

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Program řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Martina Frühbauerová

EVALUAČNÍ NÁSTROJ PRO PRÁCI SE SEXUALITOU KLIENTEK A KLIENTŮ
V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO SENIORY

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Matěj Lejsal

Praha 2023

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby byla tato práce zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 6. 1. 2023

Bc. Martina Frühbauerová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat zejména vedoucímu této diplomové práce, Mgr. Ing. Matěji Lejsalovi, za trpělivý přístup, vstřícnost a vždy otevřené dveře pro přínosné konzultace. Děkuji také Lucii Šídové a Petře Hamerníkové z organizace Freya, z.s., za příjemnou spolupráci, orientaci v tématu a významnou pomoc s výzkumem. Vedle nich ještě organizacím – respektive jejich pracovnícím a pracovníkům, že si i v prosincovém shonu našli čas na účast ve výzkumném šetření a mají zájem se tématu věnovat.

Velké díky patří i Báře a Mance, mým spolužačkám, díky nimž jsem se neztratila ve studiu a v nichž jsem našla skvělé přítelkyně. Děkuji též své rodině za veškerou podporu v mém dlouhém studiu a svému muži, že na svět můžeme být dva.

ABSTRAKT

Se snahou o deinstitucionalizaci a zkvalitnění poskytované péče přichází téma sexuality i do prostředí českých pobytových sociálních služeb. Stále častěji prorůstá do odborných diskuzí a po malých krůčcích i do reality péče v některých pečujících organizacích.

Cílem předpokládané diplomové práce je tvorba evaluačního nástroje pro práci se sexualitou senierek a seniorů v pobytových sociálních službách v oblasti kompetencí zaměstnanců a jejich opory v organizačních strukturách. Vznikne tak soubor indikátorů stěžejních v práci se sexualitou klientů, které svou přenositelností umožňují dalším organizacím toto téma evaluovat a identifikovat tak prostor pro rozvoj.

Klíčová slova: aktivní stárnutí, evaluační nástroj, kvalita života, pobytové sociální služby, přístup zaměřený na člověka, sexualita seniorů

ABSTRACT

Sexuality and intimacy of the elderly have been the focus of increasing attention of international research and everyday care in recent years, and as such it more commonly appears even in Czech institutionalized aged care.

This thesis aims to create a tool that may be used for the evaluation of the as-is state regarding sexuality the of the elderly. It focuses mainly on the attitudes, and competencies of the staff of aged care, and their support in the organizational structure. The tool is based on factors identified in the literature review and may be used by different organizations providing aged care to evaluate itself and identify possible interventions regarding the sexuality of its clients.

Key words: active ageing, aged care, evaluation tool, person-centered approach, quality of life, sexuality of the elderly

OBSAH

Úvod.....	0
I Teoretická část	3
1 Demografický vývoj	3
1.1 Vymezení stáří a stárnutí	6
2 Kvalita života a koncept aktivního stárnutí.....	9
2.1 Koncept kvality života	9
2.2 Koncept aktivního stárnutí	13
3.1 Limity konceptu aktivního stárnutí	17
3 Přístup zaměřený na člověka	23
4 Intimita a sexualita ve stáří	28
4.1 Sexualita, sexuální zdraví a intimita	28
4.2 Sexualita a stárnutí.....	34
4.3 Společenský pohled na sexualitu ve stáří a jeho implikace	39
4.4 Sexualita a kvalita života	43
5 Práce se sexualitou v pobytových zařízeních sociálních služeb	45
5.1 Vymezení cílové skupiny a základních pojmů	46
5.2 Sexualita v kontextu dlouhodobé péče o seniory.....	48
5.3 Specifické skupiny klientů.....	52
5.4 Bariéry sexuality specifické pro pobytové sociální služby pro seniory ..	55
5.5 Role personálu v práci se sexualitou klientů.....	57
5.6 Možnosti práce se sexualitou klientů.....	59
5.7 Současná situace v sociálních službách pro seniory v ČR.....	68
II Empirická část	71
1 Cíl práce	71
2 Metodologie výzkumu	72
2.1 Etika výzkumu.....	72
3 Návrh evaluačního nástroje pro práci se sexualitou	74

4	Testování evaluačního nástroje	76
4.1	Profily organizací zapojených do pilotního testování	76
4.2	Výsledky pilotního testování.....	78
5	Závěrečná diskuze	80
	Závěr.....	82
	Bibliografické citace	84
	Příloha 1: Projekt diplomové práce	0
	Příloha 2: Evaluační nástroj pro práci se sexualitou	6

ÚVOD

Tato diplomová práce se vypořádá s tématem sexuality seniorů v prostředí institucionální péče. Věnuje se perspektivě pracovníků pobytových sociálních služeb pro seniory, jejich postojům a kompetencím.

Teoretickými východisky práce jsou zejména **koncept kvality života** a aktivního stárnutí. V první kapitole shrnuje současný globální i evropský demografický vývoj, zejména s ohledem na stárnutí populace. Probíhající i předpokládaný nárůst podílu osob v seniorském věku v celkové populaci zvyšuje nároky na péči o ně, které se promítají i přes snahu o deinstitucionalizaci péče do péče institucionalizované. Ve snaze zajistit a udržet co nejvyšší kvalitu života klientů v (nejen pobytových) zařízeních sociálních služeb je třeba dívat se na člověka, jeho potřeby a zájmy v co nejširším kontextu celé jeho osobnosti a v souvislostech celého jeho života – kvalita života je multidimenzionální koncept, což by měly intervence s cílem ji zlepšit reflektovat. Sociální služby tak nestojí jen před úkolem zajistit vyhovující životní podmínky klientům, ale i zachovat a chránit jejich fyzickou, duševní, emocionální a sexuální integritu (MPSV, 2015) a důstojnost, jak je dále uvedeno v druhé kapitole. **Koncept aktivního stárnutí**, jemuž se také věnuje druhá kapitola, představuje další významné teoretické východisko práce. Zjednodušeně řečeno, je jednou ze strategií zvýšení a udržení kvality života. V kontextu institucionalizované péče může být aktivního stárnutí dosahováno skrze maximální možné zplnomocňování klientů a poskytování svobody v rozhodování o preferovaných činnostech a trávení volného času. Součástí toho je i právo prožívat, naplňovat a vyjadřovat svou sexualitu a intimitu.

Třetím nezbytným teoretickým východiskem je **přístup zaměřený na člověka**, který poskytuje práci etický rámec. Jeho předpokladem je vnímání a respektování člověka (klienta) v široké celistvosti jeho osobnosti, včetně sexuality jako přirozené součásti

života v každém věku. Předpokládá také autenticitu člověka (tentokrát zejména pracovníka), ohled na jeho individuální prožívání a potřeby.

Čtvrtá kapitola si klade za cíl představit **sexualitu** jako jeden ze stěžejních aspektů bytí člověkem. V celé své komplexitě zahrnuje nejen sexuální chování, ale i intimitu a blízkost, erotiku a erotismus, sexuální identitu, sexuální orientaci, genderovou identitu a genderové role, emocionální prožívání a sexuální zdraví. Pozornost je věnována sexualitě a stárnutí či stáří, probíhajícím změnám, možnostem i bariérám, plynoucím nejen ze společenské tabuizace tématu.

Poslední kapitola teoretické části uvádí problematiku **sexuality klientů v prostředí pobytových sociálních služeb** pro seniory. Věnuje se i dvěma specifickým skupinám klientů, lidem s demencí a LGBT+ lidem. Představuje hlavní kategorie bariér spojených s prožíváním vlastní sexuality v institucionalizované péči a dále rozvíjí tu nejvýznamnější z nich – postoje, znalosti a kompetence personálu. Dále jsou uvedeny konkrétní možnosti práce se sexualitou klientů v organizaci.

Na tomto základu pak staví empirická část práce, jejímž cílem je **tvorba evaluačního nástroje pro práci se sexualitou** seniorek a seniorů v pobytových sociálních službách v oblasti kompetencí zaměstnanců a jejich opory v organizačních strukturách. Vznikne tak soubor indikátorů stěžejních v práci se sexualitou klientů, které svou přenositelností umožňují dalším organizacím toto téma evaluovat a identifikovat tak prostor pro rozvoj.

Součástí empirické části práce je i pilotní testování vytvořeného nástroje ve dvou organizacích, z nichž jedna s tématem sexuality aktivně pracuje a druhá nikoliv. Na základě zpětné vazby je nástroj upraven do výsledné podoby.

Výsledný evaluační nástroj bude k dispozici pro sebehodnocení i externí hodnocení organizací v oblasti práce se sexualitou, umožní nahlédnout současný stav reflexe tohoto tématu z perspektivy postojů a kompetencí zaměstnanců, opory v organizační struktuře a interní dokumentace. Nástroj nabídne organizacím jak zmapování

současné situace, tak identifikaci prostoru pro možnou intervenci s cílem zkvalitnění práce se sexualitou. Předpokládaným vedlejším efektem užití nástroje v organizaci je zvýšení citlivosti pracovníků k tématu sexuality.

Na tomto místě je vhodné doplnit, že ačkoliv je v práci užíváno pojmů klient, pracovník, senior apod. v mužském rodě, zahrnují tyto pojmy i ženy a osoby jiné genderové identity. Alespoň touto douškou si autorka práce dovoluje pojmenovat paradox užívání generického maskulina ve feminizovaném prostředí sociálních služeb pro seniory (v sociálním systému, právu, literatuře i vlastní práci) a nároků na srozumitelnost textu.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ

Na celosvětové úrovni jsou pozorovatelné zejména dva trendy demografického vývoje – rostoucí celkový počet lidí na Zemi a ve vyspělých zemích pak stárnutí populace. Organizace spojených národů (dále jen OSN) vydává každé dva roky *World Population Prospects* – celosvětový přehled demografických dat a predikci dalšího vývoje. V tom nejaktuálnějším z června 2022 předpokládá, že do konce roku přesáhne počet lidí na planetě osm miliard. Celosvětová populace zejména v posledním desetiletí neroste tak rychle (o cca 1 % ročně) jako například v 60. letech minulého století (až o 2,3 % ročně), rostoucí trend je ale stále znatelný (OSN, 2022).

Průměrná délka lidského života se ve vyspělých zemích zejména v posledních sto padesáti letech postupně zvyšuje a tento trend bude i nadále pokračovat. Spolu s dlouhodobým poklesem porodnosti vede prodlužující se střední délka života ke stárnutí populace – tedy ke zvyšování podílu starých lidí v populaci. Zvláště od konce minulého století je patrný nárůst rychlosti, kterou světová populace stárne (OECD, 2005; OSN, 2020). Podle OSN (2022) je stárnutí populace celosvětovým fenoménem, ač se tempo vývoje v jednotlivých zemích často značně liší. O stárnutí obyvatelstva bylo již hodně napsáno i řečeno, jako hlavní výzva demografického vývoje vyspělých států je častým tématem nejen v politických kruzích, ale i v médiích a společnosti celkově. Vyústěním dlouholetých diskuzí a reflexe tématu je mj. i *Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity*, vyhlášený na rok 2012 (Evropská komise, 2014), či dřívější *Mezinárodní rok seniorů* připadající dle OSN na rok 1999 (Tomeš a Bočková, 2017). Roku 1982 se na téma stárnutí konala první mezinárodní konference (OSN, 1982), v posledním roce šlo například o ministerskou konferenci pořádanou Ekonomickou komisí pro Evropu OSN (The United Nations Economic Commission for Europe, dále jen UNECE) v červnu 2022.

Poslední ministerská konference se konala v Římě dvacet let po vydání *Madridského mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí* (OSN, 2002). Tento akční plán obsahuje „117 konkrétních doporučení rozčleněných do tří prioritních směrů: senioři a rozvoj, uchování zdraví, tělesné a duševní pohody až do stáří, zajištění příznivého a podpůrného prostředí“ (Tomeš a Bočková, 2017: 37).

Co se situace v České republice týče, dle nejaktuálnějších dostupných dat Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) byla v roce 2021 téměř pětina populace starší 65 let (ČSÚ, 2022c). Podle střední varianty demografické prognózy ČSÚ z roku 2018 to bude v roce 2030 téměř čtvrtina populace a v roce 2050 půjde bezmála o 30 % osob žijících v ČR, tedy tři miliony osob (MPSV, 2020a). Starobní důchod podle dat ČSSZ z června 2022 pobíralo v ČR 2 363 406 lidí (MPSV, 2020a). MPSV (2020a) ve *Strategickém rámci přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025* zmiňuje v demografickém vývoji české společnosti jako hlavní příčiny stárnutí zejména **dlouhodobě snižující se fertilitu**, která sice od začátku třetího tisíciletí mírně roste (v roce 2021 činila 1,83 %; ČSÚ, 2022a), stále ale zůstává pod hranicí zachování. Spolu s klesající plodností demografickou revoluci utváří **zvyšující se naděje dožití**, která udává, kolik let průměrně má před sebou osoba v daném věku (nejčastěji se udává hodnota při narození) za předpokladu, že zůstanou po zbytek jejího života zachovány stávající úmrtnostní poměry. „U mužů činila naděje dožití v roce 2002 v ČR 72,1 let, v roce 2019 již [...] 76,3 let, tedy nárůst o 4,2 let. Naděje dožití při narození u českých žen v roce 2002 činila 78,7 let, v roce [...] 2019 již 82,1 let“ (MPSV, 2020a: 10). Následkem stárnutí společnosti jsou pak nejistoty zejména v oblasti finančního zajištění současných i budoucích pobíratelů starobního důchodu a rozsáhlé diskuze i konkrétní kroky ve věci samotné udržitelnosti důchodového systému. Mezi další výzvy patří zajištění dostupného a bezpečného bydlení i veřejného prostoru a péče o zdraví ve všech aspektech. Narůstají nároky na zdravotní i sociální systém a požadavky na jejich integraci. Roste důležitost přípravy na vlastní stárnutí a stáří.

Naprostá většina občanů se stárí dožívá a doživat bude, zároveň se stárí jako etapa dále prodlužuje. Nepochybně je tak stárnoucí populace společenským i politickým tématem současné i budoucí České republiky. Jako takové je reflektováno v národních programech a akčních plánech pro přípravu na stárnutí a jeho podporu, které též vychází z *Madridského mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí* a *Zásad OSN pro seniory* (MPSV, 2020b). Mezi ty v současné době nejaktuálnější koncepční dokumenty v ČR patří *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* a již zmiňovaný *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025*. Mezi strategické cíle národního akčního plánu patří zejména ochrana práv a zajištění důstojnosti starších osob a důraz na celoživotní učení a vzdělávání (zmíněny jsou univerzity třetího věku i mezinárodní spolupráce), dále pak zvýšení povědomí o možnostech důchodového systému, snaha o mezigenerační spolupráci a stabilní vztahy v různých úrovních společnosti, kvalitní infrastruktura a bezpečné prostředí i bydlení; a dále se věnuje tématu zdravého stárnutí, jež bude zmíněno v další kapitole. Důraz není kladen na délku života jako takového, nýbrž na délku života prožitého v relativním zdraví – upozorňuje tak na důležitost přípravy na vlastní stárnutí (MPSV, 2015). Ve *Strategickém rámci přípravy na stárnutí společnosti* je formulováno desatero přípravy na stárnutí společnosti zachycující výzvy společenské reality poněkud širěji. Obsahuje následující body (MPSV, 2020a):

1. Spravedlivé důchody.
2. Dostupnější a kvalitní sociální a zdravotní služby.
3. Dostupnější a bezbariérové bydlení pro seniory.
4. Podpora sendvičové generace a neformálních rodinných pečujících.
5. Příprava státu na stárnutí společnosti.
6. Podpora rodiny a mezilidské vztahy.
7. Bezpečný život seniorů, boj proti diskriminaci, násilí a tzv. šmejdům, zvýšení ochrany spotřebitele.

8. Celoživotní učení, trh práce a aktivní stárnutí.
9. Bezbariérový veřejný prostor.
10. Osvěta a medializace tématu stárnutí.

1.1 Vymezení stáří a stárnutí

Stářím se obecně označuje pozdní fáze ontogeneze, důsledek a projev geneticky podmíněných involučních procesů spojených s dalšími faktory (zdravotní stav, socioekonomické postavení, vzdělání, životní styl atd.). Oficiální hranice stáří neexistuje, na tak jednoznačné určení se jedná o příliš komplexní a individuální jev. „Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, což znamená, že v některých obdobích svého života člověk stárne rychleji, v jiných pomaleji“ (Haškovcová, 2010:, 20). Pro zjednodušení se nejčastěji používá věková hranice 65 let určující pro pojem senior (OECD, 2005; OSN, 2020; MPSV, 2020a), zájem gerontologie je směřován spíše k věku 75 let a výše. To je demonstrací **dimenze tzv. chronologického (kalendářního) věku** – udává počet let od narození, je statisticky a administrativně zpracovatelnou kategorií a zjednodušuje společenskou diskuzi o tématu svou kvantifikovatelností. WHO dělí věkové skupiny právě podle kalendářního věku (Dyussenbayev, 2017), ač stáří zde začíná dříve:

- 25–44 let: dospělost (mladý věk),
- 44–60 let: střední věk,
- 60–75 let: stárnutí, časné stáří,
- 75–90 let: stařecký věk, vlastní stáří, kmetství,
- 90 a více let: dlouhověkost.

Stáří je multifaktoriální jev. Jedinec může vykazovat pokles výkonnosti v určité oblasti, zatímco v jiných stagnuje, či se dokonce zlepšuje. Tyto významné změny se vzájemně prolínají a kombinují, nelze proto určit jasnou hranici stáří ani jeho periodizaci pouze na základě věku. Někteří o svou vitalitu a svěžest pečují do

vysokého věku, jiní vykazují známky stárnutí velmi brzy. „Zajímavé jsou také výsledky z šetření Euro barometru (2012), kdy věkovou hranici 60–64 let vnímá jako stáří pouze 56 % respondentů, hranici 65–70 již 80 % ze všech respondentů“ (Bočková a Vojtíšek, 2017: 51).

Kromě věku chronologického můžeme mluvit ještě o **věku biologickém**, jehož hlavním ukazatelem je zdravotní stav. Haškovcová (2010) pracuje se souhrnným pojmem **psychosociální čas**, který odpovídá osobnímu, sociálně historickému příběhu každého člověka a jako takový je pravděpodobně nejpřesnější. Skutečný věk pak může být výsledkem všech těchto složek, ovlivňují jej jak objektivní (zejména socioekonomické a enviromentální) skutečnosti, tak subjektivní faktory (kombinace životního stylu a genetických předpokladů) a reflexe sebe sama a své situace nejen ve stáří. Pacovský (1990) pak kombinaci biologických, sociálních a psychologických aspektů označuje za věk funkční, ačkoliv jde o termín užívaný dnes spíše v lékařství. Často používané je ještě dělení délky života na jednotlivé věky – první (mládí), druhý (dospělost) a třetí (stáří). Třetímu věku se pak v posledních dvaceti letech dostává dalšího rozdělení – třetí věk pak patří „mladým seniorům“ a čtvrtý věk „vyzrálému stáří“, které Haškovcová (2010) datuje od 75 let výše. Bártová (2019) však dodává, že jasnou věkovou hranici přechodu do čtvrtého věku stanovit nelze. Čtvrtý věk je pak charakterizován ztrátou soběstačnosti, osamělostí a vysokou nemocností.

Stárnutí společnosti dle naplňujících se demografických prognóz začíná být problematické zejména v kombinaci se zachovávanou věkovou segregací. Ta spočívá v rozdělování společnosti na základě věku a přesvědčení, že starší osoby pouze „přijímají“ a nejsou s to aktivně společnosti přinášet jakýkoliv užitek (Vojtíšek, 2016). Haškovcová doplňuje, že se propast mezi mláďím a stářími zvětšuje vlivem odklonu od osobní problematiky stáří: „Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý. Nechce být starý fakticky, ale ani si nepřejí, aby se o stáří mluvilo (Haškovcová, 2010: 9). Posun společenského paradigmatu směrem k důvěře v hodnotu stáří je tak velkou výzvou pro současnou západní společnost. Heslo

„společnost pro každý věk“ tak bylo klíčové nejen pro mezinárodní rok starších osob vyhlášený na rok 1999 ze strany OSN (WHO, 2002).

ČSÚ upozorňuje na rizika, jimž jsou senioři vystaveni – častější nemocnost a úrazy, větší ohroženost chudobou a vyšší pravděpodobnost, že se stanou oběťmi trestného činu (v porovnání s osobami mladšího věku). Zároveň ale doplňuje, že spousta starších osob žije plnohodnotným aktivním životem, jsou aktivní na pracovním trhu, sportují, vzdělávají se a využívají moderní komunikační technologie (ČSÚ, 2022b). Zkratkovitý nejen mediální obraz seniora jako nemocného a pro společnost nepřínosného člověka je projevem stereotypizace. Ta se spolu s diskriminací projevuje na symbolické i reálné rovině a patří mezi výrazné projevy ageismu (Haškovcová, 2012). Dnes už se tento pojem neomezuje pouze na starší osoby, zahrnuje i předsudky a negativní představy o stáří obecně (Vosečková, 2014). Aktuální *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025* upozorňuje na to, že v českém prostředí neexistuje dostatečný sociologický výzkum zkoumající problematiku seniorské diskriminace a zneužívání, a proto je v této oblasti komplikované formulovat strategické priority a nastavovat efektivní opatření, ačkoliv je zřejmé, že jde o rozsáhlý a palčivý problém (MPSV, 2020a). V dříve zmíněném desateru si proto klade si proto za cíl provést analýzu věkové diskriminace a souvisejících překážek, možnosti ochrany před nedůstojným zacházením, týráním a zanedbáváním a možnosti efektivního řešení fyzického i psychického násilí na starších osobách. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017* v souvislosti s otázkami diskriminace a lidské důstojnosti ve stáří zdůrazňuje potřebu vzdělávání pečujících osob (v rodině i v sociálních a zdravotních službách), na nichž jsou zejména senioři s omezenou soběstačností víceméně závislí (MPSV, 2015). Doplňuje důraz na respektování a ochranu „fyzické, sexuální, duševní a emocionální integrity a zaručení vyhovujících životních podmínek“ (tamtéž: 12).

2 KVALITA ŽIVOTA A KONCEPT AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ

2.1 Koncept kvality života

Od poloviny 20. století se zejména sociologie snaží vystihnout „cílovou funkci“ vývoje společnosti z hlediska života obyvatel. Od 50. let se hovoří o zvýšení životní úrovně pracujícího lidu, od 70. let je pak nejen ve středoevropském prostředí ve středu zájmu pojem způsob života, s cílem „rozšířit socialistický způsob života“ a překonat orientaci na masovou spotřebu (Čepelka, 2019). Od poloviny 20. století se objevuje pojem kvality života. WHO s ním pracuje od poloviny 80. let – zprvu na subjektivní úrovni vnímání kvality vlastního života jednotlivci, od 90. let ji rozšiřuje i na prostředí zdravotnictví. Kvalitu života lidí definuje WHO jako „subjektivní vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému prostředí, v němž jedinec žije, a ve vztahu k vlastním cílům, očekáváním, standardům a zájmům. Jako taková je [kvalita života] nutně ovlivněna fyzickým zdravím, psychickým stavem, úrovní samostatnosti, sociálními vztahy, enviromentálními faktory a vlastním přesvědčením“ (WHOQOL, 1996: 354). Tato definice je dodnes nejvíce uznávanou, ačkoliv přetrvává variabilita pojetí a definic pohledem různých vědních oborů.

Termín kvality života je pak někdy používán v kontextu individuální situace jednotlivce a jindy je vztahován k celé společnosti, kde se často zaměřuje s pojmem životní úroveň. Jedná se o **multidimenzionální koncept**, neb jej ovlivňují fyzické, psychologické a další faktory; zároveň jde o velmi dynamický fenomén – liší se v pojetí jednotlivců, proměňuje se v průběhu života i napříč generacemi (Van Malderen, Mets a Gorus, 2013). Nabízejí se i operacionální definice, které předpokládají, že lze kvalitu života měřit. Kvalitu života lze v teoretické rovině nahlížet skrze různé perspektivy – nejkomplexnější poskytuje sociologie; v psychologii je spojena s pojmem well-being; medicína klade důraz na zdraví; nabízí se ale i ekonomická měřítka. Dragomirecká (2017) sleduje dvě hlavní oblasti, jež s pojmem kvality života operují. Rozlišuje kvalitu života v sociálně politickém

a zdravotním a psychosociálním kontextu. Další klasifikaci předkládá Veenhoven na základě dvou dichotomií:

- předpoklady × výsledky,
- subjektivní × objektivní.

První zmíněná dichotomie rozlišuje mezi příležitostmi žít dobrý život (životní šance či potenciál) a realitou, která nutně nemusí výchozí pozici odpovídat. Uvádí příklad ze sféry veřejného zdraví, kde jsou podmínky dobrého zdraví (vhodné stravování a profesionální zdravotní péče) sotva kdy přetaveny v perfektně zdravou populaci. Předpoklad vztahu mezi těmito dvěma fenomény je ale implicitně obsažen i v důrazu na zdravotní prevenci. Druhá zmíněná dichotomie na jedné straně prezentuje kvalitu vnitřní (v českém prostředí spíše „subjektivní“; spočívající v jednotlivci) a na straně druhé kvalitu vnější (spíše „objektivní“; spočívající v prostředí). Na tomto základě Veenhoven popisuje čtyři kvality života.

Ač se nabízí široká paleta definic z různých oborů a perspektiv, ta nejčastější vymezení kvality života jsou rámována zdravím. Zvláště v kontextu života starších osob tento medicínský přístup nabývá na důležitosti. Čepelka (2019) uvádí souvislost nejčastějších současných definic kvality života s vymezením zdraví z roku 1946 dle WHO: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody...“ a s výčtem vnějších podmínek pro zdraví. Dragomirecká (2017) v tomto kontextu upozorňuje, že omezení hodnocení kvality života na zdravotní stav a hmotné zabezpečení často neodpovídá tomu, co sami starší lidé pojmenovávají jako hlavní komponenty kvality vlastního života. Vracíme se tak k Veenhovenově vymezení, z něž se nejčastěji používá druhá dimenze.

- Vnitřní aspekty kvality života, zahrnující vlastnosti jednotlivce – fyzické a duševní zdraví, subjektivní pohodu a vlastní prožívání dané etapy života. Během měření se projevuje zájmem o celkovou emoční bilanci v danou dobu a životní spokojenost jednotlivce.

- Vnější aspekty kvality života, shrnující vlastnosti prostředí, které jednotlivce obklopuje. Ze statistického, ekonomického, demografického i sociologického pohledu se pak měření soustředí na hmotné podmínky života obyvatel.

Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádějí členění na tři roviny. Makro rovina v jejich podání se prakticky kryje s výše zmíněnými vnějšími aspekty a personální rovina zase s vnitřními aspekty kvality života. Mezi ně ale ještě doplňují mezo rovinu sestávající z malých sociálních skupin a spočívající v otázkách interpersonálních vztahů a sociálního klimatu.

WHO (2002) pak shrnuje hlavní determinanty kvality života vzhledem ke zdraví v jakémkoliv věku, jejichž vliv ve stáří nabývá na významu.

- Kultura a gender jako determinanty ovlivňující všechny ostatní. Např. pokud společnost považuje zvýšenou nemocnost za přirozenou součást stáří, nebude se tolik soustředit na prevenci v průběhu života. Hlavní vliv genderu spočívá v častějším zapojení žen do péče (placené i neplacené), jež může zvyšovat riziko chudoby ve stáří.
- Zdravotnictví a systém sociální péče, jež by měly být komplexně zaměřeny na celoživotní prevenci a aktivní přístup ke zdraví. Nárůst četnosti chronických (či civilizačních) onemocnění vyžaduje jejich včasné odhalení a dlouhodobou podporu pacienta. Kladen je zde důraz na kontinuitu péče, od zdravotní prevence po léčebnou a dlouhodobou péči.
- Behaviorální faktory implikují důraz na zdravý životní styl a péči o vlastní zdraví v průběhu života; na změny směrem ke zdravějšímu chování není pozdě v žádném věku (odpovídající fyzická aktivita, výživné stravování, vyhýbání se alkoholu a jiným návykovým látkám).
- Osobní determinanty, do nichž spadá vliv genetiky (ačkoliv na větší část současných nemocí má vliv prostředí a životní styl) i psychologické faktory

(zejména inteligence, efektivní coping a kognitivní kapacita jsou prediktory dlouhověkosti).

- Determinanty fyzického prostředí spočívají v „age-friendly“ infrastruktuře a bezpečném, dostupném a neizolovaném bydlení.
- Sociální prostředí obsahující sociální podporu, příležitosti k celoživotnímu učení, mír a ochranu před narušováním práv má pozitivní vliv na zdraví, zapojení do společnosti a pocit bezpečí (nejen) starších osob.
- Ekonomické determinanty, mezi něž patří zejména finanční příjem, účast na trhu práce a systém sociální ochrany. Zdůrazněn je přínos práce pro starší osoby, ať už na pracovním trhu nebo mimo něj.

