

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Program řízení a supervize  
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Martina Frühbauerová

SEXUALITA KLIENTEK A KLIENTŮ V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

PRO SENIORY PERSPEKTIVOU PERSONÁLU

---

*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 5. 5. 2023

---

Bc. Martina Frühbauerová

## Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat zejména vedoucímu této diplomové práce, Mgr. Ing. Matěji Lejsalovi, za trpělivý přístup, vstřícnost, vždy otevřené dveře pro přínosné konzultace – a to i v druhém pokusu. Děkuji také respondentkám ve výzkumu, za ochotnou účast na rozhovorech i sdílení inspirativního přístupu k vlastní práci.

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

Tématem diplomové práce je intimita a sexualita klientek a klientů pobytových sociálních služeb pro seniory. Teoretickými východisky práce jsou koncepty kvality života a aktivního stárnutí a etický rámec jí poskytuje přístup zaměřený na člověka. Sexualita je představena jako jeden ze stěžejních aspektů bytí člověkem, je rozvíjeno široké množství jejích významů a argumentována její nadčasovost vůči věku člověka.

Ač zůstává intimita a sexualita ve stáří společenským tabu, personál nejen pobytových sociálních služeb pro seniory je s ní ve své práci často konfrontován. Cílem práce je skrze interpretativní fenomenologickou analýzu popsat vnímání intimity a sexuality klientek a klientů daných služeb perspektivou personálu v přímé péči.

Klíčová slova: aktivní stárnutí, interpretativní fenomenologická analýza, kvalita života, pobytové sociální služby, přístup zaměřený na člověka, sexualita seniorů

## ABSTRACT

The topic of the thesis is intimacy and sexuality among clients of residential aged care. The theoretical framework of the thesis is based on the concepts of Quality of Life and Active Aging, and a Person-Centered Approach provides the ethical framework. Sexuality is presented as one of the key aspects of being human, and a wide range of its meanings are explored, arguing for its timeless relevance regardless of a person's age.

Although intimacy and sexuality in old age remain a societal taboo, staff in residential aged care are frequently confronted with them in their work. The aim of the thesis is to describe the perception of intimacy and sexuality among the clients of these services from the perspective of the staff, using interpretative phenomenological analysis (IPA).

Key words: Active Ageing, interpretative phenomenological analysis, Person-Centered Approach, Quality of Life, residential aged care, sexuality of the elderly

## OBSAH

Úvod.....	4
I Teoretická část .....	6
1 Demografický vývoj.....	6
1.1 Vymezení stáří a stárnutí.....	8
2 Kvalita života a koncept aktivního stárnutí .....	10
2.1 Koncept kvality života .....	10
2.2 Koncept aktivního stárnutí .....	13
2.3 Limity konceptu aktivního stárnutí.....	15
3 Přístup zaměřený na člověka.....	18
4 Intimita a sexualita ve stáří.....	23
4.1 Sexualita, sexuální zdraví a intimita .....	23
4.2 Sexualita a stárnutí .....	27
4.3 Společenský pohled na sexualitu ve stáří a jeho implikace.....	31
4.4 Sexualita a kvalita života .....	33
5 Práce se sexualitou v pobytových zařízeních sociálních služeb .....	35
5.1 Vymezení cílové skupiny a základních pojmů.....	36
5.2 Sexualita v kontextu dlouhodobé péče o seniory .....	37
5.3 Specifické skupiny klientů.....	39
5.4 Bariéry sexuality specifické pro pobytové sociální služby pro seniory .....	41
5.5 Role personálu v práci se sexualitou klientů.....	42
5.6 Možnosti práce se sexualitou klientů.....	43
5.7 Současná situace v sociálních službách pro seniory v ČR .....	50
II Empirická část.....	52
1 Výběr zaměření výzkumu .....	52
2 Cíl výzkumu.....	53
3 Metodologie výzkumu.....	54
3.1 Reflexe pozice výzkumnice .....	55
3.2 Etika výzkumu .....	55
4 Tvorba a analýza dat .....	56
4.1 Příprava a realizace rozhovorů.....	57
4.2 Výzkumný vzorek a charakteristika informantů.....	58
4.3 Analýza dat .....	59
5 Prezentace výzkumných zjištění .....	62
5.1 Já a sexualita .....	63
5.2 Personál, klienti a sexualita .....	68
5.3 Další aktéři.....	72
5.4 Faktory vlivu na prostředí vstřícné k sexualitě .....	74
6 Interpretace výsledků.....	78
6.1 Teoretická východiska práce .....	78
6.2 Shrnutí výsledků výzkumu a jejich interpretace.....	79
7 Závěrečná diskuze.....	82
Závěr.....	83
Bibliografické citace.....	85
Příloha 1: Projekt diplomové práce .....	93

## ÚVOD

Tato diplomová práce se vypořádá s tématem sexuality seniorů v prostředí institucionální péče. Zaměřuje se na perspektivu pracovníků, kteří působí v pobytových sociálních službách pro seniory. Hlavním cílem této práce je popsat vnímání tématu intimity a sexuality ze strany personálu v přímé péči v pobytových sociálních službách. Výzkum se nesoustředí na výčet a popis konkrétních situací, kdy se personál setkal s těmito tématy. Namísto toho je jeho cílem popsat, jak personál vnímá a prožívá téma intimity a sexuality a jaké mu přisuzuje významy. Výsledky této práce by tedy mohly ilustrovat, jak se téma intimity a sexuality klientů objevuje v pobytových sociálních službách pro seniory v České republice.

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.

**Empirická část diplomové práce** představuje hlavní změnu oproti původně předkládané verzi. Jejím cílem byla původně tvorba evaluačního nástroje pro práci se sexualitou, která předpokládala kvantitativní přístup ke vstupu do terénu. Snaha o tvorbu jednoznačných indikátorů pro práci se sexualitou se pro takto citlivě a složitě uchopitelné téma ukázala jako ukvapená a nevhodná, a proto ani cíl práce nebyl naplněn. Nový výzkum přistupuje k tématu poněkud „jemněji“ – staví na kvalitativním přístupu a pomocí interpretativní fenomenologické analýzy se snaží o porozumění zkušenosti personálu v přímé péči s fenoménem intimity a sexuality seniorů. V rámci výzkumného šetření bylo realizováno pět rozhovorů. Empirická část práce ve svých prvních kapitolách představuje rámec a cíl výzkumu, včetně výzkumných otázek. V kapitole věnované metodologii jsou uvedeny základní metodologické postupy sběru a analýzy dat, reflektována vlastní pozice výzkumnice a pojmenovány aspekty etiky výzkumu. Následuje kapitola, v níž jsou prezentována zjištění výzkumného šetření v několika hlavních tématech. Kapitola věnující se interpretaci výsledků se poté vrací na začátek – a porovnává zjištění výzkumu s teoretickými východisky práce a informacemi uvedenými v literárních zdrojích a dalších výzkumech. Závěrečná diskuze shrnuje limity výzkumu a nastiňuje možné využití v praxi.

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 **zvýšující 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 stáří dožívá a dožívat bude, zároveň se stáří 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, 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 šířeji. 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 environmentální) 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 mládím a stářím 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 nepřeje, 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.

ČSÚ upozorňuje na rizika, jimž jsou senioři vystaveni – častější nemocnost a úrazy, větší ohroženost chudobou a vyšší pravděpodobnost, že se stanou oběťmi trestného činu. 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 měřítko. 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.

Vaďurová 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 zvětšením – 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 (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 onemocnění 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).

### 2.3 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 projevat 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 činnostem, 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 nereflektování 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. Návrh akčního plánu 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 projevovat 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 psychoterapeutické praxe a již Rogers si uvědomoval, že PCA může mít přesah i mimo sféru psychoterapie. Věnoval se výzkumu aplikace přístupu ve školství a v politice i působení směru v běžných lidských vztazích (Nykl, 2004).

Základní hypotéza PCA jako psychoterapeutického směru předpokládá, že jedinci disponují ve svém nitru kapacitami sebe porozumění, 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 psychoterapie, 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 psychoterapie. Právě v takových situacích se minimálně znalosti terapeutických 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 poskytne její koncepce etický a hodnotový rámec práce se sexualitou klientů.

Pracovat se zaměřením na člověka neznámá hledět na člověka jako na samostatnou jednotku bez ohledu na jeho prostředí. Neznámá 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 citlivě 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 nezřídka 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 nemohoucnosti. 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 přizívuje 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 nepocituje 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 zaměřuje 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 nejnepříjemnějších 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:

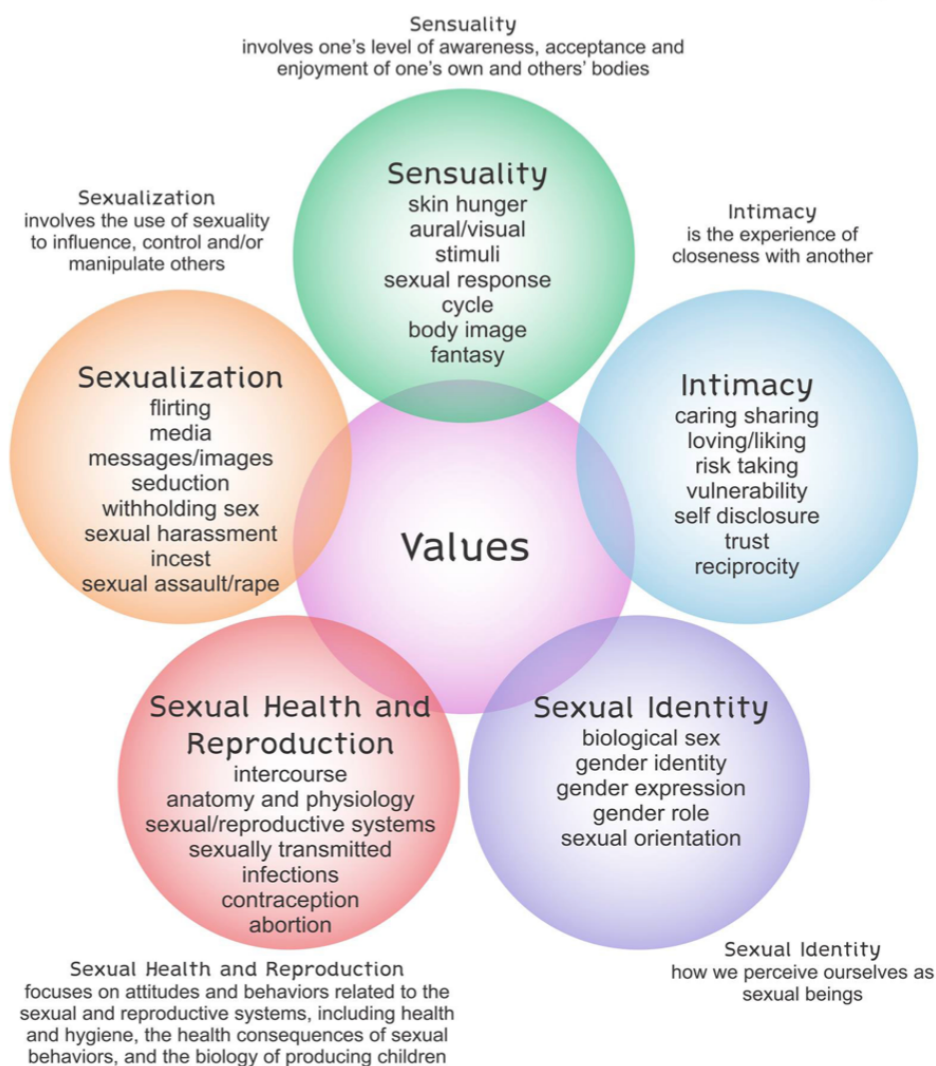
1. Vzájemnost vedoucí k uznání, přijetí a vnímání toho druhého.
2. Výlučnost a tajemství, které naznačují, že je zmíněná vzájemnost exkluzivní jen dvěma zúčastněným a ostatnímu světu zůstává jejich zranitelnost a potřeba důvěry skryta.

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 jednotlivce 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 biologie reprodukce.



Obrázek 1: 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 vystávají 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 asexualitě 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 množstvím a rozsahem 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 zdravotníků 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 (Skałacka 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 přibývajícemi 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 asexualit 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 upozadováno 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 nezřídka 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 asexuality 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 být 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 intimity 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 (Skalacka 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 neznamená 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. Senieorem 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 ní 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) do této diplomové práce patří 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).

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

V diplomové práci jsou uvedeny různé pojmy – pobytové sociální služby, zařízení institucionální, rezidenční či dlouhodobé péče. Hlavní zaměření 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 věnujícím 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 pečovatelská a ošetřovatelská. 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 lidi 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.

### 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 téma 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.

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 sebedojetí 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.

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). Vyplývá 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 diskusi, 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 kontraproduktivě. 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 jakékoli 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 Opora ve standardech, metodikách a opatřeních

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 prameních 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 Kuručová, 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 sebezkušnostní 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 VÝBĚR ZAMĚŘENÍ VÝZKUMU

Původní záměr tvorby evaluačního nástroje pro práci se sexualitou v nové verzi opouštím, neb se kvantitativní přístup ukázal býti pro vstup do českého prostředí sociálních služeb s takto citlivým tématem nerelevantní až ukvapený. Nově formulovaný cíl se zaměřuje na porozumění zkušenosti personálu v přímé péči s tématem intimity a sexuality. Práce tak může přispět k rozšíření poznání toho, jak se téma v prostředí českých sociálních služeb pro seniory projevuje a jak jej personál reflektuje.

Kvalitativní přístup ke vstupu do terénu a výzkumnému šetření má potenciál vykreslit vnímanou realitu každodenní péče o klienty ve vztahu k jejich sexualitě. Rámec celému výzkumu poskytuje interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA), jejímž výzkumným fokusem je porozumění tomu, jak člověk utváří význam své žité zkušenosti v konkrétním kontextu. Zkoumaným fenoménem bude v tomto případě intimita a sexualita klientů pobytových sociálních služeb pro seniory, v nichž daný personál působí. Rozšíření zkoumaného fenoménu na intimitu (a nejen sexualitu) seniorů je záměrné, aby hned v rámování výzkumu nedocházelo k redukci tématu na pohlavní styk. Jak bylo totiž argumentováno v teoretické části práce, definice sexuality je na heterosexuální pohlavní styk často zužována. Gewirtz-Meydan et al. (2019) dokonce hovoří o hegemonii penetrativního styku. Výzkumy prezentované v teoretické části práce se právě na pohlavní styk a jiné sexuální aktivity zaměřují, protože je snadné je kvantifikovat. Redukce na penetrativní styk však implicitně z účasti na takových sexuálních aktivitách vylučuje muže s erektilní dysfunkcí, která je ale se zvyšujícím se věkem mnohem častějším zdravotním problémem (Mulhall et al., 2016). Spolu s dalšími komplikacemi, které vyšší věk zpravidla přináší, je tak zřejmé, že frekvence účasti na pohlavním styku s věkem klesá. Intimita a sexualita má ale spoustu dalších významů a forem, dá se tedy hovořit o tom, že sexualita s rostoucím věkem člověka nemizí, jen se proměňují její projevy a možnosti jejich realizace.

