

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

**Sexualita seniorů v totální instituci z perspektivy
poskytovatelů sociálních služeb**

Bc. Karolina Tichá

Plzeň 2018

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

**Sexualita seniorů v totální instituci z perspektivy
poskytovatelů sociálních služeb**

Bc. Karolina Tichá

Vedoucí práce:

PhDr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2018

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2018

.....

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Jaroslavě Hasmanové Marhánkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, ochotu, trpělivost a poskytnutí cenných rad. Dále bych ráda poděkovala rodině a přátelům za podporu během celého studia a v neposlední řadě děkuji participantkám a participantům, bez jejichž ochoty a času by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

1 ÚVOD	1
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	4
2.1 Stáří	4
2.1.2 Stáří jako sociální konstrukt.....	8
2.1.2.1 Tělo a sexualita odrazem sociálních konstrukcí.....	10
2.2 Sexualita.....	13
2.2.1 Desexualizované stáří.....	16
2.3 LGBT senioři.....	18
2.4 Domovy pro seniory jako forma totální instituce.....	21
2.4.1 Péče o seniory v institucionálním prostředí	24
2.4.2 LGBT senioři v domovech pro seniory.....	26
3 METODOLOGICKÁ ČÁST.....	29
3.1 Výzkumné cíle	29
3.2 Výzkumný vzorek	29
3.3 Metody sběru dat	30
3.3.1 Metody analýzy dat.....	32
4 SUBJEKTIVNÍ POSTOJE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	33
4.1 Přirozená (netematizovaná) sexualita v životě seniorů.....	33
4.2 Intimita a fyzický kontakt mimo sexualizované termíny	40
4.2.1 Desexualizace partnerského života ve stáří	43

5 ŽIVOT A SEXUALITA V INSTITUCIONÁLNÍM ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	47
5.1 Sexualita, tabu a ticho	50
5.2 Poskytovatelé sociálních služeb jako sexuální objekty	53
5.3 Sexuální realizace klientů v totální instituci očima pečovatелů	56
5.3.1 „Vycouvat a zavřít dveře“	58
6 DVOJITÉ ZNEVIDITĚLNĚNÍ LGBT SENIORŮ V INSTITUCIONÁLNÍM ZAŘÍZENÍ	62
6.1 Homosexualita, tabu a ticho	67
6.2 „Žít Coming out“ v institucionálním zařízení	69
6.3 Uzavřené téma LGBT seniorů	73
7 ZÁVĚR	76
8 SEZNAM LITERATURY	81
9 RESUMÉ	90
10 PŘÍLOHY	92
10.1 Topic guide k rozhovorům	92
10.2 Profily participantů	99

1 ÚVOD

Stáří a život seniorů¹ se v současné době stále častěji stávají předmětem zájmu sociálních věd. Výzkumy se obecně zaměřují na oblasti jako je aktivní stárnutí, či role rodiny v životě seniora. Neméně důležitým tématem těchto výzkumů jsou pak sociální služby. V posledních letech se do oblasti zájmu dostala především institucionální zařízení, tedy domovy pro seniory, které mnohdy této specifické skupině jednotlivců nahrazují domácí prostředí, které museli z různých (ve většině případů zdravotních) důvodů opustit. Seniori mohou využívat různá pobytová zařízení, ať už denní, týdenní či celoroční. Z průzkumů však vyplývá, že nejčastěji stárnoucí jedinci využívají domovy pro seniory, tedy celoroční zařízení. Přesto, že nadpoloviční většina seniorů v České republice (69 %) využívá samostatného vlastního bydlení, což převyšuje evropský průměr (65,6 %) (srov. ČSÚ, 2017: s. 20), longitudinální výzkumy ukazují, že procento seniorů v pobytových zařízeních se v čase zvyšuje. V roce 2012 využívalo toto institucionální zařízení 36 490 klientů, o rok později pak o něco více, tedy 36 598 klientů, přičemž největší podíl zastoupení mají seniori ve věkovém rozmezí 79-85 let (14 287) a 86-95 let (14 056) (srov. k r. 2012, 2013, ČSÚ, 2015: s. 30-32). Instituce domova důchodců (dále jen DD) má svá specifika, jež ovlivňují konstrukci seniorova života v tomto prostředí. Příkladem je neustálá kontrola ze strany poskytovatelů sociálních služeb, ztráta soukromí, obývání sdílených pokojů či nutné dodržování pravidel chodu DD. V tomto ohledu je relevantní klást si otázku po tom, jak jsou v těchto zařízeních uspokojovány potřeby seniorů ve vztahu k sexualitě a potřebě intimity.

¹Jsem si vědoma skutečnosti, že mezi seniory i poskytovateli sociálních služeb se vyskytuje nadpoloviční většina žen, avšak v předkládané práci je primárně užíváno generické maskulinum, tedy souhrnné označování mužů i žen prostřednictvím rodu mužského a to především z důvodu stylistiky, orientace a přehlednosti. Stejná forma je využívána v souvztažnosti s LGBT seniory.

Senioři jsou obecně považováni za desexualizovanou část společnosti, tento předpoklad je však mylný, a proto jsem si pro mou práci zvolila právě tuto problematiku. Dílčím tématem mé práce je sexualita seniorů v rámci totální instituce a specificky pak hlavně LGBT² senioři, jelikož právě v totálních institucích je výrazně viditelný fenomén heteronormativity.

Touto tématikou jsem se rozhodla zabývat také proto, že aktivně spolupracuji se seniory. Aktuálnost tohoto tématu je zjevná. Jsme svědky rozvoje aktivit, klubů a celkového kulturního vyžití pro jedince v pozdějším věku. Odchod do důchodu, potažmo život v důchodu, může být mnohdy stresující a razantně ovlivňuje kvalitu života jedince v pozdějším věku. O to více se život seniora promění, pokud je nutné, aby své stáří strávil ve specializovaných institucích, tedy domovech pro seniory. Je nutné zabývat se nejen kvalitou poskytovaných služeb, ale i individuálními potřebami, jež senioři v těchto sociálních zařízeních mají.

Cílem mé práce je ukázat, jak poskytovatelé sociálních služeb nahlíží na sexualitu seniorů v DD. Zda je toto téma v institucionálním prostředí diskutováno a jak, (pokud vůbec) mohou senioři realizovat své sexuální potřeby v tomto specifickém prostředí.

Teoretická část mé diplomové práce se zaměřuje na sexualitu seniorů v totální instituci. Nejdříve je zacíleno na proces stárnutí a vymezení pojmu stáří. Posléze se práce zabývá seniory, jakožto specifickou skupinou jednotlivců a jejich sexualitou. Dále práce pojednává o LGBT seniorech, kteří tvoří nedílnou součást této skupiny ve společnosti.

²Zkratka LGBT představuje lesby, gaye, bisexuály a transgender jedince, nebo zkráceně trans. Ve společnosti tito jedinci tvoří pozici menšiny, proto se mnohdy stávají objekty znevýhodnění či marginalizace (Novotná et al., 2016).

V neposlední řadě se text zaměřuje na DD jako totální instituce a jejich charakteristiky, které zásadně ovlivňují subjektivní sexuální projevy. Tematicky je teoretická část mé práce rámcována zásadními koncepty, jako je institucionální heteronormativita a její vývoj v totální instituci, desexualita stáří nebo teorie intersekcionality u LGBT seniorů. Výzkumná část se poté explicitně na danou tematiku zaměřuje optikou poskytovatelů sociálních služeb, jakožto aktérů, kteří jsou se seniory v každodenním kontaktu, a jejichž postoj se výrazně odráží v toleranci individuálních potřeb seniorů v dané instituci.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stáří

Život jednotlivce zahrnuje různá vývojová stadia, jež mají určité charakteristiky, přičemž v každé životní etapě tyto charakteristiky nabývají různých sociálních a biologických podob, tedy s každým vývojovým stadiem se pojí různé specifické znaky. Obecně je proces stárnutí velmi složitý, proto i jeho studium je problematické. Proces stárnutí, a obecně stáří, tedy nelze explicitně a jednoznačně definovat. Zahrnuje procesy biologické, psychologické i sociální, ty ovlivňují nejen život jednotlivce, ale zpětně determinují a zrcadlí nazírání veřejnosti na stárnoucí členy společnosti (Sýkorová, 2007: s. 47). Nejproblematictějším vymezením je počátek stáří, který se liší z perspektivy biologické, sociální či subjektivní. Můžeme o něm hovořit také jako cyklu, jako o nutnosti rekapitulovat a přijmout daný stav i s přibývajícimi negativními aspekty života (Dvořáčková, 2012: s. 112).

Lékařský diskurz stanovuje stáří po sedmdesátém pátém roce, sociální demografie pak hranici stáří snižuje na šedesátý rok, přičemž hlavním mezníkem se stává odchod do důchodu. U převážné většiny jedinců proces biologického stárnutí probíhá mezi šedesátým a sedmdesátým pátým rokem věku. Stáří jako takové, je však v očích většinové společnosti prezentováno jako cílová skupina 50+ (Smutek, Kappl, 2006: s. 116-117). Mühlpachra (2004) pak uvádí tři stěžejní stadia procesu stárnutí, primárně jsou to *mladí senioři*, kterou tvoří jedinci ve věku 64-74 let, *staří senioři*, jež jsou ve věku 75-84 let a *velmi staří* senioři, kteří dosáhli věku 85 a více let.

Vladimír Pacovský (1990) hovoří o biologickém stárnutí, které probíhá v období mezi šedesátým a sedmdesátým pátým rokem věku, přičemž subjektivní stáří se objevuje okolo sedmdesáti pěti let. S touto teorií se

více méně ztotožňuje Ian Stuart-Hamilton (1999), který uvádí, že je běžné posuzovat člověka podle věku, tedy dle chronologického věku, ale je třeba do tohoto procesu zahrnout i další faktory, jako například zaměstnání, vzdělání, socioekonomické zázemí apod. Rozděluje stáří na dvě základní skupiny, a to *mladší stáří*, které vymezuje věkem 65-75 let a *pozdní stáří*, které ohraničuje od 85+. Můžeme nalézt samozřejmě i specifitější rozdělení stáří. Burnside et al. in Stuart Hamilton (1999) kategorizují na *časné stáří*, které je určené věkem 60-69, tzv. *zralé stáří*, věk 70-79, *pozdní stáří*, věk 80-89 a *velmi pozdní stáří*, věk 90-99.

Jinou klasifikací je dělení stárnutí na biologické, psychické a sociální. Biologické stárnutí zahrnuje stárnutí těla, atrofii buněk a snížení fyziologických funkcí. Psychické stárnutí se vyznačuje snížením kognitivních funkcí, zhoršením paměti či celkovým zpomalením nervové soustavy. Sociální stárnutí, je pak determinováno odchodem do důchodu a ukončením pracovní sféry života (Baková et al., 2015: s. 8-11). Stárnutí je naprosto přirozené vyvrcholení vývoje jedince, jež má na kvalitu organismu vliv a přináší tak degenerativní změny (Malíková 2011: s. 15). Souhrnně tedy lze říci, že proces stárnutí je nevyhnutelný proces v životě jedince, který se vyznačuje biologickými, psychickými i sociálními změnami, jež na jedince přímo působí a konstruují tak jeho život v dané životní fázi. V mnoha případech s sebou nese ony negativní sociální konotace jako je v první fázi odchod do důchodu. To může vést k ekonomické neproduktivitě, sociální izolaci, ageismu a jiným možným strachům ze změn, jež z tohoto stavu plynou (Malíková, 2011: s. 22).

Seniory tedy můžeme definovat jako specifickou skupinu jedinců, jež se nachází ve fázi života, která s sebou nese společností vymezené postavení. Jak uvádí Dana Sýkorová (2007), seniory můžeme taktéž vnímat jako příslušníky určité generace, jež je spojována kolektivní

paměťí a jistými historickými událostmi, které následně ovlivňují jejich myšlení, pohled na svět a posilují tak sounáležitost s ostatními členy skupiny.

Významným aspektem stárnutí jsou sociální vztahy, jež hrají v životě jedince důležitou roli. Sociální vazby a kontakty seniorů mají s věkem sestupnou tendenci, čili s rostoucím věkem jsou tyto vazby omezovány. Větší riziko izolace a odcizení hrozí u introvertních jedinců, kteří byli v přechodném samotném životě samotáři. Stárnoucí jedinci pak utlumují mnohé vztahy. Do pozdního stáří přetrvávají a senioři primárně udržují pevné, celoživotní vazby. Primárním mediátorem těchto vztahových proměn je odchod do důchodu, který s sebou přináší proměnu sociálních pozic, kdy mizí především zaměstnanecké kontakty (Stuart-Hamilton, 1999: s. 170).

Petr Sak a Karolína Kolesárová (2012) uvádí, že pro seniory je kontakt s vrstevníky stěžejní, jelikož je zde předpoklad nejlepšího porozumění na základě životních biografí. Můžeme však reflektovat i diametrálně odlišný postoj, jenž se objevuje právě u aktivnějších jedinců, kteří vazby se svými vrstevníky odmítají a ztotožňují se s mladšími kohortami ve společnosti. Nejčastějším důvodem se stává odlišný stav fyzické či mentální kondice (Haškovcová, 2010: s. 151). Na základě ztráty sítí, kontaktů a životních změn se u seniorů mohou objevit stavy, jako je úzkost či deprese. Vágnerová říká, že *„s postupem stárnutí, v důsledku ubývání všech kompetencí, může dojít k úpadku všech projevů vůle, k rezignaci a apatii.“* (Vágnerová, 2000: s. 457).

Starší věková skupina se obecně hůře adaptuje na přicházející změny. Jedinci se pak více koncentrují na sebe a uspokojení svých potřeb. Mnohdy musí dojít k uvědomění, že aktivity, které dříve vykonávali bez sebemenších obtíží, již nemohou aktivně provozovat.

V některých případech se senioři stávají závislími na ostatních nejen z hlediska fyzického zdraví, ale i z hlediska psychiky (Vágnerová, 2000: s. 457-458). Všechny tyto projevy mohou negativně působit na prožívané stáří. Obecně je tedy stáří spojováno se samotou, neaktivností, fyzickou nesoběstačností či izolací. To potrhuje negativistické a stigmatizující náhledy na proces stárnutí v moderní společnosti. Přesto, že se zdá, že stárnoucí populace vyvolává negativní a diskriminační postoje ze strany mladší populace a proces stárnutí doprovází pouze nevýhodné atributy života i uvnitř dané věkové kohorty nalezneme diference v prožívání stáří.

Senior je očima společnosti definován především prostřednictvím socio - ekonomické situace. Z výzkumu Petra Saka a Karolíny Kolesárové -Sakové (2008), kteří se zaměřili nejen na aspekty současné společnosti v nazírání na seniory, ale také na komparaci současného seniora s minulou generací vyplývá, že na seniory je nahlíženo jako na sociální skupinu s nižším ekonomickým zabezpečením ve věkovém rozptylu šedesáti až sedmdesáti let, jež čteně využívají zdravotnická zařízení. Oproti generacím minulým však disponují dobrými technickými schopnostmi či vědomostní úrovní. Ovšem povědomí o aktivitách můžeme hodnotit jako negativní. Participanté jejich výzkumu vnímali seniory jako neaktivní, zajímající se o slevy a lušticí křížovky. Tyto představy pak mohou být vyvolány obrazem v médiích, jež mnohdy seniory konstruují jako nudné či bezbranné (Horton, Baker, Cote, Deakin, 2008: 1010). Česká společnost, respektive mladší věková kohorta nahlíží na seniory dvojitým metrem. Rozděluje je na seniory, jež nezná a ty, jež mu jsou blízcí. Na základě těchto sociálních vazeb poté jedinci provádí labeling vlastností a možností, kterými daný senior disponuje. Cizím stárnoucím osobám přiřkládají negativní vlastnosti stáří, jako je nesamostatnost, neschopnost aj. U stárnoucího člena rodiny se tyto

negativní aspekty vytrácí a naopak přirozeně roste potřeba pomoci a porozumění (Sýkorová, 2007:s. 65-69).

2.1.2 Stáří jako sociální konstrukt

Staří, senioři či důchodci, to vše jsou výrazy, které nalezneme ve společnosti jako souhrnné označení určité věkové kohorty jedinců. Jak jsem již několikrát avizovala, jednotnou definici nenalezneme. Přesto obyvatelé daného území mají reálnou představu o tom, co tato označení znamenají. Primárním definičním znakem těchto jedinců z pohledu legislativy i společnosti je odchod do důchodu a přesto, že se tento věk může diferencovat, nejčastěji se pohybuje mezi 60 a 65 lety.³ Odchod do penze odkazuje k novému postavení, tzv. bez role (Dvořáčková, 2012: s. 14), přičemž jsou senioři nuceni skrze společenská očekávání přijmout nový životní styl a sociální status (Vohralíková, Rabušič, 2004: s. 54-55). Na základě tohoto vymezení posléze jedinec skrze internalizované představy o stáří konstruuje svou identitu. Prvky, pozice a aktivity, které plynuly z profesní pozice a pracovní aktivity ze sociálního pole povětšinou vymizí, což může na jedné straně působit pozitivně, na straně druhé však může být determinantem sociální frustrace, marginalizace a pocitu zbytečnosti (Sak, Kolesárová, 2012: s. 99-100).

Konstruktivistické přístupy zahrnují různé roviny stáří, jež odkazují k diskurzům, které následně ovlivňují podobu a vnímání procesu stárnutí. Odkaz ke stáří se vlivem historicko - sociálních podmínek proměňuje. Je jisté, že stáří je nevyhnutelný proces a individuální životní zkušeností. Současný stav společnosti staví na rychlém a nezávislém způsobu života, což velmi často limituje členy společnosti, kteří prochází procesem stárnutí a vylučuje je tak z majoritní společnosti. Stárnutí má v moderní

³Euroskop. 2017. „Důchodový věk v zemích EU“ [dostupné z: <https://www.euroskop.cz/578/sekce/duchodovy-vek-v-zemich-eu/>, vid. 26. 12. 2017].

společnosti spíše negativní konotace, které se vyznačují stereotypními představami o stáří. Sýkorová (2007) poukazuje na několik mýtů, jenž jsou velmi často příčinou znevýhodněného postavení seniorů ve společnosti. Je to představa, že stárnutí je nemoc, staří lidé jsou senilní a oslabení, nebo fakt, že senioři mají špatné ekonomické postavení. Všechny tyto obecné představy přispívají k negativním postojům vůči seniorům vedoucím k ageismu, jenž následně vyčleňuje tuto specifickou skupinu jedinců ze sociálního života či možnosti dále se profesně realizovat na trhu práce. Právě diskriminace v pracovním odvětví je často diskutovaným tématem napříč státy, který nepřímo ovlivňuje kvalitu života jedince ve stáří (Horton, Baker, Cote, Deakin, 2008: s. 1003-1004).

Moderní společnost uznává jediný koncept „správného“ stárnutí, a to koncept aktivního (úspěšného, ideálního) stáří. Primárně tak staví na aktivním zdravém těle, jakožto dobrém těle, na aktivním přístupu k životu, participaci, zapojení do veřejných věcí či činností, vzdělávání, pohybu a společenské aktivitě (Tomeš, Šámalová et al., 2017: s. 114-115; WHO, 2002). Tím se posiluje diferenciaci dobrého a špatného stáří a následně se tak posilují nerovnosti mezi seniory, kteří konstruují své stárnutí jinak. Dále se vytváří programy a politiky, jež se podílejí na vytváření strategií pro podporu aktivního stáří, jako je delší ekonomická aktivita. Tento sociální konstrukt „správného“ stáří, tak hraje význačnou roli v procesu stárnutí a primárním stanoviskem je přijetí rolí jedinců středního věku až do pozdního stáří. To se potýká se značnou kritikou, která říká, že toto pojetí vnímá stárnoucí členy společnosti jako homogenní skupinu (Walker, 2002: s. 122). Ve skutečnosti však nelze zahrnovat všechny seniory jednosměrně. Stárnutí je individuální proces, stejně tak jeho subjektivní prožívání. V určitých časových dekádách se tak jednotlivec může nacházet v různých fyzických

či psychických kondicích. Přesto, že je stárnutí společenským fenoménem, který se v různých sociálních kontextech liší, faktem zůstává, že počet starších jedinců přibývá. Proto nutně roste potřeba seniory, jakožto členy společnosti podpořit a vytvořit příslušný prostor pro jejich seberealizaci, ať už na poli kariérním, sociálním či osobnostním. Erikson (1999) říká, že v moderní společnosti není jasně daná ideální forma stáří (známe již ideální koncept aktivního stáří, který však nelze zajistit pro všechny seniory, jako pro homogenní skupinu jednotlivců a to převážně kvůli různým zdravotním formám), která by umožňovala jednotnou integraci seniorů do organizačních struktur společnosti (Erikson, 1999: s. 60). Všechny tyto výše zmíněné atributy „napovídají“ seniorům, co je správné či žádoucí a jak se v roli „seniora“ adaptovat. Vymezování se vůči obecně přijatému konstruktivistickému modelu stáří pak může mít negativní konotace, které mohou vést ke stigmatizaci daného jedince. Neméně důležitým atributem, jenž konstruuje stáří je obraz těla, jenž následně přispívá k pojetí sexuální realizace u seniorů.

2.1.2.1 Tělo a sexualita odrazem sociálních konstrukcí

Důležitým aspektem v procesu stáří je sociální diskurz, který stanovuje přijetí obecně platných norem pro lidské jednání (potažmo sexuální vyjadřování). Nejvýznamnějším ukazatelem stárnoucího procesu je tělo, které odkazuje k identitě jedince, jeho roli, významům a společenskému postavení, jež se následně odráží v nahlížení a jednání společnosti ke stárnoucí populaci. Stárnoucí tělo je často opomíjeno v debatách sociální gerontologie a spíše, než tělo jsou tematizovány sociální faktory, jež se často vážou na proces stárnutí. Obraz těla v pozdějším věku je často spojen s dysfunkcí, čtenějšími zdravotními problémy a omezenou pohyblivostí (srov. Clarke, Griffin, 2008). Tělo je tedy pomyslnou schránkou, jež utváří obecnou představu o „dobrém či úspěšném“ stáří. Rowe a Kahn (1997) v tomto kontextu hovoří o určité

schopnosti a nutnosti vyhnout se nemoci a zachovat si vysokou duševní i fyzickou schopnost. Strategie úspěšného stárnutí jsou kulturně podmíněny a podléhají určitému normativnímu očekávání (Faetherstone et al., 1991: s. 170). Přesto, že je proces stárnutí a faktory, které jej doprovází, přirozený, jsou těla, jež se vzdalují představě ideálního stárnutí přehlížena a společensky pokutována. Zároveň je na ně nahlíženo jako na neefektivní a neproduktivní (Faetherstone et al., 1991: s. 178).