Ve stáří klesá význam přičítaný práci a vzrůstá význam zdravotního stavu. Hlavní dimenze kvality života (zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) jsou ve stáří nutně ovlivněny potřebami v závislosti na stupni soběstačnosti (Dragomirecká, 2017). Sexualita je jako přirozená součást lidského života v každém věku dalším faktorem, který má na kvalitu života (zejména na subjektivní úrovni) významný vliv. Vztahu sexuality a kvality života se bude dále věnovat podkapitola 4.4.

Nakonec je tedy zřejmé, že kvalitu života starších osob lze výrazně podpořit zvnějšku – ať už snahami na globální a mezinárodní úrovni, tak konkrétními opatřeními jednotlivých států, ale nezanedbatelná je i aktivita krajů, obcí, komunit a rodin. Kromě toho hraje velkou roli chování a přístup k vlastnímu životu a zdraví každého jednotlivce. Kuchařová ve svém výzkumu z roku 2002 poukazuje na to, že se tehdejší senioři začali připravovat na stáří často až po 50. roce života (Kuchařová, 2007). Současné generace ekonomicky aktivních osob si nemohou dovolit přípravu na stáří zanedbávat, zvláště po ekonomické stránce. S rostoucím množstvím ekonomicky neaktivních osob připadajících poměrově na ekonomicky aktivní obyvatelstvo se postupně snižují možnosti systému sociální podpory kompletně zajistit starším občanům ekonomickou samostatnost – a zvyšuje se tlak na efektivnější systém solidarity a celkově na ekonomicky aktivní část společnosti. Příprava na vlastní stáří

ale nespočívá jen ve finančním zajištění pro odchod do starobního důchodu. Kvalita života ve stáří je výsledkem celoživotního procesu. Aktivní roli jednotlivce v procesu stárnutí a přípravy na stáří je tématem diskuzí již od 70. let minulého století. Etablují se tak koncepty zdravého, aktivního, úspěšného, produktivního či pozitivního stárnutí – zdůrazňujících zejména aktivní roli jednotlivce v udržení či zlepšení kvality života ve stáří. Na individuální úroveň ale omezeny nejsou.

2.2 Koncept aktivního stárnutí

Nejčastěji doporučovanou strategií pro vyrovnávání se s demografickými změnami ve společnosti je **koncept tzv. aktivního stárnutí**, který hodnotově vychází ze *Zásad OSN pro seniory* (MPSV, 2020b). Poprvé jej zmiňuje WHO koncem 90. let minulého století a zejména ze strany právě WHO a i Evropské unie jde v posledních dvaceti letech o preferovaný přístup. Doporučován je jak na individuální, tak společenské úrovni, a je předmětem teoretických studií, sociálních politik a konkrétních programů (Bártová, 2019). Dokládá to řada mezinárodních i národních dokumentů:

- *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí* (OSN, 2002),
- *Active Ageing: A Policy Framework* (WHO, 2002)
- *Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe 2012–2020* (WHO, 2012),
- *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* (MPSV, 2015).

Jejich hlavní cíle směřují do oblastí vzdělávání a celoživotního učení, účasti na trhu práce, zdravého stárnutí a osobního rozvoje. Na společenské úrovni se snaží o pozitivní vnímání stáří a odbourání ageismu. Bočková a Vojtíšek (2017) shrnují doporučení uvedených dokumentů do následujících oblastí společenského života starších osob a seniorů:

- rozeznání a dodržování lidských práv seniorů,
- zajištění ekonomického a sociálního zabezpečení,
- využití odborných znalostí a zkušeností seniorů v zaměstnání a vytváření příležitostí pro jejich aktivní uplatnění na trhu práce,
- zajištění rovnosti příležitostí po celý život včetně staršího věku v oblasti vzdělávání,
- maximální integrace a podpora participace seniorů ve společnosti,
- rozvoj mezigenerační spolupráce a solidarity,
- zabezpečení kvality života všech starších osob ve společnosti,
- podpora zdraví a péče s důrazem na prevenci a komplexnost a kontinuitu zdravotních a sociálních služeb pro seniory.

WHO (2002) definuje aktivní stárnutí jako proces zajištění optimálních příležitostí pro zdraví, účast na životě společnosti a bezpečí s cílem zajistit co nejlepší kvalitu života během stárnutí. Bártová (2019) doplňuje, že slovo „aktivní“ nesměřuje jen k fyzické aktivitě a účasti na trhu práce, ale i k pokračující účasti v rovině sociální, občanské, ekonomické, duchovní a kulturní. WHO ve své definici kromě participace klade ještě důraz na zdraví a jeho podporu ze strany jedince, ale i na zajištění adekvátní péče o zdraví systémově. Potřebné bezpečí se vztahuje jak na úroveň fyzickou (bezpečné prostředí), tak materiální – sociální zabezpečení, zdravotní pojištění, ochrana před upadnutím do chudoby (Holmerová, 2022). Participace, zdraví a bezpečnost jsou tak třemi hlavními pilíři aktivního stárnutí. Kvalita života má pak být výstupem aktivního stárnutí, lze jí dosáhnout aktivním přístupem k vlastnímu stárnutí.

V této souvislosti je nutné zmínit *Index aktivního stárnutí* (dále jen AAI) jako klíčový nástroj pro hodnocení úspěšnosti zaváděných strategií. Předpokladem je myšlenka, že úspěšná opatření jsou ta, která umožňují a dále zvyšují zapojení starších osob na trhu práce a ve společnosti, komunitě a rodině. Koncept aktivního stárnutí je tak

pohledem Evropské komise propojen s přístupem investování do obyvatel ve smyslu tvorby takových politik, které směřují skrze rozšíření znalostí a dovedností občanů k jejich kvalitnějšímu zapojení do zaměstnání a společenského života. Jde o politiky týkající se vzdělání, péče o děti, zdravotní péče, pomoci při hledání práce či rehabilitace (Tomeš a Bočková, 2017). Během tvorby AAI také vznikla nová definice aktivního stárnutí, která vychází z původní definice od WHO (2002): „Aktivní stárnutí odkazuje na situace, kdy lidé pokračují v participaci na trhu práce, stejně jako se zapojují do dalších neplacených aktivit (např. poskytování péče v rámci rodiny nebo dobrovolnictví) a žijí zdravé, nezávislé a bezpečné životy v průběhu doby, kdy stárnou.“ (Tomeš a Bočková, 2017: 46).

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Cooperation and Development, dále jen OECD) vydala v roce 1998 knihu *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, v níž popisuje výzvy vznikající stárnutím populace. Definuje aktivní stárnutí jako „schopnost lidí, jak stárnou, vést produktivní život ve společnosti a v ekonomice. Aktivní stárnutí v sobě zahrnuje schopnost činit pružná rozhodnutí o tom, jakým způsobem budou trávit svůj čas v průběhu života – v práci, ve vzdělávání, ve volném čase a v péči o druhé“ (OECD, 1998: 4). Jakýkoliv záměr týkající se aktivního stárnutí musí vycházet z perspektivy demokracie, lidských práv a občanství. Upozorňuje na nutný přesun perspektivy od starších jedinců jakožto vyčleněné skupiny ke všem občanům, kteří stárnou kontinuálně. Jakékoliv další strategie aktivního stárnutí tak podle OECD mají být zaměřeny na všechny věkové skupiny a mezi jejich cíle má patřit zvyšování povědomí o přínosu zdravého životního stylu, důraz na celoživotní učení a řízení vlastního stárnutí (OECD, 1998). Výše zmíněné definice formulované WHO v roce 2002 a Evropskou komisí v roce 2012 (při vzniku AAI) sice kladou důraz na roli jedince ve vlastním stárnutí a otevírají témata péče o vlastní zdraví a aktivity, explicitně ale nezmiňují jejich důležitost v průběhu celého lidského života. To je pochopitelné

především proto, že se jedná o definice aktivního stárnutí – a starší lidé jsou ve středu jejich zájmu. Důležitost celoživotního přístupu pak ale oba koncepty vyzdvihují.

Zdravé stárnutí je proces vývoje a udržování funkčních dovedností, které umožňují žít kvalitní život ve starším věku. Funkčními dovednostmi se pak rozumí především dostatečně dobrý zdravotní stav na to, aby se jedinec mohl věnovat svým preferovaným činnostem (WHO, 2015). WHO se k definování zdravého stárnutí snaží přistupovat holisticky a neomezovat jej pouze na stav zdraví jako absenci nemoci. Je zřejmé, že je zdraví mnohem komplexnější. Vedle toho by nebylo příliš funkční definovat zdravé stárnutí stavem plného fyzického zdraví, jelikož je vyšší věk většinou se zdravotními omezeními spojen. Proto WHO vyzdvihuje zachování celkové funkčního potenciálu tak, aby zdravotní stav člověka výrazně neomezoval. Je zřejmé, že se nejedná pouze o péči o zdraví fyzické, nýbrž i duševní. Jde tak o snahu o prodloužení tzv. zdravé délky života, tedy období, v němž není funkční potenciál člověka omezen nemocí (Haškovcová, 2010). Čevela et al. (2012) považuje funkční zdraví za klíčový komponent kvality života, protože právě to určuje potenciál člověka k naplňování jeho dalších potřeb, jako je uchování vlastní důstojnosti, nezávislosti, maximální participace, seberealizace a smysluplnosti života. Úroveň funkčního zdraví pak odvozuje od přítomnosti funkčně závažné choroby a potenciálu zdraví. V této souvislosti se pak hovoří o tzv. kompresi morbidit – snahu stárnout zdravě a onemocnět tak oddalovat do krátkého období na sklonku života (Bártová, 2019), což byl jedna z prvních myšlenek ke zdravému i aktivnímu stárnutí. Takový přístup samozřejmě nelze aplikovat u všech lidí a všech nemocí (zvláště u neurodegenerativních nemocí), na limity a kritiku těchto přístupů dojde v následující podkapitole.

Úspěšné stárnutí se pak soustředí na obecnou pohodu a dosažení spokojenosti ve vyšším věku. Vosečková (2014) uvádí tři hlavní komponenty úspěšného stárnutí, každý z nich je pak kombinací dalších faktorů:

- pozitivní hodnocení vlastního zdraví,

- mentální a fyzická funkční kapacita (paměť, pohyb, přiměřená aktivita ve vzdělávání a zájmových činnostech),
- aktivní zapojení, zejména do vztahů s dalšími lidmi, dá se ale vztáhnout i na společenský dopad.

Haškovcová (2012) pak termíny zdravého a úspěšného stárnutí ztotožňuje, když popisuje projekt Evropské unie *Zdravé stárnutí*. Jako jeho cílovou skupinu udává už lidi starší 50 let, „kteří se mají náležitě a s podporou společnosti starat o své zdraví tak, aby ještě dlouhá léta žili ve fyzické a psychické pohodě a aby se mohli bez diskriminace podílet na všech pracovních a společenských aktivitách, tedy mohli žít svůj nezávislý život“ (tamtéž: 24).

3.1 Limity konceptu aktivního stárnutí

Všechny přístupy k aktivnímu stárnutí akcentují roli jednotlivce, který se aktivně snaží ovlivnit proces a podobu vlastního stárnutí. Zdůrazňována je zejména přetrvávající participace na trhu práce (OECD, 1998; WHO, 2002; Tomeš a Bočková, 2017). Nahlížení ekonomickou perspektivou na stárnutí populace má své opodstatnění zejména vzhledem ke zvýšené potřebě zdravotní a sociální péče ve vysokém věku, utlumování pracovní aktivity a přecházení do starobního důchodu. Stále častěji se ale hovoří o přínosu seniorů pro společnost, komunitu a rodinu, který lze jen těžko převést do finanční roviny. Bočková a Vojtíšek (2017) identifikují tři nejdůležitější oblasti, v nichž jsou senioři aktivní: 1. uplatnění na trhu práce i po nároku na starobní důchod, 2. dobrovolnictví seniorů a vzájemná pomoc v sousedství či blízkém okolí, 3. péče a pomoc v rámci rodiny, především ve smyslu substituce profesionálních služeb.

Tato diplomová práce se však věnuje starším osobám v roli klientek a klientů pobytových zařízení sociálních služeb. Jedná se tak zejména o domovy pro seniory, ale i odlehčovací služby (v pobytové formě) a domovy se zvláštním režimem, dle

zákona č. 108/2006 Sb. Podrobnějšímu vymezení cílové skupiny a dalších subjektů, jež mohou z této práce těžit, se bude věnovat kapitola 5.1. Na tomto místě je podstatné poukázat na fakt, že aby se člověk mohl stát klientem například právě domova pro seniory, měl by vykazovat „sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku“, protože jeho situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, jak určuje zákon (ČR, 2006). Jak bylo zmíněno výše, snahu pozitivně ovlivnit proces vlastního stárnutí také často komplikují až znemožňují neurodegenerativní onemocnění, jako je např. Alzheimerova choroba.

Strategie aktivního stárnutí v prostředí institucionalizované péče najednou přichází o svůj hlavní bod – aktivitu a soběstačnost. Je zřejmé, že klienti pobytových služeb dále nepokračují ve své účasti na pracovním trhu, ekonomická aktivita tak přestává být relevantní. Glanzová (2019) však poukazuje na to, že další formy aktivity lze realizovat i v domovech pro seniory – a že senioři tak mohou zůstat aktivními i po ukončení aktivity ekonomické. Mezi aspekty aktivního stárnutí, které lze realizovat i v tomto prostředí, patří zejména svoboda rozhodování o vlastním volném čase, jenž by měl být tráven aktivně (OECD, 1998). Senioři mohou dále participovat i v sociální, kulturní a spirituální oblasti; zároveň Glanzová (2019) doplňuje, že by díky aktivnímu stárnutí mělo docházet k naplňování fyzického, psychického a sociálního blahobytu (WHO, 2002). Potřeba sociální služby tak není a neměla by být kontraindikací aktivního stárnutí, o společenském přínosu seniorů lze hovořit i pokud sami přijímají pomoc sociální služby. Často pak senioři kompenzují nedostatečnou fyzickou složku aktivním životem v oblasti duševní nebo pro společenské práce (Bočková a Vojtíšek, 2017). Neoddiskutovatelnou součástí aktivního a zdravého stárnutí je právo navazovat intimní a sexuální vztahy a projevovat svou sexualitu (Freya, 2022b).

Na začátku této kapitoly byly uvedeny hlavní faktory, které ovlivňují kvalitu života: kultura a gender, zdravotní a sociální systém, behaviorální a osobní faktory, fyzické prostředí, sociální prostředí a ekonomické determinanty (WHO, 2002). Van

Malderen, Mets, a Gorus (2013) k výše zmíněným faktorům přidávají ještě tři další – zdravotní a sociální péči v dlouhodobých pobytových zařízeních, participaci a smysluplné trávení volného času. Činí tak na základě výzkumu zaměřeného na aktivní stárnutí v dlouhodobých pobytových zařízeních, jehož výsledkem bylo, že základní faktory formulované WHO tamním podmínkám dostatečně neodpovídají. Participaci ve výzkumu rozdělují na tři úrovně: individuální, organizační a společenskou. Na individuální úrovni by měli mít senioři možnost ovládat vlastní život a rozhodovat o něm; na organizační úrovni jde o právo věnovat se činností, jichž jsou schopni; na společenské úrovni jde o integraci s okolím, aby se senioři necítili izolováni od okolního světa.

Hlavním rizikem konceptu aktivního stárnutí je paradoxně právě důraz na aktivitu a zodpovědnost jedince. Cílem aktivního přístupu k vlastnímu stáří je prodloužení délky života ve zdraví, jinými slovy prodloužení doby života strávené v tzv. třetím věku. Riziko konceptu se začne naplňovat ve chvíli, kdy strategie aktivního stárnutí u akcentování třetího věku zůstanou – a osoby čtvrtého věku přehlédnou. Dalším rizikem je pak nerefluktování problémů a bariér, které osoby ve starším věku zažívají ve snaze naplnit požadavek a „ideál“ aktivního stárnutí. Rizika či překážky naplnění představy aktivního stárnutí v prostředí sociálních služeb se pak dají identifikovat v různých úrovních: 1. v nastavení právních podmínek systému sociálních služeb; 2. v závislosti na postojích, dovednostech a chování pracovníků pomáhajících profesí v konkrétních organizacích (Lejsal, 2017); 3. v postojích a možnostech jednotlivce v pozici uživatele dané služby (Hasmanová Marhánková, 2010).

Zatímco se koncem minulého století mezinárodní organizace snažily o destigmatizaci a pozitivní obraz stáří, v současné době se koncept aktivního stárnutí musí vyrovnávat s kritikou přílišné normativnosti aktivity a nezávislosti (Hasmanová Marhánková, 2010). Od aktivních seniorů se pak očekává další vzdělávání, prodlužování ekonomické aktivity, dobrovolnická činnost a péče v rámci rodiny. Aktivní a naplněný volný čas ve stáří tak najednou není možností, ale téměř

povinností (Bártová, 2019). Bočková a Vojtíšek (2017) upozorňují na to, že samotný pojem „aktivního stáří“ může evokovat „obraz superseniora zdolávajícího horské vrcholy, radujícího se s vnoučaty a cestujícího po celém světě“ (tamtéž: 73). Hasmanová Marhánková (2010) poukazuje na to, že aktivita ve stáří v současnosti reprezentuje idealizovaný obraz stáří, který se odráží v dominantním gerontologickém a politickém diskurzu, v přístupu profesionálů k péči o seniory i v reflexi vlastního stáří konkrétními seniory, má proto velmi silnou normativní dimenzi. Aktivní stáří pak není jen tím „správným“ stářím, ale dokonce stářím „lepší“ a nadřazeným.

Ekonomická aktivita je akcentována i v českých strategických dokumentech věnujících se stárnutí populace. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* stanovil aktivní stárnutí jako svou první strategickou prioritu – a celá příslušná kapitola je věnována úzkému pojetí zaměřenému na zvýšení ekonomické aktivity a zaměstnanosti jako klíčové strategii k řešení ekonomických výzev spojených se stárnutím populace (MPSV, 2008). Na jiných místech pracuje dokument s aktivním stárnutím jako s celoživotním projektem, lze ale vysledovat tendenci k individualizaci odpovědnosti za kvalitu života ve stáří (Hasmanová Marhánková, 2010). Navazující strategický dokument *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* definoval potřebu zaměřit se na zdraví a celoživotní učení, protože od nich se pak odvíjí účast na trhu práce, aktivní podíl na rozvoji občanské společnosti a podpora mezigeneračního dialogu. Zároveň připustil, že vzhledem k heterogenitě seniorské populace nelze předpokládat, že budou všichni aktivní na trhu práce, ve společnosti i v rodině, a zdůraznil potřebu kvalitní a dlouhodobé zdravotní a sociální péče (MPSV, 2015). Navazující národní strategie (viz níže) však řadí oblast dlouhodobé péče mezi nesplněné cíle tohoto akčního plánu (MPSV, 2020a), přitom se jedná o stále významnější sociální riziko (Walker a Zaidi, 2021). Využití termínu „pozitivní stárnutí“ hned v názvu dokumentu v kombinaci s apelem na (nejen ekonomickou) aktivitu a nezávislost ve vyšším věku

ale působí silně normativně. Nižší míra aktivity a závislost na pomoci dalších lidí a služeb má pak být ukázkou stárnutí negativního? Na riziko rozdělování seniorů na ty „dobře stárnoucí“ (zdraví, produktivní, nezávislí, účastníci se společenského dění a vzdělávající se) a „špatně stárnoucí“ (nemocní, závislí na pomoci, pasivní, nečinní) zejména perspektivou pobytových sociálních služeb upozorňuje Lejsal (2017).

Navazující a v současné době aktuální *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025* se důrazu na aktivní stárnutí spíše vyhýbá. Zmíněno je v souvislosti s trávením volného času jako prevence sociální izolace a zhoršení zdravotního stavu; slovo aktivní pak v tomto kontextu znamená zejména „přetrvávající participaci na společenském, ekonomickém, kulturním, duchovním i občanském dění“ (MPSV, 2020a). Ve strategickém cíli č. 8 *Celoživotní učení, trh práce a aktivní stárnutí* je aktivní stárnutí sice spojováno s ekonomickou aktivitou, neděje se tak ale ve zkratkovitém důrazu na prodlužování let strávených v zaměstnání, nýbrž konkrétními opatřeními v podobě dostupnějších a využitelných kvalifikací, flexibilních a zkrácených úvazků a celkově cílenou a specifickou podporu. Tento strategický rámec se stárnutí populace dívá v porovnání s předchozími akčními plány komplexněji a poskytuje vhled do různých dotčených veřejných politik a zapojených aktérů. Jedná se o strategický rámec, a tak se větší míra komplexity a obecnosti předložených témat z principu očekává. Návazný akční plán k němu ale dostupný není, aby mohlo dojít ke srovnání dokumentů stejného typu.

Koncept aktivního stárnutí se tak v současnosti potřebuje vyvarovat normativnosti a usilovat o navrácení správných konotací, které spočívají v pestrosti, komplexnosti a rovnováze jeho jednotlivých složek (sociálních, duchovních, fyzických i psychických). Nutné je také pečlivě zvážit, do jaké míry se jedná o individuální zodpovědnost a kdy už je třeba působení ze strany veřejné sociální politiky (Bočková a Vojtíšek, 2017). Prosazování aktivního stárnutí v institucionalizované péči je z principu komplikované. Není nemožné – aktivitu může jedinec projevat a instituce podporovat v různých oblastech, nejen té ekonomické. Nabízí se oblast

sociální, kulturní a spirituální (Glanzová, 2019), rozvoj kvalitních mezilidských a rodinných vztahů (MPSV, 2020a). Důležité je také trávení volného času, konkrétně možnost samostatně o něm rozhodovat a věnovat se preferovaným aktivitám (Van Malderen, Mets, a Gorus, 2013). Nicméně nadměrné preferování aktivity ve snaze o maximální inkluzi může paradoxně vést k vyloučení těch, kdo jí z různých důvodů schopni nejsou (Bártová, 2019), aktivita nemá být povinností. Aktivnímu stárnutí je tak třeba navrátit komplexní význam a správnou konotaci a neztenčovat jej pouze na ekonomickou aktivitu a na třetí věk. Lze jej také doplnit o jiné přístupy, aby zejména pro prostředí pobytových sociálních služeb nabyl na relevantnosti a využitelnosti i na úrovni každodenních činností – např. Lejsal (2017) navrhuje využití biografie a uceleného psychobiografického modelu péče. Pro účely této práce poskytne podobné doplnění konceptu aktivního stárnutí přístup zaměřený na člověka, jemuž se bude věnovat následující kapitola.

3 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA

V předchozí kapitole byly představeny koncepty kvality života a aktivního stárnutí, na nichž bude teoretická část práce dále stavět. Podkapitola zaměřená na limity a kritiku konceptu aktivního stárnutí upozorňovala na riziko jeho zjednodušování na pouhý důraz na aktivitu, zejména na aktivitu ekonomickou a na pracovním trhu. Především (ale nejenom) v prostředí pobytových sociálních služeb pro seniory by pak takto zkratkový přístup těžko hledal uplatnění. Další části práce budou vycházet z konceptu aktivního stárnutí ve své pestrosti a komplexitě, ve sféře blízkých vztahů, kulturní, duchovní i občanské, s důrazem na svobodu v rozhodování o trávení vlastního volného času, včetně práva na prožívání vlastní sexuality.

Tématem této diplomové práce je, v nejobecnějším pojmenování, sexualita seniorů. Konkrétněji těch, jež jsou uživateli pobytových sociálních služeb, např. domovů pro seniory. V institucionalizované péči tohoto typu nese každá snaha o zásah do života klientů významné riziko, že zůstane v normativní a oficiální rovině ve formě nepraktické „iniciativy shora“, jež se nijak pozitivně nepropisuje do žité reality těch, koho se pokouší podpořit. Ve snaze zachytit tak citlivé téma, jako je intimita a sexualita klientů, platí toto riziko dvojnásob. Rámování samotným konceptem aktivního stárnutí, jemuž je často právě normativnost vyčítána, by se tak nakonec mohlo stát nedostatečným, ale snad i kontraproduktivním. Práce z něj hodnotově vychází, v plném, rozmanitém kontextu tak, jak bylo vysvětleno výše. Na etické rovině koncept aktivního stárnutí pak doplňuje ještě přístup zaměřený na člověka s ambicí překonat riziko „standardizace intimity“, jak jej autorka práce pojmenovává. Na první místo veškeré práce se sexualitou je tak postaven klient ve své komplexitě, se svými potřebami. Od něj se pak další práce odvíjí, pro něj se děje, k němu se navrácí a jej podporuje.

Přístup zaměřený na člověka (*Person Centered Approach*, dále jen PCA) je původně psychoterapeutickým přístupem v proudu humanistické psychologie. Jeho autorem je Carl R. Rogers, který jej v roce 1959 publikoval jako svou teorii psychoterapie,

osobnosti a interpersonálních vztahů. Vychází z jeho poradenské a později psychotherapeutické praxe a již Rogers si uvědomoval, že PCA může mít přesah i mimo sféru psychotherapie. Věnoval se výzkumu aplikace přístupu ve školství a v politice i působení směru v běžných lidských vztazích (Nykl, 2004).

Základní hypotéza PCA jako psychotherapeutického směru předpokládá, že jedinci disponují ve svém nitru kapacitami sebeporozumění, sebeaktualizace a proměny vlastního sebepojetí a postojů. Tyto možnosti pak lze využít v atmosféře podporujících psychologických vztahů – a tvorba takové atmosféry je v kompetenci terapeuta (Steinhäuselová, 2022). Rogers popsal ty postoje terapeuta, které umožňují otevřenou komunikaci a posilují jedince, aby plně dosáhl svého potenciálu, a pojmenoval je jako nezbytné a dostatečné podmínky konstruktivní změny. Třemi z nich je bezpodmínečné kladné přijetí, empatické porozumění a kongruence (PCA Institut, 2022).

Vedle toho, že je PCA jedním ze stěžejních směrů psychotherapie, prvky tohoto přístupu jsou přenositelné i do jiných oborů. Nabízí se přesahy zejména do vzdělávání a pomáhajících profesí, sociální práce není výjimkou. Sociální pracovníci i lidé v dalších rolích ve sféře sociální práce se snadno v kontaktu s klientem mohou dostat do situací, kde budou vyhledávat oporu některých prvků psychotherapie. Právě v takových situacích se minimálně znalosti psychotherapeutických východisek mohou hodit, ačkoliv je zřejmé, že se základy PCA budou v prostředí mimo terapii aplikovat trochu jinak. V dalším textu kapitoly bude pro zjednodušení a přehlednost užíváno pojmu pečující osoba, jenž bude zastřešovat pracovníky v přímé péči, sociální pracovníky, ale i lidi ve vedení, protože je PCA aplikovatelný napříč celou organizací.

Níže bude popsán přístup zaměřený na člověka aplikovaný do prostředí sociálních služeb, inspirovaný zejména pojetím Marlis Pörtner (2009). Ta jej rozvíjí především pro organizace pečující o mentálně znevýhodněné, ale i pro další osoby vyžadující dlouhodobou péči, včetně seniorů. Její dílo představuje v evropském prostoru jednu z nejuznávanějších koncepcí přístupu zaměřeného na člověka v prostředí sociálních

služeb. Pro účely tohoto textu poskytně její koncepce etický a hodnotový rámec práce se sexualitou klientů.

Pracovat se zaměřením na člověka neznamena hledět na člověka jako na samostatnou jednotku bez ohledu na jeho prostředí. Neznamena to svést na jednotlivce veškerou zodpovědnost za dosavadní vývoj jeho situace a vznikající potíže – nelze dělat problém z něj. PCA bere v potaz mnoho dalších faktorů, které je nutné brát v potaz při uvažování o příčinách a možnostech řešení aktuální situace člověka. Pörtner (2009: 15) uvádí následující definici:

Pracovat se zaměřením na osobu znamená nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké jsou jejich možnosti. Pracovat se zaměřením na osobu znamená brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli své vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností.

Pörtner (2009) kromě teoretických zásad přístupu zaměřeného na člověka (bezpodmínečné pozitivní přijetí, empatické porozumění a kongruence) přichází ještě se základy jednání a zásadami pro každodenní praxi, které doplňuje o využití koncepce vedoucími pracovníky jako nástroje řízení organizace.

Prvním ze základů jednání je nalezení rovnováhy mezi daným rámcem a prostorem pro vlastní rozhodování – empatické porozumění jednotlivci je rámováno mj. podmínkami instituce a mezemi vlastního jednání pečující osoby (na rozdíl od rámce daného terapeutickým sezením). Dále je třeba, „aby bylo jasno“, aby byla zřejmá a srozumitelná pravidla obecného fungování a konkrétních situací; bez nich pak PCA snadno sklouzne k neurčitému „být milý a hodný“ při opomíjení některých, často nepříjemných situací. Je třeba v práci s klienty hledět na potenciál změny a růstu ve vlastních zdrojích, nikoliv na vznikající deficity v dovednostech a znalostech, které

přirozeně (nejen) s věkem přicházejí. Dalším základem jednání je přiznání odpovědnosti klientovi za sebe sama do takové míry, do jaké to dovolují jeho schopnosti a možnosti.

