuje na řešení aktuálních problémů jedince či partnerské dvojice.

Je však třeba si uvědomit, že roviny a principy sexuální výchovy osob s tělesným postižením nelze separovat od samotného poradenství v oblasti tělesného postižení. To je totiž dalším prostředkem, kterak zkvalitnit sexuální život mladých dospělých s tělesným postižením. Poradenská podpora je dle Novosada (2000, s. 57) součástí komprehenzivní rehabilitace, takže by se na ní měli participovat mimo jiné také rodina, lékaři či pedagogové. Samotná poradenská činnost dotýkající se osob s tělesným postižením sestává ze tří vzájemně propojených fází:

- Zjišťovací fáze, která se zaměřuje na identifikaci fyziologických a psychosociálních kladů a nedostatků, ale stejně tak na sexuální hodnoty a postoje osob s tělesným postižením.
- Fáze pochopení je založena na poznání fyziologických a psychosociálních potřeb, postojů a hodnot, ale také všech nezbytných informací.
- Závěrečná akční fáze slouží k vypracování specifického plánu pro překonání specifických obtíží v sexuálním životě mladých dospělých s tělesným postižením (Kracík, 1987, s. 42 cit. podle Helemíková, 2008, s. 27).

Úkolem diagnosticko-terapeutických postupů je tedy kromě individuálního přístupu zejména zjištění skutečného rozsahu postižení omezujícího sexuální aktivitu, stanovení rozsahu sexuálních aktivit, které jsou reálné, a v neposlední řadě stanovení úkolů pro léčbu, rehabilitaci a výchovu, jež by mohly rozšířit dosavadní rozsah sexuálního života (Kracík, 1987, s. 42 cit. podle Helemíková, 2008, s. 27).

Sexuální pomůcky vyrobené pro osoby s tělesným postižením však mohou rovněž přispět ke zkvalitnění sexuálního života osob s tělesným postižením. Jak píše Kaufman, Silverberg a Odette (2013, s. 61), nejen, že mohou vnést do sexuálního života zábavu, ale také mohou zprostředkovat sexuální potěšení. „*Někteří lidé potřebují k uspokojení konzistentní stimulaci a sexuální hračky a pomůcky tomu můžou pomoci,*“ dodávají autoři (Kaufman, Silverberg, Odette, 2013, s. 41). Sexuální pomůcky však můžeme vnímat také jako prostředek zplnomocnění, sebepoznání a sebeprosazení. Nejenže jedinec pomocí erotických pomůcek uspokojí své sexuální potřeby, ale také se naučí lépe porozumět svému tělu. Zajímavostí však je, že u nás nenajdete takřka žádné erotické pomůcky vyrobené přímo pro osoby s tělesným postižením. O něco lépe je však na tom Velká Británie, kde působí společnost Spokz, jež mimo jiné nabízí širokou škálu erotických pomůcek pro osoby s tělesným postižením. Vedle tradičních pomůcek, jako jsou například vibrátory, robotek anebo anální pomůcky, je zde možné vybrat si z celé řady nových, v našich končinách neznámých pomůcek. A to jak těch masturbačních, tak takových, které učiní pohlavní styk komfortnější. Pro zajímavost zde zmíníme alespoň některé: The Intimate Rider, Sex Aid Sling, Liberator Esse Sofa Furniture, Bliss či Vibrating Underwear (Sex Aid Products, 2010), jejichž charakteristiku naleznete v Příloze PIII.

Závěrem bychom však chtěli ještě zmínit ideu „komponentů optimálního sexu“, která rovněž může mít pozitivní dopad na sexuální život osob s tělesným postižením. Autory této idey jsou Kleinplatz a jeho kolegové (2006 cit. podle Bennett, Holcer, 2010, s. 94), kteří se domnívají, že člověk může mít naplňující sex i navzdory tělesnému postižení. Na základě 64 rozhovorů s muži a ženami různého věku identifikovali autoři osm základních charakteristik, pomocí nichž lze dosáhnout optimálního sexuálního prožitku:

- Pocit přítomnosti, obnažení a zaměření se jeden na druhého.
- Vzájemné spojení, uspořádání, splynutí a bytí v synchronizaci.
- Hluboká sexuální a erotická intimita.
- Neobyčejná komunikace, zvýšená empatie.
- Autenticita, ztráta zábran, průhlednost.
- Transcendence, rozkoš, mír, přeměna.
- Zábava, riskování, objevování.
- Zranitelnost, vzdálení se.



Nejvýznamnější roli však dle autorů sehrávala:

- Intenzivní fyzické vzrušení a orgasmus.
- Touha, chemie a atraktivita.

### 3.3 Současné trendy v oblasti partnerských vztahů a sexuality u osob s tělesným postižením

V posledních dvaceti letech se problematika partnerství a sexuality osob s tělesným postižením stala předmětem zájmu nejen mezi odbornou, ale i širokou, laickou veřejností. Nyní však nabývá na významu, což dle odborníků souvisí zejména s reflektováním skutečnosti, že partnerské vztahy a sexualita mají signifikantní vliv na fyzické, psychické a sociální aspekty života těchto osob (Marten, 2006, s. 1). Výsledkem tohoto uvědomění je nejen celá řada nových monografií, statí či esejí vztahujících se k této problematice, ale třeba také filmy (*The Sessions*, *Legit*, *Sexe, amour et handicap*, *Hasta la vista!*) a konference, které se snaží na sexualitu osob s tělesným postižením nahlížet realistickou optikou, jež chápe naplnění sexuálních potřeb jako fyziologickou záležitost, kde nemusí být ani zdravotní znevýhodnění překážkou.

To ostatně ve větší či menší míře potvrdila také konference *Přisedni si!*, která se konala v říjnu 2013 v brněnské Vaňkovce (pozvánku na akci přikládáme do Přílohy PIV). Součástí diskuzních bloků totiž byla právě problematika partnerství, sexuality a rodičovství osob s tělesným postižením. Zde byla mimo jiné diskutována také otázka sexuální asistence, někdy nazývané také jako „asistence pro citový život“, sexuální doprovázení, Körper-Kontakt-Service (Servis tělesného kontaktu), alternativní zprostředkovávání partnerů/partnerek, surrogacy terapie (náhradní partnerství) a práce jako dotykový pracovník/pracovnice (Šídová, 2013, s. 126). Její kořeny lze nalézt už v 80. letech minulého století v Nizozemí, dnes se však hojně řeší a rozvíjí také v dalších evropských státech - v Německu, Dánsku, Švýcarsku anebo ve Francii. Jak totiž vyplynulo z diskuze na konferenci, Ahia Zemp se domnívá, že sexualita handicapovaných je právo, které musí být respektováno. Sexuální asistence by však měla splňovat jedno základní kritérium: musí se týkat dospělých osob, které si to přejí. Přesto však tato služba naráží na mnoho odpůrců, kteří argumentují tím, že „sex musí být vždy spojen s láskou“, „není to úkol pečovateli ani profesionálů“ či „při sexuální asistenci se prodává tělo“ (Antonová, 2013). Tyto názory nicméně vyvrací švýcarské sdružení Corps Solidaires následujícím tvrzením, které zároveň vysvětluje podstatu této služby: „Připravit člověka o základní tělesnou zkušenost znamená

*bránit jakémukoli psychickému začlenění sexuality. My nabízíme odpověď, která kombinuje rozkoš i ochranu (...), a to bez omezení horní věkové hranice. Sexuální podpora se navíc týká i párů se zdravotním znevýhodněním a budou vyvinuta veškerá specifická opatření pro jejich ochranu a pohodu“* (L'assistance, 2013). O tom, že sdružení myslí své plány vážně, svědčí také fakt, že právě v tomto státě absolvují sexuální asistenti a asistentky tříleté postmaturitní studium a musí projít psychoterapií. Svě povolání vykonávají buď jako zaměstnanci nějakého zařízení nebo docházejí do domácností. Podmínkou však je, že tato práce nemůže být hlavním zdrojem jejich příjmů (Antonová, 2013). Pomoc asistentů handicapovaným osobám přitom může mít dvojí podobu (Šídová, 2013, s. 126-127):

- Pasivní sexuální asistence, která zahrnuje obstarávání ochranných a podpůrných prostředků (např. erotických pomůcek, pornografických děl aj.) pro osoby s handicapem, případně zprostředkování kontaktu na sexuální asistentku. Lze sem však zařadit také sexuální poradenství, seznam kontaktů na sexuální asistenty/ky či semináře pro osoby s postižením. V ČR se pro pasivní sexuální asistenci používá termín intimní asistent/ka.
- Aktivní sexuální asistence, tedy všechny formy asistence, při nichž jsou spolupracovníci aktivně vtaženi do sexuální asistence (Walter, 2004 cit. podle Šídová, 2013, s. 126). Za příklad lze uvést tzv. uvolnění rukou, tj. pomoc při masturbaci nebo pomoc pohybově postiženému páru při pohlavním styku. Spadají sem však i erotické masáže.

Sexuální asistence se však stává předmětem diskuzí také ve Francii. Rada kraje Essonne v jednání o postavení handicapovaných osob sice v březnu 2013 přijala usnesení, že je třeba začít uvažovat o vzdělávání profesionálů - průvodců sexualitou - u těžce handicapovaných osob, ovšem k otázce placených sexuálních asistentů se zatím staví odmítavě i francouzský Národní poradní výbor pro etiku, který předjímá závažná rizika těchto služeb. I přesto však doporučuje spustit program edukace osob, které budou „pečovat“ o sexualitu klientů a vzdělávat je v ní (Antonová, 2013). O něco lépe se vyvíjí situace v Německu, kde tato profese již začíná fungovat. Za projektem, z nějž vzešlo pět žen a dva muži s potřebným vzděláním (absolvování 36 hodin školení o zákonných pravidlech, prevenci, hygieně, první pomoci, různých druzích postižení, obtížích stáří i o roli sexuálního průvod-

ce) a certifikátem, stojí organizace Pro Familia a sdružení Cassandra<sup>16</sup> (Sexuální asistent pro lidi s postižením, v Německu jako nová profese, 2013). O krok napřed před všemi zmíněnými státy je ovšem jednoznačně Dánsko, kde dle Šídové (2013, s. 128), potřebu sexuální asistence identifikovali již dávno a začali ji řešit na státní úrovni. Nejen, že dánské ministerstvo sociálních věcí vydalo příručku, v níž jsou popsána práva a povinnosti sexuálních asistentů/asistentek, ale také je zde právo na užívání si sexuality uzákoněno.

A jaká je situace u nás? Podle mínění odborníků by se sexuální asistence mohla uplatnit také v ČR, neboť poptávka po sexuální asistenci údajně stále stoupá. Zatím to však v našich podmínkách není možné, protože prostitute u nás není legální (Sexuální asistent pro lidi s postižením, v Německu jako nová profese, 2013).

Velmi aktuální a diskutovaná je rovněž problematika rodičovství osob s tělesným postižením. Podle Olsen, Clarke (2003, s. 7) mají antipatie proti rodičovství osob se zdravotním znevýhodněním jednak hluboké historické kořeny, ale svůj podíl na tom mají také některé akademické publikace, které ještě před 30 lety zpochybňovaly schopnost osob s tělesným postižením postarat se o dítě a opíraly své argumenty zejména o medicínský model tělesného postižení. Faktem však je, že tato mýty opředená tematika u nás získává díky nedávno spuštěným webovým stránkám Rodič s handicapem novou perspektivu a reálnější podklad. Autory této platformy pro osoby s tělesným postižením, které uvažují či dokonce už plánují rodičovství, je Liga vozíčkářů. „*Kromě nejrůznějších aktualit, informací a příspěvků od odborníků zde najdete také užitečné odkazy a online diskusní fórum pro handicapované, jejich rodiny a asistenty,*“ uvedla na konferenci *Přisedni si!* autorka projektu, Aneta Vidurová.

Zajímavé poznatky v oblasti sexuality v neposlední řadě přináší stať T. M. Dune (2012, s. 247-254), která se zabývala objevováním bariér a jejich řešením ve zdravotní péči. Autorka si vzala pod drobnohled tuto problematiku zejména proto, že „*lidé s tělesným postižením vyhledávají pomoc lékařského personálu častěji, než jejich vrstevníci (...), logicky se proto nabízí otázka, zda je lékařské prostředí připraveno na řešení toho, jak zdravotní stav klienta ovlivňuje jeho sexualitu*“ (Dune, 2012, s. 247). K jakým závěrům tedy T. M. Dun dospěla? V první řadě uvádí, že sexuální výchova by měla být klientům k dispozici

---

<sup>16</sup> Na základě novely občanského zákoníku účinné od 1. 1. 2014 a zákona č. 68/2013 Sb., o změně právní formy občanského sdružení na obecně prospěšnou společnost, občanská sdružení zanikají - musí se transformovat např. ve spolky.

i v průběhu rehabilitační péče, protože jim může poskytnout cenné informace o tom, jak se adaptovat na svůj zdravotní stav a jaké dopady to může mít na jejich tělo. Kromě toho přichází s ideou, že jako nejvíce problematické se ve zdravotní péči jeví neochota či obava zdravotníka zaměřit se na sexualitu klienta. *„Zdravotník totiž může podlehnout dojmu, že diskuze o sexuálním vývoji a vyjadřování sexuality nejsou ve vztahu k poskytované péči příliš relevantní, proto by se měli oni sami zdržet pokusů o otevření takového dialogu,“* píše ve své stati Dune (2012, s. 248). Dodává, že takové chování může posílit přesvědčení osob s handicapem o tom, že sexualita je téma, o kterém by neměli přemýšlet anebo mluvit. V neposlední řadě autorka upozorňuje, že je důležité jednat s osobami s tělesným postižením, brát na vědomí a poukazovat na jejich inteligenci, sexuální potřeby a přání. To totiž může nápomoci rehabilitačnímu procesu, zejména pak z důvodu toho, že to může být prospěšné při holistickém pojetí zdravotní péče a zároveň to může přispět ke zplnomocnění a obohacení obou zúčastněných stran (Dune, 2012, s. 254).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V první části této práce jsme si vymezili teoretická východiska, která nám umožnila hlouběji nahlédnout do zvolené problematiky. Jsme si ale vědomi toho, že teoretické poznatky vždy nemusí odpovídat každodenní realitě, a proto jsme se rozhodli prostřednictvím vlastního výzkumu zmapovat specifika partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou fázích - přípravné a realizační - jejichž charakteristiku podáváme v následujících podkapitolách.

### 4.1 Přípravná fáze výzkumu

Miovský (2006, s. 87) přichází s ideou, že na počátku každé výzkumné studie stojí ideový plán či záměr. Je v podstatě synonymem pro ideovou skicu zamýšleného výzkumu a je mostem propojujícím nápad a samu realizaci výzkumu. „*Je základním náčrtem toho, co se autor domnívá, že je třeba zkoumat a z jakého důvodu považuje formulovaný výzkumný problém za významný,*“ dodává autor (Miovský, 2006, s. 87). Je-li totiž ideový plán podceňen, může dojít k celkovému nezdaru výzkumného záměru. Abychom však obdobným komplikacím předešli, stanovili jsme si plán výzkumu, o němž pojednáme v následujících řádcích.

Přípravná, preempirická fáze, byla zahájena v září 2012, kdy jsme si vybrali téma diplomové práce. Aby však práce byla co nejspecifičtější a tím pádem i více přínosná, jako cílovou skupinu, s níž budeme pracovat, jsme si zvolili mladé dospělé s tělesným postižením. Vedla nás k tomu nejen skutečnost, že máme bohaté osobní zkušenosti s těmito jedinci, což nám může pomoci zvýšit teoretickou citlivost při analýze získaných dat, ale také fakt, že mladá dospělost je, jak jsme naznačili v teoretické části této práce, obdobím, kdy je navazování stabilních partnerských vztahů jedním z nejvýznamnějších vývojových milníků. Jakmile jsme si zvolili konkrétní téma, v našem případě tedy Partnerské vztahy a sexualita osob s tělesným postižením v období mladé dospělosti, konzultovali jsme jej s námi oslovenou odbornicí z praxe.

V období od listopadu do prosince 2012 jsme vytvářeli koncept diplomové práce, tzn., že jsme si přesně definovali teoretická východiska práce a vytyčili výzkumný záměr. Zaměřili jsme se tedy na předběžnou teoretickou analýzu. Její podstatou je dle Chrásky (2008, s. 12) jednak získání co největšího množství informací z oblasti, kterou hodláme zkoumat, ale také seznámení se se současným stavem poznání v této problematice. Základ-

ním a nejdůležitějším zdrojem informací se pro nás stalo studium odborné literatury. Nejprve jsme si vytvořili rešerši jak české, tak zahraniční literatury, následně jsme se zaměřili na online databáze, odborné webové stránky a kvalifikační práce. Na základě této předběžné teoretické analýzy jsme dospěli k závěru, že jde o velmi málo popsanou a probádanou problematiku, a to zejména na území České republiky. Zatímco v zahraničí neustále vznikají nové publikace, studie i rozsáhlé výzkumy na toto téma jak v obecnějším rámci, tak ve vztahu ke specifické cílové skupině, u nás je situace v mnoha aspektech odlišná. Ačkoliv tato problematika v současné době výrazně nabývá na významu, je stále obestřena nejrůznějšími mýty a nesrovnalostmi, které by bylo dobré uvést na pravou míru - a to nejen v rovině teoretické, ale také praktické. Před revolucí byly partnerství a sexualita osob s tělesným postižením předmětem zájmu zejména Jiřího Kracíka (1984; 1992). Domníváme se však, že za uplynulých takřka 30 let se u nás stav poznání v této problematice příliš nezměnil ani neposunul kupředu. Byla sice vydána publikace od Petra Eisnera a Martiny Venglářové (2013), vznikly dvě kvalifikační práce na toto téma i několik dílčích kapitol o partnerství a sexualitě handicapovaných v tematicky příbuzných monografiích, ty však na zvolenou problematiku nahlíží jen velmi stručnou a všeobecnou optikou.

Na druhou stranu však díky minimální probádanosti této problematiky dostáváme možnost přijít prostřednictvím naší práce s něčím novým a užitečným. To jsme brali v potaz při psaní teoretické části, která vznikala od srpna do listopadu 2013. Nicméně jsme skutečnost, že bychom prostřednictvím našeho výzkumu mohli otevřít zcela nové obzory, reflektovali také při definování hlavního výzkumného cíle, výzkumného problému, výzkumných otázek a samozřejmě i při volbě výzkumné strategie, metod a technik. Všechny tyto náležitosti jsou jádrem výzkumného šetření, a proto je detailněji popíšeme v následujících podkapitolách.

#### 4.1.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém

*„Na počátku každého výzkumu je třeba si ujasnit, jaké jsou cíle výzkumu a zda jsou dostatečně významné, aby se do nich výzkumníkovi vyplatilo „investovat“;*“ domnívá se Šedřová (2007, s. 62). Jak už jsme naznačili v předchozích řádcích, problematika partnerských a sexuálních vztahů osob s tělesným postižením je velmi málo prozkoumaná, proto bychom chtěli prostřednictvím našeho výzkumného záměru situaci změnit a vnést do této velmi osobní, přesto aktuální tematiky nové světlo poznání. Zároveň jsme si výzkumný cíl definovali tak, aby využití získaných dat v praxi bylo co největší.

*Hlavním cílem* našeho výzkumu je tedy zjistit, jaké názory zaujímají mladí dospělí s tělesným postižením na partnerské a sexuální vztahy.

*Dílčími cíli* výzkumu pak je zjistit, jak fungují partnerské a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením, co především ovlivňuje fungování těchto vztahů, a v neposlední řadě se zaměříme na názory zkoumaných osob na instituci manželství.

Druhým krokem v rámci naší výzkumné strategie bylo formulování výzkumného problému, tedy pojmenování toho, čemu se budeme ve výzkumu věnovat, co bývá někdy označováno jako „téma“ výzkumu a má gramaticky podobu oznamovací věty (Šedřová, 2007, s. 65). Naším *výzkumným problémem* je zjistit názory mladých dospělých s tělesným postižením na partnerské a sexuální vztahy.

#### 4.1.2 Výzkumné otázky

Z formulace výzkumného problému následně vychází výzkumné otázky (Miovský, 2006, s. 88). Ty jsou pro badatele směrníci, která jej vede přímo k prozkoumání určité situace, místa konání události, dokumentů, aktérů anebo zpovídaných informátorů, a po stránce gramatické má podobu tázací věty (Strauss, Corbinová, 1999, s. 25; Šedřová, 2007, s. 69).

Naše *hlavní výzkumná otázka* zní: Jaké názory zaujímají mladí dospělí s tělesným postižením na partnerské a sexuální vztahy?

Následně jsme si stanovili dvě *dílčí výzkumné otázky*, jejichž znění je následující:

- Jaké faktory podle mladých dospělých s tělesným postižením především ovlivňují fungování partnerských a sexuálních vztahů?
- Jaké jsou názory zkoumaných osob na instituci manželství?

#### 4.1.3 Volba výzkumné strategie, metod a technik

S ohledem na výzkumný cíl a výzkumný problém jsme se rozhodli zvolit kvalitativní výzkum. Dle Strausse, Corbinové (1999, s. 10) jde o takový výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur, či jiných způsobů kvantifikace. Jeho podstatou je totiž zejména do široka rozprostřený sběr dat, aniž by byly předem stanoveny základní proměnné. Usiluje spíše o to, jít do hloubky a přinést o zkoumaném jevu co nejvíce informací (Švaříček, 2007, s. 17). To je také jeden z hlavních důvodů, proč jsme se k tomuto typu výzkumu přiklonili. Domníváme se totiž, že díky dlouhodobému kontaktu s jednotli-



vými účastníky budeme moci hlouběji nahlédnout do zvolené problematiky a přinést tak platná, spolehlivá a autentická data.

S ohledem na druh a cíle výzkumu byla vybírány také metody a techniky sběru dat. Výzkumná metoda je název pro proceduru, se kterou se pracuje při výzkumu. Má jisté vlastnosti - validitu a reliabilitu (Gavora, 2000, s. 70). Výzkumné techniky se odlišují od výzkumných metod a procedur svým konkrétnějším zaměřením a lze říci, že *„jsou dílčím, operačním nástrojem, který cíleně realizuje strategický záměr vymezení zvolenou metodou. Můžeme ji tedy považovat za dílčí, přesně limitované, konkretizované použití odpovídající metody“* (Pelikán, 2011, s. 96).

Pro účely tohoto výzkumného šetření bylo primárně zvoleno polostrukturované interview. To dle Miovského (2006, s. 159) kompenzuje nedostatky jak nestrukturovaného, tak strukturovaného interview, na druhou stranu vyžaduje náročnější technickou přípravu. Vytváříme si totiž určité schéma, které specifikuje okruhy otázek, na něž se budeme účastníků výzkumu ptát. V případě nutnosti však budou použity i tzv. následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka (Mioviský, 2006, s. 161). V praxi to znamená, že si necháme od respondenta<sup>17</sup> vysvětlit, jak danou odpověď myslí. Kromě toho klademe různé doplňující otázky, naváděcí a přímé otázky. Téma tedy pomocí nich rozpracováváme do hloubky, a to tak, aby to bylo užitečné vzhledem k cílům a formulovaným výzkumným otázkám. To jsou také hlavní důvody, proč jsme se přiklonili právě k této technice sběru dat.

Aby byly dodrženy veškeré náležitosti, jež jsou na polostrukturovaná interview kladeny, v rámci preempirické fáze jsme si stanovili a v průběhu rozhovoru využili následující okruhy otázek:

### **Okruh otázek č. 1**

- Jaké máš názory na partnerské a sexuální vztahy osob se zdravotním postižením? (Obecná otázka).
- Jaké máš zkušenosti s partnerskými a sexuálními vztahy a jak je hodnotíš? (Specifická otázka).

---

<sup>17</sup> V rámci metodologické části pracujeme s pojmem „respondent“, ač kvalitativní literatura používá pro účastníky výzkumu ještě synonyma jako informant či dotazovaný (Hendl, 2005, s. 169). Hendl (2005, s. 169) však připouští i označení respondent, proto jsme se jej rozhodli v rámci této práce držet.

### Okruh otázek č. 2

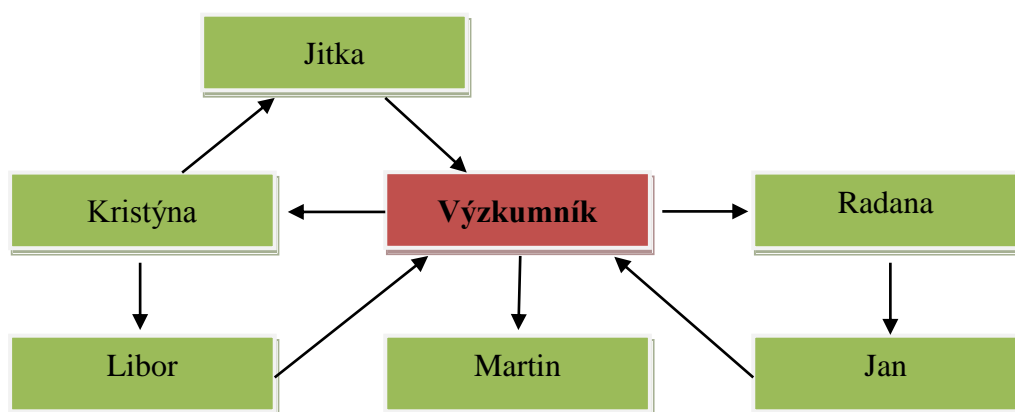
- Jaké faktory podle tebe především ovlivňují fungování partnerských a sexuálních vztahů u osob se zdravotním postižením? (Obecná otázka).
- Co dle tebe pozitivně a negativně ovlivňuje fungování tvých partnerských a sexuálních vztahů? (Specifická otázka).

### Okruh otázek č. 3

- Co si myslíš o manželství osob se zdravotním postižením? (Obecná otázka).
- Jaký je tvůj názor na manželství? (Specifická otázka).

#### 4.1.4 Výběr výzkumného vzorku a jeho charakteristika

Náš výzkumný vzorek, s nímž bude realizován tento výzkum, je tvořen mladými dospělými s tělesným postižením, konkrétně třemi ženami a třemi muži, kteří mají zkušenosti s partnerskými a sexuálními vztahy. Tito respondenti byli vybráni technikou snowball sampling, tedy *technikou sněhové koule*. Ta dle Dismana (2002, s. 114) „spočívá ve výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny.“ Jinými slovy lze říci, že podstata této techniky spočívá v tom, že se jména dalších osob, které se účastní výzkumu, „nabalují“ jako sněhová koule, a to až do chvíle, dokud není vzorek „teoreticky nasycen“ (Disman, 2002, s. 114). Výběr našeho výzkumného vzorku byl zahájen na jaře 2013 a odehrával se v komunitě osob s tělesným postižením, přičemž techniku „nabalování“ jednotlivých respondentů ilustruje následující schéma:



Obr. č. 3: Schéma zobrazující „nabalování“ jednotlivých respondentů v rámci techniky sněhové koule (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Jak vyplývá ze schématu uvedeného výše, v rámci komunity osob s tělesným postižením byli získáni tři účastníci výzkumu. Kristýna a Radana přitom sehrály významnou úlohu v druhé fázi sestavování výzkumného vzorku, neboť se pro nás staly informátorkami, jež nás dovedly ke zbylým třem respondentům. Ty jsme kontaktovali prostřednictvím e-mailu, či sociální sítě Facebook, abychom jim vysvětlili podstatu výzkumného šetření a případně jim zodpověděli dotazy, které se k metodologické části práce vázaly. Tímto způsobem tedy vznikl náš výzkumný vzorek, jehož bližší sociodemografickou charakteristiku přinášíme v následujících řádcích.