Specifikem výzkumu je zároveň 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. Kombinace společenské tabuizace a častá redukce sexuality na pohlavní styk mě vedla k rozšíření zkoumaného fenoménu právě na intimitu a sexualitu. Předpokládám totiž, že ačkoliv jde ve společnosti o tabuizované téma, personál v přímé péči se s ním setkává poměrně často, a tak je nucen na základě těchto zkušeností své porozumění fenoménu utvářet. Záměrem výzkumu je proto tuto zkušenost popsat a zprostředkovat ostatním.

## 2 CÍL VÝZKUMU

Cílem předpokládané diplomové práce je popsat vnímání tématu intimity a sexuality klientek a klientů perspektivou personálu v přímé péči v pobytových sociálních službách.

Jádro empirické části práce spočívá ve snaze porozumět zkušenostem personálu v přímé péči s tématem intimity a sexuality klientek a klientů. Záměrem empirické části není podat výčet a popis konkrétních situací, kdy se personál setkal s tématem sexuality. Naopak, část si klade za cíl popsat, jak dané téma personál vnímá a prožívá a jaké významy mu přisuzuje. Výsledné zpracování tak bude odrážet to, jak se téma intimity a sexuality klientek a klientů objevuje v českých pobytových službách pro seniory.

Hlavní výzkumná otázka je v souladu s interpretativní fenomenologickou analýzou formulována otevřeně a zaměřena na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu (Kostínková a Čermák 2013):

*Jaká je zkušenost personálu v přímé péči s tématem intimity a sexuality klientek a klientů v pobytových sociálních službách pro seniory?*

Vedlejší výzkumné otázky se zaměřují na další aspekty práce se sexualitou a konstruování významu fenoménu intimity a sexuality, vedle toho i na práci se sexualitou.

*Jak personál intimitu a sexualitu ve stáří vnímá, jak jí rozumí?*

*Co personálu pomáhá situace spojené s intimitou a sexualitou klientů dobře zvládnout?*

*Jak může organizace svoje zaměstnance v práci se sexualitou klientů podpořit?*

### 3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Cílem kvalitativního výzkumu je získat podrobné informace o zkoumaném jevu, odhalit jejich významy a na tomto základě mu porozumět. Výzkumník nezjišťuje předem relevantní proměnné, ale dotazovaní sami určují, co považují za relevantní. Kvalitativní výzkum pracuje se slovy a hlavně využívá rozhovory s otevřenými otázkami, analýzu dokumentů a pozorování, aby porozuměl, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. Výzkumník se jako profesionální cizinec snaží zjistit nejen, co se děje, ale také proč. Logika výzkumu je induktivní (od specifického k obecnému) a proces má spíše cyklický charakter. Kvalitativní výzkumníci považují za rozhodující tu realitu, která je konstruována zkoumanými jedinci, a výzkumník a sledované osoby jsou ve vzájemné interakci. Výzkumník se snaží zmenšit odstup od lidí na nejnížší možnou míru. V kvalitativním výzkumu jazyk není formální, je osobní a často založen na definicích, které zkoumaní lidé vytvářejí sami (Švaříček a Šedřová, 2007; Hendl, 2005).

Rámec pro empirickou část práce poskytne interpretativní fenomenologická analýza, která umožňuje detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své žité zkušenosti – a skrze to pak porozumět vymezenému fenoménu (Smith, Flowers a Larkin 2022). Interpretativní fenomenologická analýza je přístup k výzkumu, který se zaměřuje na interpretaci subjektivních zkušeností lidí a jejich vnímání světa kolem nich. Cílem tohoto přístupu je odhalit význam a významové souvislosti za těmito zkušenostmi a poskytnout podrobný popis tématu výzkumu. V kontextu této diplomové práce umožňuje IPA porozumění tomu, jak pracovníci v přímé péči vnímají sexuální potřeby svých klientů a jak se s nimi vypořádávají v rámci své práce.

IPA se v praxi výzkumu skládá z několika kroků, jako je získání kvalitativních dat v tomto případě prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, následované systematickým kódováním a analýzou těchto dat. V této analýze se zaměřujeme na opakované vzorce a klíčové momenty v příbězích respondentů, a snažíme se porozumět tomu, jaké významy a soudy jsou v těchto příbězích obsaženy. Výsledky nejsou založeny na statistické analýze velkých datových souborů, ale na kvalitativním rozboru menšího počtu příběhů. Tyto příběhy však mohou být velmi bohaté na detaily a díky tomu poskytovat hlubší porozumění zkušenostem lidí (Kostínková a Čermák, 2013).

Fenoménem budou v tomto případě intimita a sexualita klientek a klientů zmíněných služeb. Rozšíření záběru ze sexuality i na intimitu by mělo umožnit reflexi většího množství témat, zkušeností a situací, které by někteří respondenti do pojmu „sexualita“ nemuseli nutně zařadit. Na redukci tématu sexuality na pouhé projevy sexuálního chování upozorňují mj. i Gewirtz-Meydan et al. (2019) a setkala jsem se s ním i v původním výzkumu pro diplomovou práci, když jsem oslovovala potenciální respondenty.



### 3.1 Reflexe pozice výzkumnice

Pro úspěšnou realizaci jakéhokoliv výzkumu – a zvláště toho konstruovaného skrze IPA – je nezbytné reflektovat vlastní výzkumnickou pozici. Dle doporučeného postupu Kostínkové a Čermáka (2013) jde dokonce o nultý krok v práci s daty. Pro reflexi vlastní pozice jsem zvolila dvě hlavní metody.

První krok, který jsem učinila k reflexi vlastní výzkumnické pozice, spočíval v tom, že jsem si sama odpověděla na otázky připravené pro rozhovory s informantkami. Vedla jsem tak rozhovor o připravených okruzích témat sama se sebou a zapisovala si z něj klíčové myšlenky a pojmy. Druhý krok byl spíše průběžný – před každým rozhovorem jsem si sama pro sebe vyhradila dostatek času na to, abych identifikovala a pojmenovala očekávání, předpoklady a předsudky, s nimiž jsem k tématu a rozhovoru přistupovala. Opět jsem si z nich zapisovala klíčové postřehy. Z těchto průběžných poznámek jsem později identifikovala potenciální riziko. Mým opakujícím se předpokladem totiž bylo, že je sexualita pro personál běžným tématem, které patří k pečovatelské či ošetrovatelské praxi. Očekávala jsem proto, že bude pro informantky poměrně snadné o tématu bez ostychu mluvit, protože nebudou svazovány společenskou tabuizací tématu, která by budila stud. K tomu se navíc váže to, že ani pro mě téma intimity a sexuality není spojeno s ostychem a nejistotou a dovedu o něm otevřeně mluvit. To může být výhodou, nemělo by se mi ale v rozhovorech stát, že vlivem takových očekávání otevřu téma příliš necitlivě nebo rychle. Na základě této reflexe jsem si proto dala záležet na tom, abych téma sexuality komunikovala dostatečně citlivě a opatrně. Nechávala jsem informantkám dostatek prostoru pro určení jejich vlastního tempa rozhovoru a zrcadlila jsem jimi použitá slova a pojmenování. Sledovala jsem průběžně jejich reakce, abych včas zachytila projevy nekomfortu nebo studu a mohla případně téma upravit či změnit.

Jedním z doporučených postupů v IPA je provedení výzkumného šetření před tím, než si výzkumník detailně nastuduje relevantní literaturu k tématu, která by mohla ovlivnit jeho porozumění tématu a přinést další významy propisující se do interpretace. Toto doporučení se mi bohužel nepodařilo naplnit, neb v aktuální výzkumu nutně navazuji na již zpracovanou literární rešerši, kterou jsem provedla pro první předkládanou diplomovou práci. Svě teoretické znalosti z literatury jsem tak nemohla zcela odmyslet a zapomenout, zkoušela jsem je proto alespoň reflektovat, aby mi nebránily v tom, jak vnímám významy pojmenovávané informantkami. Zároveň je pro mou výzkumnickou pozici charakteristická absence pracovních zkušeností z přímé péče o seniory v pobytových sociálních službách. Dosud jsem na relevantních pozicích v institucionalizované péči nepůsobila. Během rozhovorů se to nakonec ukázalo býti částečně i výhodou – neznala jsem některé zvyklosti, pojmenování či další kontext, a tak jsem se na něj dále doptávala. Takové otázky nás zavedly k vysvětlení kontextu, které v mnoha případech přineslo další relevantní data. Vžila jsem se tak do role „profesionálního cizince“, který prozkoumává prostředí, které mu není vlastní, a snaží se porozumět myšlenkovým světům osob v něm (Disman, 2011).

### 3.2 Etika výzkumu

V rámci přípravy a realizace výzkumu jsem pracovala s několika tématy týkajícími se etiky výzkumu a práce výzkumnice. Jak již bylo zmíněno výše, výzkum pracoval s citlivým tématem, které může být vnímáno i jako kontroverzní. Shrnu nejprve typičtější výzkumná etická témata a poté se zde zaměřím na ta specifická.

První z etických otázek, které byly na stole, bylo téma informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu a zachování anonymity účastnic a důvěrnosti poskytnutých informací. Při příležitosti prvního kontaktu s informanty jsem jim objasnila, co znamená souhlas s účastí ve výzkumu, jak bude probíhat rozhovor a jakým způsobem budou jejich údaje zpracovány. Vzhledem k tomu, že většina rozhovorů probíhala online, zvolila jsem ústní formu informovaného souhlasu s účastí v rozhovoru. Informantkám jsem předala informace o tématu diplomové práce a cíli výzkumu a seznámila je s tím, že mohou na kterékoliv otázky neodpovídat nebo rozhovor kdykoliv ukončit, a to jakýmkoliv způsobem. Od všech informantek jsem získala dobrovolný souhlas s pořizováním zvukové nahrávky, které sloužily pouze pro účely přepisu rozhovoru. Bezprostředně po přepsání rozhovoru jsem nahrávky odstranila. Nahrávky, dokumenty s přepisy rozhovorů, ani údaje v softwaru MAXQDA, v němž jsem data zpracovávala, nebyly označeny jmény informantek, nýbrž přidělenými náhodnými číslicemi. Po realizaci rozhovorů jsem zároveň odstranila veškerou online komunikaci s informantkami, ponechala jsem si na ně pouze kontakt preferované formy (e-mail či profil na sociálních sítích), abych jim mohla ke kontrole poslat návrh zpracování výsledků výzkumu, do něž měly možnost zasáhnout. Ve prezentaci výsledků výzkumu nejsou jednotlivé výpovědi spojeny s konkrétními informantkami, pokud to není nutné pro porozumění kontextu.

V rámci rozhovorů zároveň na některých místech vylíhly informace, z nichž by bylo možné při znalosti kontextu zpětně identifikovat konkrétní zařízení nebo pracovníky. Taková data jsem z přepisu odstranila a dále s nimi nepracovala. Zároveň jsem v rámci úvodu rozhovoru žádala informantky o součinnost v tom, že kdyby se měly takové informace v jejich výpovědích objevit, mají mě na to upozornit. Učinila jsem tak pro případ, že bych neznala kontext situace, v rámci níž by mohlo dojít ke zpětné identifikaci.

Vzhledem k citlivosti tématu jsem váhala nad tím, zda oslovovat celé organizace, nebo rovnou konkrétní pracovníky. Nakonec jsem se rozhodla pro oslovení konkrétních osob na základě veřejně dostupných údajů na webových stránkách jednotlivých zařízení. Silným argumentem pro oslovení celé organizace bylo, že se jedná o citlivé téma a vedení organizace by mělo vědět o výzkumu, do něž se zapojuje její zaměstnanec. Záměrně jsem ale chtěla do výzkumu jako informanty získat osoby s pracovní zkušeností s přímou péčí, pro předpoklad, že se s tématem sexuality klientů setkávají ve své práci, aniž by o tom jejich vedení muselo vědět. Oslovila jsem proto nakonec přímo konkrétní pracovníky – a jak se v rozhovorech ukázalo, nevědomost vedení o jejich zkušenostech či aktivitách byla častým tématem.

#### 4 TVORBA A ANALÝZA DAT

V otázce tvorby dat nabízí interpretativní fenomenologická analýza poměrně zřejmou odpověď – pro sběr dat bude zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované rozhovory umožní mít předem připravený okruh témat, k nimž bude rozhovor směřovat a které budou držet pomyslnou linku rozhovoru. V pozici výzkumnice tak budu mít možnost usměrnit tok rozhovoru, bude-li se příliš odchylovat od tématu. Zároveň ale polostrukturovaná forma rozhovoru poskytuje dostatek prostoru pro informantky a prozkoumávání témat, která se vynoří v průběhu rozhovoru. Právě tato nově objevená témata a konverzační linky mohou přinést cenná data, protože vedou do míst, která jsem ve své pozici předem neznala, ale pro informantky jsou důležitá.

Kostínková a Čermák (2013) shrnují, že vzhledem k povaze fenomenologického výzkumu dává smysl zaměřit se na menší počet participantů, kteří ale dobře reprezentují daný fenomén. Před jasně stanoveným (a vyšším) počtem participantů je upřednostňována bohatost dat jednotlivých případů.

Ač je v následujících podkapitolách rozdělen proces sběru dat od jejich analýzy, vzhledem ke kvalitativnímu charakteru výzkumného šetření je zřejmé, že probíhají paralelně. Rozhovory budou vedeny, přepisovány a analyzovány jeden po druhém; se snahou zachovat si v každé další analýze otevřenost a maximalizaci prostoru pro objevování nových témat. Po analýze všech rozhovorů a identifikaci hlavních témat v každém z případů proběhne mapování všech témat napříč jednotlivými případy. Výsledkem bude schéma shrnující hlavní témata a vztahy mezi nimi, které ilustrují vnímání zkušenosti s fenoménem intimity a sexuality klientů perspektivou informantek, které působí nebo působily v přímé péči o seniory. Záměrem není dosáhnout objektivního až „očištěného“ popisu participantovy zkušenosti – naopak, přístup IPA předpokládá, že součástí interpretace je i reflektovaný vztah výzkumnice k danému tématu. Postup sběru a analýzy dat, který vedl k tvorbě schématu a k prezentaci a interpretaci výzkumných zjištění, je popsán v následujících podkapitolách.

#### 4.1 Příprava a realizace rozhovorů

Pro realizaci rozhovorů jsem si na základě hlavní a vedlejších výzkumných otázek předem připravila následující tematické okruhy a k nim přidružené relevantní otázky. Ty mi poskytovaly základní mustr provedení hlavní linky rozhovorů, ale navržené otázky jsem nepojímala dogmaticky.

