Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

Sexualita seniorů: recepce sexuálních projevů seniorů optikou pečovatelů v domovech pro seniory

Bc. Karolina Tichá

Plzeň 2021

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

Sexualita seniorů: recepce sexuálních projevů seniorů optikou pečovatelů v domovech pro seniory

Bc. Karolina Tichá

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Jan Váně, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2021

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

Plzeň, duben 2021 ……

Poděkování

Mé poděkování patří doc. PhDr. Janu Váněmu, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, ochotu, trpělivost a poskytnutí cenných rad. Dále pak všem participantkám a participantům bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

1 ÚVOD 1
2 TEORETICKÁ ČÁST 4
2.1 Stárnutí 4
2.1.2 Sociální konstrukce stáří 8
2.2 Sexualita 13
2.2.1 Senioři jako desexualizovaná menšina 16
2.3 LGBT senioři 17
2.4 Institucionální péče - Domovy pro seniory 22
2.5 Specifická koncepce domovů pro seniory v kontextu totální instituce 24
2.5.1 Dohled nad seniory v domovech pro seniory 26
2.5.2 LGBT senioři v institucionálním prostředí 28
3 METODOLOGICKÁ ČÁST 31
3.1 Výzkumné cíle 31
3.2 Výzkumný vzorek 31
3.3 Metody sběru dat 33
3.3.1 Metody analýzy dat 34
4 NARATIVNÍ RECEPCE PEČOVATELŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH 35
4.1 Sexualita a stáří - přirozená ale netematizovaná? 35
4.2 Problematika diferenciace intimity, náklonnosti a fyzického kontaktu v kontextu stáří 41
4.2.1 Desexualizace partnerského života ve stáří 43
5 KAŽDODENNOST A EXISTENCE SEXUALITY V INSTITUCI (DS) 46
5.1 Tabuizace sexuálního života 48

5.2 Recepce sexuální realizace klientů optikou poskytovatelů sociálních služeb 51

5.2.1 Nepsané pravidlo „vycouvat a zavřít dveře“ 53

5.3 Pečovatelé v sociálních službách jako sexuální objekty 56

6 DVOJITÉ ZNEVIDITĚLNĚNÍ LGBT SENIORŮ V INSTITUCIONÁLNÍM ZAŘÍZENÍ 60

6.1 Tabuizace homosexuality 64

6.2 „Žít Coming out“ v institucionálním zařízení 66

6.3 Absence LGBT seniorů v debatách 70

7 ZÁVĚR 73

8 SEZNAM LITERATURY 78

9 RESUMÉ 87

10 PŘÍLOHY 89

10.1 Topic guide k rozhovorům 89

10.2 Profily participantů 96

1 ÚVOD

Současná doba čím dál častěji otevírá debaty tykající se stáří seniorů[1] a jejich života. Vědecké výzkumy se pak zaměřují především na koncept aktivního stáří či životní dráhy jedinců v pozdějším věku. Další oblast, která přitahuje pozornost na poli vědeckých výzkumů, jsou poskytované sociální služby, především pak ty, které mají institucionální podobu. Domovy pro seniory (dále jen DS), které zcela jistě jsou institucionálním zařízením pro seniory, kompenzují klientům klasické domovy, které museli většinou z důvodu snížené soběstačnosti opustit. Mezi pobytová zařízení můžeme řadit DS, denní a týdenní stacionáře či domovy se zvláštním režimem. Výzkum z roku 2017 ukazuje, že nejvíce zastoupenou formou těchto pobytových zařízení v České republice jsou právě domovy pro seniory. Avšak v celkovém rozsahu nadpoloviční většina českých seniorů (69%) žije v samostatném vlastním bydlení, což převyšuje evropský průměr (65,6%) (srov. ČSÚ, 2017: s. 20). Longitudinální výzkumy pak ukazují, že procento seniorů v pobytových zařízeních se v čase zvyšuje. Toto institucionální zařízení využívalo v roce 2012 36 490 klientů, o rok později to bylo 36 598 klientů, přičemž největší podíl zastoupení mají senioři ve věkovém rozmezí 79-85 let (14 287) a 86-95 let (14 056) (srov. k r. 2012, 2013, ČSÚ, 2015: s. 30-32). Pravidla fungování DS jsou zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jsou upravena vnitřními předpisy, která fungují na tzv. režimu dne. To zcela jistě následně ovlivňuje život seniorů v tomto prostředí. Klienti jsou pod neustálých dohledem zaměstnanců, tedy poskytovatelů sociálních služeb. Musí dodržovat dané předpisy, ztrácí úplné soukromí, čemuž také mnohdy napomáhá obývání sdílených pokojů. Především na základě koncepce

[1] Jsem 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.

prostoru DS je pak na místě ptát se po otázce, jak mohou klienti těchto institucí naplňovat a uspokojovat své potřeby v kontextu sexuality a intimity.

Stárnoucí členové populace jsou obecně optikou většinové společnosti vnímáni, jako desexualizovaná skupina. Avšak výzkumy ukazují, že sexuální tendence a nutnost intimity jsou přítomny i v životech seniorů. Dílčím tématem předkládané práce jsou pak LGBT[2] senioři v totální instituci, jelikož u této specifické skupiny seniorů je značně viditelný fenomén heteronormativity.

Hlavním důvodem proč jsem se rozhodla zabývat tímto tématem je vlastní aktivní spolupráce se seniory. V současné době se zájem o seniory rozšiřuje, vznikají kluby, které nabízejí volnočasové aktivity, kulturní akce či mezigenerační setkávání. Tyto aktivity pak mohou pozitivně působit v době, kdy jedinci odcházejí, či jsou v důchodu a jejich běžný život se proměňuje. O to více u jedinců, kteří vstupují do institucionálních zařízení. Proto je nezbytné zabývat se kvalitou sociálních služeb, stejně, jako reflektovat individuálními požadavky a potřeby klientů DS.

Cílem práce je ukázat recepci sexuálních projevů seniorů optikou pečovatelů v DS. Zda je téma v tomto specifickém prostředí diskutováno a zda (jakým způsobem) mohou senioři uspokojovat své potřeby.