### **Charakteristika výzkumného vzorku<sup>18</sup>**

#### **Kristýna (25 let)**

se narodila předčasně a její přesná diagnóza zní: mozková obrna - kvadruparéza. Kvůli povaze svého handicapu se pohybuje jen pomocí mechanického anebo elektrického vozíku a vzhledem k tomu, že se takřka vůbec nepostaví na nohy, potřebuje u některých úkonů asistenci další osoby. Kristýna žije v Jihomoravském kraji a svůj byt sdílí spolu se svým partnerem. Po dokončení vysokoškolského studia (titul Bc.) začala pracovat jako administrativní pracovnice v call centru.

#### **Jitka (24 let)**

se od narození potýká s mozkovou obrnou, konkrétně s pravostrannou hemiparézou, v důsledku čehož se jí hůře chodí a má lehce ochrnutou ruku. Přesuny i samoobsluhu však zvládá sama a bez problémů. Žije v Olomouckém kraji a bydlí s maminkou. Vystudovala střední odbornou školu s maturitou a v současné době pracuje jako dispečerka.

#### **Radana (22 let)**

má od narození kvadruparetickou formu mozkové obrny, v důsledku čehož se pohybuje jen pomocí elektrického anebo mechanického vozíku. V průběhu dne jí tedy s nejrůznějšími úkony a aktivitami pomáhá asistentka anebo partner, s nímž žije v Pardubickém kraji. Radana dokončila střední školu s maturitou, v současné době studuje bakalářský studijní program na univerzitě v Pardubicích a kvůli časové vytíženosti nepracuje.

---

<sup>18</sup> V rámci dodržení etiky výzkumu byla skutečná jména účastníků pozměněna a nahrazena jmény smyšlenými.

**Martin (35 let)**

má vrozené genetické onemocnění - svalovou dystrofii a jak sám podotýká, je takřka plně závislý na pomoci asistenta a manželky. Ta je však pracovně velmi vytížená, proto v době její nepřítomnosti využívá asistenčních služeb. Asistent mu vypomáhá 5x týdně po dobu dvou hodin se sebeobsluhou, hygienou atd. V průběhu noci potřebuje pomoc s otáčením, což zvládá jen za pomoci své manželky. Martin žije v bytě v Jihomoravském kraji, vystudoval střední odbornou školu s maturitou a pracuje jako webdesigner, copywriter a grafik.

**Libor (27 let)**

má spinální svalovou atrofií a pohybuje se výlučně jen za pomoci elektrického vozíku. Přesuny i sebeobsluhu však zvládá bez pomoci dalších osob a v současné době bydlí sám v bytě v Libereckém kraji. Momentálně studuje doktorský studijní program na univerzitě v Liberci a pracuje jako programátor, konstruktér a školitel.

**Jan (26 let)**

má od narození diparetickou formu mozkové obrny a pohybuje se za pomoci francouzských holí. Povaha jeho handicapu ho však dle jeho slov nikterak zásadně neomezuje při každodenních aktivitách a je samostatný. Trvalé bydliště má v Libereckém kraji, v současné době však žije s přítelkyní v Praze. Jan má vysokoškolské vzdělání (titul Bc.) a pracuje jako grafik a lektor.

**4.1.5 Předvýzkum**

Než byla zahájena empirická fáze, provedli jsme předvýzkum. Tím se dle metodologické literatury rozumí ověření výzkumné strategie nebo nově užívané výzkumné techniky na menším souboru, který má základní rysy shodné se vzorkem, na němž byl realizován vlastní výzkum (Pelikán, 2011, s. 31). V našem případě probíhal předvýzkum ve dvou fázích. Nejprve byla srozumitelnost připraveného okruhu otázek ověřena na vzorku tří mladých dospělých s tělesným postižením, jejichž charakteristiku nabízí následující tabulka:

JMÉNO	VĚK	DIAGNÓZA	POČET PARTNERSKÝCH VZTAHŮ
Tamara	22 let	Svalová dystrofie	1
Pavel	21 let	Mozková obrna	3
Adriana	22 let	Svalová dystrofie	1

Tabulka č. 1: Charakteristika vzorku v rámci předvýzkumu (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Těmto jedincům byly okruhy otázek předloženy prostřednictvím programu Skype, přičemž naším cílem bylo ověřit si, jak chápou naformulované okruhy otázek a co by na nich případně upravili anebo změnili. Jejich reakce na naformulované otázky byly následující:

- **Tamara:** „*První a třetí okruhy se mi zdají v pořádku a srozumitelné. Moc ale nerozumím druhému okruhu, jak přesně je to myšleno? Případně bych to nějak specifikovala.*“
- **Pavel:** „*Všechny otázky se mi zdají dobře srozumitelné, nic bych neměnil.*“
- **Adriana:** „*U druhého okruhu moc nechápu, jaké faktory máš na mysli? Obecně třeba předsudky, neinformovanost, nebo máš na mysli něco konkrétního? To bych nějak přeformulovala, zbylé dva okruhy se mi jinak zdají v pohodě.*“

Včetně toho byl však v rámci předvýzkumu realizován také *pilotní rozhovor* s třidvačítiletou Petrou. Ta má svalovou dystrofii a dosud měla dva sexuální partnery. Polostrukturované interview proběhlo 21. října 2013 prostřednictvím programu Skype a bylo nahráno pomocí speciálního nahrávacího programu iFree SkypeRecorder. Rozhovor trval 50 minut a byly použity jak připravené okruhy otázek, tak otázky naváděcí, doplňující a přímé. Účastnice pilotního rozhovoru uvedla, že jsou pro ni všechny otázky srozumitelné, dodala však, že by ve druhém okruhu více specifikovala, co přesně máme na mysli pod termínem „*faktory*“. Na základě tohoto podnětu jsme tedy specifickou otázku v tomto okruhu definovali tak, aby zde nefiguroval termín „*faktory*“, nicméně byla obsahově stejně široká, jako otázka obecná.

## 4.2 Realizace výzkumu

Jakmile byly formulovány všechny náležitosti v rámci přípravné, preempirické fáze, zahájili jsme fázi realizační, jež probíhala ve dvou etapách. *První etapa sběru dat* proběhla v říjnu 2013, kdy nám byly od respondentů poskytnuty sociodemografické údaje, které jsme následně využili při popisu výzkumného vzorku v kapitole 4.1.4. V tomto období jsme kromě toho respondentům prostřednictvím Skype hovoru nastínili plánovaný průběh polostrukturovaného interview (úvodní fáze, jádro rozhovoru, závěrečná fáze), zdůraznili jsme, že mohou kdykoliv rozhovor přerušit anebo neodpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné, a opětovně je seznámili s etickými aspekty výzkumu. To znamená, že jsme je ujistili o tom, že jejich pravá jména budou při popisu výzkumného vzorku i v rámci transkripce interview pozměněna a dotázali jsme se jich, zda souhlasí s tím, aby byly rozhovo-

ry nahrávány programem iFree SkypeRecorder, přičemž tento souhlas je následně zachycen na každé nahrávce, a získaná data byla využita a analyzována výhradně pro účely této diplomové práce. Nutno podotknout, že první etapu sběru dat považujeme za přínosnou také z toho důvodu, že jsme měli možnost se blíže seznámit s komunikačními specifiky jednotlivých respondentů, které bylo při následné realizaci rozhovorů třeba zohlednit (nejčastěji se jednalo o obtíže s artikulací).

*Druhá etapa sběru dat* proběhla v listopadu 2013 a zahrnovala realizaci samotných polostrukturovaných interview. Jak jsme již naznačili v předcházejících řádcích, všechny rozhovory byly realizovány prostřednictvím programu Skype. Aby bylo dosaženo co nejautentičtější atmosféry v průběhu rozhovoru, která získala v určitých okamžicích kvůli probíraným tématům až intimní rozměr, s většinou respondentů, vyjma Jana, jsme se navíc viděli prostřednictvím webkamery. Domníváme se, že tato na první pohled drobnost velmi napomohla při utváření pohodového klimatu v průběhu rozhovoru a navíc nám umožnila na základě sledování neverbálních projevů respondentů pružně reagovat na případné vzniklé obtíže anebo bariéry, díky čemuž jsme je mohli včas redukovat anebo zcela odvrátit. Výpovědi jednotlivých mladých dospělých s tělesným postižením jsme zaznamenali pomocí speciálního nahrávacího programu iFree SkypeRecorder. K tomuto způsobu sběru dat jsme se přiklonili jednak proto, že jednotliví respondenti bydlí v různých krajích České republiky, ale taktéž z toho důvodu, že jim jejich zdravotní stav neumožňuje cestovat na delší vzdálenosti bez asistence další osoby. V neposlední řadě byl brán v potaz fakt, že sama autorka práce má tělesné postižení, povaha jejího handicapu vyžaduje pomoc další osoby a bylo by pro ni velmi komplikované dojíždět za jednotlivými respondenty do různých částí naší republiky. Termín i hodina rozhovorů byly individuálně dohodnuty s jednotlivými respondenty, a to na základě jejich návrhů. Se všemi respondenty jsme se domluvili na tykání.

#### **4.2.1 Průběh jednotlivých polostrukturovaných interview**

Jak jsme již uvedli v předchozích řádcích, všechna polostrukturovaná interview proběhla v listopadu 2013. Domníváme se však, že pokud bychom zůstali jen u tohoto konstatování, jednalo by se o povrchní informaci, která má minimální vypovídající hodnotu o samotné realizaci výzkumu, s čímž bychom se nespokojili. Kvalitativní výzkum jsme si totiž vybrali nejen s ohledem na výzkumný problém a vytyčené cíle, ale též kvůli tomu, abychom nabídli co nejpresnější a nejdetailnější informace o našem výzkumném šetření, tedy také kvů-

li jakési *kvalitě informací* a drobným nuancím, které mají v kontextu celého výzkumu jistě svůj nezpochybnitelný význam. V rámci této kapitoly proto chceme detailněji popsat průběh jednotlivých rozhovorů a upozornit na některá specifika, jež je provázela.

### **Rozhovor č. 1: Martin**

Polostrukturované interview s Martinem proběhlo dne 14. 11. 2013 v 8.45 hodin dopoledne a trvalo 2 hodiny a 45 minut. Respondent působil v průběhu rozhovoru vesele, vyrovnaně a s vtipem i cynismem jemu vlastním hovořil o všech svých osmi dosavadních vztazích a sexuálních partnerkách. Martin se nebál hovořit o detailech a působil velmi otevřeně. Hovořil plynule, takže nebylo zapotřebí využívat naváděcí otázky. V případě nutnosti, či zajímavých podnětů, jsme však využili otázky přímé a doplňující. Interview probíhalo ve dvou pomyslných fázích. První, dopolední část, musela být kvůli příchodu asistentky po hodině přerušena a naše rozprava tak mohla pokračovat až v odpoledních hodinách. Avšak po uplynulých 30 minutách bylo opět interview přerušeno, a to kvůli příchodu nečekané návštěvy. Domníváme se však, že ani tato přerušení neovlivnila kvalitu interview, Martin totiž dokázal plynule navázat na probíraný okruh otázek. Celkově tedy hodnotíme rozhovor velmi kladně a přínosně.

### **Rozhovor č. 2: Libor**

Interview s respondentem Liborem proběhlo rovněž 14. 11. 2013, v 17.00 hodin a trvalo 2, 5 hodiny. Respondent působil na začátku rozhovoru nervózně, což se projevilo na plynulosti vyjadřování. Byly proto využity naváděcí a přímé otázky, abychom vnesli do rozpačité atmosféry klid a eliminovali u respondenta stres. To se zhruba po 20 minutách podařilo, neboť se Libor více rozhovořil o svých dosavadních přítelkyních a sexuálních partnerkách. Z původně obecnějšího interview se tak postupně stalo narativní vyprávění, kde nescházely detaily. Zhruba po hodinové rozpravě bylo naše spojení na několik minut přerušeno, a to kvůli příchodu návštěvy. Ta však trvala jen velmi krátce, a tak jsme se ještě toho dne s Liborem spojili, abychom rozhovor dokončili. Libor po zbytek rozhovoru působil klidně a otevřeně a plynule hovořil o svých vztazích. V případě nutnosti však byly použity doplňující otázky. Rozhovor tedy proběhl bez větších komplikací a jeho průběh i otevřenost respondenta hodnotíme velmi kladně.

**Rozhovor č. 3: Kristýna**

V pořadí třetí polostrukturované interview se uskutečnilo dne 16. 11. 2013 v 9.15 hodin dopoledne a trvalo 1 hodinu a 20 minut. Kristýna působila klidně, což se projevilo tak, že nám plynule vyprávěla o svých dvou významnějších vztazích, jež dosud navázala. Jako velmi obohacující se nám v průběhu interview jevila skutečnost, že je respondentka vystudovanou speciální pedagožkou, a tak do svého vyprávění vnesla i tento zajímavý aspekt. Ač Kristýna hovořila plynule, postupně zvažněla a zřejmě pod návalem emocí a vzpomínek se u ní v průběhu rozhovoru objevilo dojetí, jež vyústilo v slzy. Kristýně byla nabídnuta pauza na uklidnění, respondentka však odmítla a dál pokračovala v naraci. Vzhledem k tomu, že žena hovořila plynule, v průběhu rozhovoru byly použity pouze doplňující otázky. Celkově tedy hodnotíme průběh rozhovoru kladně a neshledali jsme nějaké obtíže, či komplikace.

**Rozhovor č. 4: Radana**

Interview s respondentkou Radanou bylo zrealizováno dne 18. 11. 2013 v 15.30 hodin a trvalo 58 minut. Radana působila v průběhu celého interview klidně, vesele a poměrně plynule nás seznámila se svými dvěma dosavadními vztahy. Několikrát se nicméně stalo, že respondentka nevěděla, jak ve vyprávění pokračovat, a tak jsme využili naváděcí a doplňující otázky. V případě, že Radana vyřkla zajímavý podnět, který by mohl být při analýze rovněž využit, použili jsme přímé otázky. Postupně jsme se též vracely k jednotlivým okruhům a Radana doplňovala ještě některé své myšlenky a názory, které ji v průběhu rozhovoru napadly. Realizaci interview tedy hodnotíme velmi kladně, a ač má Radana v porovnání s jinými účastníky spíše omezené zkušenosti v této oblasti, domníváme se, že i přesto nám poskytla mnoho zajímavých a užitečných poznatků.

**Rozhovor č. 5: Jan**

Interview s Janem bylo naplánováno na 18. 11. 2013 v 18.00 hodin a trvalo 45 minut. Ač je respondent spíše introvert a nerad o sobě hovoří, v průběhu rozhovoru, kdy nám formou narace přiblížil svou jedinou partnerskou a sexuální zkušenost, působil poměrně klidně a vyrovnaně. Jan hovořil plynule, a pakliže nevěděl, jak pokračovat, nasměrovali jsme jej pomocí naváděcích a doplňujících otázek. Ojediněle byly využity také otázky přímé. Jan se nebál otevřeně hovořit o svých sexuálních tužbách i problémech, kterým momentálně s partnerkou čelí. Toho si velmi ceníme a domníváme se, že díky tomu získalo interview



další rozměr. Celkově tedy hodnotíme průběh rozhovoru kladně a neidentifikovali jsme žádné obtíže.

### **Rozhovor č. 6: Jitka**

Poslední polostrukturované interview bylo zrealizováno dne 19. 11. 2013 v 19.50 hodin a trvalo 1 hodinu a 17 minut. Během této doby nás respondentka seznámila se svými třemi nejvýznamnějšími vztahy, přičemž se zaměřovala zejména na stránku sexuální, jež je u ní v některých ohledech problematická. Jitka působila klidně, vesele a zcela otevřeně hovořila o tom, co ji v životě potkalo, včetně ne příliš vydařené první sexuální zkušenosti. Ač respondentka hovořila poměrně plynule a jednalo se tak spíše o naraci, použili jsme v průběhu rozhovoru rovněž otázky doplňující a přímé. Někdy také bylo potřeba otázku zopakovat anebo vysvětlit lépe její podstatu. Celkově však hodnotíme interview velmi kladně a neidentifikovali jsme žádné obtíže anebo komplikace.

## 5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT

Pro zpracování polostrukturovaných interview byla zvolena metoda *zakotvené teorie*, jejímž cílem je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vzniklá teorie je proto zakotvena v datech (Hendl, 2005, s. 243-244) a měla by splňovat všechny požadavky, jež jsou kladeny na vědeckou metodu: validitu, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost, kritičnost a ověřitelnost (Strauss, Corbinová, 1999, s. 17). Vzhledem k tomu, že tvorba zakotvené teorie představuje poměrně složitý a zdlouhavý proces, rozhodli jsme se, že postup analýzy dat detailněji popíšeme v následující podkapitole. Náš postup přitom opíráme zejména o metodologické publikace Strausse, Corbinové (1999), Švaříčka, Šed'ové (2007) a Hendla (2005), které se metodou zakotvené teorie taktéž zabývají.

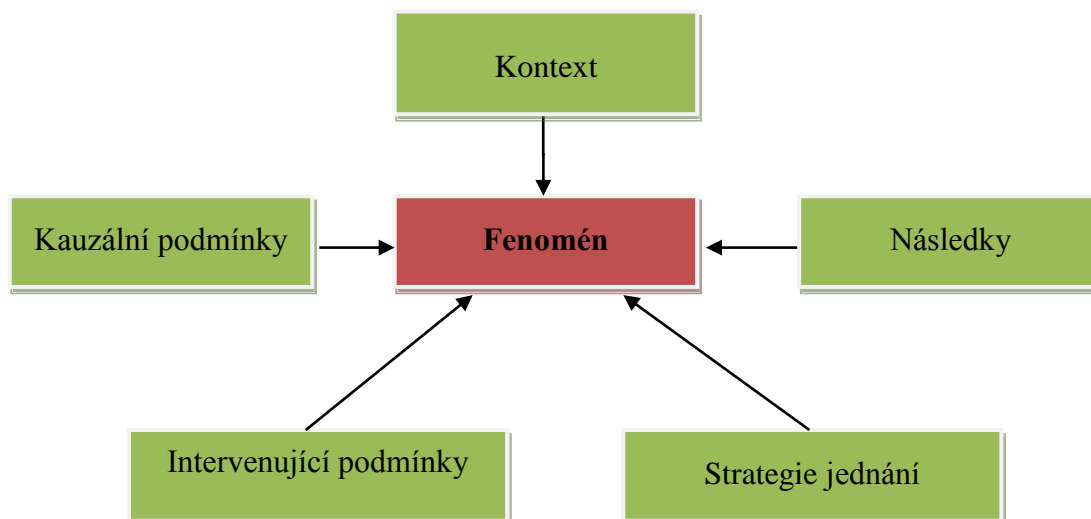
### 5.1 Tvorba zakotvené teorie krok za krokem

Ze záměrů zakotvené teorie musí taktéž vycházet zpracování získaných dat. Zaznamenané interview podrobíme transkripci, což znamená, že mluvený projev z polostrukturovaného interview převedeme do písemné podoby. Dle metodologické literatury existuje několik typů transkripce, my se však přikláníme ke komentované transkripci, pro niž je charakteristické využívání specifických znaků, jež upozorňují na nápadné příznaky promluvy, např. smích, pomlky atd. (Hendl, 2005, s. 208).

Přeepsané rozhovory poté podrobíme analýze a po vzoru Strausse, Corbinové (1999, s. 40) ji provedeme pomocí tří typů kódování: otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Při *otevřeném kódování* bude text coby sekvence rozbit na jednotky, přičemž těmto jednotkám přiřadíme jména a s takto označenými fragmenty textu pak budeme pracovat (Šed'ová, 2007, s. 211-212). Analyzovaný text následně rozdělíme na jednotky, tou může být slovo, sekvence slov, věta či odstavec. Každé takto vzniklé jednotce přidělíme kód, tedy jméno nebo označení. Během analýzy se budeme postupně ke kódům vracet, revidovat je a přejmenovávat dle potřeby. Pro přehlednost si očíslováme řádky analyzovaného textu. Poté začneme se systematickou kategorizací, což znamená, že kódy, které vzešly z otevřeného kódování, seskupíme podle podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti (Šed'ová, 2007, s. 211-212). Poté se v rámci tohoto typu kódování zaměříme na rozvíjení vlastností a dimenzí kategorií, jež jsou dle Strausse, Corbinové (1999, s. 48-50) základem pro vytváření vztahů mezi kategoriemi, subkategoriemi a hlavními kategoriemi, a taktéž na zvyšování teoretické citlivosti. Využijeme jednak techniku kladení otázek a porovnávání, ale

jako velmi cenné zdroje se nám jeví taktéž literatura, jež tuto citlivost navyšuje, a naše osobní zkušenosti ve zkoumané oblasti.

Poté bude provedeno *axiální kódování*. Dle Strausse, Corbinové (1999, s. 70) jde o „soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky.“ Znamená to tedy, že údaje, jež vzešly z otevřeného kódování, budou znovu skládány dohromady vytvářením spojení mezi kategorií a jejími subkategoriemi. Jde nám tedy o rozvíjení kategorie, která ale přesahuje vlastnosti a dimenze. V axiálním kódování jsou tedy kategorie a subkategorie spojovány do souboru vztahů, a to pomocí tzv. paradigmatického modelu, jenž má následující strukturu<sup>19</sup>:



Obr. č. 4: Základ axiálního kódování - paradigmatický model (Hendl, 2005, s. 250).

Tím však naše analytická činnost v rámci axiálního kódování stále nekončí. Dále se totiž zaměříme na spokojování a rozvíjení kategorií podle paradigmatu, přičemž opět využijeme kladení otázek a porovnávání. Následně ověřovat výroky dle údajů, čili hledání důkazů, jež podporují anebo naopak vyvrací naše otázky. Jde nám přitom o získání pojmově hutné, konkrétní a teoreticky variabilní teorie. Snažíme se současně o zachycení složi-

<sup>19</sup>Strauss, Corbinová (1999, s. 72) popisují ve své publikaci tento paradigmatický model: (A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY -> (B) JEJ -> (C) KONTEXT -> (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY -> (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE -> (F) NÁSLEDKY. My se však budeme v rámci analýzy držet paradigmatického modelu dle Hendla (2005, s. 25), který nám připadá srozumitelnější.

ností a střídání induktivního a deduktivního myšlení. Neméně důležité je v neposlední řadě sledování vztahů a použití dočasných teoretických rámců.

Posledním krokem, jenž vede k vytvoření zakotvené teorie, bude *selektivní kódování*, které lze definovat jako „*proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím. Tyto vztahy se dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále zdokonalují a rozvádějí*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 86). Poté nezbývá, než integrovat vytvořené kategorie do zakotvené teorie. Konkrétně se zaměříme na vyložení příběhu analytickým způsobem. Dalším krokem je určení vlastností a dimenzí centrální kategorie, včetně uvádění kategorií do vztahu k centrální kategorii. Poté se navrátíme k příběhu a pomocí něj můžeme začít uspořádat či přeuspořádat kategorie a vytvořit tak analytickou verzi příběhu. Ač si již v rámci axiálního kódování utvoříme síť konceptuálních vazeb, naším úkolem v této fázi analýzy je, abychom je uspořádali a zdokonalili, neboť dodávají vzniknuvší teorii na určitosti. Dalším krokem je pak systematizace a upevňování spojení pomocí indukce a dedukce, kdy vytváříme hypotézy a porovnáváme je. Pakliže máme identifikované rozdíly v kontextu, můžeme začít se seskupováním kategorií. To se děje opět pomocí kladení otázek a porovnávání. Výsledným krokem celé analýzy je zakotvení teorie, přičemž v našem případě půjde o narativně podaný návrh teorie.

## 6 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

Touto kapitolou, metaforicky řečeno, otevíráme pomyslná dvířka k jádru našeho výzkumného šetření - dostáváme se totiž k analýze a interpretaci získaných dat. Ta čítají celkem 94 A4 stran<sup>20</sup> psaného textu a byla analyzována v období od prosince 2013 do března 2014. V následujících podkapitolách proto budeme postupně, a v souladu s výše popsányými pravidly tvorby zakotvené teorie, rozkrývat nejrůznější aspekty partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením.

### 6.1 Interpretace kategorií

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, první úroveň analýzy dat spočívá v otevřeném kódování. Výstupem tohoto typu kódování jsou kategorie, čili kódy kategorizované do vyššího řádu (Strauss, Corbinová, s. 47). Jelikož jsou to právě kategorie, od nichž se odvíjí další úrovně naší analýzy, budeme se v rámci této kapitoly detailněji věnovat jejich interpretaci. Text přitom doplníme o vybrané, nejvýstižnější výroky samotných respondentů, které nejpregnantněji reprezentují pojednávané téma.

Jednotlivé významové jednotky, a následně i kategorie a subkategorie, s nimiž v rámci analýzy pracujeme, jsme si přitom pro větší přehlednost barevně označili, přičemž z tohoto barevného označení jsme vycházeli též při kategorizaci jednotlivých kódů (Příloha PV). Náš způsob označování jednotlivých významových jednotek byl následující:

- Významové jednotky a kategorie související se vztahem.
- Významové jednotky a kategorie související s determinanty partnerských a sexuálních vztahů.
- Významové jednotky a kategorie dotýkající se partnera/partnerky našich respondentů.
- Významové jednotky a (sub)kategorie pojednávající o manželství a rodičovství.
- Významové jednotky a (sub)kategorie dotýkající se sexuálních aspektů.

Aby byl způsob interpretace dat na následujících stranách správně pochopen, uvedeme si níže vzor interpretace dat, jímž se budeme řídit. Demonstrovat to přitom budeme na ná-

---

<sup>20</sup> Vzhledem k rozsahu transkribovaných dat je neuvádíme v příloze této práce, přineseme je však k obhajobě diplomové práce v rámci státních závěrečných zkoušek.

hodně vybraném datovém fragmentu<sup>21</sup>, vč. označení příslušného respondenta, který daný názor vyřkl:

„*Nicméně představu mám takovou, že budu se svou ženou žít šťastně až do smrti, ale to samozřejmě to není tak jednoduché*“ (M4).

Na základě tohoto vzoru lze říci, že autorem výroku, jenž pojednává o vztazích, je respondent Martin a tento jeho názor lze nalézt ve čtvrtém řádku transkripce. Autoři výroků, které dokreslují specifický ráz tohoto výzkumného šetření, budou tedy v rámci analýzy a interpretace dat označovány následujícím způsobem:

- Martin - (M)    Libor - (L)    Kristýna - (K)
- Radana - (R)    Jan - (J)    Jitka - (J')

Nyní, když máme objasněno, jakým způsobem bude s daty pracováno, se zaměříme na konkrétní výsledky otevřeného kódování. Na základě pečlivého pročtení a zhodnocení transkribovaných dat a postupného vyhledávání spojitostí mezi identifikovanými kódy, vzniklo osm kategorií, jejichž podstatu budeme, zejména pomocí jejich vlastností a dimenzí, v rámci dalších podkapitol detailněji rozkrývat. Je však třeba mít na mysli, že tyto kategorie nelze vnímat jako absolutně separované výsledky analýzy. Je nutné si uvědomit, že jsou významově propojené, takže se mohou z hlediska obsahu mnohdy prolínat. Jak si navíc ukážeme dále, existují mezi nimi významné vazby. Jedná se o následující kategorie:

- Seznámení a sblížení.
- Partner/ka s problémy.
- Homogenní vs. heterogenní vztahy.
- Sexuální život.
- Reakce rodiny na vztah.
- Determinanty partnerských a sexuálních vztahů.
- Společné bydlení jako nutnost.
- Vize o budoucnosti.

---

<sup>21</sup> Datové fragmenty budeme uvádět v původním znění, tzn., že u jednotlivých výroků bude zachována jejich autenticita a nebudou změněny po stránce stylistické ani gramatické. V jednotlivých úryvcích ponecháváme rovněž specifické znaky komentované transkripce, jejichž význam přibližujeme v Příloze PVI.