- Shrnutí pracovní historie. Na jaké pozici v současné době působíte? Jak dlouho se pohybujete v prostředí sociálních služeb?
- Význam intimity a sexuality ve stáří. Co si pod těmito pojmy představíte? Čím je podle vás intimita a sexualita ve stáří charakteristická? Jakou roli ve vašem postoji hrají společenské představy o sexualitě ve stáří? Jaké to jsou?
- Zkušenosti se sexualitou klientů. Jak se téma ve vaší práci objevuje? S jakými situacemi jste se v souvislosti s ním setkala? Jaké to pro vás bylo? Jak jste reagovala?

- Strategie zvládání a zdroje. Co vám pomohlo takové situace zvládnout? Co jste se z nich naučila? Jaké máte strategie zvládání náročných situací v práci? Jaké pro vás bylo o tématu mluvit s kolegy/podřízenými/nadřízenými/rodinou klienta?
- Podpora práce se sexualitou. Co pro vás znamená „umět s tématem sexuality klientů pracovat“? Co by vám k tomu pomohlo? Jaká opatření byste ze strany vedení uvítala?

Kostínková a Čermák (2013) shrnují, že přibližný doporučený počet případů pro účely diplomových prací je 3–6. Přitom je před vyšším počtem případů upřednostňována bohatost a výpovědní síla jednotlivých případů, měly by co nejlépe reprezentovat daný fenomén. Rozhovorů jsem nakonec realizovala pět. Probíhaly v online prostředí, což nám umožnilo spojit se i s informantkami působícími mimo Prahu, kam bych se jinak pro osobní konání rozhovoru dopravovala jen komplikovaně. Online konání v prostředí Google Meet nám také poskytlo větší flexibilitu v domluvě termínu, který jsme mohly mírně měnit v závislosti na aktuální situaci. Vzhledem k citlivosti tématu bylo vhodné mluvit nerušeně a odděleně od dalších osob, zvláště v situacích, kdy se se mnou informantky spojovaly ze svého pracovního prostředí. Rozhovory nakonec probíhaly v období od 11. do 20. dubna 2023 a trvaly zpravidla bezmála hodinu.

#### 4.2 Výzkumný vzorek a charakteristika informantů

Výzkumný vzorek je složen z pracovnic/pracovníků, kteří působili nebo působí v přímé péči a jejichž povaha vztahu a frekvence kontaktu s klientkami a klienty předpokládá, že téma nějakým způsobem reflektují – ať už se s ním setkali nebo ne. Souza et al. (2019) doplňují, že právě personál v přímé péči může být hlavním nositelem tématu, neb se mu nabízí množství příležitostí téma v blízké konverzaci otevřít. Pro účely výzkumu jsou proto do základního souboru zařazeni lidé s praxí na pečovatelských nebo ošetrovatelských pozicích, ať už sociálního nebo zdravotnického zaměření; každopádně působících v pobytových sociálních službách zaměřených na péči o seniory.

Pro vstup do terénu jsem zvolila oslovení konkrétních pracovníků skrze kontaktní údaje dostupné veřejně na webových stránkách jednotlivých organizací. Oslovila jsem tímto způsobem e-mailem i telefonicky pracovníky z celkem čtyřiceti organizací po celé České republice, s žádostí o účast v rozhovoru a případně sdílení dalším pracovníkům. Výsledný výběrový soubor je poměrně pestrý co do pracovních zkušeností a současného působení jednotlivých informantek. Všechny zúčastněné jsou ženy a níže jsou ve stručnosti popsány jejich pracovní zkušenosti pro základní orientaci.

- Jedna z informantek působí v prostředí sociálních služeb přibližně dvacet let. Za tu dobu vystřídala pozice ošetrovatelky, rehabilitační pracovnice, sociální a aktivizační pracovnice a v současné době působí jako pečovatelka.

- Další z informantek působí v posledních pěti letech v domově pro seniory jako sestra, její předchozí dvacetileté pracovní zkušenosti jsou z prostředí onkologické paliativní péče.
- Další informantka pracuje již devátým rokem v domově se zvláštním režimem a předtím působila jako pečovatelka dva roky v domově pro seniory. Kromě zkušeností s pečovatelskou prací má také praxi jako aktivizační pracovnice v současné době vykonává i různé vedoucí funkce – mj. je vedoucí aktivizace, pečovatelského týmu a zástupkyní ředitelky organizace.
- Rozhovor byl realizován i s informantkou, která je nyní druhým rokem na rodičovské. Předtím ale pracovala v domově pro seniory jako pečovatelka. Nastoupila tam po studiu a má praxi přibližně čtyři roky.
- Poslední z informantek působí na různých spíše zdravotnický zaměřených pozicích již od 80. let. Více než třicet let působila v organizaci, která měla v průběhu té doby dvě služby – domov pro seniory a domov pro mentálně postižené ženy. V současné době je zaměstnaná v organizaci, která má registrovanou sociální službu domov pro osoby zdravotně postižené, uvádí ale, že je většina klientů v seniorském věku.

### 4.3 Analýza dat

K analýze dat využívám přístup interpretativní fenomenologické analýzy, jejíž perspektivou je možné pohlížet na kvalitativní data. Jednotlivé případy detailně prozkoumávám do té doby, než dosáhnu určitého stupně porozumění nebo interpretačního tvaru, a teprve poté přecházím k analýze dalšího případu s cílem plně zachovat individuální přístup ke každému z případů. Současně využívám hermeneutický kruh, kdy se respondent snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem – intimitě a sexualitě klientek a klientů zmíněných služeb; zároveň se výzkumník snaží porozumět tomu, jakým způsobem k tomuto porozumění respondent dospívá, tedy že část celku je interpretována ve vztahu k celku, celek je interpretován ve vztahu k části (Kostínková a Čermák, 2013).

Příspěvek Kostínkové a Čermáka (2013) v publikaci *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* poskytuje poměrně podrobný návod pro práci s daty perspektivou IPA, ale zároveň ponechává prostor pro kreativitu, žádá-li si to výzkumný záměr. V následujících odstavcích popisuji výsledný postup analýzy dat, který z jejich návodu vychází. Analýza dat pak probíhá v několika krocích včetně nulté fáze, kterou je reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu popsáná v podkapitole 3.1. Nultá až čtvrtá fáze jsou níže popsány souhrnně, probíhají ale pro každý případ zvlášť, chronologicky. Nejdřív byl každý rozhovor realizován, přepsán, analyzován a zpracován do podoby mapy témat – a teprve potom byl stejný postup proveden u dalšího rozhovoru.

Prvním krokem analýzy je čtení a opakované čtení rozhovoru, jehož záměrem je podnitit aktivní zájem o data a vytvořit představu, jaké to je, být v respondentově kůži a dívat se na svět jeho očima. Z každého

rozhovoru byl s předchozím souhlasem informantek pořizován zvukový záznam pro účely přepisu. K přepisu rozhovorů jsem využila online přepisovací software Transkriptor, pro zkvalitnění přepisu jsem si nahrávky poslechla znovu, díky čemuž se mi podařilo lépe porozumět popisované zkušenosti a doplnit hluchá místa v přepisu tam, kde byl záznam z online rozhovoru nekvalitní. Současně s tím jsem zvýrazňovala důležité úseky, čímž jsem se plynule přesunula ke druhému kroku analýzy.

Ke druhé, výrazněji detailnější části analýzy je ve výše zmíněném návodu doporučeno si přepis rozhovoru vytisknout a opatřovat jej poznámkami a komentáři tužkou po okrajích. Pro tuto a další fáze jsem se však rozhodla využít softwarový program MAXQDA. Ke zvýrazněným úsekům jsem zaznamenávala své poznámky jako na papír, přičemž jsem text opakovaně pročítala. Své poznámky a komentáře jsem pro snazší orientaci v práci s daty v softwaru zaznamenávala jako kódy.

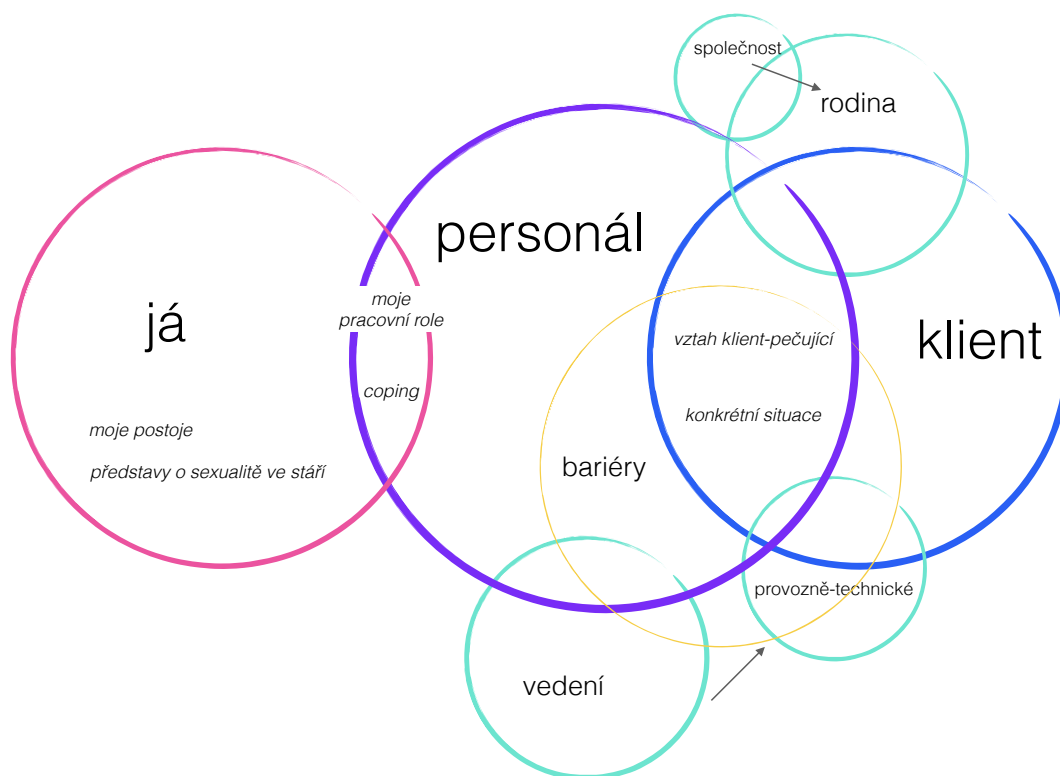
Na základě svých poznámek jsem jako součást třetí části analýzy formulovala první témata. Zde jsem pracovala především s poznámkami a komentáři, podstoupila jsem tak od původního přepisu textu, abych mohla data organizovat a interpretovat. Formulovaná témata jsem začala dále vzájemně propojovat a hledat mezi nimi vztahy. Pracovala jsem s funkcí Creative coding v MAXQDA, která umožňuje témata libovolně organizovat a seskupovat formou jakési myšlenkové mapy. Ve čtvrté části analýzy se tedy některá témata ukázala jako nadřazená, jiná jsem odstranila, protože se nevztahovala k výzkumné otázce. Vytvořila jsem tak seznam nadřazených témat s podtématy, na obrázku níže uvádím některé z nich v jednom z případů.

6 > hranice autonomie klienta a zodpovednosti za peči (+)
6 > hranice autonomie klienta a zodpovednosti za peči (+) > hranice nevměšování se do soukromí klienta
6 > hranice autonomie klienta a zodpovednosti za peči (+) > hranice personálu v ocholě zasahovat do vztahových problémů
6 > hranice autonomie klienta a zodpovednosti za peči (+) > paradox svobody klientů a řešení následků
6 > komunikace s rodinou klienta
6 > komunikace s rodinou klienta > informování rodiny o laS klientů (+) (+) (+)
6 > komunikace s rodinou klienta > nutnost vysvětlovat situaci rodině klientů
6 > komunikace s rodinou klienta > přizvání rodiny k řešení problémů s klientem (+)
6 > komunikace s rodinou klienta > rodina klienta chtěla situaci řešit
6 > komunikace s rodinou klienta > rodina nepřipouští sexualitu klienta v DS (+)
6 > komunikace s rodinou klienta > zjištění historie laS klienta od rodiny (+)
6 > konflikty s/ mezi klienty
6 > konflikty s/ mezi klienty > hranice sexuálních projevů ve vztazích
6 > konflikty s/ mezi klienty > klient odmítá respektovat nesouhlas klientky se stykem
6 > konflikty s/ mezi klienty > klient se snažil vyhovět partnerově představě o laS
6 > konflikty s/ mezi klienty > klient se svým chováním chtěl chlubit (+)
6 > konflikty s/ mezi klienty > klientka nosila pleny, aby odradila partnera od styku
6 > konflikty s/ mezi klienty > klientka o sexualitě odmítala mluvit s partnerem
6 > konflikty s/ mezi klienty > konflikt klientů v očekávání sexualitě ve vztahu
6 > konflikty s/ mezi klienty > nutnost vyjasnit očekávání mezi klienty nahlas (+)
6 > konflikty s/ mezi klienty > u klienta se potkaly dvě jeho partnerky
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+)
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+) > nesetkala se s poptávkou po SA
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+) > pocit nutnosti téma řešit už při nástupu klientky
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+) > podivuje se, že klientce nedošlo, že má klient zájem o sex
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+) > přinutit klienta, aby nestídal partnerky
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+) > s klienty o laS v hospici mluvili
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+) > s muži o tom mluvila snáz
6 > konverzace s klientem o jeho vztazích (+) > snaha dovést klientku k otevření tématu s partnerem
6 > manželské a partnerské páry v DS (+)
6 > manželské a partnerské páry v DS (+) > i páry měly jednoduškové pokoje zvlášť
6 > manželské a partnerské páry v DS (+) > intimita v páru je běžná a neřešila se nijak výrazně
6 > manželské a partnerské páry v DS (+) > páry vzniklé až v DS
6 > manželské a partnerské páry v DS (+) > stabilní vztah by nikdo z personálu neřešil
6 > manželské a partnerské páry v DS (+) > umožnění páru žít blízko sebe
6 > personál sobě
6 > personál sobě > komunikace o vztazích v týmu
6 > personál sobě > nejistota pečovatelky ohledně dalšího postupu
6 > personál sobě > společné řešení situace s kolegyní
6 > postoj personálu
6 > postoj personálu > laS se budou díti i přes nevoli personálu (+)
6 > postoj personálu > dárky klientů zařizují pečovatelky
6 > postoj personálu > klienti se mohou obrátit na personál o radu
6 > postoj personálu > klientům personál nechává soukromí, nekecá do toho
6 > postoj personálu > personál nemůže nechat řešení jen na klientech
6 > postoj personálu > personál považuje vztahy mezi klienty za naprosto normální
6 > postoj personálu > personál se snažil vycházet klientům vstříc
6 > postoj personálu > personál seznamuje klienty na žádost
6 > postoj personálu > plaché klienty může vstřícný personál výrazně podpořit
6 > postoj personálu > vztahy klientů byly podporovány (+)

Obrázek č. 2: Ukázka z organizace témat jednoho z rozhovorů

Výše popsané kroky byly realizovány u každého rozhovoru, tedy každého případu zvlášť. Až po dokončení tohoto procesu u všech rozhovorů jsem postupovala dále. Po úspěšné analýze všech případů jsem se ptala, jaká je mezi případy souvislost a které z témat se napříč analýzami ukazuje jako nejsilnější. Znovu jsem proto organizovala vzniklá témata, některá redukovala a jiným, bohatějším, přisoudila větší význam. Pro tento proces jsem již volila papírovou formu – přehled témat jsem si vytiskla a papír dle jednotlivých témat rozstříhala, abych je mohla patřičně přeskupovat. Na začátku následující kapitoly předkládám v rámci prezentace výzkumných zjištění vytvořené schéma s vyznačenými tématy a vztahy mezi nimi.