Mezi zásady PCA pro každodenní praxi pak patří: naslouchat, brát vážně, vycházet z normální situace, držet se toho, co se samo nabízí, nepodléhat předsudkům, umožňovat zkušenosti a zaměřit se na prožitek, povzbuzovat, neulpívat na symptomech, podporovat svébytnost, poskytovat přehledné možnosti volby, poskytovat opěrné body pro samostatné jednání, podávat jasné informace a rozumět rámcovým podmínkám, být konkrétní a nalézat společnou řeč se svým protějškem. Z tohoto taxativního výčtu dává pro účely práce se sexualitou smysl zdůraznit zejména dva z nich – podpůrná role organizace a důraz na prožívání klienta.

Role organizace spočívá zejména v poskytování přehledných možností volby, které vedou k co největší svobodě v rozhodování a šanci ovlivnit vlastní situaci. Vedle toho v důvěře v odpovědnost člověka a schopnosti akceptovat volbu jinou, než by byla ta dle pečující osoby „správná“. V tomto smyslu pak **organizace vytváří možnosti a poskytuje opěrné body pro samostatné jednání**, které by jinak možná nemohlo dojít naplnění. Na začátku tvorby nových možností vždy stojí klientova potřeba, v případě tématu sexuality ale nelze očekávat její aktivní vymáhání ze strany klientů. Pečující osoby musí být ve své práci dostatečně citlivé, aby tuto potřebu zachytily i v případě, že není explicitně vyřčena či vůbec verbalizována.

Stěžejním základem jednání pro účely této práce je pak důraz na **prožívání jako ústřední faktor**. Subjektivita prožívání je ústředním aspektem osobnosti, klíčem k porozumění. Snaha o práci se sexualitou klientů není obecným nárokem na prožívání téhle části svého života, navzdory jiným prioritám. Premisou této diplomové práce je vytvoření rámce a podpůrné struktury pro práci se sexualitou tak, aby se klienti měli o co opřít, bude-li pro ně téma aktuální. Sama Pörtner (2009) pak v kontextu práce se sexualitou s pomocí přístupu zaměřeného na člověka uvádí, že je v první řadě třeba jemně rozlišovat a citlivě vnímat, co konkrétně v této oblasti klient

chce. Co pro něj vlastní intimita a sexualita znamená, jak by chtěl takovou představu naplnit, ale i jaké jsou jeho možnosti a jak vypadají rámcové podmínky. Za doplnění stojí ještě podmínka nultá – zda klient vůbec chce takto citlivé téma s dalšími lidmi (zvláště jako zástupci organizace) sdílet. Věnovat se jí budou následující dvě kapitoly.

Práce se zaměřením na člověka vznáší na pečující osoby vedle profesních předpokladů další nároky. Posouvá porozumění pečujících osob sobě samým od „vím, co je pro druhou osobu dobré“ k „snažím se ji podpořit v tom, aby pro sebe našla tu nejlepší cestu“. Najednou tak nejde o to, aby pečující osoba (a potažmo i organizace) něco udělala, ale důležité je to, co umožňuje. Pečující osoba se tak dostává do role průvodce, který naslouchá, rozumí, vytváří a ukazuje možnosti, hlídá hranice zúčastněných stran, pomáhá reflektovat. Není třeba zastírat, že se často jedná o vysoké nároky. Připustíme-li, že potřeby klienta nemusí přesně odpovídat možnostem dané situace, pečující osoba pak musí vyvažovat zájmy (a možnosti) klientovy, své vlastní a ty stanovené organizací, zároveň pak hledat cesty k jejich naplnění. Koncepce přístupu zaměřeného na člověka je dostatečně rozsáhlá a komplexní na to, aby jí mohla být řízena celá organizace (Pörtner, 2009). Taková „organizace zaměřená na člověka“ pak staví do středu svého zájmu jak klienty, tak svoje zaměstnance (Stirk a Sanderson, 2012). PCA je natolik hodnotově obsáhlým přístupem, že kromě jeho využití při řízení konkrétních organizací si jeho prvky půjčují i národní a nadnárodní pojetí sociální práce. Zejména v evropském prostoru se jedná o stabilní a uznávaný hodnotový rámec.

4 INTIMITA A SEXUALITA VE STÁŘÍ

V kapitole věnované kvalitě života a aktivnímu stárnutí byla zmíněna snaha o prodloužení zdravé délky života, která spočívá v rozvoji a udržení funkčních dovedností. Funkční dovednosti spočívají v možnosti věnovat se činnostem, které jedinec preferuje (WHO, 2015), např. zajištění životních potřeb, trávení volného času či udržování a navazování vztahů. Se vztahy souvisí téma této kapitoly – intimita a sexualita ve stáří. Ač je v celém rozsahu diplomové práce pro zjednodušení často používáno pouze termínu sexualita, spadá do něj široké spektrum činností, vztahů a možností prožívání. Tato kapitola představí reflexi sexuality v dostupné literatuře a zaměří se na sexualitu ve stáří. Stručně představí změny, které se stárnutím na poli sexuality obvykle nastávají, a bariéry, které na cestě k jejímu prožívání ve vyšším věku nejčastěji stojí. Pohledem většinové společnosti se jedná o tabuizované téma, v kapitole jsou proto uvedeny i implikace tohoto stavu. Sexualita bude následně navázána na koncept kvality života jako jeden z faktorů, které mají na kvalitu života vliv a na které je třeba brát ohled, je-li řeč o snaze o udržení či zvýšení kvality života nejen ve stáří.

4.1 Sexualita, sexuální zdraví a intimita

Veřejná diskuze o sexu a sexualitě je v současné době výrazně otevřená a obvyklá – dokonce se hovoří o „sexualizovaném světě“. Sex je dnes mnohem viditelnější v literatuře, filmové tvorbě a sexualita je nezdědka marketingovým nástrojem – o sexu se zkrátka mluví více než kdy dřív. Takhle otevřená a živá diskuze však často končí, když dojde na spojení témat sexuality a stáří. Dokonce i v kontextu gerontologie se jedná o málo prozkoumané téma. Bývá označováno za komplikované a ve své podstatě zbytečné (Gott, 2005).

K vymezení základních pojmů sexuality a sexuálního zdraví zde použijeme obecně uznávané definice formulované WHO (2022). Níže uvedené definice pochází z roku

2002, první definice WHO byla formulována v roce 1975. Definice prochází vývojem stejně jako společenská diskuze věnovaná sexualitě a dají se očekávat další změny. Sexualita je sociálním konstruktem a jako taková odráží společenské názory a postoje (Bauer, McAuliffe a Nay, 2007). Zároveň je na tomto místě vhodné upozornit, že každá snaha o ustanovení norem a definic nese riziko vyloučení těch, kdo ji nebudou splňovat, jako nezdravých či abnormálních – např. i seniorů (Edwards a Coleman, 2004; Marková, 2022). Sexualita i sexuální zdraví jsou proto v aktuálním znění dle WHO definovány ve velmi širokém pojetí. Za povšimnutí stojí, že je v použité definici sexualita jedním ze základních aspektů lidského života a bytí.

„Sexualita je stěžejním aspektem bytí člověkem v průběhu života a sestává z pohlaví, genderových identit a rolí, sexuální orientace, erotiky, rozkoše, intimity a reprodukce. Sexualita je zažívána a vyjadřována skrze myšlenky, fantazie, touhy, postoje, hodnoty, jednání, role a vztahy. Jakkoliv může sexualita všechny tyto aspekty obsahovat, nejsou vždy všechny prožívány nebo vyjadřovány navenek. Sexualita je ovlivněna interakcemi faktorů biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, právních, historických, náboženských a spirituálních.“

„Sexuální zdraví je stavem fyzické, emocionální, psychické a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není pouhou absencí nemoci, dysfunkce nebo nemožnosti. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní přístup plný respektu k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost prožít příjemné a bezpečné sexuální zážitky, bez známek nátlaku, diskriminace a násilí. Podmínkou dosažení a udržení sexuálního zdraví je respekt, ochrana a naplnění sexuálních práv.“

Linka propojující sexuální zdraví, sexuální práva a lidská práva obecně je v publikacích WHO zřejmá. Sexuální práva obnáší možnost svobodně naplňovat a vyjadřovat svou sexualitu a sexuální zdraví (s ohledem na ostatní a ochranou proti

diskriminaci) a staví na mezinárodně uznávaných lidských právech. Mezi ty nejdůležitější lidská práva v tomto kontextu patří právo na rovné zacházení a ochranu proti diskriminaci spolu s tím, že nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu, právo na soukromí, zdraví, sociální zabezpečení, právo vstoupit do manželství a založit rodinu ve svobodném rozhodnutí zúčastněných, právo na informace a vzdělání a další (ČR, 1993; WHO, 2022). V dokumentech WHO je sexualita pojímána velmi komplexně, paradoxní však je, že např. i dvě významné publikace *Developing Sexual Health Programmes: A Framework for Action* (WHO, 2010a) a *Measuring Sexual Health: Conceptual and Practical Considerations and Related Indicators* (WHO, 2010b) zaměřené na sexualitu a sexuální zdraví ze svého zřetele starší osoby vyjímají (DeLamater, 2012).

Sexualita je tak dimenzí lidského zdraví, která má nejen biologické a psychologické, ale i společenské a kulturní implikace, a je aktuální v různé míře v průběhu celého života (Dominguez a Barbagallo, 2016). Západní, na mládí orientovaná kultura pak sexualitu často přisuzuje mladým, krásným a zdravým lidem, čímž přiživuje mýtus o starých lidech jako asexuálních bytostech (Hajjar a Kamel, 2003). Ač je sexualita starších osob stále často tabuizované téma ovlivněné předsudky a stereotypy, lidé mají i ve vyšším věku potřeby lásky, blízkosti, doteku i intimity. Jejich preferovaná forma vyjádření se může se zvyšujícím se věkem měnit a jejich provedení můžou komplikovat různé obtíže (zdravotní komplikace, absence partnera atd.), k úplnému vymizení touhy po blízkosti většinou nedochází a sexuální potenciál přetrvává. Vnímání vlastní sexuality se dokonce může s věkem měnit k lepšímu s tím, jak člověk nabývá zkušeností a větší znalosti vlastních potřeb (Heldtová, 2019).

Sexualitu je nutné chápat v širším smyslu, v němž zahrnuje vyjádření emocí – lásky, věrnosti, zájmu, vášně, úcty a zájmu o tělo a jeho fungování. V tomto smyslu je vyjádřením intimity a možnosti reagovat na blízkost osoby skrze pocity nebo hluboký vzájemný vztah, zájem a důvěru (Vévodová, Vévoda, a Špatenková, 2018). Literatura a výzkum věnované sexualitě ve stáří se často omezují na medicínský pohled

a zkoumají dysfunkce a zdravotní omezení, která s přibývajícím věkem často přicházejí. Nedostatek dat o sexualitě zdravých seniorů pak znamená také nedostatek informací, podpory a programů pro potřebné jedince (DeLamater, 2012). Další častou redukcí je soustředění pouze na sexuální chování jako takové. Gott (2005) poukazuje na to že k této redukci dochází nejen mezi laiky – komplexních definic sexuality existuje spousta, jakmile ale dojde na sexualitu jako objekt empirických výzkumů a studií, z praktických důvodů se její komplexnost zužuje na pouhé sexuální chování nebo pohlavní styk jako takový. V českém prostředí např. Steklíková (2014) analyzovala výsledky průzkumu sexuálního chování provedeného v roce, 2013 a garantovaného prof. PhDr. Weissem, Ph.D., a doc. MUDr. Zvěřinou, CSc., se zaměřením na seniorskou populaci. Z dat vyplývá, že nadpoloviční většina seniorské populace České republiky nepociťuje potřebu se sexuálně realizovat, mezi ženami jde o fenomén častější než mezi muži. Starší lidé žijící ve společném vztahu pak obvykle udržují s partnerem i sexuální styk. I vzhledem k lékařskému pozadí Weisse a Zvěřiny je jejich primární výzkum zaměřen zejména na sexuální chování – konkrétně na masturbační aktivitu, koitální styk, ale i na sexuální apetenci a sexuální poruchy. Psychosociální aspekt intimity, sexuality a vztahů obecně není tak významnou proměnnou ve výzkumu a ten pak neposkytuje širší prostor pro vlastní pojmenování významu intimního kontaktu. Výzkumy tohoto zaměření mají jistě svoje místo ve stanovování hlavních vývojových trendů v oblasti sexuálního chování, a dokonce jde i o významný počín v mezinárodním měřítku, neb podobné dlouhodobé výzkumy lidské sexuality nebyly na světě realizovány. Ty pod záštitou Weisse a Zvěřiny probíhají v pravidelných pětiletých cyklech již od roku 1993. Jejich obecné uznání a velký přesah i do laické veřejnosti pak mohou ale často vést k redukci sexuality na pouhé sexuální chování ve smyslu koitálního styku a autostimulace.

Sexuální projev zahrnuje též láskyplné pocity a společné prožitky a i ve vyšším věku může být realizován např. prostřednictvím intimity, mazlení, hlazení a vzájemnou blízkostí. Na téma intimity byla zpracována řada výzkumů, neexistuje

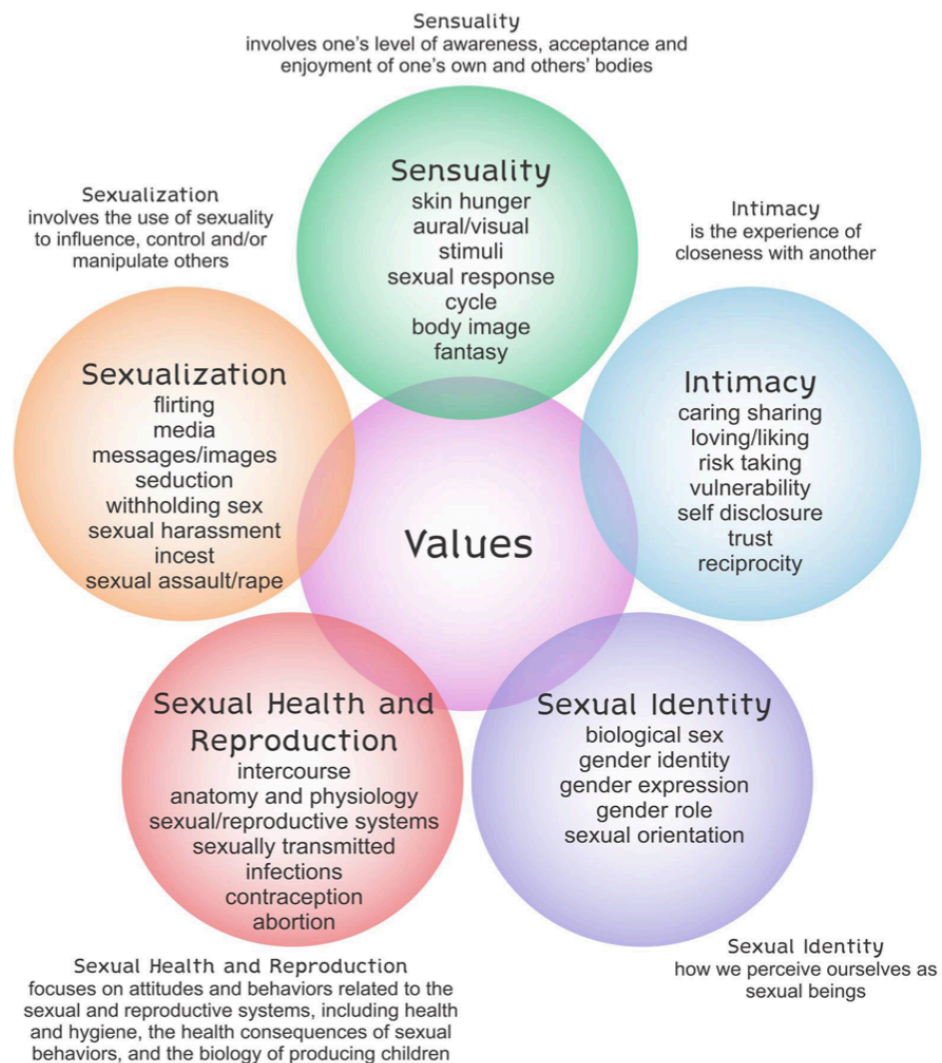
však její jednoznačná ucelená definice. Často se pojem intimity používá podobně jako sexualita – jsou eufemismem pro sexuální chování. Jindy se zase zaměňuje intimita a blízkost; intimní a blízký vztah tak mezi lidmi vzniká na základě dlouhodobého emočního sblížení, hlubokého poznávání, společného prožívání a sebeodhalování. **Intimita** pak vzniká v blízkých vztazích založených na otevření sebe sama tomu druhému. Jde o sdílení nejvnitřnějších pocitů a myšlenek a postupné budování důvěry v závislosti na vnímání perspektivy vztahu (Vévodová, Vévoda a Špatenková, 2018). Zatímco sexualita může být projevována a prožívána jednotlivcem samotným, intimita je rozvíjena výhradně ve vztazích s dalšími lidmi, existuje mezi lidmi (nikoliv v nich samotných). Marar (2014) doplňuje čtyři hlavní charakteristiky intimity a intimních vztahů:

1. Vzájemnost vedoucí k uznání, přijetí a vnímání toho druhého.
2. Výlučnost a tajemství, které naznačují, že je zmíněná vzájemnost exkluzivní jen dvěma zúčastněným a ostatnímu světu zůstává jejich zranitelnost a potřeba důvěry skryta.
3. Emoční výjimečnost plynoucí z toho, že to, co jedinec prožívá emočně intenzivněji, má pro něj větší význam.
4. Laskavost implikující dobrý úmysl a přijetí.

Pojmy sexuality a intimity může ještě pro účely této práce doplňovat pojem **erotismus**. Pro jeho definici použijeme pojetí Esther Perel: „Erotismus není sex; je to sexualita proměněná lidskou představivostí. Je v myšlenkách, snech, očekáváních, náhlých impulzech, ale i bolestivých vzpomínkách, které společně utváří paletu naší sexuality“ (Perel, 2022). Erotismus v jejím pojetí je vlastním prožíváním sexuality a touhy v nejen sexuálně laděných situacích; zároveň rozšiřuje vnímání intimity ve vztazích a obohacuje ji o další dimenzi.

Známým konceptem sexuality je model kruhů sexuality dle Dennise Daileyho, viz obr. 1 (Turner, 2020). Ve středu pěti kruhů zmíněných níže je kruh hodnotového rámce, postojů a emocí, z nichž jednotlivci vychází.

1. Sexualizace označuje použití sexuality k ovlivnění, kontrole a manipulaci ostatních.
2. Smyslovost zahrnuje zájem, přijetí a užívání si těla vlastního i druhé osoby.
3. Intimita je zážitkem blízkosti s druhou osobou.
4. Sexuální identita se skládá z vlastního vnímání sebe jako sexuálních bytostí.
5. Sexuální zdraví a reprodukce se soustředí na postoje a chování spojené s pohlavními orgány, zahrnuje zdraví a hygienu, zdravotní následky sexuálního chování a biologii reprodukce.



Obrázek 2: Model kruhů sexuality dle Daileyho (Turner, 2020).

Mluvíme-li tedy obecně o sexualitě v jakémkoliv věku i specificky o práci se sexualitou v kontextu pobytových sociálních služeb pro seniory, je nutné vnímat sexualitu ve velmi širokém významu, který zahrnuje i intimitu a erotismus, nebo hned celých šest dimenzí: sexualizaci, smyslovost, intimitu, sexuální identitu, sexuální zdraví a hodnotový rámec. Již z prací prvních sexuologů vyplývá, že sexualita pak není jen něčím, co se *dělá*, ale něčím, co člověk *má* z principu svého bytí. Gott (2005) sexualitu považuje za důležitý ukazatel psychologické vyspělosti a komponent duševního zdraví.

4.2 Sexualita a stárnutí

Řada výzkumů dokládá, že je sexuální touha a aktivita přítomná i do vysokého věku (Bauer, McAuliffe a Nay, 2007). Výzkumy na téma sexuality ve stáří začaly již v 50. letech minulého století a od té doby konzistentně vypovídají o tom, že i ve stáří si lidé udržují sexuální zájem a jsou fyzicky schopni se do sexuálních aktivit zapojit (Gott, 2005). Neexistuje zde jasný věkový předěl, po němž by sexuální potřeby vymizely, jedná se o zcela individuální záležitost. Individuálně se proměňují i preferované formy intimního kontaktu a reálné možnosti jejich naplnění. Frankowski a Clark (2009) poukazují na to, že se staršího věku dožívají ve stále větší míře generace, které aktivně participovaly v soudobé sexualizované kultuře (nebo jí alespoň přihlížely), a i proto jsou a budou sexuálně aktivnější než jejich předchůdci. K tomu přispívají i pokroky v medicíně (zejména vynález viagry) a posun společenského náhledu směrem k otevřenější diskuzi a podpoře sexuality a intimních vztahů v průběhu celého života (Gott, 2006). Jak bylo zmíněno mezi demografickými změnami popsány v kapitole 1, lidé se dožívají vyššího věku ve zdraví a dlouhodobě klesá porodnost; tráví proto poměrně menší část života péčí o děti, čímž vyvstávají nové životní etapy. Jednotlivci i páry pak mohou ve vyšším věku prožívat období relativní samostatnosti a soukromí, což vytváří příležitosti pro pokračování v sexuálním a intimním životě (DeLamater, 2012). Výzkum věnovaný sexualitě ve stáří tak roste na významu.

Bylo by však zcestné předpokládat, že jsou senioři homogenní skupina – obecně, i v kontextu sexuality. Stereotyp asexualit ve stáří apeluje na obhajobu důležitosti sexuality v průběhu celého života, a proto jí je v této práci věnováno tolik prostoru. Ne všichni starší lidé ale chtějí svou sexualitu vyjadřovat. Stejně jako i v jiných věkových kategoriích, i ve stáří platí, že se někteří jedinci rozhodnou nebýt sexuálně aktivní. Jiným to neumožňuje zdravotní stav, partnerská situace či jiné okolnosti. Cílem této práce proto není zobecňovat a předpokládat všeobecně platné sexuální potřeby ve stáří; spíše poukázat na cestu, která vede k péči o sexualitu a sexuální zdraví těch, kdo o ni mají zájem.

Stáří je spojeno s nevyhnutelnými biologickými změnami, které nutně mají vliv i na prožívání vlastní sexuality. Stejně jako tyto změny probíhají silně individuálně, i jejich dopad na intimní život se liší. Mezi fyzické změny společné pro obě pohlaví patří pokles celkového zdraví, změny tělesného vzhledu, degenerativní proměny žláz či omezená hybnost (Venglářová, 2007); dále pak chronické bolesti, pokles kognitivních dovedností či následky užívání léčiv (Dominguez a Barbagallo, 2016). Stárnutí organismu probíhá u mužů pomaleji, u žen nastupuje výrazně agresivněji – jasným předělem je zde menopauza. Po ní se více než polovina žen potýká s vaginální suchostí (DeLamater, 2012). Mezi muži je v oblasti sexuálního zdraví nejčastější komplikací erektilní dysfunkce. Sexuální zdraví se snižuje s tím, jak postupuje věk, ale hlavně množství a rozsah přidružených nemocí (Corona et al., 2010). Na sexuální aktivitu mají vliv různé změny zdravotního stavu a onemocnění, např. revmatoidní artritida, Parkinsonova choroba, diabetes, hypertenze, srdeční choroby a deprese, ale i chirurgické zákroky a medikace (např. pro hypertenzi a srdeční choroby). Bez dostatečných informací mohou někteří lidé ve vyšším věku ukončit svou sexuální aktivitu ve strachu, aby nezasahovala do aktuální léčby a zdravotního stavu, jak shrnují Bauer, McAuliffe a Nay (2007).

Neexistují dostatečné důkazy proto, že by normální fyzické změny spojené se stárnutím nutně či nevratně ovlivňovaly sexuální zájem a fungování (DeLamater,

2012), obecně se ale frekvence sexuálních aktivit s věkem snižuje (Minichiello, Plummer a Loxton, 2004). Vyšší věk tak nutně není překážkou ve zdravém prožívání vlastní sexuality, může ale proměňovat formy jejího vyjádření. Roli zde hrají fyziologické změny, zdravotní stav, společenské zázemí, možnosti v aktuálním bydlení a příležitosti udržovat vztah či navazovat vztahy nové (Badeau, 1995). Gott a Hinchliff (2003) přisuzují nižší zájem o sexualitu ve stáří hlavně ztrátě partnera nebo zhoršení zdravotního stavu, spíše než stáří samotnému.

Zřejmý je i vliv psychické roviny, na kterou dopadají další změny spojené se stářím – zejména odchod do důchodu, změny v rodině či manželství. Velkou a bolestnou situací bývá ztráta partnera. Venglářová (2007) dodává, že sexualitu může negativně ovlivnit i stud se ve vyšším věku seznamovat, nedostatek příležitostí a nechuť k navazování nových kontaktů z různých osobních důvodů. Nárůst psychosociálního stresu ve vyšším věku se zdá být nevyhnutelným. Svou roli v něm hrají různé náročné životní situace; kromě výše zmíněných ještě např. problémy s finanční situací či smrt blízkých lidí. Senioři jsou též náchylnější k rozvoji různých duševních onemocnění, zejména úzkostí a deprese (Souza et al., 2022). Psychické zdraví je však nutně spojeno se sexuálním životem v každém věku (Marková, 2022).

Roli zde hraje také přisuzování sexuality mladému věku, časté v západních společnostech. Jakmile se pak lidé s věkem vzdalují od obecného „ideálu krásy“, mohou si připadat méně atraktivní, což má negativní vliv na jejich sexuální touhu, ačkoliv fyzické kapacity tím nejsou změněny (DeLamater, 2012). Společenský důraz na reprodukci jako hlavní cíl sexuální aktivity patří též mezi vlivy na sexualitu zejména žen ve stáří – po menopauze mohou získat pocit, že není další důvod se sexuálně zapojovat (Truhlářová a Marková, 2007). Mezi další psychologické aspekty sexuality ve stáří patří nejasná očekávání samotných seniorů – často cítí stud za svůj pokračující sexuální zájem, který jim může bránit ve vyhledání rad a vhodné pomoci. V takových situacích mohou informace o vývoji sexuality a navazování vztahů

v senu ze strany zdravotních i jiných profesionálů jedince podpořit a překonat alespoň část negativních psychických faktorů s tím spojených (Meston, 1997).

Lidé mají sexuální potřeby a pocity i ve vyšším věku a touha nutně nemizí s poklesem celkového zdraví. Značná část starších lidí zůstává sexuálně aktivní i ve vyšším věku, čímž alespoň částečně popírají mýty spojující stáří a sexuální dysfunkce (Dominguez a Barbagallo, 2016). Zahraniční výzkumy věnující se sexuálnímu chování starších lidí proběhly např. v USA nebo ve Švédsku. Data ze Spojených států ukázala, že k současné sexuální aktivitě se hlásí 53 % dospělých ve věku 65–74 let a 26 % ve věku 75–84 let (Lindau et al., 2007). Ve švédském Národním průzkumu rodin a domácností odpovědělo 53 % respondentů (z celkových 807) starších 60 let, že měli sex v posledním měsíci. Z dat švédského Národního výzkumu stárnutí a péče vyplývá, že dokonce 10 % respondentů starších 90 let je sexuálně aktivních (Stentagg et al., 2021).

Prožívání sexuality a intimity ve stáří ale nutně nemusí znamenat sex ve smyslu pohlavního styku, jak výše zmíněné výzkumy naznačují. Zužování sexuality a intimity na heterosexuální pohlavní styk je odrazem maskulinní preference, vezmeme-li v potaz rozdíl v míře uspokojení z koitálního styku plynoucího pro muže a ženy – Gott (2005) poukazuje i na implicitní ageistické bias, neb frekvence pohlavního styku od středního věku do smrti statisticky klesá (Lindau et al., 2007). Výzkum v této oblasti naráží zejména na to, že frekvence pohlavního styku se dá snadno zaznamenat a statisticky zpracovat, zatímco pojetí sexuality a intimity je často silně individuální a projevuje se rozdílně. Výzkum Uchôa et al. (2016) poukazuje i na to, že většina (84 %) seniorů nerozumí rozlišení mezi sexualitou a pohlavním stykem, což na jednu stranu komplikuje výzkum, na druhou stranu to poukazuje na potřebu dalšího vzdělávání na téma sexuality. Forma preferovaného fyzického kontaktu se s věkem proměňuje – může se omezit jen na určitou formu sexuální aktivity, může být nahrazen jinými praktikami a často se také vymezuje jen na doteky a smyslové potěšení (Venglářová, 2007).

Význam frekvence sexuálních aktivit se s věkem většinou snižuje, senioři pak spíše vyhledávají takové situace, které jsou jim příjemné i s ohledem na vyšší věk a potenciální zdravotní obtíže (Skalacka a Gerymski, 2019). Když už pohlavní styk není dále žádaný nebo možný, jeho roli přejímá intimita přispívající k emoční blízkosti a celkové spokojenosti (Gott a Hinchliff, 2003). Protože senioři často stále vnímají sexuální aktivity jako důležitou složku kvality života, nacházejí způsoby, jak různé překážky kompenzovat – např. erektilní dysfunkce je sice ve vyšším věku častější, starší muži jí ale přisuzují menší vliv na kvalitu svého života nebo vztahu (Gott, 2006).