### 6.1.1 Seznámení a sblížení

Prostřednictvím první kategorie, která by vzhledem ke svému obsahu měla být označena žlutou barvou, nahlédneme do beze sporu jednoho z nejvýznamnějších milníků každého vztahu - seznámení a následného sblížení dvou zprvu neznámých jedinců. Kategorie byla naplněna těmito tematicky spřízněnými kódy a má následující vlastnosti a dimenze:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Školní láska	<b>SEZNÁMENÍ A SBLÍŽENÍ</b>	Prostorový aspekt	Přímý - zprostředkovaný
Seznámení na akcích		Časový aspekt	Rychle - pomalu
Lázeňské seznámení			
Virtuální seznámení			
Sblížení partnerů			

Tabulka č. 2: Charakteristika kategorie č. 1: Seznámení a sblížení (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Na základě výpovědí mladých dospělých s tělesným postižením můžeme konstatovat, že se respondenti seznamují v různých prostředích, což velmi úzce souvisí jednak s bohatostí jejich sociálních kontaktů, ale do jisté míry také se zdravotním stavem, který se jeví být jako určující faktor při navazování kontaktů, a tedy i případných vztahů, přirozenou cestou.

Jak se tedy v případě mladých dospělých s tělesným postižením začala psát první kapitola jejich vztahu, jak bychom mohli seznámení metaforicky označit? První kód nazvaný *školní láska* poukazuje na skutečnost, že se někteří respondenti seznámili se svými protějšky buď v průběhu docházky na základní a střední školu, případně během vysokoškolských studií. Na základě latentních výpovědí informantů můžeme konstatovat, že se v tomto prostředí cítili dobře, přirozeně, zřejmě i proto, že se pro ně stalo zdrojem interpersonálních kontaktů a nových milostných zkušeností. Jde tedy o seznámení, které proběhlo tváří v tvář: „*Já jsem vlastně chodil na Kociánku<sup>22</sup>, od sedmi let jsem byl na Kociánce,*

<sup>22</sup> Kociánka je otevřené zařízení pro týdenní a celoroční pobyt dětí a mládeže. Poskytuje služby sociální péče a podporu dětem a mládeži s tělesným a druhotným mentálním postižením, které podstatně snižuje normální způsob jejich výchovy, vzdělání a přípravy na povolání (Kociánka, 2007).

a první slečnu jsem tam měl ve třinácti letech“ (M4), dále „v Jánkách<sup>23</sup> jsem teda dost brzo, my jsme byli první klienti, co tam byli, takže se to tam zařizovalo, zkoušelo, jak to bude fungovat, takže díky tomu bylo všechno takové volnější a já jsem tam asi po třech měsících začal chodit s jednou holčinou, Aničkou“ (M8), „jsem se zamiloval do své učitelky němčiny“ (M8) či „v Jedličárně<sup>24</sup> jsem se zamiloval do vychovatelky“ (M16). Podobné zkušenosti přiznává také respondent Libor, jenž uvedl, že „bylo to v prvéku na vejšce a byla to moje učitelka angličtiny. Ona byla taky jako studentka, ale přivydělávala si tím, že učila angličtinu“ (L9). A jakým způsobem probíhalo sblížování v tomto typu prostředí? Můžeme říci, že samotné **sblížení partnerů** mělo spíše postupný, pomalý charakter, a nastalo až po delší době, kdy spolu pár trávil více společných chvil. Více nám o sblížení prozradí tyto významné výroky: „Já jsem jí říkal, že bych potřeboval brigádu na prázdniny, že bych potřeboval nějaký peníze (...), jsem tam s ní týden byl, ona se o mě starala a já jsem tam provázel. Takže to jsem se zamiloval úplně smrtelně, ale co bylo zajímavý, tak asi tak po dalších třech měsících se zamilovala i ona do mě“ (M8), či „já jsem tam dělal čajový dýchánek s děckama, co tam žili, a ona se třeba přidávala, nějakým způsobem jsem jí imponoval, začala se mnou víc bavit“ (M17). Podobné zkušenosti má i respondent Libor, který uvedl, že „jsme se nějak zakecávali v menze pořád, pak jsme začali chodit na oběd společně, aby nám oběd líp utek, a potom jsme se nějak zakecali tak dlouho, že už bylo docela pozdě večer, no a tak jsem jí navrhnul, jestli tam nechce zůstat, protože už bylo asi jedenáct, a ona teda souhlasila“ (L9).

Další kód, **seznámení na akcích**, dává tušit, že se respondenti, kterých se to dotýká, se svými partnery seznámili spíše náhodně na nejrůznějších kulturních, zájmových a společenských akcích. Můžeme říci, že se jedná o seznámení, které, vzhledem ke vzájemným sympatiím, proběhlo poměrně rychle: „Jsme spolu byli na táboře“ (M29), dále „potkali jsme se na táboře“ (M32), „oni nás seznámili na jedné akci“ (R5) či „tak jsme se poznávali na zábavě úplně vožralí“ (J'15), „s tím druhým jsme se znali ze zábav“ (J'15) a „znali jsme se z akcí“ (J'6). Samotné **sblížování partnerů** se pak pohybovalo mezi nesmělostí a takřka okamžitým přerodem ve vztah, takže se hranice mezi seznámením a sblížením víceméně smazaly: „Byli jsme si sympatičtí hned od začátku, vlastně až na Vltavě se to změnilo, jak si

---

<sup>23</sup> Obchodní akademie, odborná škola a praktická škola Olgy Havlové, Janské Lázně.

<sup>24</sup> Jedličkův ústav zajišťuje denní, týdenní, případně i celoroční pobyt. V každém typu pobytu je zajištěna možnost odlehčovací služby (Jedličkův ústav, příspěvková organizace, Liberec, 2009).



mě vytáhla z vody“ (M32), dále „tak jsme si povídali, a tak jsme si asi půl roku psali a sem tam jsme se vídali. No a pak jsme se najednou vídali víc a víc a začli jsme spolu chodit“ (R5). Poměrně rychlé a smělé bylo naopak sblížení Jitky s jejími partnery, protože „jsme spolu začali pařit, líbat se, pak jsme dali tři schůzky a už jsme spolu chodili“ (J'15), případně „že dáme sraz, ožrali jsme se, přespala jsem u něj, něco bylo, a pak mě druhý den pozval na oběd a začali jsme spolu chodit“ (J'15).

Jak naznačuje kód **lázeňské seznámení**, někteří respondenti navázali partnerské vztahy také v lázeňském prostředí, ovšem nutno podotknout, že se svými potenciálními partnery se znali již z dřívější doby. Lázeňské prostředí pouze posloužilo k rozvíjení vztahu. Na základě latentních výpovědí informantů můžeme říci, že toto prostředí vnímají jako relativně přirozené, protože se zde dostávají do interakcí s lidmi, kteří mají obdobné zdravotní potíže, a tak jaksi automaticky odpadají psychické bariéry či předsudky: „Vono spousta těch vztahů vzniklo v lázních“ (L5), dále „to bylo taky v lázních“ (L12) ovšem „tam ještě v lázních jsme byli spolu, ale po těch lázních jako kdyby to přestalo existovat“ (L5) a „každý to vnímá, že je to jenom na to léto prostě“ (L6). Také Jan uvádí, že se se svou přítelkyní seznámil právě v lázních, konkrétně uvedl, že „my jsme se znali už devět let z Vesny a následně pak z Lázeňáku“ (J'4), ovšem **sblížení partnerů** bylo poměrně zdlouhavé, komplikované a nutno podotknout, že do jisté míry i očekávané, resp. naplánované. Jan totiž uvedl, že společný pobyt měl být pro Jindřišku překvapením, a již dopředu si sám v sobě srovnal, že se vztahu nebude bránit a bude otevřen také případné citové vazbě: „Dva dny před mým odjezdem jsem jí prostě řekl, že ji musím říct, že ji mám rád, ale že vím, že to pro ni nebude jednoduchý, když má ten vztah, a tak vona řekla, že mě taky pořád má ráda a . . . tak se to nějak vyvrtilo (...), a my už jsme pak nějak plynule přešli do toho vztahu z kamarádství“ (J4). Také u Libora můžeme vidět určitý plán směřující ke sblížení, protože uvedl, že „tam jsem měl vyloženě plán, jak tu holku dostat do postele. Ten plán jsem rozvíjel půl roku ještě před tím. Prostě jsem si ji nejdřív předpřipravil na chatu“ (L12).

V neposlední řadě z dat vyplynulo, že se respondenti velmi často seznamují skrze virtuální prostředí, a to i přesto, že si jsou vědomi jistých rizik, která s sebou tento typ seznámení přináší. Na druhou stranu jim však **virtuální seznámení** umožňuje v plné míře projevit se, zaujmout, aniž by se právě znevýhodnění stalo předmětem nezájmu: „Nějakej čas jsem si psal na seznamce s pár holkama“ (L40), dále „já jsem se vždycky seznámila prostřednictvím internetu - prostřednictvím chatu a seznámek“ (K3), „v současné době jsem ještě stále s přítelem . . . , kterýho jsem taky poznala na seznamce“ (K7) a „přes internet,

přes Badoo“ (J'15). Následné *sblížení partnerů* pak mělo spíše charakter postupnosti, přičemž pouze ve dvou případech se virtuální seznámení přeneslo do reálného světa: „*My jsme se dali dohromady uplnou náhodou. Ten přítel nechtěl jakoby vůbec napsat mně, ale spletl si řádek a přezdívku a napsal mně. A myslel si, že píše někomu jinému. Až po nějaké době, co jsme si psali, tak zjistil, že vlastně si nepíše s tou osobou, s kterou původně chtěl, ale psal si se mnou. Ale když už si se mnou psal, tak mu bylo asi divný jakoby mi říct „hele, nejseš ta, kterou jsem chtěl a který jsem chtěl psát“, takže to neukončil. Tak jsme si potom psali a psali si čím dál tím víc“ (K3), což pár postupně, i navzdory omylu, sblížilo a toto dopisování plynule přerostlo ve vztah. Liborovi se sice ve virtuálním prostředí též podařilo navázat bližší kontakt, kdy „*jsem se s nima bavil tak, aby mě jako poznaly. A třeba tejdén jsem si s nima psal (...) a potom jsme přešli teda hlavně na majly. No, takže jakoby ty holky mě uplně poznaly“ (L40). Ovšem v okamžiku, kdy přiznal, že je zdravotně znevýhodněný, z plánovaného setkání sešlo a on tak neměl příležitost poznat tyto ženy tváří v tvář, v reálném životě. Respondentka Jitka se naopak jako jediná setkala se svým nápadníkem relativně brzy a na základě latentních sdělení můžeme konstatovat, že se handicap nestal překážkou v jejich vztahu, ba právě naopak přítel projevil snahu pomáhat Jitce například s rehabilitací.**

### ***Shrnutí kategorie Seznámení a sblížení***

Prostřednictvím této kategorie jsme se blíže seznámili s tím, kterak mladí dospělí s tělesným postižením navazují partnerské vztahy. Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že respondenti nejčastěji navazují vztahy ve školním, lázeňském a virtuálním prostředí, výjimkou však nejsou ani setkání na nejrůznějších zájmových či kulturních akcích. V každém zmíněném prostředí probíhalo sblížení partnerů specifickým způsobem, někde mělo postupný charakter, jinde zase relativně rychlý průběh. Ne vždy však toto sblížení vedlo k rozvinutí vztahu.

#### **6.1.2 Partner/ka s problémy**

Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že se mladí dospělí s tělesným postižením velmi často sblíží s jedinci, kteří se potýkají s nejrůznějšími problémy. Tento nevědomý, přesto pro naše respondenty poměrně charakteristický výběr partnera, je přitom opředen mnoha zajímavými souvislostmi, na něž v rámci této oranžově označené kategorie, jejíž charakteristiku nabízí následující tabulka, rovněž poukážeme.

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Emoční a vztahová nestabilita	<b>PARTNER/KA S PROBLÉMY</b>	Intenzita problému	Vysoká – nízká
Psychické obtíže		Ovlivnění vztahu	Negativní - pozitivní
Intimní nesladěnost			
Sociálně-patologické návyky			
Existenciální problémy			

Tabulka č. 3: Charakteristika kategorie č. 2: Partner/ka s problémy (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Z výpovědí mladých dospělých s tělesným postižením vyplynulo, že se velmi často seznamují s lidmi, pro něž je charakteristická **emoční a vztahová nestabilita**. Ta se vyznačuje jistou nepředvídatelností a vnáší do vztahu dezorientaci a nejistotu, které postupně vyústily v rozchod partnerů. Kód reprezentují tyto výroky: „*A tam to bylo šílený v tom, že ona byla taky v pubertě, že jo, a dívala se po klukách. Takže ona se mnou chvíli chodila a pak přišel nový borec, (...), zamilovala se do něj, mě nechala*“ (M4), dále „*se zamilovala do zdravýho kluka*“ (M14) či „*chvilku na mě řvala, pak byla hrozně milá, mávala tam se mnou ze strany do strany*“ (M9). Lze však říci, že o emoční a vztahové nestabilitě můžeme hovořit také v případech, že „*když jsem se potom nějak ztratil, tak ona se mnou chtěla moc chodit*“ (M4), případně bývalá přítelkyně neadekvátně reagovala na nový vztah respondenta, a to tak, že „*byla na mě hnusná, aby mě od sebe dostala*“ (M9), přes „*dělala neskutečný scény, to byly žárlivý scény, maskovaný do něčeho jinýho*“ (M11) až po odmítání jakékoliv komunikace, kdy „*byla jako dost hnusná, nechtěla se bavit a když už něco, tak byla jedovatá hodně*“ (M10). Ovšem i další respondenti byli konfrontováni s emoční a citovou nezralostí svých partnerek, kdy si například partnerka rodící se vztah „*rozmyslela bez jakéhokoliv důvodu, jenom z rozmaru rozmyslela*“ (L24), případně „*si dost věcí bere moc na sebe*“ (J9), „*je někdy hodně takový náladový*“ (R8) anebo „*ona si to pak rozmyslela*“ (L24).

Další problémy, s nimiž se partneři našich respondentů potýkají, úzce souvisí s depresemi, pocity méněcennosti a dalšími závažnými psychickými stavy. Jedná se tedy o **psychické obtíže** různé intenzity, které, jak se ukázalo, mají negativní, a mnohdy až destruktivní dopady na fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením: „*Měla těžký psychický stavy občas*“ (M8), v důsledku čehož „*mě*

*občas srážela dolů, musel jsem investovat hodně energie“ (M8). Dále jsme mohli identifikovat problémy jako „Lea měla psychický problém. Na hospitalizaci určitě ne, ale rozhodně nebyla psychicky v pořádku. Měla velký deprese, dva dny ležela v posteli“ (M29), „začla mít jakoby špatný nálady, nevím, jestli úplně deprese, jako začala se za sebe stydět“ (L19) či „je hodně vážný člověk a občas mívá deprese (R8). Jak se však ukázalo, výjimkou zde není ani situace, kdy „něco jí řeknu a ona pak řekne, že si myslí, že nezaslouží si, aby se mnou se vyspala“ (J9), což je výsledek jednak nízkého sebevědomí, ale též psychického bloku partnerky.*

Kód nazvaný **intimní nesladěnost** poukazuje na obtíže v sexuální oblasti, které v zásadě souvisí se sexuální nesladěností a odlišnými sexuálními potřebami obou partnerů: „V intimní oblasti jsme si moc nevyhovovali“ (M22), „on byl strašnej‘ nadšenec, měl v hlavě jen to jedno a jak si lehl do postele, šlo vidět, že to přijde (...), potřebuje pořád. Co se vidíme, tak to musí bejt. Nemůžou bez toho jeden den nebejt. Ten druhej‘ už to chtěl po tejdnu, tak jsem mu řekla, že jsem zvyklá tak po měsíci, po dvou. Ale on, že to tak dlouho nevydrží, tak jsem byla ukecaná po čtrnácti dnech“ (J’6; 14; 16). Výjimkou zde však nebyla ani jakási sexuální nechuť partnerů, což naši respondenti vnímali jako problém, protože nebyly dostatečně uspokojovány jejich sexuální potřeby: „Nebyla moc na sex, což mi dost nevyhovovalo. Ona tak jednou za čtrnáct dní“ (M22) či „taky se to odvíjí od toho, jestli Jindřiška je ochotná se těmito aktivitám -- se na těchto aktivitách podílet, což velmi často nebývá. A já bych třeba rád experimentoval v některých věcech a ona je taková konzervativní, že . . . si chce odbýt to důležitý a pak už nechce zkoušet nové věci“ (J9).

Zajímavé je rovněž zjištění, že se mladí dospělí často sblížují s jedinci, kteří mají určité **sociálně-patologické návyky**. Zdůrazněme, že pod tímto kódem lze nalézt jak problémy, které mají disociální povahu, tak obtíže, jež úzce souvisí s osobnostním naladěním partnerů a projevují se zejména v oblasti sociální interakce a koexistence s ostatními členy společnosti. Nutno podotknout, že tyto jevy vnímají respondenti jako problematické a negativním způsobem se podepisují na fungování vztahu: „Jsem na ní byl víc a víc závislejší a začala to řešit chlastem. Odešla třeba v pět večer a přišla ráno, já jsem byl celou dobu na vozíku“ (M29) či „taky dost pil, měl kamarády alkoholiky“ (J’5). V rámci tohoto kódu jsme však též mohli identifikovat problémy dotýkající se interpersonálního kontaktu, které zapříčily řadu neshod mezi partnery: „Často bojujeme s tím, že Hynek je málo společenský člověk (...), je hodně uzavřený do sebe, takže tak úplně neumí mluvit o tom, co ho štve, že prostě radši to v sobě dusí“ (R12), případně „nebyl akční, nechtěl nikam chodit (...), ten první

*nechtěl se mnou nikam chodit*“ (J'5; 26). Kromě toho zde však můžeme zařadit ještě nedostatečně rozvinutou sociální stránku osobnosti, která má mnohdy až patologický charakter. Jako příklad uvedme submisivní, tedy přespříliš poddajné a snadno přizpůsobivé chování přítele respondentky Kristýny, která poukázala na to, že *„když jsme se seznámili, tak Michal dělal takový věci, že jsem si říkala, kde ten člověk žil, odkud vlastně pochází, že to není možný“* (K7). Jmenuje přitom absenci hygienických návyků, kdy *„třeba přijdeš z venku a zuješ si boty, nebo přijdeš a umeješ si ruce. On to prostě neuměl“* (K7). Určitá sociální deprivace partnera se v neposlední řadě projevuje tím, že *„von často neříká svůj názor“* (K7) a pakliže jej má, tak ho ze strachu z hádky raději neřekne, takže *„co všechno řeknu já, je svatý, on nemá na nic svůj názor“* (K8).

Poslední kód, jenž reprezentuje tuto kategorii, poukazuje na poměrně časté **existenciální problémy**, s nimiž se partneři našich respondentů potýkali. Je třeba říci, že tyto problémy zahrnují jednak finanční problémy, ale také ztrátu bydlení: *„Pak ji nějak vyhodili . . . jakože ona bydlela v bytě u kámoše a ten kámoš ten byt prodával, takže se musela vystěhovat. Takže jsem jí nabídnul, že klidně může bejt u mě“* (L18), dále *„vyhodila ho z pokoje, kde bydlel, takže neměl kam jít“* (K7), *„jednou jsem měl takovej vztah s jednou svobodnou maminou, která prostě byla ve finanční tísní, která měla dceru, nezaměstnaná prostě, byla na tom docela špatně, docela ve zlejch podmínkách“* (L28) či *„bud' maj' dluhy anebo prostě žijou od výplaty k výplatě“* (J'25).

### **Shrnutí kategorie Partner/ka s problémy**

V rámci druhé kategorie jsme poukázali na skutečnost, že se mladí dospělí s tělesným postižením velmi často sbližují s protějšky, kteří jsou konfrontováni s nějakými problémy. Tyto obtíže se přitom mohou dotýkat emoční a vztahové nestability, která je ve vztahu zdrojem nejistoty, dále psychických problémů, jež měly obvykle podobu depresí a pocitů méněcennosti, či intimní nesladěnosti, pro niž byla příznačná sexuální nechut' či odlišné sexuální potřeby. Kromě toho jsme však mohli v datech identifikovat sociálně-patologické návyky, tedy nejčastěji alkoholismus, problémy v sociálním kontaktu či sociální nezralost, a existenciální problémy související s finanční tísní a ztrátou bydlení. Všechny jmenované obtíže pak mají ve větší či menší míře negativní, mnohdy až destruktivní dopady na vztah.

### **6.1.3 Homogenní vs. heterogenní vztahy**

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že většina z nich má zkušenosti jak se vztahy s handicapovanými partnery, tak s partnery, kteří byli z hlediska somatického zcela zdraví.

V kontextu s uvedenými skutečnostmi je tedy třeba si objasnit dva základní termíny, s nimiž budeme v rámci této kategorie pracovat. Jako tzv. *homogenní vztah*<sup>25</sup> je označován vztah dvou jedinců se somatickým znevýhodněním. Naproti tomu antonymním označením *heterogenní vztah*<sup>26</sup> máme na mysli vztah smíšený, tedy vztah, kde je pár složen z osoby s tělesným postižením a ze zdravého partnera či partnerky. Pomyslná žlutá kategorie Homogenní vs. heterogenní vztahy byla naplněna těmito kódy a má následující vlastnosti a dimenze:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Jediný homogenní vztah	<b>HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY</b>	Trvání	Dlouhodobé - krátkodobé
Jiné vztahy		Fungování	Špatné - dobré
Omezení vlivem handicapu		Problémovost	Vysoká - nízká
Sdílené bariéry			
Společné trávení času			
Potřeba plánovat			
Heterogenní vztah je snazší			
Vztahy bez budoucnosti			

Tabulka č. 4: Charakteristika kategorie č. 3: Homogenní vs. heterogenní vztahy (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Na základě výpovědí mladých dospělých s tělesným postižením lze konstatovat, že ač jsou jejich zkušenosti se vztahy různě bohaté, můžeme v nich identifikovat určité analogie, které jsou pro naše informanty příznačné. První analogii reprezentuje kód pojmenovaný **jediný homogenní vztah**, který poukazuje na fakt, že pět našich respondentů má pouze ojedinělou zkušenost s partnery, kteří by byli, stejně jako oni sami, nějakým způsobem zdravotně znevýhodnění. Nutno podotknout, že tyto vztahy neměly ve většině případů

<sup>25</sup> Homogenní = stejnorodý (Slovník cizích slov.net, 2010).

<sup>26</sup> Heterogenní = různorodý, různotvárný, nestejnorodý, smíšený (Slovník cizích slov.net, 2010).

dlouhého trvání, jelikož obvykle trvaly několik týdnů, maximálně měsíců: „*Když si tak promítnu moje vztah, tak jenom málo z nich byly, jako že jsme byli oba dva třeba nějak na tom vozejkou. Prostě, to si vzpomínám snad jenom na jeden případ*“ (L4). Podobnou zkušenost má i Kristýna, kdy „*téměř vždycky, až na jednu výjimku, jsem měla zkušenost se zdravým partnerem*“ (K3). Martin i Radana uvedli, že s homogenními vztahy mají zkušenosti pouze z rané fáze jejich milostného života. Martin přibližuje, že jeho první přítelkyně „*byla vozičkářka, kterou jsem pak už nikdy neměl. Už jen zdravý holky. No, vlastně pak ještě jednou DMO, ale ta jako chodila, ale byla taky postižená*“ (M4). Stejně tak Radana uvedla, že její první vztahová zkušenost byla „*s člověkem, který byl taky na vozíku*“ (R2). Dodejme pro úplnost informací, že ačkoliv Jan přímo o zdravotním stavu své partnerky v průběhu interview otevřeně nehovořil, na základě latentních sdělení lze vydedukovat, že také jeho partnerka má určitou formu tělesného postižení. Dodatečně jsme se jej na tuto informaci doptali, aby byla data dostatečně nasycena. Také v jeho případě můžeme říci, že má zkušenost s homogenním vztahem, protože jeho přítelkyně Jindřiška má lehkou formu mozkové obrny.

Čím se tedy vztahy, ať už ty homogenní anebo heterogenní, mladých dospělých s tělesným postižením vyznačují? Na základě analýzy dat lze konstatovat, že poměrně výstižně vztahy našich respondentů charakterizují termíny jako rozdílný či jiný, a mají do jisté míry souvislost se složením páru. Zkrátka se jedná o **jiné vztahy**: „*Ono vůbec komplexně je to jakoby dost jiné, než klasické vztahy*“ (M4), dále „*vztahy osob se zdravotním postižením . . . určitě jsou v něčem jiné, než vztahy zdravých lidí*“ (R2) či „*mně přijde, že v tom je možná i trocha rozdíl, že víš, když je jeden jak my a když si nade zdravého člověka, takže to pak bere jinak ten zdravější. A když jsou nemocní oba, tak zas je to jiný*“ (J3). V neposlední řadě i Kristýna uvedla, že „*je taky rozdíl, jestli mluvíme o třeba partnerském vztahu dvou vozičkářů, jakoby postižených, nebo o smíšeném vztahu. Tam je ještě trošku takový rozdíl a nuance, že by se to mělo rozlišovat*“ (K2).

Můžeme říci, že tyto odlišnosti mají spíše povahu drobných nuancí a lze konstatovat, že se jedná o **omezení vlivem handicapu**, tedy o limity související výlučně se zdravotním znevýhodněním jako takovým. Není možné je ovlivnit vůlí, a proto je můžeme klasifikovat jako neřešitelné. Dle názorů některých mladých dospělých tato omezení mohou vztah v mnoha ohledech limitovat, což se pak může projevit také na jeho fungování: „*Osoby se zdravotním postižením, že jo, to mají podle mě složitější, tu situaci, protože je limituje to*

jejich postižení“ (J2), dále „už jen třeba z omezení, co z toho vyplývají“ (M4) či „musíme se ohlížet na to, jestli tam, kam chceme jet, jestli je plošina, jestli mě vyloží“ (K3).

Jak se tedy s těmito komplikacemi mladí dospělí s tělesným postižením vyrovnávají? Uváděli, že důležitou roli sehrávala tolerance jejich protějšků, určitá ochota přizpůsobovat se těmto překážkám, případně je společnými silami překonávat a eliminovat. Jinými slovy je velmi důležité jakési **sdílení bariér**, protože i ty jsou, jak se ukázalo, součástí vztahu: „Těžko asi pojedeme s ženou někam si zalyžovat nebo do hospody, kde jsou bariéry. Takže vlastně i pro ni je to omezení velký. Možná to tak není úplně jasné, ale ty moje bariéry, jsou i ty její bariéry, protože sice může dělat věci beze mě, ale když chceme prožívat nějaký ‘společný’ čas, tak je to dost komplikovaný“ (M4). Dále uváděli, že „rozhodně sexuální oblast je ovlivněna tím postižením obou nás dvou, protože se musíme tomu přizpůsobovat“ (J9), takže „když jsou oba ty partneři postižení, tak to asi přináší víc komplikací, no, protože musej‘ si přizpůsobovat například byt, aby byl bezbariérový kompletně, musej‘ se ti lidé domluvit, jak to budou řešit, aby to oba zvládali ty každodenní činnosti“ (J14). Také další respondenti zmínili, že „musí se to individuálně uzpůsobit jakoby každému podle jeho možností“ (K2) a tedy „partnerský vztah obecně u osob s jakýmkoliv postižením musí mít nějakou notnou dávku tolerance, ať už je to tolerance v tom, že člověk s handicapem třeba nemůže dělat tolik stejných věcí, jako se zdravou partnerkou nebo partnerem“ (K2). Rovněž respondentka Jitka poukázala na nutnost přizpůsobovat se bariérám, projevit ochotu a pochopení a udělat kompromis: „Bral na mě nejvíc ohledy na mě, bral mě, jaká su. Bral všechno na vědomí. Když jsme se spolu vyspali nebo tak, tak bral ohledy, že ta moje ruka třeba se třese, leze, kam nemá, zavazí, tak ji chytl, vzal si ju třeba za sebe, aby nezavazela“ (J’3). Z jejích slov tedy plyne, že „měly by se brát ohledy, že všechno nebude dle jeho představ, jak se zdravou holkou“ (J’3), což se v jejím konkrétním případě dotýkalo například rehabilitací či zdravotního omezení po poranění kloubu. Tvrdí však, že důležitou roli zde sehrává právě to, zda „vymyslí prostě nějaký kompromis, vymyslíme nějaký náhradní program“ (J’19).