## 5 PREZENTACE VÝZKUMNÝCH ZJIŠTĚNÍ



Obrázek č. 3: Schéma témat a jejich souvislostí identifikovaných ve výzkumu

V rámci analýzy témat charakterizujících jednotlivé případy se vynořila některá témata hlavní, která vykreslují zkušenost informantek s fenoménem intimity a sexuality klientů. Obrázek č. 3 obsahuje jejich grafické znázornění. Velikost kruhů je dána nejen četností jednotlivých témat, ale i jejich potenciálem objasnit porozumění žité zkušenosti informantek. Překryv kruhů ilustruje, nakolik jsou si daná témata blízká, ovlivňují se a vytvářejí podřazená témata.

Poměrně samostatně stojí jedno ze tří nejvýraznějších témat – *já*, které zahrnuje vlastní postoje informantek k sexualitě ve stáří a jejich představy o tomto fenoménu. V překryvu s tématem *personál* zahrnuje podtémata týkající se vnímání vlastní pracovní role a strategií, které informantkám pomáhají potenciálně problematické situace zvládat. Kruh *personál* je od kruhu *já* oddělen záměrně – informantky se totiž často od svých kolegyně a kolegů distancovaly, obzvláště v případech, kdy se jejich postoje rozcházely nebo nesouhlasily s jejich pracovními postupy. Překryv kruhů *personál* a *klient* je tvořen



podtématy, která se věnují vztahu klienta a pečující osoby a konkrétním případům z praxe, které v rámci rozhovorů informantky odvyprávěly a na nichž se dá dobře ilustrovat jejich zkušenost s fenoménem. Tyrkysové kruhy jsou věnovány vnějším podmínkám a aktérům, které různými způsoby ovlivňují význam sexuality a práci s ní. Kruh *společnost* představuje společenské předsudky a předpoklady o asexualitě seniorů, které dále ovlivňují zejména názory členů rodiny klienta. Blízko mají také ke kruhu *personálu* – i ten často společenské předsudky přejímá. Naopak daleko je od kruhu *já*, neb se často informantky vůči tabuizaci sexuality ve stáří vymezovaly. *Rodina* je pak v poměrně blízkém vztahu s *klientem* i *personálem*. Svou roli v konstrukci významu sexuality nese i vedení organizace, které reprezentuje osoby v pozici sociálních pracovníků, ředitelky, zřizovatelů a majitelů (podle konkrétních případů). To má pak poměrně významný vliv na *provozně-technické podmínky*, které dále ovlivňují zejména klienty v možnostech naplnění jejich sexuálních potřeb. Zvláštním tématem jsou pak žlutě označené *bariéry*, které se v největší míře týkají vztahu klient–pečující a postojů personálu. Zčásti jsou také dány *provozně-technickými podmínkami* a možnostmi ze strany vedení organizace.

V následujících podkapitolách jsou identifikovaná témata a jejich souvislosti prezentovány ve větší míře detailu. Pro účely přehlednosti lineární podoby textu jsem sloučila témata klient a personál, neb společně se na nich lépe ilustruje, jak jim informantky rozumí. Téma provozně-technických podmínek je pak obsaženo v části věnované bariérám v práci se sexualitou, jelikož tak bylo často vykreslováno. Závěr prezentace výsledků představuje shrnutí faktorů, které perspektivou informantek pomáhají klientům naplňovat sexuální potřeby a jim vhodně téma ve své práci uchopovat.

## 5.1 Já a sexualita

### 5.1.1 Vlastní postoj k tématu sexuality ve stáří

Všechny informantky v rozhovorech reflektovaly a zmiňovaly svůj vlastní postoj k sexualitě ve stáří, který byl většinou pozitivní. Sexualita je dle nich přirozenou součástí života, přirozenou lidskou potřebou a pudem, nezávisle na věku: *Vždyť na tom není nic špatného, ježišmarja, vždyť je to součást života.*

Nebylo tomu ale tak vždycky, první setkání se sexualitou klientů byla nečekaná a často i emočně náročná a nepříjemná: *Poprvé, když jsem se s tím setkala, to bylo ještě v nemocnici. To mě hodně překvapilo; Byla to hodně náročná situace, když se s tím člověk setká poprvý; Občas jsem byla úplně zničená; Takže jsem z toho byla úplně v šoku, jak se choval.*

*Po počátečním údivu, kterej trval maximálně pět minut, byla diskuze o tom, jak to teda prakticky vymyslet, aby se to dalo udělat,* uváděla informantka o situaci, kdy dva klienti i přes svůj nepříznivý zdravotní stav projeví zájem se spolu setkat v soukromí (bydleli ve sdílených pokojích). Nutnost se se

situacemi nějak vypořádat je většinou hybnou silou v tom, jak se dostat z nepříjemné první reakce do aktivní role: *...wow, tohle teď musíme nějak řešit.*

Hlavním faktorem vlivu na pozitivní postoj je dle jejich slov zejména vlastní postupující věk. Dvě informantky reflektovaly výraznou změnu postoje od svých dvaceti či třiceti let věku: *Bylo mi 20 a tam jsem říkala, fuj, to je hnus. Bylo to divný a dneska už to divný není.* Negativní postoj pak měl vliv i na jejich tehdejší reakce na téma sexuality, nedovedly si představit o něm s klienty nebo kolegy mluvit a cítily se ve svých pocitech izolovaně, protože je nedovedly sdílet s ostatními. *Člověk jak stárne a dozrává, tak to přehodnocuje,* shrnuje jedna z informantek postupné zjišťování, že je sexualita přirozenou součástí života i ve stáří. Vliv vlastního věku zdůrazňovaly zejména informantky ve věku mezi 50 a 62 lety, jedna mladší informantka zmiňuje, že měla otevřený přístup vždycky. Nejmladší účastnice výzkumu uvádí, že se snaží *tady tyhle věci nějak moc extra nevnímat.* Její zdrženlivý postoj k sexualitě ve stáří ale není nutně dán jen jejím věkem, spíše převahou negativně vnímaných zkušeností.

Vliv na konstrukci obrazu stáří má i kontakt se staršími v rodině, který může normalizovat intimitu ve vztazích seniorů: *Třeba i ti rodiče, ... tak tam to člověk taky vidí.* Dalším identifikovaným faktorem je pozitivní a otevřený přístup k vlastní sexualitě, který pomáhá připustit, že i senioři mohou mít sexuální potřeby. Jiná informantka vzpomínala na ředitelku organizace, kde působila celkem více než 20 let: *Mně to přišlo zvláštní a taky jsem to napřed nepobírala... fakticky měla na mě hodně velký vliv i ta ředitelka a taky i to vzdělávání.* Zároveň uvádí, že ji její práce hodně bavila, a tak se chtěla dále vzdělávat a rozvíjet a přistupovala k práci i klientům s otevřeností.

Postoje k intimitě a sexualitě ve stáří se také lišily v závislosti na konkrétních projevech. Ty jsou podrobněji uvedeny v podkapitole 5.2.2; zde nám pro stručnost postačí uvedení dvou protilehlých polí širšího spektra. Přátelské a romantické vztahy jsou považovány za přirozené a běžné, a to v případech, kdy vznikají až v pobytové službě. Takové vztahy většinou probouzí příjemné ohlasy a dojetí: *Bylo strašně nádherný, jak se dali dohromady a jak chodili spolu na procházky, dávali si pusy.* Na opačné straně jsou případy sexuálního obtěžování a nekontrolovaného sexuálně laděného chování klientů. Množství a intenzita zkušeností s konkrétními situacemi pak zpětně ovlivňuje postoje personálu. Paradoxně o tom ale tolik nerozhoduje poměr „příjemných“ vs. „nepříjemných“ situací, jako spíš to, jak se je dařilo řešit a zpracovat. Shrnutí faktorů, které personálu pomáhají se sexualitou klientů vhodně zacházet, je obsahem podkapitoly 5.4.3.

#### 5.1.2 Představy o intimitě a sexualitě ve stáří

Informantky se jednoznačně shodovaly v tvrzení, že je potřeba blízkosti pro lidi stejně důležitá v mládí i ve stáří a že je to kontakt s blízkými, na čem lidem záleží nezávisle na jejich věku: *Je to potřeba tak jako u všech lidí.* Liší se však preferované způsoby naplňování potřeby blízkosti: *To si myslím, že tam asi ani*

nejde o nějaký sexuální akt; ...ale v tom starším věku už jim fakt stačí jenom ta blízkost a možná držení za ruku a už tak netouží po tom, aby opravdu měli ten sex. Dle informantek se ve stáří snižuje potřeba samotného pohlavního styku, ač uvádějí i případy, kdy je klienti překvapili opakem: *A právě mi to ten pán, který už je teda přes 90, říkal: „To si nemyslete, že my spolu jenom tak chodíme za ručičku! My to spolu normálně děláme.“* Je zřejmé, že se potřeba realizovat se sexuálně nesnižuje jen vlivem věku, svou roli zde hraje i zdravotní stav a vůbec fyzická náročnost: *To není o tom, že by ta potřeba nebyla, ale že je pro ně mnohem fyzicky náročnější se tam dopracovat. Vysulíct se, být vykoupáný... shodit tričko a kalhoty je půlhodinová záležitost.* Bariérám na straně klientů i organizace se dále věnují podkapitoly 5.4.1 a 5.4.2.

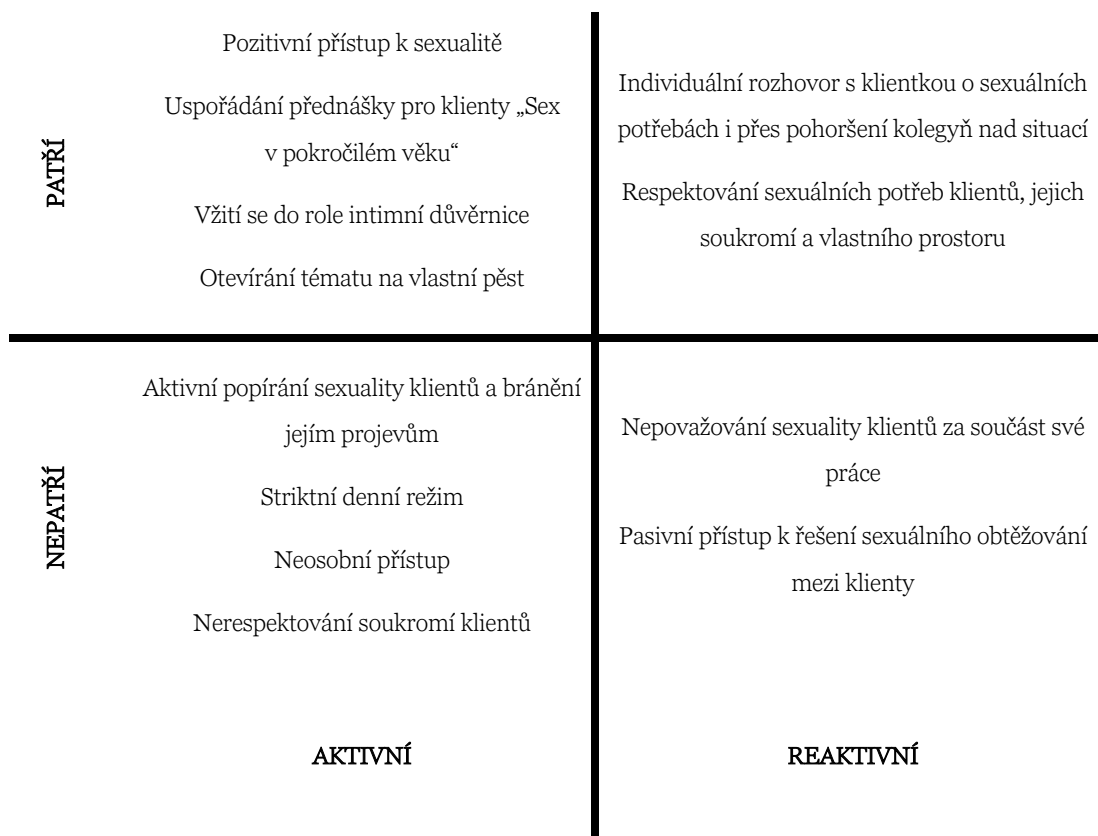
Jedna informantka shrnuje potřeby v oblasti intimity a sexuality ve stáří tak, že jsou stále přítomné, ale někteří mají problém je dát najevo a jiní je utajit. Poukazuje tak na konflikt lidských pudů a společenských (či organizačních) norem, který vyvstává zejména v případech sexuálního obtěžování a u klientů s neurodegenerativními onemocněními. Další reflektuje náročnost změny v životě klientky DZR: *To je asi hrozný smíření pro ni, protože ona byla atraktivní ženská a ten sex pro ni v životě znamenal hodně a teď najednou se smířit s tím, že nemá sex... Je to pro ni těžší než že je na vozíku a má plínky.*

Nejčastěji však zmiňovaly potřebu blízkosti a doteku, které sebelepší institucionalizovaná péče nedovede kompenzovat: *Prostě ten dotek jim někdy chybí a my jim to nedokážeme plně nahradit... Můžeme dělat masáže, ale to přeci není ono; ... že se prostě hladí, v tom vztahu; Myslím, že jim to fakt stačí, bejt spolu.* Intimita, blízkost, doteky, pohlazení, držení se za ruce, společné trávení času – tak vypadají představy informantek o vztazích ve stáří. Jedna z nich doplnila postřeh o proměnách v nově navázaných vztazích mezi seniory – nejsou totiž „zatíženy“ praktickými otázkami o společném životě, bydlení, rodičovství, financích: *Už v tom není žádnéj kalkul, je to opravdu jen čistá láska.* Svým dalším komentářem kontruje častou společenskou představu o tom, že ve stáří nemá člověk na sex a vztahy nárok a nemá zájem je vůbec začínat (společenským představám se podrobněji věnuje podkapitola 5.3.3). Na případu klienta, který si v domově našel již podruhé novou partnerku, neb jeho manželka i další partnerka zesnuly, ilustruje nadějeplný přístup ke stárnutí: *Oni už ten čas nemají, tak ho neztrácej a jedou si ten svůj život; vědí, že už ho moc nezbejvá a že si chtějí ho užít.*

### 5.1.3 Vnímání pracovní role ve vztahu k tématu sexuality

V otázce vlastní role ve vztahu k tématu intimity a sexuality klientů se ve svých názorech jednotlivé informantky lišily. Hlavní rozdíly se dají popsat na dvou osách:

- Téma intimity klientů do mojí práce: patří × nepatří.
- Moje role ve vztazích a intimitě klientů je: aktivní × reaktivní.