Výzkum Laury H. Clarke a Meridith Griffin (2008) zabývající se obrazem stárnoucího těla v kontextu zdraví ukázal, že senioři mezi šedesáti osmi a osmdesáti lety věku připisovali obrazu svého těla velký význam. Ideální stáří odkazuje k aktivnímu stárnutí, tréninku a cvičení, což mnohdy v důsledku snížené pohyblivosti není možné. Tím se stárnoucí jedinci mohou stát potencionálně společensky nežádoucí. Výzkum dále ukázal genderové rozdíly v kontextu konstruování představ o stárnoucím těle. Ženy se více zabývaly faktory, které formují jejich tělo, jako je například váha. Primárně se zabývaly zevnějškem, potažmo atraktivitou. To může plynout z obecného objektivizování ženských těl a společenského důrazu na ženský vzhled. Naopak muži se zaměřovali spíše na konkrétní funkčnost těla a fyzickou schopnost (Lewis, Cachelin, 2001: s. 36). To potvrzuje také studie Richarda F. Ferrara et al. (2010), jež rovněž ukazuje, že ženy mnohem více inklinují k reflexi vizuálního těla, jakožto důležitého aspektu stáří, jenž determinuje nahlížení okolních jedinců na podobu stárnutí. Problémy, jež identifikují muži ve stáří, jsou propojeny právě s funkčností lidského těla a organismu, jakožto společenského odkazu k mužské identitě. To deklaruje stereotypní atributy síly či nezávislosti. Taktéž nalezneme tendence k hodnocení vlastního těla, jako objektu, avšak v kontextu například ochabnutí svalstva a tudíž snížení fyzické aktivity. Avšak při vážnějších zdravotních

problémech se od této perspektivy senioři vzdalují (Korotchenko, Hurd, 2011: s. 497)., což považuji za přirozený proces reorganizace životních priorit

Média, která hrají velkou roli při utváření obrazů stáří, také nikdy nespojují sexuální aktivitu s prezentacemi stárnoucího těla, které je často reflektováno jako neatraktivní (Calasanti, Slevin 2001: s. 79). Mediální platformy tak vytváří silné pole pro reflexi procesu stárnutí a stárnoucích členů naší společnosti obecně (Haškovcová, 2010: s. 50-51). To může následně vést až k možné stigmatizaci jedinců procházejících tímto procesem stárnutí (Fullmer, Shenk, Eastland, 1999: s. 133). Tom Robinson a Caitlin Anderson (2006) uvádí, že média, jakožto silný mediátor vztahu mezi společnostmi a seniory, mají častou tendenci vykreslovat stárnoucí populaci negativně, jako fyzicky neatraktivní, neaktivní či nezdravou. Tím posilují již silně zakořeněné stereotypní vnímání stárnutí, jež následně přejímají konzumenti většinové společnosti. To má negativní dopad na seniory a konstrukci jejich identit.

Tělo se stává také významným faktorem, jenž se přímo pojí s představami o „vhodné“ sexualitě. Ta je formována mnoha společenskými atributy, jako je sexuální orientace, gender či věk. Sexualita stárnoucích mužů je alespoň částečně diskutována, avšak ženská sexualita v tomto ohledu neexistuje. Proces stárnutí se pojí s proměnou fyzického těla, tedy i jeho funkčností. Proto se nejedná jen o fyzické, ale i psychické konstrukty, jež ovlivňují sexualitu ve stáří, dále pak kulturní stereotypní konstrukce desexualizovaného stáří. Moderní společnost selektuje dysfunkční těla a automaticky je hodnotí jako asexuální. Reálně však tyto fyziologické nedostatky odkazují pouze ke snížené aktivitě, nikoliv neaktivitě (Calasanti, Slevin, 2001: s. 83, 88). Tyto debaty jsou následně potlačeny z běžného vnímání a smýšlení. To paradoxně vylučuje koncepci správného stárnutí a s ním spojený aktivní

přístup ke stáří nejen z hlediska fyzické, ale i duševní způsobilosti. Sociální diskurz má tak význačný vliv na formování sexuality a podob, jež přejímáme v návaznosti na internalizovanou představu o správné realizaci sexuality. Dominantní diskurz tak umlčuje sexualitu ve stáří v důsledku nežádoucích projevů dysfunkce těl a ustavuje dominantní pojetí sexuality v návaznosti na ideální koncept mládí v moderní společnosti. Homosexuální senioři jsou pak automaticky eliminováni z debat o stárnoucích členech moderní společnosti z důvodu internalizované heteronormativity.

2.2 Sexualita

Sexualitu můžeme definovat jako kvalitu nebo stav, který zahrnuje sexuální touhu (libido), vzrušení, činnost, fyzickou spokojenost a emoční intimitu (Butler, Lewis, 1988: s. 854). Moderní společnost staví tento aspekt lidského prožívání do popředí, čímž potvrzuje její neodmyslitelnou funkci. Význam sexuality zdůrazňuje i oficiální definice Světové zdravotnické organizace, která uvádí, že sexualita je *„...ústřední aspekt jedincova života, zahrnuje sex, genderovou identitu a role, sexuální orientaci, erotiku, radost, intimitu a reprodukci. Sexualita je uplatnění a vyjádření myšlenky, představy, touhy, přesvědčení, postojů, hodnot, chování, praktik, role a vztahů.“* (cit. WHO, 2010).

Sexualita mimo jiné zahrnuje další aspekty intimního života jako je intimní kontakt, pocit sounáležitosti, sex a sexuální uspokojení (Venglářová, Eisner et al., 2013: s. 18). Z přehledové studie Lieslot Mahieu a Chrise Gastmana (2015) vyplývá, že pro seniory je fyzické, potažmo sexuální vyžití a společný život méně důležitý a do popředí se dostává emocionální povaha vztahů, pocit porozumění, pohlazení a sounáležitosti. Sexualita tak není přirozená, ani nestojí na zcela individuální rovině, je podmíněna sociálním kontextem. Pokud vynecháme primární aspekt sexuality, tedy reprodukci, dalšími dvěma

stěžejními body jsou potěšení a otevření sebe sama, otevření svého soukromí. Sexualita hraje stěžejní roli v navazování sociálních sítí a intimních vztahů (Reiss, 1986: s. 235). Sexuální prožívání i sexuální chování jsou subjektivní záležitostmi. Lippa (2009) uvádí, že sexualita mužů a žen se v mnoha aspektech rozchází a můžeme najít určité zákonitosti v sexuálních projevech u každého pohlaví.

Sexualita je neodmyslitelnou složkou lidského života ať už z hlediska biologických, psychologických či sociálních aspektů. Postmoderní společnost se vyznačuje vysokou mírou akceptovatelnosti sexuálního vyjádření a aktivit, což se odráží i v pozdně moderních vztazích, které mají mnoho podob, od romantických vztahů, přes vztahy z rozumu, otevřené vztahy až po singles, kteří navazují pouze sexuální krátkodobé vztahy (Giddens, 2012: s. 167-171). Přesto, že se jako společnost dostáváme revolučně do nové dekády vnímání sexuality, kde není tabuizována žádná forma vztahu ať už intimního či sexuálního, stále se stavíme velmi rezervovaně k sexualitě seniorů a sexuálním projevům u stárnoucího obyvatelstva jako takovým. Jak je možné, že v naší otevřenosti byla opomenuta četná skupina jedinců a neustále existuje představa seniorů jako sexuálně neaktivních jedinců. Jak plyne z výzkumu Thomase Walze (2002) jedná se o jev interkontinentální. Americká populace, stejně jako česká vnímá starší populaci jako asexuální, přičemž důvodem může být opomíjení sexuální aktivity jako důležité součásti života.

Sexualita stárnoucích členů společnosti je tématem, který se otevírá až v posledních desetiletích, proto můžeme najít v oblasti zkoumání sexuality a stáří četné empirické nedostatky. Sexuální projevy jsou brány jako přirozené, ale pojí se především s mladší věkovou kohortou, která je reflektována jakožto norma. Přes veškerou otevřenost se moderní společnost nedokázala odvrátit od stereotypního vnímání

normality v kontextu lidské sexuality. Tím umožňuje vymezení se vůči společensky nepřijatelným až deviantním projevům sexuálního jednání (Dominguez, Barbagallo, 2016: s. 512-513).

Jedním z determinantů sexuálního prožívání u seniorů je fyzický stav daného jedince, který ovlivňuje schopnost být sexuálně aktivní. V této životní dekádě se tak objevují omezení, která mohou mít neblahý vliv na sexuální prožívání a jednání. Může se jednat o dysfunkce, které představují časté limity v kontextu prožívání sexuality (Huang et al., 2014: s. 4). Dále to pak mohou být onemocnění, která jsou spojena se samotnou pohyblivostí seniora, což následně taktéž může vést k limitaci v oblasti realizaci sexuálních potřeb. Lidé v pokročilém věku stejně jako mladí lidé mají své touhy a vykazují zájem o sex, pokud tedy nejsou nijak zdravotně limitováni. Přičemž jejich sexuální prožívání je totožné, tzn. je zde přítomna touha, vzrušení a vyvrcholení stejně jako u mladších generací (Butler, Lewis, 1988: s. 854) Oproti tomu Martin Fafejta uvádí, že dochází k postupnému otevření tématu sexuality u seniorů, a to převážně díky klesajícímu důrazu na reprodukční charakter sexuálního jednání. Uvádí, že *„sexualita ve starším věku už není vnímána jako nepřírozená a pošetilá, naopak se v posledních letech objevují prostředky, jak sexuální život prodloužit co do nejvyššího věku“* (cit. Fafejta, 2016: s. 89).

Výzkum Lindau et al. (2006), zabývající se sexuální aktivitou seniorů, ukazuje, že z necelých čtyř tisíc mužů a žen ve věku 57-64 let se definovalo jako sexuálně aktivních 53 % jedinců. Proto je představa seniorů jako asexuálních zcela mylná. Jedinci vyššího věku, které můžeme zahrnout do kategorie *senior*, vykazují sexuální touhy a činnosti. V kontextu sexuálního stárnutí stále nalezneme mnoho nejasností, které čekají na zásadní prozkoumání. Z výzkumu Diay Wiley a Waltera M. Bortze (1996) vyplývá, že sexuální aktivita u seniorů sice reálně klesá, ale

to především v rané fázi věku 50+. Nadpoloviční většina zkoumaných žen ve věku 64 let uvedla, že se za poslední desetiletí jejich sexuální aktivita nesnížila ani nezvýšila, naopak nadpoloviční většina mužů průměrně ve věku 68 let uvedla, že se jejich sexuální aktivita snížila. Příčinou pak často byly fyziologické aspekty, které měly za následek pokles sexuální aktivity. Přesto však ze vzorku necelých dvou set tisíc respondentů nadpoloviční většina uvedla, že sex a sexuální prožívání považují za nedílnou součást fungujícího vztahu a života (Nicolosi, Laumann, Glasser, Moreira, Paik, Gingel, 2004: s. 991-996).

2.2.1 Desexualizované stáří

Walz (2002) hovoří o stěžejních mylných představách produktivní společnosti, které přispívají ke zkreslené představě o sexualitě ve stáří. Primárním bodem je, že senioři jsou bráni jako asexuální, tedy sexuálně nečinní. A ti, již mají tendence se sexuálně projevovat, jsou nenormální, čili neakceptují danou společenskou normu a stávají se deviantními. Sexualita ve stáří jakoby neexistovala. Je vnímána jako směšná, což může vést k potlačování či tajení sexuálních tendencí (Dominguez, Barbagallo, 2016: s. 513).

Sociální diskurz (viz 2.1.3) klade důraz na aktivní stáří, zdravé, fyzické tělo, ovšem opomíjí sex, jakožto nedílnou součást každého procesu stárnutí. Deklarují to výsledky výzkumu v českém prostředí, kde jsou senioři vykreslováni jako asexuální. Výzkum Lucie Vidovičové (2008), jenž shrnuje postoje a představy respondentů o mezníku sexuální neaktivity vyplývá, že by muži, dle vnímání dotazovaných, měli ukončit svou sexuální aktivitu okolo šedesátého devátého roku věku, ženy poté o dva roky dříve. To automaticky inklinuje k představě o desexualizovaném stáří, jež je formováno internalizovanými představami o vhodných projevech a atributech, jež jsou spojené s důstojným stářím. Tyto výsledky tak potvrzují stereotypní představy

stárnutí, čímž posilují negativní obrazy a představy o procesu stárnutí. Studie velmi často jako hlavní argument sexuální neaktivity uvádějí aspekt zdraví. To znamená, že je stárnoucí populace spojována s rostoucím počtem zdravotních problémů, které mnohdy vedou ke snížené pohyblivosti či jiným zdravotním komplikacím, jež se následně promítají do pojetí sexuální aktivity u seniorů (Freeman, Sousa, Neufeld, 2014: s. 204-206). Je tak neustále poukazováno na zdravotní rovinu stáří jakožto limitujícího faktoru pro sexuální vyjadřování. Stěžejní problém pak můžeme identifikovat v nahlížení na seniory, jako homogenní skupinu, pro kterou jsou všechny výše zmíněné segmenty stáří typické, bez relevantního uvážení individuálních rovin stáří. Dvořáčková (2012) však říká, že sexuální chování nezahrnuje pouze samotný sexuální styk, a to i přes to, že jej tak společnost reflektuje. Autorka hovoří o skutečnosti, že především během procesu stárnutí se mohou tyto sexuální tendence transformovat do jiných podob sexuálních projevů, jako je například objímání, pohlazení, pocit sounáležitosti či dotyky obecně, což následně může vést ke špatnému pojmání sexuálních tendencí v kontextu stárnoucích členů naší společnosti.

Tyto opakující se představy pak opět dokreslují mediální obrazy (stejně jako u obrazu stárnoucího těla), jež se seniorskou sexuální aktivitou nepočítají. Tím dochází k tabuizování tohoto tématu a upevňování mýtu, že senioři jsou desexualizovanou skupinou jednotlivců, a to i přesto, že sexualita je základní lidskou potřebou i pro jedince v pozdějším věku. Kabátová (2014) poukazuje na to, že tato přesvědčení můžeme zaznamenat i v institucích péče o seniory ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Což se následně stává značnou překážkou například při správném poskytování institucionální péče (AGE CONCERN, 2006: s. 18).

2.3 LGBT senioři

Zkratka LGBT zahrnuje lesby, gaye, bisexuály a transgender jedince, nebo zkráceně trans. Ve společnosti tito jedinci zastávají pozici menšiny a často se tak setkávají se znevýhodněním či diskriminací. Senioři v kontextu LGBT se pak stávají naprosto neviditelnou částí naší populace, kteří mohou mít stejné problémy, jako heterosexuální senioři, odlišuje je však jiná biografie, tedy odlišná žitá zkušenost (Novotná et al., 2016).

LGBT senioři byli vyloučení z gerontologických teorií a izolování od LGBT komunit. V tomto kontextu Brown (2009) hovoří o rozšíření homofobie a heterosexismu. V kontextu výzkumu významů ve stáří převládají heteronormativní představy o stárnoucí populaci. Primárním problémem při nahlížení na stárnoucí homosexuální jedince je jejich vyloučení z dominantního diskurzu, což se následně odráží v jejich možnostech a příležitostech v oblasti podpory ve stáří. LGBT senioři mají, jak již bylo zmíněno odlišné primární sítě, které se velkou měrou podílejí na prožití pohodlného stáří. Z výzkumu Fredriksena – Goldsena et al. (2011) vyplývá, že 43 % LGBT seniorů má partnera a 20-25 % žijící dítě, u heterosexuálních jedinců se pak jedná o 40 % seniorů, kteří žijí s partnerem, avšak 77 % respondentů mělo alespoň jedno žijící dítě. Právě velká míra absence potomků v životě LGBT seniorů může přispívat k následnému odkázání na sociální služby. U této skupiny stárnoucí populace tak narážíme převážně na rozšíření přátelských vazeb, které mnohdy zastupují slabé rodinné sítě (Goldberg, Sickler, Dibble, 2005: s. 200). Výzkum Marka Brennana et al. (2014) ukázal, že homosexuální ženy mívají četnější síť sociálních kontaktů (M=13) v porovnání s gayi (M=10), a to především kvůli větší pravděpodobnosti, že budou mít ve svém životě děti. Přesto jsou však nuceni, jak jsem již výše avizovala, získat podporu skrze tradiční sítě sociálních služeb, což se mnohdy pro

stárnoucího jedince stává problematické. Především pak z důvodů obav týkajících se nutného coming outu a specifických životních zkušeností se této možnosti vzdávají a o služby nejeví zájem, v horším případě pak na základě svých subjektivních zkušeností s diskriminací nemají k této formě sociální podpory přístup (Brown, 2009: s. 68).

LGBT senioři se potýkají s podobnými životními peripetemi jako jejich vrstevníci z majoritní populace, avšak můžeme u nich pozorovat prohloubení určitých problémů. Jedním z nich je například samota, která je determinována právě rozlišnými sociálními vazbami. Tyto problémy se pak diferencují v závislosti na sexuální orientaci. Gayové častěji prožívají stáří zcela osamoceně, důvodem může být zavrnutí ze strany členů rodiny, právě kvůli sexuální orientaci. Je u nich větší pravděpodobnost absence potomků, což následně vede k onomu osamocenému stavu, přičemž přátelské vazby, které během života navázali, mohou v pozdějším věku z důvodu úmrtí přátel mizet. Lesby mají jiné životní dráhy, jelikož mají širší spektrum možností v zakládání rodiny. A absence dětí u nich není tak častá, avšak na základě nerovností v platových podmínkách jsou ohroženy chudobou více než gayové (Beňová et al., 2007: s. 19-20). Tato věková skupina má specifickou historickou zkušenost, která se následně odráží v konstrukci života ve stáří. Zmiňovaná generace vyrůstala a navazovala své první vztahy v době, kdy byla homosexualita často kriminalizována nebo minimálně považována za nemoc. I z toho důvodu pak mohli tito jedinci za svého aktivního života navazovat heterosexuální vztahy, které se však posléze často rozpadly. Transexuálové jsou specifickou menšinou ve společnosti, která je taktéž vystavována diskriminaci, a to především v institucionálních či zdravotnických zařízeních. Důvodem je často neexistující zkušenost s touto skupinou jedinců a také nepřesné ukotvení v právním a systémovém diskurzu (Beňová et al., 2007: s. 53).

Z výzkumných studií vyplývá, že homosexuální senioři jsou neviditelnou menšinou v naší společnosti. Většina těchto seniorů se stejně jako heterosexuální senioři setkává se systémovou sociální formální podporou, ať už se jedná o návštěvy lékaře, domácí péče nebo domovy pro seniory. Přesto mnohdy na základě chybějícího vnímání odlišných životních zkušeností těchto seniorů (bezdětnost, absence manželského svazku) dochází k nevědomé marginalizaci této specifické skupiny stárnoucích členů společnosti. Ty se projevují hlavně v kontextu běžných dialogů. LGBT senioři mají jiné sociální sítě, jež jsou složené například z přátel, zvolené rodiny, než nutně biologické, jako tomu bývá o majoritní populace. Vzhledem k tomu, že se valná část těchto seniorů setkala s diskriminací, obavy z ní pokračují i v pokročilejším věku (Harley, Teaster, 2016: s. 36). V oblasti sexuality jsou homosexuální senioři vystaveni dvojitému zneviditelnění. Primárním aspektem je stárnutí, tedy vnímání jedince jakožto seniora, povětšinou vnímaného jako neaktivního člena společnosti, druhým aspektem je pak homosexuální jedinec, potažmo senior, jež má rozlišnou životní zkušenost a proces stárnutí či prožívání stáří je tak výrazně diferenciován od vnímání procesu stáří heterosexuálních seniorů.

Senioři jsou tedy často vystaveni diskriminačnímu jednání ze strany většinové společnosti. Toto jednání pak většinou pramení z obecných představ o neschopnosti či nesamostatnosti jedinců této věkové kategorie. U homosexuálních seniorů tato situace ještě eskaluje a dochází tak k zesílení nerovností, jelikož nalezneme více aspektů, které tvoří nerovnostní podmínky a vedou tak k pocitu diskriminace.

Marta Kolářová (2008) definuje intersekcionalitu jako určitou kombinaci nerovností, které se vzájemně prolínají, protínají a může ji tvořit více atributů, jež tyto nerovnosti determinují. Koncept intersekcionality tak zahrnuje sociálně konstruované kategorie, jako je

věk, gender, rasa a sexuální orientace, které se vzájemně propojují. To znamená, že se například homosexuálně orientovaná seniorka se může stát obětí heterosexismu, ageismu a sexismu jako takového (Cronin, King, 2010: s. 880).

Teorie intersekcionality zahrnují různá stanoviska k nerovnostem, konkrétně pak k potencionálnímu nerovnému přístupu. Vzhledem k odlišným biografiím nelze identifikovat jeden platný vzorec. LGBT senioři mají při odchodu do důchodu jiné zkušenosti než heterosexuální senioři. I jejich sociální vazby se liší, realizují se mnohdy v gay komunitách, kde se samozřejmě taktéž objevují diskriminační tendence ze strany mladších členů (Cronin, King, 2010: s. 866). Lze říci, že můžeme identifikovat faktory, které souvisejí s odlišnými životními zkušenostmi, jež se přímo podílejí na utváření specifických pozic starších LGBT jedinců ve společenské struktuře. Jedním z těchto faktorů jsou sociální sítě a kontakty, které mohou být v důsledku absence přímé rodiny a potomků omezenější (Cronin, King, 2010: s. 884-885). V moderní společnosti stále postrádáme redefinici pravidel, která by implikovala specifické potřeby LGBT seniorů nebo alespoň rozumějící a narativním zkušenostem odpovídající přístup (AGE CONCERN, 2006: s. 29). Intersekcionalní teorie tak alespoň z části přispívají k tematizování životní zkušenosti LGBT seniorů a polemice nad silným ukotvením dominantního heteronormativního diskurzu ve společnosti. Mimo jiné pak tematizují diverzitu i v rámci skupiny LGBT seniorů a upozorňují na odlišné životní zkušenosti vlivem genderu, vzdělání či socioekonomického postavení.

2.4 Domovy pro seniory jako forma totální instituce

Erving Goffman představuje totální instituci jako instituci, která *„...může být definována jako místo pobytu a práce, které je odděleno od širší společnosti, ve kterém po určitou významnou dobu určitá skupina*

stejně postavených jedinců vede uzavřený, formálně spravovaný život.“ (cit. Goffman, 1961: s. 13). Totální instituci můžeme taktéž definovat jako uzavřený prostor, ve kterém se slučují rozličné sféry sociálních realit, přičemž tyto sféry jsou v reálném životě zcela jistě separované. Domovy pro seniory pak zastupují druhý typ totální instituce dle Goffmanovy (1961) typologie. Tedy instituci jako zastřešující prostor pro osoby, jež se o sebe nemohou fakticky postarat nebo mohou být pro sebe či okolí svým počínáním nebezpečné. V této instituci se odehrává celý jedincův život a veškeré úkony, které se ve vnějším světě rozprostírají na mnoha místech a v mnoha prostředích jsou systematicky redukovány pouze na jedno - totální instituci.