Se sdílenými bariérami velmi úzce souvisí otázka trávení volného času páru a celkově také společných chvíl jako takových. Jak se totiž ukázalo, právě zde sehrávají důležitou roli jak již identifikovaná omezení vlivem handicapu, ale též to, jedná-li se o homogenní anebo heterogenní pár. Fungování vztahu proto může být v tomto ohledu bezproblémové, ale i komplikované, na což poukážeme prostřednictvím kódu nazvaného **společné trávení času**. Ten zahrnuje jednak konkrétní aktivity, které páry absolvují ve chvílích, kdy jsou



spolu, ale rovněž poodkrývá určité limity v této oblasti, jež jsou příznačné zejména pro homogenní páry. V porovnání s nimi totiž heterogenní páry vedou poměrně aktivní způsob života, který se v zásadě neliší od intaktních párů: „*Se dostáváme hodně ven, spíme pod širákem. Teď jsme byli na Šumavě na svatební cestě (...) sami dva*“ (M32; 34). Dále respondenti uvedli, že „*jakože my jsme byli třeba na koncertě vážný hudby (...), byli jsme spolu na svatbě kámošovi. Chodili jsme do kina, na výlety*“ (L23; 24), „*nějaký vejlety nebo jsme doma, koukáme na filmy nebo třeba ten můj fotí, tak jsme se třeba fotili půl dne*“ (J'17) či „*poprvé jsem s ním byla mimo domov na Silvestra (...), navštěvujeme kino, divadlo, plavání*“ (K3).

Pro úplnost informací ještě dodejme, že jsme u homogenních párů vysledovali omezené možnosti trávení společných chvil, což bylo dáno v prvé řadě prostředím, ve kterém se respondenti v určité životní etapě pohybovali. Například Martin od třinácti let pobýval v zařízení Kociánka, tudíž „*jsme neměli pro sebe moc času, nemohli jsme spolu být o samotě*“ (M4), takže „*jsme měli rande na chodbě, v tmavé chodbě, aby nás tam nikdo nenašel*“ (M4). Jako významná se však při trávení společných chvil jevila také vzdálenost, která partnery od sebe oddělovala: „*I ta vzdálenost mezi náma . . že Jindřiška z Turnova, já z České Třebové. Takže by to jako nemělo smysl se vidět párkrát do roka*“ (J4) a „*ten vztah klapal chvíli a potom narazíš na různé překážky, ať se to týče možnosti spolu být sami, něco podnikat, nějak normálně žít. My jsme se vlastně vídali hrozně málo*“ (R2).

Jakými prostředky se tedy mohou mladí dospělí s tělesným postižením s výše identifikovanými a popsányi obtížemi vyrovnat? Možná řešení nastiňuje kód **potřeba plánovat**, jelikož takřka u všech informantů jsme mohli vysledovat zmínku o tom, že se jejich vztah, volný čas a možnosti trávit společně chvíli s partnerem neobejde bez nutnosti si každou aktivitu pečlivě a v předstihu naplánovat. Můžeme však na základě latentních sdělení říci, že se jedná o překážku, která je do určité kompenzovatelná: „*Musíme to mít předem hodně rozmyšlené*“ (M34), dále „*člověk musí spoustu věcí dopředu plánovat, že se nejde rozhodnout ze dne na den, že zítra pojedem tam a tam. Vše musí být dopředu naplánovaný*“ (K3) či „*vztah dvou handicapovaných lidí musí být hodně . . promyšlený (...), když chceš s tím člověkem být, tak musíš hodně dopředu přemýšlet, jak všechno udělat*“ (R5).

Podle některých respondentů, kteří zažili oba typy vztahů a mohou tedy snadněji porovnávat, je homogenní vztah zdrojem celé řady komplikací, ať už z hlediska psychického, překonávání bariér anebo možností trávit společně chvíle bez přítomnosti třetí osoby - asistenta. Na tyto skutečnosti tedy blíže poukazuje kód nazvaný **heterogenní vztah je snazší**:

„Myslím si, že aby to mohlo fungovat, tak prostě jeden má bejt zdravěj a druhej nějak znevýhodněnej. A ti dva postižení si takhle v tomhle vůbec nepomůžou“ (L4). Heterogenní vztah má však dle respondentů zejména výhody praktické: „Když bude někam potencionálně chtít jet, tak budeme potřebovat někoho třetího a už to nebude jakoby náš společnej výlet, ale bude to společný výlet skupinky, jakoby tři lidí. Kdežto když bych třeba měla zdravýho partnera, tak vím, že to bude jednodušší, protože ať jdeš kamkoliv, tak on tě prostě vynese, ať už s někým nebo sám, a bude to prostě jiný“ (K15). Na tuto skutečnost poukázal také respondent Martin, jenž uvedl, že při některých společných aktivitách a výletech „je lepší, když tam s námi někdo je“ (M34), což je samo o sobě do jisté míry omezující. Stejně tak Radana se domnívá, že „dva handicapovaní lidé mají víc překážek a pokud se o sebe nepostarají a musí mít u sebe asistenta, pořád nevím, jestli je to uplně ideální, když třeba nemůžou být spolu sami nějakou dobu“ (R15).

Vzhledem k výše uvedeným informacím bychom tedy mohli intuitivně očekávat, že heterogenní vztah bude pevnější a tedy déle vydrží. Na základě výpovědí našich informantů však můžeme konstatovat, že tato premisa není tak jednoznačná, jak by se možná mohlo zdát. Právě naopak se ukazuje, že zejména u heterogenních vztahů jde ve velké míře o **vztahy bez budoucnosti**, tedy o takové vztahy, jež se vyznačují určitou nestabilitou, rezignací či absencí vidiny společné budoucnosti: „S Bohunkou jsme teda byli možná tři čtvrtě roku a tam to skončilo, že jsme se měli hodně rádi, ale nemilovali jsme se. Oba jsme věděli, že to není životní partner na celý život“ (M23), dále „taky je to bez budoucnosti, přestože my si neobvykle rozumíme a všechno, tak to prostě tam neexistuje nic, protože je vdaná. A jakoby kdyby tohohle všeho nebylo, tak rozhodně bych udělal všechno proto, aby jsme byli spolu, ale prostě to nejde“ (L24; 25) či „to není partner pro můj budoucí život (...), to není dobrej partner pro potencionální, budoucí děti, a vůbec život. A musím se přiznat, že někdy už jsem přemýšlela o tom rozchodu“ (K7). Společnou budoucnost s partnerkou si v současné době jen stěží představuje také Jan, který uvedl, že „nemáme nějakou jasnou vizi . . . jak ho směřovat dál (...), teď už jsem se dostal do té fáze, že mi to je celkem uplně jedno, jak to bude“ (J5).

### **Shrnutí kategorie Homogenní vs. heterogenní vztahy**

Tato kategorie poukázala na skutečnost, že mladí dospělí s tělesným postižením mají omezené, jednorázové zkušenosti s homogenními vztahy. Někteří z nich se totiž domnívají, že v heterogenních vztazích odpadají určité komplikace a bariéry, jimž čelí handicapované páry. I navzdory tomuto názoru však z dat vyplynulo, že oba typy vztahů jsou do jisté míry

odlišné a souvisí zejména s bariérami, které musí partneři sdílet a jimž jsou nuceni se přizpůsobovat, včetně omezeného trávení společných chvil a nutnosti plánovat. Na druhou stranu se ale ukázalo, že právě u heterogenních vztahů se vyskytuje absence vidiny společné budoucnosti, a tak se vztahy velmi často po poměrně krátké době rozpadají.

#### 6.1.4 Sexuální život

V rámci čtvrté, růžově označené kategorie si vezmeme pod drobnohled sexuální život mladých dospělých s tělesným postižením. Nabídneme tak praktický vhled do fungování této nedílné součásti každého vztahu. Kategorie Sexuální život byla naplněna těmito tematicky spřízněnými kódy a má následující vlastnosti a dimenze:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII/ SUBKATEGORII	KATEGORIE/ SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE/ SUBKATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Intimní začátky	<b>SEXUÁLNÍ ŽIVOT</b>	Zahájení sexuální aktivity	Pozdní - brzké
První sex		Intenzita uspokojení	Vysoká - nízká
Není to jen o těle		Zvládání limitů	Problémové - bezproblémové
Sexuální limity			
Kompenzace limitů			
Sexuální experimenty	<b>a) SEXUÁLNÍ PREFERENCE</b>	Formy preferencí	Odlišné - podobné
Empatie a trpělivost			

Tabulka č. 5: Charakteristika kategorie č. 4: Sexuální život (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Z rozhovorů vyplynulo, že ještě předtím, než zahájili mladí dospělí s tělesným postižením plnohodnotný sexuální život, sbírali nejrůznější, spíše nesmělé sexuální zkušenosti, které měly charakter částečné intimity. Pod tímto termínem si představme, že respondenti v rámci svých *intimních začátků* praktikovali zejména mazlení a líbání, ovšem k souloží jako takové nedocházelo: „Co se týká sexu, tak tam samozřejmě nic neprobíhalo. To bylo prostě jako líbačka“ (M4), dále „rozhodně jsem s ní nespál (...), mazlení, petting, to určitě jo“ (M8) či „něco samozřejmě proběhlo, to víš, že jo, ale žádnéj' sex, soulož (...). Samozře-

*jmě petting, to jako tam bylo (...), určitě jsme se líbali hodně, mazlili“ (M12; 13). Výjimkou však nebyly ani situace, kdy „ona se šla převlíknout a tam jsme se do sebe pustili“ (M18), „ona že něco jako před svatbou nee, jo. Ale v tu dobu jsem samozřejmě souhlasil: „jasný, to prostě jako nic nebude“ (L9) či „k ničemu doopravdy jako nedošlo, nicméně jsme po sobě v podstatě lezli jako regulérně“ (L10). Také další respondenti uváděli, že intimní zkušenosti sbírali pozvolna a nedošlo to dále, než k líbání: „Předtím jsem měla jakoby úlety, ale vždycky skončily jenom u líbání. Já nejsem ten typ, kterej‘ by lezl do postele s každým, jenom aby vyzkoušel“ (K4) či „v tomto vztahu sexuální zkušenosti jako takové nebyly (...), jenom tak teoreticky jsme to řešili“ (R2).*

Kód nazvaný *první sex* nicméně zcela jasně naznačuje, že postupně respondenti dospěli se svými protějšky do fáze, kdy došlo k souloži. Nutno podotknout, že k první plnohodnotné sexuální zkušenosti se dostali mladí dospělí s tělesným postižením ve většině případů, vyjma Jitky, až v pozdějším věku, resp. po dosažení plnoletosti. Z dat rovněž vyplynulo, že tato zkušenost vyvolává u informantů spíše smíšené pocity, neboť v jejich slovech můžeme cítit jak latentní zklamání a nenaplněná očekávání, tak intenzivní, kladné vzpomínky. Přibližují to zejména tyto signifikantní výroky: „Přišli jsme na pokoj a ona mi opravdu sundala ty bočnice, posunula trochu dopředu, dala mi prezervativ a bez ničeho na mě skočila“ (M20), dále „já jsem byl zvyklý na nějakou milostnou předeheru a ona šla přímo na věc, to mě trochu překvapilo. A vlastně u té samotné soulože jsem měl divnej‘ pocit“ (M20), což bylo dle slov respondenta částečně způsobeno jednak rušivými zvuky kompenzační pomůcky, jež byla uložena v tašce na vozíku, ale také tím, že „jsem měl první zkušenosti s prezervativem a byl jsem překvapený, že nic necítím. Udělal jsem se hrozně rychle, ale nevěděl jsem, že jsem v ní byl. To bylo hrozně podivný“ (M20). Respondent Libor se sice k první sexuální zkušenosti příliš vyjadřovat nechtěl, nicméně z tónu jeho hlasu, mimiky i vyhybavých reakcí, lze velmi snadno vyvodit, že první sexuální zkušenost zřejmě nebyla milníkem, který by mu v kladném slova smyslu utkvěl v paměti. Dodal k tomu pouze toto: „Probíhalo to proto vleže, bylo to ve stanu“ (L14) a „ono to bylo takové zvláštní, protože my jsme museli bejt opravdu potichu no a vedle spali příbuzný - její“ (L15). Smíšené, až negativní dojmy má z první soulože také Jitka, jež uvedla, že šlo o bolestivý zážitek, který byl dle jejích slov umocněn tím, že k aktu došlo po krátké známosti, v jejích šestnácti letech: „Brutální bolest, že byl velkej‘, ty jo, krve hrozné. No, hrozný“ (J’26).

O poznání příjemnější vzpomínky mají na první sexuální zkušenost respondentky Kristýna a Radana, které ji popisují jako novou, ale příjemnou zkušenost, na níž rády vzpomí-

nají: „Bylo to pro mě strašně zajímavá zkušenost, možná tím, že byla právě první, možná tím, že byla s Jirkou, ale vlastně jsem zažila něco nového (...). Ale s Jirkou to bylo prostě příjemný“ (K4). Též v Radaniných výpovědích zazněla slova chvály směrem k partnerovi, protože „poprvé jsme to zkoušeli už po čtrnácti dnech, co jsme spolu byli (...). Pamatuju si to a bylo to moc hezký, třeba holky říkaj, že na to nemaj moc hezký vzpomínky, tak já jo“ (R9).

Mohli bychom velmi snadno předpokládat, že tělesné dysfunkce budou komplikací při dosahování uspokojivého sexuálního života. V datech byl nicméně rozkryt zajímavý fenomén, který poukazuje na to, že mladí dospělí s tělesným postižením vedou víceméně fyziologický sexuální život, v němž neschází uspokojení, vášně a bezproblémové zvládnání samotné soulože. Zkrátka a dobře, **není to jen o těle**, o čemž svědčí tyto významné výroky: „U šatny se svlékla, takže to bylo hodně vášnivý“ (M19), dále „Anička byla určitě první, kterou jsem jakoby udělal“ (M13), „technicky to nebyl problém“ (M21) či „sex s ní byl úžasný v tom, že byl hrozně citovej. To byl skoro takovej zamilovanej balet. Každý pohyb měl obrovskou sílu“ (M26). Pod tento kód však byly zařazené také výroky jako „bylo to vášnivé v sexu“ (M29), „já téměř nepohyblivej jsem poznal, že tu holku můžu udělat“ (M30) či „s erekcí problémy nemám, není to svalová záležitost“ (M36). Na svůj sexuální život však nahlíží běžnou optikou také další respondenti, kteří uváděli, že „tohleto se mi nestalo, že by byl problém v tom“ (L21), „všichni do jednoho zjistili, že vlastně vztah se mnou nebo s kýmkoliv na vozíku . . . není v ničem vlastně tolik jiný až natolik, jak si mysleli“ (K3), dále „jsme si opravdu s Hynkem sedli v tom sexu“ (R8), „on mi třeba řek, že v tom vůbec není jakoby nějaký podstatný rozdíl“ (R8) či „jsou tam určitý problémy, ale voproti tomu, co to bylo ze začátku, tak je to sranda tohleto“ (J10). Doplňme ještě, že „všechno klapě, jak normálně zdraví lidi (...). Mně to přišlo vždycky dobrý, on si taky nikdy nestěžoval. Neviděla jsem nikdy žádný problémy“ (J'11; 14).

Ač z výše uvedených řádků poměrně jasně vyplývá, že sexuální život mladých dospělých se v zásadě neliší od intimního života intaktní populace, v datech se přeci jen objevily jisté obtíže, které vznikaly v důsledku zdravotního znevýhodnění. Ty jsme sloučili pod kód **sexuální limity** a mají nejčastěji podobu fyzických omezení, limitovaných sexuálních poloh a nedostatečného nebo absentujícího prožitku. Kód reprezentují tyto výroky: „Sex nemá takový grády“ (M30), „mám problém s pohybem. Třeba při sexu vyvinout větší pohyb, abych partnerku mohl uspokojit, aby se tam něco dělo. To je problém, který se zhoršuje tím, jak se zhoršuje nemoc“ (M36), dále „jsem čím dál míň pohyblivej, takže řeším to, že

*brzy přijde třeba doba, kdy ji nebudu moc uspokojit, fyzicky vůbec nijak“ (M37) či „poloha vsedě mi není příliš příjemná, protože je taková nepohodlná, nebo jak bych to řekl. Je tam takovej špatnej přístup řekl bych“ (L14). Jako limitující se však mladým dospělým s tělesným postižením jeví také to, že „já jsem teda ten atrofik, že jo, takže já si jako zase nemůžu tolik vyskakovat, uspokojení není úplně stoprocentní, úplně jako vyšťavující“ (L21; 31), „v posteli to se mnou nikdy nebude takový, jako s někým zdravým (...), to jí já prostě nedokážu dát“ (L25; 27), či „někdo z nás to cítí míň a prožívá jinak (...), mě to prostě vůbec nebaví a nic mi to nepřináší“ (K3; 10).*

Také další respondenti poukazují na možné limity vyplývající zejména z omezené pohyblivosti a dalších obtíží, které souvisí s diagnózou: „Někdy se stane, že to nevyjde - že třeba někdy jsem vopravdu hodně stažená, že mě to bolí nebo tak“ (R8), dále „zjišťovali jsme, že mi hodně poloh nejde a bolelo mě to“ (J'13) či „jak mám víc postižený ty nohy, tak neumím ovládat tu pánev dobře, takže jsem měl problém třeba s tím samotným sexem, že jsem se měl dostat tím penisem do té vagíny“ (J11). Tyto obtíže fyzické povahy pak mohou mít dopad také na množství poloh, které jsou respondenti schopni praktikovat. Z dat vyplynulo, že mladí dospělí jsou ve většině případů odkázáni maximálně na tři polohy: „Ted' jsme omezený asi na dvě jenom, nebo teda používáme dvě polohy“ (J9), dále „zjistila jsem, že jsem si na ty tři polohy zvykla a nepotřebuju jiný“ (J'13) či „se to vlastně všechno omezuje na jednu hlavní polohu, to je takovej ten koníček“ (L31).

Jak se tedy s těmito obtížemi v sexuální oblasti respondenti vyrovnávají? Nejčastěji uváděli, že v rámci **kompenzace limitů** ponechali iniciativu na partnerce, využívají sexuální pomůcky, orální sex anebo volí různé formy masturbace. Kód reprezentují tyto výpovědi mužských zástupců ve výzkumném vzorku, kteří identifikovali nejzávažnější obtíže v sexuální oblasti a kvůli povaze svého handicapu jsou mnohdy nuceni volit nejrůznější alternativy: „Ona už o tom teoreticky přemýšlela, jak by to šlo, že mi sundá bočnice a nasedne na mě“ (M20), dále „tý dotyčný bylo tak nějak jasný, že to většinou bude jako na ní“ (L14), „je dominantní, i když je pro ni asi lepší, když je to opačně“ (L27) či „ona se může taky jako otočit“ (L31). Pokud bychom se zaměřili na konkrétní formy kompenzace, jež by vedly k uspokojení, jednoznačnou převahu měly orální sex a masturbace: „Ráno mě poprvé udělala orálně a to jsem byl v šoku. Bylo to super. Z celého zážitku to bylo to nejlepší“ (M20), dále „s Bohunkou jsem poprvé zkusil orál u holky. Bylo to super“ (M22) či „všechno ostatní je buďto teda nějaká ruční práce nebo jako nějaký alternativy tohohle (...), třeba pusou (...), a nebo si to třeba i sama dělá při tom“ (L31). Pro úplnost informací do-

dejme, že respondent Martin se svou manželkou využívají také sexuální pomůcky: „Řeším to tak, že mám ty vibrátory, tím můžu partnerku uspokojit, aniž bych se u toho musel moc hýbat. Řešíme to sexuálníma pomůckami, takže si myslím, že se nenudí se mnou“ (M36; 37).

### SUBKATEGORIE a) SEXUÁLNÍ PREFERENCE

Každý z nás má určité sexuální preference a jak vyplynulo z našeho výzkumu, ani mladí dospělí s tělesným postižením nejsou výjimkou. V rámci této subkategorie si je proto vezmeme pod drobnohled a prostřednictvím jednotlivých kódů je detailně popíšeme.

Většina respondentů vyjádřila touhu vnést do sexuálního života nový rozměr, a to formou sexuálních experimentů anebo objevování praktik, pomocí nichž by mohlo dojít k oživení intimního života a zároveň by se dle jejich slov předešlo stereotypu, který někteří respondenti v tomto směru již pociťují. Pod kód nazvaný *sexuální experimenty* jsme tedy sloučili jak kódy pojednávající o sexuálních experimentech, tak kódy vypovídající o touze objevovat novoty. Reprezentují ho tyto signifikantní výroky: „*Je prostě otevřená experimentování a má takový zkušenosti, který prostě já jenom zírám*“ (L26), dále „*já bych třeba rád experimentoval v některých věcech (...), rozhodně nějaký další polohy bych vyzkoušel, který bychom byli schopný praktikovat (...), třeba co se týká předešly bych byl jako otevřenější nějakým novým metodám, než to máme teďko*“ (J9) či „*pak jsem poznala toho druhého a ten, jak pořád měnil ty polohy, tak jsem za to byla chvíli ráda*“ (J'13) a „*teďka u toho třetího zkusíme sem tam něco*“ (J'13), přičemž to má podobu „*on měl na okně nachystaný toaletky a vedle toho vibrační kroužek*“ (J'18), ovšem tento experiment, na nějž Jitka přistoupila, nenaplnil očekávání

Další preference, kterou jsme identifikovali u zúčastněných informantek, se dotýká potřeby souznění s partnerem, sdílené intimity, trpělivosti, řádu, poklidné atmosféry a hlavně pak tolerance. Všechny tyto potřeby tedy reprezentuje kód *empatie a trpělivost*, a dotýkají se jej tato tvrzení: „*Je mi příjemný, když je chlap něžnej' (...), mám ráda, když je na mě . . když je to takový klidný, plynulý, jemný, milý, nikdo do ničeho nikoho nenutí* (K5) a „*já jsem strašně ráda s ním, když jako spolu ležíme v posteli nebo jsme spolu, tak jsem ráda za to, když mě políbí, obejmě mě*“ (K10). Podobné preference vyjádřila i respondentka Radana, když uvedla, že si cení empatie partnera: „*On musí být hodně trpělivý (...), je hrozně pozorný (...). On je takový . . pozorný a ohleduplný hodně a myslím si, že daleko víc o tom, že jsme to my dva, je to, než o tom, aby prostě aby byl ten sex*“ (R8). I z toho důvodu, po-

dobně jako to uvedla též respondentka Kristýna, preferuje, když vše probíhá v klidu a plynule: „*Já prostě potřebuju jakoby v klidu vstát, najíst se a potom třeba něco*“ (R10).

### **Shrnutí kategorie Sexuální život**

V rámci této kategorie, sestávající též z jedné subkategorie, jsme si vzali pod drobnohled sexuální život mladých dospělých s tělesným postižením. Z dat vyplynulo, že první intimní zkušenosti sbírali respondenti relativně brzy, ovšem měly podobu spíše mazlení anebo líbání. K prvnímu sexuálnímu aktu došlo u většiny informantů až po dosažení plnoletosti a lze říci, že zatímco pouze dvě informantky jej hodnotí kladně, zbylí účastníci výzkumu na něj nevzpomínají příliš rádi. Dále můžeme konstatovat, že sexuální život mladých dospělých je i navzdory somatickému znevýhodnění poměrně fyziologický a až na pár limitů a obtíží, které je třeba kompenzovat například formou orálního sexu anebo masturbace, se v zásadě neliší od sexuálního života intaktní populace. Mezi sexuální preference informantů se pak řadí touha objevovat nové věci a experimentovat či potřeba empatie a trpělivosti.

### **6.1.5 Reakce rodiny na vztah**

Prostřednictvím této zeleně označené kategorie nabídneme vzhled do problematiky dotýkající se reakcí rodiny na vztah, neboť jak si ukážeme níže, právě ty mohou být, ať už z pohledu rodičů dítěte handicapovaného anebo zdravého, velmi variabilní. Lze proto konstatovat, že reakce rodiny na vztah představují velmi významný činitel, který si pro svou specifickou zaslouží rozbor v rámci samostatné kategorie. Bližší charakteristiku kategorie přináší následující tabulka:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Problematické reakce rodičů	<b>REAKCE RODINY NA VZTAH</b>	Přístup k partnerovi/ce	Negativní - pozitivní
Bezproblémová otcová		Intenzita podpory	Vysoká - nízká
Převládající negativní reakce matek		Dopad na vztah	Negativní - pozitivní
Akceptace vztahu			

Tabulka č. 6: Charakteristika kategorie č. 5: Reakce rodiny na vztah (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Z výpovědí mladých dospělých s tělesným postižením vyplynulo, že reakce rodičů na jejich rodící se vztah mohou být velmi odlišné a stejně tak mohou mít diametrální dopad na



vztah jako takový. Kód pojmenovaný *problematické reakce rodičů* odkazuje na první možnou reakci rodiny, která je, jak se ukázalo, velmi častá, a zahrnuje širokou škálu reakcí jak ze strany matky, tak otce. Obvykle se dle výpovědí respondentů jednalo o negativní reakce v podobě obav, strachu, obtížné adaptace na novou situaci, tendencí uplatňovat hyperprotektivní přístup anebo dokonce vztah vědomě bojkotovat. Problematické reakce orientální rodiny na vztah a na s tím související osamostatnění respondentů od rodiny, reprezentují tyto datové fragmenty: „*Určitě je to překvapilo naše, protože si mysleli, že si asi nikoho nenajdu, nebo nepočítali s tím asi, takže je to překvapilo. A museli se vyrovnat taky s tím, že . . . začnu být daleko víc samostatnější. Máma to nedokázala nějakou dobu přenést přes srdce*“ (J8), „*do té doby se o mě starala jenom mamka, takže ono to byla změna asi pro oba dva*“ (R6). Radana navíc uvedla, že „*naši, nebo tatka, si myslel, že my spolu sexuálně žít nebudeme, že to nebude možný a hrozně to řešil. Bylo pro něj těžký to přijmout, že jeho holčička má nějaký sexuální život*“ (R10). Určitý hyperprotektivní přístup, který je u rodičů dětí s handicapem poměrně běžný, lze spatřit též u další respondentky Kristýny, kdy „*mi rodiče, mi občas přijde, že o mě mají strach jakoby mnohem víc, že se právě bojí, aby mě někdo nezneužil, nevyužil*“ (K3), takže „*chtějí mě před všema . . . chlapama chránit*“ (K3). Z informací uvedených výše bychom samozřejmě mohli uvažovat nad tím, jakým způsobem se takové reakce rodičů podepsaly na vztahu? Na základě výpovědí informantů můžeme říci, že pouze v jednom případě byl zmíněn rozpad vztahu v důsledku intervence rodičů, jež vztahu nepřáli: „*Někdo řekl Jirkovi, jestli si se mnou chce zkažit život . . . A Jirka řekl samozřejmě, že ne, ale po nějaký době, kdy o tom přemýšlel, tak se se mnou rozešel právě proto*“ (K6). V ostatních případech pak byla zaznamenána přiměřená podpora ze strany rodičů, kdy se vzájemně s páry navštěvují a v případě nutnosti je i podporují.