Obrázek č. 4: Schéma reflexe vlastní pracovní role ve vztahu k sexualitě

Příkladem kombinace „téma do mojí práce patří a moje role je aktivní“ je jedna z informantek, která reflektuje svůj pozitivní přístup k sexualitě a považuje za důležité o ní mluvit i s klienty. Na základě toho z vlastní vůle uspořádala pro klienty přednášku „Sex v pokročilém věku“: *Takhle na tvrdáka [se to jmenovalo], ale potom ta přednáška byla vyložena o sexu a taky to bylo i jako obecnější, jemnější, intimnější.* Zúčastnilo se jí asi deset klientů, proběhla v neformálním duchu a v osobním kontaktu s klienty navazuje informantka na téma dál, což hodnotí pozitivně: *Oni se tak otevřeli a do dneška vlastně si o tom povídáme... Tak myslím, že to bylo dobrý; aspoň trochu takový semínko, že jsem tam zasela.* Má dobrý pocit ze svého přínosu: *Mě těší spíš, že ty senioři dokážou se mnou o tom mluvit... pak to v té práci*

*pomáhá ostatním.* Informantka se tak v posledním roce spontánně vžila do role intimní důvěrnice a *občas i takové dohazovačky*, jak doplňuje, když vypráví o tom, jak seznamuje klienty. V tématu sexuality nachází způsob, jak obohatit a rozšířit péči o klienty i svou práci. Pozoruhodné je, že téma otevírá na vlastní pěst; bez vědomí vedení organizace a bez podpory ostatního personálu: *Pečovatelky to někdy úplně nedávají, no. Ale svou práci dělají dobře i bez toho.*

Ke kvadrantu „téma do mojí práce patří a moje role je reaktivní“ se přibližuje řešení případu klientky s demencí, která *si začala dávat do kalhotek různé věci, ať to byla lžice od polívky, ať to byly fotky nebo cokoli.* Zatímco její kolegyně se nad situací pohoršovaly, informantka si s klientkou o samotě promluvila, aby zjistila, *že by chtěla nějakýho chlapa, ...potřebuje se uspokojit.* Na základě toho pořídila klientce vibrátor: *Já si říkám, že ty klienti by si měli užít, dokud to jde.* Reaktivní přístup zde nutně neznamená být o krok později. Patří sem situace, kdy personál respektuje sexuální potřeby klientů a nachází cesty, jak jim vyjít vstříc. Když klienti takové potřeby vyjádří, *jestli tomu personál přeje nebo nepřeje, to už je jedno.* Často pak stačí klientům jen nechat soukromí a prostor: *To byla jejich věc a do toho jsme jim nekecali.* Spoustu situací ale klienti sami nevyřeší nebo nezařídí (přemístění do společných prostor, koupení dárků, stěhování apod.): *...a to už pak nemůžeme nechat jen na těch lidech.*

Kvadrant „téma do mojí práce nepatří a moje role je aktivní“ reprezentuje aktivní popírání sexuality klientů a bránění jejím projevům. Tento postoj se neobjevil u žádné z informantek, nicméně jedna z nich ho popisuje u personálu v organizaci, kde v posledních letech působí: *Tady se tomu spíš brání anebo se to vůbec neřeší... Jsou v tom takový ústavní prvky,* doplňuje a popisuje striktní denní režim, neosobní přístup a nerespektování soukromí klientů. Klienti se nemohou zamknout v pokoji, personál před vstupem do pokoje neťuká na dveře, klienti nejsou předem upozorněni na přítomnost třetích osob (zájemci o službu, studenti na praxích). Bariérám ze strany organizace se podrobněji věnuje podkapitola 5.4.1.

Poslední kvadrant „téma do mojí práce nepatří a moje role je reaktivní“ ilustruje informantčin příběh o klientovi, který osahával a jinak sexuálně obtěžoval ostatní klientky. O sobě říká, že se snaží *tady tyhle věci nějak moc extra nevnímat,* ale klientovo působení označuje za svůj *nejhorší zážitek.* Sexualitu klientů rozhodně nepovažuje za součást svojí práce a danou situaci nechtěla nějak víc řešit, protože *jsou důležitější věci než tady ta potřeba.* Situace zapadající svou povahou do tohoto kvadrantu poukazují na to, že i když organizace a jednotlivci z řad personálu nechtějí téma sexuality řešit, je stále přítomné v každodenní práci, neb vychází z přirozené lidské potřeby, která s věkem nemizí. Informantka v rozhovoru přiznává, že by ocenila o tématu otevřeněji mluvit i napříč jednotlivými úrovněmi organizace a ráda by absolvovala školení, v jehož rámci by dostala praktické rady (dále viz podkap. 5.4.3).

V kontextu vlastní role v tématu sexuality klientů jedna z informantek reflektovala i etickou stránku práce, konkrétně hledání hranice mezi autonomií klienta a zodpovědností za péči o něj: *Jsou dospělí, svéprávní,*

*ať si dělají, co chtěou... Ale ta pečovatelka řešila, co se stane potom; co když paní spadne. Popisovala také strasti způsobené promiskuitním klientem, který udržoval několik paralelních různě definovaných vztahů s dalšími klientkami: To byla jejich věc a my jsme jim do toho nekecali... Ale pak bylo jasné, že já zas budu muset řešit tu opuštěnou klientku a že ona nejí a neužívá léky a chce umřít, protože ji opustil partner... No a pak to vysvětlovat tý rodině, že jejich maminka nejí, protože má zlomený srdíčko.*

## 5.2 Personál, klienti a sexualita

### 5.2.1 Vztah klient–pečující

Některé informantky ve svých výpovědích oddělovaly svoje vlastní postoje od postojů ostatního personálu, zejména v případech, kdy se od nich pro jejich přílišnou negativitu měly potřebu distancovat. Postoje personálu byly zpravidla vstřícné směrem ke stálým partnerstvím mezi klienty, zde informantky souzněly s popisovanými názory svých kolegů. Oscillovaly mezi neutralitou: *Když teda byl nějaký stabilní pár, ať manželskej, nebo třeba i že se tam našli, tak to bylo naprosto normální, naprosto podporovaný a nikdo s tím neměl vůbec žádný problém;* a nadšením: *No jak chodili, byli spolu, tak mně to přišlo pomalu jak dva pubertáci, když to tak řeknu, jako fakt zamilovaní.*

Postoje kolegů a kolegyň informantky většinou popisují jako odmítavé v případech, kdy mluví specificky o „sexualitě“: *Máme tam pečovatelky, který v sociálních službách dělají třeba 15 let, a když ta paní začala mít sexuální pudy, se u ní prostě projevily, ty holky s tím měly hroznej problém to vůbec přijmout; Ony si to vůbec nepřipouštěj; Berou to tak, že prostě do 50 mám nárok a pak už je to tabu. Zde šlo o situaci klientky, která projevila potřebu autostimulace, ale v soukromí, za zavřenými dveřmi. Ještě odmítavější reakce vznikají, jde-li o projevy sexuality klientů mezi ostatními: To je i tady spousta kolegyň, taky z toho byly v šoku, z toho chování. Jinde nejde o tak živé téma a personál jej ve své práci nezohledňuje: Personál si to tu až tak neuvědomuje. Když to vzpomenou, tak je to žertem, ale že by se to řešilo, to vůbec. Často se sexualitě nedostává víc pozornosti naopak proto, že je považována za přirozenou součást života i pečující práce: Občas se to stane, že vběhnem někam, kam jsme neměli... Je to přirozený, všechny, co to děláme léta, myslím, že to nikoho neznechucuje, neřešej to.*

Odmítavé postoje pak komplikují samotné řešení daných situací: *Pak to jen musíte pořád vysvětlovat a mluvit o tom, namísto abyste těm lidem fakt pomohli.* Jak bylo zmíněno v podkapitole 5.1.1, odmítavé postoje mohou vést i k tomu, že o sexualitě personál odmítá vůbec diskutovat. Jediní jsou pak necháni napospas zpracování vlastních zkušeností a případných nepříjemných situací sami, ačkoliv se ukazuje, že sdílení s týmem a možnost o situacích diskutovat je jednou z nejdůležitějších strategií, jak je dobře zvládnout (viz podkap. 5.4.3).

Ve vývoji vlastního postoje k sexualitě ve stáří informantky zdůrazňovaly vliv svého věku: *Přijde to s věkem, myslím si, že hodně.* Pozoruhodné bylo, jak tohle vysvětlení vztahovaly k vývoji postojů ostatních. Jedna očekává větší otevřenost od mladších kolegyň: *Taky se jim to nelíbilo, i když jsou mladší než já,* druhá poukazuje na dobu otevřenější k sexualitě: *I když dneska je to celkem dost otevřený.* Další podotýká, že čím jsou starší, tím to hůř přijímají. Objevil se i názor, že věk nemá na postoj personálu k sexualitě vliv (ač to byla i tato informantka, kdo ve vývoji vlastního postoje věk staví na první místo): *Tam ten rozdíl nevnímám; tady nejsou otevření ani ti, ani ti.* Poukazuje na to, že dalším výrazným faktorem je konformita jedince v rámci týmu – jsou-li ostatní tématu uzavřeni, je komplikované prosazovat opak. Ilustrují to slova další informantky: *No tak jsme si řekly názor, jaké jsme k tomu měly, tak měly jsme všechny stejné, tak jsem byla ráda.*

Svůj vliv na odmítavé postoje má i tabuizace sexuality: *Je to spíš pořád ještě tabu; Ještě je to relativně nové téma, řešit to v práci; Málokdo dokáže o problému vůbec mluvit, a zvláště o tak ožehavým tématu, jako je sex.* Dalším faktorem je neznámost tématu: *Když o tom člověk nic neví a je to něco neznámého, tak se toho potom bojí a chce se tomu spíš vyhnout. Je to vlastně nějaký velký abstraktní téma, o kterém mám ale vědět spoustu věcí.* Sem nasedá potřeba specifického vzdělávání personálu o sexualitě ve stáří, která byla zmíněna i ve výzkumu. V neposlední řadě mají vliv i postoje personálu k vlastní sexualitě a schopnost o ní mluvit s ostatními: *Spíš mám pocit, že se bojí, že kdyby přiznali, že doma mají nějakou sexuální pomůcku, že by na ně ostatní koukali asi jako jinak.*

Základním, ale těžko uchopitelným faktorem vlivu na výslednou práci se sexualitou je celkový přístup organizace k autonomii klientů a vzájemný respekt ve vztazích klientů a personálu. V rozhovorech se propisoval v několika rovinách. Organizace striktně určující pravidla a režim klientů omezují jejich soukromý prostor, a tak implicitně brání navazování vztahů a prožívání sexuality: *Tady je to hodně zastaralý systém, ...že se tomu spíš brání. Seniori, kdyby spolu chtěli být, tak by nemohli... Nikdy jsem se za celou svou praxi nesečkala s tím, že by nechali seniory volně žít.* I bez striktního režimu může být soukromí klientů limitováno – kromě zřejmých provozně-technických podmínek (sdílené a neuzamykatelné pokoje, společná organizace času apod.) jde zejména o přístup personálu. Ten by měl přinejmenším klientům oznamovat přítomnost třetích osob, klepat na dveře, nevstupovat, když se klienti navštěvují: *Naučila jsem se respektovat to soukromí... I když si to nepamatovali, vždycky se jim to oznámilo.* K citlivému otevření tématu ve vztahu pečující osoby a klienta je třeba navázat vztah: *S některýma si i tykám, máme takovej dobrej vztah.* Tomu brání mj. i vysoká fluktuace zaměstnanců v některých zařízeních: *Takže vlastně ani nemáte čas, abyste ty lidi poznali v týmu, natož pak nějaký vztah klient a pracovník.* Přístup klienta k personálu také není zanedbatelným tématem v rozhovorech: *Klient, kterej to má hosený tak, že je rád, že mu pomůžete, tak se chová daleko líp a nejsou u něj takový ty různý sexuální narážky, nežli u klienta, kterej vás bere jako svoji služku, někoho, koho si platí.* U klientů,

kteřé informantky později označovaly za „problémové“, byl tento přístup symptomatický: *Když jsem ho požádala, aby si uklidil věci do skříně, tak mi řekl, že jsem jenom pouhá uklízečka.*

Ani vhodné podmínky a pozitivní postoje ještě nezajišťují hladký průběh řešení situací. Jedna z informantek reflektovala svoje obavy z otevření konverzace s klientkou, když se do takové situace dostala poprvé: *Jsem měla problém, jak začít, abyste se jí to nedotklo, aby jí to nebylo nepříjemný. Začínala velmi zdrženlivě, ale postupně přicházela na to, že nejlepší je mluvit otevřeně a upřímně: Já jsem se bála, aby jí to neurazilo, nebo aby se nezalekla nebo nestyděla – a oni se nestydějí. To mě překvapilo. Oni o tom mluví úplně otevřeně, nemají problém s tím, že by se styděli. To spíš já jsem vždycky hledala okliku, která bejt vůbec nemusela, a vlastně jsem si tu situaci zhoršovala sama.*

### 5.2.2 Realita intimity a sexuality v institucionalizované péči

Informantky v rozhovorech vyprávěly řadu různých příběhů o tom, jak se sexualita klientů objevovala v jejich práci a jak k situacím přistupovaly. Tyto příběhy ilustrují, jak téma ve své práci vnímají a jaké významy a následky mu přisuzují.