Gewirtz-Meydan et al. (2019) provedli systematické review dvaceti kvalitativních studií zaměřených na perspektivu samotných starších lidí ohledně vlastní sexuality. Upozorňují na to, že se výzkumná literatura zaměřuje většinou na sexuální chování, sexuální zdraví a sexuální dysfunkce, navíc většinou skrze kvantitativní analýzy. Ve své analýze identifikují následující témata:

1. Společenská stereotypizace sexuality ve vyšším věku.

Senioři předpokládají, že je ostatní považují za „sexuálně neviditelné“ a asexuální. Zejména pro ženy je pak nekomfortní otevírat s ostatními téma vlastní sexuality a intimity. Tabu sexuální (ne)viditelnosti je spojeno se západním náhledem na mládí a krásu. Samotné sociální normy a delegitimizace nejsou přímými bariérami, ale jejich zvnitřnění seniory často vede k utlumení sexuálního vyjádření, nebo alespoň ke snaze o jeho skrývání. To ale neplatí pro všechny – sociální normy ovlivňují sexualitu v každém věku, proto může nadhled vyššího věku přispět ke svobodnějšímu sexuálnímu vyjádření. Pro některé ženy je také společenský předpoklad asexuality naopak vítanou úlevou.

2. Sexualita je ovlivněna zdravím, nikoliv věkem.

Senioři vnímají, že je jejich sexualita ovlivněna zdravím i procesem stárnutí. Zároveň je pro velkou část z nich udržení sexuálního života důležitou součástí zdravého

stárnutí a symbolem vitality a dlouhověkosti. Fyzická omezení a nemoci omezují sexuální aktivitu, intimitu i touhu.

3. Příliš úzká definice sexuality.

Sexualita je často úzce definována pouze heterosexuálním pohlavním stykem, který je v partnerských vztazích očekáván a považován za důležitý. Zároveň je ve vyšším věku často komplikován různými nejen zdravotními obtížemi. Neschopnost se jej účastnit je pak spojena s distresem, pocity zklamání, frustrace a strachu. Masturbace jako prostředek prožívání vlastní sexuality se v analyzovaných výzkumech objevovala jen zřídka. Další formy fyzického kontaktu, např. líbání, objímání, něha, nebyly seniory považovány za sexuální, nýbrž za romantická vyjádření lásky. Penetrativní sex tak sice zůstává „zlatým standardem“ sexuality, zároveň jsou s rostoucím věkem a přibývajícím komplikacemi oceňovány další formy sexuálního a intimního vyjádření, které mohou přispět k sexuální spokojenosti i rekonstrukci vlastní sexuální identity erektilní dysfunkci navzdory. Prožívání sexuality ve vyšším věku je pak někdy spojováno s lepší znalostí vlastního i partnerova těla a schopností dosáhnout uspokojení, s pocitem větší spokojenosti ve vztahu, proměnou sexuálních aktivit a s menší pozorností směřovanou k reprodukci.

4.3 Společenský pohled na sexualitu ve stáří a jeho implikace

Zatímco o sexu a sexualitě obecně se ve společnosti mluví stále otevřeněji, sexualita ve stáří je často stále vnímána jako tabuizované téma. Častý je předpoklad, že sexuální aktivita s určitým věkem končí. Truhlářová a Marková (2007) za nepochopením skutečného sexuálního života starších lidí s ohledem na jejich tělesnou kondici vnímají hlubší problém. Ten spočívá v mýtech o stárnutí jako takovém, které přetrvávají ve všeobecném povědomí – stáří je přisuzována slabost, mentální zaostalost a asexuální projevy. Představa nerozlučnosti stárnutí, nemocnosti a asexuality má zřejmě kořeny v původním křesťanském přesvědčení, že je sex pouze

reprodukční záležitostí, a proto nemá sexualita ve vyšším věku význam. Stáří je také spojeno s moudrostí – a součástí té by měla být jakási idealizovaná povznesenost nad fyzické a sexuální potřeby, a proto jsou sexuální zájmy starého člověka často vnímány jako nepatřičné, až abnormální a perverzní (Truhlářová a Marková, 2007).

Dominguez a Barbagallo (2016) shrnují nejčastější předsudky a chybná pojetí, jež o sexualitě ve stáří existují. Na první místo staví předpoklad, že sexualita ve stáří vůbec neexistuje – a upozorňují na to, že jde o přetrvávající představu i mezi profesionály ve zdravotnictví. Sexualita ve stáří je též častým objektem vtipů a zesměšňování, kdy se terčem stává zejména snižující se potence. To je výsledkem kulturních vzorců spojujících se sexualitou zejména mládí a fyzickou přitažlivost, které jsou pak vnímány jako nezbytné předpoklady nejen intimních vztahů a situací. V kontextu zařízení poskytujících dlouhodobou péči pak často panuje představa, že jejich obyvatelé žádnou sexuální aktivitu neprovozují, ani po žádné intimní situaci netouží, a proto se nejedná o aktuální téma. Dalším zcestným předpokladem zmíněným v článku, je heteronormativita. Na vztahy a intimní aktivitu osob stejného pohlaví je často nahlíženo ještě více negativně a vlastně nejsou vůbec očekávány, jak bude dále uvedeno v podkapitole 5.3.2.

Předsudky vůči sexualitě seniorů ve společnosti existují nejen mezi generacemi (z pohledu mladších), ale napříč všemi generačními spektry. Zakořeněny jsou tak i mezi samotnými seniory, kteří se pak mohou cítit nepatřičně a nenormálně, pokud nějaké intimní potřeby pociťují (Steklíková, 2014). I to může být důvodem, proč se senioři, kteří zažívají nějaké obtíže v sexuální oblasti, nejčastěji na nikoho dalšího neobracejí (v 27 % případů), případně se ptají svých blízkých a rodinných příslušníků, zdravotních sester, lékařů a jiného ošetřujícího personálu, jak vyplývá z výzkumu realizovaného v českém a slovenském prostředí pobytových sociálních služeb (Dolan et al., 2012). Studie Gott (2003) potvrzuje, že odpovědi na otázky v oblasti sexuálního zdraví hledá jen malá část seniorů; nejčastějším zdrojem informací pak bývá praktický lékař (jednalo se o seniory žijící ve vlastních

domácnostech, nikoliv v zařízeních institucionalizované péče). Dominguez a Barbagallo (2016) popisují hlavní bariéry, které stojí seniorům v cestě k udržení sexuálního zdraví a vyhledání pomoci v případě jeho narušení. Ty největší překážky plynou ze stereotypního předpokladu asexualitity seniorů a jsou platné často i mezi profesionály ve zdravotní a sociální sféře. Zejména vůči starším seniorům (nad 85 let věku) a klientům zařízení rezidenční péče profesionálové často chovají ageistické předsudky (Gunderson et al., 2005). Sexuální zdraví je pak často ignorováno a upozaďováno za „důležitějšími“ zdravotními problémy, ačkoliv je mezi staršími muži i ženami vyšší riziko i prevalence různých sexuálních dysfunkcí (Gott, 2006). Ty jsou do různé míry pozitivně ovlivnitelné léčbou, ale stereotypní perspektiva některých zdravotních profesionálů tuto možnost limituje (Gewirtz-Meydan et al., 2019). Např. ve výzkumu Chitale et al. (2007) se praktičtí lékaři ptali na erektilní dysfunkci méně než 10 % pacientů, ačkoliv 90 % z nich mělo zájem o léčbu (jednalo se o pacienty léčené s poruchami spodních cest močových, kde je prevalence erektilní dysfunkce vyšší než v běžné populaci). Zdravotní profesionálové nezavádějí téma na sexualitu nejčastěji proto, že se bojí, že by to pacienta urazilo, nebo protože to zkrátka nepovažují za relevantní (Gott, 2006).

Absence diskuze o sexuálních obtížích spojených se zdravím negativně ovlivňuje možnost svou sexualitu prožívat, vyrovnat se se změnami sexuálních funkcí a identity a vlastními očekáváními v této oblasti (Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzia, et al., 2013). Gott (2003) zkoumala hlavní překážky vnímané na straně seniorů ve vyhledání pomoci od praktického lékaře v otázkách sexuálního zdraví. Patří mezi ně demografické charakteristiky lékaře (věk, gender), postoje lékaře k sexualitě ve vyšším věku, zařazení sexuálních obtíží jako běžného projevu stárnutí, stud a strach, vlastní vnímání sexuálních obtíží jako nedůležitých a nedostatek informací o dostupných službách a léčbě. Množství těch seniorů, kteří ohledně svých problémů v oblasti sexuality a sexuálního zdraví vyhledají odbornou pomoc, se napříč výzkumy liší. Dle studie na španělské populaci nevyhledalo odbornou pomoc se sexuálními

obtížemi 80 % respondentů (Moreira, Glasser a Gingell, 2005). Dle Uchôa et al. (2016) vyhledávají senioři v institucionální péči lékařskou pomoc se sexuálními poruchami jen v polovině případů. Rozdíl může být zapříčiněn tím, že je pro seniory v institucionalizované péči lékařská péče dostupnější a bližší než pro běžnou populaci, ale další studie se tomuto rozdílu nevěnují. Za zmínku stojí i zpravidla nižší povědomí starších osob o sexuálně přenosných nemocech, ačkoliv věk rozhodně není překážkou v jejich šíření (Bodley-Tickell et al., 2008).

Svou roli v komplikovaném přístupu k péči o sexuální zdraví má i osobní přesvědčení (náboženské, kulturní apod.) jak na straně poskytovatelů péče, tak na straně samotných seniorů. Překážkou může být i nedostatek příležitostí či soukromí v závislosti na aktuálních vztahových či životních podmínkách; zároveň i nedostatek informací, protože většina současných starých lidí vyrůstala ve světě, kde nebyla diskuze o sexualitě tak otevřená jako dnes (Dominguez a Barbagallo, 2016). V institucionalizované péči nezdědka bývá v řešení sexuálního zdraví překážkou obava z reakce rodiny – nebo reakce rodiny samotná (Uchôa et al., 2016).

Gott (2006) poukazuje na to, že v posledních pětadvaceti letech probíhá sociokulturní změna paradigmatu stereotypizujícího stáří jako asexuální. Roli zde hraje několik faktorů. Celoživotní sexuální aktivita a prožívání vlastní sexuality se začíná stávat významným ukazatelem úspěšného stárnutí, za čímž stojí rozšiřující se medikalizace sexuality a stárnoucí generace baby-boomers. Ta má výrazně posouvat společenské představy o stárnutí, a zejména v kontextu vztahů a sexuality je to již zřejmé (např. roste počet rozvodů a nových sňatků ve vyšším věku, častější jsou též intimní vztahy lidí, ač spolu nežijí ve stejné domácnosti). Svůj vliv na posouvání společenského vnímání sexuality ve stáří má zřejmě i koncept aktivního stárnutí. Stereotyp asexualit je tak postupně nahrazován stále intenzivnějším apelem k (nejen) sexuálně aktivnímu stárnutí, jenž spoluvytváří nový normativní ideál – „sexy oldie“ (Bělehradová, 2020). Ten ale ještě zdaleka není tak rozšířen, aby pronikl do prostředí pobytových sociálních služeb pro seniory.

4.4 Sexualita a kvalita života

Dle definice WHO (2022) je sexualita stěžejním aspektem bytí člověkem. Faktory spojené se sexualitou jsou důležitou dimenzí životní spokojenosti v dospělosti – a životní spokojenost je klíčovým indikátorem aktivního stárnutí. Kvalita života je širokým, výrazně subjektivním a multidimenzionálním konceptem a je považována za důležitý indikátor zdraví (viz kap. 2). Jako taková má potenciál pozitivně měnit a posilovat praxi péče v organizacích, které usilují o co nejvyšší kvalitu života svých klientů. Spokojenost v oblasti vlastní sexuality má silný pozitivní vliv na pozitivní hodnocení vlastní kvality života (Souza et al., 2022). Viděno touto perspektivou, péče o sexualitu a sexuální zdraví klientů může být jednou ze strategií celkové péče o zdraví a zlepšení kvality života. V kontextu institucionalizované péče se jedná o relativně inovativní přístup přispívající k holistickému pojetí zdraví a aktivního stárnutí (Souza et al., 2021), z jehož zřetele samozřejmě nesmí unikat konkrétní klient se svými potřebami. Zde se opět vracíme k přístupu zaměřenému na člověka, jímž by měla být celá práce se sexualitou klienta rámována.

Zdravé prožívání vlastní sexuality má pozitivní vliv na sebepoznání, potěšení a pozitivní sebepojetí, a dokonce je spojeno s nižší prevalencí duševních onemocnění (Souza et al., 2022). Úroveň sexuální aktivity ve stáří je se sexuální i celkovou životní spokojeností pozitivně propojena; dokonce je spokojenost v oblasti sexuality prediktorem celkové životní spokojenosti. Tato zjištění se ukazují býti platnými nezávisle na tom, zda jedinci preferují koitální formu styku nebo jemnější projevy intimity (Skalacka a Gerymski, 2019), ačkoliv dle Brodyho (2010) má nejpříznivější vliv právě pohlavní styk. Jeho provozování dle Brodyho studie koreluje s vyšší vnímanou kvalitou intimních vztahů, nižším výskytem symptomů deprese a lepším kardiovaskulárním zdravím.

S věkem sice sexuální aktivita klesá, nepotvrzuje se ale, že by klesala i sexuální spokojenost. Na sexuální spokojenost má pravděpodobně větší vliv zdravotní stav spíše než samotné stáří. Senioři, kteří pozitivně hodnotili svůj zdravotní stav, měli

zároveň kladnější vztah k sexualitě (Stentagg et al., 2021). Mezi ženami se pak jako významný prediktor sexuální aktivity dostává na první místo kvalita vztahu (Dominguez a Barbagallo, 2016). To potvrzuje i studie Robinson a Molzahn (2007), která za faktor z oblasti sexuality a intimacy s nejvýraznějším vlivem na celkovou kvalitu života označila právě spokojenost s partnerským vztahem. Další zjištěné významné faktory jsou zdravotní stav a sexuální aktivita. Na druhou stranu nelze předpokládat, že by nalomené zdraví nutně znamenalo vymizení sexuální touhy a potřeby. Dle výzkumu na španělské populaci měli muži i ženy zájem o sexualitu a zapojovali se do sexuálních aktivit i přes velké zdravotní komplikace, a dokonce i přes sexuální dysfunkce. Sexualita zůstává důležitým aspektem života mnoha lidí i ve stáří a zhoršeném zdravotním stavu (Moreira, Glasser a Gingell, 2005).

Ambicí práce není tvrdit, že bude práce se sexualitou kauzálně spojena s vyšší prožívanou kvalitou života klientů dlouhodobé péče. Ostatně, vyhodnocování takových intervencí se ukazuje minimálně jako problematické, což je způsobeno hlavně tím, že jsou takové intervence mířeny na jednu nebo jen několik dimenzí kvality života, ta je ale multifaktoriálním jevem (Van Malderen, Mets a Gorus, 2013). Práce se sexualitou je tak jen jednou z mnoha možností, jak k vyšší kvalitě života klientů přispět, opět je ale nutné mít zřetel na to, že i taková intervence musí vycházet primárně z potřeb samotného klienta.

5 PRÁCE SE SEXUALITOU V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Péče o sexualitu a sexuální zdraví může být jednou ze strategií, jak přispět k co nejvyšší kvalitě života klientů institucionalizované péče. Spokojenost v oblasti sexuality totiž koreluje s pozitivním hodnocením celkové kvality života (Souza et al., 2021) a vyšší životní spokojeností (Skałacka a Gerymski, 2019). Mezi nejvýznamnější faktory (ovlivňující kvalitu života) v této oblasti patří spokojenost s partnerským vztahem, celkové zdraví a sexuální aktivita (Robinson a Molzahn, 2007). Sexuální aktivita ve vyšším věku však nutně neznamena samotný pohlavní styk, sexualita může být demonstrována i autostimulací, doteky a prožívána emocemi – láskou, věrností, vášní, zájmem – stejně jako skrze intimitu, důvěru a vzájemný vztah (Vévodová, Vévoda a Špatenková, 2018). Sexualita je složena i z vyjednávání vlastní sexuální a genderové identity (Hasmanová Marhánková, 2018; Turner, 2020). Součástí péče o sexualitu klientů je i poskytování informací v oblasti sexuálního zdraví, např. ohledně vlivu onemocnění a medikace (Meston, 1997). To má své místo v holistickém pojetí paliativní péče (Lemieux et al., 2004).

Sociální služba otevřená a přátelská k sexualitě je bezpečným a zdravým prostředím, kde mohou klientky a klienti „otevřeně mluvit či jinak projevit své potřeby týkající se sexuality a personál je profesně připraven na ně reagovat a v této oblasti odborně spolupracovat“ (Freya, 2022b).

V této kapitole bude nejdříve přiblížen kontext českých pobytových sociálních služeb pro seniory a ujasněny základní pojmy a zmíněna specifika práce se sexualitou v kontextu institucionalizované péče; pozornost bude věnována též dvěma specifickým skupinám klientů – seniorům s demencí a LGBT+ seniorům. Dále budou zmíněny nejvýraznější bariéry stojící klientům v cestě k prožívání vlastní sexuality. Patří mezi ně zejména nedostatek soukromí, který je zčásti zapříčiněn technickými možnostmi (sdílené pokoje, dveře bez zámků) a zčásti společným režimem

a omezenými možnostmi rozhodování o vlastním volném čase (Villar et al., 2014). Jak bylo zmíněno v kapitole 3.1, smysluplné trávení volného času a maximální možná míra rozhodování o vlastním životě jsou spolu s právem na integraci se sociálním okolím a možnostmi trávit čas preferovanými činnostmi dalšími důležitými faktory, které mají vliv na kvalitu života specificky v zařízeních dlouhodobé péče (Van Malderen, Mets a Gorus, 2013). Zatímco změny ve stavebních dispozicích pokojů se dají měnit jen složitě a dlouhodobě, druhá kategorie nejvýraznějších překážek se zdá být dostupnější. Sestává z možností, dovedností, znalostí a postojů pracovníků a jejich opory v organizačních strukturách. Zbylá část kapitoly se bude věnovat právě tomu, jaký vliv tyto faktory mají na prožívání sexuality klientů, ale i tomu, jak mohou organizace a její vedení pracovníky a klienty v tématu podpořit.

5.1 Vymezení cílové skupiny a základních pojmů

Jak název napovídá, tato práce se zabývá prací se sexualitou v prostředí pobytových sociálních služeb pro seniory. Seniořem či seniorkou je v pojetí této práce osoba starší 65 let, nicméně věk nakonec nehraje tak velkou roli – podstatné je, že se jedná o uživatele pobytových sociálních služeb (práce používá pojmu klient). Tuto oblast v českém prostředí ovlivňuje zejména zákon č. 108/2006 Sb. Pobytové sociální služby pro seniory jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dle zákona do této kategorie patří domovy pro seniory (§ 49), týdenní stacionáře (§ 47), případně odlehčovací služby (§ 44) a domovy se zvláštním režimem (§ 50).

Nejvíce užívanou a disponibilní sociální službou pečující o seniory jsou právě domovy pro seniory. Vyznačují se největší početností, kapacitním objemem a výdaji (Šídlo a Křesťanová, 2018). Domovy pro seniory jsou proto stěžejní i pro tuto diplomovou práci. V roce 2021 (poslední dostupná data) bylo registrováno 526 zařízení

poskytujících službu domov pro seniory s celkovou kapacitou 35 842 lůžek. Tuto službu využilo celkem 33 750 klientů a evidováno bylo celkem 44 537 neuspokojených žádostí (MPSV, 2022b). Ačkoliv je všeobecným trendem zejména v západní části Evropy deinstitucionalizace (Šídlo a Křesťanová, 2018), snahy o níž lze vysledovat i v České republice, institucionalizovaná péče v čele s domovy pro seniory u nás stále hraje hlavní roli – zvláště s ohledem na stárnoucí populaci.

Domovy se zvláštním režimem (§ 50) mohou do cílové skupiny této diplomové práce a vyvíjeného nástroje patřit také, neb tam jsou služby poskytovány mj. i osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V roce 2021 bylo registrováno 376 zařízení poskytujících službu domov se zvláštním režimem, jejichž celková kapacita činila 23 062 lůžek. Službu využilo 21 086 klientů, přičemž bylo evidováno 20 222 neuspokojených žádostí (MPSV, 2022b).

Specifickou kategorií zařízení, která mohou z vyvíjeného nástroje těžit, jsou domy s pečovatelskou službou. Ty samotné nejsou sociální službou definovanou zákonem; poskytují samostatné ubytování seniorům a ve vymezených časech pak pečovatelskou službu (již zákonem definovanou). Většinou se jedná o domy patřící obci, v nichž pečovatelská služba často sídlí. V nich jsou pak tzv. byty zvláštního určení, které jsou určeny k řešení obtížné sociální situace místních obyvatel. Nejčastěji v nich žijí senioři, se kterými obec uzavře nájemní smlouvu s cílem řešit jejich situaci (Institut sociální práce, 2022). Má-li pak zařízení zájem se sexualitě klientů věnovat, může vyvíjený nástroj použít ke zmapování povědomí a dovedností zaměstnanců služby.

V prostředí pobytových sociálních služeb přijde klient do kontaktu s různými profesionály – svým pohledem může rozlišovat sociální pracovníky, pracovníky v přímé péči, zdravotnický personál. Optikou zákona č. 108/2006 Sb. se ze sociální sféry setkává se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Tyto dvě

pozice jsou pak stěžejní i pro účely této diplomové práce; vedle nich ještě všeobecné sestry působící v domovech pro seniory. Tito lidé mají z principu své role ke klientově sexualitě z personálu většinou nejbliže.

V diplomové práci jsou uvedeny různé pojmy – pobytové sociální služby, zařízení institucionální, rezidenční či dlouhodobé péče. Hlavní zaměření vyvíjeného evaluačního nástroje směřuje k výše zmíněným pobytovým sociálním službám pro seniory (a potažmo domům s pečovatelskou službou), nicméně většina dostupných zdrojů k tématu sexuality seniorů je zahraniční. Sociální a zdravotní služby jsou ve světě uspořádány v různých modelech a pojmenovány různými názvy, zatímco domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem jsou specifické českému kontextu. V zahraniční literatuře se nejčastěji užívá pojmů *residential aged care*, *long-term care facilities*, *nursing homes*, *care homes* a *residential dementia care*. Ty jsou pak volně překládány právě jako zařízení institucionální, rezidenční či dlouhodobé péče.

5.2 Sexualita v kontextu dlouhodobé péče o seniory

V prostředí sociálních služeb a dlouhodobé péče o seniory často panuje předpoklad, že by jejich klienti neměli pokračovat v sexuálních aktivitách a že jsou projevy intimity a sexuality nedůležité (Truhlářová a Marková, 2007). Samotné instituce většinou nevyjadřují tématu sexuality výraznou podporu, ať už implicitně skrze architekturu prostor, nebo pracovní postupy a trávení volného času (Bauer, McAuliffe a Nay, 2007). Svou roli hrají i často stereotypní a negativní postoje pracovníků a rodiny, dle nichž by sexualita měla být kontrolována a omezena (Hajjar a Kamel, 2003). Ani prostředí dlouhodobé sociální a zdravotní péče však lidem automaticky neupírá jejich právo na sexualitu. Právo realizovat své potřeby a nacházet odpovědi na otázky v této oblasti je tak nedílnou součástí poskytování kvalitní komplexní péče. Zároveň je nutné dodat, že práce se sexualitou klientů není ani jednou z hlavních priorit zařízení

rezidenční péče, ani jednou z nejvýraznějších potřeb jejich klientů, logicky jí proto není v literatuře ani praxi věnována taková pozornost jako ostatním aspektům zdravotní a sociální péče o seniory.

Jak ale uvádí *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* (MPSV, 2015) v kontextu otázky diskriminace a lidské důstojnosti, především senioři s omezenou soběstačností závislí na pomoci pečujících institucí mohou být vystaveni špatnému zacházení a omezování práv. Důraz proto má být kladen na vzdělávání pečujících osob; v institucích musí být chráněna a respektována fyzická, sexuální, duševní a emocionální integrita a zaručeny vyhovující životní podmínky.

Intervence ohledně sexuality v zařízeních sociální a zdravotní péče vznikají nejčastěji reaktivně (McAuliffe et al., 2015). Reagují tak na situace, kdy sexuální chování projeví klienti (častěji muži než ženy), na což bývá negativně nahlíženo jako na obtěžující a problematické jednání (Ward et al., 2005). Zejména u lidí s demencí bývá pak na projevy sexuality nahlíženo jako na poruchu chování (Hajjar a Kamel, 2003).

Zájem o sexualitu a intimitu tak pokračuje i ve vyšším věku, a to i u lidí, kteří pro svůj psychický nebo fyzický zdravotní stav potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby a stali se uživateli pobytové sociální služby (Frankowski a Clark, 2009). Otevřené projevy sexuality, jako jsou intimní doteky, polibky, sexuálně laděná konverzace, flirtování a škádlení, nejsou v institucionalizované péči neobvyklé (Bauer, McAuliffe a Nay, 2007). Sexualita zůstává důležitým aspektem prožívání i na sklonku života, ač potřeba emoční blízkosti převažuje nad fyzickou aktivitou (Lemieux et al., 2004).

Vyčíslit množství lidí – tedy klientů pobytových sociálních služeb pro seniory, kteří by mohli z aktivní práce se sexualitou v tomto kontextu těžit, je ale obtížné. Zejména ve vyšším věku se jedná o tabuizované téma (Dominguez a Barbagallo, 2016), a jak bylo opakovaně zmíněno, jeho otevření je pro všechny zúčastněné strany z různých důvodů náročné. Nedá se tedy očekávat, že poptávka po práci se sexualitou přijde

„zdola“, od klientů. Na straně personálu hrají velkou roli znalosti a dovednosti, které ve velké míře ovlivňují postoje k sexualitě ve vyšším věku (Bauer et al., 2013) a zvyšují citlivost k tématu, které se zpravidla projevuje implicitně, náznakově a příležitostně. V roce 2021 bylo klienty domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem celkem 54 836 osob (MPSV, 2022b). Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou jsou 86–95letí (14 810 v roce 2015; Šídlo a Křesťanová, 2018). Při odhadech počtu klientů, pro které by téma bylo aktuální, narážíme na nedostatek dat. Výzkumy ohledně sexuality ve vyšším věku se nejčastěji zaměřují úzce na sexuální chování, z něž nejnáze statisticky uchopitelný je pohlavní styk. Ve výzkumu populace USA se jako sexuálně aktivní označilo 26 % respondentů ve věku 75–85 let (Lindau et al., 2007). Ve výzkumu věnujícímu se sexuálnímu zdraví evropských mužů odpovědělo 61 % respondentů v kategorii starší 70 let, že provozují pohlavní styk; 72 % respondentů se hlásilo k jiným formám sexuální aktivity (líbání, petting) a čtvrtina z nich k masturbaci. Na druhou stranu, na sex a sexualitu nemyslí celá pětina respondentů této věkové kategorie (Corona et al., 2010). Dle australské studie pokračuje v sexuálních aktivitách 37 % respondentů starších 70 let (Holden et al., 2005), švédská data přisuzují sexuální aktivitu 10 % osob starších 90 let (Stentagg et al., 2021). V českém prostředí se sexualitě ve vyšším věku věnovala Marková (2022) ve své závěrečné práci, kde analyzovala výsledky osmé vlny studie SHARE. Zjištěná četnost sexuální aktivity ve věkových kategoriích 70–79 a 80+ let je 20,4 a 20,8 %. Tato data nejsou zaměřena na prostředí institucionalizované péče, pouze poukazují na prevalenci sexuální aktivity ve vyšším věku. Jejich dalším nedostatkem je redukce sexuality na sexuální aktivitu a opomíjení ostatních aspektů.

Mroczek et al. (2013) se ve výzkumu věnovala psychosexuálním potřebám v institucionalizované péči o seniory v Polsku. Senioři prožívání své sexuality neztrácejí ani s nástupem do institucionalizované péče, stále se vnímají jako sexuální bytosti s potřebou vyjádřit sexualitu různými způsoby – mezi ty hlavní zde patří konverzace, něha, emocionální blízkost reprezentovaná porozuměním a empatií,

sexuální kontakt a fyzická blízkost. Polovina respondentů výzkumu vypověděla, že sexuální touhu pociťují příležitostně, nejčastěji však jednou týdně. Čtvrtina respondentů zůstává sexuálně aktivní. Zároveň je z dat patrné, že stáří samotné má jen malý vliv na jejich psychosociální potřeby, většina z nich potřebuje blízkost reprezentovanou něhou a konverzací. Jak říká Esther Perel, psychologka a psychoterapeutka, odbornice na moderní mezilidské vztahy, lidé mohou žít bez sexuálního kontaktu, nikdo ale nemůže plnohodnotně žít bez doteku (Howes, 2022). Nejčastějšími projevy sexuality v prostředí institucionalizované péče o seniory jsou denní snění, reminiscence, četba romantických a erotických knih, péče o zevnějšek, škádlení, komplimenty, fyzická blízkost, držení se za ruce, objímání, doteky, mazlení, líbání, obdiv, pohlavní styk, orální sex a masturbace (Mahieu a Gastmans, 2015).