V totálních institucích dochází k disciplinaci a nepřetržitému dohlížení. Dle Foucaulta (2000) k němu dochází prostřednictvím dozorování denních aktivit poskytovateli sociálních služeb, podrobením veškerých těchto aktivit časovému harmonogramu, jenž je stanoven domovem pro seniory a v neposlední řadě realizací života klientů na vymezeném prostoru. Taktéž se upravuje volný styk klienta s vnější realitou. To se děje především prostřednictvím neustálé kontroly a dostatečného zabezpečení prostřednictvím zámků, přičemž klienti nedisponují klíči či jinými prostředky pro neregulovaný vstup a odchod (Nedbálková, 2006: s. 20). Upevňuje se tak mocenská pozice mezi personálem a klienty, přičemž se na základě vnitřních pravidel vytváří dvě oddělené roviny vztahů a pozic, pozice klientů a personálu (poskytovatelů sociálních služeb). Ty jsou od sebe výrazně odděleny. Každý má svůj prostor, kde utváří svou subjektivní realitu (Goffman, 1961: s. 18). Rosenhan (1973) deklaruje vymezení těchto pozic na základě oddělených prostorů pro volný čas, stravování či sociálních zařízení, čímž se ještě posiluje hierarchické ukotvení vztahu mezi „my“ a „oni“. Klient postupnou adaptací v daném prostředí ztrácí svou původní osobní

identitu, díky níž se mohl orientovat ve vnějším prostředí a přijímá novou. Ta je konstruována skrze vnitřní předpisy a struktury totální instituce (Goffman, 2003: s. 70-71). Přičemž dle Goffmana (1961) je vlastní identita systematicky potlačována a dochází k mortifikaci, což znamená, že je jedinec donucen přijmout pouze jednu roli (oproti několika ve vnějším světě), a to roli klienta či obyvatele DD. Keller (2007) vysvětluje tento proces jako separaci jedince od vnějšího světa, striktní podrobení se vnitřní struktuře a pravidlům, respektování členů personálu a potlačení jeho tendence uplatňovat svou vnější identitu. Jedinec zároveň musí plnit očekávání a aktivity, jež jsou s novou rolí spojeny, což znamená, že často musí vykonávat aktivity, které by mimo totální instituci plnit nemusel a ani nechtěl. Příkladem mohou být povinné procházky, společenská střetávání či jiné aktivizační programy. Jedinec v totální instituci tak zcela určitě převádí svá práva na zřizence totální instituce, který disponuje jeho volným časem a životem vůbec, jelikož totální instituce v kontextu domovů pro seniory sekundují či nahrazují běžný domov vnějšího světa. Dochází tak ke ztrátě soukromí a autonomie, stejně tak k nemožnosti plného nahrazení domovského prostředí a to převážně z důvodu sdíleného ubytování.

Na základě této definice domovy pro seniory zcela jistě odpovídají organizaci totální instituce. Střetávají se zde jedinci nacházející se v podobné životní fázi. Dodržují stejný denní režim. Pohyb či aktivity jsou jim zprostředkovány skrze poskytovatele sociálních služeb. Ve chvíli vstupu do tohoto druhu totální instituce se jedinec na této formě organizace stává závislým. Forma spravování taktéž odpovídá Goffmanově definici. Jedná se o formalizované byrokratické a administrativní postupy, jež zajišťuje a vykonává menší počet zaměstnanců, kteří následně zajišťují péči většímu počtu klientů

(Goffman, 1961: s. 6-8). Tyto instituce můžeme nazvat fakticky totálními, jelikož často jediným způsobem, jak opustit tuto instituci je smrtí.

2.4.1 Péče o seniory v institucionálním prostředí

Domov pro seniory představuje specifické institucionální prostředí, které nahrazuje vstupujícím seniorům domov. Vykonávají zde veškeré své činnosti a zbavují se tak částečně své dosavadní identity a do jisté míry také privátních složek svého života, kterými od vstupu do domova disponují pečovatelé. Stejně tomu je u využívání soukromého prostoru a uplatňování soukromí jako takového. Vzhledem k tomu, že jsou pod neustálým dozorem, jejich právo na úplné soukromí je klientům zabaveno a narušováno. Klienti, pro které se DD stávají domovem, se musí adaptovat na zdejší podmínky (Bužgová, 2008: s. 69). V mnoha případech se jedná o nesoběstačné seniory, kteří vyžadují od poskytovatelů sociálních služeb plnou péči. V souvislosti s danou péčí se však objevují situace, které mohou na člověka působit negativně a vystavit tak jedince určitému stigma. Stěžejním atributem transformace života seniora v pobytovém zařízení je otázka intimity. Přesto, že do domova mohou vstupovat stárnoucí jedinci v páru a domov se snaží plně substituovat jejich domácí prostředí, nikdy nelze zcela vykompenzovat plné soukromí, které v pobytových zařízeních chybí. Při absenci onoho soukromí dochází k negativním pocitům u seniorů. To se stává většinou při pobytu na sdílených pokojích, které neumožňují plně nahradit klientovo soukromí (Trachtová, 2013: s. 98). Zároveň je pak na základě ztráty tohoto soukromí potlačována sexualita, což taktéž přispívá k psychické nepohodě klientů, kteří se v institucionální péči nemohou plně realizovat. Mohou být až sexuálně deprimováni, což může eskalovat k neadekvátnímu jednání, sexuálnímu obtěžování nejen ostatních klientů, ale i poskytovatelů sociálních služeb (Venglářová, 2007: s. 69 – 72).

Důležitým aspektem v kontextu poskytování péče je tedy tělesnost a intimita. Moderní společnost klade čím dál větší důraz na ono „zdravé tělo“, individualitu a samostatnost. Příliš neakceptuje dysfunkci lidských těl a jejich stárnoucí projevy (Twigg, 2000: s. 395). V kontextu práce s tělem, která je prováděna ze strany zdravotních sester, lékařů, fyzioterapeutů či sociálních pracovníků a stává se tudíž základní platformou pro sociální péči, můžeme hovořit o konceptu *Body work*. Tento koncept je dle Julie Twigg et al. (2001) definován jako bezprostřední činnost či kontakt s lidským tělem, což znamená, že se poskytovatel sociálních služeb stává aktérem v oblasti fyzické péče o klientovo tělo. Jedná se o specifickou formu poskytování služby, kde je nutné vymezit jasné hranice mezi oběma stranami, tedy pečovatelem a klientem, který již není schopen plně vykonávat jisté úkony, například v oblasti hygieny. Je nutno si v tomto kontextu uvědomit obě roviny vztahu. Poskytovatel vykonává mnohdy společensky „nečistou“ práci, která má negativní konotace, je v přímém vztahu s klientem a plně se tak setkává s realitou stárnutí. Moderní společnost tabuizuje obraz stárnoucích nahých těl, přičemž poskytovatelé služeb jsou v bezprostředním fyzickém kontaktu se stárnoucím tělem. Pečující přímo vstupují do intimního života seniorů, jelikož dochází k přímému kontaktu mezi oběma stranami a poskytovatel sociálních služeb si tak musí zachovat profesní odstup (Twigg, 2000: s. 397-399).

Na druhou stranu je rovněž klient nucen zbourat veškeré intimní a osobní zábrany. Nejen, že se primárně musel vyrovnat s obrazem svého stárnoucího těla, které je mnohdy ze strany většinové společnosti reflektováno jako nežádoucí, nepřítažlivé, musí se taktéž vyrovnat s faktem, že sdílí svou nahotu a intimitu s poskytovateli sociálních služeb. Čímž se plně svěří do rukou cizích jedinců a balancuje tak na hraně nutnosti a trapnosti. Klient pak na základě těchto zkušeností může být

stigmatizován, proto by práce s tělem a tělesnost obecně měla být více prohlubována a moderní společnost by na ni měla klást větší důraz (Twigg, 2000: s. 402).

Je evidentní, že práce s fyzickým tělem skýtá mnoho nástrah, které se dotýkají nepříjemných pocitů, trapnosti až studu. Pro seniory, jež vstupují do domovů pro seniory, tak nemusí být vždy jednoduché svěřit své tělo, intimitu a otevřenou nahotu do rukou dalšího člověka. Samotný pečovatel pak musí vytvářet vhodné klima při poskytování těchto specifických úkonů, aby vytvořil ideální podmínky pro obě strany, tedy ať už poskytovatele či klienta, což utváří specifickou podobu vztahu v institucionálním zařízení.

2.4.2 LGBT senioři v domovech pro seniory

LGBT senioři jsou velmi specifickou skupinou seniorů, která je vystavována ze stran většinové společnosti marginalizaci. Stává se neviditelnou menšinou a její existence není ve společnosti uznána. Z výzkumu Brotmana (2007), který se zaměřil na výzkum institucionální péče, poskytované homosexuálním seniorům vyplývá, že LGBT senioři mají obecnou nedůvěru vůči zdravotnímu či sociálnímu systému podpory a to především z důvodu životních zkušeností s diskriminujícími projevy. Téměř všichni respondenti participující na výzkumu se alespoň jednou v životě setkali s projevem diskriminace ze strany právě těchto forem pomoci.

Institucionální péče pro LGBT seniory je z hlediska normativního diskurzu velmi citlivým tématem. Studie zahrnující 124 respondentů ukazuje, že panují jisté obavy z projevů diskriminace právě v těchto pobytových zařízeních. Celkem 74 % dotazovaných bylo přesvědčeno, že domovy pro seniory vykazují známky marginalizace LGBT seniorů, 60 % dotazovaných vyslovilo obavy z rozdílného přístupu k LGBT

seniorům v kontextu poskytování sociální či zdravotní péče. Avšak pouze 34 % dotazovaných uvedlo, že by muselo svou homosexuální identitu tajit. Valná většina, celkem 94 % respondentů věří, že větší informovanost a školení pomůže odstranění diskriminace ze strany personálu a 83 % je přesvědčeno, že osvěta by napomohla eliminovat tyto tendence ze stran ostatních klientů institucionálního zařízení (Willis et al., 2015: s. 10). Pocity nejistoty jsou tak primárním negativním postojem ze strany LGBT seniorů k poskytovatelům sociálních služeb, což vede k odmítání institucionální péče (Röndahl, 2009). DD je koncipován jako heterosexuální prostor a pečovatelům mnohdy chybí náhled na seniory jako možnou skupinu LGBT jednotlivců. Proto se stárnoucí homosexuální senioři stávají neviditelnými a nezahrnutými do dominantního diskurzu poskytování sociální péče.

Willis et al. (2015) ukazuje, že sexualita a její pojetí je přítomno v debatách poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zainteresováni do sexuálních životů svých klientů a mají s ní přímou zkušenost, jelikož se podílejí na jejich každodenních aktivitách. Avšak přesto, že toto zjištění stírá hranice desexualizovaného stáří, nezaměřuje se specificky na reflexi LGBT seniorů, proto je identita homosexuálních seniorů neviditelná. Ze studie vyplývá, že odpovědnost je na samotných klientech, aby otevřeli debatu o své sexuální orientaci a poskytli tak prostor pro možný jiný přístup ze strany pečovatelů. Nemožnost artikulovat vlastní sexuální identitu a absence individuálního přístupu k homosexuálním klientům stěžuje naplňování principu rovného zacházení, který je v DD uplatňován. V tomto ohledu se tak identita a v návaznosti na ni i sexuální aktivita LGBT seniorů vylučuje z heteronormativního prostředí. To vytváří nerovné podmínky pro LGBT stárnoucí populaci. Vzhledem k normativnímu přesvědčení o heteronormativitě ve stáří jsou LGBT senioři vyloučeni z představ

o možnosti být potencionálními klienty v DD. Zároveň je na jejich rozhodnutí (o své sexuální identitě, ve smyslu nehovořit o ni nebo ji skrývat), nahlíženo jako na subjektivní rozhodnutí (Porter, Krinsky, 2003: s. 209). Obecně lze říci, že téma LGBT seniorů je v tomto prostředí silně tabuizováno a LGBT senioři nemají možnost žít otevřeně v totální instituci domovů pro seniory.

3 METODOLOGICKÁ ČÁST

3.1 Výzkumné cíle

Cílem mé práce je ukázat, jak vnímají poskytovatelé sociálních služeb v domovech důchodců sexualitu seniorů. Zda je toto téma v těchto specifických institucích diskutováno, a zda jsou pečující této problematice otevřeni. Zabývám se otázkou, jak je možné se v těchto specifických pobytových zařízeních sexuálně realizovat a zda je k tomu vůbec prostor. To souvisí s vymezením soukromí, které je v těchto domovech do jisté míry omezeno. Dále je mým cílem ukázat jaké postoje mají pečovatelé k LGBT seniorům obecně, potažmo k jejich sexualitě. V neposlední řadě se pokouším zjistit, zda mají přímé zkušenosti s LGBT klienty, popřípadě, jak by se k nim stavěli. Hlavní výzkumné otázky jsou: „Jak vnímají poskytovatelé sociálních služeb sexualitu seniorů, jakožto potencionálních klientů totální instituce, tedy domova pro seniory?“, „Jakým způsobem je realizována sexualita v institucionálním zařízení?“, „Jak se staví poskytovatelé sociálních služeb k LGBT seniorům, jakožto potencionální klientele totální instituce, tedy domova pro seniory?“. Všechny tyto oblasti zájmu pak mají přímý vliv na kvalitu života a prožití plnohodnotného stáří v domovech pro seniory.

3.2 Výzkumný vzorek

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na poskytovatele sociálních služeb a jejich postoje k sexualitě seniorů v rámci instituce obecně. Mým zájmem bylo taktéž nahlížení těchto pečovatelů na LGBT seniory, jakožto možné klienty instituce, ve které pracují, a na jejich sexualitu. Výzkum byl realizován ve třech domovech pro seniory, které vnímám jako charakteristickou totální instituci, přičemž věkový průměr v těchto domovech je osmdesát, osmdesát dva a osmdesát pět let. Tyto domovy pro seniory mají odlišná specifika a to především na základě umístění

v různě velkých městech. Mým cílem bylo zastoupení malého, středního a velkého města, což by následně mohlo odhalit rozdílnosti v pojetí sexuality u seniorů z hlediska poskytovatelů sociálních služeb. Analýza však neprokázala vztah mezi lokalitou, kde se DD nachází a vnímáním sexuality z pohledu poskytovatelů sociálních služeb. Z toho důvodu a také z důvodu zachování větší anonymity (především směrem dovnitř studované instituce) nepřisuzuji jednotlivým participantům specifickou instituci DD. Výzkumný vzorek předkládaného výzkumu byl složen z patnácti participantů, dvou mužů a třinácti žen, ve věku od dvaceti šesti do šedesáti šesti let.⁴ Tyto participanty jsem nakontaktovala pomocí gatekeepera a dále pak metodou sněhové koule získala další poskytovatele sociálních služeb v daném prostředí. Vzhledem k tomu, že jsem se explicitně zaměřila na subjektivní postoje poskytovatelů sociálních služeb k této tématice, nezvolila jsem si žádná kritéria ve smyslu pohlaví, vzdělání či věku. Naopak věková různorodost může odhalit otevřenost k sexualitě seniorů jako takové, specificky pak u LGBT seniorů. Vzhledem k tomu, že se v sociálních službách pohybují převážně ženy, jsem si nekladla za cíl mít vyvážený vzorek participantů z hlediska genderu.

3.3 Metody sběru dat

Představovaný výzkum se explicitně opírá o kvalitativní metodologii. Přístup, který jsem zvolila je případová studie, jejímž základem je detailní prozkoumání dané tematiky, zachycení složitosti případů a popsání jednotlivých vztahů v širším kontextu. Jedna studie nám pak umožňuje následné lepší pochopení podobných případů (Hendl, 2005: s. 104-105).

⁴ Detailnější charakteristiky jednotlivých participantů/participantek naleznete v příloze.

Výzkum je založen na patnácti polo-strukturovaných rozhovorech, jež byly rámcované předem zvolenými okruhy témat. Tematické okruhy byly zvoleny tak, abych postihla veškeré aspekty nahlížení na sexualitu seniorů jakékoliv orientace skrze jedince, kteří mají bezprostřední zkušenost a jsou téměř denně v kontaktu s touto skupinou jedinců. Prvním z nich byl postoj k sexualitě seniorů v domovech důchodců obecně. Druhé téma se pak zabývalo problematikou soukromí seniorů v domovech pro seniory, což může úzce souviset s potencionální sexuální aktivitou seniorů v daném prostředí. V neposlední řadě jsem postihla postoje pečovatелů k LGBT seniorům taktéž v domovech pro seniory a jejich sexualitě. Výhodu polo-strukturovaných rozhovorů spatřuji v tom, že tato forma dotazování umožňuje tazateli otázky formulovat či dokonce měnit jejich pořadí u jednotlivých dotazovaných respondentů a rozhovor tak přizpůsobit daným podmínkám. Participantům taktéž dává prostor ke svobodnému vyjádření svých názorů, postojů, zkušeností apod. Hlavní výhoda tkví v dodržování jednotné struktury, což znamená, že při větším obsahu dat je orientace v nich jednodušší (Wildemuth, 2009: s. 232 –241). Místo uskutečnění rozhovoru jsem nechala na samotných participantech, abych tak zajistila jejich pohodlí a pohyb v přirozeném prostředí. Jednalo se tak především o kavárny a bydliště samotných dotazovaných. Participanté byli primárně obeznámeni s výzkumným zájmem diplomové práce. Taktéž byli vyzváni k podepsání informovaného souhlasu, který jim zaručoval naprostou anonymitu, důrazně jsem pak avizovala, že bude anonymizována i instituce, ve které participanté pracují. Byli také informováni o možnosti kdykoliv rozhovor ukončit, zároveň jim pak bylo sděleno, že se části jejich výpovědí mohou objevit ve vědeckých pracích a jiných studijních materiálech, čímž byly ošetřeny veškeré možné etické problémy výzkumu. Po uskutečnění rozhovorů, které byly po celou dobu nahrávány na diktafon, byly rozhovory doslovně přepsány a tedy anonymizovány.

3.3.1 Metody analýzy dat

Doslovně přepsané rozhovory jsem podrobila otevřenému kódování v programu Atlas.ti, který mi umožnil lepší orientaci v datech. Metodou, jež jsem pro analýzu výzkumu dat zvolila, byla tematická analýza, na jejímž základě jsem mohla identifikovat tři stěžejní témata, kterými jsou a) individuální zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb se sexualitou seniorů, b) přístup institucionálního zařízení a systém politik pro tematizování sexuality v domovech pro seniory, c) LGBT senioři v domovech pro seniory.

Během analýzy jsem objevovala další subkódy, které souvisí s daným tématem, od subjektivního nahlížení na stáří a sexualitu, přes partnerské vztahy a nově navázané vztahy v domovech pro seniory. Dílčím silným tématem se pak stala otázka zajišťování soukromí v domovech pro seniory a absence nutnosti tematizovat sexualitu ze strany systémového nastavení v institucích. V neposlední řadě to byly zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb s LGBT seniory v DD a reflexe (ne)otevřenosti společnosti k danému tématu v prostředí domovů pro seniory.

4 SUBJEKTIVNÍ POSTOJE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

4.1 Přirozená (netematizovaná) sexualita v životě seniorů

Každý jedinec pohybující se v oblasti sociálních služeb, se stává přímým aktérem v životě seniorů, jež svůj život utvářejí v omezeném prostoru. Tato bezprostřední zkušenost pak zcela jistě formuje jejich pohled na stáří a události spojené s procesem stárnutí obecně, proto je jejich náhled cenným vhledem do problematiky sexuality stárnoucího jedince. Sexualita seniorů je mnohdy málo diskutovaným tématem, jež nedostává v debatách o stárnutí prostor. Značný vliv v procesu utváření těchto představ o sexualitě ve stáří má diskurz, který konstruuje její pojetí. Toni Calasanti a Kathleen Slevin (2001) hovoří o tom, že tyto sexuální projevy jsou vnímány ze strany společnosti jako přirozené a automatické. Obrat nastává u stárnoucích členů populace, kde se tato přirozenost stává deviantní až neexistující. Pečující samozřejmě na základě svých zkušeností primárně nevnímají značné rozdíly mezi sexualitou v mladším a starším věku a reflektují ji jako onu přirozenost, která tvoří nedílnou součást lidského života. Z výzkumů plyne, že jedinci ve vyšším věku mají obdobné sexuální tendence jako jedinci spadající do nižších věkových kategorií (Butler, Lewis, 1988). Přičemž toto vnímání sexuality nalezneme v obecném smýšlení o sexualitě samotnými poskytovateli sociálních služeb v kontextu procesu stárnutí.

„Je to uplně přirozený (sexualita), uplně přirozená normální věc, jako v mládí, tak i ve stáří.“ (Klára, 40 let)

„Já si myslím, že to k tomu životu patří jo. Že to jako důležitý je, jak teda u koho, ale jinak je to něco přirozeného, co třeba i k tomu stáří nějakým způsobem patří.“ (Nikol, 26 let)

Důležitým aspektem v realizování sexuálních tužeb je zdravotní stav jedince, který determinuje povahu a možnost sexuální realizace u této specifické skupiny jedinců. Výpovědi jednotlivých participantů tematizují zdravotní stav jako silný argument pro utváření představ o sexualitě. Skrze přibývajícím věku se mohou vyskytnout limity, které posléze vytváří bariéry a překážky pro utváření sexuality ve stáří. Nejen, že se tito jedinci stávají často imobilními či nesoběstačnými, provází je i další tělesné dysfunkce, které přímo souvisí s možností či nemožností sexuální realizace. U mužů lze reflektovat problémy, jež jsou primárně spojené s erekcí, což se následně odráží ve snížené schopnosti být sexuálně aktivní (Huang et al., 2014: s. 4). Naopak u žen jsou problémy často spojené s procesem menopauzy, a mají obdobné dopady, jako u mužů (Nusbaum, Singh, Pyles, 2004: s. 119; Calasanti, Slevin, 2001). Všechny výše zmíněné elementy stáří pak nutně neznamenaají faktickou sexuální neaktivitu a odkaz k desexualizovaným seniorům. Tyto dysfunkce však nejsou předmětem zájmu poskytovatelů sociálních služeb. Z jejich výpovědí vyplývá, že se jedná především o kompletní nepohyblivost, která znemožňuje sexuální realizaci, to ovšem opět nutně neznamenaá bariéru v sexuálních projevech. Moderní společnost však opírá své představy o spojování desexualizovaného stáří s dysfunkcí těl, to však nutně neznamenaá jejich asexualitu. Jak ukazují výpovědi poskytovatelů sociálních služeb, i klienti, kteří se potýkají s vážnými zdravotními omezeními a potížemi s mobilitou, mají sexuální potřeby, i když jejich naplnění může být jejich zdravotním stavem výrazně komplikováno.

„ [...] Jo, měli sme tady jednoho pána, kterýho když sme třeba přebalovali, ted' nevim, jak to mám říct, tak se mu...jo rozumíte...no tak sme mu říkali, no pěkný, dobrý, tak to zase to...a musí to potlačit, jo. On ani nemoh rukama nic dělat, protože von je měl nemocný, jo. Ale prostě je to něco..je to

asi... musí to bejt, musí to bejt pro něj jako, muselo to bejt pro něj jako ehm... nevim, no...“ (Helena, 39 let)

Ukazuje se, že věk není nutně stěžejním atributem v kontextu sexuální realizace, jedná se o jev ryze individuální. Další výzkumy (srov. Wiley Bortze, 1996) ukazují, že můžeme identifikovat pokles sexuální aktivity u seniorů, a to především v rané fázi věku 50+. Z pohledu poskytovatelů sociálních služeb nalezneme diferenciaci pojetí sexuality ve stáří skrze věk. Na jedné straně, jak již bylo zmíněno, je sexualita v obecném měřítku, potažmo optikou pečovatелů zcela přirozenou, doprovází člověka až do pozdního stáří a věk není její determinantem. Tuto skutečnost v rozhovoru reflektoval například i participant Jan, který sexualitě v pozdějším věku přikládal značnou důležitost.