Druhou rovinu reakcí na vztah deklarují antagonické kódy *bezproblémoví otcové a převládající negativní reakce matek*. Poukazují na skutečnost, že otcové zdravých partnerů našich respondentů reagují na vztah nekonfliktním, a tedy akceptujícím způsobem: „*Otcové, pokud jsem je poznal, se mnou problém neměli*“ (M22) a „*ten tata, ten už se mě ptal, jestli kdy se vezmem, že už by chtěl vnoučata*“ (J'21). V případě reakcí matek ale můžeme identifikovat přístup s převažujícími negativními tendencemi. Klíčové zde přitom byly otázky: Jak to zvládne matka a jaký to bude mít dopad na vztah? Odpovědi nám pomohou hledat tyto datové fragmenty: „*U všech bab, co jsem měl, tak byl problém s tím, jak to zvládne matka (...), jak jí to řeknu, jakým způsobem bude reagovat*“ (M22). Velmi často se stávalo, že „*úplně mě ignorovala. Jako bych nebyl*“ (M23) či „*seděla dole pod barákem*

*a nechtěla mě vidět*“ (M29). Tyto odmítavé reakce pak způsobily ve vztahu celou řadu komplikací a konfliktů, ale paradoxně ani v jednom případě nebyly spouštěčem rozchodu páru. S podobnou, leč méně konfliktní a odmítavou reakcí, se setkala též respondentka Radana, protože jak uvedla, „*ani jeho maminka z našeho vztahu nebyla moc nadšená*“ (R2), což spojuje zejména se skutečností, že informantka při mnoha úkonech potřebuje asistenci další osoby. Určitá forma nesouhlasu potencionální tchýně se tudíž v konečném důsledku odrážela v celkově nefunkčním vztahu a po půl roce přispěla k jeho rozpadu.

Kód pojmenovaný **akceptace vztahu** poukazuje na beze sporu ideální formu reakcí rodičů, ať už obou či jednotlivců, na vztah. Pod tento kód jsme sloučili kódy poukazující na souhlas, podporu a toleranci ze strany některého člena rodiny: „*Tam mě překvapilo, že to tchýně brala dobře. Nebyla nadšená, ale komunikovala se mnou a brala mě v pohodě, a je to tak doted'ka*“ (M32). Stejně tak vztahy s oběma rodiči manželky souhrnně hodnotí jako pohodové, jelikož „*i ze začátku mě brali v pohodě*“ (M42). Také další respondenti se setkali s pozitivním přístupem ke své osobě: „*Prej mě maj' rádi, že jsem jim sympatickej' údajně*“ (J8), a „*jako myslím, že si docela rozumíme, s těma rodičema, no. Dokážu se s něma normálně bavit, zasmějeme se. Nevidím v tom problém*“ (J8). Podobně je na tom i Jitka, která uvedla, že se setkala jak s pozitivními reakcemi ze strany své matky, tak ze strany rodičů svých bývalých partnerů: „*Tak ona to dycky bere, jako že prostě jsem si někoho našla, tak s tím počítá. Snaží se s ním bavit a většinou se všema vychází*“ (J'20) či „*schválili mě*“ (J'21).

### **Shrnutí kategorie Reakce rodiny na vztah**

V rámci této kategorie bylo zjištěno, že reakce rodiny na vztah bývají různorodé a mohou poměrně zásadním způsobem ovlivnit fungování partnerského vztahu. Ukázalo se, že jako problematické se ve většině případů jeví reakce matek, které se těžce smiřují s tím, že se jejich handicapovaný potomek osamostatní a ony mu už nebudou moci poskytnout péči v takové míře, jak byly po většinu svého života zvyklé. Objevují se zde však také tendence ochránit své dítě před domnělým nebezpečím, využitím anebo před péčí o fyzicky nesamostatného partnera. Rodiče tak velmi často, jak se ukázalo, vědomě dávají tento svůj nesouhlas a neporozumění najevo, přičemž takové chování je zdrojem celé řady konfliktů, které mohou vést až k rozchodu. Na druhou stranu je však třeba poukázat na skutečnost, že existují také rodiče, kteří svým dětem vztah přejí, ač může být jejich adaptace na tuto situaci zpočátku poněkud obtížnější. Z našich dat rovněž vyplynulo, že otcové obvykle vztah snadněji tolerují.

### 6.1.6 Determinanty partnerských a sexuálních vztahů

Ústředním pojmem této zeleně označené kategorie bude slovo determinant, proto si jej hned na úvod vymežíme. V našem pojetí tento termín definujeme jako faktory anebo činitele, které, ať už v pozitivním anebo negativním slova smyslu, ovlivňují fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením. Kategorie byla nasytlena následujícími reprezentativními kódy a má tyto vlastnosti a dimenze:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Víra	<b>DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ</b>	Trvání	Trvalé - dočasné
Sebepojetí a sebedpřijetí		Působení	Negativní - pozitivní
Asistence		Zvládání	Odlišné - totožné
Přístup partnera k handicapu		Dopady na vztah	Negativní - pozitivní
Zdravotní stav			
Partnerka jako priorita			
Potřeba komunikace			
Předsudky okolí			

Tabulka č. 7: Charakteristika kategorie č. 6: Determinanty partnerských a sexuálních vztahů (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Můžeme říci, že v datech byla identifikována celá řada determinantů, které ovlivňují fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením, ovšem jen ty kódy, jež reprezentují tuto kategorii, se staly signifikantními a nelze je od sebe striktně oddělovat či kategorizovat na základě intenzity působení. První kód, **víra**, působil jak negativním, tak pozitivním směrem a vedl na jednu stranu k rozpadu vztahu, ale v druhém případě také k jeho upevnění: „*Tam vlastně byly problémy s vírou, že ona byla věřící a vadilo jí, že nejsem já věřící*“ (M5) a „*ono z ní potom vypadlo, a to jsem nevěděl, že je docela dost věřící (...). A prostě jí nestačilo to, že každé máme svůj názor na to, a musela furt do toho šťourat a takový. A nakonec to kvůli tomu asi nevyšlo*“ (L9). Na druhou stranu se víra může stát jistým zdrojem energie v těžkých životních chvílích: „*My to máme teď ještě trochu jinak, protože jsme věřící, žena teď byla křtěná (...), nečeká nás*

*nic moc hezkýho, moje umírání pomalý, a tam to asi bude hrát velkou roli. Je to obrovskej zdroj energie. S tím dokážeš fakt cokoli, když víš, že jsi neuvěřitelně milován ze shora, tak cokoli ostatního není důležitý“ (M39; 41).*

Kód **sebeпоjetí a seбepřijetí** poukazuje na potřebu vyrovnat se s handicapem, mít dostatečné, zdravé sebevědomí, a přistupovat k sobě samému jako k rovnocennému členu společnosti, jehož hodnota v důsledku zdravotního znevýhodnění nikterak neklesla. Respondenti se domnívají, že teprve až ve chvíli, kdy se smíří se svým handicapem, budou schopni navázat zralý vztah, do nějž se nebudou negativním způsobem promítat vlastní traumata a pocity méněcennosti: *„Jakmile nemáš sebevědomí, tak nemáš šanci u nikoho. Je to jedno, jestli je to zdravá holka, postižená nebo jakákoliv, to sebevědomí je důležitý“ (M8).* Dále zaznělo, že *„je důležitý, aby člověk byl sám se sebou smířený, se svým handicapem. Když je člověk smířený, tak ta ženská to neřeší. Nemůžeš své trauma přenášet na druhýho člověka. Ty jsi s tím smířenej a ona se s tím smíří taky“ (M35).* Tento názor zastává i respondent Libor, u nějž lze spatřit vliv pozitivního sebeпоjetí, které zásadní měrou přispívá k možnosti navazovat a udržovat vztahy: *„Nejzdravější podle mě je, když se člověk bere, jako by mu nic prostě nebylo (...), protože dneska já si prostě neuvědomuju, že by mi něco bylo prostě“ (L4).* Problémy se sebeпоjetím a seбepřijetím jsou naopak zcela evidentní u respondenta Jana, který tvrdí, že *„jeden z faktorů je, že si myslím, že lidi s postižením maj hrozně nízkou sebedůvěru, já jsem toho teda důkazem“ (J13)* a poukazuje tak na hroučící se vztah s partnerkou i na neochotu si připustit, že by mohl v dalším životě být někomu sympatický a případně s ním navázat nový, bližší vztah.

Dalším významným faktorem, který může v negativním i pozitivním slova smyslu ovlivnit partnerské a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením, je **asistence**. Tento pojem, který jsme následně využili také jako kód, se stal v průběhu jednotlivých interview poměrně často skloňovaným termínem. Jak se totiž ukázalo, právě asistence může vztahu prospět, ale paradoxně se může stát též zdrojem konfliktů mezi partnery, kteří mají údajně pocit narušené soukromé zóny: *„Zjistil jsem, že není dobrý, aby mě ta holčina koupala. Tyhle věci dělají velký tlaky a zhoršuju ten sex. Jak jsem měl pak další přítelkyně a našel jsem si borca, který mě koupe, tak je to daleko lepší (...). Pak taky není dobrý, když jsou třeba oba ve stejnou dobu na stejném místě. Ženská si to území chrání“ (M25; 31).* Svě o tom ví i respondentka Radana, která uvedla, že *„bylo pro něj i těžký to, že mám jako by doma u sebe asistentku, když potřebuju. Tak než si zvyknul, že máme jakoby třetího člověka a dva dny doma, tak to bylo . . bylo to náročný“ (R5),* protože *„to už by asi nešlo, aby*

*ona tady byla, když on je doma, to by se asi pozabíjeli“ (R6). Počáteční antipatie však dle slov informantky postupně vyprchaly, partner „si na to zvyk“ (R6) a dnes asistentku, která pomáhá v době jeho nepřítomnosti Radaně zajistit chod domácnosti, zcela akceptuje. Na další možný aspekt asistence poukázal rovněž respondent Jan, jenž dodal, že „když někdo potřebuje víceméně téměř dvacetičtyřhodinovou péči další osoby, tak asi to seznamování a sexuální otázky budou složitější si myslím“ (J13) a částečně tak poukazuje na svou vlastní zkušenost, kdy trávil valnou část svého dosavadního života jen s maminkou, která mu poskytovala veškerou potřebnou péči.*

Kód nazvaný **přístup partnera k handicapu** odkazuje na jeden z nejvýznamnějších determinantů vůbec, který, jak se ukázalo, má na vztah pozitivní dopady. Dokazují to samotné výpovědi respondentů, kteří konsenzuálně uváděli, že je velmi důležité, aby partner přistupoval k jejich handicapu s nadhledem a sebejistotou a zejména pak partnerky se oprostily od tendencí zahrnovat své protějšky mateřskou péčí: „*Neuvěřitelně dobře zvládá kryplíky (...), nesnaží se o mě pečovat za každou cenu. Nestará se o mě až příliš mateřsky, abych měl každý den navařeno nebo tak. Je to ten partnerský vztah (M32; 33). Důležité je přitom dle mladých dospělých nezdůrazňovat handicap a požadovat od partnerek rovný přístup: „Ten člověk, který je nějakým způsobem handicapovaný, by neměl bejt na tohleto upozorňovanej‘, ať už samozřejmě přímo, což je blbost, anebo nepřímo nějakým takovým tím pomáháním a takovýhle (...), takže hlavně teda aby mě brala, jako kdybych byl zdravý“ (L38; 41). Také Radana uvedla, že pro vztah s jejím partnerem bylo velmi důležité, že se Hynek dokázal již předem povznést nad některé problémy a srovnal si v hlavě, že se nebude zabývat malichernostmi: „To má v hlavě srovnaný tak, že si řekne, že to nebude řešit. Prostě, když vidí někde nějakou překážku, už ví, že to umí řešit, umí člověku pomoci a má daleko větší empatické citění“ (R11), dále „byl první člověk, kterej‘ kašlal na to, co si o něm řekne okolí . . . nechtěl se se mnou skrývat, chtěl se se mnou všude ukazovat, bral mě takovou, jaká jsem a chtěl se mnou být“ (K3) či „aj mi řekl, že kdybych byla zdravá, tak bych to nebyla já. Bral všechno na vědomí“ (J’3).*

Jak vyplynulo z našeho výzkumu, dalším významným determinantem je **zdravotní stav**, a to nejen samotného mladého dospělého, ale případně také jeho partnera. Ač jsme sice v jedné ze vzniknuvších kategorií již prozradili, že mladí dospělí mají v drtivé většině více zkušeností se zdravými partnery, mnoho z nich následně vyslovalo názor, že zdravotní stav partnera může být v mnoha ohledech též významným determinantem, který může zásadní měrou udávat vztahu směr. Nejprve je však třeba zdůraznit, že právě fyzická závislost

partnera může vztah upevnit, ale také na něm zanechat negativní dopady: „*Absolutní závislost podle mě nemůže fungovat, když je někdo absolutně závislej‘ na druhým - fyzicky i psychicky*“ (M36), dále „*na mechanickým vozíku neujedu tak velký vzdálenosti, jako třeba člověk po úraze, kterej‘ má zdravý horní končetiny*“ (K15), což se může jevit jako problematické při společných výletech či může být limitujícím faktorem při dalších zdravotních obtížích: „*Jsem měla střevní chřipku a bylo mi špatně a nevěděla jsem co, tak byl pro mě takovej‘ divnej‘ pocit, že to musí všechno jakoby snášet*“ (R7). Zdravotní stav a s tím související nutnost pomoci však může mnohdy partnery také sblížit: „*Vztah se zdravým člověkem je daleko pevnější o to, že on když se jednou rozhodne, že s tebou bude, tak to není kvůli tomu, že by byl jenom kvůli tomu, že máš hezký obličej, když to tak řeknu. Rozhodně má ten zdravý partner . . víc zkušeností, větší rozhled, už mu tak nejsou lhostejní druzí*“ (R11) či „*je to intimnější vztah. Chodíme spolu chcát a ta intimní zóna je tam pak někde jinde. Máš pocit, že toho člověka máš blíž*“ (M29).

Z výpovědí našich informantů rovněž vyplynulo, že je pro ně nesmírně důležitá spokojenost partnerky. Vyjadřovali se v tom smyslu, že uspokojení a spokojenost jejich partnerky je pro ně prvořadá, dále uváděli, že ženy nesmírně ctí a latentní výpovědi nám též mohly napovědět, že by si bez žen dokázali svůj život jen stěží představit. Takto tedy vznikl kód **partnerka jako priorita**, který lze vnímat jako jednoznačně pozitivní determinant a k němuž se vztahují tyto signifikantní výroky: „*Dodneška to mám tak, že ten ženský svět je pro mě strašně důležitý a žiju těma vztahama, sexem*“ (M8), dále „*já mám rád, hlavně když je ona uspokojená. Prostě je to to hlavní. Až potom v podstatě můžu přijít já*“ (L31) či „*pro mě je důležitý, aby byla spokojená ta partnerka (...), jak říkám, já prostě ženský miluju*“ (L35). Můžeme tedy konstatovat, že „*uplně nejvíc mně imponuje, když ta -- ten člověk se snaží, když právě na prvním místě je ten druhej‘, až potom sám*“ (L40).

Komunikace je nedílnou součástí našich životů, ovšem v partnerském a sexuálním životě mladých dospělých s tělesným postižením je její význam o to větší, neboť jde o významný determinant, který páru pomáhá vzájemně koexistovat. Respondenti totiž velmi často uváděli, že nedostatečná komunikace, zejména o sexuální oblasti, může být ve vztahu zdrojem napětí, přičemž otevřené hovoření o přáních a potřebách do něj může vnést pocit blízkosti a jistoty. Všechny tyto zmíněné aspekty reprezentuje kód **potřeba komunikace**: „*Aj řekl, jestli jako si může dovolit všechno, ale já jsem mu řekla, že když se mi něco nebude líbit nebo mi to bude nepříjemný, nebo nebudu spokojená nebo cokoliv, tak, že mu to řeknu. Že to se nemusí bát*“ (K4). Počáteční komunikační obtíže ze strany partnera identi-

fikovala také respondentka Radana, jelikož „trvalo nám dýl, než jsme jakoby . . . než jsme o tom dokázali mluvit (...), on je chlap a neuměl o tom mluvit, tak to bylo trochu složitější, ale zvládli jsme to a myslím si, že jsme spokojení oba dva“ (R5). Důležité je tedy „hlavně mluvit, mluvit, mluvit, což ten chlap většinou neumí“ (R9), a zejména tato respondentka to preferuje též při samotném sexuálním aktu, kdy „mám radši, když u toho mluvíme a fakt se mě jakoby ptá, co má dělat, když třeba zrovna neví“ (R10). Obdobné komunikační preference má i další respondentka, jež uvedla, že komunikace by měla být stavebním kamenem každého vztahu a již v počátcích by si partneři měli vyříkat některé klíčové otázky dotýkající se zdravotního stavu a omezení z něj vyplývajících: „Mně přijde, že oni se bojí se zeptat co chci. . . Jestli si myslí, že mě tím urazí, ale mě vždycky urazí, že se nezeptají, protože chci, aby o tom věděl. Když se mnou je, tak by měl vědět, co to obnáší, proč to mám, z čeho to je, jestli se to může zhoršovat“ (J'5). Z toho důvodu ona sama uplatňuje otevřenou komunikaci, zejména, jedná-li se o její vlastní sexuální potřeby, což v tomto ohledu mělo pozitivní dopady: „Tomu třetímu jsem řekla rovnou, že jsem zvyklá až po dvou měsících, aby počkal“ (J'16). Na nutnost komunikovat a zajistit tak plynulý chod domácnosti poukazuje rovněž informant Jan: „Taky se musíme domluvit na tom, co bude k jídlu“ (J5), ovšem z jeho výpovědi je patrné, že právě komunikace je v jeho vztahu velkým problémem, protože „ted'ka spolu bohužel blbě komunikujem (...), je teda hlavně ta komunikace špatná“ (J5). Jak tedy dodává, pro vztah je velmi důležité „aby ty lidi nadále spolu komunikovali a neuzavírali se před sebou“ (J14).

Poslední významný determinant, který zejména v negativní rovině působí na fungování vztahů mladých dospělých s tělesným postižením, reprezentuje kód **předsudky okolí**. Je to totiž právě přístup nejbližší rodiny, ale třeba také společnosti jako celku, v níž je zakořeněna celá řada dezinformací a stereotypních názorů, které mohou vztahy determinovat: „Přístup známých, rodičů - vidíš, že se jim to nelíbí nebo maj' s tebou nějaký problém, tak určitě se to odráží v tom vztahu“ (R11), dále „nějaká slečna by třeba byla víc handicapovaná, než ten partner, tak už třeba si lidi můžou myslet, že to není její manžel, nebo nemusí to brát vážně takový vztah. Jakože může to být asi těžší trošku na psychiku, zvládnout ty názory okolí“ (R15) či „možná má okolí předsudky, s tím jsem se teda taky už setkal párkrát“ (J2). Respondentka Kristýna dále poukázala na společensky zakořeněné mýty, jako „je v naší společnosti takový mýtus, že sex s člověkem s postižením nebo s jakýmkoliv handicapem je prostě jinej“ (...), když máš nějaký handicap, tak že nemůžeš mít sexuální poměr, je uplná blbost“ (K3) či „do určitý míry to ovlivňuje taky postoje okolí: rodiny, přátel. Proto-

*že ono to není nic jednoduchého, když dva se mají rádi a je to právě ten smíšený vztah, tak vím a mám aj zkušenost takovou, že rodiče toho zdravého partnera si říkají: ‚Uhm, výborně, tak sis našel prostě chudáčka, o kterýho budeš muset pečovat a kterej tě bude potřebovat dvacetčtyři hodin denně a nebudeš mít nárok na svůj osobní život‘ a tak. A věřím, že to když slýchá člověk nějaký čas denně nebo často, tak že to ovlivní ten vztah, ať už pozitivně nebo negativně“ (K14).*

### **Shrnutí kategorie Determinanty partnerských a sexuálních vztahů**

V rámci této kategorie jsme objasnili nejvýznamnější determinanty ovlivňující fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením. Na základě výpovědí našich respondentů můžeme konstatovat, že důležitou roli může jak v pozitivním, tak negativním směru, sehrávat příklon partnerů k víře, dále sebezpřijetí a sebezpojení osob s tělesným postižením, přijetí a vyrovnání se s handicapem svého protějšku či celkový zdravotní vztah, jenž může vztah v mnoha ohledech ověřit. Signifikantní vliv na vztah a intimní život však může mít také rozsah a otevřenost komunikace mezi partnery, předsudky ze strany okolí, které mají spíše negativní aspekt, či přístup k partnerce, jejíž spokojenost je pro mužské účastníky výzkumu prioritou.

#### **6.1.7 Společné bydlení jako nutnost**

Předposlední, žlutá kategorie je výsledkem zjištění, že pět respondentů již zažilo společné bydlení spolu se svým partnerem anebo partnerkou. Avšak toto bydlení nebylo dalším přirozeným a plánovaným posunem ve vztahu, nýbrž jde o změnu, k níž došlo pod vlivem celé řady okolností. Podotkněme na tomto místě, že kategorie se částečně překrývá s kategorií Partner/ka s problémy a má následující strukturu:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Nutná volba	<b>SPOLEČNÉ BYDLENÍ JAKO NUTNOST</b>	Délka	Dlouhodobé - krátkodobé
Místo soužití		Fungování	Problémové - bezproblémové
Rozdělení úloh v domácnosti		Dopady na vztah	Destruktivní - upevňující
Ověření vztahu			

Tabulka č. 8: Charakteristika kategorie č. 7: Společné bydlení jako nutnost (Vlastní výzkum, 2013-2014).



Na základě analýzy získaných dat můžeme říci, že společné soužití mladých dospělých s tělesným postižením spolu s jejich partnery mělo povahu jakési nutnosti až nevyhnutelnosti. Svědčí o tom fakt, že k němu vedly okolnosti jako ztráta bydlení, zaměstnání, riziko separace anebo touha být spolu více. Jde tedy o **nutnou volbu**, k níž se informanti uchýlili, aby se stabilizovaly a ve většině případů také vyřešily tíživé okolnosti související s tímto rozhodnutím: „*Chodili jsme spolu rok a půl a potom udělala přijímačky do Brna na stávrnu a bylo jasné, že příští semestr bude v Brně. Uvažovali jsme co dál. Řešil jsem, jestli zůstat v Liberci nebo jít za Soňkou do Brna (...), ale pak jsem říkal, že kašlu na byt a půjdu do Brna*“ (M23), dále „*paní ho vyhodila z pokoje, kde bydlel, takže neměl kam jít*“ (K7), „*jste se vídali jednou za čtrnáct dní, protože dělal na směny, ale věděli jsme, že nám to nestačí. Takže, po půl roce, když jsem se rozhodovala, jestli žádat o kolej, když jsem šla na školu, nebo zařizovat privát anebo už začít bydlet, tak to bylo jasné*“ (R5) či „*společné bydlení byla nutnost, protože jinak by byla bezdomovec*“ (L19). Pro úplnost dodejme, že po dlouhém a, jak jsme již nastínili v rámci první kategorie, komplikovaném sblížení, dobývání a dojíždění na návštěvy, se pro společné bydlení rozhodl také Jan se svou partnerkou.

Kód **místo soužití** nás obeznamuje s místy, kde respondenti bydlí se svými protějšky, přičemž můžeme říci, že lokality společného soužití byly jak bezbariérové, tak bariérové a byly ve většině případů spíše synonymem pro akutní řešení. K tomuto kódu byly přiřazeny následující signifikantní výroky: „*Jste celý dva měsíce byli v kempu kousek od práce. Na celý dva měsíce jsme si tam pronajali chatičku nebo chatičku, takovou čtvrtku chatičky (...), nakonec jsme ale přes spolužačku-vozičkářku, která bydlí na Vinohradech, dostal kontakt na borca, co bydlel na Kociánce a bydleli jsme u něho*“ (M23), „*takže já, když jsem našla byt, tak jsme si řekli, že zkusíme tam bydlet spolu a že uvidíme, jak to půjde*“ (K7) či „*ted' spolu bydlíme na garsonce v Jedličkově ústavu*“ (J4). Kromě toho však můžeme, i na základě latentních výpovědí, říci, že vedle narychlo sháněného bydlení se jednalo též o soužití v již zabydlených bytech: „*Takže jsem jí nabídnul, že klidně může bejt u mě, tak tady byla pár měsíců u mě bydlela, takže jsme bydleli spolu.*“ (L18) a „*bylo jednodušší bydlet u Honzy, než bydlet na koleji*“ (R6).

Jak ale takové soužití vypadalo v praxi? Zcela určitě můžeme říci, že se jednalo o soužití, které mělo, stejně jako tomu je u jakéhokoli jiného intaktního páru, své kladné i stinné stránky. V zásadě se totiž až tolik neodlišuje, snad jediné specifikum bychom mohli identifikovat v **rozdělení úloh v domácnosti**. Z výpovědí informantů totiž vyplynulo, že jejich

role v domácnosti a s tím související plnění konkrétních praktických úloh, je determinována jejich zdravotním stavem a neobešla by se bez pomoci a podpory ze strany partnera. V mnoha ohledech se tak u mladých dospělých s tělesným postižením popírají zakořeněné feminní a maskulinní role: „*Dělala všechno ostatní. Přišel jsem na to, že není až tak důležitý fyzicky všechno udělat, jako podpořit toho člověka psychicky, aby věděl, že to nedělá sám. Když uklízela, tak jsem byl s ní, povídali jsme si. Psychická rovina je daleko důležitější, než to že to fyzicky udělám*“ (M24), dále „*ona uklidila, na vaření jsem tady byl spíš já*“ (L19) či „*povlíkám povlečení na postel, myju nádobí třeba - u toho můžu stát nebo sedět, to je jedno, nebo zapínám pračku, dám prádlo*“ (J8). Jeho partnerka má na starosti zase takové úkony, které by Jan vzhledem ke zdravotnímu stavu nezvládl, jako například „*vytírání podlahy*“ (J8) anebo „*vobletí regály*“ (J8) při společném nakupování, zatímco respondent naskládá zboží do batohu. Všechny aktivity související s domácností „*se snažíme tak většinou dělat na půl*“ (J8).

Snaha rozdělit si rovnoměrně práci v domácnosti se objevuje také u dalších respondentek, zde však sehrává důležitou roli partnerova pracovní doba, a tak musí chod domácnosti zajistit bez ohledu na povahu svého znevýhodnění samy. Kristýnin přítel Michal pracuje sedm dní v týdnu, vidí se jen večer, takže většina péče o domácnost je na bedrech respondentky. Ovšem když je její partner doma „*tak ho zaukoluju a on mi pomůže*“ (K9). Jako plus přitom Kristýna vnímá zejména jeho fyzickou sílu, díky níž se péče o domácnost značně urychlí, protože „*mě zvedne, donese, kam potřebuju a tak*“ (K7). Určité rozdělení úloh v domácnosti vzhledem k pracovní době lze vidět také u respondentky Radany, jež se chod domácnosti snaží zajistit zejména za pomoci asistentky, tedy například uvaří společně oběd, pouklízí anebo spolu zajdou na nákup potravin. Jak totiž dodává, přijde jí „*zbytečné, abysme to řešili, když on přijde z práce*“ (R16). Hynek má však v domácnosti na starost typické mužské aktivity, jako například „*výměny žárovek*“ (R16) anebo „*když se něco rozbije doma, tak to opravuje*“ (R16).