Teoretická část se zabývá vymezením pojmu stáří a procesem stárnutí, dále cílí na seniory a sexualitu, následně se zaměřuje na LGBT seniory a jejich specifické životní dráhy a zkušenosti. Poslední část je změřena na DS, jako totální instituci, její konceptualizaci a fungování. Práce se opírá o řadu konceptů, jako je desexualita stáří, heteronormativita či teorie

[2] Zkratka 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).

intersekcionality u LGBT seniorů. Výzkumná část se poté explicitně na danou tématiku zaměřuje optikou poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou přímými aktéry života seniorů v pobytových zařízeních.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stárnutí

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. 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). Nejproblematičtějším 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 přibývajícími 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 stádia procesu stárnutí, primárně jsou to *mladí senioři* (64-74 let), *staří senioři* (75-84 let) a *velmi staří* senioři (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 specifičtější 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 80-80 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). Jedná se tak o přirozený proces 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 často vede 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 lze taktéž vnímat jako příslušníky určité generace, jenž je spojována kolektivní pamětí 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, ty hrají v životě jedince důležitou roli. Četnost sociálních vazeb a kontaktů seniorů se s věkem snižuje, čili s rostoucím věkem jsou tyto vazby omezovány. Větší riziko izolace a odcizení hrozí u introvertních jedinců, kteří byli v přechozím samotném životě samotářští. V pozdním stáří senioři udržují převážně pevné a celoživotní vazby. Primárním mediátorem těchto vztahových proměn je odchod do důchodu, který s sebou přináší proměnu sociálních pozic, kdy mizí především kontakty ze zaměstnání (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 biografií. 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. Dochází k uvědomování, že se některé aktivity stávají obtížnější a nemohou se jim již plně věnovat. V některých případech se senioři stávají závislými na ostatních nejen z hlediska fyzického zdraví, ale i z hlediska psychiky (Vágnerová, 2000: s. 457-458). Všechny tyto aspekty mohou negativně působit na život ve stáří. V obecném měřítku je tedy stárnoucí proces spojován se samotou, neaktivností, fyzickou nesoběstačností či izolací. To potrhuje negativistické a stigmatizující náhledy na seniory

v moderní společnosti. Přesto, že se zdá, že stárnoucí populace vyvolává negativní a diskriminační postoje ze strany mladší populace, a samotný proces stárnutí doprovází pouze nevýhody života i uvnitř dané věkové kohorty, samozřejmě lze nalézt různá pojetí 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 taktéž 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. Oproti generacím minulým však disponují dobrými technickými schopnostmi či vědomostní úrovní. Ovšem povědomí o aktivitách můžeme hodnotit jako negativní. Participanti jejich výzkumu vnímali seniory jako pasivní, jako ty jedince, kteří se zajímají o slevy a ve volných chvílích luští křížovky. Tyto představy pak mohou být vyvolány obrazem v mediích, jež mnohdy (ne vždy) seniory konstruují jako nudné či bezbranné (Horton, Baker, Cote, Deakin, 2008: 1010). Česká společnost, respektive mladší věková kohorta nahlíží na seniory dvojím 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 přikládají negativní vlastnosti stáří, jako je neschopnost, závislost na ostatních 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 Sociální konstrukce stáří

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 opět ukončení pracovní dráhy, tedy 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 zkušenost. 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 společnosti spíše negativní konotace, které se vyznačují stereotypními

[3]Euroskop. 2017. „Důchodový věk v zemích EU“ [dostupné z: https://www.euroskop.cz/578/sekce/duchodovy-vek-v-zemich-eu/, vid. 26. 12. 2020].

představami o stáří. Sýkorová (2007) poukazuje na několik mýtů, které 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 diferenciace dobrého a špatného stáří a následně se tak vytváří nerovnosti mezi seniory, kteří konstruují své stárnutí jinak. Dále se vytváří programy a politiky, jež se podílejí na vytváření strategií pro podporu aktivního stáří, příkladem 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). To však není reálně uchopitelné, jelikož stárnutí je individuální proces a stejně tak i jeho subjektivní prožívání. Jedinec se tak může v určitém časovém období nacházet v různých fyzických či psychických rozpoloženích či fázích. Přesto, že je stárnutí společenským fenoménem, který se v různých sociálních kontextech liší, faktem zůstává, že populace stárne. 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, četnějšími zdravotními problémy a omezenou pohyblivostí (srov. Clarke, Grifiin, 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 ideálnímu 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, a to v kontextu například ochabnutí svalstva a tudíž snížení fyzické aktivity. Avšak při vážnějších zdravotních problémech se od této perspektivy senioři vzdalují (Korotchenko, Hurdl, 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 společností 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 taktéž 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 sexuální vyžití a společný život méně důležitý a do popředí se dostává emocionální povaha vztahů, tj. 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 význačnou roli v navazování sociálních sítí a intimních vztahů (Reiss, 1986: s. 235). Sexuální prožívání i sexuální chování jsou subjektivní záležitostí. 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 považuje starší populaci za 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 vymezování 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. Jedná se především o sexuální dysfunkce,

které představují časté limity v kontextu prožívání sexuality (Huang et al., 2014: s. 4). Dále pak různá onemocnění, která jsou úzce spjata s pohyblivostí seniora, což následně taktéž může vést k limitaci v oblasti realizace sexuálních potřeb. Lidé v pokročilém věku stejně jako mladí lidé mají své touhy a vykazují zájem o sex, pokud tedy nejsou nijak zdravotně limitováni (Taylor, Gosney, 2011: s. 539-41). 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 nepřirozená 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 tento pokles. 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 Senioři jako desexualizovaná menšina

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 vykreslování jako asexuální. Výzkum Lucie Vidovićové (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 pojímání 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, která může 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 peripetiemi 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 zavrhnutí 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 zařízení. Důvodem je často neexistující zkušenost s touto skupinu 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 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 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). Intersekcionální 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 Institucionální péče - Domovy pro seniory