„No stejně velké význam, jako v jakymkoliv jiným věku. Jako je důležitá, protože vim, jako i senioři, mám zkušenost, že i senioři, kterým bylo přes osmdesát ty potřeby měli.“ (Jan, 65 let)

Naopak další participantka rozlišuje sexuální tendence klientů na základě věku, kdy právě ono období *pozdního* stáří vnímá jako silně desexualizované a to i na základě výše avizovaného problému zdravotních komplikací, konkrétně s pohyblivostí.

[...] ...já konkrétně jako my máme asi věkovej průměr, asi osmdesát šest let věku, jo. Takže pohyblivost je tam špatná, [...]. Já si myslím, že už asi ne (není sexuálně aktivních)...u osmdesáti procent, že už ne. (Jana, 65 let)

Je tedy evidentní, že proces stárnutí neneserá jasně dané hranice pro sexuální (ne)aktivitu a sexualita tak může hrát podstatnou roli v životě jednotlivce až do pozdního stáří, ne-li do konce života (Dominguez, Barbagallo, 2016: s. 512-513). Pečující sice vnímají

sexualitu jako přirozenou, tedy něco daného, co má v životě stárnoucích jedinců zcela jistě své místo, valná většina se však ztotožňovala v reálných představách s výpovědí participantky Jany, tudíž spojovala sexualitu a sexuální projevy s mladší věkovou kohortou seniorů.⁵

Indikátorem proměny reflexe sexuality ze strany pečovatelů u seniorů pak může být samotná věková hranice klientů v prostředí domovů pro seniory. Věk seniorů v DD se neustále zvyšuje, což sami pečovatelé uvádějí na základě svých nebo zkušeností kolegů/yň. To potvrzuje Český statistický úřad (2015), který ukazuje jako nejpočetnější skupinu seniorů v DD věkovou skupinu 79-85 let a 86-95 let (srov. k r. 2012,2013). Pečující, kteří působí v domově pro seniory delší časový úsek, mají přímou zkušenost s narůstajícím věkem klientů při vstupu do domovů pro seniory a reflektují tak proměnu složení obyvatelstva domovů. Senioři, jež primárně vstupují do institucionálních zařízení, jsou mnohdy nesamostatní až nepohybliví, což následně inklinuje k onomu specifickému pojmání sexuality a sexuální aktivity jedinců. Jak z výpovědí vyplývá, senioři pak volí DD mnohdy až v případě skutečných zdravotních problémů, které se neslučují s pobýváním ve vlastním bydlení a potřebují dvacet čtyř hodinovou péči. Tyto narůstající zdravotní problémy mohou reálně ovlivňovat, popř. ovlivňují možnost sexuální realizace.

„[...] Tady máme takovej průměrnej věk, tak je takovejch osumdesát dva let, jo. A spíš bych řekl i víc možná. No, tak v tomľhetom věku vážně to se najde takový prostě vyjímky, jo. Kde ten sexuální, ta sexualita eště přebývá, no. Tak třeba

⁵ Na seniory nemůžeme nahlížet jako na homogenní skupinu, jelikož i u jedinců, jenž spadají do kategorie *Senior*, můžeme reflektovat odlišné sexuální tendence, jež se pojí s určitou fází procesu stárnutí. To souvisí i s problematickým a jednotným vymezením stáří na základě věku (viz kapitola 2.1 Stáří).

kolegyně mi říkaly, že se sem vstupovalo v padesáti letech, takže tady prostě ehm... určitě v tu dobu tady v tu sobu byla ta sexualita ve větší hojnosti.“ (Libor, 49 let)

„No, když to vezmu takhle jakoby...když to takle jakoby srovnám s těma lidičkama co sem za ty celý roky prošla, tak musím říct, že jakoby sexualita tím, že dneska ty lidi sou jakoby dlouho, dlouho dobrý a vlastně de facto do těch domovů se dostanou, až když sou z části dementní, tak ta sexualita jako vůbec. (Slávka, 43 let)

Jedním z aspektů vyčlenění sexuální aktivity z života seniorů je stárnoucí tělo, které se značně podílí na sdílených představách o desexualizovaném stáří. Společenský a mediální diskurz velmi často vynechávají stárnoucí tělo z debat o sexualitě, čímž posilují tyto stereotypní představy většinové společnosti. To následně vede k možné stigmatizaci stárnoucích členů společnosti ve spojení s realizací jejich sexuality (Haškovcová, 2010: s. 50-51). Pečovatelé sami reflektují tuto optiku většinové společnosti, přičemž jako hlavní argument uvádějí neatraktivitu stárnoucích těl. Vzhled se pak dle jejich názoru stává stěžejním faktorem pro vnímání sexuálních aktů většinovou společností. To opět vede k představě neexistující sexuality a v případě sexuálně aktivních seniorů se může jednat o náhled, který odkazuje k deviantním formám jednání.

„Nevim, no, myslim si, že kdy člověk není mladej prostě tak se sem (do společnosti) jako nehodí, jo si myslim, že dokud ste hezká mladá ženská tak se sem hodíte a jak ste prostě senior, tak už to je něco špatnýho, já sama jako nevim, kde se to jako bere, jo.“ (Valerie, 39 let)

„Spíš mně to přijde tak, že jim to přijde nechutný (sexuální realizace, projevy), že ty lidi sou starý a přijde jim to nechutný

jenom ta představa, a proto si myslím, že to je odsuzovaný, to je jako celý. Jako souvisí to s tím jak člověk i vypadá v určitém věku a, že tím pádem jim to potom přijde nepatřičné, že mezi sebou takhle něco mají.“ (Petra, 40 let)

Moderní společnost reflektuje stáří skrze koncept aktivního stáří, které je bráno jako to „správné“, což se projektuje do obrazů lidského těla v pozdějším věku. Proto senioři velmi často přikládají svým tělům skrze sociální diskurz velký význam. V důsledku snížené pohyblivosti pak nemohou naplňovat tento ideální koncept stárnutí (Lewis, Cachelin, 2001: s. 36). Prezentace a pojetí stárnoucího těla následně determinují představy o „správné“ sexualitě, jež odkazuje k „dobrému či úspěšnému“ stáří a následnému vnímání stárnoucích členů společnosti (Faetherstone et al., 1991: s. 178). Je nutno podotknout, že participant, jakožto přímí aktéři života seniorů, kteří se setkávají se stárnoucími těly, se vymezují vůči společenskému diskurzu, jelikož se jakožto poskytovatelé sociálních služeb stávají součástí intimní sféry seniorova života. Dochází zde k přímému kontaktu mezi oběma stranami, to vede k nutnosti vytvořit si profesní odstup, který upravuje nazírání na aspekty, jež se s procesem stárnutí a sexuality pojí (Twigg, 2000: s. 397-399). Nejen vůči obrazu stárnoucího těla, ale i jejich projevům se tak stávají rezistentní, mnohdy pak tyto sexuální potřeby vnímají jako pozitivní aspekt života ve stáří, který nejsou hodni určitým způsobem hodnotit, přestože (viz výše) onu sexualitu u určité skupiny seniorů neproblematicují.

[...] „Jako ta společnost se na to může dívat, já...to nemůžu pochopit, protože už jim bylo předkládáno něco předtím, jak by měl člověk vypadat nebo se chovat a voni sami do tohoto věku nedospěli, tak nevěděj, že oni ty touhy, ty pocity, to fyzično, ta

sexualita, že tam s nima taky potom bude a že bude je doprovázet, no.“ (Libor, 49 let)

„No tak jako asi to tak je, ale já s tím nesouhlasím, protože si myslím, že každé jako z těch lidí, pokud je schopné a je jako ehm...má vyloženě jako chuť se nějakou sexualitou zabývat, tak si myslím, že určitým způsobem je to a můžou, samozřejmě, protože já si myslím, že dokad' se ty lidi můžou postarat sami o sebe a má toho partnera a je s ním spokojenější, žije s ním třeba celý život, tak to k tomu patří, že jako naopak bych to nehodnotila nebo nesoudila jako špatný, spíš jako ta představitost v tuhle chvíli.“ (Nikol, 26 let)

Dostáváme se ke specifickému společenskému fenoménu, který na jednu stranu tedy předkládá koncept aktivního stáří, jakožto jediné formy ideálního stárnutí, přičemž staví na zdravém těle, jakožto prostředku „správného“ stáří. Zároveň je pak kladen důraz na aktivitu spojenou s fyzickou a duševní pohodou (Tomeš, Šámalová et al., 2017: s. 47). Tím se posiluje diferenciací „dobrého“ a „špatného“ stáří a posilují se tak nerovnosti mezi seniory, kteří prožívají své stáří jinak. Tento sociální konstrukt zastává výchozí pozici pro utváření rolí jedinců středního věku až do pozdního stáří. Diskurzy aktivního stáří pracují se sexualitou, která je v tomto kontextu reflektována jako determinant zdraví a nerezignovaného stáří. Nebýt sexuálně aktivní se tak stává dělícím aspektem, jež vymezuje ono „úspěšné“, „správné“ stáří stárnoucí jedince, od těch méně úspěšných. Pokud bychom pak sexualitu skrze koncept aktivního stárnutí diskutovali, automaticky by tak byli jedinci s určitými limitujícími prvky pohyblivosti perzekuováni a nebyli schopni naplňovat toto „správné“ pojetí stáří.

4.2 Intimita a fyzický kontakt mimo sexualizované termíny

Sexualita je variabilní, může mít mnoho podob. Nelze si představovat pouze sexuální styk či masturbaci, může tak zahrnovat i další roviny, jako například pocity náklonnosti. Sexuální projevy můžeme nalézt i v jiných podobách. Takovým explicitním příkladem je objímání či hlazení (srov. Dvořáčková, 2012), což následně inklinuje ke špatné interpretaci či vysvětlení sexuálních tendencí v kontextu stárnoucích členů naší společnosti. Samotní pečovatelé tyto projevy fyzické náklonnosti (hlazení, dotýkání) nekódují, jakožto sexuální. Primárně je pak připisují emocionální povaze vztahů. Tím tak opět posilují perspektivu desexualizovaného stáří.

[...], že spíš už jako nejde o ten sexuální život nebo projev, že třeba já nevím třeba dědeček pohládí babičku po ruce si myslím, takže to ehm... [...]. Já si myslím, že ten sexuální život tam nehraje už takovou roli. Jo, já si myslím spíš, že ehm... jak bych to řekla, že sou spíš jako, jak sem řekla, že sou rádi, že se prostě eště maj, že si sebe váží víc, když se pohláděj, obejmou, než sexuálně.“ (Valerie, 39 let)

Zajímavým zjištěním v kontextu intimity je emocionální stránka stáří. Přesto, že pečovatelé vnímají sexualitu jako přirozený aspekt života, jež není zcela nutně determinován věkem, přiznávají, že jsou tyto čistě sexuální projevy skrze věk potlačovány nebo jdou velice často do pozadí. V popředí se pak objevují intimní či emocionální projevy, které mohou vyžadovat i ze strany personálu. Lieslot Mahieu a Chris Gastman (2015) uvádějí, že v životě seniorů nastává určitá proměna povahy vztahů a do popředí se posléze staví tato emocionální stránka, to ovšem samozřejmě zahrnuje, potažmo nevyklučuje i tradiční pojetí sexuality a jejího vyjádření. Intimita a fyzický kontakt je pak často mezi samotnými klienty kódován mimo sexualizované termíny. Tyto tendence po fyzickém

kontaktu je možno vnímat, jako projevy oné náklonnosti či pocitu souznění ze strany druhé osoby. Důvodem mohou být omezené sociální vazby, které jsou pro jedince ve stáří typické. U seniorů dochází k velkému riziku sociální izolace a odcizení, proto může mít tento pocit porozumění či sounáležitosti velký význam na kvalitu prožitého stáří (Baková et al., 2015: s. 8-11). Paradoxně tak přes primární tvrzení o důležitosti sexuality ve stáří můžeme identifikovat následný obrat k citovým projevům, jakožto nadstavbu sexuálních projevů u seniorů. Ty pečovatelé považují za podstatnější.

„Jako ty sou to důležitější (citové projevy), jo, protože ty starší lidi už na tu sexualitu nepomýšlej, ale zase od toho partnera čekaj takovou tu nějakou... projevy lásky nebo, jo něco takový, tak spíš ty city dou do popředí.“ (Jana, 65 let)

„Já si myslím, že jak určitě tohle je pro ně důležitější, právě to pohlazení, takový to držení za ruku, takový to prostě vědět, že toho druhýho mám. [...] Takže tohle si myslím, že je pro ně mnohem asi, pro hodně, pro většinu lidí důležitější, než nějaký jako ten...ten sexuální styk, jo, prostě.“ (Helena, 39 let)

Jak již bylo výše zmíněno, sexualita podléhá mnoha změnám, jež se přímo pojí se životní trajektorií lidského života. V dětství je postavena na zvědavosti, v dospívání se rozrůstá do prožívání emoční intimity a poskytování identity, v dospělosti k utužení vztahů, reprodukci či potěšení a ve stáří se velmi často přesouvá do pocitu sounáležitosti a porozumění (Sharpe, 2004: s. 199). Jelikož je celé pojetí sexuality silně individuálním tématem, objevují se i odchylky, které indikují rozlišné pojetí těchto projevů. Přesto, že pečovatelé přikládají emocionálním či vyloženě intimním projevům sexuality ve stáří větší význam, někteří senioři pak období stáří prožívají čistě na zakládání sexuálních vazeb.

„ [...] Sem se setkala třeba i s takovýma, že důchodkyně měla třeba i tři partnery, jo, aby jí uspokojil. Je to těžký, já si myslím, že to je nevyzpytatelné, že na to není jasnej recept, jak to bude, takže je jako jinej (sexuální život) a přitom paní říkala, že žila jako tak poklidně x let s jedním manželem a...prostě úderem určitýho věku se to všechno změnilo. Takže vlastně ona byla jako vdova a měla milence.“ (Petra, 40 let)

Jak uvedla participantka Petra, její přímá zkušenost boří stereotypní představu, ve které senioři figurují jako neaktivní, pasivní jedinci toužící pouze po souznění či emocionálním kontaktu. V debatách o sexualitě u seniorů, která je jistě ze stran pečovatелů reflektována se však velmi výrazně klade důraz na onu emocionalitu a intimní prožívání. Ty jsou kódovány skrze termíny, jež nejsou přímo spojené se sexualitou. Příkladem jsou označení typu „milá“, „hezka“, „roztomilý“, což jistě může vyvolat dojem „neškodná“. To se pak ovšem podprahově navracíme k původnímu pojetí sexuality, tedy ke spojování sexuálních tendencí s mladšími jedinci a ukotvování stereotypního vnímání normality v kontextu sexuality (Dominguez, Barbagallo, 2016: s. 512-513).

Z výpovědí není zcela jasné, na základě čeho poskytovatelé sociálních služeb kódují vnímání tohoto pojetí intimity a odlišného přístupu k sexualitě u párů v kontextu seniorů. Jedním z možných důvodů však mohou být ony stejné problémy spojené se zdravotními obtížemi, které mohou sdílet se stejně smýšlejícími jedinci, jež mají obdobnou či alespoň podobnou zkušenost nebo pečujícími, kteří jsou bezprostředně seznámeni s touto problematikou a mohou tak poskytovat nutnou oporu při řešení těchto negativních aspektů v procesu stárnutí.

„No, pro ty seniory už asi...moc ne...[...]... pohyblivost je tam špatná, [...], máme tam sice jeden takovej páreček, obá sou vdovci, pán i paní. Paní je teda velice vážně nemocná, ale

chodili spolu na procházky, chodili spolu na kafička, ehm...tak nějak se dali spolu dohromady, pán je k ní velice pozornej, ta paní potřebuje velkou péči, pán je k ní velmi pozornej. I teďka, když už se paní špatně pohybuje, tak von chudák se snaží jí tahat, i když de mu to ztěžka.“ (Jana, 65 let)

[...], co si budeme povídat, ty senioři nejvíc trpí nemocema nebo spousta a tam jde jako o to, že je někdo vyslechne v těch jejich tíživých situacích. Což je u nich vždycky nemoc. Takže prostě jde tam o tu oporu, no.“ (Martina, 36 let)

4.2.1 Desexualizace partnerského života ve stáří

Pečovatelé subjektivně vnímají odlišnosti ve smyslu sexuálních či emocionálních vazeb, na které oni sami nahlízejí rozlišnou optikou a vnímají je různě. Všechny tyto roviny pak mají v prostředí domova své místo. Avšak emocionální vztahy či intimní projevy ve smyslu citových jsou v prostředí domova brány jako přijatelnější oproti čistě sexuálním vazbám. Tato intimní, citová vyjádření (pohlazení, objetí, kontakt ve smyslu podpory) dokonce upřednostňují a reflektují pozitivněji než sexuální vyjádření, což se ukázalo ve výrazech, které používají („milý“, „pěkný“). O to více jsou tato pojetí emocionálních vazeb vnímána u dlouhodobých partnerství. To explicitně vyplývá z výpovědi participantky Terezy, která se ve své praxi setkala s rozlišnými typy vztahů. Její tvrzení tak ukazuje imaginaci, která dokazuje různé pojetí sexuality a intimity. Na jedné straně ji intimní projevy ve smyslu opory připadají hezké, na druhou stranu vztahy založené na sexualitě bere s rezervou a sama je popisuje jako „zvláštní“. To může následně vést k potencionálnímu vnímání čistě sexuálních vztahů jako (už) nevhodných pro danou věkovou skupinu.

„ [...], ne je to hezký, jako je to, když vezmu ryze nějaký, jako sexuální mi přijde zvláštní, ale jinak vztahy jako takový, to mi

přijde hezký, jo. To je fajn nebejt sám, mít tu oporu. Ale ty sexuální projevy, to už mi přijde tak jako zvláštní, no (smích)... [...]. Jeden ten vztah funguje tak, že pán si pískne a paní běží...[...] druhej funguje hrozně hezky. Oni jako i s rodinou toho pána choděj občas ven a tak jako, že fakt jako partnersky fungujou, ale tam jako si myslim, že to nemá nějaký sexuální podtext...[...]. Já si myslim, že moji kolegové to vidí jako já, že ten jeden jako ježíš to je hrozný a ten jeden jako že to roztomilý a co mi říkali, tak vlastně pani, co navázala vztah ten hezkej s pánem, co nově přišel...” (Tereza, 30 let)

Pro seniory je kontakt, tedy i navazování nových partnerských vztahů se svými vrstevníky stěžejní, a to především díky životním biografiím a předpokladu lepšího porozumění, oproti mladší věkové kohortě (Haškovcová, 2010: s. 151). Zároveň pak proces stárnutí přináší další aspekty, jež mohou mít negativní dopady na život nejen v institucionálním zařízení. Tyto negativní atributy můžeme reflektovat ve snížení fyziologických funkcí, zhoršení paměti či v sociálním stárnutí (Baková et al., 2015: s. 8-11). Všechny tyto biologické či psychické projevy stárnutí mohou v jedincích povstát pocit nepohody či nepochopení, proto mohou inklinovat k navazování dalších vztahů, především pak v domovech pro seniory. Nejen, že se často vážou na poskytovatele sociálních služeb, se kterými jsou v každodenním kontaktu, rozvíjejí se i další déle trvající partnerství, která v prostředí domova fungují. Z výpovědí participantů vyplývá, že i přes již několikrát zmíněnou přítomnost sexuality v procesu stárnutí, vnímají dlouhodobé partnerské vztahy jako desexualizované. To je v tomto specifickém prostředí značně problematické. A to především proto, že ono desexualizované pojetí vztahů může ovlivňovat kvalitu poskytování zdravotní či sociální péče seniorům (AGE CONCERN, 2006: s. 18). Převážně se pak jedná

o seniory vstupující do DD v páru. Zároveň se ukazuje opětovné pojetí intimity, kde převažují výrazy sounáležitosti a pochopení.

„Nevim...jako já si myslím, že to citový tam jako opravdu výrazně převažuje, protože oni se vážou i na nás. Jim stačí pohlazení, dotek a je to pro ně víc, než slovo. Tam ta bazální stimulace, je to hodně s tím jako propojený, že je to tako uspokojuje.“ (Tereza, 30 let)

Zajímavým zjištěním v oblasti partnerství je existence dvou rovin v závislosti na typu vztahu. Ve většině případech se polemiky o desexualizovaném partnerství objevují v déle trvajících vztazích či manželstvích, tedy pokud tito dva jedinci sdíleli společné prostory, již před vstupem do DD. Naopak nově vzniklé páry reflektují pracovníci DD jakožto potencionálně sexuální. V rétorice poskytovatelů sociálních služeb najdeme opětovné pojetí vztahu „neškodného“, tj. desexualizovaného a potencionálně sexualizovaného. Tyto nově vzniklé vztahy reflektují a informují o možných „hrozbách“, se kterými by se mohli potkat.

„My to respektujeme, že se schází, respektujeme to, svým způsobem sme jako i opatrnější, když pak třeba když ve večerním hodinách k nim chodíme na kontroly na pokoj, tak u těchhle lidí to není jako zaklepat a otevřít dveře. U těchhle lidí už sme takový obezřetnější, že zaklepem, chvíli počkáme a pak jdeme dovnitř, takže je předpokládáno, že by se mohlo něco stát, nějaká ta intimní chvílka.“ (Martina, 36 let)

Představy poskytovatelů sociálních služeb se tak zcela jistě na základě uvedených zkušeností rozcházejí s primárním pojetím sexuality jako přirozeným aspektem života. Mnohem častěji přikládají stěžejní význam intimním projevům jako je pohlazení, sounáležitost či držení za

ruce, nežli aktům, jež se přímo pojí se sexuálním vyžitím. Zároveň pak považují paradoxně za přirozenější, spíše vhodnější tyto „hezké“ projevy ve stáří, čímž mnohdy nevědomě napomáhají k desexualizování skupiny seniorů. Dalším význačným faktorem se ukázalo partnerství jako determinant nahlížení na sexualitu. Dlouhodobé vztahy, jež fungují de facto po celý život, hodnotí pouze emocionálně, naopak u nově vzniklých vztahů přiznávají možnost další sexuální realizace. Přesto, že je sexualita nedílnou součástí seberealizace, v obecnějších debatách v prostředí institucionálního zařízení nemá prostor a stává se tak silně tabuizovanou.