Nutno podotknout, že toto společné soužití respondentů s jejich partnery bylo různě dlouhé - v některých případech se jednalo pouze o řešení v řádu několika týdnů či měsíců - a dle výpovědí v mnoha ohledech **ověřilo vztah**, zejména pak jeho pevnost a odolnost vůči nejruznějším komplikacím, s nimiž se pár v průběhu společného soužití potýkal. Na základě latentních výpovědí informantů také můžeme říci, že v mnoha případech se stalo zdrojem trhlin ve vztahu a otevřelo tak nové úvahy o společné budoucnosti páru: „*Myslím, že to hodně prověřilo náš vztah, že to bylo fajn, že jsme hned věděli, do čeho jdeme (...) hodně to*

ukázalo, jestli spolu vydržíme nebo ne“ (R6), dále „funguje to až neuvěřitelně hladce“ (M32) „díky bydlení se člověk pozná úplně do detailu a když člověk má s tím partnerem žít, tak musí řešit i ty okolní problémy a pozná, jak ten protějšek reaguje v určitých situacích, a tak určitě je to cenná zkušenost“ (J5) či „to prostě nefungovalo moc dlouho, ke konci už jsme jakoby byli na nože“ (L19).

### **Shrnutí kategorie Společné bydlení jako nutnost**

Tato kategorie přinesla vhled do problematiky dotýkající se společného soužití mladých dospělých s tělesným postižením s jejich partnery. Z dat vyplynulo, že pět respondentů má již tuto zkušenost a dospěli k nim pod vlivem okolností, které měly charakter nezbytnosti, čili nutné volby. Ztráta bydlení, zaměstnání či riziko separace partnerů tak vedly k tomu, že spolu páry žily na různých místech a spolu s touto změnou životní situace si musely přivyknout na různé povinnosti a úkoly v domácnosti, které respondenti plnili zejména s ohledem na svůj zdravotní stav. Společné bydlení však v neposlední řadě ověřilo pevnost vztahu a otevřelo nové úvahy o budoucnosti.

#### **6.1.8 Vize o budoucnosti**

V rámci polostrukturovaných interview se otevřela rovněž diskuze dotýkající se úvah o budoucnosti. Ty jsou, přirozeně, součástí každého dlouhodobějšího vztahu, a velmi často se dostávají do popředí právě v období mladé dospělosti, takže se velmi úzce dotýkají též našich informantů. Na základě získaných dat lze konstatovat, že se mladí dospělí ve svých výpovědích zabývali dvěma základními tématy: manželstvím a rodičovstvím. Šedě označená kategorie Vize o budoucnosti má tudíž následující strukturu:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII/ SUBKATEGORII	KATEGORIE/ SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE/ SUBKATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ
Nárok na manželství	<b>VIZE O BUDOUCNOSTI</b>	Vstup do manželství	Nereálný - reálný
Splněný sen	<b>a) VIZE O MANŽELSTVÍ</b>	Přínos manželství	Negativní - pozitivní
Otevřená alternativa			
Jen papír			
Výhody manželství			
Obavy z handicapovaného dítěte	<b>b) VIZE O RODIČOVSTVÍ</b>	Intenzita obav	Vysoká - nízká

Touha po dětech		Zvládání	Těžko představitelné - komplikované
Nutná podpora partnera			
Péče o dítě			

Tabulka č. 9: Charakteristika kategorie č. 8: Vize o budoucnosti (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Z výpovědí většiny mladých dospělých s tělesným postižením vyplynulo, že **nárok na manželství** má každý z nás, a mělo by být tedy synonymem pro svobodnou volbu. Domnívají se přitom, že rozhodujícím faktorem při rozhodování, zda učinit tento významný životní krok, je zejména oboustranná touha a odhodlání partnerů kráčet společně na cestě životem, nikoli somatické postižení jako takové. Nárok na manželství osob s tělesným postižením tudíž deklarují tyto nejvýstižnější datové fragmenty: „*Myslím si, že, nebo vím, že můžeme mít manželství. Nebo vstoupit do manželství*“ (K15). Také další názory mladých dospělých potvrzují, že „*každej' má nárok na manželství, když se pro to rozhodne. Když mu to vyhovuje, tak ať si do toho jde, když mu to nevyhovuje, tak ať do toho nechodí. Ale rozhodně to není otázka, jestli je ten člověk postižený' nebo ne*“ (J14). A v neposlední řadě „*podle mě to . . . na to maj' taky právo, jako zdraví, že jo. Když si na to troufaj', když jsou třeba oba nemocní a troufaj' si na to, tak proč ne. Mohli by, no, když jim to nedělá problém a jde to, nikdo jim v tom nebrání*“ (J'25).

### SUBKATEGORIE a) VIZE O MANŽELSTVÍ

Jak však mladí dospělí vnímají reálnost vstupu do manželství ve vztahu ke své osobě? V získaných datech lze identifikovat tři základní přístupy k této problematice, což poměrně přesně deklarují zvolené reprezentativní kódy dané subkategorie. Kód **splněný sen** zahrnuje takové signifikantní výroky mladých dospělých, jež odkazují na skutečnost, že manželství je pro ně něčím, v co nedoufali, že se vzhledem k jejich zdravotnímu stavu pro ně stane skutečností. Dodejme navíc, že tento kód v neposlední řadě odkazuje buď na konkrétní zkušenost respondenta s institucí manželství, anebo je synonymem pro plány, které se již brzy promění v realitu a stanou se tedy oním splněným snem: „*Já jsem ještě jeden z těch naivních, co na manželství věří*“ (M39), tudíž informant je nesmírně rád za to, „*že se mi to povedlo ještě za živa, že jsem neumřel dřív, než jsem se oženil*“ (M40). Také další respondentka uvedla, že „*už jsem vlastně zasnoubená a vím, že se vdávat budu. Já jsem si třeba myslela, že se nikdy vdávat nebudu (...), takže je třeba pro mě důležité mít velkou svatbu*“ (R14).

Naproti tomu kód *otevřená alternativa* v sobě skrývá takové výpovědi, pro něž byla charakteristická jistá nerozhodnost, či neutralita názorů ohledně manželství. Nejčastěji jsme zde přitom mohli identifikovat argumenty dotýkající se obav z nevydařeného manželství, selhání anebo z jakési egocentrické investice, která by v konečném důsledku zřejmě mnoho dobrého nepřinesla: „*Je to reálná představa, ale já ji nevyhledávám. Prostě je to něco, co přijde nebo nepřijde, manželství se nebráním, nicméně si nemyslím, že by bylo reálný.*“ (L43). Také u další respondentky jsme mohli vidět jistou otevřenost vůči manželství, ač prvotní výrok „*nehodlám se v životě vdávat (...) Kvůli jednomu krásnému dnu pak nebudu celý život nešťastná, když to neklapne*“ (J' 21; 23), jenž je v tomto případě zcela jistě determinován negativními zkušenostmi spojenými s rozvodem rodičů, naznačoval pravý opak. Postupně nicméně informantka uvedla, že rozprava s macechou o manželství „*mě přivedla na myšlenku, že to možná změním, že na to možná jednou přistoupím. Byla jsem fakt napevno rozhodnutá, ale když ona začala říkat tady ty věci, tak mě úplně obměkčila. Uplně to fakt jsem začala váhat, že na tom něco bude. Tak uvidíme časem*“ (J'23). Obdobný názor na manželství má v neposlední řadě respondent Jan, u něž je touha po manželství evidentně zastíněna obavami ze selhání, stereotypu a závazku, který do vztahu přinese jen povinnosti a omezení: „*Manželství bych se nebránil. Když se ale dva lidi rozejdou, tak si myslím, že je to jednodušší, než když už jsou spolu vdaný*“ (J14). Kromě toho se však domnívá, že manželství přináší do vztahu více strastí, než radostí, které se násobí s příchodem dětí, jelikož „*už ten vztah nemusí bejt takovej' otevřenej' a uvolněnej'*“ (J14).

Třetí přístup k manželství, jenž byl v datech nalezen, jsme souhrnně nazvali kódem *je to jen papír*, a jak již název napovídá, v jednotlivých názorech mladých dospělých s tělesným postižením je zdůrazňován zejména fakt, že manželství je pouhou oficialitou, papírem, bez něž si mladí dospělí svůj život s partnerem či partnerkou dokáží představit, protože jej dle jejich slov nepotřebují jako důkaz lásky ke svému protějšku: „*Pro mě je to takovej' víceméně jenom papír. Pro mě to v podstatě nic moc neznamená*“ (L44), dále „*jsem spíš zastáncem, že s někým můžu žít i bez manželství* (J14) a „*nepotřebuješ prostě papír na to, že někoho miluješ. Můžou bejt spolu i tak*“ (J'23).

Ač jsou tedy názory mladých dospělých s tělesným postižením značně variabilní a kolidují od pozitivního až k neutrálnímu, případně spíše negativnímu přístupu, z výpovědí respondentů lze usuzovat, že jsou si všichni vědomi toho, že je tato instituce výrazem pevné vazby, sdílené důvěry, kompletního závazku a přináší také celou řadu pozitivních změn. To vše jsou tedy nezpochybnitelné *výhody manželství*, které mají dle informantů převážně

praktický, ale do jisté míry i psychický charakter: „*Ema je součástí mě navždy, ať se děje, co se děje*“ (M41). Snad největším překvapením se nicméně pro Martina stala jednoznačná změna v intimním životě. Přisuzuje to zejména skutečnosti, že „*je tam jistota, že si nemusíš na nic hrát. Člověk přesně ví, co a jak máš rád, nemusíš se přetvařovat*“ (M41). Také Radana tvrdí, že mezi hlavní výhody manželství se řadí, že „*už všichni budou Hynka brát, že patří ke mně*“ (R14), ale zároveň je výrazem toho, že „*tomu člověku opravdu důvěřuješ, chceš s ním být*“ (R14). Nesporným kladem manželství je také to, že „*si na mě mohl brát volno z práce, když je prostě potřeba (...), a kamkoliv půjdeš, tak prostě už na to nebudu sama, ať je to vyřizování na úřadech, nebo já nevím, nějaké problémy, já nevím, finanční třeba*“ (R14). Další respondenti uvádí, že manželství může být zárukou sdílení informací o zdravotním stavu partnera anebo partnerky: „*Když ty lidi nejsou manželé, tak třeba jim není sdělen stav toho partnera v nemocnici*“ (J14) či „*když se tomu druhému něco stane, tak vlastně když nejste sezdáný, tak ti nemusí dát nikdo vědět*“ (J'23).

## SUBKATEGORIE b) VIZE O RODIČOVSTVÍ

S otázkou manželství je velmi úzce spjata také problematika rodičovství, jež v průběhu rozpravy s některými respondenty rovněž vyplula na povrch. Ze získaných dat lze usuzovat, že někteří respondenti mají **obavy z narození handicapovaného dítěte**, přičemž zejména u Martina je, vzhledem k dědičnosti jeho nemoci, tato obava zcela oprávněná: „*U těch vážnějších vztahů, který trvaly delší dobu, se mnou holky řešily těhotenství. Věděly, že to asi není možný, a když, tak to bude myopat, což nechtěly*“ (M27), v důsledku čehož „*těhotenství moc nechceme, aby to bylo moje dítě. Skoro už to tak vypadalo, že to tak jednou bude, ale moc to nechceme, protože je to dědičná záležitost*“ (M38). Také Jitka na základě osobní zkušenosti, kdy byla během porodu přidušena, a v důsledku čehož se nyní potýká se zdravotním znevýhodněním, vyjádřila obavu z toho „*aby nebylo taky nějaký nemocný třeba. Že bych třeba s ním pak musela cvičit, to bych pak nezvládla. Mě vytáhli pozdě a byla jsem přiškrčená a mám strach, že tomu děcku se to taky může stát, že jo, to samý, haluzově*“ (J'24).

Výpověďmi všech pěti respondentů se nicméně nesla jednoznačná, konsenzuální **touha po dětech**, která zejména u respondentek nabývá na významu a získává tak poměrně konkrétní obrysy. Touhu po dětech reprezentují následující datové fragmenty: „*Samozřejmě dítě chceme*“ (M38), dále „*chtěl bych mít nějaký děti*“ (J15) anebo „*doufám, že to jednou půjde*.“ (K16). Snad nejednoznačnější představy o roli matky má informantka Jitka, jež

uvedla, že „*chci děcka určitě*“ (J'23), přičemž by chtěla alespoň dva potomky: „*Podle mě jedno když je, tak je rozmazlený, a nemá si s kým hrát, takže to je na prd. Takže nejlepší jsou dvě minimálně*“ (J'23).

Zejména respondentky Kristýna a Jitka nicméně vyjádřily obavu ohledně zvládnutí *péče o dítě*. To lze přisuzovat určitému zakořeněnému modelu matky-pečovatelky v naší společnosti, který od žen očekává poskytnutí veškeré potřebné péči dítěti. Je však pochopitelné, že se zdravotním omezením může být poněkud problematičtější tato očekávání naplnit: „*Nebudu sama sobě nalhávat, že to bude prostě sranda - nebude to sranda. Já prostě někdy bojuju i sama se sebou, i když se to snažím zvládat, trvá mi to dvojnásobný množství času, ale zvládnou to. Ale s tím miminkem to prostě bude jiný jednou*“ (K16). Také pro Jitku je péče o miminko v současné době jen těžko představitelnou záležitostí, o to víc, když si ji už vyzkoušela na vlastní kůži a její obavy se víceméně potvrdily: „*Já ani nevím, jak to dítě budu přebalovat, natož ty ostatní věci. Protože máš jednu ruku skoro neschopnou, druhou zdravou - to se dá těžko zvládat*“ (J'24). Nejistotu související s péčí o dítě přiznává také Jan, který uvedl, že „*konkrétně si to neumím představit, co to zhruba obnáší, protože jsem rád, že se dokážu jakž takž postarat sám o sebe*“ (J15).

V souvislosti s výše uvedenými skutečnostmi tedy velmi často zaznívala potřeba spolehnout se na partnera, který bude k dispozici v případě, že se při péči o potomka objeví jakékoliv komplikace, a nenechá své partnerky na holičkách. Tyto požadavky tedy v sobě nese kód *nutná podpora partnera*, který reprezentují tyto datové fragmenty: „*Když budu na mateřské, tak je samozřejmě jasný, že budu potřebovat mít pracujícího partnera. Samozřejmě s tím souvisí to, že budu mít partnera, o kterém musím vědět, že v něm tu podporu mám. Že se na něho můžu za každý okolnosti spolehnout*“ (K15). Pakliže tedy respondentky nebudou zvládat péči o potomka v dostatečné míře, uvádí, že „*když to nebudu zvládat já, tak musí prostě nastoupit on, počítat s tím, že tady prostě musí být*“ (K16) a „*co se týče péče, tak si právě myslím, že bych to nezvládla, že právě až fakt budu chtít dítě, tak s někým, s kým si fakt budu jistá, že to je ten pravej, že mě nenechá ve štychu a pomůže mi*“ (J'24). Jen pro úplnost dodejme, že obě respondentky v průběhu rozhovoru zmínily využití speciálních kompenzačních pomůcek pro handicapované matky, a tak věří, že i za pomoci nich si roli matky jednou budou moci vyzkoušet.

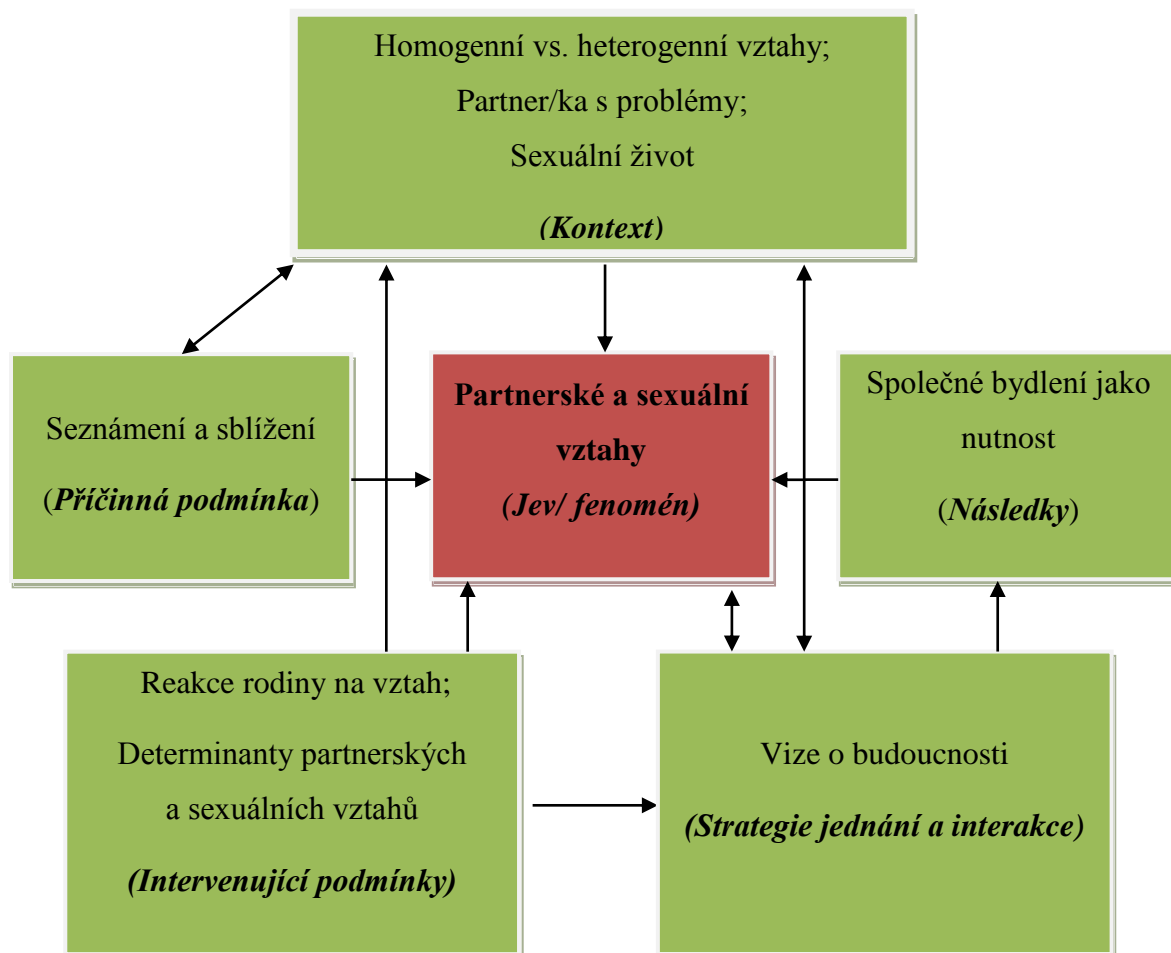
***Shrnutí kategorie Vize o budoucnosti***

Tato kategorie rozkryla, též pomocí dvou subkategorií, názory mladých dospělých s tělesným postižením na jejich budoucnost v podobě manželství a rodičovství. Z analýzy vyplynulo, že zatímco část respondentů o manželství velmi realisticky přemýšlí a je si vědoma jeho výhod, druhá polovina z nich vůči této problematice zaujímá neutrální až negativisticky laděné stanovisko. I přes rozdílné názory na manželství však většinu respondentů spojuje touha po dětech. Lze konstatovat, že úvahy a představy informantů o dětech do značné míry modifikuje specifický zdravotní stav každého z nich, v důsledku čehož zde můžeme vysledovat zvýšený význam podpory ze strany partnera.



## 6.2 Paradigmatický model a jeho interpretace

Touto kapitolou se dostáváme k druhé úrovni analýzy, k axiálnímu kódování, jež spočívá v aplikaci obecného kódovacího paradigmatu. Tento model nám nastíní vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a má následující strukturu:



Obr. č. 5: Paradigmatický model sestavený v rámci axiálního kódování (Vlastní výzkum, 2013-2014).

*Jev*, někdy v metodologické literatuře synonymně nazýván též fenomén, jsme identifikovali na základě kladení otázek: Čeho se údaje týkají? O čem pojednávají? O čem jsou jednání a interakce? Můžeme říci, že ústředním tématem, kolem nějž se soustřeďují všechny ostatní kategorie a subkategorie, jsou *partnerské a sexuální vztahy*, jelikož právě ty drží jednotlivé části schématu při sobě.

*Příčinná podmínka* odkazuje na události anebo případy, které vedou k výskytu, případě vzniku jevu (Strauss, Corbinová, 1999, s. 73). Není pochyb o tom, že zásadním milníkem, který vede ke vzniku partnerských a následně i sexuálních vztahů, je právě seznámení

a sblížení, které v případě našich respondentů probíhalo v různých prostředích a mělo různou intenzitu. Takto vzniknuvší partnerský a sexuální vztah má určité vlastnosti (*kontext*), které jsou zároveň souborem podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání a interakce vedoucí ke zvládnání nebo reagování na určitý jev (Strauss, Corbinová, 1999, s. 74). Jak můžeme vidět, vlastností partnerského a sexuálního vztahu je v tomto případě nejen volba partnera či partnerky s problémy, ale také to, o jaký typ vztahu se jedná, tedy, zda jde o vztah s handicapovaným anebo zdravým partnerem. Nedílnou součástí každého vztahu je sexuální život, který je vyústěním sblížení partnerů a který rovněž zásadní měrou ovlivňuje vztah, zejména pak jeho kvalitu a další směřování. Všechny tyto faktory pak ve větší či menší míře určují a determinují vize o budoucnosti, tedy *strategie jednání a interakce*.

*Intervenující podmínky* jsou dle Strausse, Corbinové (1999, s. 75) široké a obecné podmínky, které ovlivňují strategie jednání, a současně ovlivňují kontext a zejména samotný jev. Zařadili jsme sem reakce rodiny na vztah, které mohou být velmi různorodé, od těch pozitivních až po negativní, a velmi úzce souvisí právě s typem vztahu, ale také s tím, jak rodiče reagují na partnera, jak ho vnímají a jak se k němu chovají. Negativní reakce mohou oslabit do té doby pevné základy vztahu, zatímco pozitivní reakce jej mohou ještě více upevnit. Stejně tak determinanty partnerských a sexuálních vztahů můžeme vzhledem k jejich povaze vnímat jako činitele, které se podepisují nejen na okolnostech fungování vztahu, ale také na úvahách respondentů o budoucnosti, čili na jejich plánech, představách o tom, jaký život budou vést za pár let (*strategie jednání a interakce*). Tyto strategie jednání a interakce pak mají jakýsi dvoudimenzionální charakter, jelikož ovlivňují partnerský a sexuální vztah jako celek, ale zároveň je to tento vztah, který ony úvahy o budoucnosti utváří a modifikuje.

*Následky* jsou pak situace anebo jevy, jež nebývají vždy předpověditelné nebo zamýšlené, a jsou důsledky akcí a strategií, ať už úmyslných anebo neúmyslných (Strauss, Corbinová, 1999, s. 78; Hendl, 2005, s. 250). Tímto nepředvídatelným jevem se stalo společné bydlení, které mělo povahu nutnosti, a které vyřešilo některé akutní problémy, s nimiž se respondenti anebo jejich partneři potýkali. Zároveň představy o budoucnosti v některých případech vedly k rozhodnutí páru trávit spolu více času, žít spolu pod jednou střechou, přičemž tato potřeba se jevila u vybraných respondentů jako velmi intenzivní. Nastaly však i takové situace, kdy právě ona nutnost se ukázala jako vlastnost, jež zpětně v negativním slova smyslu ovlivnila partnerské a sexuální vztahy jako takové.

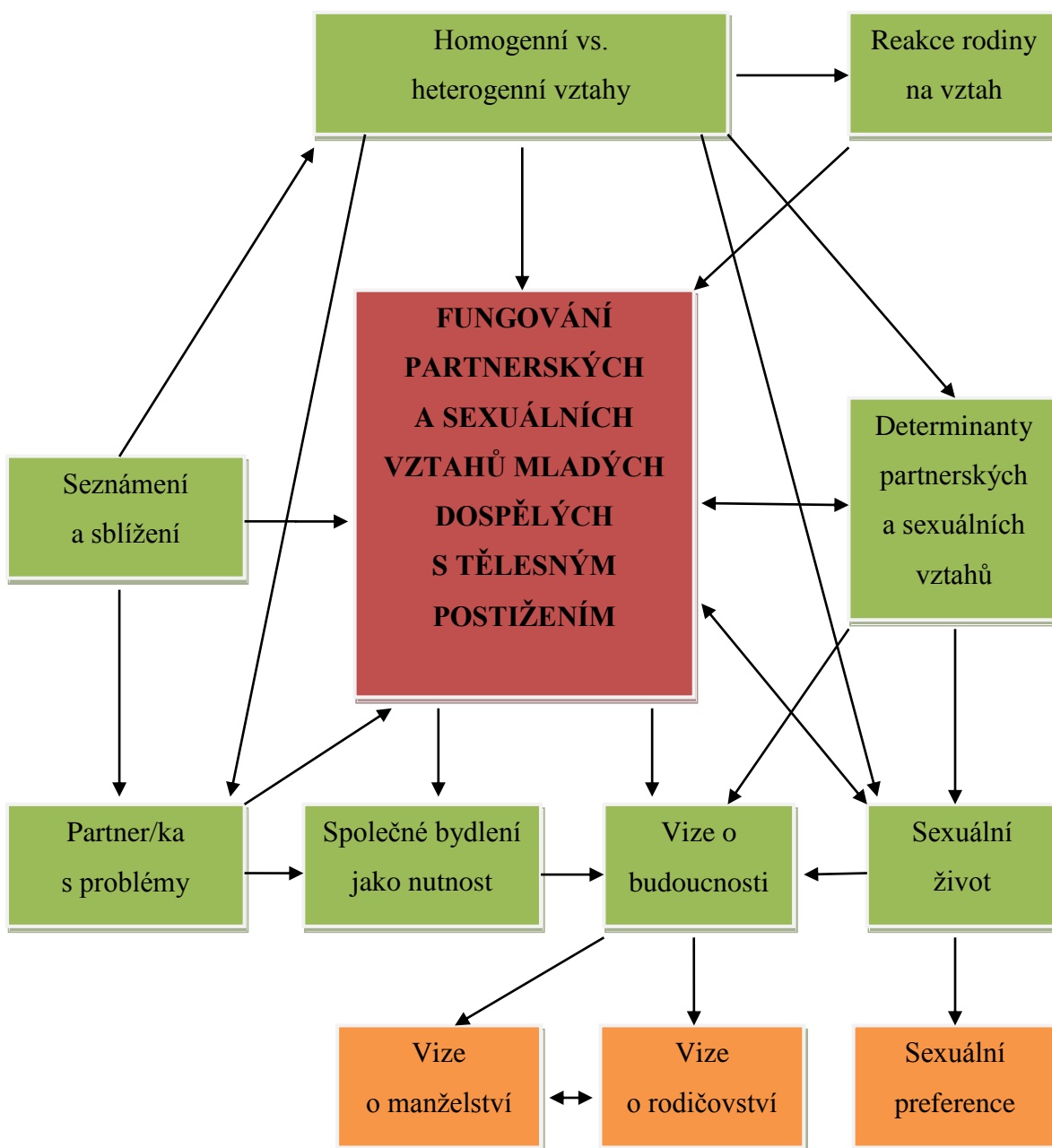
### 6.3 Zakotvená teorie a její interpretace

#### Legenda schématu

Červená barva - centrální kategorie

Zelená barva - kategorie

Oranžová barva - subkategorie



Obr. č. 6: Schéma nově vygenerované teorie (Vlastní výzkum, 2013-2014).

Schéma nově vygenerované teorie, jež se opírá výlučně o data získaná v rámci tohoto výzkumu, je sondou do fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením. Zároveň nám narativně podaný návrh teorie odkrývá odpovědi na stanovené výzkumné otázky, tj. na hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky, tudíž následující řádky poslouží též jako závěrečné shrnutí celého výzkumného šetření.