Existuje mnoho druhů institucionální péče pro seniory, potažmo pobytových zařízení, jež kombinují sociální a zdravotní péči. Můžeme sem řadit například denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou či právě domovy pro seniory. DS je specifickým druhem instituce, do které mohou být dle § 49 zákona o sociálních službách přijímáni senioři, kteří jsou méně soběstační (kvůli svému věku) a potřebují nepřetržitou, tedy pravidelnou pomoc další fyzické osoby. Ta, je jim v tomto typu pobytového zařízení nabízena společně s péčí ošetřovatelskou a velmi často i zdravotnickou. Služby domovů pro seniory poskytují dle § 15 citované vyhlášky č. 505/2006 Sb. ubytování, stravu, dále pak pomoc v kontextu běžných úkonů, jako je péče o vlastní osobu a osobní hygiena. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, aktivizační činnost, sociálně terapeutickou činnost či dohlíží a je nápomocna při uplatňování práv (Dvořáčková, 2012: s. 87). Zřizovatelem více než 85% pobytových zařízení, do kterých domovy pro seniory spadají, jsou kraje nebo obce, nikoliv stát, jako tomu bylo dříve. Dalšími zřizovateli jsou pak nestátní neziskové organizace (církev, občanské sdružení). Výše uvedené služby jsou financovány z více zdrojů, a to klienty DS a jejich přiznanými příspěvky, zároveň se pak na financování podílí obec či kraj ze svého rozpočtu. Poskytování sociální péče v pobytových zařízeních je upraveno v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jednotlivé služby jsou ale poskytovány prostřednictvím individuálních plánů. Lze je tedy různě měnit a adaptovat na základě aktuálního stavu klienta. Hlavním pozitivem je fakt, že se senioři mohou aktivně podílet na tomto plánování, tedy jsou v tomto ohledu aktivní. Explicitním cílem těchto služeb je pak zvyšování nebo zachování jejich soběstačnosti, nikoliv pouze přijmutí daného stavu a závislosti na druhých (Malíková, 2020: s. 29-30).

Fungování každého pobytového zařízení, tedy i domov pro seniory je koncipováno rámcovým režimem dne, potažmo programem, jinými slovy disponuje vnitřními pravidly. Ta upravují časový harmonogram, dle kterého jsou klientům poskytovány jednotlivé služby, tzn. obecně vzato: ranní hygiena snídaně, dopolední program (ergoterapie aktivizační činnost), oběd, odpolední program (kulturní akce, návštěvy), večeře, večerní hygiena, příprava na spánek a večerní klid. Samozřejmě mezi programem mohou klienti využívat i dalších služeb, jako je kadeřnictví, pedikúra, bufet, fyzioterapie, lékaři apod., dle rozsahu možností, které domovy pro seniory nabízí (Malíková, 2020: s. 75-76).

Je tedy evidentní, že domovy pro seniory podléhají jasně daným pravidlům, které upravuje zákon. Přesto však mají tyto instituce možnost vlastních interních pravidel v kontextu běžného chodu domova, které samozřejmě naplňují standardy zakotvené v právních předpisech. Jako pozitivní se zcela jistě jeví fakt, že poskytované služby lze upravovat dle potřeb klienta, na druhé straně však opatření, která mohou být v jedné instituci zcela běžná, už nemusí být implementována v zařízení jiném. To se může negativně odrážet na kvalitě poskytované péče. Samozřejmě domovy pro seniory, které disponují větším počtem jednolůžkových pokojů, pak mohou poskytovat více individuální péče, což ve veřejném mínění velmi silně rezonuje, a to především ze stran personálu. Přesto však se nadále staví nová zařízení, která na tuto potřebu (více osobního prostoru) neberou zřetel.

2.5 Specifická koncepce domovů pro seniory v kontextu 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. V tomto kontextu lze použít prostředí instituce, jako analogii k vězeňství, o kterém hovoří Nedbálková (2006), tedy, že jedinci mají daný režim, jsou pod neustálým dohledem, což následně vede ke ztrátě přirozeného osobního prostoru, který byl zcela běžný před vstupem do instituce domova pro seniory. V tomto specifickém

prostředí se tak upevňuje 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 DS. 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 zřízence této 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 specifické 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.

2.5.1 Dohled nad seniory v domovech pro seniory

Domov pro seniory, jak již bylo zmíněno, 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 DS 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 stigmatu. Stěžejním atributem transformace života seniora v pobytovém zařízení je otázka intimity. Samotnou intimitu je velice těžké definovat. Výzkum Lipper a Prager (2001) se zabýval intimitou v kontextu každodennosti, tedy jaké situace jedinci definují, jako intimní a jaké mají znaky. Výzkum ukázal, že intimní vztah je založen na vzájemné sounáležitosti, blízké náklonnosti a sdílení velmi osobních informací. Dále pak pochopení druhého člověka, k němuž má velkou

citovou vazbou. Mosier (2006) říká, že na intimitu můžeme nahlížet, jako na emoční přilnutí či blízkost, jež doprovází pozitivní city a láska.

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 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 (soukromého) 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, nepřitažlivé, musí se taktéž vyrovnat s faktem, že sdílí svou nahotu a intimitu s poskytovateli sociálních služeb. Tím se plně svěřuje 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 osobitou podobu vztahu v institucionálním zařízení.

2.5.2 LGBT senioři v institucionálním prostředí

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 diskriminací 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 zařízení. 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). DS je koncipován jako heterosexualizovaný 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 pečujících, 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 DS uplatňován. V tomto ohledu se tak identita a v návaznosti na ni i sexuální aktivita LGBT seniorů vylučuje z heternormativního 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 DS. 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 předkládané práce je ukázat, jak vnímají poskytovatelé sociálních služeb v domovech důchodců sexualitu seniorů. Jak je téma v těchto specifických institucích diskutováno, a zda jsou pečující této problematice otevřeni. Zabývám se otázkou, jak je možné se v těchto typech pobytových zařízeních sexuálně realizovat a jakým způsobem je k tomu vytvářen prostor. To souvisí s vymezením soukromí, které je zde do jisté míry omezeno. Dílčím cílem je 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 a jak by se k nim v běžném chodu DS 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