5 ŽIVOT A SEXUALITA V INSTITUCIONÁLNÍM ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

Domovy pro seniory nahrazují přirozené vlastní bydlení jedincům v pozdějším věku a stávají se tak jejich osobním domovem. Jedinci do DD pak vstupují primárně z důvodu zdravotních komplikací, omezené pohyblivosti či nesamostatnosti. Vzhledem k povaze zařízení, jež podléhá určitým pravidlům a je nutná neustálá přítomnost personálu, můžeme o domovech pro seniory hovořit, jako o totálních institucích (Goffman, 1961). Prostor a uzpůsobení domova hraje v oblasti sexuality u seniorů stěžejní roli a má přímý vliv na samotnou sexuální realizaci, což explicitně vyplývá rovněž z výpovědí jednotlivých participantů. Tato pobytová zařízení jsou koncipována prostřednictvím sdílených pokojů (po dvou až třech lidech) nebo jako oddělené samostatné pokoje či bytové jednotky (srov. Keller, 2007). Toto rozdělení je dle poskytovatelů sociálních služeb stěžejní a tyto sdílené pokoje vytváří značné problémy z hlediska soukromí a poskytování zdravotních či sociálních služeb. Jak sama participantka Petra uvádí, při sdílených pokojích je jedinec připraven o možnost trávit čas striktně o samotě, což samozřejmě znamená omezené příležitosti pro realizaci sexuálních potřeb.

„No, to je taková trošku těžký, protože úplně o samotě, to jako ne. Ale tak jedině, že paní třeba odejde, buď jedna nebo druhá nebo tak, jo. Ale že by mohli být jako úplně sami, to ne. To tam asi jako není, no. Protože ty společný prostory, tam většinou pořád někdo je, takže je pravda, že úplně o samotě být nemůžou, no. Tam to jako uzpůsobit nejde ani jinak. [...]. Ale jako je pravda, že tohle není jako úplně dořešený, no.“ (Petra, 40 let)

Další participantka, která má obdobné zkušenosti se sdílenými pokoji uvedla, že vytváření tzv. prostorů pro sebe je předmětem

neustálého vyjednávání, kterého se klient, pro nějž se institucionální zařízení stává domovem, musí domáhat. O to více je pak tento soukromý sektor narušen, jelikož je nutné poskytovat péči všem obyvatelům pokoje, proto je tato intervence dvoj až trojnásobná, než u samostatných, oddělených pokojů.

„No to jakoby jde jen tak (mít soukromí), že se to vysvětlí tomu sousedovi, nebo sousedce a jako když jí pochopí, tak jako dobrý, ale většinou to je prostě tak, že ona odchází třeba na společenskou místnost, většinou musí teda ona odejít z pokoje. Takže takový to uplný soukromí tam prostě není, no. Většinou tam trávíte teda, když tam ste dvě, tak ten čas tam ste ve dvou, no.“ (Valerie, 39 let)

Na základě těchto výpovědí je jasné, že v kontextu sdíleného prostoru je sexualita a její aktivní realizace ohrožená. Jelikož klient je nucen hledat vhodná místa či čas pro něco, co sami poskytovatelé sociálních služeb definují jako „přirozené“. Ovšem i sami pečující reflektují zásadní problém, jenž v oblasti soukromí klientů následně může vést k desexualizovanému stáří nebo minimálně omezení sexuálního vyžití. Proto jediné možné efektivní řešení vidí ve zřízení samostatných pokojů pro každého klienta (srov. Trachtová, 2013).⁶ Pečující, kteří pracují v domovech s jednolůžkovými pokoji či bytovými jednotkami, naopak nereflektují potřebu určitým způsobem zajišťovat či zvyšovat soukromí svých klientů, toto uspořádání vnímají jako dostatečné.

⁶Ztráta soukromí pak nemá negativní dopady jen na sexuální vyžití, samozřejmě neblaze dopadá na samotný život stárnoucího jedince v domovech pro seniory, kteří musí sdílet onen vlastní prostor s mnohdy cizími spolubydlícími. Jak uvádí Vágnérová (2000), starší věková skupina se obecně mnohem hůře adaptuje na přicházející změny a jakákoliv manipulace či negativní konotace, jež plynou ze sdíleného bydlení, mohou negativně působit na jejich zdravotní stav a psychickou pohodu, což právě u stárnoucích členů společnosti může mít nedozírné následky.

„No, tak co se týká tak oni maj jednolůžkový pokoje, takže oni soukromí fakt maj. [...]“ (Tereza, 30, let)

„[...] My sme oddělení jako chodící, ale prostě klienti víceméně soběstačný a ty maj víceméně všichni klíčky od svých pokojů, takže oni si zamykaj. Maj prostor, můžou se tam zamknout na celej den a můžou si tam dělat, co chtěj, že jo. [...] Já myslim, že maj soukromí, soukromí dost. V každym tom důchodáku je spousta společenských místností, spousta zákoutí, knihovna, internetový koutek, jo. Prostě těch možností, kde může být klient v soukromí je spousta i, i více klientů. [...], těch možností oni maj hodně, dost si myslim.“ (Jan, 60 let)

Soukromí může být definováno i skrze jiné roviny než rovinu ryze osobní, tedy v kontextu utváření prostoru bez intervence dalších členů domova. Jak je z výpovědi patrné, participant Jan soukromí reflektuje i skrze sdílené prostory, které klient může využívat de facto sám. Avšak je jisté, že tato prostranství jsou otevřená a i přes možnost osobní realizace je přítomnost ostatních klientů zřejmá. To pak nezaručuje samostatný prostor k využití či mnohdy potřebnou izolaci. Ovšem je nutné zmínit, že tato separace nebo využití samostatného pokoje není vždy žádoucí. Ze zkušeností participantů je zjevné, že někteří klienti nevyžadují samotu, naopak poté vyhledávají vazby a vyžadují bydlení na sdíleném pokoji, aby tak eliminovali pocit samoty a odloučení.

„[...] No, sice paní tady nemá soukromí, taky bydlí po třech, ale mohla bejt na tom jinym oddělení, ale nechce [...]. A když tam je sama, tak to byl její takovej jako... byla psychicky špatně na tom, když byla sama, no takže po fyzickéj stránce by mohla bejt sama, ale po psychickéj stránce bohužel ne.“ (Helena, 39 let)

5.1 Sexualita, tabu a ticho

Jak již bylo řečeno, prostor, jenž je významným determinantem, umožňuje seberealizaci v oblasti sexuality. Hlavní roli v tomto bodě však hraje samotná instituce a politiky, jež (ne)utváří onen prostor nejen pro sexuální aktivitu, ale především pro debaty týkající se sexuality a jejího subjektivního naplňování. Ty následně ovlivňují přímý vztah pečovatelů ke stárnoucím členům domova. Na základě výpovědí se odhaluje zajímavý vztah mezi institucí, pečovateli a samotnými klienty domova, který ukazuje (ne)otevřenost tématu sexuality v institucionálním prostředí. Jak uvádí participantka Vlasta, sexualita je v oblasti institucionálních politik netematizovaná.

„To si nemyslim, ono je to pořád tak trochu tabu, jo nebo pro ty lidi spíš, jako nějaký školení jsou jo. Ale stejně se z toho člověk nedozví nic jakoby.“ (Vlasta, 54 let)

Institucionální zařízení mají svá jasně daná pravidla, kterým se musí klienti podrobovat. Dle Foucaulta (2000) tak dochází k nepřetržitému dohlížení. Právě senioři, jež pobývají v DD, na základě dodržování striktního harmonogramu, utvářejí svůj život v omezeném prostoru. Přes veškerá tato ustanovení však neexistují jasně daná pravidla, jak zacházet s realizací sexuálních potřeb u seniorů. Poskytovatelé sociálních služeb sice musí absolvovat školení, která se přímo týkají sexuality seniorů, avšak jedná se většinou o povrchové teoretické vymezení tohoto tématu, které nijak zvlášť neintervenuje do zkušeností s praxí. Pozitivním prvkem už však je pomýšlení na tyto sexuální potřeby jedinců ve stáří a postupné tematizování sexuálního života v průběhu procesu stáří (srov. Fafejta, 2016).

„No, tak ono se jezdí na školení, že jo. A jako poslední školení bylo právě sexualita seniorů a tam se o tom jako vyložene

otevřeně mluvilo, ale že by se o tom mluvilo s klientama, tak u toho sem nebyla. Nikdy sem nikoho neslyšela, že by se o tom vyloženě mluvilo s nima.“ (Petra 40 let)

Zkušenost participantky Petry potvrzuje fakt, že se téma sexuality dostává do povědomí institucionálního zařízení, avšak instituce neposkytují žádné návody, jak řešit sexuální potřeby přímo s klienty domova pro seniory. Otázkou tedy zůstává, jak na základě určitých předpisů přistupovat k řešení dané problematiky tak, aby klient nenabyl negativního pocitu, že prostřednictvím sexuálních realizací porušuje stanovený řád domova nebo bude poskytovateli sociálních služeb perzekuován. Zároveň není upraven vztah mezi klientem a pečovatelem v případě narušení klientova soukromí v kontextu intimní oblasti a sexuální realizace.⁷ Tato, pouze informativní sdělení pak mohou vést k domněnce, že není nutné otázky tohoto typu s klienty řešit, což následně opět posiluje představy o desexualizaci seniorů.

„Tam jako máme školení ohledně sexuality, jasně, ale každá ta situace je individuální a ono ani nejde mít jeden předpis na několik situací, to stejně spíš je na tom člověku, jak se k tomu postaví, jaká je hlavně ta situace, že jo...no...“ (Šárka, 43 let)

„Ale prostě, říkám, tam prostě mezi náma panuje takový to pravidlo, nechat je bejt, vycouvat a nechat je bejt...(smích). Je to jako nepsané pravidlo...nikde není napsané, jak se k těm klientům chovat.“ (Klára, 46 let)

⁷ V institucionálních zařízeních je sice zavedené pravidlo klepání a čekání na vyzvání ze strany klienta, avšak poskytovatelé sociálních služeb sami přiznávají, že ne vždy jej, například v důsledku shonu jsou schopni dodržet. Proto se občas dostanou do situace, kdy naruší sexuální realizaci klienta. Instituce pak právě nikterak neřeší tento vzniklý problém a pečovatelé uplatňují nepsané pravidlo „omluvit se vycouvat“ bez další potřebné debaty či rozebrání situace s klienty.

V návaznosti na první rovinu vztahu mezi institucionálními zařízeními a pečovateli se utváří další netematizovaná „bublina“ ohledně sexuality ve vztahu pečovatelů k samotným klientům. Jelikož chybí jakákoliv diskuze o problematice realizace sexuality v domovech pro seniory ze strany samotné instituce, jsou poskytovatelé sociálních služeb nuceni ospravedlňovat toto tabuizování tématu ze své perspektivy. Primárně tedy instituce nechávají řešení této problematiky na pečovateli a přenechávají jim zodpovědnost za postavení se k řešení dané problematiky. Poskytovatelé sociálních služeb poté na základě tohoto „ticha“ přenáší zodpovědnost na samotné klienty. Z výpovědí participantů pak vyplývá, že ono tabuizování tématu je dáno generačně, tedy, že pro samotné seniory je problematické o sexualitě hovořit, či nejsou přístupní k debatám o ní v důsledku společenského kontextu, ve kterém vyrůstali a žili. Proto následně nevyvíjejí žádnou iniciativu k otevírání debaty ohledně sexuality a jejího uskutečňování.

„To ne, to jako otevřeně (klienti o sexualitě nehovoří) určitě ne. Jak říkám, my ani jako personál se o tom nebavíme a...a je to velice intimní záležitost. U těch starých lidí, přece jenom sou z jiný doby, kdy tyhle věci se veřejně vůbec. Já, když sem byl malej kluk, tak tyhle věci se veřejně vůbec, tyhle věci byly úplně tabu a to nejsem eště až tak starej, takže oni to nějak veřejně ne to.“ (Jan, 60 let)

„Helejte ono to jako spíš tak vyplyne, že třeba jako, já nevím se vo něčem bavíte, ale jako otevřený téma, no jako ani ne, vyloženě nějak cíleně, že bysme se tím jako zabývali (sexualitou, sexuální realizací). Ani ty lidi asi mi přijde, že nechtěj, jako třeba klienti, mi přijde.“ (Nikol, 26 let)

Politiky, tak, jak jsou nastavené v institucionálním zařízení, tedy nijak neoperují s individuálním přístupem mezi pečujícími a klienty ve vztahu

k sexualitě. Vzniká tak „bludný“ kruh mezi všemi rovinami vztahu. Pečovatelé nedostávají vodítka pro práci se sexualitou seniorů od DD, což se následně promítá v netematizování sexuality s klienty. Ti následně mohou mít dojem, že explicitní otevírání sexuálního tématu je v institucionálním zařízení nežádoucí. Přesto, že toto „ticho“ týkající se sexuality provází denní chod domova pro seniory, pečovatelé se s jejím reálným uplatňováním mohou setkávat neustále. Sami pak musí vyhodnocovat a definovat nastalou situaci, což mnohdy může mít negativní konotace, odrážející se na pocitu trapnosti či nepříjemnosti u obou stran.

5.2 Poskytovatelé sociálních služeb jako sexuální objekty

Nejen, že se pečovatelé mohou setkávat se sexuálními projevy a jejich realizací v denní provozu domova pro seniory, mnohdy se stávají rovněž sexuálními objekty či terčem sexuálních narážek, včetně fyzických projevů vůči jejich osobě. Venglářová (2007) vztahuje tyto projevy právě k aspektu ztráty soukromí, jež může vést k potlačování sexuality. Participantů mají mnohdy přímou zkušenost s těmito sexuálními projevy, kdy se stali objektem zájmů některého ze svých klientů.

„No jak říkám, mě přímo oslovila paní, která chtěla, no prostě abych s ní sexoval a já sem na to zvolil dobrou odpověď, protože sem nechtěl tu paní urazit, tak sem řekl, že sem silně věřící, jo a že...ehm...nechtěl sem ani jako, že třeba jako, kdybych řekl manželka, vymlouvat...vlastně by si mohla myslet, že je třeba stará pro mě, jo. Tak ehm...řekl sem, podívejte se, já sem věřící a to by nešlo jako to. Tak ta paní to dobře pochopila a...jo vzdala se toho a už to ne, už to na mě nevybalovala (smích). [...]. A když sem se s nima stýkal veřejně, tak třeba chtěly abych je políbil, jo. Takže...takový ty projevy k tomu sem měl za těch x let asi čtyři.“ (Libor, 49 let)

Domov pro seniory jako totální instituce je koncipován na základě jasně vymezených mocenských hranic, které skrze vnitřní pravidla a předpisy vymezují roviny vztahů a pozic, tedy senioři obývající DD a poskytovatelé sociálních služeb (personál) (Goffman, 1961: s. 18). To ovšem nutně neznamená, že klienti, pro které se pobytové zařízení stává domovem, budou tato pravidla striktně dodržovat. Vzhledem k tomu, že se pečovatelé stávají součástí jejich života, snadno se mohou ztratit hranice, které klient vnímá jako přijatelné. Oddělené prostory pro stravování, sociální zařízení apod., jak uvádí Rosenhan (1973) sice ještě více posilují toto vymezení vzájemných vztahů, to ovšem v praktické rovině nemusí být nijak reflektováno. Pečovatelé jsou pak vystavováni nutnosti individuálně nastavovat určité hranice, které jsou pro ně akceptovatelné a zároveň je budou schopni přijmout i klienti.

„[...] Tak jako když vezmu jenom sexuální projevy jenom u pána, kterej mi osahával prsa, tak první co bylo, když sem tu byla chvíli, že to byl šok, takže sem dokázala reagovat stylem jenom jako ehm...že sem otevřela pusou, poodstoupila sem a odešla, když se to stalo po druhý, tak už sem mu něco řekla a když se to stalo potřetí, tak už sem mu vyhrožovalo jako, že na něj podám stížnost (smích)...to fakt jako nebylo příjemný. Dalšího pána už sem praštila přes ruce (smích)...tak jako jemně, že jo, určíme hranice, kam můžem a nemůžem. [...], konkrétně setkala s pánem, kterej měl tendence jako osahávat, zkoušel. Nejdřív nohu a pak jako jel vejš a skončili sme u toho, že když jel vejš, tak sem ho plácla přes ruku a řekla sem mu, tak jo, fajn, domluvíme se, že na nohu můžete. Že jako pohlazení na noze, že teda, jo a von to drží, jako, jo. Ty hranice si drží, ale ten kontakt je pro ně důležitěj jako.“ (Tereza, 30 let)

Z výpovědi je patrné, že se pečovatelka Tereza stala de facto obětí sexuálního obtěžování, které by v jiném pracovním segmentu mělo zcela jistě negativní důsledky. Avšak vzhledem ke specifickému prostředí posléze byla nucena citlivě, avšak striktně vymezit hranice pro fyzický kontakt, aby tak nedošlo ke stigmatizaci jedince v daném prostředí a ona tak mohla nadále vykonávat své běžné pracovní činnosti. Pečovatelé reflektují nutný kontakt, který senioři v DD vyžadují a potřebují, proto jsou každý den nuceni vyjednávat o míře daných sexuálních projevů, tedy pokud se týkají jejich vlastní osoby. Tyto sexuální tendence se objevují i ve slovních vyjádřeních, které však sami pečovatelé kódují, jako „neškodné“ či „laškovné“. Proto je nijak negativně nehodnotí, tedy do té chvíle, než přejdou ve fyzické projevy, které už poté identifikují, jako nepříjemné. Pokud klient nastavené hranice respektuje, pečovatelé nechávají tato sexuální vyjádření bez intervenujících zásahů, posléze je berou jako přirozenou součást fungování domova pro seniory.

„Zažila sem jednoho pána, co byl takovej veselej, ten tak akorát vtipkoval, ale občas to bylo takový, jako dej mi pusu a takovýhle věci.“ (Andrea, 42 let)

„[...] Máme tady jednoho klienta, uplně na tom druhym oddělení. On je teda odkázanej na vozík, má jednu nohu. Je teda upovídanej hrozně a je takovej živej, má vitalitu všechno a ten rád sahá a pocem ke mně. A je to nepříjemný teda. Ale když prostě mu to řeknete, takle, vocad' pocad', nějaký hranice si dáte, tak von to respektuje, což de.“ (Helena, 39 let)

Tyto intimní či sexuální tendence mohou být vnímány rovněž jako důsledek zbourání intimních hranic mezi klientem a pečovatelem v důsledku *Body worku* (viz kapitola 2.4.1). Přesto, že pečovatelé pracují s intimní oblastí a stárnoucími těly svých klientů při prováděních například hygienických úkonů, i zde se jasně vymezuje hranice mezi oběma

stranami (Twigg, 2000: s. 397-399). Faktem však zůstává, že klienti jsou nuceni eliminovat hranice svých intimních bariér, což může následně vést k bourání hranic i v kontextu sexuálních projevů mířených na poskytovatele sociálních služeb. Ti však v důsledku tabuizování tohoto tématu v prostředí domovů pro seniory mnohdy situace řeší, až při samotném fyzickém kontaktu či ataku na jejich osobu.

5.3 Sexuální realizace klientů v totální instituci očima pečovatелů

Vzhledem k tomu, že DD kompenzují bydliště seniorů, jež tato pobytová zařízení využívají, stává se personál mnohdy svědkem sexuální realizace klientů. Totální instituce se vyznačuje nepřetržitým dozorem (Foucault, 2000), kde snadno dochází k nežádoucím situacím vzhledem k užívání prostoru a narušování soukromí v důsledku nutnosti poskytnout požadovanou zdravotní péči. Nejen, že se tedy mnohdy poskytovatelé sociálních služeb stávají objekty sexuálních tendencí, zároveň jsou přímými účastníky uskutečňování sexuality v praxi. Z toho důvodu musí volit vhodné strategie pro vyřešení dané problematiky, která není obsažena v pravidlech samotného domova. Výpovědi poskytovatelů sociálních služeb ve většině případů ukazují, že mají reálné zkušenosti s nevhodným vstoupením do sexuální realizace svých klientů.

„Jo, to několikrát. Většinou sou to manželé, když jednou za uherskej rok vždycky tam něco jakoby proběhne. Bohužel u nás to funguje tak, že i když klepeme, tak hned vejdem dovnitř, jo. Takže párkrát tam narazí, že maj jako nějaký takový chvílky, tak se člověk omluví a de hned pryč, jo.“ (Martina, 36 let)

„Akorát teda jednou sem otevřela dveře a pán sám sebe uspokojoval, to sem viděla, jako tak rychle jako, že nic. Rychle sem zavřela dveře (smích).“ (Valerie, 39 let)

Ve většině případů se sexualita reflektuje jako sexuální styk, který má nebo nemá být diskutován v prostředí domova pro seniory. Dvořáčková (2012) však říká, že sexuální jednání nepředstavuje pouze samotný sexuální styk. Jak z výpovědi vyplývá, pečovatelé se mohou setkávat i s autoerotickými projevy. Proto je nutné o sexualitě přemýšlet i skrze individuální rovinu, nikoliv pouze párovou. Sexuální zkušenosti pečovatelů se ovšem netýkají pouze oné sexuální realizace. Vzhledem k častému fyzickému omezení a snížené pohyblivosti, se mohou setkat i se sexuálními projevy jakožto vedlejším produktem poskytované péče. Klienti se sníženou pohyblivostí tak někdy nemohou ovlivnit své sexuální projevy, proto musí být reakce poskytovatelů sociálních služeb velmi citlivá. Přímo, specifickou zkušenost má participantka Barbora, která se setkala se sexuálními projevy během poskytování běžné základní péče u nepohyblivého klienta a to jak v rovině verbální, tak reálné.

„[...] Anebo se mi stalo, že, že mi jeden klient prostě řek, že jako ráno, když sem k němu přišla, že mu, že se mu postavil a to mi jako úplně příjemný nebylo a já říkám...no vidíte ráno, jak to funguje...co mu na to máte odpovědět, tak to hodíte lehce do autu, ne že bych na to navazovala diskuzi s nim, to ne. Ale přijmu to, nějak odpovím a tím to pro mě končí, takže...setkala sem se teda u toho koupání, když se ten pán jako udělal (smích).“ (Barbora, 26 let)

Všechny tyto subjektivní zkušenosti se odráží v následné pracovní sféře poskytovatelů sociálních služeb, kdy se musí sžít s danou problematikou a přijmout fakt, že tyto sexuální projevy jsou v domovech pro seniory přítomné. Jedná se tak o postupný proces adaptování na vzniklé situace, na které si posléze pečovatel zvykne, a nepřipadají mu neobvyklé, přičemž na základě primární zkušeností, tak následně přistupují k dalším, čímž si vytváří nepsané reakční (obránné) pravidlo.

Mnohdy poté pečovatelé řeší vzniklou situaci obrácením ve vtip či v návaznosti na neexistující podpůrné strategie netematizováním vzniklého problému.

*„No moje reakce (smích)...tak to jako, tak víte, že ze začátku sem byla vytlemená. [...]. Ale dneska už se to vnímá úplně jinak, jako ten vývoj za těch patnáct let, je tam obrovskej.“
(Pera, 40 let)*

Výpověď participantky se specificky opírá o zkušenost, kdy její první kontakt se sexualitou seniorů v praxi byl v době, kdy byly tyto projevy striktně zakázány, proto zde reflektuje i vývoj doby, která sexualitu seniorů z pohledu mladších věkových kohort nijak neperzekuuje, spíše naopak. Snaží se jim poskytnout co nejvíce prostoru a pravidlem klepání tak dostatečně demonstrovat nucený příchod a intervenci do soukromí klientů, což ne vždy je zachováno (viz výpověď participantky Martiny). Jak již bylo řečeno, každý pečovatel opět musí individuálně vyhodnotit a klíčovat tuto situaci bez podpory institucionálních zařízení či jejich politik.