V domovech pro seniory se dá očekávat nižší zájem o téma a aktivní zapojení se do sexuálního života, zejména proto, že klienty služby jsou osoby se sníženou soběstačností vyžadující pomoc další osoby (ČR, 2006) a sexuální aktivita klesá v souvislosti se zhoršujícím se zdravotním stavem (Corona et al., 2010). Významný výzkum v prostředí českých a slovenských domovů pro seniory realizovali Dolan et al. v roce 2012. V něm na otázku, jaký typ sexuální aktivity praktikují, odpovědělo téměř 42 % respondentů, že žádnou. Nejčastějšími sexuálními aktivitami pak byly masturbace a mazlení (po 36 %) a pohlavní styk označila čtvrtina respondentů. Studie poukazuje na skutečnost, že je sexualita běžnou součástí života ve vyšším věku a je naplňována různými způsoby i v prostředí institucionalizované péče.

Po rekapitulaci dat z realizovaných výzkumů se dá hrubě odhadovat četnost sexuální aktivity klientů domovů pro seniory na 10–25 %, nelze je ale generalizovat. Roli v nízké četnosti hraje zejména zdravotní stav, (ne)přítomnost partnera a věk. Ačkoliv není sexuální aktivita klientů nijak častá (Villar et al., 2014), problematické situace spojené se sexualitou klientů časté jsou. Téměř tři čtvrtiny zařízení dlouhodobé péče v posledním roce řešily nějakou formu sexuální aktivity a autostimulace rezidentů (Lester et al., 2016). Komplexní práce se sexualitou v organizaci vytváří opěrnou síť

pro pracovníky, kteří se s takovými situacemi potýkají, a pomáhá navigovat následné konverzace s rodinou klienta.

Za pozornost stojí i aspekt genderu v kontextu sociálních služeb. Muži jsou ve stáří sexuálně aktivnější než ženy (Minichiello, Plummer a Loxton, 2004), nicméně téměř tři čtvrtiny klientů domovů pro seniory jsou ženy: na konci roku 2021 užívalo služby 25 087 žen a 8 663 mužů (MPSV, 2022b), což odráží zejména vyšší intenzitu úmrtnosti mužů ve starším věku. V kontextu sexuality jde o důležitou prerekvizitu intervencí. Pro otevření tématu sexuality preferuje většina zejména heterosexuálních osob konverzačního partnera stejného pohlaví (Tarzia et al., 2013). V tomto smyslu je výhodou, že je sféra sociální práce feminizovaným odvětvím – společně se vzděláváním a zdravotnictvím, kde je podíl žen pětkrát vyšší než podíl mužů (EIGE, 2019). Zastoupení žen je zpravidla vyšší na „nižších“, méně kvalifikovaných pozicích (Koldinská, 2021), mezi něž patří práce v přímé obslužné péči. Právě tyto pracovníci – či spíše pracovnice – mají svým vztahem a frekvencí kontaktu dobrou výchozí pozici pro otevření tématu sexuality (Souza et al., 2019), zvláště pokud jsou na obou stranách konverzace osoby stejného pohlaví.

5.3 Specifické skupiny klientů

5.3.1 Klienti s demencí

Podle zprávy *Dementia in Europe Yearbook 2019* bylo v české populaci v roce 2018 celkem 149 633 osob s nějakou formou demence. Dle prognóz organizace Alzheimer Europe následuje Česká republika evropský trend – počet lidí s demencí se do roku 2050 bezmála zdvojnásobí, ve věkové kategorii nad 70, respektive 85 let naroste prevalence více než dvakrát (Alzheimer Europe, 2019). WHO v roce 2012 označila demenci za prioritu veřejného zdraví. Upozornila tak na rychlý nárůst případů a zároveň nízké povědomí, které komplikuje život jak jedincům s demencí, tak jejich

rodinám a pečujícím osobám; zároveň vytváří velkou výzvu na politické úrovni a pro zdravotnický a sociální systém (WHO 2012a).

Na národní úrovni je v současné době nejvýznamnějším dokumentem *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030* (dále jen NAPAN), který přináší specifická opatření, jejichž implementace má vést ke „zvýšení povědomí a k empatii vůči lidem žijícím s demencí i k rodinným pečujícím a jejich adekvátní podpoře ze strany veřejných institucí“ (MZ a MPSV, 2020: 11–12). NAPAN ve své současné podobě sexualitu nezmiňuje, na poli zahraničního výzkumu se ale sexualitě lidí s demencí – zejména v kontextu institucionalizované péče – dostává v posledních letech stále větší pozornosti. Na poli českých sociálních služeb se jedná o téma v gesci primárně domovů se zvláštním režimem.

Sexualita a intimita je stále významným aspektem bytí i v životě s demencí. Právo na soukromí a sexuální vyjádření je v zahraničí stále častěji rozpoznáváno i v prostředí institucionalizované péče (Makimoto et al., 2015). Makimoto et al. (2015) na základě rešerše dalších studií shrnují, že jsou u lidí s demencí sexuální projevy zpravidla častější než u jejich vrstevníků bez obdobné diagnózy. Sexualita je demonstrována v různých podobách, včetně vyjádření něhy a náklonnosti, častěji se ale hovoří i o sexuálně nevhodném, až dokonce agresivním chování. Ehrenfeld et al. (1999) popsal tři typy sexuálního chování prožívaného rezidenty s demencí: láska a péče, náklonnost a sexuálně nevhodné chování. Čím sexuálně explicitnější dané chování je, tím větší je pravděpodobnost negativní reakce ze strany personálu a ostatních rezidentů.

Reakce personálu se také značně liší, u něžnějších forem náklonnosti bývá častěji pozitivní; obecně se ale snaží sexuální projevy spíše potlačit či úplně znemožnit. Jedním z důvodů je i obava z právních následků a reakce rodiny. Organizace v některých případech požadují souhlas rodiny nebo jiných zastupujících osob s péčí o sexualitu klienta (Lester et al., 2016). Jedná se ale o komplexní problematiku, do níž vstupují práva a potřeby klienta, snaha rodiny jej chránit, zájmy organizace,

právní následky a etické implikace. V případech absence specifické metodiky pro práci se sexualitou reagoval na sexuální chování personál nekonzistentně a spíše odmítavě; negativní reakce a další problematizace sexuálního chování byly častější u těch pracovníků, kteří neabsolvovali vzdělávání v tématu (Villar et al., 2018).

5.3.2 LGBT+ klienti

Stáří bývá zřídka spojováno se sexualitou. Přidáme-li k nim ještě neheterosexualitu, dostaneme se do místa, které Hasmanová Marhánková (2018) nazývá průsečíky ticha. Podzimková (2022) v tomto kontextu užívá pojmu (ne)tuctového stárnutí. Heterosexualita představuje „nevyřčený, i když automaticky předpokládaný referenční rámec studia zkušenosti stárnutí“ (Hasmanová Marhánková, 2018, s. 56), ačkoliv dle Gott (2006) mohou být stárnoucí gayové a lesby v porovnání s heterosexuálními seniory otevřenější ohledně své sexuality. To však nemusí platit zejména v sociálních a zdravotních službách, jejichž prostředí často tyto lidé nepovažují za prostor, kde by mohli o této části svého života bez obav hovořit a svobodně ji prožívat (J. Novotná, 2016). I Peel a Harding (2016) potvrzují, že přetrvávající heterosexismus vytváří v rezidenčních zařízeních pro LGBT+ osoby o to problematičtější situace, když dochází na diskuze o sexualitě. Lapré et al. (2021) upozorňují, že zatímco jsou heterosexuální romantické vztahy ve vyšším věku společností běžně přijímány, totéž neplatí pro prostředí dlouhodobé péče a o to znatelněji pro neheterosexuální sebevyjádření.

Sexualita není jen o sexu – ovlivňuje charakter sociálních vazeb, rodinného života, přístup okolí, formy znevýhodnění i vztah k institucím. Právě to jsou implikace nenormativní sexuality a genderu, které je třeba mít na zřeteli. Usilujeme-li o péči co nejvíce zaměřenou na jednotlivce, nelze aspekty sexuální orientace nebo genderu ignorovat (J. Novotná, 2016). Obavy ze stigmatizace mohou posilovat již tak zranitelnou pozici klientů sociálních služeb. Neheterosexuální osoby mohou během

fáze paliativní péče pociťovat další smutek; jejich orientace je totiž nejpravděpodobnější oblastí pro jejich diskriminaci. V zahraničí se proto často zjišťuje sexualita a sexuální orientace klienta již při vstupu do péče, aby mohl být přijat a respektován jako taková osobnost (Chrastina a Kurucová, 2018). Citlivý a informovaný přístup k LGBT+ problematice je v tomto ohledu i základní podmínkou pro vytváření bezpečného prostředí a naplňování práva na soukromý život (MPSV, 2022a).

V českém prostředí se tématu duhového stárnutí věnuje Mgr. Jolana Novotná pod spolkem PROUD (Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s.), která je zároveň spolu s PhDr. et Mgr. Špatenkovou, Ph.D., a Mgr. Oleckou autorkou výzkumné zprávy *LGBT senioři/rky – neviditelná menšina* (2016), která vychází z největšího českého výzkumu na toto téma. Z něj vyplývají doporučení pro praxi, která spočívají mj. zejména ve snaze zviditelnit LGBT+ stárnoucí osoby, a to v sociálních službách pro seniory, mezi LGBT+ lidmi, v politice i na veřejnosti; v transformaci stávajících sociálních služeb pro seniory na „LGBT+ friendly“; nebo v podpoře rozvoje informačních a komunitních center a sítě psychosociální podpory pro duhové stárnutí.

5.4 Bariéry sexuality specifické pro pobytové sociální služby pro seniory

Vedle překážek v naplnění vlastní sexuality, které jsou spojeny s genderem, partnerským vztahem, společenskými předsudky a zdravotním stavem a které jsou v různé míře platné pro všechny seniory, přináší prostředí institucionalizované péče ještě další bariéry. Ty existují z principu struktury daného prostředí, které je charakterizováno specifickými pravidly a dohledem. Vnímány jsou individuálně a je jim přisuzována různá důležitost, např. ve studii Villar et al. (2014) přibližně 40 % klientů nevnímalo žádné překážky, ostatní respondenti identifikovali vždy alespoň jednu.

Nejčastěji vnímané bariéry jsou v literatuře popsány ve třech hlavních kategoriích (Villar et al., 2020):

1. Překážky spojené s kognitivním, duševním a fyzickým zdravím a užíváním léčiv, které spočívají ve vyšší prevalenci chronických onemocnění a závislosti na péči. Ty v různé míře limitují či znemožňují chuť a možnost svou sexualitu prožívat. Věnovala se jim kapitola 4.
2. Nedostatek soukromí daný provozně-technickými podmínkami; ty jsou demonstrovány sdílenými pokoji se snadným přístupem personálu a společným programem pro volný čas.
3. Negativní postoje a odmítavé chování personálu.

Jako příčiny pocitu nedostatečného soukromí označili klienti zejména sdílené pokoje, nemožnost zamknout dveře, pravidelné kontroly personálu a přístup personálu ke zdravotní dokumentaci, což jsou zároveň faktory přispívající k eliminaci sexuálního chování jako takového (Calkins a Cassella, 2007; Frankowski a Clark, 2009). Na vnímané soukromí mají vliv i postoje ostatních klientů, respektive strach z vyloučení ze skupiny „za nevhodné chování“. Nedostatek soukromí je také často spojován s omezenou svobodou a možnostmi rozhodovat o trávení volného času, zároveň s nedostatkem příležitostí pro vlastní i partnerskou sexualitu. Nedostatek soukromí je nejčastěji uváděnou překážkou; k jejímu odbourání je třeba až strukturálních změn v technicky-provozních dispozicích užívaných budov a reorganizace práce a aktivit směrem k nastavení, které vychází z klientových potřeb. Jedná se o posun ke službám zaměřeným na člověka a překonání bariér v oblasti sexuality je jeho důležitou součástí (Villar et al., 2014). Mezi dostupné a snadno implementovatelné intervence v kategorii prostředí patří např. ťukání na dveře, cedule na dveře s nápisem „nerušit“, spojení postelí (Syme, Lichtenberg a Moye, 2016) nebo naopak rozdělení sdílených pokojů závěsy či nábytkem, možnost zapůjčení sexuálně explicitních materiálů pro soukromé užití (Bauer et al., 2013)

Pravděpodobně hlavním faktorem nedostatku soukromí jsou dispozice sdílených pokojů. V roce 2021 tvořily dvou- a vícelůžkové pokoje téměř polovinu celkových kapacit domovů pro seniory, v domovech se zvláštním režimem tvoří téměř čtyři pětiny kapacit (MPSV, 2022b). Nedá se na ně ale alibisticky odvolávat jako na jedinou a nezměnitelnou bariéru v prožívání sexuality v prostředí institucionalizované péče.

V současné literatuře i praxi je však nejvíce prostoru věnováno postojům a práci personálu, které se ukazují být stěžejním předpokladem pro úspěšnou práci se sexualitou a tvorbu prostředí přátelského k sexualitě (Villar et al., 2020). Vliv a souvislosti této problematiky budou představeny v následujících dvou podkapitolách a zároveň z nich bude vycházet evaluační nástroj v empirické části.

5.5 Role personálu v práci se sexualitou klientů

Ač je současná diskuze o sexualitě značně otevřenější, než tomu bylo před pár desítkami let, stále ještě existují rezervy v komunikaci a vztazích profesionálů v sociální a zdravotní sféře a jejich pacientů či klientů. Udržování a posilování možností starších lidí naplňovat svoje sexuální potřeby může být součástí snahy o zlepšení kvality života, udržení zdraví a celkové pohody. V tomto smyslu hrají zdravotní i sociální pracovníci velkou roli v podpoře seniorů v otevření tématu a diskuze na téma sexuality a sexuálního zdraví (Dominguez a Barbagallo, 2016).

Poptávka po otevření tématu sexuality bude jen stěží explicitně formulována klienty. Řada studií dokládá, že je pro klienty a pacienty ve vyšším věku komplikované o sexualitě mluvit s profesionály ve zdravotní i sociální sféře. Tabuizace tématu a stereotypizace stáří jako asexuálního období vede k tomu, že většina potřebných témat vůbec neotevře. Případné vzniklé konverzace jsou spojeny s pocity studu, viny a nejistoty (Souza et al., 2019; Gewirtz-Meydan et al., 2019; Gott, 2006; Gunderson et al., 2005; Gott, 2003). Souza et al. (2019) navrhuje, že by v kontextu dlouhodobé zdravotnické péče měly být nositelkami tématu všeobecné sestry. Ty totiž přicházejí

do kontaktu s klientem nejčastěji a sdílejí s ním často intimní situace spojené s péčí, proto je zde snazší vytvořit vzájemný vztah (v porovnání s dyádou lékař–pacient). S podobnou blízkostí a potenciálem navázání vztahu vystupují v prostředí sociálních služeb další osoby zapojené do přímé péče. Zejména na pracovníky v přímé obslužné péči se proto zaměřuje i nástroj pro práci se sexualitou předložený v empirické části práce.

Personál v institucionalizované péči přímo i nepřímo určuje, jaká vyjádření vlastní sexuality jsou považována za přijatelná. Jejich znalosti v oblasti sexuality ve stáří a postoje k ní pak mají vliv nejen na otevřenost organizace k tomuto tématu, ale mohou ovlivnit i kvalitu poskytované péče obecně, a dokonce i sebepojetí a celkovou spokojenost klientů (Mahieu et al., 2016). Nedostatek komunikace o sexualitě a respektu patří mezi nejčastější překážky na cestě k sexuálnímu sebevyjádření (Villar et al., 2014).

V případech, kdy jsou pracovníci se sexualitou klientů konfrontováni v konkrétních situacích, nejčastěji se rozhodují podle vnitřního pocitu morální správnosti. Pokud není vnitřní morální kompas podepřen o relevantní organizační struktury a standardy, aplikovanou etiku a další vzdělávání v oblasti komunikace, pracovníci mohou pociťovat morální nejistotu a distres (Cook et al., 2017). Bez těchto opor pracovníci zpravidla nejsou dostatečně vybaveni k poskytování evidence-based informací a péče v oblasti sexuality (McAuliffe et al., 2016).

Nedostatek vzdělání v oblasti sexuality může být jedním z faktorů, proč je sexualita klientů stále přehlížena (McAuliffe et al., 2016). Rozsáhlejší znalosti a povědomí o sexualitě ve vyšším věku na straně pracovníků jsou naopak spojeny s pozitivnějšími postoji k tomuto tématu (Quinn-Krach a Van Hoozer, 1988; Mahieu et al., 2016). Vzdělávání personálu na téma sexuality a stárnutí posiluje pozitivní, podporující a proaktivní postoje, které pak přispívají k efektivnějšímu naplňování potřeb klientů v oblasti sexuality (Walker a Harrington, 2002). Zároveň zvyšuje citlivost a respekt pracovníků ke klientově sexualitě a situacím, kdy se otevřeně projevuje (Villar et al.,

2014). Quinn-Krach a Van Hoozer (1988) upozorňují na to, že negativní postoje k sexualitě starších osob mohou mít daleké negativní následky na institucionalizovanou péči. Vedou totiž samotné seniory, ale i personál a blízké okolí k přesvědčení, že jsou sexuální pocity a jednání abnormální a měly by být eliminovány; to může působit škody i na zdraví daných seniorů.

5.6 Možnosti práce se sexualitou klientů

V následující podkapitole budou předloženy jednotlivé možnosti péče o sexualitu klientů. Nejvhodnější cestou k jejich implementaci je systematické zavádění práce se sexualitou, které téma řeší na všech úrovních organizace a které je zároveň komplexnější než výčet jednotlivých kroků či možností předložený níže. To musí být, stejně jako každá strategická organizační změna, opřeno o podporu a aktivitu managementu organizace. Podmínkou nutnou pro práci se sexualitou jsou znalosti a postoje personálu – a to na všech organizačních úrovních. Další opatření se týkají organizační struktury a pracovních rolí, opory v metodikách a dokumentaci a napojení na další služby, např. sexuální asistenci. V centru veškerých snah o práci se sexualitou stojí klient a jeho potřeby, proto jsou součástí kapitoly i doporučení pro vedení konverzací na toto téma. Z níže předložených možností pro práci se sexualitou dále v empirické části diplomové práce vychází předkládaný evaluační nástroj.

Vycházíme-li zde z dříve popsaného přístupu zaměřeného na člověka, mezi klíčové hodnoty sociálních služeb patří autonomie a soukromí. Součástí jejich naplnění je i zohlednění klientovy sexuality (Frankowski a Clark, 2009). Na tomto místě je neopominutelný institucionální rozpor mezi nutností ochrany klientů (a dodržení standardů péče i organizační kultury) a zachování maximální míry autonomie a práva na soukromí (Bělehradová, 2020).

Podpoře možnosti vyjádření sexuality klientů se věnoval i výzkum Bauera et al. (2014), jenž vedl k sestavení nástroje *Sexuality Assessment Tool* (dále jen *SexAT*). Na

základě literatury a validizace vybranými zástupci zařízení dlouhodobé péče o seniory, klienty a jejich rodinami identifikovali sedm oblastí, které mají vliv na práva a možnosti prožívání sexuality klientů:

- směrnice a opatření,
- posouzení a dokumentace,
- vzdělávání, znalosti a postoje personálu,
- vzdělávání a podpora klientů,
- vzdělávání a podpora rodiny
- fyzické prostředí,
- bezpečnost a řízení rizik.

5.6.1 Vzdělávání personálu

Vzdělávání personálu se napříč různými výzkumy ukazuje jako stěžejní oblast intervencí v oblasti práce se sexualitou. Ve studii Symea, Lichtenberga a Moye (2016) bylo vzdělávání identifikováno jako nejdůležitější doporučení respondentů ze strany vedení. Specifické vzdělání bylo též hlavní potřebou identifikovanou respondenty z řad pracovníků sociálních služeb v plošném výzkumu ve Španělsku (Villar et al., 2020). Ukazuje se totiž jako nejefektivnější strategie vůči negativním postojům i nedostatku znalostí o sexualitě ve vyšším věku (Mahieu et al., 2016).

Bauer, McAuliffe a Fetherstonhaugh (2016) rovněž poukazují na nutnost vzdělávání pracovníků rezidenčních zařízení, vedle toho ještě zdůrazňují potřebu jasnějšího definování praktik a postupů daných institucí. Z jejich australské studie navíc vyplývá, že zařízení, která poskytují v oblasti sexuality pracovníkům vzdělávání, mají více než dvakrát častěji zpracované standardy kvality pro sexualitu, sexuální zdraví a sexuální chování, v porovnání se zařízeními, kde se pracovníci nezúčastnili žádného vzdělávání (McAuliffe et al., 2016). Vyplynula též potřeba nástroje (dotazníku,

návodu) pro zmapování sexuálního zdraví a potřeb, který by pomohl pracovníkům tuto často nelehkou konverzaci navigovat (McAuliffe et al., 2015); těm se věnuje následující podkapitola.

Mezi nejčastější témata vzdělávání k sexualitě patří postoje k sexualitě, vztah sexuality a stárnutí a demence, standardy a politiky, sexuální obtěžování, konsent a perspektiva práva (McAuliffe et al., 2016). Základem vzdělávání má být povědomí personálu o vlastních postojích k sexualitě ve vyšším věku – povědomí a přijetí. Obsahem vzdělávání je pak diskuze s personálem o vlastních hodnotách, právech a potřebách rezidentů a zprostředkování faktických informací o sexualitě ve stáří (Syme, Lichtenberg a Moye, 2016).

Vedle znalostí na téma sexuality a formulace postupů a opatření stran organizace se ještě ukazuje jako důležité otevřít prostor pro rozvoj komunikačních dovedností. Ty by měly rozvíjet zejména nastavování a udržování osobních i profesních hranic pracovníků (Waterschoot et al., 2022). To je nezbytné zejména v případech, kdy je poskytování služby rámováno přístupem zaměřeným na člověka, který podporuje blízké vztahy pečujících osob a klientů.

V nástroji *SexAT* jsou doporučena následující témata pro vzdělávání personálu: osobnost a sexualita, stárnutí a sexualita, vliv demence na sexuální vyjádření, sexuální zdraví (sexuálně přenosné nemoci, bezpečný sex), řízení rizik u klientů, kteří si přejí svou sexualitu vyjadřovat, navigování konverzace s rodinou, diskriminace na základě sexuální orientace nebo genderové identity, problematika konsentu a rozhodování u lidí s mentálním znevýhodněním, poskytování a důležitost soukromí, vliv medikace na sexuální zdraví. Organizacím je také doporučeno práci se sexualitou zavádět na úrovni kompetenčních modelů jednotlivých pozic a ověřovat znalosti personálu. Pracovníci by pak díky vzdělávání měli umět rozlišit vhodné a nevhodné sexuální chování, znát hranice vlastních možností podpory klienta a mít dostatečné komunikační dovednosti pro konverzace s klienty i jejich rodinami (Bauer et al., 2013).

5.6.2 Konverzace o sexualitě s klienty

Vzdělávání na téma sexuality má svůj význam nejen pro personál, ale i pro klienty. Má potenciál otevřít diskuzi, formulovat potřeby a pozitivně ovlivnit postoje klientů. Slouží ke zvýšení povědomí o sexuálních právech a vytváří prostor pro konverzace o případných komplikacích v oblasti sexuálního zdraví (nebo s vlivem na sexualitu) či o širším pojetí sexuality přesahujícím hranice pohlavního styku. Může být místem pro nastavení společných pravidel tak, aby měli klienti možnost svou sexualitu prožívat a zároveň neuváděli do diskomfortu ostatní (Villar et al., 2014). Ukazuje se, že mezi seniory panuje nižší povědomí o sexuálním zdraví a pohlavně přenosných nemocech, ačkoliv vyšší věk nutně neznamená menší riziko jejich výskytu (Bodley-Tickell et al., 2008). I to může být součástí poskytovaných informací a vzdělávání. Dalšími tématy je konsent v kontextu sexuality, sexuální obtěžování a násilí, problematika diskriminace na základě sexuální orientace a genderové identity a práva v oblasti sexuálního vyjádření.

Své místo v péči o klientovu sexualitu má i poskytování informací o vlivu různých zdravotních podmínek, onemocnění a medikace na prožívání sexuality. Jak bylo zmíněno v kapitole 4.3, profesionálové ve zdravotnictví se často necítí komfortně téma sexuality otevírat, ačkoliv by to klienti často uvítali (Gott, 2005). Vliv zdravotního stavu na sexualitu je neoddiskutovatelný, a tak i takové, citlivě podané informace mají ve zdravotní (a sociální) péči místo (Bauer, McAuliffe a Nay 2007). Ukazuje se, že výjimkou není ani péče paliativní, má-li být pojmána holisticky (Lemieux et al., 2004).

Vzdělávání ohledně sexuality není nutné zavádět systematicky pro všechny klienty služby, je zřejmé, že pro většinu z nich nebude relevantní. Plošný formát by tak snadno mohl sklouznout ke kontraproduktivitě. Informace mohou být zprostředkovány ad hoc, v konkrétních situacích, na základě konkrétní potřeby a dotazu; přesně s tím obsahem a v té formě, kterou klient preferuje a momentálně potřebuje. Pro takové situace snad není ani relevantní používání termínu vzdělávání,

v realitě jsou spíše součástí konverzace, kontaktu pracovníka a klienta. Tarzia et al. (2013) formulují doporučení pro výzkumné rozhovory se seniory v rezidenčních službách na téma sexuality, které jsou přenosné i do běžné konverzace na toto téma mezi pracovníkem a klientem:

1. Vhodný jazyk. Slovo sexualita je v laické populaci často redukováno pouze na pohlavní styk, a i proto může nadnesené téma působit necitlivě a vést k pocitům trapnosti, stydlivosti či vzteku. Jedná-li se o nevýzkumný rozhovor, může si pracovník dovolit používat jiná pojmenování (partnerství, vztahy apod.) nebo se ideálně přizpůsobit slovníku klienta.
2. Respekt k různým emocím. Tak citlivé téma, jakým sexualita je, vzbuzuje samo o sobě širokou škálu emocí. V případě seniorů žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb je častým specifikem to, že téma intimity vzbuzuje myšlenky na bývalé či zemřelé partnery a partnerky nebo na život v mladším věku. Pracovník tak v rozhovoru potřebuje velkou dávku empatie, respektu a dostatečné komunikační dovednosti. Mezi jeho odpovědnosti v rámci etiky patří i nepřivádět klienta do nepohody.
3. Využití hypotetických scénářů. O hypotetických osobách a ostatních lidech se může klientům hovořit snadněji než o sobě. Scénáře se využívají i v rozhovorech o dalších citlivých tématech, např. sexuálním násilí.
4. Výběr pracovníka pro sdílení. Nedá se předpokládat, že sdílení tématu vlastní sexuality nebude závislé na osobě výzkumníka/pracovníka. Významnou roli hraje gender a věk (respektive věkový rozdíl), obecná pravidla ale nelze formulovat, výběr bude záležet na konkrétním klientovi.

Na poslední zmíněný bod navazuje další doporučení pro vzdělávání klientů. To spočívá v určení pracovníka, na něhož se mohou klienti obracet v případě, že chtějí téma své sexuality a sexuálního zdraví s někým řešit. Více informací o této roli je obsaženo v podkapitole 5.6.3. Dalším doporučeným způsobem vzdělávání klientů jsou obecně dostupné texty (v podobě letáků, příruček), které pokrývají základní

témata a obsahují zdroje dalších informací – včetně informací o pracovníkovi, na něhož se mohou obrátit (Bauer et al., 2013).

Na poli posouzení sexuality a sexuálních potřeb existuje celá řada nástrojů. Jejich rozsáhlý výčet předkládají Chrastina a Kurucová (2018). Uvádějí také nástroje, které zahrnují vybrané aspekty intimního chování a prožívání: *Sternberg's Triarchic Love Scale*, *Personal Assessment of Intimacy in Relationships* nebo *Relationship Assessment Scale*. Většinou se jedná o dotazníky vytvořené pro větší výzkumy a jejich využití v praxi péče v domovech pro seniory je diskutabilní. Nicméně poptávkou pojmenovanou v kvalitativní studii s řediteli dvaceti různých zařízení dlouhodobé péče o seniory byl právě nástroj, který by umožnil vést s klientem diskuzi o sexualitě ve větší míře detailu, aby na jejich základě mohlo vedení postupovat. Takový nástroj by neměl být formálním a standardizovaným dotazníkem, jako spíše validním a obecně uznávaným nástrojem, který případně poslouží i jako důkaz správného postupu pro rodinu rezidenta (Syme, Lichtenberg a Moye, 2016).

Turner (2020) pak pro komplexnější a rozsáhlejší diskuzi o sexualitě doporučuje využití Daileyho modelu kruhů sexuality, zmíněného v kapitole 4.1. Jasně vymezení různých aspektů sexuality pomáhá jít v konverzacích za hranice limitovaného vnímání sexuality jen jako pohlavního styku. Tento model dostatečně zohledňuje emoce, blízkost a rozličné formy prožívání sexuality, zároveň otevírá témata sexuálního zdraví a manipulace a násilí. Je dostatečně variabilní na to, aby poskytoval rámec realizované diskuzi a zároveň dostatek prostoru pro vlastní porozumění jednotlivým tématům a přiřazení různé důležitosti.