Výzkum se explicitně zaměřuje na poskytovatele sociálních služeb a jejich postoje k sexualitě seniorů v rámci instituce obecně. Mým zájmem bylo taktéž nahlížení těchto pečovatelů na LGBT seniory, kteří mohou být potencionální klienti DS, ve kterém pracují, a na jejich sexualitu LGBT seniorů. Výzkum byl realizován ve třech domovech pro seniory, které vnímám jako charakteristickou totální instituci. Tyto domovy pro seniory jsou záměrně umístěny v různě velkých městech. Mým cílem bylo mapovat 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 DS nachází a vnímáním sexuality z pohledu poskytovatelů sociálních služeb. Z toho důvodu a taktéž důvodu zachování větší anonymity (především směrem dovnitř studované instituce) nepřiřazuji jednotlivým participantům specifickou instituci DS. Je třeba zmínit, že DS nejsou svou koncepcí nijak rozlišné, tedy jedná se o instituce, které mají stejně nastavená pravidla pro příjem klientů, stejně pak jsou koncipovány prostory a chod domova a zřizovatelem je stát, potažmo daný kraj. Vnitřní pravidla samozřejmě identická nejsou, a to z toho důvodu, že domovy mohou interní řády upravovat dle vlastních specifik. Většina participantů však měla zkušenosti i z dalších sektorů v oblasti sociální péče, tj. hospiců, domovů se zvláštním režimem, domácí péčí apod., proto se tyto zkušenosti mohou promítat do jejich výpovědí. 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.

[4] Detailnější charakteristiky jednotlivých participantů/participantek naleznete v příloze.

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 tématiky, zachycení složitosti případů a popsaní jednotlivých vztahů v širším kontextu. Jedna studie nám pak umožňuje následné lepší pochopení podobných případů (Hendl, 2005: s. 104-105).

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 jednotlivců. Prvním z nich byl postoj k sexualitě seniorů v domovech důchodců obecně. Druhé téma se pak zabývalo problematikou soukromí seniorů v DS, což může úzce souviset s potencionální sexuální realizací seniorů v daném prostředí. V neposlední řadě jsem se zaměřila na postoje pečovatelů 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, následně pak rozhovor 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. Participanti 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 participanti pracují. Byli také informování o možnosti kdykoliv rozhovor ukončit, zároveň jim pak bylo sděleno, že se části jejich výpovědí mohou objevit ve vědeckých pracích a jiných studijních materiálech. Tím byly ošetřeny veškeré možné etické problémy výzkumu. Po uskutečnění rozhovorů, které byly po celou dobu nahrávány na diktafon, byly rozhovory doslovně přepsány a tedy následně 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 DS a recepce (ne)otevřenosti společnosti k danému tématu v prostředí domovů pro seniory.

4 NARATIVNÍ RECEPCE PEČOVATELŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

4.1 Sexualita a stáří - přirozená ale netematizovaná?

Každý člověk, jenž se pohybuje ve sféře sociálních služeb, se stává přímým aktérem v životě seniorů, kteří 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 a tabuizovaná. Pečovatelé pak samozřejmě na základě svých zkušeností většinou ze své perspektivy nevnímají značné rozdíly mezi sexualitou v mladším a starším věku. 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 (Taylor, Gosney, 2011). Toto vnímání sexuality pak nalezneme také 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)*

> *„Tak já si myslim, že je určitě důležitá sexualita, jako v každym jinym věku, že i ten senior potřebuje mít svoje ehm…nějaký svoje, jak bych to řekla, jako svojí potřebu.“ (Valerie 39 let)*

Velmi významným determinantem realizace sexuálních tužeb je zdravotní stav jedince, který určuje povahu a možnosti sexuální realizace u této specifické skupiny jedinců. Výpovědi jednotlivých participantů odhalují, že zdravotní stav je silný argument pro utváření představ o sexualitě. Skrze přibývající věk se mohou vyskytnout limity, které posléze vytváří bariéry a překážky pro utváření sexuality ve stáří. 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, avšak mají obdobné dopady, jako u mužů (Nusbaum, Singh, Pyles, 2004: s. 119; Calasanti, Slevin, 2001). Všechny výše zmíněné aspekty stáří pak však automaticky neinklinují k sexuální neaktivitě a desexualizovanému stáří. Je zřejmé, že samotné sexuální dysfunkce 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 neznamená bariéru v sexuálních projevech. 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, teď 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)*

Také se ukazuje, 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. Je zde více rovin, které pečovatelé reflektují. Tedy sexualita je něčím zcela přirozeným, jak uvádí například i participant Jan, který sexualitě v pozdějším věku přikládal značnou důležitost.

> *„No stejně velkej význam, jako v jakymkoliv jinym věku. Jako je důležitá, protože vim, jako i senioři, mám zkušenost, že i senioři, kterym bylo přes osumdesát ty potřeby měli.“ (Jan, 65 let)*

Další rovina 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 osumdesát šest let věku, jo. Takže pohyblivost je tam špatná, […]. Já si myslim, že už asi ne* (není sexuálně aktivní)*…u osumdesáti procent, že už ne. (Jana, 65 let)*

Je tedy evidentní, že proces stárnutí nenese jasně dané hranice pro sexuální (ne)aktivitu, je individuální a sexualita 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]

Důvodem proměny reflexe sexuality ze strany pečovatelů u seniorů pak může být samotná věková hranice klientů v prostředí domovů pro

[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).

seniory. Věk seniorů v DS, a to i pro vstup se neustále zvyšuje, což sami pečovatelé uvádějí na základě svých zkušeností nebo kolegů/yň. To potvrzuje Český statistický úřad (2015), který ukazuje jako nejpočetnější skupinu seniorů v DS 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 uvědomují si tak proměnu složení obyvatelstva domovů. Senioři, jež primárně vstupují do institucionálních zařízení, jsou mnohdy nesamostatní až nepohybliví, což následně inklinuje k onomu specifickému pojímání sexuality. Jak z výpovědi vyplývá, senioři volí DS mnohdy až v případě skutečných zdravotních problémů, které se neslučují s pobýváním ve vlastním bydlení a potřebují dvaceti 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 tomlhetom věku vážně to se najdou takový prostě vyjímky, jo. Kde ten sexuální, ta sexualita eště přebývá, no. Tak třeba kolegyně mi řikaly, že se sem vstupovalo v padesáti letech, takže tady prostě ehm… určitě v tu dobu tady, v tu dobu byla ta sexualita ve větší hojnosti.“ (Libor, 49 let)*