5.3.1 „Vycouvat a zavřít dveře“

Sexuální aktivita se tedy uskutečňuje za zavřenými dveřmi pokojů, přičemž klienti na sdílených pokojích mají situaci ztíženou v důsledku uzpůsobení prostor domova pro seniory. Reakce na danou situaci jsou tak ve většině případů naprosto totožné. Vzhledem k tomu, že je DD brán jako přirozené prostředí, panuje názor, že by personál neměl zasahovat do soukromých a intimních záležitostí svých klientů. Pečující tak vidí jako nejvhodnější řešení situace „vycouvat a zavřít dveře“, přičemž tak vzniklou situaci tabuizovat a nevytvářet prostor pro možnou diskuzi ohledně sexuální realizace a jejího narušování.

„Já myslím, že bysme vůbec do toho neměli mluvit (do sexuální realizace klientů), protože ty lidi sou chytřejší, než my a žili v jiný době, o který my nemáme ani šajnung a nějaká psycholožka nemůže vědět, v jaký době oni žili. [...]. Měli bysme je podle mě nechat a vůbec do toho nějak nezasahovat, sledovat ano, pokud zjistíme, že to, já to furt vomílám dokola. Pokud zjistíme, že to nějak škodí na životě, sledovat ano, jo, [...].“ (Jan, 60 let)

„Pro mě jako odejít a nechat, nechat tu chvilku prostoru a... pak normálně přijít a vyřešit, to, co já sem potřebovala ohledně péče a nevracet se k tomu nebo to neřešit. Prostě oni sou tu doma, takže zavřít dveře a nevstupovat chvilku do pokoje.“ (Barbora, 26 let)

Silným argumentem pro neintervenci je právě tvrzení, že DD je náhradou klientova doma, resp. klientův domov. Proto ani v prostředí institucionálního zařízení není nutné nastalou situaci řešit, jelikož je přirozená a normální. Problémem však zůstává, že klienti jsou pod neustálým dohledem, tudíž nikdy nemohou mít plné soukromí, které by měli ve vlastním bydlení.⁸ Z výpovědí pana Jana pak plyne, že jediný přípustný zásah do sexuální aktivit je v momentě ohrožení klientů nebo dalších osob. V tomto případě je řešení situace jasné, a to na základě diskuze. Paní Jana uvádí, že sexuální projevy ať už individuální či párové je taktéž nutné řešit v případě omezování chodu celého domova, tedy na základě stížností dalších seniorů, jež využívají DD. Přičemž odhaluje, že ani není jejich pravomocí zaobírat se danou problematikou. Základ této optiky můžeme reflektovat právě v neukotvení zásad v kontextu

⁸ V domovech pro seniory samozřejmě někteří klienti disponují klíči, tudíž je jejich soukromí zachováno, ovšem často je právě zamčení dveří signálem k sexuálním aktivitám, které mohou jedince stigmatizovat. Klienti, kteří nemají možnost zamykání pokojů, jsou pak odkázáni pouze na klepání ze strany pečovatелů, což ovšem vede k jistému narušování a následnému nutnému přerušování sexuálních praktik.

sexuality ze strany politik institucionálního zařízení, což nás opět přivádí k onomu „bludnému kruhu“ přenechávání zodpovědnosti z jedné roviny vztahu na druhou (instituce – pečovatelé – klienti).

„No já si myslím, že pokud nejsou stížnosti (na sexuální tendence klientů) a nějaký, já nevím...vod vostatních klientů, že prostě vostatní klienti by proti... měli, ztropili nějaký kravál kvůli tomu, tak si myslím, že by to mělo všechno proběhnout v klidu, ovšem pokud sou nějaký stížnosti, pokud ty lidi nějak nepřiměřeně projevují na veřejných místech, no tak potom jedině s nima promluvit. [...], ale my jako zaměstnanci nemáme právo do toho zasahovat. My nemáme vůbec žádný pravomoci vlastně.“ (Jana, 65 let)

Přímé střetávání s realizací sexuálních tužeb je velmi subjektivní záležitostí, kterou je nutno řešit individuálně. Pečovatelé však obvyklý způsob reakcí (*vykouvat a zavřít dveře*) považují za ideální a necítí potřebu o daném tématu debatovat či diskutovat. Toto tvrzení opět posilují myšlenkou, že senioři v důsledku jiných generačních zkušeností nejsou k debatě o sexualitě otevření, tudíž by nebylo vhodné tyto diskuze otevírat či probírat.

Je zjevné, že sexualita je zcela určitě přítomná v procesu stárnutí, a to i v institucionálních zařízeních pro seniory. Můžeme ji reflektovat skrze několik rovin, ať už individuální, párovou, z pohledu pečovatelů, samotných klientů nebo celkového pojetí instituce. Ovšem existuje, je reálná a to ve všech podobách. Předešlé výpovědi vyvrací představy o desexualizovaném stáří, přičemž je vždy nutné zohledňovat individuální rovinu procesu stárnutí. Institucionální prostředí neposkytuje pečovatelům žádnou podporu v kontextu dané problematiky, kromě určitých školení, které sami pečovatelé reflektují jako neefektivní.

V domovech pro seniory tak není přítomna debata se samotnými klienty ohledně sexuality a její realizace, která by otevřela a ukázala reálné problémy, se kterými se klienti v kontextu uspokojování svých potřeb potýkají. V praxi se tak poskytovatelé sociálních služeb musí s danými projevy vypořádat jen skrze vlastní úsudek a individuální vyhodnocení situace. Na základě této absence podpory ze strany vlastního zaměstnavatele pak sexualitu netematizují. Naopak reflektují tuto oblast zájmu, jako nežádoucí předmět k debatám se seniory. To si následně vysvětlují neochotou klientů otevírat sexuální témata a to především skrze celkové tabuizování dané oblasti na základě výchovy a generačních aspektů, jež se s nimi pojí. Sami pak mají přímé zkušenosti se sexuálním projevem, především v důsledku nevhodného vstupu do seniorova soukromého prostoru, čímž samozřejmě uspokojování jejich potřeb narušují. Paradoxně však vnímají určité intervence do této polemiky jako nevídané, jelikož soukromí klientů je mimo jejich kompetence a nahlížení do těchto segmentů života seniorů by mělo silně negativní konotace. Poskytovatelé sociálních služeb jsou neustále přítomni v životě stárnoucích členů společnosti, kteří pobývají a využívají DD. Proto by bylo žádoucí více se zabývat polemikami či debatami ve vztahu pečovatелů a klientů ohledně realizace jejich sexuálních potřeb. Tím by se eliminovaly nežádoucí situace, do kterých pečovatелé i klienti často v běžném chodu domova pro seniory vstupují, posléze je netematizují a tím posilují tabuizování sexuality u seniorů.

6 DVOJITÉ ZNEVIDITĚLNĚNÍ LGBT SENIORŮ V INSTITUCIONÁLNÍM ZAŘÍZENÍ

Z předchozích zjištění vyplývá, že sexualita v institucionálních zařízeních má zcela jistě své místo, přičemž obyvatelé i personál, kteří jsou v každodenním kontaktu, její přítomnost reflektují. V rámci jejich vztahu (senior – pečující) jsou nuceni neustále vyjednávat její realizaci a aktivní naplňování. Specifickou skupinu v institucionálním zařízení jsou LGBT senioři, o kterých se však v minulosti nijak nehovořilo. První vhled do dané problematiky v kontextu české společnosti přinesla až zpráva Jolany Novotné, Naděždy Špatenkové, Ivana Oleckého a Jaroslavy Hasmanové Marhánkové ve spolupráci s PROUDEM - Platformou pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu (2016). Ta jako první otevírá pomyslné tabu týkající se vztahu homosexuálních seniorů k sociálním službám. Výsledky zprávy pak ukazují, že homosexuální jedinci (podobně jako majoritní populace) preferují vlastní bydlení před vstupem do institucionálního zařízení. Faktorem, jenž může přispívat k nevyužívání domovů pro seniory, může být obava či nedůvěra ke zdravotnímu, potažmo sociálnímu systému (Novotná et al., 2016; srov. Brotman, 2007). Výpovědi poskytovatelů sociálních služeb dotazovaných v mém výzkumu ukazují, že zkušenosti s homosexuálními seniory v prostředí DD jsou minimální, což dokazují odpovědi na otázku, zda mají pečovatelé přímou zkušenost s LGBT seniory v DD.

„Ne, ne ještě ne, nikdy.“ (Valerie, 39 let)

„Ne, ne, ne...“ (Klára, 46 let)

Stěžejním důvodem, který determinuje absenci homosexuálních seniorů v institucionálních zařízeních je možná obava z nutnosti znovu prožít coming outu (Brown, 2009: s. 68). Zároveň pak tito senioři reflektují heteronormativní pojetí procesu stárnutí, proto často

netematizují svou sexuální orientaci a v DD vystupují jako heterosexuální jedinci (Hasmanová Marhánková in Novotná et al., 2016: s. 57-61). Sami poskytovatelé sociálních služeb si však uvědomují malé až žádné zastoupení LGBT menšiny v DD. Z jejich výpovědí je patrné, že hlavním důvodem toho, proč se nesetkávají s homosexuálními seniory je doba, ve které tito LGBT senioři vyrůstali a žili. To následně determinuje tendence svou orientaci skrývat nejen během života, ale následně i v institucionálním zařízení.

„Protože spousta, podle mě spousta ehm...lidí týhle generace za svůj život to tajilo a myslím si, že se s tím tajením ty své orientace naučili tak žít, že to i svým způsobem trochu potlačili v sobě. A...ted' v tom věku, tím, že tu sexualitu už tolik nepotřebujou, tak vlastně nemusí ani jakoby ukazovat navenek, jaká je jejich orientace, že je fakt do určitý míry, že to v sobě natolik potlačili, že to v tom věku jako tolik neřeší, nedávaj to najevo. Takže možná z těch klientů jich pár určitě bude, ale fakt to nedávaj nijak najevo a umí to asi tak dobře krejt, že ani my zaměstnanci to na nich nepoznáme, že tu sexualitu neřeší prostě.“ (Martina, 36 let)

„To byla nějaká jako úchylka (homosexualita), si vemte, to sou ročníky třicet, čtyřcet, tam oni zažili úplně něco jinýho. Já si myslím, že oni už tak postupem času se museli smířovat s tím, jak se ta sexualita otvírá, že jo... Ty lidi maj třeba rodiny, maj děti. A tím, že maj prostě zarytý, že je to něco špatnýho nebo něco nenormálního, tak takhle žijou, tak proč by to na to stáří měnili.“ (Šárka, 43 let)

Přesto však někteří participantí mají přímou zkušenost s homosexuálními klienty v prostředí domova pro seniory. Jedná se pouze o dva případy, kdy participant Libor vzhledem k dlouhodobému

působení v DD navázal osobnější vztah s klientem, který se mu následně svěřil. Další participantka se to však dozvěděla prostřednictvím ostatních členů personálu, jelikož původně přišly seniorky v páru a její přímá zkušenost je pak pouze s jednou z nich. Vzhledem k tomu, že to nebyla veřejná informace, nijak se tato skutečnost se samotnou klientkou netematizovala.

„[...] Jo, musím, ano poznal sem tady pána, který byl homosexuálně to, ale ten už vůbec neprojevoval nic. To sem se dozvěděl jo, z jeho života, jo, ale ten už prostě, ten sex už neměl. [...] Von mi to řekl...my sme se začali bavit rodina, děti, jo, takže vlastně, že se nikdy neoženil a po nějakým čase, jo prostě mi to řekl sám, jenom mně teda.“ (Libor, 49 let)

Další pečovatelé mají také přímou zkušenost s homosexuálními seniory, avšak ne skrze domov pro seniory, ale prostřednictvím terénní domácí péče. Ani zde nešlo o přímý coming out ze strany samotných klientů, tuto informaci si působící pečovatelé předávali mezi sebou.

„Jo, jo. Ne tady vocaď, ale z tý domácí péče, byl to chlap. [...], to byla taková osůbka známá, tak slovo dalo slovo a různě se pak člověk jakoby dozvěděl...“ (Slávka, 43 let)

„No tak mě to nejdřív nedošlo, já když sem tam šla poprvé, tak sem viděla na zvonku dvě odlišný ženský jména, tak jako sem si říkala, jako tak se sestěhovaly, jako přítelkyně. Až mi pak kolegyně řekly, že jsou jako partnerky, jakože by dávaly okázale najevo, poplácávaly se tam předemnou, to určitě ne.“ (Vlasta, 54)

Je zjevné, že mnozí poskytovatelé sociálních služeb vnímají homosexuální klienty jako potencionální klienty v domově pro seniory (srov. Brown, 2009). Z výzkumu Willise et al. (2015) vyplývá, že panují

obavy z projevů diskriminace právě v instituci totálního typu, kdy nadpoloviční většina dotazovaných uvedla obavu z marginalizace v DD. Pečovatelé dotazovaní v mém výzkumu uvádějí, že přístup k homosexuálním seniorům v poskytnutí zdravotní péče by se v prostředí DD nijak nelišil, jelikož musí na danou problematiku nahlížet profesionální optikou, nikoliv skrze osobní zaujetí.

„Jako je to normální (homosexualita), takže asi taky tak, jako. Personál jako to stejný. Jako to takhle měli by to, samozřejmě může se stát, že jako někdo proti tomu bude mít nějakou výhradu, nelíbí se mu to, protože tohleto neuznává, ale jakoby musíme...musíme, je to vlastně je to no prostě, jak bych to řekla, prostě musíme, když ty lidi budou homosexuálové, tak my je tak musíme brát, musíme se k nim takhle chovat a nesmíme jim to dávat najevo, jo, že třeba jim opovrhují nebo něco, nebo že dělaj něco špatnýho. Nedělaj, je to úplně normální, přirozený, lidský.“ (Klára, 46 let)

Zajímavým zjištěním v kontextu LGBT seniorů v prostředí DD je tematizování subjektivních negativních projevů skrze věkovou kohortu personálu. Jak již bylo řečeno, poskytovatelé sociálních služeb reflektují jako stěžejní aspekt nejen v demonstrování sexuální aktivity, ale i v tabuizování homosexuality u seniorů dobu, ve které klienti utvářeli své biografie. Tyto tendence se netýkají pouze klientů, ale i samotných pečovatелů. Věk se ukazuje jako zásadní pro otevřenost k dané problematice. Participanté uvádějí, že v osobní rovině by někteří pečovatелé, jež se sami blíží seniorskému věku (50+) mohli mít určitá specifika ve vnímání homosexuálních seniorů.

„Helejdte, já si myslím, že ta doba je jako, kor jako v těch domovech, já si myslím, že ta doba je tak vyvinutá, ano sou tam někteří starší generace, jako i trošku zakomplexovaný, některý

ty lidi, co tam pracujou, tak si myslim, že by mohl nastat určitěj problém (ve vnímání LGBT klientů), ale jako u nás, no možná ty starší, jak říkám [...].“ (Nikol, 26 let)

Možný rozdílný přístup pečujících z různých generací, na který v rozhovorech někteří participanti upozorňovali, se odrážel i v samotných postojích dotazovaných. Pouze dva participanti během výzkumu uvedli, že by pocítovali problém pečovat o homosexuální klienty. V obou případech se jednalo o lidi starší 60 let. Zároveň ale oba dotazovaní zdůrazňovali, že jejich osobní postoj by neměl žádný dopad na kvalitu poskytované péče, která musí být zachována bez ohledu na sexuální orientaci klientů. Pan Jan pak hovořil o subjektivních pocitech ze situace, když by potencionálně vstoupil do domova pro seniory homosexuální pár.

„Musela bych to překousnout, ale asi by se mi to moc nelíbilo, já je moc nemusim tydle lidi. Já vim, že sou normální, že jsou jako ty vostatní, ale nevim, prostě nelíbí se mi to, no. No, jako takhle, prostě bysme se k nim museli tvářit, tak jako se tváříme na ty ostatní, ale nevim...je to takovej, asi by to pro mě osobně, by to asi byl blbej pocit, vůči tomu člověku. No, ale samozřejmě bysme museli... je to normální člověk, jako ty vostatní, akorát hold sexuálně je jinak orientovanej je, no. Jako z profesionálního hlediska se musíme chovat, jako nemůžeme to dát na sobě znát, že prostě ten člověk je nám nepříjemnej, jo. To je proti našemu... přesvědčení, ale nevim...[...].“ (Jana, 60 let)

„S tím sem se neseťkal nikdy a upřímně vám řeknu, že asi bych, trochu bych s tím měl problém, jo. Ale sem profík a samozřejmě bych to nějak překonal, ale měl bych s tím trochu problém.“ (Jan, 65 let)

Na základě těchto výpovědí pak lze souhlasit s tvrzením samotných poskytovatelů sociálních služeb, kteří míru otevřenosti k těmto tabuizovaným tématům podmiňují generačními rozdíly a zkušenostmi. To predikuje budoucnosti lepší přístup k homosexualitě u seniorů v prostředí domova pro seniory, i jejich větší otevřenost k debatám.

6.1 Homosexualita, tabu a ticho

V prostředí domova pro seniory nalzáme téměř totožné mechanismy tabuizování homosexuality, jako je tomu u samotné sexuality, což vede k jasnému dvojitému zneviditelnění LGBT seniorů. Tím dochází ke kombinaci více rovin nerovností (Kolářová, 2008). Tento koncept intersekcionality pak zahrnuje sociálně konstruované kategorie (věk, gender, rasa, sexuální orientace), které se vzájemně propojují. Jedinec se tak může stát obětí diskriminace z více důvodů (Cronin, King, 2010: s. 880). Když se budeme zabývat čistě homosexualitou u seniorů, ukazuje se, že institucionální politiky opět nikterak neoperují s přístupy, které by poskytovaly vodítka pro práci s homosexuálními klienty, kteří mohou mít odlišné biografie.

„Ne to ne, to si jako nevybavuju, o tý sexualitě to sou jako různý školení a tak, to jako jo, ale jako ehm...o tomhle ne, ne, ne, nevim o tom.“ (Valerie, 39 let)

Stěžejní jsou pak odlišné sociální vazby, které se mohou projevovat v absenci manžela/ky, častá totální samota či bezdětnost (Beňová et al., 2007: s. 53). Proto by pečovatelé, kteří mohou být v každodenním kontaktu s touto specifickou skupinou klientů, měli mít vhodné strategie pro komunikaci o rodinných otázkách či jiných oblastech, jež by mohly být pro klienty citlivé. I přesto, že se explicitně pracuje s klientovou biografií, což může odkazovat k rozličné životní zkušenosti, je nutné si uvědomit, že i přes jiné sociální vazby těchto seniorů během života

mohou mít tito senioři děti, a to se logicky týká převážně žen (leseb), kterých je v institucionálním zařízení většina a u nichž je absence dětí méně četná.

„Tak vono se pracuje, že jo s těma jejich biografiema, takže když tam sou nějaký jako odlišný věci, tak to víme, já nevím třeba, že neměli děti nebo tak. [...]. To zase jako jak poznáte toho člověka. [...].“ (Tereza, 30 let)

Věková skupina současných LGBT seniorů přes svou homosexuální orientaci často navazovala během svých životů heterosexuální vztahy či vstupovala do manželství. Proto skrze dostupné údaje o klientech nemusí vždy jasně vyplynout skutečnost o jejich sexuální orientaci, například prostřednictvím informací o bezdětnosti či absenci manželství. Tyto aspekty jsou pak mnohdy nazírány jako typické pro homosexuální seniory (Beňová et al., 2007: s. 19-20). Samotná debata o potencionálně homosexuální orientaci není tematizována, přičemž ale je kódována jen skrze vlastní iniciativu klientů.

„Já si myslím, že o tom ani nemluví (o své sexuální orientaci), [...].“ (Barbora, 26 let)

Pečovatelé by pak byli ochotni diskutovat na téma vlastní sexuální identity klientů, jež je však explicitně tabuizována. Zároveň pak ale personál nepředpokládá, že by současní senioři měli tendence tyto debaty plošně otevírat a svěřovat se na téma své vlastní homosexuální orientace.

„Ehm...nějakým způsobem si myslím že tyhle ty lidi, který sou jakoby takhle orientovaný, tak ani asi nemaj chuť za každou cenu to projevovat a svěřovat se s tím, jo. Tak jako nějak celej život se s tím potýkali, kor eště v tý době, jo. [...]. Ale pokud se někdo svěřit chce, tak je to taková ta obecná rovina. To jo, ale

intimně... to ale nesvěří, nijak, ale asi je to prostě tou generací co tam je, no.“ (Nikol, 26 let)

Tyto nulové podněty pro otevřenost v dané problematice tak znemožňují artikulovat vlastní sexuální identitu a zároveň neumožňují individuální přístup k homosexuálním klientům. Na základě toho dochází k nemožnosti naplňovat rovný přístup u klientů, jež využívají domovy pro seniory (Porter, Krinsky, 2003: s. 209). Prostřednictvím těchto faktorů pak dochází k opakovanému tabuizování daného tématu a potencionálnímu posílení pocitu stigmatizace v případě nutnosti „prožít“ coming out v institucionálním prostředí domova pro seniory.

6.2 „Žít Coming out“ v institucionálním zařízení

Jak již bylo řečeno, institucionální zařízení ani jeho politiky nepřispívají k řešení otázky homosexuálních seniorů v domovech pro seniory. Neinformují o této problematice své zaměstnance a opět nechávají řešení těchto subjektivních zkušeností na personálu. Ten však opět vychází z předpokladu, že generace, se kterou se v současnosti setkávají v daném prostředí, nemá snahy danou oblast diskutovat. Personál a poskytované sociální služby by se dle výpovědí na základě zkušenosti s homosexuálními klienty nijak nelišily. I přes možné osobní negativní postoje k LGBT seniorům by se to nijak v profesní rovině neprojevovalo, jelikož osobní zájmy zde jdou stranou. Velkým tématem jsou však ostatní klienti domova pro seniory. Participantí uvádí, že největší problém spatřují v homofobních projevech ostatních seniorů v DD. Opět argumentují vlivem období, ve kterém jedinci vyrůstali a aktivně žili. A ti by tento fakt podle jejich mínění ve většině případů neakceptovali a homosexuální senioři by se tak mohli stát terčem diskriminujících projevů. LGBT klienti by se tak potencionálně mohli

v prostředí, které by mělo plně nahrazovat jejich domov, setkávat s projevy marginalizace.