Jak bylo zmíněno výše, většina informantek označuje svůj přístup k sexualitě ve stáří za otevřený a pozitivní. Sexualita je tak dle jejich slov přirozenou součástí života nezávisle na věku, ač i to občas budí zájem: *Máme tam vlastně pár, který je hodně seniorský, kolem devadesátky, a u těch mě to hodně zajímalo.* Ve své práci se pak setkaly se situacemi, v nichž je zájem o sexualitu nepřekvapil kvůli věku klienta, nýbrž kvůli jeho nepříznivému zdravotnímu stavu: *Byl značně promiskuitní, i když sotva chodil s chodítkem a po mrtvičce měl spadlou půlku obličeje.* Jedna popisovala situaci své kolegyně, která v noci vešla do odemknutých dveří pokoje stejného klienta: *Paní na něm seděla a bylo jasný, že jsou to... No ale my jsme věděli, že ta paní je naprosto nepohyblivá. Jak se dostala nahoru, to jsme nikdo nepochopil, ale ta pečovatelka řešila, co bude potom.* Klientka se následně svépomocí vrátila do svého pokoje, nicméně tahle situace ilustruje další výrazný faktor spojený s odstupem k tématu sexuality klientů – obavu o fyzickou bezpečnost klientů. Na tu ostatně došlo i v příběhu o klientce, která si vkládala do kalhotek různé předměty. Část týmu se nad tím pohoršovala, přisuzovala situaci zhoršené demenci a ze strachu o její bezpečnost měla tendenci klientce v autoerotice bránit. Informantka si s klientkou promluvila, zjistila, že jde opravdu o snahu o masturbaci – a pořídila jí vibrátor. To vzbudilo v týmu další pozdvižení a otázku, kdo se bude o vibrátor starat po hygienické stránce: *No a do dneška, už je to vlastně víc jak půl roku, se o ten vibrátor starám já, protože oni na to prostě nebudou sahat, maj s tím problém.*

Pořízení erotických pomůcek je už poměrně explicitním krokem směrem k naplnění klientových potřeb v oblasti sexuality, stejně jako v rozhovorech často vzpomínaná sexuální asistence: *Ještě jsem nezažila, že by chtěl někdo sexuální asistenci.* Vzhledem k tomu, že jde o placenou službu, je často k jednání přizván i někdo z rodiny klienta – komunikaci s rodinou klienta se podrobněji věnuje podkapitola 5.3.2. Jiná



informantka klientům již službu sexuální asistence zprostředkovala. Způsobila tím velké pozdvižení na straně personálu: *Třeba když jsme sháněli společníka nebo společnici pro ty klienty, to bylo větší haló. Zprostředkovat sexuální asistenci klientům není tak těžký.* Setkala se však s komplikacemi po dané schůzce s klienty s demencí: Oni nedokážou oddělit to, že tady mám společnici, s tou si jako užiju, ale teď už ta společnice tady není a je tu personál, na kterej si to nesmím dovolit. Častější a závažnější sexuální obtěžování pak způsobuje *problém s tou péčí o toho klienta... Ony k nim ani nechťely chodit dělat hygienu a starat se ně, což chápu.* Příležitostné sexuální obtěžování řeší pečovatelky samy v danou chvíli: *Umí říct, že takhle opravdu ne a že se jim to prostě nelíbí.* V častějších a vážnějších případech otevírá téma s klienty informantka z pozice sociální pracovnice: *Většinou se jim to snažím vysvětlit, že takhle teda ne.* Zejména u klientů s demencí však často slovní domluva nestačila, pak bylo na stole radikálnější řešení: *Tak se mi ukázalo jako dobrý dát toho klienta na jiný patro. Je to asi hnusný, ale já ho vlastně tím, že najednou je na jiném patře, trošku zmatu a on zapomene na to, že měl nějakou společnici a už si to na tyhle děvčata nedovolí. Ale je problém, že už mu pak tu společnici nemůžu dopřát, protože by to začalo celý ten koloběh znovu.* Dodává, že když klient dovedl ženy v rolích sexuálních asistentek a pečovatelek rozlišit, nebyl s tím žádný problém.

Jiná informantka uvádí, že pro práci se sexualitou stačil jen otevřený přístup a volný průběh: *Stačilo jenom být k tomu otevřený, tam nebylo potřeba vůbec zasahovat, to tak prostě plynulo.* Klienti však vztahy navazují i bez otevřenosti personálu: *To je úplně jedno, oni si ti lidi k sobě cestu najdou.* Pomáhá však, když se personál snaží vycházet klientům vstříc: *Je fajn, když se můžou obrátit na ten personál o pomoc i o radu.* Občas tak klientům kupuje květiny a dárky, aby je mohli darovat, komu chtějí. Jindy málo pohyblivým klientům personál pomáhá s přemístěním do jiného pokoje na návštěvu, vozí je společně na procházky. Obzvlášť oblíbenou činností mezi informantkami bylo seznamování klientů a navozování rádooby náhodných situací, v nichž se ti dva mohou dát do řeči: *Občas jsme i s personálem řešili, jak nenápadně navodit situaci, aby ti dva spolu byli blízko; Tak říkám, ta by se ti mohla líbit, ale je na vozíčku, tak já ji svezu dolů a dáte si kafe spolu, jo?; Mně se podařilo v práci seznámit dva lidi, klientku s jiným klientem.* Jedna dokonce popisuje situaci dvou klientů s omezenou svéprávností, kteří chtěli vstoupit do manželství: *Tak jsme jim udělali svatbu jenom naoko, že byla hostina a velká sláva.* Do seznamování klientů vkládají snahu ulevit klientům od samoty a vnést do jejich života zábavu: *Ti lidi pomalu fakt nemají s kým promluvit, to je šílený; Klienti by si měli užít po všech stránkách.*

Za pozornost stojí vyprávění jedné informantky o páru, který se seznámil až v zařízení a trávil společně spoustu času. Po nějaké době rozvíjené společného vztahu požádali o sestěhování, ale jen tak na zkoušku: *...ale na zkoušku, to je těžký, žejo?* Personál jejich přání plně respektoval a snažil se to zařídit. Zařízení mělo jednolůžkové i dvoulůžkové pokoje, nebyly ale smíšené, dlouhé měsíce se proto řešilo, jak postupovat, aby jim společné bydlení umožnili: *To by se muselo čekat, až někdo odejde nebo zemře vlastně, aby se mohli sestěhovat – a to samý pak, když si to rozmyslej.* Nakonec se podařilo stěhování

realizovat, aby se po pár týdnech ukázalo, že klienti ve vztahu nekomunikovali vzájemná očekávání od společného bydlení: *Každý si pod tím představoval něco úplně jiného... A paní nejspíš fakt nebyla připravená na ty intimacy*. Informantka přiznává, že je to v týmu napadlo a bavili se o tom; předpokládali však, že klienti také a že v tom jsou zajedno. Bylo by nasnadě řešit situaci opět domluvou, klientka o tom však vůbec nechtěla slyšet, odmítala o tom s partnerem mluvit. Namísto upřímné konverzace tak hledala ochranu u personálu a přicházela s různými dalšími nápady: *Bylo to až tak, že paní začala nosit plínky. Ne že by je potřebovala, ale aby ho odradila. Potom aby jí doktorka předepsala vyložení, že má nějaký záněty a nemoci a že prostě nesmí tohle. Aby se mohla schovat za tu lékařskou stránku, aby mu to nemusela říkat, ona s ním o tom vůbec nechtěla mluvit, ale chtěla, abysme to řešili za ni*. Doplňuje, že bylo náročné situaci navigovat: *Bylo to hodně nepříjemný, protože... vůbec ani nechtěla, aby my jsme to komunikovali s ním*. Na druhou stranu reflektuje náročnost pro klientku: *My jsme z toho až tak nešťastní nebyli, to spíš pro ni to bylo těžký*. Po půl roce se klienti odstěhovali zpět do oddělených pokojů. V rámci reflexe celé situace shrnuje, že na straně přípravy situaci jako personál podcenili: *Brali jsme je moc, že jsou čistě svéprávní a že mají vědět, co dělají a co chtějí, a víc jsme do toho nezasahovali... Pro nás to bylo ponaučení, a kdyby se příště měli stěhovat jiní, tak tohle prostě musí být komunikováno, ...jestli intimacy budou nebo nebudou. Samozřejmě nemusej, ale my to za ně už pak nebudeme řešit, že jeden chce nebo nechce*.

### 5.3 Další aktéři

#### 5.3.1 Vedení organizace

Kromě vlastního týmu se v rozhovorech v různých podobách objevovalo vedení organizace. Informantka, která ve své organizaci pořádala pro klienty přednášku o sexualitě v pokročilém věku a o tématu aktivně mluví s klienty, si stojí za tím, že o jejich aktivitách na tohle téma nemusí vedení nic vědět: *Já nevím, co si o tom myslí. Neříkám jim to. Nevím, co by na to řekl pan ředitel, myslím si, že o tom neví nic. To je fajn zase*. Jiná informantka by naopak ocenila, kdyby se mohlo specificky téma sexuálního obtěžování klientem řešit napříč úrovněmi organizační struktury: *Mohli jsme si třeba sednout a všichni si o tom popovídat... To by možná i pomohlo, abychom se zorientovali, co se vlastně dělo nebo nedělo*. Popisuje svou zkušenost s tím, že situaci nějak řešily v týmu pečovatelek a jiné řešení probíhalo na úrovni managementu, navzájem o tom však nemluvili.

Někdy je třeba vedení organizace o větších krocích informovat nebo žádat o jejich schválení: *Paní ředitelka ten arsenál doma má, když to řeknu naplno, ...tak řešila jen, jak to budem komunikovat v týmu*. V tomhle případě šlo o soukromou organizaci a bylo třeba téma otevřít i s jejím majitelem. Ten se zprvu podívoval, jestli to opravdu je třeba řešit: *Možná i tím, že je to chlap, tak to pro něj bylo složitější*. Od té doby ale téma přijímá s humorem: *Jenom si občas vzpomene a ptá se, intimní život našich klientů je v pořádku? Ano,*

šéfe, vše je zařízeno. Komplikovanější domluvu popisovala informantka s tehdy asi třicetiletým nadřízeným, který šel rovnou do té vysoké funkce. Ten se snažil v zařízení prosadit postavení kuřárny, načež informantka reagovala tím, že by byl větší zájem o intimní místnost: *Tak já prosazovala ten šmajchlkabinet, protože si myslím, že to je mnohem důležitější lidská potřeba než kouření... Tvrдила jsem, že tohleto budou chtít všichni!* Doplnuje, že si její nadřízený vůbec neuměl představit, že by senioři měli sexuální potřeby: *Byl z toho dost paf. A vůbec mi nevěřil, že by tahle potřeba mohla u těch lidí být.* Rozdíl je pak často dán velikostí zařízení: *To byl obrovskej domov, a to nejvyšší vedení o těch jednotlivých seniorech nemělo ani potuchy.*

Tlak a iniciativa někdy přichází od personálu směrem k vedení: *Personál musel přesvědčovat to nejvyšší vedení, že jim to musíme umožnit, že tady musíme nějakou tu místnost mít, aby si to vyzkoušeli, jestli vlastně tohleto budou chtít.* Podnikat rovnou stěhování se totiž ukázalo jako příliš komplikované a často přehnané. Jindy je naopak aktivnější vedení organizace a prosazuje změnu shora: *Byla jsem ze staré školy, tak mně to přišlo zvláštní... Měla jsem posledních patnáct let štěstí na ředitelku, byla hodně otevřená a nutila nás všechny ke změně myšlení. A vlastně odbourávala tady ty předsudky, intimita, to vlastně dřív neexistovalo.*

### 5.3.2 Rodina klienta

Ač se jedná o citlivé a intimní téma, rodina klienta v něm také může hrát svou roli. Jen jedna z informantek si stojí za tím, že rodina do tématu nepatří: *Rodinní příslušníci můžou vědět hodně, ale tohle asi nemusej. Proč? Jsou to dospělí svéprávní lidi.* Nepřizvala by rodinu ani k řešení případů sexuálního obtěžování, jedinou výjimku by asi dělala v případech klientů s pokročilým neurodegenerativním onemocněním.

V kontaktu s rodinami klientů se personál častěji setkává s odmítavým postojem a společenskými předsudky o asexualitě seniorů: *Spíš to okolí má problém to přijmout. Všichni si myslej, že ty lidi v domovech pro seniory jsou na konečnou stanicí a nemaj na nic nárok; Děti našich klientů, bejvaj s tím kapánek v nesouhlasu.* Bývá často komplikované téma otevřít: *Vysvětlit padesátiletému synovi, že se jeho maminka nešťastně zamilovala, to bývá docela oříšek.*

Rodinu přizvávají k řešení situací, se kterými si sami neví rady – např. k případu klientky, kterou opustil partner a která smutkem odmítá jíst a brát léky: *Ten její synáček se čítil, že je maminka nemocná, že se to musí léčit, a já na to, že nešťastnou lásku asi nevyřešíme lékama.* Často se na rodiny obracely i v závažnějších případech sexuálního obtěžování ze strany klienta: *Tak říkám, je to váš tatínek nebo dědeček a teď tady opakovaně obtěžoval tu pečovatelku, zkuste s ním třeba promluvit i vy.* Informantka očekávala, že když jim [klientům] to řekne někdo v rodině, že to třeba přijmou líp. Často však narazila na odmítavý postoj, málokterá rodina se chtěla podílet na řešení problémů. Komunikace s rodinou často bývá poslední vsazenou kartou na aktivní řešení různých nepříjemných situací. Jedna z informantek

kontaktovala dcery již zmíněného, značně promiskuitního klienta: *že by měly teda tatínkovi trochu domluvit, když už nedal na mě.* Také ale narazila na popírání toho, že by měl klient sexuální potřeby i v domově pro seniory. Některé informantky pak také využily možnost kontaktu s rodinou k tomu, aby se dozvěděly více o klientově vztahové a sexuální historii: *Celej život se prej takhle choval, jejich maminka se kvůli tomu hodně trápila; Evidentně z vyprávění to bylo takový celej život.*

Rodina je účastna i situací, kdy si personál rady ví – jen potřebuje souhlas, např. pro zprostředkování služby sexuální asistence: *Jinak jsme to řešili i se synem, že by tam mohla chodit [sexuální asistentka], ale to syn jaksi odmítl... protože on tohle platit nebude, protože on chtěl peníze z důchodu.*

### 5.3.3 Společnost a společenské představy

Dalším tématem, které se v rozhovorech objevovalo, je společenská představa o sexualitě ve stáří. Respektive spíše představa o asexualitě stáří: *Prostě když seš starej, tak už na tyhle věci ani nemyslí.* S tabuizací sexuality ve stáří se setkávají ve svém okolí: *Co mám třeba kamarádky, nebo jako známý, kolegyně v jiných zařízeních, tak mi přijde, že je to prostě tabu.* Tabuizaci vnímají na úrovni celé společnosti: *V té společnosti je to téma prostě uzavřený; Zůstává to tabu u laiků.* Popírání je přisuzováno hlavně mladé generaci: *Ta mladá generace prostě vůbec nechápe.* A kde je v tomhle případě hranice mládí? *Dokud sami nejsou v tom věku 70+, tak to není nic moc.*

Popírání seniorské sexuality souvisí i s celkovým negativním obrazem stáří: *Mladá generace... Vždyť přeci senioři, to jsou ty, co potkávaj v obchodech, a potom už jsou mrtví; Nemají na nic nárok. Zvlášť na klienty domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem takové představy míří: Jen tím, že je člověk senior, a nedej bože, že je z domova se zvláštním režimem!*

Pro klienty samotné dané společenské představy limitující nejsou, komplikují ale práci personálu – ten je totiž často sdílí a k sexualitě klientů se staví negativně. Co si z toho jedna z informantek odnáší? *Ještě více musím svým kamarádům říkat, že sexuální život nekončí po padesátce.*

## 5.4 Faktory vlivu na prostředí vstřícné k sexualitě

### 5.4.1 Bariéry práce se sexualitou

Napříč rozhovory se objevovaly různé zmínky o tom, proč se v tom daném zařízení nebo týmu se sexualitou nepracuje, nezohledňuje se nebo se neřeší lépe. Na jejich přehled v téhle podkapitole navazují později zmíněné faktory, které podporují práci se sexualitou a pomáhají personálu v péči.