Jedním z aspektů vyčlenění sexuální realizace ze života seniorů je stárnoucí tělo, které se značně podílí na sdílených představách o desexualizovaném stáří. Společenský a mediální diskurz netematizuje stárnoucí tělo v obecných debatách o sexualitě, čímž posiluje tyto stereotypní představy většinové společnosti. To následně vede k možné stigmatizaci stárnoucích členů společnosti ve spojení s realizací v oblasti sexuality (Haškovcová, 2010: s. 50-51). Pečovatelé sami tuto optiku reflektují, přičemž jako hlavní argument uvádějí neatraktivitu stárnoucích těl. To opět vede k představě neexistující sexuality a v případě sexuálně

aktivních seniorů se může jednat o náhled, který odkazuje k deviantním a nevhodným 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 myslim, že to je odsuzovaný, to je jako celý. Jako souvisí to s tim, jak člověk i vypadá v určitym věku a, že tim 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“, to 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 ale nemohou naplňovat tento ideální koncept stárnutí (Lewis, Cachelin, 2001: s. 36). Je nutno podotknout, že participanti, jakožto přímí aktéři života seniorů, kteří se setkávají se stárnoucími těly, se vymezují vůči společenskému diskurzu, důvodem může být fakt, že jakožto pečující stávají součástí intimní sféry seniorova života. Dochází zde k přímému kontaktu mezi oběma stranami, což vede k nutnosti vytvořit si profesní odstup, což následně inklinuje k jinému nazírání na degenerativní fyziologický proces (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 neproblematizují.

> *[…] „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 tohoho 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)*

Dostáváme se ke specifickému společenskému fenoménu. Ten na jednu stranu předkládá koncept aktivního stáří, jakožto jediné formy ideálního stárnutí, přičemž staví na zdravém těle. Zároveň je pak kladen důraz na aktivitu spojenou s fyzickou a duševní pohodou (Tomeš, Šámalová et al., 2017: s. 47). To posiluje diferenciace „dobrého“ a „špatného“ stáří a posilují se tak nerovnosti mezi seniory, kteří prožívají své stáří jinak. 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 Problematika diferenciace intimity, náklonnosti a fyzického kontaktu v kontextu stáří

Sexualita je variabilní, může mít mnoho podob, tedy sexuální styk, autoerotické projevy, ale může mít i podoby běžného fyzického kontaktu. Takovým možným 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, spíše jako projev intimity, které 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 nevim třeba dědeček pohladí babičku po ruce si myslim, takže to ehm... [...]. Já si myslim, že ten sexuální život tam nehraje už takovou roli. Jo, já si myslim 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 pohladěj, 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 jsou upozaděny. 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 nevylučuje i tradiční pojetí sexuality a jejího vyjádření. Intimita a fyzický kontakt je pak často mezi samotnými pečovateli kódovány 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 participantů o důležitosti sexuality a sexuální aktivity ve stáří zde dochází k následnému obratu k citovým projevům, jakožto nadstavbě sexuálních projevů u seniorů. Je patrné, že pečovatelé tak sexualitu chápou, jako sexuální akt, autoerotiku apod. Mnohem více, však kladou důraz na intimitu v té podobě, jak o ní hovoří například Mosier (2006), tedy pocit sounáležitosti, opory a porozumění.

> *„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.“ (Jana, 65 let)*

> *„Já si myslim, 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 myslim, 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 udržují ryze sexuální vztahy.

> *„ […] Sem se setkala třeba i s takovýma, že důchodkyně měla třeba i tři partnery, jo, aby jí uspokojil. Je to těžký, já si myslim, 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 jednim 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. Přesto však nadpoloviční většina klade důraz na onu emocionalitu a intimní prožívání. Ty však kódují skrze termíny, jež nejsou přímo spojené se sexualitou. Příkladem je označování vztahů či aktérů těchto vztahů, jako „milá“, „hezká“, „roztomilý“, což jistě může vyvolat dojem „neškodná“. To se pak ovšem podprahově navracíme k původnímu pojetí sexuality a ukotvování stereotypního vnímání normality právě v kontextu sexuality (Dominguez, Barbagallo, 2016: s. 512-513).

4.2.1 Desexualizace partnerského života ve stáří

Pečovatelé tedy subjektivně vnímají odlišnosti ve smyslu sexuálních či emocionálních vazeb, na které oni sami nahlížejí 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 opět může 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 ježiš 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 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. Všechny biologické či psychické projevy stárnutí mohou vést k pocitům nepohody či neporozumění, proto mohou inklinovat k navazování dalších vztahů (Baková et al., 2015: s. 8-11).

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, jedná se tedy o partnerství, která fungovala, již před vstupem do DS. Tedy pokud tito dva jedinci sdíleli společné prostory, již

před vstupem do DS. Naopak nově vzniklé páry reflektují pracovníci DS 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.“ (Martina, 36 let)*

Představy poskytovatelů sociálních služeb se tak zcela jistě na základě uvedených zkušeností rozcházejí s primárním pojetím sexuality jako přirozeným aspektem života. Paradoxně pak považují za přirozenější, resp. spíše vhodnější tyto „hezké“ projevy ve stáří, čímž mnohdy nevědomě napomáhají k desexualizování 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 reflektují možný sexuální vztah. Přesto, že je sexualita nedílnou součástí seberealizace, v obecnějších debatách v prostředí institucionálního zařízení nemá prostor a stává se tak silně tabuizovanou.

5 KAŽDODENNOST A EXISTENCE SEXUALITY V INSTITUCI (DS)

Domovy pro seniory nahrazují přirozené vlastní bydlení jedincům v pozdějším věku a stávají se tak jejich osobním domovem. 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 samotné 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. Pobytová zařízení jsou většinově koncipována prostřednictvím sdílených pokojů (po dvou až třech lidech) nebo jako oddělené samostatné pokoje či bytové jednotky (srov. Keller, 2007). Toto rozdělení je dle pečovatelů stěžejní a značně problematické. Vytváří pak neosobní prostor, kdy jedinec nemá soukromí a to ani pro výkon 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 takový trošku těžký, protože uplně o samotě, to jako ne. Ale tak jedině, že paní třeba odejde, buď jedna nebo druhá nebo tak, jo. Ale že by mohli bejt jako uplně 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 uplně 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)*