5.6.3 Role a struktura v rámci organizace

Směrem k efektivnější a citlivější práci se sexualitou lze učinit několik změn týkajících se pracovních rolí a jejich zasazení v organizační struktuře. Ukazuje se, že je výhodou (a často nutností) mít v organizaci experta na téma sexuality. Tuto roli může zastávat

nebo přidat ke své expertize psycholog, psychiatr i sociální pracovník. Přijít vhod může i role ombudsmana zastupujícího pacientova práva v komplexních situacích, např. při zapojení rodiny (Syme, Lichtenberg a Moye, 2016) nebo podezření ze sexuálního obtěžování či násilí (Bauer et al., 2013). Expert na téma sexuality je v poradní a důvěrnické roli nejen pro klienty; je i lídrem tématu v organizaci. Metodicky a strategicky vede téma sexuality na úrovni vedení organizace, vzdělává ostatní pracovníky, poskytuje konzultace ohledně případných problematických a nejasných situací v kontaktu pracovníků s klienty.

V evropském (a tedy i českém) prostředí se užívá pojmu intimní/sexuální důvěrnictví. To je pak zpravidla rolí pracovníka zaměstnaného v sociálním či zdravotnickém zařízení, který se věnuje poradenství či vzdělávání v oblastech sexuality a vztahů u cílové skupiny, se kterou pracuje. Sexuální důvěrníci (či jinak konzultanti v oblasti sexuality) zůstávají v pozici poradenství, konzultací a vzdělávání, nemohou se ale ze své role klienta dotýkat – to patří do gesce sexuální asistence (Freya, 2022a). Klienti by měli být informováni o tom, kdo tuto roli v organizaci zastává a na koho se mohou obracet. Vyhledat mohou podporu v jakékoliv oblasti sexuality a sexuálního zdraví, zprostředkovanou srozumitelným způsobem a přizpůsobenou individuálním potřebám (Bauer et al., 2013).

Pro konzultanty v oblasti sexuality existuje akreditovaný vzdělávací výcvik, poskytuje jej Freya, z.s., v desetidenní variantě nebo organizace Nebuď na nule, z.s. (Unie sexuálních důvěrníků ČR), v dvouletém sebezkušenostním výcviku.

5.6.4 Sexuální asistence

O sexuální asistenci panuje v současném českém prostředí poměrně velké povědomí. Je placenou službou, „kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti. Pomáhají lidem se zdravotním hendikepem, seniorům a seniorkám a jinak znevýhodněným lidem pracovat s jejich sexualitou a vztahy.“ (I. Novotná, 2021).

Sexuální asistence jako služba pomáhá jednotlivcům, ale i párům a rodinám. Zatímco intimní důvěrnictví bývá zpravidla (jednou z) rolí interních pracovníků, sexuální asistence je externí služba. Obecně pracuje sexuální asistence na získání dovedností, které mohou klienti v budoucnu využít. Konkrétní nabídka služeb a aktivit závisí vždy na jednotlivých asistentech – roli hrají jejich hranice, vzdělání, zkušenosti, dovednosti. Freya (2022a) uvádí následující shrnutí:

- Sexuální asistence pomáhá klientům prožívat potřeby v oblasti sexuality, ale i vlastní sexualitu pochopit. Jedná se například o poradenství v oblasti sexuality a vztahů, erotických pomůcek, o možnost mluvit o svých tématech v této oblasti, hledání intimního prostoru, možnost dotýkat se svého těla, nácvik masturbace, doteky, společnou nahotu, koupel, nákup erotických pomůcek, masáže, sexuální interakce, kam patří i sex.
- Sexuální asistence dává možnost zažít sexualitu pozitivním způsobem, aniž by překračovala hranice ostatních, a proto může fungovat jako prevence zneužívání.
- Sexuální asistence učí akceptovat své tělo a jak jej přijímat, mít rád, jak posílit motorické a senzorické vnímání.

Služba sexuální asistence má jasná a jednotná pravidla. V současné době nabízí specializované školení, jímž musí sexuální asistenti projít, právě Freya. Proškolení a aktuálně působící asistenti jsou pak na její webové stránce. Služba sexuální asistence má svůj etický kodex.

Intimní důvěrníci mohou se sexuálními asistenty spolupracovat v zájmu klientů. Vyhodnotí-li intimní důvěrníci potřebnost sexuální asistence, předají klientovi potřebné informace, případně mohou rovnou službu sjednat, na setkání klienta připravit či ho při něm doprovázet; zároveň dále se sexuálními asistenty spolupracovat a učit se od sebe navzájem (Freya, 2022a).

5.6.5 Opора ve standardech, metodikách a opatřeniích

Opatření týkající se sexuálních potřeb a sexuálního zdraví klientů obvykle v rezidenční péči o seniory zavedena nejsou (Lester et al., 2016), a pokud ano, vznikají většinou až jako reakce na nevhodné sexuální chování klientů (McAuliffe et al., 2015). Proaktivní politiku na úrovni organizací v současné době limituje zejména nedostatek dobré praxe a opory na vyšších úrovních pramenící z absence národních politik i podpory státu (Syme, Lichtenberg a Moye, 2016). Jedná se ale o důležitou součást práce se sexualitou, protože vhodně zpracovaná metodika poskytuje pracovníkům oporu v každodenních situacích ve vztahu ke klientům, pojmenovává další zdroje (informační i lidské) a uchopuje problematiku ve vztahu k rodinám klientů. Dává pracovníkům pocit bezpečí, vymezuje jasné pole jejich práce a nastavuje hranice spolupráce (Freya, 2023).

Opatření a doporučení týkající se klientovy sexuality mohou být součástí individuálního plánu péče (Frankowski a Clark, 2009). V takové podobě mohou obsahovat témata preferovaného sebevyjádření a oblékání (Bauer et al., 2013), případně citlivých dotazů na sexuální orientaci a genderovou identifikaci klienta (Chrastina a Kurucová, 2018). Základem může být informování klienta o tom, že organizace s tématem aktivně pracuje a na koho se může v případě potřeby obrátit. V případě zájmu klienta a dostatečné expertizy pověřené osoby v organizaci je možné téma dále rozvinout, případně využít některý z dostupných nástrojů pro práci se sexualitou a identifikaci potřeb klienta (viz kap. 5.6.2).

Doporučeným obsahem metodiky pro práci se sexualitou je vůbec pojmenování práva na vyjádření sexuality klienta, jeho podpora a právo na soukromí. To může být zajištěno poskytnutím cedule „nerušit“, ťukáním před vstupem do pokoje a zajištěním důvěrnosti informací týkajících se sexuality klienta (Bauer et al., 2013), dále zdroje pro další vzdělávání, přizpůsobivost individuálním projevům sexuality (přístup zaměřený na člověka), specifická opora pro spolupráci s rodinou, zohlednění sexuality v plánu péče a konkrétní metodika k získání souhlasu rezidenta (Villar et al.,

2020). Dále je doporučeno, aby prezentace organizace navenek obsahovala informace o práci se sexualitou, tedy zmínku o podpoře sexuálního vyjádření klienta a svobody v sexuální orientaci a genderové identifikaci klienta (J. Novotná, 2016; Bauer, Fetherstonhaugh, Nay et al., 2013).

5.7 Současná situace v sociálních službách pro seniory v ČR

Se snahou o deinstitucionalizaci a zkvalitnění poskytované péče přichází téma sexuality i do prostředí českých pobytových sociálních služeb. Stále častěji prorůstá do odborných diskuzí a po malých krůčcích i do reality péče v některých pečujících organizacích. V současné době mnohé organizace zohledňují sexualitu uživatelů svých služeb různými způsoby, pracují s ní neformálně a nahodile v přímé péči, tvoří protokoly sexuality, zjišťují úroveň naplnění sexuálních potřeb skrze šetření spokojenosti mezi uživateli, vzdělávají personál a v různé míře komplexity práci se sexualitou uživatelů služby zavádějí. Ze strany vedení organizací, které se rozhodly se sexualitou klientů otevřeně pracovat, vyvstává poptávka po expertech, kteří by mohli v tématu vzdělávat personál a konzultovat zamýšlené i implementované intervence (Syme, Lichtenberg a Moye, 2016).

V českém prostředí téma sexuality osob s různými znevýhodněními začalo krystalizovat v projektu *Právo na sex*, který v organizaci Rozkoš bez rizika iniciovala Lucie Šídová. Jeho hlavním výsledkem je zavedení služby sexuální asistence v České republice. Lucie Šídová se později stala spoluzakladatelkou organizace Freya, z.s., která se věnuje vzdělávání lidí v pomáhajících profesích ohledně sexuality a vztahů lidí se znevýhodněním a seniorek a seniorů.

Freya je tak skrze vzdělávání a registrovanou sociální službu odborného sociálního poradenství v současné době nejvýznamnějším aktérem v tématu sexuality a vztahů lidí se znevýhodněním i seniorské populace. Freya poskytuje jednotlivcům i organizacím v práci se sexualitou klientek a klientů různou míru podpory.

Maximální míra podpory je poskytována v rámci poradensko-vzdělávacího programu *Systémové zavádění práce se sexualitou a vztahy a protokol sexuality* (Freya, 2022b), jenž je výsledkem tříletého projektu *Systémové zavádění práce se sexualitou a vztahy v sociálních zařízeních* (v letech 2019–2022 realizován s finanční podporou Evropského sociálního fondu – Operačního programu Zaměstnanost). Kromě systematické práce se sexualitou pořádá Freya otevřené vzdělávací kurzy pro organizace i jednotlivce z řad odborné i laické veřejnosti a nabízí konzultace organizacím, které by rády s tématem sexuality pracovaly.

Další organizací, která poskytuje poradenství v oblasti práce se sexualitou je Institut bazální stimulace, konkrétně skrze svůj akreditovaný vzdělávací kurz *Sexuální potřeby seniorek a seniorů z ošetrovatelského aspektu*. Jedním z konkrétních postupů podporujících zohlednění sexuality klientek a klientů je zřízení role intimní důvěrnice / intimního důvěrníka. Tato role slouží v organizaci jako kontaktní bod pro zaměstnance i klienty pro oblast sexuality klientů. Ve snaze o profesionalizaci role sexuálních důvěrníků poskytuje Nebuď na nule, z.s. – Unie sexuálních důvěrníků v ČR sebezkušenostní výcvik. Vedle této role existuje ještě služba sexuální asistence, výcviky v níž realizuje opět Freya. Na poli sexuální asistence má své místo i projekt sexualniasistence.cz, jehož provozovatelem je Růžový slon s.r.o. a hlavní přispěvatelkou Petra Lecnarová. Tento projekt si bere za cíl měnit pohled české společnosti na sexualitu osob s hendikepem a seniorů skrze osvětu a aktivně řešit oblast erotických pomůcek (Lecnarová, 2022).

Na kvalitu sexuálního života seniorů v pobytových sociálních službách se v československém prostředí výzkumně zaměřili např. Dolan et al. (2012) či Maloň Friedlová. Mezi odborníky, kteří se tématu sexuality lidí s různými znevýhodněními věnují, patří i lektor a konzultant Petr Eisner, který přednáší na akreditovaných přednáškách o sexualitě lidí s postižením, ale věnuje se i dalším klientům sociálních služeb; spolu s Hanou Šimáčkovou vedou spolek Nebuď na nule. Téma sexuality patří také do zaměření Jolany Novotné, která působí jako odborná poradkyně pro

pozůstalé v organizaci Klára pomáhá, z.s., koordinátorka programu pro LGBT+ seniory v organizaci PROUD, překladatelka a od roku, 2022 i jako lektorka v organizaci Freya, kde se věnuje tématu sexuality seniorů. Martina Venglářová je psycholožkou, psychoterapeutkou a autorkou knihy *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Dana Štěrbová je klinickou psycholožkou a autorkou knihy *Sexualita osob s mentálním postižením*.

II EMPIRICKÁ ČÁST

1 CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je tvorba evaluačního nástroje pro práci se sexualitou seniorek a seniorů v pobytových sociálních službách v oblasti kompetencí zaměstnanců a jejich opory v organizačních strukturách. Vznikne tak soubor indikátorů stěžejních v práci se sexualitou klientů, které svou přenositelností umožňují dalším organizacím toto téma evaluovat a identifikovat tak prostor pro rozvoj.

Výsledný evaluační nástroj bude k dispozici pro sebehodnocení i externí hodnocení organizací v oblasti práce se sexualitou, umožní nahlédnout současný stav reflexe tohoto tématu z perspektivy postojů a kompetencí zaměstnanců, opory v organizační struktuře a interní dokumentace. Nástroj nabídne organizacím jak zmapování současné situace, tak identifikaci prostoru pro možnou intervenci s cílem zkvalitnění práce se sexualitou.

Předpokládaným vedlejším efektem užití nástroje v organizaci je zvýšení citlivosti pracovníků k tématu sexuality. Efekt je implikován senzibilizací jako jedním z geneticky naprogramovaných typů učení, kdy se vystavením jedince podnětu zvyšuje citlivost k jeho vnímání (Atkinson et al., 2003).

2 METODOLOGIE VÝZKUMU

Empirická část práce zkoumá různé přístupy k práci se sexualitou klientek a klientů v pobytových sociálních službách pro seniory a identifikuje soubor snadno zjištělných indikátorů, jež jsou dostatečně vypovídající o stavu práce se sexualitou v oblasti znalostí a postojů personálu a jejich opoře v organizačních strukturách.

Výzkum sestává ze dvou částí: první z nich spočívá ve studiu dostupné literatury, zahraničních výzkumů a podobných nástrojů na toto téma a je obsahem teoretické části této práce. Identifikovány jsou nejdůležitější faktory ovlivňující práci se sexualitou a na jejich základě je poté navržen evaluační nástroj. V druhé části je nástroj pilotně otestován ve vybraných organizacích, které se práci se sexualitou věnují v rozdílných mírách, aby byla ověřena jeho srozumitelnost a zhodnocen průběh práce s ním. Na základě zpětné vazby z testování je potom nástroj upraven do výsledné podoby.

Navrhovaný nástroj slouží k provedení evaluace, z výzkumného pohledu jde o výzkum aplikovaný, konkrétně evaluační. V tom jde o „hodnotové posouzení intervencí a programů na základě empirické evidence“ (Hendl, 2005: 39). Výzkum kombinuje formativní a sumativní evaluaci, které stanovují efektivitu realizovaných intervencí a identifikují jejich silné a slabé stránky, v závislosti na míře zavedení práce se sexualitou v organizaci.

2.1 Etika výzkumu

Vzhledem k citlivému charakteru obsahu druhé části výzkumu (testování nástroje) byl v obou zapojených organizacích požadován souhlas ředitelek organizace, než byly dotazníky dále distribuovány konkrétním pracovníkům. Všichni respondenti zapojení do testování nástroje se zapojili zcela dobrovolně a měli možnost kdykoliv svou účast ve výzkumu přerušit či ukončit bez udání důvodu. Byli též předem informováni o účelu a cíli výzkumu a anonymním zpracování dat. Všichni účastníci

poskytli svůj písemný souhlas s účastí. Informace, které by mohly vést k identifikaci konkrétních organizací nebo osob, jsou v diplomové práci pozměněny nebo nejsou vůbec uvedeny.

Specifikem výzkumu je jeho zaměření na společensky tabuizované téma. Sexualita a intimita ve vyšším věku, a zvláště v institucionalizované péči, stále není v současné západní společnosti normalizována a přijímána jako běžná součást lidského života (Marková, 2022; Hasmanová Marhánková, 2018; Villar et al., 2014; Steklíková, 2014). Sexualita je následkem toho v zařízeních institucionalizované péče často přehlížena, potlačována, nebo alespoň neočekávána. Takový stav může implikovat nižší citlivost k zachycení projevů sexuality a potřeb klientů, pokud nejsou vysloveny či jinak demonstrovány. Evaluační nástroj sleduje jak vlastní vnitřní postoje pracovníků k tématu, tak vědomě učiněné intervence (např. vzdělávání, opora v dokumentaci). Pokud je užití nástroje prvním krokem činěným ve snaze uchopit téma sexuality, může být užitečný nejen pro zmapování stávajícího stavu, nýbrž i pro první otevření tématu a zvýšení senzibility pracovníků k celé problematice.

3 NÁVRH EVALUAČNÍHO NÁSTROJE PRO PRÁCI SE SEXUALITOU

Hlavním cílem evaluačního nástroje je zmapování stavu práce se sexualitou klientů a reflexe tohoto tématu perspektivou postojů, znalostí a kompetencí zaměstnanců, včetně opory v organizační struktuře a interní dokumentaci. Předpokládaným vedlejším efektem je zvýšení citlivosti pracovníků k tématu sexuality.

Tvorba evaluačního nástroje pro práci se sexualitou je podložena literaturou představenou v teoretické části práce. Identifikována je sada faktorů, které mají vliv na zohlednění klientovy sexuality, respektive konkrétní možnosti práce se sexualitou (viz kap. 5.6). Nástroj pracuje zejména s postoji zaměstnanců a vnímání otevřenosti diskuze ohledně sexuality, a to jak ve vztahu pracovníků a klientů, tak mezi pracovníky i ve vztahu s vedením. Zjišťováno je i povědomí o možnosti tvorby specifických opatření pro klienty, o existenci opěrné dokumentace a o roli vybraného pracovníka nebo pracovní skupiny dedikovaných tématu. Výsledná podoba nástroje je inspirována zejména dvěma zdroji:

- *The Sexuality Assessment Tool (SexAT)*, vzniklým na základě výzkumu Bauera et al. (2014), více viz kap. 5.6.
- *Snakk om Seksualitet*, vytvořený norským Centre for Development of Institutional and Home Care Services (dále jen USHT)¹, Trøndelag. Ten byl poskytnut pro účely této diplomové práce prostřednictvím organizace Freya. Práva k jeho užívání a úpravám byla poskytnuta jak organizaci Freya, tak autorce této diplomové práce; pod podmínkou uvedení zdroje.

SexAT je v současné době nejkompexnějším nástrojem pro zhodnocení práce se sexualitou. Dostupný je bezplatně online², má celkem dvanáct stran a obsahuje 69 otázek rozdělených do sedmi sekcí. Jeho vyplnění je doporučeno osobě ve vedení

¹ Kontakt: utviklingssenter@verdal.kommune.no.

² https://www.dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2020/01/678-dcre_formatted_sexat_jan_10_2014.pdf

organizace, která má přehled jak o dostupných politikách, tak o každodenní praxi pečujících osob (Bauer et al., 2013). Počítá s navazujícími výzkumnými šetřeními, které se týkají zejména postojů a znalostí personálu a potřeb klientů. *Snakk om Seksualitet* byl původně vytvořen pro zařízení poskytující péči lidem s mentálním znevýhodněním. Zaměřuje se primárně právě na postoje a znalosti pracovníků, možnost otevřené diskuze s klienty a vedením a zčásti na oporu o organizační politiky.

Výsledný evaluační nástroj je vytvořen na grafickém podkladu dotazníku *Snakk om Seksualitet* a zůstává i jeho zaměření na postoje, možnosti a kompetence pracovníků. Ty se totiž v literatuře ukazují jako stěžejní pro vytváření prostředí přátelského k sexualitě a mají potenciál ovlivnit i často zmiňovanou bariéru nedostatku soukromí (viz kap. 5.4–5.6). Zaměření na perspektivu pracovníků implikuje i doporučené respondenty. Na rozdíl od *SexAT*, jenž má být vyplněn zástupcem vedení, je tento nástroj určen pro vyplnění pracovníky – konkrétně zaměstnanci služeb a členy vedení organizace. Čím více pracovníků se mapování zúčastní, tím větší výpovědní hodnotu o stavu práce s tématem bude šetření mít. Podaří se tak zachytit co nejširší vzorek.

Originální verze *Snakk om Seksualitet* byla přizpůsobena českým reáliím (jazykové úpravy; odstranění odvolání se na národní politiky, neb v oblasti sexuality klientů sociálních služeb ČR žádné nemá) a doplněna o oblasti z nástroje *SexAT* v oblasti kompetencí pracovníků a obsahu metodik. Přidány byly také informace o obsahu a účelu dotazníku a následném zpracování dat.

4 TESTOVÁNÍ EVALUAČNÍHO NÁSTROJE

Výběr vzorku organizací zapojených do sběru dat je provedeno tzv. volbou kritických případů, která „umožňuje logické zobecnění a maximum aplikace informací na další případy, protože co platí pro tento případ, platí pravděpodobně i pro ostatní“ (Hendl, 2005: 154). Přístup k první zapojené organizaci je zprostředkován organizací Freya, která má ve své síti desítky organizací, jimž poskytuje různou míru podpory v práci se sexualitou klientů – od systematického zavádění po první náznaky zájmu o téma. Zapojená organizace byla doporučena Freyou, protože s tématem sexuality aktivně pracuje. Druhá organizace zapojená do testování byla přímo oslovena autorkou diplomové práce a vybrána byla účelově, neb s tématem sexuality aktivně nepracuje. Evaluační nástroj byl testován právě v těchto dvou organizacích, každé z nichž byla předložena jiná, mírně odlišná iterace nástroje. Testování první iterace probíhalo v organizaci A (viz níže) ve dnech 2.–20. prosince 2022. Potom byly doplněny instrukce pro vyplnění (výběr jedné odpovědi na řádku). Testování druhé iterace v organizaci B (též níže) probíhalo ve dnech 13.–21. prosince 2022. V rámci obou testování měli respondenti označit otázky, které jim nejsou zcela jasné nebo jsou jinak nesrozumitelné.

4.1 Profily organizací zapojených do pilotního testování

Do pilotního testování se zapojily dvě organizace, konkrétně služby domov pro seniory. Oběma organizacím byla účast ve výzkumu nabídnuta s kompletní anonymizací, není tedy uveden jejich název, ani další faktografické údaje, jež by mohly vést k jejich identifikaci. Pro účely této práce jsou označeny organizace A a B.

První ze zapojených domovů pro seniory – organizace A – spolupracuje s organizací Freya na systematickém zavádění práce se sexualitou. Právě na základě doporučení organizací Freya byl tento domov osloven. Historicky bylo téma do organizace přineseno v roce 2017, kdy se ředitelka organizace a její zástupkyně účastnily

konference o sexualitě v kontextu sociálních služeb. Považují za důležité téma v organizaci pojmenovat a pracovat s ním, mj. proto, že již v minulosti v organizaci řešili nově vzniklé vztahy mezi klienty nebo manželské páry a jejich intimitu. Zástupkyně ředitelky byla pověřena sestavením pracovní skupiny a vytyčením dalších kroků. Vedení organizace se rozhodlo nezjišťovat plošně a automaticky sexuální potřeby klientů, spíše pozitivně ovlivnit postoje zaměstnanců směrem k tomu, že je sexualita přirozenou součástí života v každém věku. Prvním krokem proto bylo školení pro zaměstnance, jehož obsahem byly zejména informace o sexualitě ve stáří a v životě s demencí a doporučených postupech v situacích, kdy jsou sexualitě klientů zaměstnanci vystaveni (to bylo jednou z jejich hlavních potřeb a očekávání od školení). Školení se každoročně opakuje. Pracovní skupina pro sexualitu se setkává zpravidla dvakrát ročně, má ale i možnost setkávat se mimořádně v případě potřeby. Možnost zmapovat aktuální stav práce se sexualitou perspektivou zaměstnanců ředitelka organizace ocenila, vnímá ji jako zpětnou vazbu na provedené intervence a roky aktivní práce s tématem.

Organizace provozuje dvě registrované sociální služby, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, obě s kapacitou sta lůžek. Úvazky většiny pracovníků se rozdělují v příslušném poměru mezi obě služby. Dotazníky byly distribuovány zástupkyní ředitelky jakožto vedoucí pracovní skupiny pro sexualitu. Dotazníky obdrželi osobně a v tištěné podobě lidé na pozicích sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách (pečovatelé, asistenti, pokojské) a všeobecných sester; celkem 64 kopií dotazníků. Dotazníky vyplnilo 28 respondentů, návratnost tedy byla 43,8 %.

Druhý zapojený domov pro seniory – organizace B – nemá žádnou formalizovanou formu podpory sexuality, ani na tomto tématu nespolupracuje s žádnou další organizací. Oslovena byla autorkou práce na základě přátelské vazby s jednou ze sociálních pracovnic. Ředitelka organizace nepovažuje sexualitu klientů za jakkoliv aktuální téma. Nejsou zde poskytována žádná školení na toto téma zaměstnancům ani klientům, sexualitě se nikdo aktivně nevěnuje. Organizace poskytuje jak

registrovanou sociální službu domov pro seniory, tak domov se zvláštním režimem, a to na dvou pracovištích. Z rozhodnutí organizace byli do výzkumu zapojeni pracovníci působící zejména v domově pro seniory. Jednalo se celkem o dvě sociální pracovnice a 35 pracovníků v přímé obslužné péči. Dotazník k vyplnění tak obdrželo celkem 37 osob, distribuovány byly osobně vedoucí sociální pracovníci a v tištěné podobě. Dotazníky vyplnilo 31 respondentů, návratnost tedy byla velmi vysoká, konkrétně 83,7 %.

4.2 Výsledky pilotního testování

Na základě zpětné vazby z vyplňování dotazníku, kde měli respondenti možnost označit ty části, které jim byly nesrozumitelné či jinak nejasné, a na základě zkušenosti s vyhodnocením šetření byly provedeny další úpravy nástroje.

Přidáno bylo číslování jednotlivých tvrzení pro jejich snazší vyhodnocení a byl vytvořen návod pro vyhodnocení pomocí bodování jednotlivých odpovědí. Většina úprav se týkala reformulací nebo upřesnění, směrem k větší srozumitelnosti a přizpůsobení českým realitám.

V příloze 2 je k nahlédnutí výsledná podoba evaluačního nástroje, včetně úvodních instrukcí pro práci s nástrojem a návodu k vyhodnocení šetření. Nástroj poskytuje rychlou zpětnou vazbu na stav práce s tématem sexuality tím, že zařazuje průměrný počet bodů za vybranou skupinu zaměstnanců (např. pracovníci v přímé péči, vedení organizace nebo lidé v celé organizaci) na barevnou škálu. Při rychlém sečtení je tak zřejmé, v jaké oblasti je prostor pro zlepšení směrem ke kvalitnější práci se sexualitou klientů.

Pro ilustraci jsou v tabulce níže uvedeny průměrné hodnoty bodového hodnocení ve dvou testovaných organizacích, zaokrouhlené na celá čísla.

Název části dotazníku	Organizace A –průměr–	Organizace B –průměr–	Vyhodnocení		
Já jako člověk 1–5	8	3	0–4	5–9	10–15
Moje pracovní pozice / organizace 6–10	10	4	0–4	5–9	10–15
Opora v organizaci 11–15	6	1	0–2	3–5	6–9

Tabulka 2: Výsledky pilotního testování v obou organizacích (vlastní zpracování).

5 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE

Na základě rozsáhlé rešerše dostupné literatury předložené v teoretické části práce byl zmapován současný stav práce se sexualitou klientů v institucionalizované péči a identifikovány hlavní faktory, které přispívají k tvorbě „prostředí přátelského k sexualitě“. Ty byly následně využity při tvorbě evaluačního nástroje inspirovaného zahraniční dobrou praxí, zejména norským *Snakk om Seksualitet* a *Sexuality Assessment Tool*.

Vytvořený evaluační nástroj je poměrně rychlou a dostupnou možností, jak zmapovat stav práce se sexualitou, a to ve třech stěžejních oblastech:

1. „Já jako člověk“. Tato oblast mapuje vlastní postoje k tématu sexuality jak z pozice sebe jako člověka, tak pracovníka; minulou účast na školení k tématu a vztah k diskuzi o sexualitě s klienty i zástupcem vedení organizace.
2. „Moje pracovní pozice/organizace“ je rozdělena do dvou částí. První z nich zkoumá, za nakolik otevřenou považuje respondent diskuzi o sexualitě v rámci svého pracovního týmu a ve vztahu ke klientům, a jaké možnosti jsou dostupné klientům.
3. Poslední část mapuje povědomí o opoře v organizaci – konkrétně existenci opatření týkající se sexuálního zdraví klientů, kontrolních mechanismů pro případ podezření sexuálního násilí, povědomí o související dokumentaci (metodiky, směrnice, pravidla) a příslušných rolích, které mohou téma sexuality v organizaci garantovat.

Je na zástupci organizace, jakou část personálu do mapování zapojí; obecné doporučení směřuje k pracovníkům v přímé péči a potažmo managementu organizace. Šetření by mělo pokrýt alespoň 70 % takových pracovníc a pracovníků. Doporučeno je mapování stavu před jakýmkoliv intervencemi v oblasti práce se sexualitou a jejich další průběžné vyhodnocování. Doporučená frekvence mapování je jednou za tři až šest měsíců v případě aktivní práce s tématem (školení personálu,

tvorba metodik, změny rolí); respektive jednou za šest až dvanáct měsíců, pokud už nedochází k velkým organizačním změnám v souvislosti se sexualitou.