### 6.3.1 Analytická verze příběhu

Partnerské a sexuální vztahy představují nedílnou součást života mladých dospělých s tělesným postižením, leč do jejich fungování intervenuje řada významných činitelů, které jsou vzájemně provázané, mají své příčiny a následky a nelze je proto vnímat izolovaně. Ovlivňují totiž fungování těchto vztahů nejen z hlediska kvalitativního, ale též časového. Je tedy třeba je reflektovat a do jisté míry se jim také přizpůsobovat, protože se těmito vztahy takřka neustále prolínají a jsou jejich neoddelitelnou součástí.

Již samotné možnosti mladých dospělých s tělesným postižením navázat plnohodnotný partnerský vztah, jehož součástí by byly také sexuální zkušenosti, mají úzkou souvislost se somatickým znevýhodněním jako takovým. Ukázalo se totiž, že ti mladí dospělí, kteří jsou kvůli svému zdravotnímu znevýhodnění odkázáni na pomoc další osoby, měli buď problém navázat jakýkoliv milostný kontakt, případně měli omezené možnosti tento rodící se vztah následně prohlubovat a upevňovat do takové míry, jak by si zasluhoval. S ohledem na výše uvedené skutečnosti se tedy mladí dospělí s tělesným postižením obvykle seznamují v takových prostředích, kde se zmíněné okolnosti nestávají zásadní překážkou při zrodu milostných vztahů. Nejčastěji se tak děje v prostředích, která jsou pro ně dosažitelná a kde se tedy cítí uvolněně, rovnocenně a přirozeně. Tato kritéria splňují jednak nejrůznější zájmové a společenské akce, ale i školní a lázeňské prostředí, neboť se zde střetávají s lidmi, které něco spojuje, ať už zdravotní znevýhodnění, obdobné zájmy anebo studijní povinnosti. Kromě toho se jim zejména ve škole a v lázních otevírají nové možnosti v oblasti sociálních a interpersonálních vazeb, neboť se tady cítí na jedné lodi s ostatními lidmi, mohou si v kolektivu budovat jisté postavení a upevňovat si tak sebejistotu při navazování vztahů. Někteří mladí dospělí se však seznamují se svými protějšky zprostředkovaně, tedy pomocí virtuálního prostředí, kde mají možnost se v plné míře projevit, být sami sebou a hlavně kompenzovat deficit kontaktů s příslušníky opačného pohlaví, aniž by se právě tělesné postižení primárně stalo zdrojem nezájmu anebo odmítnutí ze strany potenciálního partnera či partnerky.

Lze říci, že ať už ve virtuálním anebo přirozeném prostředí, mladí dospělí s tělesným postižením uplatňují specifická kritéria při výběru partnera. Svědčí o tom fakt, že jen v ojedinělých případech se sblíží se zdravotně znevýhodněnými jedinci, přičemž někdy jde o záměr, jindy spíše o náhodu. Jako zcela nenáhodný se nicméně jeví fakt, že si, jak u homogenních, tak heterogenních vztahů, vybírají takové protějšky, u nichž lze shledat určitá znevýhodnění. Ta sice nejsou somatické povahy, jak bychom možná mohli očekávat, ale mají charakter například emoční a vztahové nestability, psychických obtíží, intimní nesladěnosti, sociálně-patologických návyků anebo existenciálních problémů. Ty se obvykle staly zdrojem konfliktů a hádek, které oslabily vzájemnou důvěru a porozumění mezi partnery a v některých případech dokonce vyústily v rozchod páru, případně otevřely úvahy o něm.

Pokud se tak ovšem nestalo, zejména existenciální problémy partnerů vedly ke společnému soužití páru. Zdůrazněme, že na toto společné bydlení je třeba nahlížet prizmatem nutnosti a nevyhnutelnosti, přičemž právě taková životní změna ověřila pevnost vztahu. Potřeba přizpůsobit se jeden druhému, vzájemně koexistovat, sdílet radosti a strasti každodenního života a s tím související povinnosti totiž ve většině případů vztah oslabily a tyto destruktivní dopady zcela logicky otevřely úvahy o společné budoucnosti. Zatímco pro některé mladé dospělé získávají vize o budoucnosti konkrétní, reálné obrysy, u dysfunkčních vztahů jsou tyto představy zastíněny spíše obavou z dalšího vývoje vztahu a z hrozící samoty. Většinu mladých dospělých však i navzdory tomu spojuje touha po uzavření manželství a z toho vyplývající přání založit vlastní, prokreační rodinu.

Fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením nicméně zásadní měrou ovlivňuje také to, o jaký typ vztahu se jedná. Ač homogenní páry řeší do jisté míry odlišné problémy, než páry heterogenní, přeci jen je něco spojuje: jsou konfrontovány s obtížemi vyplývajícími ze zdravotního znevýhodnění. Ty se zcela logicky nedají ovlivnit vůlí, mladí dospělí jsou vůči nim mnohdy bezradní, ovšem i navzdory tomu vyvolávají či ovlivňují poměrně širokou škálu jevů, které v konečném důsledku působí na fungování partnerských a sexuálních vztahů jako celku. Lze říci, že i když se bariéry, ať už architektonické anebo psychické, mohou na jednu stranu stát zdrojem sblížení partnerů, stejně tak je mohou od sebe vzdálit či zcela oddělit. Takovými vlastnostmi se vyznačují například reakce rodiny na vztah, jež kolidují od akceptujících až po striktně odmítající. Je přitom třeba rozlišit, jedná-li se o reakce rodičů mladých dospělých s tělesným postižením, či o reakce rodičů jejich partnerů. V obou případech sice můžeme spatřit totožné snahy

rodičů - chránit dítě, ovšem pohnutky tohoto chování jsou již diametrálně odlišné. Zatímco pro rodiče dětí s handicapem představuje separace a s tím související osamostatňování jejich potomka novou životní událost, na níž se musí adaptovat, a se kterou se zejména matky - pečovatelky velmi obtíže srovnávají, v případě druhé strany - primárně u matek - se hrávají důležitou roli předsudky, neochota dozvědět se něco nového a striktní negativismus vůči partnerovi s handicapem. Často tedy vztah vědomě bojktovaly a napomohly tak mimo jiné k jeho rozpadu.

Dvoudimenzionální optikou můžeme nahlížet též na determinanty partnerských a sexuálních vztahů. Ty jsou částečně ovlivněny složením páru, jelikož každý vztah s sebou přinášel individuální obtíže, ale i nutnost je adekvátně kompenzovat, ale samozřejmě ovlivňují též fungování vztahu jako takového. Přístup partnera k handicapu, nadhled nad každodenní problémy, sebepojetí, komunikace či předsudky - to vše jsou faktory, jež intervenují do fungování vztahu. V souvislosti s nimi vyplul na povrch fakt, že pro vztah, jeho pevnost a další směřování do budoucnosti, bylo velmi důležité, jakým způsobem mladí dospělí s těmito determinanty pracují, resp. jak se s nimi vyrovnávají.

Tyto determinanty, společně s již zmíněným složením vztahu, ovlivňují kvalitu sexuálního života, která však částečně vychází z fungování vztahu jako celku a samozřejmě jej, spolu s vizemi o budoucnosti, i zpětně ovlivňují. Souhrnně lze sexuální život mladých dospělých s tělesným postižením zhodnotit jako relativně uspokojivý, leč jsou jak heterogenní, tak i homogenní páry konfrontovány s určitými obtížemi. Tyto limity si ovšem páry dokáží, zejména prostřednictvím otevřené komunikace, vyřešit k oboustranné spokojenosti, přičemž zejména u heterogenních párů se otevírají širší možnosti kompenzace formou iniciativy zdravého partnera a sexuálních pomůcek. V rámci hodnocení sexuálního života však byla mladými dospělými vyjádřena ještě touha objevovat nové věci a experimentovat, které by mohly oživit některé poměrně stereotypní vztahy. V neposlední řadě byl ze strany žen kladen důraz na empatii a trpělivost.

## 6.4 Doporučení pro praxi

Na předchozích stranách jsme věnovali pozornost analýze a interpretaci získaných dat. Aby však byl přínos naší práce co největší, v rámci této kapitoly se zaměříme na formulování několika doporučení do praxe, na něž by bylo dobré se v budoucnu zaměřit.

Z dat vyplynulo, že fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením má svá specifika, která je třeba reflektovat. Naše první *doporučení do praxe* bychom však primárně směřovali k osvětě. Abychom totiž mohli formulovat další, konkrétnější doporučení praktické povahy, je třeba je stavět na určitých znalostech a vzhledu do této problematiky. Jak už však bylo v této práci několikrát zdůrazněno, informovanost naší společnosti - osob se zdravotním znevýhodněním, intaktní populace i odborné veřejnosti - o této problematice je prozatím minimální, a proto musíme naše doporučení přizpůsobit těmto okolnostem. Prvním krůčkem ke změně by tedy mohla být právě osvěta. Je totiž třeba si uvědomit, že až ve chvíli, kdy pochopíme, jak partnerské a sexuální vztahy jedinců se somatickým znevýhodněním fungují, budeme my všichni, společnost jako celek, schopni vzájemně koexistovat, aniž by naše interakce byly obestřeny psychickými bariérami, nepochopením či antipatiemi. To vše pak může otevřít nové možnosti mladých dospělých s tělesným postižením při navazování vztahů, ale jak doufáme, může také mnohým rodičům přinést nový, racionálnější pohled na tuto problematiku, což je, jak vyplynulo z našeho výzkumu, nesmírně důležité.

Součástí této osvěty by dle našeho názoru měla být rovněž sexuální výchova, jež by byla zaměřena na všechny věkové kategorie - adolescenty, dospělé i seniory - neboť každá cílová skupina může vnímat a objevovat svou sexualitu diametrálním způsobem, což je třeba v rámci této edukativní a preventivně orientované činnosti zohlednit. Kromě toho doporučujeme zavést konzultace s odborníky (například se sexuology, gynekology, ortopedy atd.), kteří by jednak osobám s tělesným postižením poskytli konkrétní informace dotýkající se jejich sexuálního života, ale třeba také zodpověděli jejich dotazy související s problematikou manželství a rodičovství. Z výpovědí mladých dospělých totiž vyplynulo, že taktéž oni sami měli zpočátku poněkud zkreslené představy o tom, jak by jejich potenciální partnerské a sexuální vztahy mohly fungovat. Bylo to však dáno zejména nedostatkem informací a zdrojů souvisejících s touto problematikou. Jen těžko bychom navíc v současné době hledali fundovaného odborníka, který by byl schopen tento deficit adekvátně kompenzovat. Domníváme se proto, že by bylo v budoucnu dobré zaměřit se na rozvoj jakési specifické poradenské činnosti pro osoby s tělesným postižením, která by byla orientována zejména na oblast partnerskou a sexuální.

Je zřejmé, že především sexuální život osob s tělesným postižením je zdrojem celé řady limitů, které tito jedinci kompenzují individuálně odlišným způsobem. Pouze v jednom případě však bylo zmíněno využití sexuálních pomůcek. Lze to přisuzovat také faktu, že

v České republice v podstatě neexistují sexuální pomůcky, které by byly upraveny speciálně pro potřeby osob se zdravotním znevýhodněním. Naše poslední doporučení do praxe bychom tudíž směřovali tímto směrem, přičemž optimální řešení bychom mohli hledat dvojím způsobem. První možností by bylo zaměřit se na dostupnost takových pomůcek v zahraničí a zprostředkovat je taktéž na českém trhu. Druhým, vhodnějším řešením by pak bylo zjistit poptávku po těchto pomůčkách ze strany osob se zdravotním znevýhodněním a v případě kladné odezvy zajistit výrobu speciálních erotických pomůcek a hraček u českých výrobců.



## ZÁVĚR

Mohlo by se zdát, že v současné době je tělesným prožitkům a lidské sexualitě přikládán až příliš velký význam. Mnoho jedinců se snaží dostat svým tělem všeobecného uznání, čímž se i samotná sexualita a partnerské vztahy stávají měřítkem úspěchu a významně tak ovlivňují společenské postavení daného jedince. Lze tedy říci, že sexualita se stává sociálním ukazatelem (Drábek, 2013, s. 91), v důsledku čehož se tato problematika stává stále aktuálnější ve vztahu k osobám s tělesným postižením. Z mnoha studií a dosud realizovaných výzkumných šetření je totiž patrná jejich touha po lásce, blízkém intimním vztahu a po vlastní rodině, ovšem ne všem se podaří tyto potřeby, které jsou zároveň významnými ukazateli kvality života, naplnit.

Velmi často se přitom zdá, jako by toto téma bylo příliš citlivé, osobní, na to, aby se o něm otevřeně hovořilo. Je však třeba si uvědomit, že mlčení anebo přivírání očí před touto problematikou, která je nedílnou součástí našich životů, budou mít za následek, že se již vzniklé dezinformace, mýty a předsudky budou ještě více prohlubovat, a stanou se tak synonymem pro začarovaný kruh, z něž se jen velmi obtížně hledá cesta ven.

S takovým vývojem situace bychom se jakožto sociální pedagogové a zároveň členové komunity osob se zdravotním znevýhodněním nemohli spokojit, či mu jen nečinně přihlížet. Zpracovanou diplomovou práci proto vnímáme jako příležitost vnést do této tematiky světlo poznání, a to nejen prostřednictvím teoretických poznatků, které odpoví na řadu nevyřešených, o to však významnějších otázek, ale také vlastního výzkumu, jenž nahlíží na partnerské a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením praktickou optikou.

*Teoretická část* sestává ze tří kapitol, v rámci nichž jsme se zaměřovali na charakteristiku osob s tělesným postižením z mnoha různých perspektiv: medicínské, psychologické, sociálně-pedagogické a sociální. Všechny tyto aspekty je třeba pochopit, neboť se prolínají a determinují samotné fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením, jež jsme si vzali pod drobnohled ve třetí kapitole.

Na teoretické poznatky jsme pak navázali druhou, *empirickou částí práce*, která byla realizovaná formou šesti polostrukturovaných interview s mladými dospělými s tělesným postižením. Cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jaké názory zaujímají mladí dospělí s tělesným postižením na partnerské a sexuální vztahy. V rámci dílčích cílů jsme se pak zabývali tím, jak fungují partnerské a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením, co především ovlivňuje fungování těchto vztahů, a jaké jsou názory zkouma-

ných osob na instituci manželství. Získaná data byla analyzována pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Výstupem našeho kvalitativně orientovaného výzkumného šetření je zakotvená teorie, jež je sondou do fungování partnerských a sexuálních vztahů mladých dospělých s tělesným postižením. Tato nově vygenerovaná teorie, opírající se výlučně o data získaná v rámci tohoto výzkumu, ukazuje partnerské a sexuální vztahy mladých dospělých s tělesným postižením v novém, srozumitelném a zejména zcela fyziologickém světle. Odkryla odpovědi na otázky, které si kladou mnozí z nás, avšak málokdo má dostatek odvahy vyslovit je nahlas: Jakým způsobem tito lidé navazují partnerské vztahy? Jak funguje jejich sexuální život? Jaké jsou plány mladých dospělých s tělesným postižením do budoucna? Touží po dětech a rodině?

Doufáme tedy, že se zakotvená teorie stane nejen zdrojem poznání, inspirace a nových diskuzí, ale také iniciátorem tolerance a vzájemného porozumění, v čemž také spatřujeme její hlavní přínos a s tím související využitelnost v praxi. Naše neinformovaná a konzervativní společnost však dle našeho mínění stále není připravena diskuze na toto téma otevírat, vést a případně je usměrňovat žádoucím směrem. Naším záměrem proto je postupně odstraňovat vzniknuvší bariéry a šířit tyto tolik potřebné informace nejen v komunitě osob se zdravotním znevýhodněním, ale také mezi intaktní populací. Věříme, že tato diplomová práce se nám stane oporou při realizaci těchto nemalých cílů, které jsou pro nás, stejně jako v uplynulých měsících práce samotná, velkou výzvou, jíž bychom rádi zdárně splnili.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografické publikace

- [1] ATKINSON, Rita L. et al, 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- [2] BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ, 2006. Podmínky integrativního / inkluzivního vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. In PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
- [3] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2005. *Terénní krizová práce: Psychosociální a intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-0708-X.
- [4] BENNET, Libby & Ginger HOLCER, 2010. *Finding and Revealing Your Sexual Self: A Guide to Communicating about Sex*. United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. ISBN 978-1-4422-0036-4.
- [5] BLATNÝ, Marek a kol., 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: GradaPublishing a.s. ISBN 978-80-247-3434-7.
- [6] BRANSON, Bernard, 2012. *Choosing a Life Partner: 12 Qualities of a Right Choice*. United Kingdom: Create Space Independent Publishing Platform. ISBN 978-1475108231.
- [7] BROWN, Roy I., 1997. *Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practice*. Second Edition. United Kingdom: Stanley Thornes (Publishers) Ltd. ISBN 0-7487-3294-2.
- [8] BRYAN, Willie V., 2009. *Sociopolitical Aspects of Disabilities*. Illionis: Charles C. Thomas Publisher, Ltd. ISBN 978-0-398-07917-8.
- [9] CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 987-80-247-4033-1.
- [10] CAMPOS, David, 2002. *Sex, Youth, And Sex Education: A Reference handbook*. Santa Barbara, California: Library of Congress Cataloging -in- Publication Data. ISBN 1-800-368-6868.
- [11] COOPER, Elaine a John GUILLEBAUND, 1999. *Sexuality and Disability: A guide for everyday practice*. Oxon: Radcliffe Media Press Ltd. ISBN 1 85775 319 4.

- [12] DAS NAIR, Roshan a Catherine BUTLER, 2012. *Intersectionality, Sexuality and Psychological Therapies: Working with Lesbian, Gay and Bisexual Diversity*. UK: John Wiley & Sons Ltd. ISBN 978-0-470-97499-5.
- [13] DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- [14] DRÁBEK, Tomáš, 2013. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením - publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. ISBN 978-80-260-5282-1.
- [15] FARKOVÁ, Marie, 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2480-5.
- [16] FIFKOVÁ, Hana, 2010. Poruchy pohlavní identity. In WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [17] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [18] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [19] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [20] GILLERNOVÁ, Ilona a Vladimír KEBZA, RYMEŠ, Martin, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2798-1.
- [21] GOFFMAN, Erving, 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-21-0.
- [22] HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, 2004. Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In VÁGNEROVÁ, Marie a Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ, ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.
- [23] HELUS, Zdeněk, 2011. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3037-0.

- [24] HENDERSON, George a Willie W. BRYAN, 2011. *Psychological Aspects of Disability*. Fourth edition. United States of America: Library of Congress Cataloging -in- Publication data. ISBN 978-0-398-8614-5.
- [25] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [26] CHRÁSKA, Miroslav, 2008. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [27] JANDOUREK, Jan, 2008. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2397-6.
- [28] JANDOUREK, Jan, 2010. *Čítanka sociologických klasiků*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2934-3.
- [29] JANDOUREK, Jan, 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3679-2.
- [30] JONÁŠKOVÁ, Vlasta, 2004. Dítě s poruchou mobility. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Dítě se specifickými vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0231-9.
- [31] KÁBELE, František a kolektiv, 1970. *Somatopedie*. 2. upravené vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- [32] KAUFMAN, Miriam a Cory SILVERBERG, ODETTE, Fran, 2013. *The Ultimate Guide to Sex and Disability: For All of Us Who Live with Disabilities, Chronic Pain, and Illness*. Berkley, CA: Cleis Press. ISBN 978-1573443043.
- [33] KOPECKÁ, Kateřina, 2012. Osobnost žáka s tělesným postižením. In ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3378-3.
- [34] KRACÍK, Jiří, 1992. *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-626-9.
- [35] KUTNER, Nancy G., 2007. The Sociology of Disability. In BRYANT, C. D. and D. L. PECK. *21st Century Sociology*. New York: SAGE Publications, Inc. ISBN 9781412916080.

- [36] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1284-9.
- [37] LINTON, Simi, 1998. *Claiming disability: Knowledge and Identity*. New York: New York University Press. ISBN 0-8147-5134-2.
- [38] MARTZ, Erin a Hanoch LIVNEH, 2007. *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. New York: Springer Science+Business Media, LLC. ISBN 978-0-387-48668-0.
- [39] MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-901424-7-8.
- [40] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1362-4.
- [41] MURPHY, Robert F., 2001. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-98-2.
- [42] NOVOSAD, Libor, 1997. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: Kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-268-1.
- [43] NOVOSAD, Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.
- [44] NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [45] OLKIN, Rhoda, 2012. *What Psychotherapists Should Know About Disability*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc. ISBN 1-57230-643-2.
- [46] OLSEN, Richard a Harriet CLARKE, 2003. *Parenting and Disability: Disabled Parents' Experiences of Raising Children*. United Kingdom: The Policy Press. ISBN 1 86134 364 7.
- [47] PASTOR, Zlatko, 2007. *Sexualita ženy*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1989-4.
- [48] PELIKÁN, Jiří, 2011. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1916-3.

- [49] PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK, 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1216-4.
- [50] PFEIFFER, David, 2005. The conceptualization of disability. In MAY, G. E. a M. B. RASKE (ed.). *Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers*. Boston: Pearson & AB. ISBN 0-205-37942-7.
- [51] PFEIFFER, David, 2012. The Disability Studies Paradigm. In DEVLIEGER, Patrick a Fran RUSCH, PFEIFFER, David. *Rethinking Disability: The Emergence of New Definitions, Concepts and Communities*. Philadelphia: Garant. ISBN 978-9044113945.
- [52] PLHÁKOVÁ, Alena, 2006. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-0871-X.
- [53] PRŮCHA, Jan a Jaroslav VĚTEŠKA, 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3960-1.
- [54] REITER, Shunit, 2008. *Disability from a Humanistic Perspective: Toward a Better Quality of Life*. New York: Nova Science Publishers, Inc. ISBN 978-1-60456-412-9.
- [55] RENOTIÉROVÁ, Marie, 2006. Speciální pedagogika osob s tělesným postižením. In RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.
- [56] ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.
- [57] ŘÍČAN, Pavel, 2010. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3133-9.
- [58] SLAMĚNÍK, Ivan, 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3311-1.
- [59] SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [60] SOLLÁROVÁ, Eva, 2008. Socializace. In VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK (eds.). *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1428-8.

- [61] SPILKOVÁ, Jana, 2013. Psychosexuální vývoj a jeho poruchy. In VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál s.r.o. ISBN 978-80-262-0373-5.
- [62] STRAUSS, Anslem a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce. ISBN 80-85834-60-X.
- [63] ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. Analýza kvalitativních dat. In ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [64] ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. Proces kvalitativního výzkumu a jeho plánování. In ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [65] ŠÍDOVÁ, Lucie, 2013. Od sexuálních služeb k sexuální asistenci. In ŠÍDOVÁ, Lucie a Jana POLÁKOVÁ, MALINOVÁ, Hana a kol. *Ze sexbyznysu na trh práce? Přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. ISBN 978-80-260-4963-0.
- [66] ŠIFFELOVÁ, Daniela, 2010. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2938-1.
- [67] ŠMOLKA, Petr, 2005. *Výběr partnera pro nezadané i zadané: Partnerské očekávání, princip podobnosti, význam přitažlivosti, příběhy*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1080-3.
- [68] ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2010. Sexualita handicapovaných. In WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [69] ŠULOVÁ, Lenka, 2010. Sexuální výchova. In: WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [70] ŠVARŤÍČEK, Roman, 2007. 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. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [71] TURNBULL, Ann P. a H.R.Turnbull, 2012. From The Old to The New Paradigm of Disability and Families: Research to Enhance Family Quality of Life Outcomes. In PAUL,



James L. (et al.). *Rethinking Professional Issues in Special Education*. United States of America: Library of Congress Cataloging -in- Publication data. ISBN 1-56750-627-5.

[72] UZEL, Radim a Miroslav MITLÖHNER, 2007. *Vybrané otázky lidské sexuality*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-609-9.

[73] VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.

[74] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

[75] VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

[76] VALENTA, Milan a kol., 2003. *Přehled speciální pedagogiky a školské integrace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0698-5.

[77] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. Lidská sexualita a její změny. In VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál s.r.o. ISBN 978-80-262-0373-5.

[78] VÍTKOVÁ, Marie, 2004. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

[79] VÍTKOVÁ, Marie, 2006. *Somatopedické aspekty*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

[80] VÍTKOVÁ, Marie, 2006. Somatopedie - Klasifikace pohybových vad. In PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.

[81] VOLFOVÁ, Iva a Miloš VELEMÍNSKÝ sr., 2008. 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. ISBN 978-80-7387-129-1.

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

[83] WALTERS, J. Donald, 1997. *Secrets of self-acceptance*. China: Crystal Clarity Publishers. ISBN 1-56589-043-4.

[84] WEISS, Petr, 2010. Evoluční základy lidské sexuality. In: WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2492-8.

[85] WILLERTON, Julia, 2012. *Psychologie mezilidských vztahů*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3924-2.

[86] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001. *International classification of functioning, disability and health: ICF short version*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 92 4 154544 5.

[87] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4062-1.

### Časopisecké příspěvky

[88] CHANCE, Randi S., 2002. To love and beloved: Sexuality of people with physical disabilities. *Journal of Psychology and Theology*. Biola Univerzity: Rosemead school of Psychology, roč. 30, č. 3, p. 195-208.

[89] KAMBERG, Mary-Lane, 1990. Sexuality of People with Disabilities. *Current Health* 2. roč. 16, č. 9, p. 4.

[90] KRACÍK, Jiří, 1984. Tělesně postižený jedinec a výchova k manželství a rodičovství. *Sociální politika*. Roč. 10, č. 6, s. 136-137. ISSN: 0049-0962.

[91] MEYERSON, Lee, 1948. Physical Disability as a Social Psychological Problem. *Journal of Social Issues*. Roč. 18, č. 4, p. 4.