Z výpovědí je tedy zřejmé, že klienti v prostředí DS nemohou otevřeně a bez restrikcí uspokojovat své tužby, tedy sexualita a její aktivní realizace je ohrožená. Klient je nucen hledat vhodná místa či čas pro něco, co sami pečovatelé definují jako „přirozené“. Efektivním řešením je, dle výpovědí, větší počet samostatných pokojů pro každého klienta (srov. Trachtová, 2013).[6]

Soukromí může být definováno i skrze jiné roviny než 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 zcela jistě nezaručuje samostatný prostor, kde by byl klient opravdu sám. DS tedy nemůže plně sekundovat domácí prostředí. Ovšem je nutné zmínit, že tato separace nebo obývání samostatného pokoje není vždy žádoucí. Ze zkušeností participantů je

[6]Ztráta 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.

zjevné, že někteří klienti samotu nevyžadují, naopak vyhledávají vazby a upřednostňují 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 fyzickej stránce by mohla bejt sama, ale po psychickej stránce bohužel ne.“ (Helena, 39 let).*

5.1 Tabuizace sexuálního života

Jak již bylo řečeno, prostor je významným determinantem, jenž následně 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. To následně ovlivňuje 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 a senioři, kteří pobývají v DS, 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. Pečovatelé sice musí absolvovat povinná 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.[7] Pozitivním prvkem je však reflexe sexuálních potřeb 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 vyloženě 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. Tedy, 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. Tato, pouze informativní sdělení, pak mohou vést

[7] Tato školení (kvalifikační kurzy) jsou základním předpokladem pro vykonávání činnosti v sociálních službách, dle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., § 37 citované Vyhlášky č. 105/2006 Sb., jenž je zaměstnanec povinen úspěšně absolvovat do osmnácti měsíců od nástupu do zaměstnání. Toto školení obsahuje obecnou část kurzu: **a)** úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb, **b)** základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace, **c)** úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie, **d)** základy ochrany zdraví, **e)** etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost, **f)** základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě, **g)** sociálně právní minimum, **h)** metody sociální práce. Dále pak zvláštní část kurzu: **a)** základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění, **b)** aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času, **c)** prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, **d)** základy výuky péče o domácnost, **e)** odborná praxe, **f)** krizová intervence, **g)** úvod do problematiky zdravotního postižení, **h)** zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany. Během tohoto kurzu se, dle slov participantů, taktéž okrajově hovoří o sexualitě seniorů.

k domněnce, že není nutné otázky tohoto typu klást, což následně opět posiluje představy o desexualizaci seniorů.[8]

> *„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 nepsaný pravidlo…nikde není napsaný, jak se k těm klientům chovat.“ (Klára, 46 let)*

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 na toto téma ze strany samotné instituce, jsou poskytovatelé sociálních služeb nuceni ospravedlňovat toto tabuizování tématu ze své perspektivy. Primárně tedy instituce nechávají řešení volně na pečovatelích a přenechávají jim plnou zodpovědnost. 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. Panuje přesvědčení, že pro samotné seniory je problematické o sexualitě hovořit 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… U těch starých*

[8] 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.

lidí, přece jenom sou z jiný doby, kdy tyhlenty věci se veřejně vůbec. Já, když sem byl malej kluk, tak tyhlenty věci se veřejně vůbec, tyhlety věci byly uplně tabu a to nejsem eště až tak starej, takže oni to nějak veřejně ne to.“ (Jan, 60 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 DS, 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 DS, 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 Recepce sexuální realizace klientů optikou poskytovatelů sociálních služeb

Vzhledem k tomu, že DS by měly sekundovat domovy seniorům, kteří tato pobytová zařízení využívají, se personál stává svědky sexuální realizace klientů. Totální instituce se vyznačuje nepřetržitým dozorem (Foucalut, 2000), kde snadno dochází k nežádoucím situacím vzhledem k užívání prostoru a narušování soukromí v důsledku nutnosti poskytnout požadovanou zdravotní péči. Z toho důvodu musí volit vhodné strategie pro vyřešení dané problematiky, která není obsažena v pravidlech samotného domova. Výpovědi pečovatelů ve většině případů ukazují, že mají reálné zkušenosti s nevhodným vstoupením do sexuální realizace svých klientů.

„Jo, to několikrát. Třeba 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 vejdeme dovnitř, jo. Takže párkrát tam narazí, že maj jako nějaký takový chvilky, 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. Dále se zde zobrazuje další rovina sexuálních projevů, a to především na základě k častému fyzickému omezení a snížené pohyblivosti. Pečovatelé se tak mohou setkat s touto formou sexuálního vyjádření, jakožto vedlejším produktem poskytované péče. Klienti se sníženou pohyblivostí někdy nemohou ovlivnit své sexuální tendence, proto musí být reakce poskytovatelů sociálních služeb velmi citlivá. Přímou, specifickou zkušenost má participantka Barbora, která se s touto problematikou setkala během poskytování běžné základní péče u méně pohyblivého 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 uplně příjemný nebylo a já řikám…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 odpovim a tim 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 zaměstnanců, 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 nezvyklé. Na základě těchto zkušenosti, pak následně přistupují k dalším, čímž si vytváří nepsané reakční (obranné) pravidlo. Mnohdy pečovatelé řeší vzniklou situaci obrácením ve vtip. Dále pak, a to především v návaznosti na neexistující podpůrné strategie netematizováním vzniklé situace.

> *„No moje reakce (smích)…tak to jako, tak víte, že ze začátku sem byla vytlemená. […]. Ale dneska už se to vnímá uplně 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 reflektuje 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 participanky Martiny). Jak již bylo řečeno, každý pečovatel je nucen individuálně vyhodnotit a klíčovat tyto vzniklé situace bez podpory institucionálních zařízení či jejich politik.

5.2.1 Nepsané pravidlo „vycouvat a zavřít dveře“

Sexuální realizace a uspokojování tužeb klientů se uskutečňuje za zavřenými dveřmi pokojů, přičemž klienti na sdílených pokojích mají situaci ztíženou v důsledku nastavených sdílených prostor domova pro seniory. Reakce na danou situaci jsou tak ve většině případů totožné. Vzhledem k tomu, že je DS brán jako přirozené prostředí seniorů, jsou pečovatelé přesvědčení, že by jakožto personál neměli zasahovat do soukromých záležitostí svých klientů (tedy i v kontextu sexuálních realizací).