Nástroj poskytuje rychlé vyhodnocení pomocí průměrného počtu bodů za všechny respondenty (případně v každé skupině respondentů) v každé zmíněné kategorii. Doplněny jsou také otázky na délku praxe v organizaci a celkově v prostředí pobytových sociálních služeb, které umožní hlubší porozumění tomu, jak tyto ukazatele souvisí např. s postoji pracovníků. Tato část byla doplněna na základě zpětné vazby získané z testování.

Nástroj byl pilotně otestován ve dvou organizacích, z nichž jedna pracuje s tématem sexualitě aktivně již několik let a druhá vůbec. Výsledky mapování na tento rozdíl jasně ukazují. Hlubší vyhodnocování vazeb mezi jednotlivými odpověďmi není záměrem této práce; cílem testování bylo ověřit srozumitelnost nástroje a získat zpětnou vazbu na jeho používání. Na základě zpětné vazby z testování byly provedeny další úpravy zejména co do formulací a vysvětlivek.

Mezi identifikované limity výzkumu patří zejména chybějící validizace, která by ale přesahovala rámec této diplomové práce. Vyhodnocení dotazníku je záměrně zjednodušené, aby poskytlo zpětnou vazbu relativně rychle. Jistě se dají najít ještě další možnosti vyhodnocení a další vazby mezi jednotlivými částmi – zejména mezi v minulosti absolvovaným školením a současnými postoji k sexualitě nebo mezi organizační oporou a vnímáním otevřenosti diskuze o sexualitě.

ZÁVĚR

Diplomová práce představila téma sexuality klientů pobytových sociálních služeb pro seniory v širokém kontextu. Nejprve byl zmíněn globální i evropský demografický vývoj, který zejména skrze stárnutí populace otevírá nová společenská témata, vytváří výzvy na politické, ekonomické i sociální úrovni a vliv má i na institucionalizovanou péči o potřebné seniory. Mezi teoretická východiska práce patří koncepty kvality života a aktivního stárnutí. Kvalita života je multidimenzionální koncept, jehož součástí je vnímání a respektování člověka v celé jeho fyzické, duševní, emocionální i sexuální integritě. Aktivní stárnutí je představeno jako jedna ze strategií, jak k udržení i zvýšení kvality života přispět, a to jak na společenské, tak individuální úrovni. V kontextu institucionalizované péče přináší výzvy zejména ve snaze v maximální možné míře zplnomocnit klienta a umožnit mu rozhodovat se i o trávení volného času. Kvalita života a aktivní stárnutí společně vytváří nárok i na nutnost vidět sexualitu a intimitu jako přirozené součásti života, které ale každý prožívá individuálně. Věk samotný není překážkou ve vnímání sebe sama jako sexuální bytosti, ačkoliv zájem o sexualitu ve stáří často klesá.

Etický rámec práce poskytuje přístup zaměřený na člověka, který je již v prostředí evropských i českých sociálních služeb etablován. Vznáší tak požadavek na respektování osobnosti a potřeb každého klienta a přináší do sociální práce témata empatického porozumění, akceptace a kongruence.

Zmíněn je i fenomén společenského tabu, které sexualitu ve stáří – zejména v kontextu institucionalizované péče – obestírá. Vznikají tak další bariéry, nejen ve formě strachu ze společenské ostrakizace, ale i na straně profesionálů ve zdravotní a sociální sféře, kteří se o tématu zdráhají otevřeně mluvit. Právě postoje, znalosti a kompetence pracovníků jsou významnou kategorií bariér, které se tato práce věnuje. Byly představeny i konkrétní možnosti aktivní práce se sexualitou klientů, které mohou být v organizacích implementovány jednotlivě i systematicky. V závěru

teoretické části práce byl shrnut současný stav tématu sexuality ve stáří a v institucionalizované péči v České republice.

Na základě teoretických východisek a další literární rešerše představené v teoretické části práce byl navržen evaluační nástroj pro práci se sexualitou klientů v kontextu pobytových sociálních služeb pro seniory. Hlavními dvěma zdroji pro výslednou podobu nástroje byly dotazník *SexAT* (Bauer et al., 2013), určený pro vyplnění zástupcem vedení organizace, a dotazník *Snakk om Seksualitet*, který byl skrze laskavou pomoc organizace Freya, z.s., poskytnut k užití a testování původně od norského Centre for Development of Institutional and Home Care Services. Navržený nástroj v podobě dotazníku byl pilotně testován ve dvou organizacích, z nichž jedna s tématem sexuality pracuje aktivně již šestým rokem a druhá nikoliv; výběr reflektuje snahu vystihnout dva reprezentativní příklady. Na základě odpovědí a zpětné vazby na konstrukci dotazníku byly provedeny další změny a v práci je představena výsledná podoba nástroje.

Vytvořený evaluační nástroj si klade za cíl zmapování stavu práce se sexualitou klientů a reflexi tohoto tématu perspektivou postojů, znalostí a kompetencí zaměstnanců, včetně opory v organizační struktuře a interní dokumentaci. Předpokládaným vedlejším efektem je zvýšení citlivosti pracovníků k tématu sexuality. Nabízí možnost zmapovat perspektivu jednotlivých pracovníků a poměrně rychle vyhodnotit současný stav práce se sexualitou, včetně případného prostoru pro vhodnou intervenci.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

- Alzheimer Europe. 2019. *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Alzheimer Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2019-estimating-prevalence-dementia-europe>.
- Antošová, V., M. Bédiová, N. Birčiaková, L. Kubíčková, a M. Rašticová. 2016. „Analýza kvality života seniorů v České republice“. Brno. https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Kvalita_zivota_senioru_-_finalni_verze.pdf/47641324-d8b7-56ac-2e78-b7ab3b83fb5a.
- Atkinson, Rita L., Erik Herman, Miroslav Petržela, a Dagmar Brejlová. 2003. *Psychologie*. Praha: Portál.
- Badeau, Denise. 1995. „Illness, Disability and Sex in Aging“. *Sexuality and Disability* 13 (3): 219–37. <https://doi.org/10.1007/BF02590069>.
- Bártová, Alžběta. 2019. „Aktivní stárnutí“. In *Gerontologie pro sociální práci*. Roč. 2019. Praha: Karolinum.
- Bauer, Michael, Deirdre Fetherstonhaugh, Rhonda Nay, Laura Tarzia, a Elizabeth Beattie. 2013. „Sexuality Assessment Tool (SexAT) for residential aged care facilities“. Australian Centre for Evidence Based Aged Care, La Trobe University. https://www.dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2020/01/678-dcrc_formatted_sexat_jan_10_2014.pdf.
- Bauer, Michael, Deirdre Fetherstonhaugh, Laura Tarzia, Rhonda Nay, a Elizabeth Beattie. 2014. „Supporting Residents’ Expression of Sexuality: The Initial Construction of a Sexuality Assessment Tool for Residential Aged Care Facilities“. *BMC Geriatrics* 14 (1): 82. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82>.
- Bauer, Michael, Deirdre Fetherstonhaugh, Laura Tarzia, Rhonda Nay, David Wellman, a Elizabeth Beattie. 2013. „‘I Always Look under the Bed for a Man’: Needs and Barriers to the Expression of Sexuality in Residential Aged Care: The Views of Residents with and without Dementia“. *Psychology and Sexuality* 4 (3): 296–309. <https://doi.org/10.1080/19419899.2012.713869>.
- Bauer, Michael, Linda McAuliffe, a Deirdre Fetherstonhaugh. 2016. „Older People and Sexuality in Residential Aged Care: Reconstructing Normality“. 137–58. Farnham, Surrey, UK; Burlington, VT: Ashgate.
- Bauer, Michael, Linda McAuliffe, a Rhonda Nay. 2007. „Sexuality, Health Care and the Older Person: An Overview of the Literature“. *International Journal of Older People Nursing* 2 (1): 63–68. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00051.x>.
- Bauer, Michael, Linda McAuliffe, Rhonda Nay, a Carol Chenco. 2013. „Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff“. *Educational Gerontology* 39 (2): 82–91. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.682953>.
- Bělehradová, Andrea. 2020. „Ageing and Sexualities: Interdisciplinary Perspectives“. *Sociologický časopis [online]* 56 (1): 115–18.
- Bočková, Lenka, a Petr Vojtíšek. 2017. „Potenciál starších osob a seniorů pro společnost“. In *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum.
- Bodley-Tickell, A T, B Olowokure, S Bhaduri, D J White, D Ward, J D C Ross, G Smith, H V Duggal, P Goold, a on behalf of the West Midlands STI Surveillance Project. 2008. „Trends in Sexually Transmitted Infections (Other than HIV) in Older People: Analysis of Data from an Enhanced Surveillance System“. *Sexually Transmitted Infections* 84 (4): 312–17. <https://doi.org/10.1136/sti.2007.027847>.

- Brody, Stuart. 2010. „The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities". *The Journal of Sexual Medicine* 7 (4): 1336–61. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01677.x>.
- Calkins, M., a C. Cassella. 2007. „Exploring the Cost and Value of Private Versus Shared Bedrooms in Nursing Homes". *The Gerontologist* 47 (2): 169–83. <https://doi.org/10.1093/geront/47.2.169>.
- Cook, Catherine, Vanessa Schouten, Mark Henrickson, a Sandra McDonald. 2017. „Ethics, Intimacy and Sexuality in Aged Care". *Journal of Advanced Nursing* 73 (12): 3017–27. <https://doi.org/10.1111/jan.13361>.
- Corona, Giovanni, David M. Lee, Gianni Forti, Daryl B. O'Connor, Mario Maggi, Terence W. O'Neill, Neil Pendleton, et al. 2010. „Age-Related Changes in General and Sexual Health in Middle-Aged and Older Men: Results from the European Male Ageing Study (EMAS)". *The Journal of Sexual Medicine* 7 (4): 1362–80. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01601.x>.
- Čepelka, Oldřich. 2019. „Výzkumné studie a indexy pro hodocení kvality života seniorů a aktivního stárnutí". *Demografie* 61 (2): 137–48.
- Čevela, Rostislav, Zdeněk Kalvach, a Libuše Čeledová. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada.
- ČR. 1993. *Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů*. <https://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>.
- ČR. 2006. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- ČSSZ. 2022. „Důchodci v ČR v časové řadě". https://www.cssz.cz/documents/20143/99428/duchodci_v_cr_v_casove_rade.pdf/c75ba336-7353-69a0-7595-eb4d027db7dd.
- ČSÚ. 2022a. „Pohyb obyvatelstva – rok 2021". 2022. <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-rok-2021>.
- ČSÚ. 2022b. „Senioři v ČR v datech – 2021: Shrnutí". <https://www.czso.cz/documents/10180/142141241/31003421s.pdf/cb972155-9816-4491-b52c-792a2377b627?version=1.7>.
- ČSÚ. 2022c. „Věkové složení obyvatel k 1. 1. 2021". <https://www.czso.cz/documents/10180/165591247/1300642201.pdf/306ab80e-095d-4506-ba02-f8b891dea8d8?version=1.1>.
- DeLamater, John. 2012. „Sexual Expression in Later Life: A Review and Synthesis". *The Journal of Sex Research* 49 (2–3): 125–41. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>.
- Dolan, I., A. Grombířová, D. Dolanová, a T. Šrámková. 2012. „Sexuální život seniorov žijících v sociálních zariadeniach". *Praktický lékař [online]*, č. 92 (10–12): 551–54.
- Dominguez, L.J., a M. Barbagallo. 2016. „Ageing and Sexuality". *European Geriatric Medicine* 7 (6): 512–18. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.05.013>.
- Dragomirecká, Eva. 2017. „Koncept kvality života ve stáří". In *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum.
- Edwards, Weston M., a Eli Coleman. 2004. „Defining Sexual Health: A Descriptive Overview". *Archives of Sexual Behavior* 33 (3): 189–95. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>.
- Ehrenfeld, M, G Bronner, N Tabak, R Alpert, a R Bergman. 1999. „Sexuality Among Institutionalized Elderly Patients with Dementia". *Nursing Ethics* 6 (2): 144–49.

<https://doi.org/10.1177/096973309900600207>.

EIGE. 2019. „Index rovnosti žen a mužů 2019: Česko“. Evropský institut pro rovnost žen a mužů. https://www.google.com/url?sa=t&rcet=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjh47Gj9Kj8AhVPwAIHHTDeCFIQFnoECAoQAw&url=https%3A%2F%2Ffeige.europa.eu%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2Fmh0419038csn_002.pdf&usg=AOvVaw0gvH2Am6bnQpgd_rKZ8yw.

Evropská komise. 2014. „2012 European Year for Active Ageing and Solidarity between generations – Evaluation report“. 2014. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=2129>.

Frankowski, Ann Christine, a Leanne J. Clark. 2009. „Sexuality and Intimacy in Assisted Living: Residents' Perspectives and Experiences“. *Sexuality Research and Social Policy* 6 (4): 25–37. <https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.4.25>.

Freya. 2022a. „O sexuální asistenci“. *Freya* (blog). 2022. <https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence>.

Freya. 2022b. „Systémové zavádění práce se sexualitou a vztahy v organizaci a protokol sexuality“. 2022. <https://www.freya.live/cs/nase-kurzy/kurzy-pro-organizace/75/systemove-zavadeni-prace-se-sexualitou-a>.

Freya. 2023. „Metodická podpora v tématu sexuality“. *Freya* (blog). 2023. <https://www.freya.live/cs/sluzby/metodicka-podpora-v-tematu-sexuality>.

Gewirtz-Meydan, Ateret, Trish Hafford-Letchfield, Liat Ayalon, Yael Benyamini, Violetta Biermann, Alice Coffey, Jeanne Jackson, et al. 2019. „How Do Older People Discuss Their Own Sexuality? A Systematic Review of Qualitative Research Studies“. *Culture, Health & Sexuality* 21 (3): 293–308. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1465203>.

Glanzová, Tereza. 2019. „Implementace konceptu aktivního stárnutí v domově pro seniory“. Bakalářská práce, Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/107150>.

Gott, Merryn. 2003. „Barriers to Seeking Treatment for Sexual Problems in Primary Care: A Qualitative Study with Older People“. *Family Practice* 20 (6): 690–95. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>.

Gott, Merryn. 2005. *Sexuality, Sexual Health and Ageing*. Rethinking Ageing. Maidenhead: Open University Press.

Gott, Merryn. 2006. „Sexual Health and the New Ageing“. *Age and Ageing* 35 (2): 106–7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj050>.

Gott, Merryn, a Sharron Hinchliff. 2003. „How Important Is Sex in Later Life? The Views of Older People“. *Social Science & Medicine* 56 (8): 1617–28. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00180-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00180-6).

Gunderson, Anne, John Tomkowiak, Nir Menachemi, a Robert Brooks. 2005. „Rural Physicians' Attitudes Toward the Elderly: Evidence of Ageism?“ *Quality Management in Health Care* 14 (3): 167–76. <https://doi.org/10.1097/00019514-200507000-00006>.

Hajjar, Ramzi R, a Hosam K Kamel. 2003. „Sex and the Nursing Home“. *Clinics in Geriatric Medicine* 19 (3): 575–86. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(02\)00099-X](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(02)00099-X).

Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2010. „Konstruování představ aktivního stárnutí v centrech pro seniory“. *Sociologický časopis [online]* 46 (2): 211–34.

Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2018. „Sexuality and Ageing - Places of Silence: Using Intersectional Perspectives as a Starting Point for the Study of LGBT Ageing“. *Gender a výzkum / Gender and Research* 19 (2): 55–74. <https://doi.org/10.13060/25706578.2018.19.2.426>.

- Haškovcová, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Haškovcová, Helena. 2012. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén.
- Heldtová, Karolína. 2019. „Vliv sexuální aktivity na psychické zdraví ženy“. Diplomová práce, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. <https://stag.upol.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.
- Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holden, C.A., R.I. McLachlan, R. Cumming, G. Wittert, D.J. Handelsman, D.M. de Kretser, a M. Pitts. 2005. „Sexual Activity, Fertility and Contraceptive Use in Middle-Aged and Older Men: Men in Australia, Telephone Survey (MATeS)“. *Human Reproduction* 20 (12): 3429–34. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei307>.
- Holmerová, Iva. 2022. „Aktivní stárnutí“. *FRAM: Aktivní a zdravé stárnutí* (blog). 2022. <https://framprojekt.eu/aktivni-starnuti>.
- Howes, Lewis. 2022. „Esther Perel: Use This Simple Trick to Heal & Deepen Your Relationship“. The School of Greatness.
- Chitale, Sudhanshu, Robert Collins, Sue Hull, Elizabeth Smith, a Stuart Irving. 2007. „Is the Current Practice Providing an Integrated Approach to the Management of LUTS and ED in Primary Care? An Audit and Literature Review“. *The Journal of Sexual Medicine* 4 (6): 1713–25. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00598.x>.
- Chrastina, Jan, a Radka Kurucová. 2018. „Nástroje pro posouzení sexuality / sexuálních potřeb / intimity u umírajících a nevyлéčitelně nemocných“. In *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Institut sociální práce. 2022. „Dům s pečovatelskou službou není totéž, co domov pro seniory“. *Žít doma* (blog). 2022. <https://zitdoma.cz/2021/02/15/dum-s-pecovatelskou-sluzbou-neni-totez-co-domov-pro-seniory/>.
- Koldinská, Kristina. 2021. „A zase ta feminizace – tentokrát v sociálních službách“. *Feminismus.cz* (blog). <https://www.feminismus.cz/cz/clanky/a-zase-ta-feminizace-tentokrat-v-socialnich-sluzbach>.
- Kuchařová, Věra. 2007. „Život ve stáří 2002“. Český sociálně vědní datový archiv. <https://doi.org/10.14473/VUPSV00006>.
- Lapré, Freek, Megan Davies, Jiří Horecký, Marcel Smeets, Aad Koster, Markus Mattersberger, Markus Leser, a António Gouveia. 2021. *Taboos and Prejudices in Long-Term Care*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. https://horecky.cz/wp-content/uploads/2021/09/A4-STUDIE-EAN-2021_prefinal.pdf.
- Lecnarová, Petra. 2022. „O projektu sexualniasistence.cz“. 2022. <https://www.sexualniasistence.cz/vitejte-na-nasich-strankach-sexualniasistence-cz/>.
- Lejsal, Matěj. 2017. „Aktivní stárnutí v pobytových službách – nástroje podpory řízení“. In *Sociální souvislosti aktivního stáří*, 112–27. Praha: Karolinum.
- Lemieux, Laurie, Stefanie Kaiser, Jose Pereira, a Lynn M Meadows. 2004. „Sexuality in Palliative Care: Patient Perspectives“. *Palliative Medicine* 18 (7): 630–37. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm941oa>.
- Lester, Paula E., Izchak Kohen, Richard G. Stefanacci, a Martin Feuerman. 2016. „Sex in Nursing Homes: A Survey of Nursing Home Policies Governing Resident Sexual Activity“. *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (1): 71–74. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.013>.
- Lindau, Stacy Tessler, L. Philip Schumm, Edward O. Laumann, Wendy Levinson, Colm A.

O'Muirheartaigh, a Linda J. Waite. 2007. „A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States". *New England Journal of Medicine* 357 (8): 762–74. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423>.

Mahieu, Lieslot, Bernadette Dierckx de Casterlé, Jolien Acke, Hanne Vandermarliere, Kim Van Elssen, Steffen Fieuws, a Chris Gastmans. 2016. „Nurses' Knowledge and Attitudes toward Aged Sexuality in Flemish Nursing Homes". *Nursing Ethics* 23 (6): 605–23. <https://doi.org/10.1177/0969733015580813>.

Mahieu, Lieslot, a Chris Gastmans. 2015. „Older Residents' Perspectives on Aged Sexuality in Institutionalized Elderly Care: A Systematic Literature Review". *International Journal of Nursing Studies* 52 (12): 1891–1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>.

Makimoto, Kiyoko, Hee Sun Kang, Miyae Yamakawa, a Rie Konno. 2015. „An Integrated Literature Review on Sexuality of Elderly Nursing Home Residents with Dementia: Sexuality of Elderly with Dementia". *International Journal of Nursing Practice* 21 (květen): 80–90. <https://doi.org/10.1111/ijn.12317>.

Marar, Ziyad. 2014. *Intimacy: Understanding the Subtle Power of Human Connection*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Marková, Gabriela. 2022. „Sexuální život starších osob v Česku". Diplomová práce, Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/176775>.

McAuliffe, Linda, Michael Bauer, Deirdre Fetherstonhaugh, a Carol Chenco. 2015. „Assessment of Sexual Health and Sexual Needs in Residential Aged Care: Sexual Health and Needs in Aged Care". *Australasian Journal on Ageing* 34 (3): 183–88. <https://doi.org/10.1111/ajag.12181>.

McAuliffe, Linda et al. 2016. „Education of Residential Aged Care Staff Regarding Sexuality and Sexual Health in Later Life". *Journal of Clinical Nursing* 25 (5–6): 883–85. <https://doi.org/10.1111/jocn.13179>.

Meston, Cindy M. 1997. „Aging and Sexuality". *Successful Aging* 167: 285–90.

Minichiello, Victor, David Plummer, a Deborah Loxton. 2004. „Factors Predicting Sexual Relationships in Older People: An Australian Study". *Australasian Journal on Ageing* 23 (3): 125–30. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00018.x>.

Moreira, Edson D., Dale B. Glasser, a Clive Gingell. 2005. „Sexual Activity, Sexual Dysfunction and Associated Help-Seeking Behaviours in Middle-Aged and Older Adults in Spain: A Population Survey". *World Journal of Urology* 23 (6): 422–29. <https://doi.org/10.1007/s00345-005-0035-1>.

MPSV. 2008. „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012". https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/starnuti_cz_web.pdf/4411f954-d060-881c-0ab0-22d1600948be.

MPSV. 2015. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017: aktualizovaná verze k 31.12.2014*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Odbor rodinné politiky a politiky stárnutí, Oddělení politiky stárnutí. https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/NAP_CZ_web.pdf/26116d05-2319-aa67-831e-f5a33881dcb1.

MPSV. 2020a. „Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025". Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Odbor rodinné politiky a politiky stárnutí, Oddělení politiky stárnutí. https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Strategicky_ramec_pripravy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf/99bc6a48-abcfe555-c291-1005da36d02e.

MPSV. 2020b. „Zásady OSN pro seniory". <https://www.mpsv.cz/web/cz/zasady-osn-pro-seniory>.

MPSV. 2022a. „Shrnující zpráva z výzkumu postojů sociálních služeb k LGBT+ klientele". <https://www.praguepride.cz/cs/vzdelavani-m/publikace-a-vyzkumy>.

MPSV. 2022b. „Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2021". https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2021+%282%29.pdf/5fe30df9-423b-9fa2-a5da-24e41ac3eb9a.

Mroczeck, Bożena, Donata Kurpas, Małgorzata Gronowska, Artur Kotwas, a Beata Karakiewicz. 2013. „Psychosexual Needs and Sexual Behaviors of Nursing Care Home Residents". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 57 (1): 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.02.003>.

MZ a MPSV. 2020. „Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030". Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

Novotná, Ivana. 2021. „Co je služba sexuální asistence?" *Alfabet* (blog). 2021. <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/vzdelani-a-integrace/co-je-sluzba-sexualni-asistence/>.

Novotná, Jolana. 2016. „LGBT Senjoři/rky – neviditelná menšina: Situace stárnoucích leseb, gayů, bisexuálních a trans osob v České republice a perspektivy LGBT přátelské zdravotní a sociální péče". Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s. <http://proud.cz/o-proudu/dokumenty.html>.

Nykl, Ladislav. 2004. *Pozvání do Rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal.

OECD. 1998. *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264163133-en>.

OECD. 2005. „Ageing Populations: High Time for Action". <https://www.oecd.org/employment/emp/34600619.pdf>.

OSN. 1982. „Report of the World Assembly on Ageing". <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>.

OSN. 2002. „Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing". <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>.

OSN. 2020. „World Population Ageing 2020". https://ngocoa-ny.org/newsflash-flyers/undesa_pd-2020_world_popula.pdf.

OSN. 2022. „World Population Prospects 2022: Summary of Results". United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp_2022_summary_of_results.pdf.

Pacovský, Vladimír. 1990. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum.

PCA Institut. 2022. „Carl Rogers". *PCA Institut Praha* (blog). 2022. <https://www.pca-institut.cz/cs/page/14-carl-rogers/>.

Peel, Elizabeth, a Rosie Harding, ed. 2016. *Ageing and Sexualities: Interdisciplinary Perspectives*. Farnham, Surrey, UK; Burlington, VT: Ashgate.

Perel, Esther. 2022. „Why Eroticism Should Be Part of your Self-Care Plan". *Esther Perel* (blog). 2022. <https://www.estherperel.com/blog/eroticism-self-care-plan>.

Podzimková, Aneta Anne-Marie. 2022. „(Ne)tuctové stáří: Nenormativní stárnutí v České republice". Univerzita Karlova: Fakulta humanitních studií. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/171766>.

Pörtner, Marlis. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Vyd. 1. Praha: Portál.

Quinn-Krach, Peg, a Helen Van Hoozer. 1988. „Sexuality of the Aged and the Attitudes and Knowledge of Nursing Students”. *Journal of Nursing Education* 27 (8): 359–63. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19881001-07>.

Robinson, Janice G., a Anita E. Molzahn. 2007. „Sexuality and Quality of Life”. *Journal of Gerontological Nursing* 33 (3): 19–29. <https://doi.org/10.3928/00989134-20070301-05>.

Rogers, Carl Ransom, a Jiří Krejčí. 2014. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.

Skalacka, Katarzyna, a Rafał Gerymski. 2019. „Sexual Activity and Life Satisfaction in Older Adults”. *Psychogeriatrics* 19 (3): 195–201. <https://doi.org/10.1111/psyg.12381>.

Sondøe, Peter. 1999. „Quality of Life: Three Competing Views”. *Ethical Theory and Moral Practice* 2 (1): 11–23. <https://doi.org/10.1023/A:1026404014630>.

Souza, Cinoélia Leal de, Vanda Santana Gomes, Roberta Lopes da Silva, Elaine Santos da Silva, Jaqueline Pereira Alves, Núbia Rêgo Santos, Victor Neves Reis, a Simone Aline Ferreira. 2019. „Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look”. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72 (suppl 2): 71–78. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0015>.

Souza, Edison, Diego Pires Cruz, Lais Reis Siqueira, Benedito Fernandes da Silva Filho, Gabriel Magalhães Cairo, Lucas Brito Dias Infante, a Namie Okino Sawada. 2022. „EFFECTS OF SEXUALITY ON COMMON MENTAL DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PEOPLE”. *Cogitare Enfermagem*, č. 27 (srpen): 1–13. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.86919>.

Souza, Edison Vitório de, Benedito Fernandes da Silva Filho, Vinicius Santos Barros, Átila Rodrigues Souza, Jéssica Ribeiro de Jesus Cordeiro, Lais Reis Siqueira, a Namie Okino Sawada. 2021. „Sexuality is associated with the quality of life of the elderly!” *Revista Brasileira de Enfermagem* 74 (suppl 2): e20201272. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1272>.

Steinhäuselová, Dagmar. 2022. „Rogersovská psychoterapie”. *Psychologie a psychoterapie Plzeň (blog)*. 2022. <https://www.psychologie-stein.cz/index.php/druhy-terapii/rogersovska-psychoterapie>.

Steklíková, Eliška. 2014. „Sexualita seniorů”. Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/71772>.

Stentagg, Magnus, Lisa Skär, Johan Sanmartin Berglund, a Terese Lindberg. 2021. „Cross-Sectional Study of Sexual Activity and Satisfaction Among Older Adults ≥60 Years of Age”. *Sex Med* 9 (2). <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100316>.

Stirk, Stephen, a Helen Sanderson. 2012. *Creating person-centred organisations: strategies and tools for managing change in health, social care and the voluntary sector*. London ; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Syme, Maggie L., Peter Lichtenberg, a Jennifer Moye. 2016. „Recommendations for Sexual Expression Management in Long-Term Care: A Qualitative Needs Assessment”. *Journal of Advanced Nursing* 72 (10): 2457–67. <https://doi.org/10.1111/jan.13005>.

Šídlo, Luděk, a Jana Křesťanová. 2018. „Kdo se postará? Domovy pro seniory v Česku v kontextu demografického stárnutí”. *Demografie* 60 (3): 248–65.

Šiffelová, Daniela. 2010. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada.

Tarzia, Laura, Michael Bauer, Deirdre Fetherstonhaugh, a Rhonda Nay. 2013. „Interviewing Older People in Residential Aged Care About Sexuality: Difficulties and Challenges”. *Sexuality*

and Disability 31 (4): 361–71. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9297-5>.

Tomeš, Igor, a Lenka Bočková. 2017. „Povinná a dobrovolná solidarita se stárnoucími a starými lidmi“. In *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum.

Truhlářová, Zuzana, a Dagmar Marková. 2007. „Společenské mýty o sexualitě seniorů“. *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu* (blog). 2007. <https://www.planovanirodiny.cz/sbornik-2007/47-spolecenske-myty-o-sexualite-senioru>.