Základní komplikací bývá, že je sexualita *až tak dvacátou položkou na seznamu věcí, který je třeba řešit; Řešíme mnohem důležitější témata.* Když je v organizaci celkově *chaos a zmatek, špatná péče, tak nějaké rozmáry se sexem, to vůbec.*

Provozně-technické podmínky zařízení se také mohou stát bariérami. Informantky nakonec ale nerefletovaly tolik dané a obtížně změnitelné podmínky (jednolůžkové vs. sdílené pokoje), jako spíše provozní podmínky dané provozním řádem a přístupem personálu, které jsou přiblíženy v závěru podkapitoly 5.2.1. Jednolůžkové pokoje pak mohou pocít soukromí a vnímání vlastního prostoru pro naplňování mj. i sexuálních potřeb výrazně podpořit, jak ale jedna z informantek uvádí, *rozhodně to není ideální řešení pro všechny, rozhodně ne pro nepohyblivé klienty*. Z praktických opatření jsou na stole zejména uzamykatelné pokoje a klepání na dveře před každým vstupem. Pozoruhodné je téma intimní místnosti. Informantky, které působily v zařízeních se sdílenými pokoji, poukazyvaly na to, že v případě, že se dva klienti (nebo klient s partnerem žijícím mimo zařízení) chtějí setkat v soukromí, jsou jejich možnosti značně omezené. Ve snaze jim takové setkání umožnit jedna z nich uváděla alternativní řešení: *Tam se to třeba řešilo koupelnou, ta byla velká, tak jsme jim tam pomohli se dostat*. Doplnuje ale, že ho zdaleka nepovažuje za vhodné: *...bylo to hodně nedůstojný vůči těm lidem*. Další informantka zprostředkovávala klientovi návštěvu sexuální asistentky, ten ale žil ve sdíleném pokoji. Zařízení nemělo k dispozici intimní místnost, a tak situaci vyřešila domluvou schůzky do odpoledních hodin, kdy byl druhý klient z pokoje na společném programu.

Pro citlivou komunikaci klienta s personálem je třeba mít dostatečně silný vztah. Tomu může bránit institucionalizovaná péče a *ústavní prvky v tom*, ale i vysoká fluktuace zaměstnanců: *Takže vlastně ani nemáte čas, abyste ty lidi poznali v týmu, natož pak nějaký vztah klient a pracovník*.

Ukazuje se, že komplikovaná bývá i multidisciplinární komunikace mezi zaměstnanci: *Oni od nás vlastně nechcous slyšet nějaký připomínky nebo cokoli*. Svět managementu zůstává často odtržen od každodenní reality péče: *Management vůbec nejde mezi klienty, mezi pracovníky*. A to i na úrovni sociální pracovníce – pečovatelky: *Sociální pracovníci se s náma baví, jen když něco potřebují; Jsou to vlastně dvě úplně oddělený konverzace*.

Zvlášť u takhle citlivého tématu může být pro klienty téměř nemožné domáhat se změny nebo se za sebe postavit. V jednom z rozhovorů informantka vykreslovala obtížnou pozici klientky, které se snažila pomoci domáhat se práva se v rámci osobní hygieny koupat ve vaně. Podnikly nějaké kroky, ale nakonec narazily: *Ona se bojí jít dál, protože tady musí dožít, nemá kam jít, protože nikde jinde ji nevzali, jen tady*. Ilustruje tak zranitelnou pozici klientů ve vztahu k personálu i organizaci.

#### 5.4.2 Bariéry na straně klientů

Jedna z informantek uvádí, že s klienty otevřela diskuzi o intimitě a vztazích i proto, že jí zajímalo, *proč je to problém*. Ukázalo se, že nejvýrazněji pocíťovanou bariérou na straně klientů je stud. A to jak před

ostatními klienty, tak před personálem. Projevuje se strachem, že přijdou do řeči: *Je to malý domov. Ona říkala, já tady půjdu k někomu na návštěvu a všichni budou vědět, že to spolu děláme. Jim to hrozně moc vadí, že nemají soukromí.* Doplnuje, že je to častěji obavou žen: *Ty chlapi se s tím spíš pochlubí a ty ženský jsou z toho pak nešťastný.* Stud je přítomný i směrem k personálu, nezávisle na tom, že má klientka samostatný pokoj: *Paní říkala, že by chtěla třeba dělat sama si autoerotiku, ale že se stydí, že má pomůcky, který si přinesla, ale že si je nemůže uklidit na místo, protože by přišly ráno ty sestry a viděly to tam.*

Mezi další bariéry patří dle výpovědí informantek zdravotní obtíže: *Tak většinou ty chlapi mívaj problém s erekcí, logicky.* U žen je tam problém taky té inkontinence, to hodně řeší. Ze zdravotních obtíží klienty trápí ještě vysoký tlak. Vedle toho je brzdí negativní obraz sebe sama, nízké sebevědomí a vůbec nechutí se sexuálně realizovat: *Vždyť já vypadám, že jsem hnusná, a už na to nemám náladu, říkala.* Zřejmá je taky mnohem větší fyzická náročnost samotného aktu ve stáří: *To není o tom, že by ta potřeba nebyla, ale že je pro ně mnohem fyzicky náročnější se tam dopracovat. Vysvlíct se, být vykoupáný... shodit tričko a kalhoty je půlhodinová záležitost.*

#### 5.4.3 Faktory podporující vstřícnost k sexualitě

Hlavním faktorem, který dle slov informantek umožňuje situace spojené se sexualitou klientů dobře zvládat, je vzájemná podpora a vztahy v týmu. Vyzdvihována je zejména možnost požádat o pomoc a společně se poradit nad konkrétním případem: *Hodně v týmu o tom komunikujeme, nebojíme se říct v jakékoli situaci, hele, já to nezvládám nebo já potřebuju pomoct.* Vůbec možnost o zažitých situacích mluvit je důležitá: *My jsme si to nějak řekly mezi sebou a šla jsem dál, nějak jsem to nedržela, vypustila jsem to a šla jsem dál.* Ventilování emocí někdy stačí, jindy je třeba se společně poradit o dalším postupu. Na místě je pak i řešení situace společně reflektovat a poučit se z něj do budoucna: *Ta situace pro nás byla takový ponaučení, ...když jsme o tom pak společně mluvili na poradě.*

Komunikovat je třeba nejen v konkrétním týmu, ale i vertikálně napříč jednotlivými úrovněmi organizace: *Mohli jsme si třeba sednout a všichni si o tom popovídat... To by možná i pomohlo, abychom se zorientovali, co se vlastně dělo nebo nedělo; Management nejde mezi klienty, mezi pracovníky.*

Podporu personálu v řešení komplikovaných a náročných situací může doplňovat supervize: *Hrozně dobrý tady na to je mít supervizi. My tam nikoho nenutíme, ale pomáhá to; Když nám tam začal dělat supervize, ...ten celý tým dokopal do hrozně dobré úrovně.*

Informantky také volaly po kvalitním vzdělávání ohledně sexuality ve stáří: *Mně by se líbilo mít školení, který by se tomu fakt věnovalo... Máme spoustu školení, který jsou úplně o ničem.* Absolvované školení nehodnotila informantka nijak pozitivně: *A v tom jednom školení vám to tam vyprávěj jako když jste na základce a bavíte se o sexuální výchově, tak bych to přirounala.* Cílem takového ideálního kurzu by pak

dle výpovědí mělo být vůbec šíření povědomí o sexualitě ve stáří, aby se vlastně protrhlo to tabu kolem. Zajímalo by je shrnutí možností, které vůbec v práci se sexualitou existují: *Jaký možnosti vůbec máme? Jo, jsou nějaký nějaký společnice, a už to když jsem holčám řekla, tak byly v šoku, ani nevěděly, že to existuje.* Jaké přínosy může mít intimní místnost: *Aby tam byli o samotě, protože když máte dvouůžkový pokoj, tak ten druhý klient to nebude akceptovat, žejjo.* Zároveň doplňuje, že situaci vyřešila tak, že sexuální asistentku klientovi objednala na odpolední hodiny, když byl jeho „spolubydlící“ na aktivizačním programu. Kromě možností záměrné práce se sexualitou mají informantky zájem o konkrétní návod nebo tipy, jak se zachovat v situacích spojených se sexualitou, zejména v případech sexuálního obtěžování: *Občas člověk nemusí vědět, jak se správně zachovat.* Jedna z informantek doplňuje spontánně vzniklý postup pro řešení situací sexuálního obtěžování směrem k personálu. V aktuální situaci nejčastěji funguje slovní ohrazení se vůči klientovi. Pokud se to opakuje nebo slova a zvýšení hlasu nestačí, promluví si s klienty z pozice sociální pracovníce. Nezbytné je každé obtěžování hlásit vedení, aby bylo možné je sledovat a vyhodnocovat. Personál má kromě diskuze v týmu možnost téma otevřít na supervizi. V nejzazším případě volí razantní strategii – přestěhování klienta do jiného patra nebo na jiný pokoj. Mechanismy řešení sexuálního obtěžování a násilí a příklady dobré praxe mohou být dalším užitečným obsahem onoho školení. Jedná se o poměrně časté případy i v pobytových sociálních službách pro seniory a v současné době je většina organizací řeší neformálně po svém.

## 6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole se budu nejprve tematicky vracet na začátek teoretické části práce, v němž byla představena základní teoretická východiska práce – koncept kvality života, koncept aktivního stárnutí a přístup zaměřený na člověka. Ty se pokusím provázat se zjištěními získanými v realizovaném výzkumu. Druhou část této kapitoly bude tvořit shrnutí výzkumných zjištění, která budou tentokrát uvedena do souvislosti s relevantní literaturou a dalšími výzkumy.

### 6.1 Teoretická východiska práce

Prvním z teoretických východisek práce je koncept kvality života. Argumentace role sexuality v udržení a zlepšení kvality života klientů byla předložena v kapitole 4.4 v teoretické části práce. Zdravé prožívání vlastní sexuality má pozitivní vliv na sebepoznání, potěšení a pozitivní sebepojetí i na výskyt duševních onemocnění (Souza et al., 2022); úroveň sexuální aktivity je pak propojena s celkovou životní spokojeností, dokonce je sexuální spokojenost jedním z jejích prediktorů (Skalacka a Gerymski, 2019). Taková tvrzení realizované výzkumné šetření sice explicitně nepotvrzuje, ale alespoň poukazuje na větší spokojenost klientů v partnerském vztahu a po naplnění sexuálních potřeb. Limit srovnávání výzkumných zjištění zaměřených na perspektivu personálu s hodnocením kvality života klientů je zřejmý – perspektiva personálu nemůže být pro hodnocení kvality života klientů dostatečná (a často ani relevantní). Van Malderen, Mets a Gorus (2013) pro prostředí institucionalizované péče přidávají tři faktory kvality života klientů: úroveň zdravotní a sociální péče, participaci a smysluplné trávení volného času. Právě možnost rozhodovat o trávení vlastního času, věnovat se preferovaným činnostem a související integrace s okolím jsou témata, která bezprostředně souvisí i s možností prožívat svobodně vlastní sexualitu – a jako taková se prolínají i zjištěními realizovaného výzkumu.

V souvislosti s konceptem aktivního stárnutí bylo zmíněno, že se musí v současné době vyrovnávat s kritikou přílišné normativnosti aktivity a nezávislosti (Hasmanová Marhánková, 2018). To je úvaha, která se ve výzkumných zjištěních neodrážela – pravděpodobně proto, že jsou klienti pobytových sociálních služeb pohledem společnosti již z nároku na aktivitu „vyvázání“. Snaha o umožnění klientům stárnout aktivně a „užít si zbytek života naplno“ byla naopak živá a přítomná. Ve výsledcích výzkumu se vedle toho objevila témata možnosti klientů svobodně rozhodovat o trávení volného času a respektování jeho potřeb, přání a soukromí; ta s konceptem aktivního stárnutí souvisejí.

Třetím teoretickým východiskem byl přístup zaměřený na člověka, který tvoří etický rámec celé práce, neb je definující i pro podobu sociální práce v České republice jako takové – vychází z něj totiž určující zákon č. 108/2006 Sb. Ve výzkumu se objevoval např. v situacích, kdy personál vyslyšel klientovy potřeby a podporoval jejich naplnění či v respektu k jedinečnosti osobnosti a kontextu klienta jeho přijetí – včetně jeho potřeb nebo projevů souvisejících se sexualitou.



## 6.2 Shrnutí výsledků výzkumu a jejich interpretace

V předchozí kapitole byla prezentována hlavní témata pojmenovaná ve výzkumu, skrze něž personál v přímé péči utváří význam fenoménu intimity a sexuality klientů. Pro pochopení prožívání této zkušenosti je určující vlastní postoj k tématu intimity a sexuality ve stáří – ten informantky reflektovaly zpravidla pozitivně a otevřeně. Rozdíly vznikaly v reakcích na různé projevy takového chování (vztahy ve stáří byly vnímány pozitivněji než nekontrolované projevy sexuality). Jak uvádějí Lester et al. (2016), reakce personálu se značně liší – u něžnějších projevů mají tendenci být pozitivní, obecně se ale snaží projevy sexuality potlačit či znemožnit. V předloženém výzkumu jsou postoje i reakce popsané personálem značně vychýleny k těm pozitivním. Jako hlavní faktor vlivu na svůj pozitivnější postoj oproti dřívějšímu označují svůj věk. Personál pak svými postoji a reakcemi nepřímo určuje, jaká vyjádření sexuality jsou považována za přijatelná (Mahieu et al., 2016). Pokud nemá personál dostatek informací a opory, rozhoduje se v konkrétních situacích na základě vnitřního pocitu morální správnosti (Cook et al., 2017). Zjištění výzkumu tomuto tvrzení odpovídají, informantky reflektovaly, že se často snaží klientům v naplnění sexuálních potřeb vyjít vstříc, chybí jim ale relevantní informace, odborné zázemí a často i podpora ostatních. Ve výzkumu se také často distancovaly od odmítavých a negativních postojů svých spolupracovníků, čímž poukazovaly na přítomnost tabuizace tématu, neochoty o něm mluvit a vůbec ho řešit. V souvislosti s tím vyvstávala ve výzkumu potřeba kvalitního vzdělávání, které by nejen poskytlo potřebné informace a praktické postupy, ale i posunulo vnímání sexuality jako přirozené součásti života i u ostatních pracovníků. Praktické postupy byly zmiňovány zejména v souvislosti s reakcemi na sexuální obtěžování, které je poměrně častým tématem, každá organizace i konkrétní pracovník (respektive pracovnice) s ním ale zachází po svém. Jak poukazují Mahieu et al. (2016) a Walker a Harrington (2002), vzdělávání personálu posiluje pozitivní, podporující a proaktivní postoje, které přispívají k efektivnějšímu naplnění potřeb klientů v oblasti sexuality. Preference v obsahu vzdělávání zjištěné ve výzkumu se do velké míry shodují s doporučeními v literatuře: Syme, Lichtenberg a Moye (2016) jako základ vzdělávání označují povědomí a přijetí vlastních postojů k sexualitě a doplňují je diskuzí s personálem o vlastních hodnotách, právech a potřebách klientů a zprostředkováním faktických informací o sexualitě ve stáří. McAuliffe et al. (2016) doplňují ke zmíněným ještě standardy a politiky, konsent a perspektivu práva.