„Já myslím, že hodně špatně (by reagovali ostatní klienti domova pro seniory), protože tohle co tam máme, tu generaci to sou pořád silně věřící, většina je silně věřící, ehm...sou silně věřící, takže pro ně by byl naprostej hřích, že by to jako vůbec, myslím, že by to nedokázali vůbec zkousnout tahle generace. Protože říkám, tohle sou důchodci někdy třicátej, čtyřicátej ročník a to sou prostě v drtivé většině silně věřící.“ (Petra, 40 let)

„To sou starý lidi, asi moc dobře, ne. Protože nereagujou na to mnohdy ani rodiče těch dětí a takovýhle starý lidi, kde je takovejhle vysokej věkovéj průměr, no tak ty by na to asi reagovali hodně špatně, no to si myslím.“ (Jana, 65 let)

Přesto, že pečovatelé razí názor, že homosexualita je de facto „normální a běžná“, tudíž nelze homosexuální klienty perzekuovat na základě jejich orientace, opět je zde určité tabu, které neotvírá danou tematiku v tomto specifickém institucionálním prostředí. I přesto, že by zde primárně nebyly žádné rozdíly v poskytovaných službách, jsou obecně homosexuální klienti více sexualizováni. Proto by jejich sexuální projevy nebyly nahlíženy stejně jako u heterosexuálních klientů. A v případě těchto projevů by se zcela jistě ze strany instituce postupovalo prostřednictvím rozličných strategií.⁹ Z tohoto hlediska se tak samotná identita homosexuálních seniorů, potažmo jejich sexuální realizace stává vyloučena z heteronormativního prostředí DD. Minimálně

⁹ Z výsledků analýzy předchozích kapitol je patrné, že pečovatelé reflektují sexualitu, jako přirozenou. Do jejího uplatňování a sexuální realizace by se pak nemělo podle nich nijak zasahovat. Nadpoloviční většina dotazovaných by tyto projevy u LGBT seniorů subjektivně ve své podstatě nevnímala jinak.

pak přispívá k formování diferencované optiky na vnímání dané problematiky. Těmito mechanismy se posléze posiluje vytváření nerovných podmínek pro LGBT stárnoucí populaci (Porter, Krinsky, 2003: s. 209). Ještě zesílený je rozdíl v nahlížení na potencionální vstup klientů v páru. Zde by se sexuální projevy musely korigovat a to především kvůli ostatním klientům DD. Dále je pak patrné, že diskriminační projevy v kontextu tohoto páru by byly ještě více umocněny.

„Já si rozhodně myslím, že nepostupovalo (stejným způsobem jako u heterosexuálního páru v DD), už jenom z hlediska přístupu lidí...ehm...když vezmu vnímání jako i personálu, tak by to bylo takový jako, za prvý by se to jako řešilo dřív...že to není ještě tak zažitý, bylo by to vnímaný, jako větší problém a i k těm lidem by to nebylo tak...příjemnej přístup, jako k ostatním...a ostatní si myslím, že jako tomu páru by to dali ostatní klienti, jako sežrat a myslím si, že by jako hodně, hodně potom zůstali v tom svém pokojíčku. Byli by dost vyčleněný podle mě...“ (Tereza, 30)

„Tak za mě by to bylo stejný, ale jinak by to tedy stejný nebylo. Už kvůli tomu, že by to byl homosexuální pár, tak by tam bylo všechno jinak. Jako z řad vedení...a myslím si, že by jinak, než k ostatním si myslím. Já si to tam bylo...takové rozpačité asi. Museli by k tomu přistupovat myslím, že tam by byla vzpoura, kdyby takovej pár vůbec žil v tohle domově důchodců. Jako opravdu si myslím, že by tam bylo spoustu stížností, že tam takovýhle lidi nechtěj. Já myslím, že vedoucí by je musela dát někde na izolaci (smích)...aby to prošlo., takže nějaký sexuální projev, to by bylo uplně za hranou.“ (Petra, 40 let)

Na základě těchto výpovědí zcela jistě nelze říci, že by byly domovy pro seniory přátelským prostředím pro homosexuální klienty, kteří žijí

například celý život pospolu. Přesto, že se zajisté jedná o subjektivní pocity jednotlivých participantů, tyto názory se velice často opakovaly. To zcela jistě poskytuje obraz a posiluje primární obavy LGBT klientů v DD, kteří mají představu o nemožnosti žít svou sexuální identitu otevřeně v institucionálním prostředí. A to i přesto, že vstup jedincům v páru by byl jistě (dle výpovědí) ze strany instituce umožněn.

„Tak oni je podle mě musí přijmout, jako to by byla diskriminace. [...], ale u nás, jako nemyslím si, že by to měl být problém. Jsme v jednadvacátém století proboha, tak to už by se mělo někam pokročit, takže já pevně doufám (smích), že jako by je vzali, no.“ (Šárka, 43 let)

Jistou odchylku ve vnímání homosexuálních seniorů můžeme nalézt u handicapovaných klientů, především těch, jež trpí duševní nemocí.¹⁰ Pečovatelé, kteří mají přímou zkušenost s těmito specifickými klienty, uvádí, že homosexuální vazby nejsou ničím výjimečným. Avšak tyto tendence přiřkládají právě dané nemoci, která má specifické projevy a klienti tak narušují standardní společensky normalizované jednání. Participantka Petra pak tyto vazby kóduje jako „pseudo - vztahy“, které jsou navazovány v důsledku narušení kognitivních funkcí a myšlení.

„Ano...ale jak sem říkala je to velmi časté u těch psychiatrickým případů. Opravdu u těch demencí a Alzheimerů je to velmi časté, ale u klasických seniorů sem se s tím nikdy nesešla. Ale právě, že u těchhle ano. Protože oni potom navazují potom nějaký jako pseudovztahy, kdy si každý myslí, že ten druhý je někdo jiný. Třeba zažila sem dvě ženský, kdy

¹⁰ Především se jedná o klienty, jimž byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Tu můžeme definovat jako zhoršování paměťových schopností a myšlení, které se následně projevuje v nesoběstačnosti daného jedince. Následně jsou pak tyto degenerativní změny identifikovány v poruše jak myšlení, tak standardního chování (Jiráček a et al. in Holmerová, Suchá et al., 2007: s. 40).

*ta jedna si byla jistá, že ten druhý je chlap, ale ona byla žena. A normálně spolu vedly jakoby vztah. Ale u klasických nikdy.“
(Petra, 40 let)*

Mnohdy pak tyto vztahy vnímají jako desexualizované, jež jsou postaveny na přátelském souznění či porozumění, avšak pouze v důsledku diagnostikované nemoci. Nijak se zde netematizuje aspekt přirozenosti. Tedy, že by klienti mohli projevovat svou sexuální orientaci bez primárního strachu ze stigmatizace či vyloučení na základě homosexuality. Důvody jsou pak opět kódovány v mechanismech porušení myšlení a mozkových dysfunkcí, jež je klasickým symptomem demence.

„Ale třeba jako musím říct, že tam je oddělení, kde jsou převážně ty, co mají Alzheimeru třetího stupně a tam se dost často stává, že se dají do kupy dvě ženský. Jako, jako po přátelský stránce, ale ta přátelská stránka, tím, že už ten mozek tak nefunguje, přechází do určitý intimity, byť celý život lesbičky nebyly, jo. Ale oni třeba celý den chodí po chodbě za ruku, pak přijde na ten pokoj, že oni spolu leží v posteli a třeba se i hladí, ale ono je to o tom že ten mozek, nějak vyprodukuje, že mají potřebu se o tu druhou starat. [...]“ (Martina, 36 let)

6.3 Uzavřené téma LGBT seniorů

Přesto, že poskytovatelé sociálních služeb reflektují přítomnost homosexuálních seniorů v DD, na samotné téma nenahlíží jako nutné k diskusi či osvětě. Na základě výzkumů se ukazuje, že pečovatelé vidí potřebu nastavit určité změny v přístupu k LGBT seniorům, a to především v praktické oblasti, kde by uvítali jasně dané strategie pro práci s touto specifickou skupinou jedinců. To by následně vedlo k lepším vztahům s těmito klienty v prostředí DD a zvýšení kvality nejen poskytování služeb, ale i samotné pohodlné prožití kvalitního stáří

v institucionálním zařízení (Porter, Krinsky, 2003: s. 209). Z výpovědi participantů však vyplývá, že současní senioři, kteří pobývají v domovech pro seniory, nejsou připraveni na tematizování dané problematiky a otevírání vlastní homosexuální orientace by tak bylo násilné až stigmatizující.

„Já sem trochu proti nějakejm jakoby...tomu sociálnímu...proti radikálním řešení. Ted' pojd'mě, hurá, otevřeme tuhleto otázku a, a ted'kon todlento tady veřejně diskutovat. A hůř, pojd'me, svoláme schůzi obyvatel a tam jim to teda vysvětlíme. Já bych tomu nechal čas, ty generace se mění, už přece jenom ted' chodí jiný. Já za deset let budu taky v důchod'áku, takže postupně, nedělal bych nějakou násilnou formou nebo hurá akci, to určitě ne.“ (Jan, 60 let)

Stěžejním důvodem jsou aspekty, jež se pojí právě se stigmatizací, kterou jedinci mnohdy prožívali v důsledku dřívější nemožnosti otevřeně tematizovat svou sexuální identitu v běžném životě, natož pak ve stáří v prostředí instituce.

„No to já si právě jako nemyslím, protože ty lidi na to nejsou připravený, my třeba jo, ta mladší společnost, ale já si nemyslím, že ty lidi by to jako chtěli anebo o tom sami mluvili. Oni fakt nemluví ani o tom sexu nebo něčem takovym, natož pak rozebírat tohle téma, ono to přijde samo, si myslím. (Šárka, 43 let)

Je zcela evidentní, že LGBT senioři se v pobytových zařízeních vyskytují, avšak jako LGBT lidé nevystupují nebo tak nejsou rozeznávání okolím. Přesto, že pečovatelé nereflektují problém ze strany instituce, která by jim neposkytla kvalitní zdravotní či sociální službu na základě sexuální orientace, sami opět identifikují problém v institucionálních politikách, které nijak neinformují a nepracují se strategiemi pro práci

s touto specifickou skupinou jedinců. Paradoxně se pak více tematizují homosexuální vztahy navázané v důsledku duševních nemocí, kdy jsou jedinci velmi často „mimo sebe“ a v podstatě si neuvědomují, co činí. Neprobíhá zde diskuze nad tím, zda klienti právě na základě své nemoci nejednají skrze snahu naplnit své tužby, bez strachu ze stigmatizace či odsouzení z důvodu své otevřené sexuální orientace. Vnímání homosexuálních klientů je taktéž jinak reflektováno v kontextu věku samotných poskytovatelů sociálních služeb, kdy mladší pečovatelé reflektují potencionální osobní negativní postoje u starších věkových kohort uvnitř personálu, což následně potvrzují výpovědi dvou nejstarších pečovatelů. Proto můžeme vyvozovat, že tyto negativní postoje pramení z dřívějších negativních postojů k homosexuálním jedincům. Největší problém spatřuje personál u samotného LGBT páru, kde by se strategie pro přístup ze strany instituce zcela jistě lišila. Sexuální projevy těchto klientů by podléhaly jinému přístupu řešení dané otázky. Tito klienti by zcela jistě byli upozorněni na mírnění svých nejen sexuálních, ale i intimních projevů a to především kvůli ostatním obyvatelům domova. Ty pečovatelé vidí jako stěžejní problém v prožití poklidného stáří v kontextu otevřeného tematizování své sexuální identity. Poskytovatelé sociálních služeb předpokládají, že vzhledem ke generačním rozdílům, kdy homosexuální orientace byla tabuizovaná a ve své podstatě zakázaná, by obyvatelé DD měli homofobní postoje k těmto specifickým obyvatelům domova. To by se následně odráželo na chodu domova pro seniory a narušovalo tak přirozené klima domova. Tím se opět posiluje tabuizování LGBT seniorů a absence prostoru pro tematizování dané problematiky. V důsledku těchto faktorů není už vůbec prostor pro řešení otázky samotné sexuality u homosexuálních seniorů v domovech pro seniory.

7 ZÁVĚR

Cílem předkládané diplomové práce bylo zjistit, jak poskytovatelé sociálních služeb reflektují sexualitu seniorů ve specifickém prostředí domovů pro seniory, jak je s ní pracováno, zda se senioři mohou sexuálně realizovat a jak je koncipován sexuální život v tomto specifickém prostředí skrze systém politik DD. V neposlední řadě byla práce zaměřena na postoje pečovatелů k LGBT seniorům jako potenciální klientele domova pro seniory. Na seniory můžeme nahlížet, jako na specifickou skupinu jednotlivců, kteří jsou v určité fázi svého života. Tato životní etapa pak určuje společenské postavení, které je internalizované a jasně vymezené (Sýkorová, 2007). Domov pro seniory představuje specifické prostředí totální instituce, ve kterém senioři vytváří celý svůj život (Goffman, 1961: s. 18). Přesto, že by tyto instituce měly seniorům plně nahrazovat jejich domovy, v reálném životě se tak neděje. Důsledkem je pak ztráta nebo omezení soukromí, které následně limituje prostor pro realizování sexuálních tužeb. Z výzkumu pak vyplývá, že sexualita má v prostředí DD své místo, pečovatелé ji reflektují a setkávají se s ní v denním chodu domova pro seniory. I když ji poskytovatelé sociálních služeb vnímají jako přirozenou, jedná se v širším kontextu o tabuizované téma, které není jako potřeba v DD příliš reflektováno a chod DD pak není plně uzpůsoben k uspokojování těchto potřeb. Zároveň je tato přirozenost limitována věkem, kdy starší věková kategorie (80+) je reflektována jako více desexualizovaná.

Dle výpovědí samotných participantů se v seniorském věku do popředí dostávají emocionální a citové roviny vztahů (hlazení, dotyky, pocit podpory), které však sami pečovatелé nekódují jako sexuální. Výzkum ukázal zajímavou analogii vztahu mezi institucí, systémem politik, pečovateli a samotnými klienty. Poskytovatelé sociálních služeb nedostávají ze strany institucionálních zařízení žádná přímá doporučení

či vodítka, jak pracovat v praxi se sexualitou, čímž tyto instituce přenechávají zodpovědnost za řešení daného problému na personálu. Ten na základě tabuizování tématu ze strany politik domovů pro seniory sexualitu nijak netematizuje. Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb s realizováním sexuálních tužeb pak můžeme rozdělit do dvou rovin. Na jedné straně stojí pečovatelé jako sexuální objekty, na straně druhé pak jako přímí aktéři sexuální realizace svých klientů. V pozici sexuálního objektu je personál nucen neustále vyjednávat o hranicích sexuálních tendencí a projevů ke své osobě, které mnohdy mohou hraničit se sexuálním obtěžováním. Pečovatelé jsou si však vědomi faktu, že samotný fyzický kontakt je pro seniory v tomto specifickém prostředí důležitý, proto je toto určování hranic, co nejhleduplnější a to i přes negativní pocity, které je mohou provázet.

V případě přímého aktérství hraje v sexuálním životě seniorů v DD značnou roli prostor. Při sdílených pokojích je větší pravděpodobnost narušení klientova sexuálního života. Senior je v této oblasti zcela jistě omezován, jelikož on sám musí vyjednávat, kdy se může sexuálně realizovat a kdy nikoliv. V případě samostatných pokojů je pak zajištěno větší soukromí klientů, proto nejsou v této oblasti natolik limitováni. To následně zajišťuje kvalitnější život ve stáří. Zkušenosti samotných pečujících ukazují, že nejlepší strategií v kontextu narušení sexuálních realizací klientů v DD je „vycouvat a zavřít dveře“. Což vytváří další „ticho“ v debatách o sexualitě. Na základě tohoto „ticha“ ze strany pečovatелů, tak mohou senioři snadno dospět k názoru, že veřejná diskuze či otevřená sexualita nemá v institucionálním prostředí prostor. Tyto mechanismy opět přispívají k tabuizaci sexuálních projevů v institucích péče o seniory. Samotní pečovatelé jsou k těmto debatám otevření, pakliže by ji však klient v DD začal sám. Dle názorů pečovatелů k tabuizování tématu sexuality v pozdějším věku přispívá období,

ve kterém byli současní senioři vychováváni. Domnívají se, že by jim tyto debaty mohly být nepříjemné a působit tak negativně na jejich život v domově pro seniory. Na základě tohoto zjištění pak můžeme tvrdit, že senioři jsou v kontextu sexuality opravdu neviditelní. Přesto, že jsou si všichni vědomi přítomnosti sexuálních tendencí, přiklánějí se k tomu, že by se do těchto oblastí klientova života nemělo zasahovat. Což paradoxně kontrastuje se skutečností, že pečovatelé jsou neustálou součástí života seniorů v DD. Proto je nutné a žádoucí, aby systém politik více tematizoval samotnou sexualitu seniorů, poskytl určitá vodítka k práci s ní. To by následně zcela jistě přispělo k otevření diskuze v kontextu sexuality, čímž by se zajisté zvýšila kvalita nejen poskytovaných služeb, ale i života v domovech pro seniory.

Dílčím, velmi důležitým tématem, kterým se předkládaný výzkum zabýval, jsou LGBT senioři v institucionálním zařízení DD. Z analýzy vyplynulo, že tato specifická skupina jednotlivců je dvakrát neviditelnou menšinou. A to proto, že v institucionálním prostředí DD nalezneme velmi podobné mechanismy tabuizování homosexuality, jako je tomu u samotné sexuality. Tím posléze dochází k onomu dvojitému zneviditelnění LGBT seniorů a následnému spojování více úrovní nerovností (srov. Kolářová, 2008).

Stěžejním pozitivním výsledkem výpovědí je, že poskytovatelé sociálních služeb jsou si vědomi existence homosexuálních seniorů jako potenciálních klientů domova pro seniory. To je v rozporu například se závěry výzkumu organizace PROUD, které ukazují, že primárně nejsou LGBT senioři ani v imaginaci pečovatelů v institucionálních zařízeních (Novotná et al., 2016). Zároveň však institucionální prostředí neumožňuje žít svou sexuální identitu otevřeně. Systém politik opět nijak neoperuje s přístupy a podporami pečovatelů v oblasti homosexuálních seniorů. Přičemž zde znovu nacházíme obdobnou analogii vztahu

(instituce, pečovatelé, klienti), kdy se pečovatelé opírají o představu tabuizování tématu ze strany seniorů a to především na základě období, ve kterém vyrůstali a žili své biografie. V případě potřeby a otevření této problematiky ze strany klientů by ovšem poskytovatelé sociálních služeb neměli problém vést diskuzi na toto téma. Homosexualita je pak skrze optiku pečujících reflektována v závislosti na věkové kohortě samotného personálu. Mladší pečující identifikují osobní problémy s homosexuálními jedinci u starších kolegů/kolegyň, což výzkum (i když na malém vzorku) potvrdil. Dva nejstarší participanti přiznali osobní negativní pocity z LGBT jedinců. Avšak všichni se shodují, že by to nijak neovlivnilo poskytovanou péči a byla by zachována profesionalita.

Jak ukazuje předkládaný výzkum, stěžejním faktorem, jenž může ovlivňovat kvalitu života LGBT seniorů a otevřené tematizování jejich sexuální identity jsou ostatní obyvatelé DD, kteří mají většinou negativní postoje k homosexuálně orientovaným jedincům. Důvodem jsou opět především odlišné biografie, kdy byla homosexualita v minulosti silně perzekuována až zakázána. LGBT senioři pak s ohledem na historicko-sociální kontext svého života mají mnohdy za sebou heterosexuální vztahy. Tyto klasické, společností přijaté, vazby pak mohou přispívat ke konstrukci automatické heterosexuální identity v prostředí domovů pro seniory. Z výzkumu dále plyne, že by se sexuální projevy u LGBT seniorů řešily na základě jiných mechanismů, jelikož by mohly ovlivňovat běžný chod DD. Stěžejním rozdílem mezi předkládaným výzkumem a zprávou Novotné et al. (2016) je nutnost diskuze nad danou problematikou ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Ze zprávy Novotné et al. (2016) vyplývá, že poskytovatelé sociálních služeb by uvítali školení či určitou podporu ze stran institucí, čímž by tak mohly být postupně bourány stigmatizace a zakotvené negativní postoje k LGBT

seniorům. Zároveň by tak byla zvýšena úroveň poskytované péče, přičemž homosexuální jedinci by tam mohli žít otevřeně v prostorách, které mají plně kompenzovat jejich domov. Poskytovatelé sociálních služeb dotazovaní v mém výzkumu však nevidí téma LGBT seniorů jako nutné k problematizování. Pracují s předpokladem, že současní senioři nejsou připraveni na násilné otevírání těchto debat. Toto „nucené“ tematizování by podle nich mohlo mít následně negativní konotace a vyvolávat nepříjemné pocity. Participanti se domnívají, že další generace už bude otevřenější. Jak je z výše prezentovaných výsledků patrné, personál institucionálních zařízení si je vědom veškerých aspektů zkoumané problematiky. Avšak dostává se mu velmi malé až žádné podpory ze strany systému politik DD. To následně vede k potvrzování desexualizace stáří a dvojitému zneviditelnění LGBT seniorů v prostředí domovů pro seniory. Přesto, že postupně dochází k otevírání těchto tabuizovaných témat, na základě výše zmíněných zjištění lze usuzovat, že jsou stále přítomné mechanismy, které přispívají k onomu „tichu“ v oblasti sexuality a LGBT seniorů. Je proto nutné se tímto tématem nadále zabývat, tak aby každý senior měl možnost prožít poklidné a plnohodnotné stáří v institucionálním zařízení DD.

8 SEZNAM LITERATURY

- AGE CONCERN. 2006. "The whole of me... Meeting the needs of older lesbians, gay men and bisexuals living in care homes and extra care housing." London: Age Concern England. [dostupné z: <http://www.openingdoorslondon.org.uk/resources/The%20Whole%20Of%20Me.pdf>, vid. 2. 3. 2018].
- BAKOVÁ D. et al. 2015. *Vnímanie staroby a starnutia optikou súčasnej spoločnosti*. Praha: Hnutí R. ISBN 978-80-86798-57-8
- BEŇOVÁ K. et al. 2007. *Analýza lesbické, gay, bisexuální a transgender menšiny v ČR*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-87041-33-8
- BRENNAN, M., SEIDEL, L., LARSON, B., KARPIAK, S. E., 2014. „Social Care Networks and Older LGBT Adults: Challenges for the Future.“ *Journal of Homosexuality*. **61** (1): 21-52.
- BROTMAN, S., RYAN, B., COLLINS, S., CHAMBERLAND, L., CORMIER, R., JULIEN, D., MEYER, E., PETERKIN, A., RICHARD, B. 2007. „Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada.“ *The Gerontological Society of America*. **47** (4): 490–503.
- BROWN, M. T. 2009. „LGBT Aging and Rhetorical Silence.“ *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC*. **6** (4): 65–78.
- BUTLER, R. N., & LEWIS, M. I. 1988. *Love and sex after 60*. New York: Harper & Row. ISBN-10: 0345380347
- BUŽGOVÁ, R. 2008. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-501-0
- CALASANTI, T. M., SLEVIN, K. F. 2001. *Gender, Social Inequalities, and Aging*. CA: AltaMira Press. ISBN 075910185X

- CASTELO - BRANCO,C., HUEZO, M. L., LAGARDA, L. J. B. 2008. "Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century." *Maturitas. The European Menopause Journal*. **20** (1): 50-58.
- CLARKE, L. H., GRIFFIN, M. 2008. „Failing Bodies: Body Image and Multiple Chronic Conditions in Later Life.“ *Qualitative Health Research*. **18** (8): 1084-1095.
- CRONIN, A. KING, A. 2010. "Power, Inequality and Identification: Exploring Diversity and Intersectionality amongst Older LGB Adults." *BSA Publications. Sociology*. **44**(5): 876–892.
- ČSÚ. 2013. „*Senioři v ČR - 2014*. MPSV.“ [dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>, [vid. 20. 3. 2018].
- ČSÚ. 2017. „*Senioři v mezinárodním srovnání – 2017*.“ [dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46239581/310034172.pdf/562a0c4e-ad9f-4db5-9bd9-3d2f4697e228?version=1.0>, vid. 20. 3. 2018].
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3
- DOMINGUEZ, L. J., BARBAGALLO, M. 2016. „Ageing and sexuality.“ *European Geriatric Medicine* [online]. **7** (6): 512–518. [dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764916300675>, vid. 12. 12. 2017].
- ERIKSON, E. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106—291-X
- EUROSKOP. 2017. „*Důchodový věk v zemích EU*.“ [dostupné z: <https://www.euroskop.cz/578/sekce/duchodovy-vek-v-zemich-eu/>, vid. 26. 12. 2017].