### Elektronické příspěvky a články

[92] Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013. In: *Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013: ÚZIS ČR* [online]. 2013, 31. leden 2013 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>

[93] ANTONOVÁ, Barbora. Sexuální asistence po francouzsku. In: *Sexuální asistence po francouzsku: Vozíčkář* [online]. 2013 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://vozickar.com/sexualni-asistence-po-francouzsku/>

- [94] L'assistance. *L'assistance: Corps Solidaires* [online]. 2013 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://corps-solidaires.ch/lassistance/>
- [95] Disability and sexual issues. *Disability and sexual issues: Better Health Channel* [online]. 2013 [cit.2013-11-01]. Dostupné z: [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Disability\\_and\\_sexual\\_issues](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Disability_and_sexual_issues)
- [96] Disability Benefits. *Social Security Official Social Security Website* [online]. 2011 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://www.ssa.gov/pgm/disability.htm>
- [97] FLECHTNEROVÁ, Jana. Sexualita osob se zdravotním handicapem. In *Bulletin společnosti C-M-T*, 2006. Opava: XORS office Opava. [online]. 2006. [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://www.c-m-t.cz/index.php?u1=0&sekce=4>.
- [98] FUČÍK, Petr. Věková homogamie českých sňatků 1920-2000. *Sociologický časopis: Czech Sociological Review*. 2006, roč. 42, č. 4, s. 719-734. Dostupné z: [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/b2cb9930f9deeb5612f9ad06e830ab017a3c435e\\_220\\_07fucik17.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/b2cb9930f9deeb5612f9ad06e830ab017a3c435e_220_07fucik17.pdf)
- [99] HANÁKOVÁ, Adéla. Rodič se zdravotním postižením a společnost. In: *Rodič se zdravotním postižením a společnost: Šance Dětem* [online]. 2012, 2013 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotne-znevychodneny-rodic/rodic-se-zdravotnim-postizenim-a-spolecnost.shtml>
- [100] HOWELLS, Shelli Proffitt. The Effects of a Severe Disability on a Marriage. In: *The Effects of a Severe Disability on a Marriage: Motherhood - ModernMom* [online]. 2011 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://motherhood.modernmom.com/effects-severe-disability-marriage-9804.html>
- [101] CHALOUPKOVÁ, Jana. Vstup do dospělosti: Co znamená být dospělý podle Evropského sociálního výzkumu 2006. In: *SOCIOWEB.CZ* [online]. 2011 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php/upl/teorie/index.php?disp=temata&shw=366&lst=119>.
- [102] JAKUBŮV, Martina. Sexualita a lidé se specifickými potřebami. In: *Sexualita a lidé se specifickými potřebami Sexualita: Dobromysl* [online]. 2009 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=114>

- [103] JANIŠ, Kamil. Sexuální výchova včera, dnes a zítra. In *12. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Sborník referátů. Pardubice: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu.* [online]. 2004. [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: [http://www.planovanirodiny.cz/storage/brod08/02sv\\_vcera\\_dnes\\_zitra.pdf](http://www.planovanirodiny.cz/storage/brod08/02sv_vcera_dnes_zitra.pdf)
- [104] Jedličkův ústav, příspěvková organizace, Liberec. *Jedličkův ústav, p.o., Liberec* [online]. 2009 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.ju-lbc.cz/cs/>
- [105] Kociánka. *Kociánka* [online]. 2007 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.usp-kocianka.cz/>
- [106] KOŠŤÁLOVÁ, Michaela. Lidská sexualita. In: *Lidská sexualita: Zdravě.cz* [online]. 2010 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://sex-a-erotika.zdrave.cz/lidska-sexualita/>
- [107] Mythbusting. In: *Mythbusting: Sexuality and Disability* [online]. 2011 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://www.sexualityanddisability.org/sexuality/mythbusting.aspx>
- [108] International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In: *WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* [online]. 2004 [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- [109] Sex Aid Products. In: *Spokz: Sex Aid Products* [online]. 2010 [cit. 2013-11-01]. Dostupné z: <http://spokz.co.uk/sections/sex-aid-products.asp>
- [110] Sexuální asistent pro lidi s postižením, v Německu jako nová profese. In: *Sexuální asistent pro lidi s postižením, v Německu jako nová profese: Můžeš.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://www.muzes.cz/aktuality/sexualni-asistent-pro-lidi-s-postizenim-je-novou-profese-v-nemecku/>
- [111] Seznamka pro postižené. In: *SEZNAMKA GRAND: (www.videoseznamka.cz)* [online]. 1993 [cit.2013-11-10]. Dostupné z: <http://www.videoseznamka.cz/vs/default.aspx?clanek=SeznamkaProPostizene>
- [112] ŠILEROVÁ, Lenka. Sex, reklama a mladí lidé .... *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu* [online]. 2013, č. 1, s. 1 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010606>
- [113] The 'New Paradigm' of Disability. [online]. 2001, č. 2 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://www.accessiblesociety.org/topics/demographics-identity/newparadigm.htm>

**Ostatní elektronické zdroje**

- [114] United States of America. Public Law 106–402 106th Congress. In: *114 STAT. 1679*. 2000. [online]. 2000 [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: [http://www.acl.gov/Programs/AIDD/DDA\\_BOR\\_ACT\\_2000/docs/dd\\_act.pdf](http://www.acl.gov/Programs/AIDD/DDA_BOR_ACT_2000/docs/dd_act.pdf)
- [115] Dotaz na cizí slovo: homogenní. In: *Slovník cizích slov.net* [online]. 2010 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.net/homogenni-1274217680/>
- [116] Heterogenní - význam slova. In: *Slovník cizích slov.net* [online]. 2010 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.net/heterogenni/>

**Kvalifikační práce**

- [117] HELEMÍKOVÁ, Lenka, 2006. *Partnerské vztahy a sexualita u jedinců s tělesným postižením*. Brno, 69 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.
- [118] KRHUTOVÁ, Lenka, 2008. *Diskriminace z důvodu zdravotního postižení v kontextu vzdělávání v sociální práci*. Ostrava, 170 s. Dizertační práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Vedoucí práce Jan Michalík, Ph.D.

**Ostatní zdroje**

- [119] Konference Přisedni si! organizovaná Ligou vozíčkářů v Brně. Akce proběhla ve dnech 17. - 19. 10. 2013 v brněnské Vaňkovce a jejích přilehlých prostorách.
- [120] SNOW, Kathie. *Redefining Disability: Revolutionary Common Sense* by Kathie Snow, [www.disabilityisnatural.com](http://www.disabilityisnatural.com). 2003, 2 pg.

**Zahraniční a české studie**

- [121] DUNE, Tinashe Moira, 2012. *Sexuality and Physical Disability: Exploring the Barriers and Solutions in Healthcare*. Springer Science+Business Media, LLC, pg. 247-255.
- [122] HWANG, Karen, 2005. *Attachment, disability, and romantic relationships*. The State University of New Jersey, 145 pg.

- [123] KREININ, Tamara, 2001. *Sexuality education for the disabilities priority at home and school*. New York: Sex Information and Education Council of the U.S. 4 pg.
- [124] KUCHAROVÁ, Věra, 2003. *Postoje k manželství a rodičovství a reflexe změn podmínek pro rodičovství*. 18 str.
- [125] MARTEN, Kysa K., 2006. *Sex Life and Sexuality of Individuals with Developmental Disabilities: A Critical Review of the Literature*. 5th Edition. University of Wisconsin-Stout: The Graduate School.
- [126] MCCABE, Marita P. a George TALEPOROS, 2003. *Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People With Physical Disability*. 3rd Edition. 11 pg.
- [127] MCCABE, Marita P., a Robert A. CUMMINS, DEEKS, Amanda A., 2000. *Sexuality and Quality of Life Among People with Physical Disability*. Pg.115-123.
- [128] NGAI, Karen a Q'sa YUEN, 2003. *Research on Women with disabilities and Marriage 2003*. Hong Kong: Association of Women with Disabilities Hong Kong. 17 pg.
- [129] YORGASON, Jeremy, 2008. *Physical disability brings more happiness to marriages: Study*. New Delhi: Al Bawaba (Middle East) Ltd. 1 pg.

### Zákony

- [130] ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 10. listopadu 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004. Částka 190, s. 10262-10348. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	A jiné
apod.	A podobně
atd.	A tak dále
BMD	Beckerova svalová dystrofie
CID	Vyrovnání se s chronickou nemocí a znevýhodněním
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DMD	Duchenneova svalová dystrofie
DMO	Dětská mozková obrna
dr.	Doktor
ICF	Mezinárodní klasifikace fungování, znevýhodnění a nemocí
mj.	Mimo jiné
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
např.	Například
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
resp.	Respektive
s.	Strana
TBC	Tuberkulóza
tj.	To je
USA	Spojené státy americké
vč.	Včetně
WHO	Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. č. 1: Provázanost jednotlivých faktorů dle klasifikace ICF

Obr. č. 2: Klasifikace tělesného postižení

Obr. č. 3: Schéma zobrazující „nabalování“ jednotlivých respondentů v rámci techniky sněhové koule

Obr. č. 4: Základ axiálního kódování - paradigmatický model

Obr. č. 5: Paradigmatický model sestavený v rámci axiálního kódování

Obr. č. 6: Schéma nově vygenerované teorie

Obr. č. 7: The Intimate Rider

Obr. č. 8: Sex Aid Sling

Obr. č. 9: Liberator Esse Sofa Furniture

Obr. č. 10: Bliss

Obr. č. 11: Vibrating Underwear



**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Charakteristika vzorku v rámci předvýzkumu

Tabulka č. 2: Charakteristika kategorie č. 1: Seznámení a sblížení

Tabulka č. 3: Charakteristika kategorie č. 2: Partner/ka s problémy

Tabulka č. 4: Charakteristika kategorie č. 3: Homogenní vs. heterogenní vztahy

Tabulka č. 5: Charakteristika kategorie č. 4: Sexuální život

Tabulka č. 6: Charakteristika kategorie č. 5: Reakce rodiny na vztah

Tabulka č. 7: Charakteristika kategorie č. 6: Determinanty partnerských a sexuálních vztahů

Tabulka č. 8: Charakteristika kategorie č. 7: Společné bydlení jako nutnost

Tabulka č. 9: Charakteristika kategorie č. 8: Vize o budoucnosti

Tabulka č. 10: Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení

Tabulka č. 11: Seznam kódů vzešlých z otevřeného kódování a jejich barevné označení

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Klasifikace osob s poruchou hybnosti dle Jonáškové (2004)

Příloha PII: Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení dle Slowíka (2007)

Příloha PIII: Charakteristika vybraných sexuálních pomůcek pro osoby s tělesným postižením

Příloha PIV: Pozvánka na konferenci Přisedni si!

Příloha PV: Seznam kódů vzešlých z otevřeného kódování a jejich barevné označení

Příloha PVI: Značky užívané při komentované transkripci

## **PŘÍLOHA PI: KLASIFIKACE OSOB S PORUCHOU HYBNOSTI DLE JONÁŠKOVÉ**

Z pohledu somatopedie můžeme dělit osoby s poruchou hybnosti do tří skupin (Jonášková, 2004, s. 99):

- **Osoba s tělesným postižením**
  - ❖ Osoba s vrozeným tělesným postižením.
  - ❖ Osoba se získaným tělesným postižením:
    - Po úraze
    - Po nemoci
  - ❖ Osoba se získaným tělesným postižením v pozdějším období vývoje.
  
- **Osoba s nemocí**
  - ❖ Osoba s krátkodobou akutní nemocí.
  - ❖ Osoba s dlouhodobou nemocí:
    - Recidivující
    - Chronickou
  
- **Osoba se zdravotním oslabením**
  - ❖ Osoba po opakovaných onemocněních.
  - ❖ Rekonvalescent po akutním onemocnění a po operaci.
  - ❖ Osoba ohrožená obezitou či astenií.
  - ❖ Osoba s recidivující nemocí ve stádiu, kdy ji může příznivě ovlivnit horské klima a vhodný režim.
  - ❖ Rekonvalescent po těžkém nebo dlouhotrvajícím onemocnění.

## PŘÍLOHA PII: KLASIFIKACE TĚLESNÝCH POSTIŽENÍ A ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ DLE SLOWÍKA

<b>Podle typu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postižení hybnosti</li> <li>• Dlouhodobá onemocnění</li> <li>• Zdravotní oslabení</li> </ul>
<b>Podle doby vzniku</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vrozená</b> (vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře; nevyvinutí končetin nebo jejich částí; DMO)</li> <li>• <b>Získaná</b> (deformity páteře; úrazy - zlomeniny, amputace; následky onemocnění - revmatismus, myopatie)</li> </ul>
<b>Podle etiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tělesné odchylky a oslabení</b> (vady páteře, luxace kloubů atd.)</li> <li>• <b>Tělesné vývojové vady</b> (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)</li> <li>• <b>Úrazy</b> (paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.)</li> <li>• <b>Následky nemocí</b> (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské borreliózy, nádorových onemocnění apod.)</li> <li>• <b>Dětská mozková obrna</b> (DMO – spastické i nespastické formy)</li> <li>• <b>Dlouhodobá</b> (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)</li> </ul>

*Tabulka č. 10: Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení*

*(Slowík, 2007, s. 99).*

## PŘÍLOHA PIII: CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH SEXUÁLNÍCH POMŮCEK PRO OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

- **The Intimate Rider**

Originální a revoluční Intimate Rider pomáhá párům už po dobu několika let překonat tělesné limity a zdravotní znevýhodnění. V pomůcce je patentovaná technologie umožňující dosažení širšího rozsahu pohybu navzdory minimálnímu úsilí (kývavý pohyb umožňuje tlačení). To umožňuje prožít vzájemné intimní chvíle naplno. Intimate Rider je dle výrobců pohodlný, snadno ovladatelný, diskrétně uložitelný a neexistuje dobrý nebo špatný způsob, kterak jej používat. Vše záleží na dané dvojici. Pomůcka je vhodná pro osoby s různými zdravotními znevýhodněními a pro jedince potýkající se s obezitou (Sex Aid Products, 2010). Intimate Rider lze zakoupit přibližně za 12100 Kč.



Obr. č. 7: The Intimate Rider

(Sex Aid Products, 2010).



Obr. č 8: Sex Aid Sling

(Sex Aid Products, 2010).

- **Sex Aid Sling**

Na rozdíl od mnoha jiných sexuálních houpaček, tato byla navržena tak, aby byla pro uživatele maximálně pohodlná. Poskytuje totiž fixaci zad a krku díky speciálním polstrovaným polštářům. Sex Aid Sling umožňuje páru vyzkoušet mnoho sexuálních pozic, a to díky možnosti speciálního nastavení. Pomůcka se upevňuje dvěma stropními háčky z dů-

vodu větší stability a snadnějšího nastupování a vystupování. Je vhodná pro osoby s tělesným postižením a pro těhotné ženy. Sex Aid Sling lze zakoupit zhruba za 9000 Kč (Sex Aid Products, 2010).

- **Liberator Esse Sofa Furniture**

„Ve dne lenoška, v noci sexuální pomůcka,“ píše na webových stránkách výrobci (Sex Aid Products, 2010). Nejen, že je inspirací v oblasti sexuálních tužeb, ale také umožňuje vyjadřování sexuálních potřeb. Díky tvarování je možné vyzkoušet nejrůznější sexuální polohy nejen vleže, ale také vsedě. Kromě toho je v průběhu styku opět zajištěna fixace zad a krku. Pomůcku lze zakoupit přibližně za 10000 Kč (Sex Aid Products, 2010).



Obr. č. 9: Liberator Esse Sofa Furniture (Sex Aid Products, 2010).



Obr. č. 10: Bliss (Sex Aid Products, 2010).

- **Bliss**

Pro muže s omezenou pohyblivostí je určena pomůcka Bliss. Je vyrobená ze silikonu, jednoduše se ovládá, má dvě rychlosti otáčení a také dvě rychlosti vibrací. Ovládá se pomocí tlačítek a posuvníku. Pomůcku lze zakoupit za 2700 Kč (Sex Aid Products, 2010).

- **Vibrating Underwear**

Jedná se o erotickou pomůcku, jež je určena pro ženy se sníženou pohyblivostí. Snadno se aplikuje a ovládá. Je vybavená jednoduchým, osvětleným tlačítkem a třemi rychlostmi. Pomůcku lze jednorázově použít po dobu 40 minut. Zakoupit lze za 600 Kč (Sex Aid Products, 2010).



Obr. č. 11: Vibrating Underwear  
(Sex Aid Products, 2010).

## PŘÍLOHA PIV: POZVÁNKA NA KONFERENCI PŘISEDNI SI!



Tisková zpráva

Brno, 3. září 2013

### Přisedni si, zve Liga vozíčkářů na happening ve Vaňkovce

*Brno. Přisedni si. Touto přátelskou výzvou nabízí místo k odpočinku i k debatám lidé s hendikepem. Ve dnech mezi 17. a 19. říjnem se bude v centru Brna v **Galerii Vaňkovka** konat velké setkání, kde bude hrát právě hendikep hlavní roli. **Kampaň Přisedni si** organizuje **Liga vozíčkářů** a zve na trh s výrobky chráněných dílen, na odborné i populárně naučné konference, na workshopy i na zábavné odpoledne pro děti všechny, kteří se v oblasti sociálních služeb pohybují, ale především ty, kteří svět lidí s hendikepem neznají. **Zahajme společně dialog, který má smysl.***

Nezisková organizace Liga vozíčkářů se letos spojila s **Galerií Vaňkovka** a s **Občanským sdružením Praha**, aby společně uspořádali ojedinělou akci s názvem Přisedni si, která propojí brněnské neziskovky, politiky, lidi s hendikepem, studenty, alternativce i dětské a dospělé návštěvníky Vaňkovky. Cílem tří říjnových dnů plných informací i zábavy je především sdílení zkušeností a inspirace.

Na programu je jak prodej výrobků chráněných dílen, koncerty, divadelní představení a rozhovory na pódiu, výstava toho nejlepšího z **fotosoutěže Život nejen na kolech**, netradiční veřejná sbírka na podporu **Bezbariérového divadla Barka**, integrační program a soutěže pro děti, prezentace sportů pro hendikepované, ale i **setkání odborníků** s hendikepovanými návštěvníky. „Chceme, aby se zde potkali ti, co něco umí, s těmi, co něco potřebují. Často se například studenti architektury nebo informačních technologií chtějí pustit do smysluplných projektů, jenže nemají inspiraci a podnět, kam své síly směřovat,“ uvedla Aneta Vidurová z Ligy vozíčkářů. Proto se v tomto termínu uskuteční i workshopy v terénu. Studenti budou například vymýšlet způsob, jak zpřístupnit lidem na vozíku kino Scala.

Odborné přednášky zase nabídnou netradiční témata i moderní formáty. V blocích zaměřených na **technologie, asistenci, na zaměstnávání, na bariéry ve veřejném prostoru i na psychologické či sexuální aspekty života s hendikepem** vystoupí odborníci z celé České republiky. „Zároveň bychom tímto chtěli vyzvat všechny, kteří by chtěli na tuto konferenci a přijet a podělit se o své poznatky a získat inspiraci ze světa hendikepu i pro svůj obor činnosti, aby neváhali a zúčastnili se. Připravujeme i moderní formáty prezentací – tzv. **Pecha Kucha Night**,“ dodala Vidurová.

Bližší informace sledujte na webových stránkách [www.ligavozic.cz/prisedni-si](http://www.ligavozic.cz/prisedni-si) nebo kontaktujte **Anetu Vidurovou**, vedoucí programu Prezentace a osvěta  
tel.: 725 022 259, e-mail: [aneta.vidurova@ligavozic.cz](mailto:aneta.vidurova@ligavozic.cz)





## Trh s výrobky chráněných dílen

Polovina října už nabádá nedočkavce k vánočním nákupům. Ideální je spojit to s dobrým skutkem a podpořit nákupem výrobků chráněné dílny. Přijďte vyřešit vánoční nákupy na akci Přisedni si. Nabízíme pestrý sortiment zboží z různých chráněných dílen, originální a nápadité výrobky, které potěší hned třikrát – obdarovaného, kupujícího i výrobce – člověka se zdravotním postižením. Zároveň zde budou k vidění i v malém množství stánky s **kompensačními pomůckami**, přijďte se poradit, zeptat, informovat.



## Fotosoutěž Život nejen na kolech



Už osmnáctý ročník tradiční fotosoutěže jistě přinese zajímavé snímky, které dobře ilustrují pestrý život lidí s hendikepem. Výstava je spojená i se soutěží a s vyhlášením výsledků. Výherci, které vybere odborná porota v čele s fotografem Jindřichem Štreitem, se můžou těšit na hodnotné ceny. Hlasovat můžou i návštěvníci akce nebo webových stránek [www.nejennakolech.cz](http://www.nejennakolech.cz). Své snímky můžete přihlásit až do konce září, neváhejte a zachycujte

okamžiky ze života lidí s hendikepem.

## Bezbariérový divadelní rej



Bezbariérové divadlo Barka je místo, kde se střídají herci s hendikepem i bez. Podobnou tvůrčí atmosféru vykouzlí tito tanečníci, zpěváci a komedianti ve Vaňkovce. Zároveň budou oslovovat kolemjdoucí s interaktivním programem a prosit o finanční podporu Barky. Když by totiž Barky nebylo, nebylo by ani skvělých představení a uměleckých výkonů. Pomůžete i vy?

## Program pro děti

Hod na basketbalový koš z vozíku, kvíz nejen o hendikepu, kreslení a povídání si s lidmi na vozíku. Program dětské kampaně Přisedni si doplní i soutěže a překážkové dráhy, které účastníci překonají na vozíku. Zábavná sobota bude děti, které přijdou do Vaňkovky, bavit a zároveň vzdělávat. Překonají ostych z lidí s hendikepem, což je hlavním cílem kampaně.



## Sportovní bezba odpoledne



Víte, co je to boccia? A jak vypadá profesionální zápas basketbalistů na vozíku? Jak se hraje florbal se dvěma koly a jakých výkonů dosahují atleti s hendikepem? A jak se řídí a ovládá takový handbike? Sobotní sportovní odpoledne zasvětil návštěvníky do tajů těchto obecně neznámých sportů. Praktické ukázky i možnost vyzkoušení si všech sportů je samozřejmostí.

## Konference Přisedni si

Stěžejní částí akce Přisedni si je konference, na které se potká odborná veřejnost s lidmi z neziskovek, s lidmi s různými formami hendikepu. Na zajímavé přednášky o nových výzkumných projektech i o problémech spojených s pěti různými oblastmi života s postižením naváže vždy diskuze, v níž si účastníci mohou předat zkušenosti, názory, mohou se vyjádřit k tomu, co je páli. Konference se uskuteční v **Café Práh a v sálu o.s. Slévárna Vaňkovka**.

Tematické bloky

**Čtvrtek 17. 10. 2013**

**1. blok:** zaměstnávání

**2. blok:** bariéry

Od 16.30 - Setkání s politiky, moderuje Tomáš Cikrt

**Pátek 18. 10. 2013**

**1. blok:** dopoledne – asistence, odpoledne – technologie

**2. blok:** psychologie, vztahy, sex, rodičovství

Od 19.30 - **Pecha Kucha Night** (krátké a efektní přednášky ze sociální oblasti – s vozíkem na jachtě, netradiční chráněné dílny, zajímavé technologické řešení, příběhy...)



Liga vozíčkářů tuto akci organizuje v rámci projektu Pro váš úsměv, který finančně podporuje Úřad vlády.

## PŘÍLOHA PV: SEZNAM KÓDŮ VZEŠLÝCH Z OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ A JEJICH BAREVNÉ OZNAČENÍ

Číslo kódu	Název kódu	Lokalizace významové jednotky v textu (+ ZAŘAZENÍ DO KATEGORIE / SUBKATEGORIE)
1.	Školní láska	M4; M8; M8; M8; M16; L9 (SEZNÁMENÍ A SBLÍŽENÍ)
2.	Sblížení	M8; M17; M32; K3; K3; K3; J4; J'15; J'15; L9; L40; R5; R5; L12 (SEZNÁMENÍ A SBLÍŽENÍ)
3.	Seznámení na akci	R5; J'6; J'15; J'15; M29; M32 (SEZNÁMENÍ A SBLÍŽENÍ)
4.	Virtuální seznámení	L40; K3; K7; J'15 (SEZNÁMENÍ A SBLÍŽENÍ)
5.	Lázeňský vztah	L5; L5; L6; L12; J4 (SEZNÁMENÍ A SBLÍŽENÍ)
6.	Psychické obtíže	M8; M8; M29; L19; R5; R8; J9 (PARTNER/KA S PROBLÉMY)
7.	Emoční a vztahová nestabilita	M4; M4; M9; M9; M11; M10; M14; L24; L24; R8; J9; (PARTNER/KA S PROBLÉMY)
8.	Intimní nesladčnost	M22; M22; J9; J'6; J'14; J'16 (PARTNER/KA S PROBLÉMY)
9.	Sociálně-patologické návyky	M29; R12; J'5; J'5; J'26; K7; K7; K7; K8 (PARTNER/KA S PROBLÉMY)
10.	Existenciální problémy	L18; L28; K7; J'25 (PARTNER/KA S PROBLÉMY)
11.	Jediný homogenní vztah	L4; K3; M4; R2 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
12.	Jiné vztahy	M4; R2; J'3; K2 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
13.	Omezení vlivem handicapu	M4; K3; J2 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
14.	Sdílené bariéry	M4; J9; J14; K2; K2; J'3; J'3; J'19 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
15.	Společné trávení času	M32; M34; L23; L24; J'17; K3; M4; M4; J4; R2 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
16.	Potřeba plánovat	M34; K3; R5 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
17.	Heterogenní vztah je snazší	L4; K15; M34; R15 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
18.	Vztahy bez budoucnosti	M23; L24; L25; K7; J5 (HOMOGENNÍ VS. HETEROGENNÍ VZTAHY)
19.	Intimní začátky	M4; M8; M12; M13; M18; L9; L10; K4; R2 (SEXUÁLNÍ ŽIVOT)
20.	První sex	M20; M20; M20; L14; L15; J'26; K4; R9 (SEXUÁLNÍ ŽIVOT)
21.	Není to jen o těle	M19; M13; M21; M26; M29; M30; M36; L21; K3; R8; R8; J10; J'11; J'14 (SEXUÁLNÍ ŽIVOT)
22.	Sexuální limity	M30; M36; M37; L14; L21; L31; L25; L27; K3; K10; J'13; R8; J11; J9; L31; J'13 (SEXUÁLNÍ ŽIVOT)
23.	Kompenzace limitů	M20; L14; L27; L31; M20; M22; L31; M36; M37 (SEXUÁLNÍ ŽIVOT)
24.	Sexuální experimenty	L26; J9; J'13; J'13; J'18 (SEXUÁLNÍ PREFERENCE)
25.	Empatie a trpělivost	K5; K10; R8; R10 (SEXUÁLNÍ PREFERENCE)
26.	Problematické reakce rodičů	J8; R6; R10; K3; K3; K6 (REAKCE RODINY NA VZTAH)
27.	Bezproblémoví otcové	M22; J'21 (REAKCE RODINY NA VZTAH)
28.	Převládající negativní reakce matek	M22; M23; M29; R2; (REAKCE RODINY NA VZTAH)

29.	Akceptace vztahu	M32; M42; J8; J8; J'20; J'21 (REAKCE RODINY NA VZTAH)
30.	Víra	M5; L9; M39; M41 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
31.	Sebepojetí a sebezpětí	M8; M35; L4; J13 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
32.	Asistence	M25; M31; R5; R6; R6; J13 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
33.	Přístup partnera k handicapu	M32; M33; L38; L41; R11; K3; J'3 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
34.	Zdravotní stav	M36; K15; R7; R11; M29 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
35.	Partnerka jako priorita	M8; L31; L35; L40 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
36.	Potřeba komunikace	K4; R5; R9; R10; J'5; J'16; J5; J5; J14 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
37.	Předsudky okolí	R11; R15; J2; K3; K14 (DETERMINANTY PARTNERSKÝCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ)
38.	Nutná volba	M23; K7; R5; L19 (SPOLEČNÉ BYDLENÍ JAKO NUTNOST)
39.	Místo soužití	M23; K7; J4; L18; R6 (SPOLEČNÉ BYDLENÍ JAKO NUTNOST)
40.	Rozdělení úloh v domácnosti	M24; L19; J8; J8; J8; J8; K7; K9; R16; R16; R16 (SPOLEČNÉ BYDLENÍ JAKO NUTNOST)
41.	Ověření vztahu	R6; M32; J6; L19 (SPOLEČNÉ BYDLENÍ JAKO NUTNOST)
42.	Nárok na manželství	K15; J14; J'25 (VIZE O BUDOUCNOSTI)
43.	Splněný sen	M39; M40; R14 (VIZE O MANŽELSTVÍ)
44.	Otevřená alternativa	L43; J'21; J'23; J'23; J14; J14 (VIZE O MANŽELSTVÍ)
45.	Jen papír	L44; J14; J'23 (VIZE O MANŽELSTVÍ)
46.	Obavy z handicapovaného dítěte	M27; M38; J'24 (VIZE O RODIČOVSTVÍ)
47.	Touha po dětech	M38; J15; K16; J'23; J'23 (VIZE O RODIČOVSTVÍ)
48.	Nutná podpora partnera	K15; K16; J'24 (VIZE O RODIČOVSTVÍ)
49.	Péče o dítě	K16; J'24; J15 (VIZE O RODIČOVSTVÍ)
50.	Výhody manželství	M41; M41; R14; R14; R15; J14; J'23 (VIZE O MANŽELSTVÍ)

Tabulka č. 11: Seznam kódů vzešlých z otevřeného kódování a jejich barevné označení (Vlastní výzkum, 2013-2014).

## **PŘÍLOHA PVI: ZNAČKY UŽÍVANÉ PŘI KOMENTOVANÉ TRANSKRIPCI**

**TA** = tazatel

-- = přechnutí

**(NV)** = nedokončená věta

**(pauza)** = dlouhá pauza

.. = krátká pauza