Představy o intimitě a sexualitě ve stáří byly veskrze pozitivní, informantky poukazovaly na to, že je potřeba blízkosti přítomná v každém věku a jen se ve stáří proměňují preferované formy jejího naplnění; například pohlavní styk ztrácí na své primaritě a nahrazují jej „jemnější“ projevy náklonnosti. Výzkumy zaměřené na sexuální aktivitu v průběhu života klesající frekvenci pohlavního styku potvrzují (Lindau et al., 2007; Stentagg et al., 2021), stejně tak je v literatuře přítomné tvrzení, že intimita je ve stáří přítomná, jen nabývá nových podob (Gott a Hinchliff, 2003; Gott, 2005; Skalačka a Gerymski, 2019; Venglářová, 2007). Ve výsledcích výzkumu nebyla zřejmá redukce témat intimity a sexuality na pouhý pohlavní styk,

naopak se ukázalo, že k představě o těchto tématech ve stáří patří různé něžnější projevy náklonnosti a stále jde o naplňování potřeby blízkosti další osoby.

S představami o sexualitě ve stáří souvisejí i společenské předsudky, které ve výsledcích výzkumu tvoří celé jedno téma. Vystával jejich vliv na rodinné příslušníky, kteří jsou často vůči sexualitě svých (pra)rodičů odmítaví a popírají ji. Odmítavé postoje byly častým tématem i u zmínek o dalším personálu. Na negativní postoje personálu má dle výzkumu kromě společenské tabuizace tématu vliv snaha zapadnout do týmu, neznámost tématu a to, že se jedná o vysoce citlivé a osobní téma, do něž personál někdy z principu odmítá vstupovat. Gewirtz-Meydan et al. (2019) upozorňují na to, že společenské představy o asexualitě stáří drží v projevech sexuality zpátky právě konkrétní seniory, kteří se stydí se jako sexuální bytosti projevovat ze strachu z odsouzení nebo ztrapnění. V realizovaném výzkumu byl právě stud a obava z reakcí ostatních identifikován jako významná bariéra. Naopak pro klienty domovů se zvláštním režimem a klienty s demencí v domovech pro seniory je charakteristická částečná nebo úplná absence studu a častější je i sexuálně nevhodné chování. To potvrzují i publikace Ehrenfelda et al. (1999) a Makimota et al. (2015).

Pozoruhodným tématem, které je ve výsledcích výzkumu přítomné, je diskuze nad vnímáním vlastní role ve vztahu k sexualitě klientů. Úvahu jsem rozdělila na dvě osy: „zda sexualita klientů do mé práce patří, nebo nepatří“ a „zda je moje role aktivní, nebo reaktivní“. Rozporuplné pak byly situace, které stavěly na jednu stranu autonomii, svéprávnost a soukromí klienta a na stranu druhou nutnost ochrany klientů, dodržení standardů péče i organizační kultury, jak je popisuje Bělehradová (2020). Informantky popisovaly situace, kdy se obávaly o fyzickou bezpečnost klientky nebo kdy respektovaly rozhodnutí klientů se přestěhovat do společného pokoje, které všem zúčastněným stranám nakonec přineslo komplikace na několik dalších měsíců.

Komunikace s klienty o jejich sexualitě může být náročná pro obě strany. V teoretické části práce je představena jako jedna z možností práce se sexualitou klientů a jako nástroj vzdělávání klientů ohledně konsentu, vlivu medikace či sexuálního zdraví (Gott, 2005; Villar et al., 2014). Ve výzkumu se konverzace s klienty objevovaly v případech, kdy klient vyjádřil své sexuální potřeby a personál mu vycházel vstříc v jejich naplnění, a v případech, kdy personál cítil potřebu projevy sexuálního chování naopak usměrňovat tak, aby neomezovaly nebo neobtěžovaly ostatní. V otevření konverzace personál zdůrazňuje citlivý přístup a vhodný jazyk, ale zároveň otevřenou a upřímnou komunikaci; ostych zde není na místě. Tarzia et al. (2013) souzní s prvním bodem, doplňuje k němu ještě respekt k různým emocím, využití hypotetických scénářů a výběr vhodného pracovníka. Jak se ukázalo i ve výzkumu, dobrý a blízký vztah klienta a pečující osoby je totiž pro citlivé sdílení tématu naprosto stěžejní. V organizacích mu kromě dvou zúčastněných mohou bránit i další faktory, např. vysoká fluktuace zaměstnanců nebo jejich pracovní přetížení.

Hlavní významy, které personál své zkušenosti s tímto fenoménem přikládá, se však nacházejí v konkrétních situacích, v jejichž popisu podhaluje svoje porozumění sexualitě a intimitě klientů. Spousta popisovaných situací a postřehů souvisela s respektem ke klientovi a jeho soukromí a s celkovým přístupem k organizaci k autonomii klientů. Soukromí je zčásti poměrně pevně dáno technickými podmínkami, jako jsou dispozice pokojů (jednolůžkové či sdílené) nebo přítomnost intimní místnosti. Do velké míry jej ale může ovlivnit personál svým přístupem a chováním, např. ťukáním na dveře před vstupem nebo nevstupováním v případě, že má klient návštěvu. Svou roli hrají také provozní podmínky, tedy mj. míra organizace společného a osobního času. Personál opět může na tomto místě ovlivnit svůj přístup v respektování rozhodnutí klientů o trávení volného času. V kontextu soukromí stojí za zmínku i role rodinných příslušníků. Jak uvádí Lester et al. (2016), organizace někdy považují souhlas rodiny nebo jiných zastupujících osob s péčí o sexualitu klienta. Ve výzkumu takový souhlas nefiguroval, lišily se ale názory na to, nakolik může a má být rodina k diskuzi o klientově sexualitě přizvána. V některých popisovaných případech byli rodinní příslušníci přizváni jako „nejvyšší instance“ k řešení případů sexuálního obtěžování či jiných náročnějších situací s klienty, aby jim takřkajíc domluvili. Možná až kontroverzně může nakonec působit požadování souhlasu rodinných příslušníků se zprostředkováním služby sexuální asistence nebo pořízením erotických pomůcek, na stole jsou však praktické otázky a finance.

V porovnání předložené literatury a realizovaného výzkumu se liší perspektiva náhledu na vedení organizace. Zatímco teoretická část představuje nástroje a možnosti, které má či může mít management organizace k dispozici pro práci se sexualitou, realizovaný výzkum charakterizuje perspektivu personálu v přímé péči. Tyto dva pohledy se proto mohou doplňovat. V teoretické části práce byly představeny následující možnosti práce se sexualitou: vzdělávání personálu ve výše jmenovaných oblastech, konverzace o sexualitě (a vzdělávání klientů skrze ně), změny v rolích a organizační struktuře, sexuální asistence a opora ve standardech a metodikách. Vedle toho z výzkumné části vyplynuly hlavní faktory, které personál vnímá jako podpůrné ve vstřícnosti k sexualitě a zvládnutí pracovních situací, které se jí týkají. Patří mezi ně primárně podpora a vstřícná atmosféra v pracovním týmu, kde mohou pracovníci bezpečně ventilovat emoce a konstruktivně se radit o vzniklých situacích a konkrétních případech, případně společně reflektovat již proběhlá řešení. Nezbytná je však komunikace i napříč celou organizací, a to jak horizontálně napříč specializovanými skupinami pracovníků, tak vertikálně směrem k vedení a zpět. Ve výzkumu se jako podpůrný faktor prosadila pravidelná supervize. Velká poptávka byla také po kvalitně vedeném vzdělávání, jehož preferovaný obsah je nastíněn výše.

## 7 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE

V rámci této diplomové práce byl realizován kvalitativní výzkum, postavený na základě interpretativní fenomenologické analýzy. Jeho cílem bylo porozumět zkušenosti personálu v přímé péči s fenoménem intimity a sexuality klientů pobytových sociálních služeb pro seniory. Tvorba dat probíhala metodou polostrukturovaných rozhovorů, jichž bylo nakonec realizováno pět. Každý případ byl nedlouho po rozhovoru analyzován a opatřen kódy, komentáři a poznámkami, které byly následně shromážděny do témat. Po ukončení této fáze práce s daty jsem pracovala s vystupujícími tématy, reorganizovala jsem je, hledala a popisovala mezi nimi souvislosti a pojmenovávala jejich vztahy. Vznikl tak soubor několika základních témat, která ilustrují to, jaké významy personál fenoménu intimity a sexuality klientů přisuzuje. Ty se povětšinou propisují do popisovaných situací a vyprávěných příběhů, které jsou součástí i výše uvedené kapitoly věnované prezentaci výsledků.

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumného šetření se jeho závěry nedají zobecnit, i tak ale poskytují náhled na to, jak je pro personál důležitý vlastní postoj k sexualitě ve stáří a jak vypadají některé ze situací, s nimiž se v kontextu sexuality klientů ve své práci setkávají. Pozoruhodný je náhled na rozdíly v postojích informantek a vnímaných postojích ostatního personálu. Kromě postojů však výzkum poukazuje na vstřícnost a snahu vyhovět klientům i v oblasti sexuálních potřeb. Často jim vůbec neběží hlavou, zda danou situaci umožní, ale jak to udělají, aby to fungovalo pro všechny zúčastněné.

Limitovaná zobecnitelnost závěrů výzkumů ale nemusí nutně omezovat využitelnost poznatků prezentovaných v této diplomové práci v praxi. Pro přenos do praxe jsou z teoretické části práce stěžejní pravděpodobně dvě poslední kapitoly – jedna z nich vykresluje témata intimity a sexuality v patřičné šíři a argumentuje jejich nadčasovost vůči věku jedince. Druhá z nich nabízí některé praktické možnosti práce se sexualitou, jež mohou organizace i jednotlivci využít. Jejich součástí jsou konkrétní doporučení pro komunikaci o tématu, stěžejní okruhy, které by měly být pokryty v rámci specializovaného vzdělávání pro pracovníky, rozdělení příslušných rolí v rámci organizace a možnosti pro tvorbu metodik a dalších písemných opatření. Jsou zde také shrnuty informace o službě sexuální asistence a aktuální české scéně na poli práce se sexualitou v sociálních službách. Výzkumná zjištění dokreslují do výsledného obrazu perspektivu personálu v přímé péči včetně vnímaných bariér a katalyzátorů ve vztahu k sexualitě klientů. Celkově může diplomová práce sloužit jako první krok či odrazový můstek pro vedení organizací, které se tématu nebojí a chtějí s ním aktivněji pracovat.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo popsat vnímání tématu intimity a sexuality ze strany personálu v přímé péči v pobytových sociálních službách. Usiluje o získání porozumění tomu, jak personál vnímá a prožívá téma intimity a sexuality a jaké mu přisuzuje významy.

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.

Nedílnou součástí této diplomové je i kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo porozumět zkušenostem personálu v přímé péči s fenoménem intimity a sexuality klientů v sociálních službách pro seniory. Výzkum zahrnoval pět polostrukturovaných rozhovorů s informantkami, které v současné době působí nebo dříve působily na pečovatelských a ošetrovatelských pozicích. Rámec pro tvorbu a analýzu dat poskytla interpretativní fenomenologická analýza, která umožňuje do hloubky prozkoumat významy, které fenoménu respondenti připisují, a jejich vzájemné souvislosti. Zjištění naznačují, že personál je vstřícný a snaží se vyhovět klientům i v oblasti sexuálních potřeb. Omezení výzkumu spočívá v jeho

kvalitativní povaze, což znamená, že jeho závěry nelze zobecnit. Výsledky výzkumu doplňují teoretickou část práce a společně pak poskytují ucelený obraz perspektivy personálu v přímé péči včetně vnímaných bariér a katalyzátorů ve vztahu k sexualitě klientů. Mohou tak přispět k dokreslení toho, jak se téma intimity a sexuality klientů objevuje v pobytových sociálních službách pro seniory v České republice.

## BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

- Alzheimer Europe. 2019. *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2019-estimating-prevalence-dementia-europe>.
- 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](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". In , 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 hodnocení 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>.

———. 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](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>.

ČSSZ. 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>.

ČSSZ. 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>.

Disman, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Dolan, I., A. Grombířová, D. Dolanová, a T. Šrámková. 2012. „Sexuálny život seniorov žijúcich v sociálnych 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&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjh47Gj9Kj8AhVPwAIHHTDeCFIQFnoECAoQAw&url=https%3A%2F%2Ffeige.europa.eu%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2Fmh0419038csn\\_002.pdf&usq=AOvVaw0gvH2Am6bvnQpgd\\_rKZ8yw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjh47Gj9Kj8AhVPwAIHHTDeCFIQFnoECAoQAw&url=https%3A%2F%2Ffeige.europa.eu%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2Fmh0419038csn_002.pdf&usq=AOvVaw0gvH2Am6bvnQpgd_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*. Vyd. 2., Podstatně přeprac. a Dop. Praha: Havlíček Brain Team.

Haškovcová, Helena. 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd. 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*. Vyd. 1. 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. b.r. „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 nevyléčitelně nemocných". In *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Koldinská, Kristina. 2021. „A zase ta feminizace – tentokrát v sociálních službách". *Feminismus.cz* (blog). 2021. <https://www.feminismus.cz/cz/clanky/a-zase-ta-feminizace-tentokrat-v-socialnich-sluzbach>.
- Kostínková, Jana, a Ivo Čermák. 2013. „Interpretativní fenomenologická analýza". In *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- 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](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'Muircheartaigh, 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>.
- Mahieu, Lieslot, Kim Van Elssen, a 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>.
- 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, Michael Bauer, Deirdre Fetherstonhaugh, a Carol Chenco. 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](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](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-abcf-e555-c291-1005da36d02e](https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Strategicky_ramec_pripravy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf/99bc6a48-abcf-e555-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](https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2021+%282%29.pdf/5fe30df9-423b-9fa2-a5da-24e41ac3eb9a).

Mroczek, 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>.

Mulhall, John P., Xuemei Luo, Kelly H. Zou, Vera Stecher, a Aaron Galaznik. 2016. „Relationship between Age and Erectile Dysfunction Diagnosis or Treatment Using Real-World Observational Data in the USA". *International Journal of Clinical Practice* 70 (12): 1012–18. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12908>.

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. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>.

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 Senioři/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](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/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_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>.
- 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>.
- 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>.
- 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>.
- Smith, Jonathan A., Paul Flowers, a Michael Larkin. 2022. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. 2nd edition. London; Thousand Oaks, California: SAGE.
- 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  $\geq 60$  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.

Švaříček, Roman, a Klára Šedová. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

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. b.r. „UNECE Ministerial Conference on Ageing".

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>.

Venglářová, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. 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](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, Kariën, Tineke S. M. Roelofs, Leonieke C. van Boekel, a Katrien G. Luijkx. 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](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](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](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2).

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