Nejvhodnějším řešením situace je tzv. „vycouvat a zavřít dveře“, přičemž tak vzniklou situaci tabuizovat a nevytvářet prostor pro možnou diskuzi ohledně sexuální realizace a jejího narušování.

> *„Já myslim, 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 ňáká 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. Pokuď zistíme, že to nějak škodí na životě, sledovat ano, jo, […].“ (Jan, 60 let)*

> *„Prostě se klepe, počká se na výzvu. A potom teda vejdu, no tam jakoby nic jinýho se ani dělat nedá. Ale to ani nejde, každá ta situace je jako jiná a každej se s tim vyrovnává po svým, že jo.“ (Nikol, 26 let)*

Přesto, že by se z pohledu pečovatelů neměla situace nijak řešit, jelikož klienti jsou v DS „doma“, problémem však zůstává, že zde dochází k neustálému dohledu. Tudíž obyvatelé nikdy nemohou mít plné soukromí, které by měli ve vlastním bydlení.[9] Z výpovědí pana Jana pak plyne, že jediný přípustný zásah do sexuální realizace 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, a to na základě stížnostní dalších seniorů, jež využívají DS. Taktéž odhaluje, že ani není jejich pravomocí zaobírat se danou problematikou. Základ této optiky můžeme reflektovat právě v neukotvení zásad v kontextu sexuality ze strany politik institucionálního zařízení, což

[9] 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 pečovatelů, což ovšem vede k jistému narušování a následnému nutnému přerušování sexuálních praktik.

nás opět přivádí k onomu „bludnému kruhu“ přenechávání zodpovědnosti z jedné roviny vztahu na druhou (instituce – pečovatelé – klienti).

> *„No já si myslim, že pokud nejsou stížnosti (na sexuální tendence klientů) a nějaký, já nevim…vod vostatních klientů, že prostě vostatní klienti by proti… měli, ztropili nějakej kravál kvůli tomu, tak si myslim, že by to mělo všechno proběhnout v klidu, ovšem pokud sou nějaký stížnosti, pokud ty lidi nějak nepřiměřeně projevujou 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)*

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. Přesto, že pečující kladou mnohem větší důraz na intimní projevy, tedy podporu, pochopení, pohlazení, předešlé výpovědí vyvrací představy o desexualizovaném stáří. Je však vždy nutné zohledňovat individuální rovinu procesu stárnutí.

5.3 Pečovatelé v sociálních službách 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 ataků vůči jejich osobě. Venglářová (2007) vztahuje tyto projevy právě k aspektu ztráty soukromí, jež může vést k potlačování sexuality. Participanti 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 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 DS 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 jsou pečovatelé přímými aktéry jejich života, snadno se mohou stírat hranice, které klient vnímá jako přijatelné. Oddělené prostory pro stravování, sociální zařízení apod., jak uvádí Rosenhan (1973) sice ještě více posilují tato vymezení vzájemných vztahů, v praktické rovině to však nemusí být nijak reflektováno. Pečovatelé mnohdy musí tyto hranice

individuálně nastavovat. A vyjednávat určitá rozhraní, které jsou pro ně akceptovatelná 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 pusu, 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 sem se 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. Ty hranice si drží, ale ten kontakt je pro ně důležitej jako.“ (Tereza, 30 let)*

Z výpovědi je evidentní, 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 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. Důvodem je především fakt, že pečovatelé, reflektují fyzický kontakt svých klientů, který mnohdy senioři v DS postrádají. Přiznávají, že vzhledem k tomu, že jsou jedinci v domovech velmi často osamoceni, až izolováni od vnějšího prostředí tyto tendence fyzických projevů akceptují. 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“. A 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.

> *„[…]. 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, vocaď pocaď, nějaký hranice si dáte, tak von to respektuje, což de.“ (Helena, 39 let)*

Tyto sexuální tendence se mohou objevovat, 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 své osobní bariéry, což může následně vést k oné eliminaci hranic i v kontextu sexuálních projevů mířených právě na poskytovatele sociálních služeb. Ti opět v důsledku tabuizování tohoto tématu v prostředí DS situace řeší, až při samotném fyzickém kontaktu, či ataku na jejich osobu.

Institucionální prostředí neposkytuje pečovatelům žádnou podporu v kontextu dané problematiky, tedy 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, empatii a individuální vyhodnocení situace. Sexualita tedy není diskutována. Naopak reflektují tuto oblast zájmu, jako nežádoucí předmět k debatám pro jejich klienty. To si následně ospravedlňují

neochotou klientů otevírat sexuální témata a to především na základě výchovy a generačních aspektů, jež se s nimi pojí. Poskytovatelé sociálních služeb jsou neustále přítomni v životě stárnoucích členů společnosti, kteří pobývají a využívají DS. Proto by bylo žádoucí více se zabývat polemikami či debatami ve vztahu pečovatelů a klientů ohledně realizace jejich sexuálních potřeb. Tím by se eliminovaly nežádoucí situace, do kterých pečovatelé 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 plyne, že sexualita je v institucionálních zařízeních přítomna. V rámci vztahu (senior – pečující) jsou nuceni neustále vyjednávat její realizaci a naplňování. Specifickou skupinu v institucionálním zařízení tvoří LGBT senioři, o kterých se však v minulosti nehovořilo. První vhled do této 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. Příčinou pak 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 jejich osobní zkušenosti s homosexuálními seniory v prostředí DS jsou minimální, což explicitně vyplývá z odpovědí na otázku, zda mají přímou zkušenost s LGBT seniory v DS.

„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 prožití coming outu (Brown, 2009: s. 68). Zároveň pak tito senioři reflektují heteronormativní pojetí procesu stárnutí, proto často netematizují svou sexuální orientaci a v DS 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 DS. Z jejich výpovědí je patrné, že hlavním důvodem toho, proč se nesetkávají s homosexuálními seniory, je dobový kontext, ve kterém tito LGBT senioři vyrůstali a žili. To následně vede k tomu, že svou orientaci skrývají nejen během života, ale následně i v institucionálním zařízení.