- FAETHERSTONE, M. et al. 1991. „The body in consumer culture.“ In *The body: Social process and cultural theory*. New Castle: Sage. ISBN 080398412X
- FAFEJTA, M. 2016. *Sexualita a sexuální identita: Sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1030-6
- FERRARO, F. R., MUEHLENKAMP, J. J., PAINTNER, A., WASSON, K., HAGER, T., HOVERSON, F. 2008. „Aging, Body Image, and Body Shape.“ *The Journal of General Psychology*. **135** (4): 379-392.
- FOUCAULT, M. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin. ISBN 80-86019-96-9
- FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I., MURACO, A. 2010. „Aging and Sexual Orientation: A 25-Year Review of the Literature.“ *Research on Aging*. **32**(3): 372–413.
- FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I., KIM, H. J., EMLET, C. A., MURACO, A. EROSHEVA, E. 2011. „The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults.“ Seattle, WA: *Institutional for Multigenerational Health* [online.] [dostupné z: <http://www.familleslgbt.org/1463149763/Fredriksen-Goldsen%202011.pdf>, vid. 3. 2. 2018].
- FREEMAN, S., SOUSA, S., NEUFELD, E. 2014. „Sexuality in Later Life: Examining Beliefs and Perceptions of Undergraduate Students.“ *Gerontology & Geriatrics Education*. **35** (2): 200-213.
- FULLMER, E. M., SHENK, D., EASTLAND, L. J. 1999. „Negating Identity: A Feminist Analysis of the Social.“ *Negating Identity: A Feminist Analysis of the Social Invisibility of Older Lesbians*, *Journal of Women & Aging*. **11** (2-3): 131-148.

- GIDDENS, A., 2012. *Proměna intimacy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0175-5
- GOFFMAN, E. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday. ISBN 0385000162
- GOFFMAN, E. 1968 „The Moral Career of the Mental Patient.“ in Denzin, N. K., Spitzer, S. P. (eds.). *The mental patient: studies in the sociology of deviance*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- GOLDBERG, S., SICKLER, J., DIBBLE, A. L. 2005. „Lesbians over Sixty.“ *Journal of Lesbian Studies*. **9** (1-2): 195-213.
- HARLEY, D. A., TEASTER, P. B. 2016. *Handbook of LGBT Elders*. Switzerland: Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-03623-6
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9
- HEAPHY, B. 2007. “Sexualities, Gender and Ageing, Resources and Social Change.” *Current Sociology*. **55** (2): 193-210.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4
- HORTON, S., BAKER, J., COTE, J., DEAKIN, J. M. 2008. “Understanding seniors’ perceptions and stereotypes of aging.” *Educational Gerontology*, **34** (5): 997–1017.
- HUANG, Y. P. 2014. “Asexuality Development among Middle Aged and Older Men.” *PLoS ONE*: **9** (3): e92794. [dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965446/>, vid. 1. 1. 2018].

- JENKINS, C. L., EMUNDSON, A., AVERETT, P., YOON, I. 2014. "Older Lesbians and Bereavement: Experiencing the Loss of a Partner." *Journal of Gerontological Social Work*. **57** (2-4): 273–287.
- JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. in HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. et al. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0177-4
- KABÁTOVÁ, M. 2014. *Sex seniorů je tabu. Rady si s tím nevědí ani pečovatelé*. [dostupné z: http://www.lidovky.cz/sex-senioru-je-tabu-rady-si-s-tim-nevedi-ani-pecovatele-ppq/zpravy-domov.aspx?c=A140720_115120_In_domov_ele, vid. 30. 3. 2017].
- KELLER, J. 2007. *Úvod do sociologie*. Praha: Slon. ISBN 80-86429-39-3
- KOLÁŘOVÁ, M. 2008. *Na křižovatkách nerovností: gender, třída a rasa/etnicita*. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. **8** (2): 1-10.
- KOROTCHENKO, A., HURD L. 2011. „Aging and the Body: A Review.“ *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. **30** (3): 495– 510.
- LEWIS, D. M., CACHELIN, F. M. 2001. „Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women.“ *The Journal of Treatment & Prevention*: **9** (1): 29–39.
- LINDAU, S. T., SCHUMM, L. P., LAUMANN, A. E. et al. 2007. "A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States." *The New Journal, England Journal of Medicine*. **357** (8): 762-77.
- LIPPA, R., 2009. *Pohlaví, příroda a výchova*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1719-2
- MAHIEU, L., GASTMANS, C. 2015. "Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: a systematic

- literature review.“ *International Journal of Nursing Studies*. **52** (12): 1891-905.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Munipress. ISBN 978-80-210-5029-7
- NOVOTNÁ, J. et al., (PROUD). 2016. *LGBT senioři/ky – neviditelná menšina. Situace stárnoucích leseb, gayů, bisexuálních a trans osob v České republice a perspektivy LGBT přátelské zdravotní a sociální péče*. Praha: Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu, z. s. [dostupné z: <http://proud.cz/starnuti.html>, vid. 28. 3. 2017].
- NICOLOSI, A., LAUMANN, E. O., GLASSER, D. B., MOREIRA E. D., PAIK, A., GINGEL, C. 2004. “Sexual Behavior and Sexual Dysfunctions after Age 40: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors.“ *Urology*. **64** (5): 991-997.
- NEDBÁLKOVÁ, K. 2006. *Sputaná Rozkoš: (re)produkce genderu a sexuality v ženské věznicí*. Praha: SLON. ISBN 80-86429-65-2
- NUSBAUM, M. R. H., SINGH, A. R., PYLES, A. A. 2004. „Sexual Healthcare Needs of Women Aged 65 and Older.“ *Journal of the American Geriatrics Society*: **52** (1): 117–122.
- PACOVSKÝ, V., 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicentrum, zdravotnické nakladatelství, n. p. ISBN 80-201-0076-8
- PACOVSKÝ, V.; HEŘMANOVÁ, H. 1981. *Gerontologie*. Praha: Avicenum. ISBN 08-044-81
- PERSSON, G. 1980. „Sexuality in a 70 – year old Urban Population.“ *Journal of Psychosomatic Research*. **24** (6): 335-342.

- PORTER, K. E., KRINSKY, L. 2014. „Do LGBT Aging Trainings Effectuate Positive Change in Mainstream Elder Service Providers?“ *Journal of Homosexuality*. **61** (1): 197-216.
- REISS, I. Z. “A Sociological Journey into Sexuality.“ *Journal of Marriage and Family*. **48** (2): 233-242.
- ROBINSON, T., ANDERSON, C. 2006. „ Older characters in children's animated television programs: A content analysis of their portrayal.“ *Journal of Broadcasting & Electronic Media* [online]. **50** (2): 287–304.
- RÖNDAHL, G. 2009. „Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing.“ *Scandinavian Journal Caring Sci*. **23** (1): 146–152.
- ROSENHAN, D. L. 1973. „On Being Sane in Insane Places.“ *Science* [online]. 179 (4070): 250-258. [dostupné z: <http://science.sciencemag.org/content/179/4070/250/tab-pdf>, vid. 10. 2. 2018].
- ROWE J. W., KAHN R. L. 1997. “Successful aging.“ *The Gerontologist*. **37**(4): 433-40.
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3850-5
- SAK, P., KOLESÁROVÁ-SAKOVÁ, K. 2008. *Reflexe postavení seniorů ve společnosti*. Výzkumná zpráva - Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů, Příspěvek k sociologii třetího věku, Projekt 2D06021. [dostupné z: http://www.insoma.cz/1_8.pdf, vid. 20. 11. 2017].
- SMUTEK, M., KAPPL, M., 2006. *Proměny klienta služeb sociální práce*. 1. Vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-716-1
- STUART-HAMILTON, I., 1999. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 8071782742.

- SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-86429-62-5
- SHARPE, T. H. 2004. „Introduction to Sexuality in Late Life.“ *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. **12** (2): 199-205.
- STUART-HAMILTON, I., 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2
- TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K. et al. 2017. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Karolinum. ISBN 978802436122
- TRACHTOVÁ, E. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3324-4
- TWIGG, J. 2000. „Carework as a form of bodywork.“ *Aging and Society*. [online]. **20** (4): 389-411.
- TWIGG, J. (ed.). 2011. „Conceptualising body work in health and social care.“ *Sociology of Health and Illness*. **33** (2): 171-18.
- VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-705
- VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P. et al. 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-05
- VIDOVIČOVÁ, L. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Papírny Brno, a. s. ISBN978-80-210-4627-6
- VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIČ, L. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPS. [dostupné z: <http://docplayer.cz/4970122-Cesti->

seniori-vcera-dnes-a-zitra-lenka-vohralikova-ladislav-rabusic.html, vid. 2. 11. 2017].

- WALKER, A. 2002. „A Strategy for Active Ageing.“ *International Social Security Review*. **55** (1): 121-139.
- WALZ, T. 2002. “Crones, Dirty Old Men, Sexy Seniors: Representations of the Sexuality of Older Persons.” *Journal of Aging and Identity*. **7**(2): 99-112.
- WILDEMUTH, B. M., 2009. *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*. Westport, Conn: Libraries Unlimited. ISBN 9781591585039.
- WILLIS, P, MAEGUSUKU-HEWET, T., RATHBY, M., MILES, P. 2015. „Swimming upstream: the provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential and nursing environments in Wales.“ *Ageing and Society*. **36** (2): 282-306.
- WHO. 2002. „Active Ageing: A policy Framework.“ *World Health Organization, Geneva*. [dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf, vid. 2. 12. 2017].
- WHO. 2010. „Defining Sexuality.“ [dostupné z: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexualaity/sh_definitions/en/, vid. 4. května 2017].
- WILEY, D., BORTZ, W. M. 1996. “Sexuality and Aging — Usual and Successful.“ *The Journals of Gerontology*. **51A** (3): 142-146.

9 RESUMÉ

The aim of this paper was to find out what providers of social service think of pensioner sexuality in a total institution environment of retirement homes. How the sexuality is conceived there or whether the elders have any space for sexual execution. This paper also focuses on policies in retirement homes and support of senior sexuality. The phenomenon of LGBT seniors as potential clients in retirement homes is also present in the paper. The aging process and elders as a specific part of society are discussed first. Then the sexuality as an important aspect of life is described. In the next part, the concept of a total institution, typical for retirement homes, is discussed. Eventually, the LGBT seniors often omitted group of retirement homes clients, are mentioned.

The results obtained from semi-structured interviews say that sexuality is a regular part of seniors' lives in the institutional environment. Execution of sexual wishes is very limited, what results in tabooing of this topic. Providers of social service have a direct experience with sexual demonstration of their clients and on many occasions, they are becoming the objects of their lust. This can escalate to sexual harassment. Therefore the providers have to regulate and restrict these sexual tendencies. Even so, the staff is in instant touch with the sexuality, the policies of institutional facilities do not really offer them any support. Caretakers then have to analyze the sexual situations on their own. The common strategy is "back off and close the door" and avoiding to discuss these situations with the elders. This attitude obviously leads to continuous tabooing of this topic in an institutional environment. And it can also stigmatize the sexual execution of elders in these specific conditions. The fundamental aspect is the concept of retirement homes itself because it usually does not involve the privacy needed for sexual execution. And this can affect the quality of life. These restrictions are

often realized in form of shared rooms, which are not comfortable according to service providers. Therefore the elders lack their private space and they have to look for a place to satisfy their sexual needs. Sexuality in an institutional environment is natural but there are many mechanisms to restrain it. As a result, there is no space to discuss this topic.

The same restriction problem is applied to homosexuality in institutional facilities. The real experience with homosexuals is minimal, however, the retirement homes staff realize this possibility. The system of support and awareness of LGBT elders does not really exist. Those homosexuals then cannot tempt their sexual identity and pretend they are heterosexual, so they can avoid possible discrimination. The caretakers said this experience should not affect the quality of care but they admit that the other (non-LGBT) clients could disrespect their LGBT companions. This leads to heteronormativity of such facilities. Service providers are not in need to discuss homosexuality with their clients. The fundamental reason for this can be the period they have been living in which encouraged anti-homosexual attitude. The providers also think their clients really do not want to discuss homosexuality because of the reason mentioned above. Service providers agreed they are definitely not against possible “coming outs” of their LGBT clients.

It would be advisable to start discussions about senior sexuality and especially the LGBT phenomenon in institutional facilities. The reason is “double invisibility” of this specific part of our society. Actual tabooing just support desexualization and the heteronormative vision of old people these days. The possible follow-up research should focus on the elders or LGBT seniors instead of the service providers.

10 PŘÍLOHY

10.1 Topic guide k rozhovorům

A. POHLED POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA SEXUALITU SENIORŮ/EK

1. Jaký význam má podle Vašeho názoru sexualita ve stáří?

- > Jak se díváte na sexualitu ve stáří?
- > Reflektujete, přemýšlíte o této problematice?
- > Je přítomna ve stáří?
- > Je důležitá?

2. Jak se díváte na partnerský život ve stáří skrze Vaše zkušenosti?

- > Co je pro jeho fungování důležité?
- > Jaké jsou hlavní hodnoty?
- > Tematizuje se intimita a sexuální projevy v kontextu manželství?
- > Jaké je navazování nových partnerských vztahů?

3. Jaký význam má podle Vás intimita ve stáří? (ve smyslu spíše citových projevů, nežli tělesných)

- > Myslíte, že tyto citové projevy jsou důležitější, nežli fyzické intimnosti?
- > Jsou tyto citové projevy v pozdějším věku více důležité?

4. Z výzkumů vyplývá, že lidé sexuální projevy u seniorů/ek hodnotí jako nepatřičné, nežádoucí. Jaký je Váš názor?

- > Souhlasíte s většinovým názorem společnosti?

- > Proč většinová společnost takto negativně hodnotí sexuální projevy u seniorů/ek?
- > Jaké jsou hranice pro tyto projevy u seniorů/ek?

5. Jak si jednou představujete Vaše stáří právě v kontextu intimity a sexuality?

- > Myslíte, že pro Vás vnímání sexuality bude stejně důležité?
- > Myslíte si, že tělesné prožívání bude totožné?
- > Jak si myslíte, že se tyto sexuální projevy budou proměňovat?
- > Myslíte si, že budete stavět citové projevy do popředí?

B. SEXUALITA SENIORŮ/EK V TOTÁLNÍ INSTITUCI

6. Setkal/a jste se ve své praxi se sexuálními projevy Vašich klientů? (Nebo někdo ze spolupracovníků?)

- > Jaká byla Vaše reakce?
- > Jaké jste měl/a pocity?
- > Jaké bylo řešení této situace?
- > Existují nějaká obecná opatření či nepsaná pravidla?
- > Jak postupovalo vedení DD v řešení této situace?
- > Jak by se podle Vás mělo postupovat?
- > Jsou tyto projevy častější u mužů nebo žen?
 - > Je vnímání těchto projevů jiné u žen a mužů?
 - > Je řešení situace odlišné v závislosti na pohlaví?

7. V prostředí DD mohou senioři navazovat nové partnerské vztahy, diskutuje se v tomto kontextu sexuální styk, či jiné sexuální projevy?

- > Co si o tom myslíte?
- > Máte přímou zkušenost s touto formou nově navázaných vztahů?
 - > Jak tyto vztahy fungovaly?
 - > Jaké byly reakce okolí?
 - > Měly delšího trvání?
 - > Proč skončily?

8. Jak se DD staví k seniorům/kám, kteří vstoupí do tohoto prostředí v páru?

- > Je nějak DD k pobytu v páru uzpůsobeno?
- > Bydlí tito klienti společně nebo jsou odděleni?
- > Mají možnost trávit čas o samotě?

9. Je téma sexuality obecně otevřeným tématem ve vašem zařízení?

- > Je personál k problematice sexuality u seniorů/ek otevřený?
- > Hovoříte s klienty/kami o sexu, sexualitě, intimitě?
 - > U jaké příležitosti?
 - > Za jakých okolností?
- > Mluvil/a jste vy osobně s některým z klientů/ek na toto téma?
 - > Svěřil se Vám někdy někdo s tím, že by byl v oblasti sexuálního vyžití omezován?
 - > Jak jste postupoval/a?

> Jaké bylo řešení této situace? (personál, vedení)

10. Jakou roli by dle Vašeho názoru měl mít poskytovatel sociálních služeb právě v oblasti sexuality u klientů? (v ideálním případě)

> Měl by klienty/ky kontrolovat?

> Podporovat je?

> Vytvářet ideální prostředí?

> Jakou roli má teď skrze nastavené poměry v DD?

> Co byste změnil/a?

B2. SEXUALITA SENIORŮ/EK SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI (STAŘECKÁ DEMENCE, NEPOHYBLIVOST, ČI JINÝ HANDICAP)

11. Máte přímou zkušenost se sexuálními projevy u těchto klientů/ek?

> Jaké jsou sexuální projevy u těchto specifických klientů/ek?

> Čím se liší od nehandicapovaného klienta/ky?

> Myslíte si, že tito jedinci jinak prožívají tělesnost?

> Mají jiný vztah k sexualitě, sexu a jeho projevům?

> Postupuje vedení či personál v řešení této situace stejně jako u nehandicapovaných klientů/ek?

12. Jaký máte názor na sexuální asistenci?

> Vnímáte ji pozitivně/negativně?

> Myslíte, že by měli mít klienti/ky možnost využít této služby?

> Jaký by byl Váš postoj, pokud by se zřídila ve vaší instituci?

- > Myslíte si, že by vedení souhlasilo se zřízením této služby?

C. SOUKROMÍ A INTIMITA V TOTÁLNÍ INSTITUCI DD

13. Jak je zajištěno soukromí klientů/ek ve Vašem zařízení?

- > Jak je koncipované bydlení seniorů ve Vašem zařízení?
- > Mají možnost klienti/ky trávit čas o samotě?
- > Mají lidé v DD prostor pro sexuální život?
- > Kde je hranice soukromí u seniorů v DD?
 - > Jak moc je zasahováno do soukromí seniorů/ek?
 - > Jak moc je nutné do něj zasahovat?

14. Jaká opatření by měla nastat pro větší soukromí klientů/ek?

- > Jaký máte názor na možnost zamykání pokojů v DD?
- > Jak se stavíte k menším odděleným pokojům?
- > Schvaloval/a byste koncepci DD jako "hotelu" se zdravotní péčí?
 - > Jak si představujete jeho fungování?
- > Jak byste se stavěl/a k možnosti pronájmu určitých pokojů pro větší soukromí klientů? (např. na pár hodin)
- > Napadají Vás ještě nějaká další opatření, jak zajistit větší soukromí pro seniory v DD?

D. LGBT SENIOŘI V DD

15. Setkal/a jste se někdy ve své praxi s LGBT seniorem/kou?

- > Jaké jste měl/a pocity?

- > Jak jste reagoval/a?
- > Vnímali/a jste nějaké odlišnosti od heterosexuálních klientů/ek?
- > Lišila se v něčem institucionální péče?
 - > Potřeby či požadavky?
- > Jaký byl postoj ostatního personálu?
- > Jaký byl postoj ostatních klientů/ek?
- > Jak jste se o této skutečnosti dozvěděl/a?
- > Jak se o této skutečnosti dozvěděli ostatní klienti/ky?

16. Pokud nemá přímou zkušenost.

- > Jak byste reagoval/a, pokud byste zjistil/a, že jeden/jedna z klientů/ek je LGBT senior/ka?
- > Jaké byste měl/a pocity?
- > Jak by se k této skutečnosti stavělo vedení a personál?
- > Jak by reagovali ostatní klienti/ky?

17. Je v DD diskutováno téma LGBT seniorů/ek?

- > Přemýšlí obecně personál DD o faktu, že by někdo z klientů/ek mohl/a být LGBT senior/ka?
- > Informuje nějak instituce o této možnosti?
- > Přemýšlel/a jste někdy nad faktem, že mají jiné životní zkušenosti, než heterosexuální jedinci a přístup k nim by se mohl lišit?

18. Jak byste se se stavě/a k LGBT seniorům/kám, kteří by přišli v páru?

- > Vnímali/a byste je stejně jako heterosexuální pár?
- > Jak myslíte, že by reagoval personál?
- > Jak by reagovali ostatní klienti/ky?
- > Jaké stanovisko by nejspíše zaujmul/a vedení?

19. Pokud jste se s tím nikdy nesešel/a, jak byste vnímali/a sexuální projevy u LGBT seniorů/ek?

- > Vnímali/a byste to negativně, nepatřičně?
- > Lišilo by se toto vnímání od sexuálních projevů u heterosexuálních seniorů/ek?
- > Postupoval/a byste stejně jako u heterosexuálních seniorů/ek?
- > Jaké reakce by byly ze strany personálu?
- > Jaké reakce by byly ze strany ostatních klientů/ek?
- > Proč si myslíte, že je tak málo LGTB seniorů/ek v DD?
- > Co by se mělo změnit?

Napadá Vás ještě něco k tématu, co by mělo být řečeno a nebylo nebo jsem se neptala?

10.2 Profily participantů

Pseudonym	Věk	Dosažené vzdělání	Počet let práce v sociálních službách	Délka zaměstnání v instituci (DD)
Andrea	42	SŠ bez maturity	5	4
Klára	46	SŠ bez maturity	20	16
Martina	36	SŠ s maturitou	4	4
Valerie	39	SŠ bez maturity	7	3
Petra	40	SŠ s maturitou	15	2
Slávka	43	SŠ s maturitou	15	3
Jana	66	SŠ s maturitou	27	20
Nikol	26	Vyšší odborné	4	7 měsíců
Šárka	43	SŠ s maturitou	20	4
Vlasta	54	SŠ s maturitou	15	2
Tereza	30	SŠ s maturitou	7	2
Helena	39	SŠ s maturitou	6,5	6,5
Barbora	26	SŠ s maturitou	5	4
Libor	49	SŠ bez maturity	12	10
Jan	60	Vysokoškolské	15	3 měsíce