Turner, George. 2020. „The Circles of Sexuality: Promoting a Strengths-based Model Within Social Work that Provides a Holistic Framework for Client Sexual Well-being“. In *Rooted in Strengths: Celebrating the Strengths Perspective in Social Work*, 305–25. Kansas: University of Kansas Libraries.

Uchôa, Yasmim da Silva, Dayara Carla Amaral da Costa, Ivan Arnaldo Pamplona da Silva Junior, Saulo de Tarso Saldanha Eremita de Silva, Wiviane Maria Torres de Matos Freitas, Soanne Chyara da Silva Soares, a Centro Universitário do Pará, Brasil. 2016. „Sexuality through the eyes of the elderly“. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 19 (6): 939–49. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>.

UNECE. 2022. „MIPAA+20: About.“ 3. listopad 2022. <https://mipaa20rome.it>.

Vaňurová, Helena, a Pavel Mühlpachr. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita.

Van Malderen, Lien, Tony Mets, a Ellen Gorus. 2013. „Interventions to Enhance the Quality of Life of Older People in Residential Long-Term Care: A Systematic Review“. *Ageing Research Reviews* 12 (1): 141–50. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007>.

Veenhoven, Ruut. 2000. „The Four Qualities of Life“. *Journal of Happiness Studies* 1 (1): 1–39. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>.

Venglářová, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada.

Vévodová, Šárka, Jiří Vévoda, a Naděžda Špatenková. 2018. „Sexualita a intimita v závěru života“. In *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Villar, Feliciano, Montserrat Celdrán, Josep Fabà, a Rodrigo Serrat. 2014. „Barriers to Sexual Expression in Residential Aged Care Facilities: Comparison of Staff and Residents' Views“. *Journal of Advanced Nursing* 70 (11): 2518–27. <https://doi.org/10.1111/jan.12398>.

Villar, Feliciano, Montserrat Celdrán, Rodrigo Serrat, Josep Fabà, a Teresa Martínez. 2018. „Staff's Reactions towards Partnered Sexual Expressions Involving People with Dementia Living in Long-Term Care Facilities“. *Journal of Advanced Nursing* 74 (5): 1189–98. <https://doi.org/10.1111/jan.13518>.

Villar, Feliciano, Rodrigo Serrat, Montserrat Celdrán, Josep Fabà, Teresa Martínez, a Jos Twisk. 2020. „I Do It My Way': Long-Term Care Staff's Perceptions of Residents' Sexual Needs and Suggestions for Improvement in Their Management“. *European Journal of Ageing* 17 (2): 197–205. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00546-6>.

Vojtíšek, Petr. 2016. „Principy financování veřejné a dobrovolné formalizované solidarity ve službách sociální péče v ČR“. Disertační práce, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/79293>.

Vosečková, Alena. 2014. „Kapitoly z psychologie stáří pro studenty sociální práce“. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/voseckova_-_kapitoly_z_psychologie_stari_pro_studenty_socialni_prace.pdf.

Walker, Alan, a Asghar Zaidi. 2021. „Strategie aktivního stárnutí v Evropě“. In *Budoucnost*

stárnutí v Evropě: Dlouhověkost jako kapitál, 31–55. Středokluky: Zdeněk Susa.

Walker, Bonnie L., a Donna Harrington. 2002. „EFFECTS OF STAFF TRAINING ON STAFF KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT SEXUALITY". *Educational Gerontology* 28 (8): 639–54. <https://doi.org/10.1080/03601270290081452>.

Ward, Richard, Antony Andreas Vass, Neeru Aggarwal, Cydonie Garfield, a Beau Cybyk. 2005. „A Kiss Is Still a Kiss?: The Construction of Sexuality in Dementia Care". *Dementia* 4 (1): 49–72. <https://doi.org/10.1177/1471301205049190>.

Waterschoot, Karien, Tineke S. M. Roelofs, Leonieke C. van Boekel, a Katrien G. Luijckx. 2022. „Care Staff's Sense-Making of Intimate and Sexual Expressions of People with Dementia in Dutch Nursing Homes". *Clinical Gerontologist* 45 (4): 833–43. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1928357>.

WHO. 2002. „Active Ageing: A Policy Framework". https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

WHO. 2010a. „Developing sexual health programmes: a framework for action". <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>.

WHO. 2010b. „Measuring Sexual Health: Conceptual and Practical Considerations and Related Indicators". WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70434>.

WHO. 2012a. *Dementia: A Public Health Priority*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>.

WHO. 2012b. „Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe 2012–2020". https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf.

WHO. 2015. *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.

WHO. 2022. „Sexual Health: Definition". *World Health Organization* (blog). 2022. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.

WHOQOL. 1996. „What Quality of Life?" *World Health Forum* 17 (4): 354–56.

PŘÍLOHA 1: PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Formulace a vstupní diskuze problému

Od začátku 20. století se zejména sociologie snaží vystihnout „cílovou funkci“ vývoje společnosti z hlediska života obyvatel. Od 90. let do současnosti se tak hovoří o kvalitě života, již WHO definovala jako „individuální vnímání vlastního postavení v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (WHAT, 1996). Vedle kvality života se současná gerontologie a sociologie s ohledem na demografický vývoj charakteristický stárnutím populace (MPSV, 2015) věnuje aktivnímu stárnutí (Čepelka, 2019), které WHO definuje jako „proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost s cílem zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí“ (WHO, 2002). Koncept aktivního stárnutí se stal dlouhodobým strategickým politickým cílem na evropské a mezinárodní úrovni (UNECE, 2019). Nejznámějším multidimenzionálním přístupem k měření jeho úrovně je index aktivního stárnutí (Active Ageing Index, AAI). Neoddiskutovatelnou součástí aktivního a zdravého stárnutí je právo navazovat intimní a sexuální vztahy a projevovat svou sexualitu (Freya, 2021), ačkoliv jej AAI explicitně nezkoumá (UNECE, 2019). Sexualita se dotýká nejen biologických a psychologických aspektů lidského zdraví, ale i sociálních a kulturních dimenzí jednotlivce a společnosti, bez ohledu na věk. Ač odborné články a výzkumy prokazují existenci sexuálních potřeb a snahu o jejich naplnění i ve starším věku, toto téma je stále zastřeno předsudky a stereotypy považujícími seniory za asexuální bytosti (Dominguez, Barbagallo, 2016). V zahraniční literatuře i praxi západních zemí je téma sexuality seniorek a seniorů stále hojnější, v českém prostředí proniká do veřejné diskuze až v posledních několika letech.

Se snahou o deinstitucionalizaci a zkvalitnění poskytované péče přichází téma sexuality i do prostředí českých pobytových sociálních služeb. Stále častěji prorůstá do odborných diskuzí a po malých krůčcích i do reality péče v některých pečujících organizacích. V současné době mnohé organizace zohledňují sexualitu uživatelů svých služeb různými způsoby, pracují s ní neformálně a nahodile v přímé péči, tvoří protokoly sexuality, zjišťují úroveň naplnění sexuálních potřeb skrze šetření spokojenosti mezi uživateli, vzdělávají personál a v různé míře komplexity práci se sexualitou uživatelů služby zavádějí. Na kvalitu sexuálního života seniorů v pobytových sociálních službách se v československém prostředí výzkumně zaměřili např. Dolan et al. (2012) či Maloň Friedlová.

Sociální služba otevřená a přátelská k sexualitě je bezpečným a zdravým prostředím, kde mohou klientky a klienti „otevřeně mluvit či jinak projevit své potřeby týkající se sexuality a personál je profesně připraven na ně reagovat a v této oblasti odborně spolupracovat“ (Freya, 2021). Výzkumy ukazují, že základní podmínkou pro nastavení klimatu směřem k sexualitě jsou postoje a chování zaměstnanců. Empatie a otevřenost však nestačí; osobní nastavení pracovníků musí být podpořeno znalostmi a kompetencemi a opřeno o organizační struktury (Feliciano et al., 2020; Mahieu et al., 2011; Roach, 2004).

V České republice se práci se sexualitou odborně věnuje zejména organizace Freya, z.s., skrze vzdělávání a registrovanou sociální službu odborného sociálního poradenství. Freya poskytuje organizacím v práci se sexualitou klientek a klientů různou míru podpory. Maximální míra podpory je poskytována v rámci poradensko-vzdělávacího programu *Systémové zavádění práce se sexualitou a vztahy a protokol sexuality* (Freya, 2022b), jenž je výsledkem tříletého projektu Systémové zavádění práce se sexualitou a vztahy v sociálních zařízeních (v letech 2019–2022 realizován s finanční podporou Evropského sociálního fondu – Operačního programu Zaměstnanost). Střední míra podpory je kombinací otevřeného vzdělávacího kurzu a konzultací v případě potřeby; nízkou míru podpory získávají organizace skrze jednotlivce, jež se účastní otevřeného vzdělávacího kurzu pro veřejnost, a poté nastavují práci se sexualitou ve svých organizacích bez další účasti Freyi.

Další organizací, která poskytuje poradenství v oblasti práce se sexualitou je Institut bazální stimulace, konkrétně skrze svůj akreditovaný vzdělávací kurz Sexuální potřeby seniorek a seniorů z ošetrovatelského aspektu (IBS, 2019). Jedním z konkrétních postupů podporujících zohlednění sexuality klientek a klientů je zřízení role intimní důvěrnice / intimního důvěrníka. Tato role slouží v organizaci jako kontaktní bod pro zaměstnance i klienty pro oblast sexuality klientů. Ve snaze o profesionalizaci role sexuálních důvěrníků poskytuje Nebuď na nule, z.s. – Unie sexuálních důvěrníků v ČR (2019) sebezkušenostní výcvik. Vedle této role existuje ještě služba sexuální asistence, výcviky v níž realizuje opět Freya (2022a).

Cíl práce

Cílem předpokládané diplomové práce je tvorba evaluačního nástroje pro práci se sexualitou seniorek a seniorů v pobytových sociálních službách v oblasti kompetencí zaměstnanců a jejich opory v organizačních strukturách. Vznikne tak soubor indikátorů stěžejních v práci se sexualitou klientů, které svou přenositelností umožňují dalším organizacím toto téma evaluovat a identifikovat tak prostor pro rozvoj.

Metodologie

Empirická část práce zkoumá různé přístupy k práci se sexualitou klientek a klientů v pobytových sociálních službách pro seniory a identifikuje soubor snadno zjistitelných indikátorů, jež jsou dostatečně vypovídající o stavu práce se sexualitou, zejména v oblasti kompetencí personálu a jejich opoře v organizačních strukturách.

Výsledný evaluační nástroj bude k dispozici pro sebehodnocení i externí hodnocení organizací v oblasti práce se sexualitou, umožní nahlédnout současný stav reflexe tohoto tématu z perspektivy postojů a kompetencí zaměstnanců, opory v organizační struktuře a interní dokumentace. Nástroj nabídne organizacím jak zmapování současné situace, tak identifikaci prostoru pro možnou intervenci s cílem zkvalitnění práce se sexualitou.

Vstupní data pro výzkum jsou poskytnuta prostřednictvím organizace Freya konkrétními zařízeními, která v různé míře se sexualitou klientek a klientů pracují.

Kvalitativní výzkum realizovaný v rámci empirické části práce bude výzkumem aplikovaným, konkrétně evaluačním. V tom jde o „hodnotové posouzení intervencí a programů na základě empirické evidence“ (Hendl, 2005, s. 39). Výzkum kombinuje formativní a sumativní evaluaci, které stanovují efektivitu realizovaných intervencí a identifikují jejich silné a slabé stránky, v závislosti na míře zavedení práce se sexualitou v organizaci.

Nezanedbatelná je zde též linka etnografického výzkumu, jenž zkoumá perspektivy členů skupin, obsahy a formy jejich myšlení, interakce a sociální praktiky. Klade si otázku, jak jedinci společně vytvářejí sociální skutečnost, a snaží se porozumět procesu, který vedl ke stávající sociální realitě. Napomůže tak porozumění postojům a chování zaměstnanců z jejich vlastní perspektivy. Data budou získávána i prostřednictvím zkoumání interních dokumentů organizace.

Výběr vzorku organizací zapojených do sběru dat bude účelový; vzorkování o maximální variaci „dokumentuje možnou varietu fenoménu, například pro dokumentaci společné konfigurace chování v celém pásmu variace“ (Hendl, 2005, s. 154). Přístup k respondentům je zprostředkován organizací Freya, která má ve své síti desítky organizací, jimž poskytuje různou míru podpory v práci se sexualitou klientů – od systematického zavádění po první náznaky zájmu o téma. Snaha o maximální variaci ve vzorku umožní nahlédnout široké spektrum způsobů zohlednění sexuality klientů.

Předpokládaná struktura práce

Prohlášení

Poděkování

Abstrakt

Obsah

Úvod

Teoretická část

- 1 Demografický vývoj
- 2 Kvalita života a koncept aktivního stárnutí
- 3 Sexualita ve stáří
- 4 Sexualita v životě s demencí
- 5 Práce se sexualitou v pobytových zařízeních sociálních služeb

Empirická část

- 1 Výzkumný problém
- 2 Metodologie výzkumu
- 3 Sběr a analýza dat
- 4 Návrh evaluačního nástroje pro práci se sexualitou
- 5 Testování evaluačního nástroje a závěrečná diskuze

Závěr

Bibliografické citace

Přílohy

Harmonogram tvorby DP

Červenec–září 2022	Studium literatury, tvorba teoretické části
Září 2022	Návrh výzkumu a předvýzkum
Říjen 2022	Sběr dat a jejich analýza, prototyp evaluačního nástroje
Listopad 2022	Testování a změny evaluačního nástroje, tvorba výzkumné zprávy
Prosinec 2022	Závěrečné kontroly a úpravy, tisk DP
6. ledna 2023	Termín odevzdání tištěné verze DP a přihlášky k SZSS
9. února 2023	Obhajoba DP

Předběžná bibliografie k tématu

- Aguilar, Rodolfo A. 2017. „Sexual Expression of Nursing Home Residents: Systematic Review of the Literature: Sexual Expression in Nursing Homes". *Journal of Nursing Scholarship* 49 (5): 470–77. <https://doi.org/10.1111/jnu.12315>.
- Bauer, Michael. 1999. „Their Only Privacy Is Between Their Sheets“. *Journal of Gerontological Nursing* 25 (8): 37–41. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990801-07>.
- Bauer, Michael, Linda McAuliffe, Rhonda Nay. 2007. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 2, 63–68.
- Čepelka, Oldřich. 2019. Výzkumné studie a indexy pro hodnocení kvality života seniorů a aktivního stárnutí. *Demografie* [cit. 2022-06-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/91917740/13005319q2_137.pdf/Off4037c-1729-49e1-a64e-a86af4bded31?version=1.0.
- DeLamater, John. 2012. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J. Sex Res* 49 (2–3), 125–141. DOI: 10.1080/00224499.2011.603168.
- Dolan, Igor, Alena Grombířová, Dana Dolanová a Taťána Šrámková. Sexuální život seniorů žijících v sociálních zariadeniach. *Praktický lékař* [online]. 2012, 92 (10–12), 551–554 [cit. 2022-01-11]. ISSN 0032-6739.
- Dominguez, Ligia J., Mario Barbagallo. 2016. Ageing and Sexuality. *European Geriatric Medicine* 7 (6): 512–18. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.05.013>.
- Ehrenfeld, Mally, Nili Tabak, Gila Bronner, Rebecca Bergman. 1997. Ethical Dilemmas Concerning Sexuality of Elderly Patients Suffering from Dementia. *International Journal of Nursing Practice* 3 (4): 255–59. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.1997.tb00110.x>.
- Freya, z.s. 2021. *Průvodce zavádění práce se sexualitou*. Dostupné z: www.box.freya.live.
- Freya. 2022a. O sexuální asistenci. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence>.
- Freya. 2022b. *Systémové zavádění práce se sexualitou a vztahy v organizaci a protokol sexuality*. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs/nase-kurzy/kurzy-pro-organizace/75/systemove-zavadeni-prace-se-sexualitou-a>.
- Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2018. Sexuality and Ageing – Places of Silence: Using Intersectional Perspectives as a Starting Point for the Study of LGBT Ageing. *Gender a výzkum / Gender and Research* 19 (2): 55–74. <https://doi.org/10.13060/25706578.2018.19.2.426>.
- IBS. 2019. *Sexuální potřeby seniorek a seniorů z ošetrovatelského aspektu*. Institut bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhlicha. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/sexualita-senioru/>.
- Mahieu, Lieslot, Chris Gastmans. 2015. Older Residents' Perspectives on Aged Sexuality in Institutionalized Elderly Care: A Systematic Literature Review. *International Journal of Nursing Studies* 52 (12): 1891–1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>.

Mahieu, Lieslot, Kim Van Elssen, Chris Gastmans. 2011. Nurses' Perceptions of Sexuality in Institutionalized Elderly: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies* 48 (9): 1140–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013>.

MPSV. 2015. Politika přípravy na stárnutí v České republice. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Politika_pripravy_na_starnuti_v_CR.pdf/c4ba3054-bd5f-42c3-9805-1da55b4f91a8

Nebud' na nule, z. s. 2019. *Sebezkušenostní výcvik*. Dostupné z: <https://www.nebudnanule.cz/sebezkusenostni-vycvik/>.

Roach, Sally M. 2004. Sexual Behaviour of Nursing Home Residents: Staff Perceptions and Responses. *Journal of Advanced Nursing* 48 (4): 371–79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x>.

Steklíková, Eliška. *Sexualita seniorů*. Diplomová práce (Mgr.), Univerzita Karlova. Filozofická fakulta, 2014.

UNECE. 2019. *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/active_ageing_index_trends_2008-2016_web_with_cover.pdf

Villar, Feliciano, Rodrigo Serrat, Montserrat Celdrán, Josep Fabà, Teresa Martínez, Jos Twisk. 2020. 'I Do It My Way': Long-Term Care Staff's Perceptions of Residents' Sexual Needs and Suggestions for Improvement in Their Management. *European Journal of Ageing* 17 (2): 197–205. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00546-6>.

Walker, Bonnie L., Nancy J. Osgood, James P. Richardson, a Paul H. Ephross. 1998. Staff and Elderly Knowledge and Attitudes toward Elderly Sexuality. *Educational Gerontology* 24 (5): 471–89. <https://doi.org/10.1080/0360127980240504>.

Weiss, P., Zvěřina, J. (2001). *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál.

WHAT. 1996. *The WHOQOL Group: What quality of life?* World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum 17, s. 354–356.

WHO. 2002. *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

WHO, 2006. *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002, Geneva*. World Health Organization, Geneva. Dostupné z: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

PŘÍLOHA 2: EVALUAČNÍ NÁSTROJ PRO PRÁCI SE SEXUALITOU

V rukou držíte evaluační nástroj, jehož cílem je zmapování stavu práce se sexualitou klientek*klientů a reflexe tohoto tématu perspektivou postojů, znalostí a kompetencí zaměstnankyň*zaměstnanců, včetně opory v organizační struktuře a interní dokumentaci.

Nástroj je určen pro **zařízení pobytových sociálních služeb pro seniory** a slouží jak pro sebehodnocení, tak pro hodnocení externí organizací. Managementu mapované organizace umožňuje zjistit, jak zaměstnankyně*zaměstnanci vnímají téma sexuality klientek*klientů. Mapuje jejich postoje, vnímání otevřenosti diskuze ve vztahu s klientkami*klienty, ostatním personálem i vedením, ověřuje jejich povědomí o související interní dokumentaci a pracovních rolích. Možným vedlejším efektem je zvýšení citlivosti pracovníků k tématu sexuality.

Doporučeno je **mapování stavu před jakýmkoliv intervencemi** v oblasti práce se sexualitou a jejich další průběžné vyhodnocování. Doporučená frekvence mapování je **jednou za tři až šest měsíců** v případě aktivní práce s tématem (školení personálu, tvorba metodik, změny rolí); **respektive jednou za šest až dvanáct měsíců**, pokud už nedochází k velkým organizačním změnám v souvislosti se sexualitou. Mezi preferované respondenty patří zejména **lidé v přímé péči**, potažmo **lidé ve vedení organizace**. Šetření by mělo pokrýt **alespoň 70 %** takových pracovníků a pracovníků. Respondentům distribuujte následující tři strany s jednotlivými tvrzeními a otázkami. Na poslední straně naleznete instrukce k vyhodnocení.

Nástroj ve formě dotazníku vznikl v rámci diplomové práce Martiny Frühbauerové pod názvem *Evaluační nástroj pro práci se sexualitou klientek a klientů v pobytových sociálních službách pro seniory* v rámci oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy. Výsledná podoba je inspirována zejména nástrojem *Snakk om Seksualitet* norského Centra pro rozvoj služeb institucionalizované a domácí péče (USHT), zprostředkovaného a doporučeného organizací Freya, z.s., a validizovaným nástrojem *Sexuality Assessment Tool*. Nástroj v současné době není validizován, může ale sloužit i jako první krok pro práci s tématem sexuality.

Já jako člověk

(Označte vždy jednu odpověď na řádku. Pokud si nejste jisti, vyberte tu, která je nejbližší vašemu názoru.)

1.	O sexualitě a sexuálním zdraví obecně nemám žádné znalosti <input type="checkbox"/>	O sexualitě a sexuálním zdraví nějaké znalosti mám, ale žádné školení jsem neabsolvoval*a <input type="checkbox"/>	Absolvoval*a jsem školení týkající se sexuality a sexuálního zdraví <input type="checkbox"/>	V oblasti sexuality a sexuálního zdraví jsem absolvoval*a další vzdělávání <input type="checkbox"/>
2.	O sexualitě a sexuálním zdraví klientek*klientů raději vůbec nemluví <input type="checkbox"/>	Z mého pohledu je těžké mluvit o sexualitě a sexuálním zdraví klientek*klientů <input type="checkbox"/>	V bezpečném prostředí dovedu mluvit o sexualitě a sexuálním zdraví klientek*klientů <input type="checkbox"/>	Nemám žádný problém mluvit o sexualitě a sexuálním zdraví klientek*klientů <input type="checkbox"/>
3.	Z mého pohledu je náročné rozlišovat mezi mými vlastními postoji k sexualitě a mým přístupem k sexualitě z pozice pracovnice*pracovníka <input type="checkbox"/>	Moje vlastní postoje k sexualitě občas ovlivňují můj přístup k sexualitě z pozice pracovnice*pracovníka <input type="checkbox"/>	Jsem si vědoma toho, jak moje vlastní postoje k sexualitě mohou ovlivnit můj přístup k sexualitě z pozice pracovnice*pracovníka <input type="checkbox"/>	Moje vlastní postoje k sexualitě nikdy nemají vliv na můj přístup k sexualitě z pozice pracovnice*pracovníka <input type="checkbox"/>
4.	Se svými klientkami*klienty o sexualitě a sexuálním zdraví nikdy nemluví <input type="checkbox"/>	O sexualitě a sexuálním zdraví mluvím pouze tehdy, pokud se mě klient*ka zeptá <input type="checkbox"/>	Se svými klientkami*klienty občas o sexualitě a sexuálním zdraví mluvím <input type="checkbox"/>	O sexualitě a sexuálním zdraví mluvím se všemi svými klientkami*klienty pokaždé, když je to přirozené <input type="checkbox"/>
5.	S vedoucí*m jsem o sexualitě a sexuálním zdraví klientů nikdy nediskutoval*a <input type="checkbox"/>	Ohledně sexuality a sexuálního zdraví cítím ze strany svého vedení pouze malou podporu <input type="checkbox"/>	Nemám problém mluvit s vedoucí*m o sexualitě a sexuálním zdraví klientek*klientů <input type="checkbox"/>	Moje*můj vedoucí se mě pravidelně dotazuje, jak podporuji sexualitu a sexuální zdraví svých klientek*klientů <input type="checkbox"/>

Moje pracovní pozice / organizace

6. —	<p>O sexualitě a sexuálním zdraví klientek*clientů nikdy nemluvíme</p> <input type="checkbox"/>	<p>O sexuálním zdraví klientek*clientů mluvíme jen zřídka</p> <input type="checkbox"/>	<p>O sexuálním zdraví klientek*clientů mluvíme na některých schůzkách</p> <input type="checkbox"/>	<p>Pravidelně diskutujeme o možnostech a problematických skutečnostech souvisejících se sexualitou klientek*clientů</p> <input type="checkbox"/>
7. —	<p>Na sexualitu klientek*clientů je nahlíženo jako na něco negativního</p> <input type="checkbox"/>	<p>Sexualita klientek*clientů je něco, co je třeba omezit</p> <input type="checkbox"/>	<p>Sexualita klientek*clientů je něco, o čem mluvíme jen v nutných případech</p> <input type="checkbox"/>	<p>Máme otevřený přístup k sexualitě klientek*clientů</p> <input type="checkbox"/>
8. —	<p>Otázky klientek*clientů ohledně sexuality vyvolávají negativní reakce</p> <input type="checkbox"/>	<p>Otázky klientek*clientů ohledně sexuality zůstávají bez odpovědi</p> <input type="checkbox"/>	<p>To, jak jsou otázky klientek*clientů ohledně sexuality přijímány, závisí na tom, kdo je zrovna v práci</p> <input type="checkbox"/>	<p>Otázky klientek*clientů ohledně sexuality jsou přijímány dobře a s respektem</p> <input type="checkbox"/>
9. —	<p>Vedení se k sexualitě klientek*clientů staví negativně</p> <input type="checkbox"/>	<p>Vedení se sexualitě jako tématu vyhýbá</p> <input type="checkbox"/>	<p>Vedení se sexualitě jako tématu věnuje na některých schůzkách</p> <input type="checkbox"/>	<p>V oblasti sexuálního zdraví vyžaduje vedení iniciativu a nasazení</p> <input type="checkbox"/>
10. —	<p>Klientkám*clientům nejsou poskytována žádná školení na téma sexuality</p> <input type="checkbox"/>	<p>Klientky*clienti se mohou organizace / zaměstnankyň*zaměstnanců dotazovat na skutečnosti spojené se sexualitou</p> <input type="checkbox"/>	<p>Organizace poskytuje klientkám*clientům poradenství v oblasti sexuality</p> <input type="checkbox"/>	<p>Klientky*clienti se účastní školení na téma sexualita</p> <input type="checkbox"/>

11.	Nemáme možnost přijímat opatření týkající se sexuálního zdraví klientek*klientů <input type="checkbox"/>	Můžeme přijímat opatření týkající se sexuálního zdraví, ale pro naše klientky*klienty žádná opatření nemáme <input type="checkbox"/>	Pro některé z našich klientek*klientů jsme přijali opatření týkající se sexuálního zdraví <input type="checkbox"/>	Všichni naši klienti i klientky mají přijatá opatření týkající se sexuálního zdraví, nebo právě zvažujeme potřebu jejich přijetí <input type="checkbox"/>
12.	Nemáme nastavené kontrolní mechanismy pro případ podezření ze sexuálního násilí <input type="checkbox"/>	Naše kontrolní mechanismy pro případ podezření ze sexuálního násilí jsou nedostatečné <input type="checkbox"/>	Máme nastavené mechanismy pro případ podezření ze sexuálního násilí, ale moc se o nich neví <input type="checkbox"/>	Máme nastavené všeobecně známé kontrolní mechanismy pro případ podezření ze sexuálního násilí <input type="checkbox"/>

	ano	ne	nevím
13. Za oblast sexuality je zodpovědný jedna*jeden nebo více pracovníků*pracovníků (např. role koordinátora pro sexualitu, intimního důvěrníka nebo pracovní skupina pro sexualitu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. V oblasti sexuality má naše organizace vlastní odborné směrnice, metodiku nebo pravidla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sexualita je součástí komplexní péče a podléhá vypracování plánů a opatření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Jak dlouho působíte v této organizaci?

17. Na jaké pozici působíte?

18. Jak dlouho se profesně pohybujete v prostředí pobytových sociálních služeb pro seniory?

INSTRUKCE PRO VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

U otázek 1–12 je v levé části prostor pro zaznamenání bodového skóre, které vyplňte dle odpovědí následujícím způsobem.

0 b.	1 b.	2 b.	3 b.
------	------	------	------

Za odpovědi k tvrzením v otázkách 13–16 se počítá 1 bod v případě odpovědi „ano“; za odpovědi „ne“ a „nevím“ se počítá 0 bodů.

Následující otázky na pracovní pozici a délku praxe slouží pro vaši orientaci v tom, jak je téma sexuality reflektováno ve vztahu k těmto ukazatelům.

Body za jednotlivé části (dle čísel otázek i stran) sečtete a vyplňte do tabulky níže. Hodnoty uvedené v části vyhodnocení poskytují rychlou zpětnou vazbu na odpovědi každého respondenta a jsou i vodítkem pro vyhodnocení průměrných počtů bodů v rámci celé organizace, v jednotlivých týmech i dle pracovních pozic.

Průměr dosažených bodů v rozsahu označeném zeleně indikuje dobrý stav práce se sexualitou; naopak body v rozsahu červeném a potažmo žlutém označují prostor pro možné intervence a další práci s tématem sexuality v organizaci.

Název části dotazníku	Součet bodů	Vyhodnocení		
Já jako člověk 1–5		0–4	5–9	10–15
Moje pracovní pozice / organizace 6–10		0–4	5–9	10–15
Opora v organizaci 11–15		0–2	3–5	6–9