> *„Protože spousta, podle mě spousta ehm…lidí týhle generace za svůj život to tajilo a myslim si, že se s tim tajením ty svý orientace naučili tak žít, že to i svým způsobem trochu potlačili v sobě […]. 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, čtyrycet, tam oni zažili uplně něco jinýho. Já si myslim, že oni už tak postupem času se museli smiřovat s tim, jak se ta sexualita otvírá, že jo… Ty lidi maj třeba rodiny, maj děti. A tim, 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)*

Pouze dva participanti mají přímou zkušenost s homosexuálními klienty v prostředí domova pro seniory. V prvním případě pečovatel Libor vzhledem k dlouhodobému působení v DS 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. Její přímá zkušenost je pak pouze s jednou z nich. Vzhledem k tomu, že to však nebyla veřejná informace, nijak se tato skutečnost se samotnou klientkou netematizovala.

> *„[…]. Jo, musim, 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 přímé zkušenosti 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 přede mnou, to určitě ne.“ (Vlasta, 54)

Je evidentní, že mnozí poskytovatelé sociálních služeb vnímají homosexuální seniory, jako potencionální klienty DS. (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 DS. Pečovatelé dotazovaní v mém výzkumu uvádějí, že přístup k homosexuálním seniorům v poskytnutí zdravotní péče by se v prostředí DS 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 todleto 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 uplně normální, přirozený, lidský.“ (Klára, 46 let)*

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

> *„Helejďte, já si myslim, že ta doba je jako, kor jako v těch domovech, já si myslim, 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)*

Možné odlišné až negativní vnímání homosexuálních seniorů ze strany pečujících různého věku (na který v rozhovorech někteří participanti upozorňovali) se odrážel i v samotných postojích dotazovaných. Pouze dva participanti během výzkumu uvedli, že by pociťovali 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. Paní Jana pak hovořila 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 tim sem se nesetkal nikdy a upřímně vám řeknu, že asi bych, trošku bych s tim měl problém, jo. Ale sem profík a samozřejmě bych to nějak překonal, ale měl bych s tim trochu problém.“ (Jan, 65 let)

Na základě těchto výpovědí pak lze souhlasit s tvrzením dalších poskytovatelů sociálních služeb, kteří míru otevřenosti k těmto tabuizovaným tématům podmiňují generačními rozdíly a zkušenostmi. Tedy, současní senioři neotevírají žádné diskuze (vzhledem k narativním dobovým zkušenostem), to následně vede zaměstnance k přesvědčení, že je obtížné pro klienty o tomto tématu hovořit, což ústí v celkové tabu dané problematiky. Tento argument pak predikuje budoucnosti lepší přístup k homosexualitě u seniorů v prostředí domova pro seniory, i jejich větší otevřenost k debatám.

6.1 Tabuizace homosexuality

V prostředí domova pro seniory nalézáme 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 pak může být diskriminován 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)*

Za stěžejní pak můžeme považovat 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 rozlišné životní zkušenosti, je nutné si uvědomit, že i přes jiné sociální vazby těchto seniorů během života, mohou mít tito senioři děti. 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 nevim 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 myslim, 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…nějakym způsobem si myslim že tyhlety lidi, který sou jakoby takhle orientovaný, tak ani asi nemaj chuť za každou cenu to projevovat a svěřovat se s tim, jo. Tak jako nějak celej život se s tim 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. Participanti uvádí, že největší problém spatřují v homofobních projevech ostatních seniorů v DS. 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 myslim, 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, myslim, 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)*

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 tématiku 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 rozlišných strategií.[10] Z tohoto hlediska se tak samotná identita homosexuálních seniorů, potažmo jejich sexuální realizace stává vyloučena z heteronormativního prostředí DS. Minimálně
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 DS. Dále je pak patrné, že diskriminační projevy v kontextu tohoto páru by byly ještě více umocněny.

> *„Já si rozhodně myslim, že nepostupovalo* (stejným způsobem jako u heterosexuálního páru v DS)*, už jenom z hlediska přístupu lidí…ehm…když vemu vnímání jako i personálu, tak by to bylo takový jako, za prvý by se to jako řešilo dřív…že to není eště 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 myslim, že jako tomu páru by to dali ostatní klienti, jako sežrat a myslim si, že by jako hodně, hodně potom zůstali v tom svým 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. […] myslim, že tam by byla vzpoura, kdyby takovej pár vůbec žil v tohle domově důchodců. Jako opravdu si myslim, že by tam bylo spoustu stížností, že tam takovýhle lidi nechtěj. Já myslim, že vedoucí by je musela dát někde na izolaci (smích)…aby to prošlo., takže nějakej sexuální projev, to by bylo uplně za hranou.“ (Petra, 40 let)*

[10] 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.

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 DS, 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 nemyslim si, že by to měl být problém. Jsme v jednadvacátým 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.[11] Pečovatelé, kteří mají přímou zkušenost s těmito specifickými klienty uvádí, že homosexuální vazby nejsou ničím výjimečným. Avšak tyto tendence přikládají 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 tim nikdy nesetkala. Ale právě, že u těchhle ano. Protože oni potom navazují nějaký jako pseudovztahy, kdy si každý myslí, že ten druhej je někdo jinej. Třeba zažila sem dvě ženský, kdy ta jedna si byla jistá, že ten druhej je chlap, ale ona byla*

[11] Především se jedná o klienty, jímž 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 (Jirák a et al. in Holmerová, Suchá et al., 2007: s. 40).

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 musim říct, že tam je oddělení, kde jsou převážně ty, co maj Alzheimera třetího stupně a tam se dost často stává, že se daj do kupy dvě ženský. Jako, jako po přátelský stránce, ale ta přátelská stránka, tim, že už ten mozek tak nefunguje, přechází do určitý intimity, byť celej život lesbičky nebyly, jo. Ale oni třeba celej 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 maj potřebu se o tu druhou starat. […].“ (Martina, 36 let)

6.3 Absence LGBT seniorů v debatách

Přesto, že poskytovatelé sociálních služeb reflektují přítomnost homosexuálních seniorů v DS, na samotné téma nenahlíží jako nutné k diskuzi 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 skupinu jedinců. To by následně vedlo k lepším vztahům s těmito klienty v prostředí DS 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 radikálnim řešení. Teď pojďmě, hurá, otevřeme tuhletu otázku a, a teďkon todlento tady veřejně diskutovat. A hůř, pojďme, svoláme schůzi obyvatel a tam jim to teda vysvětlíme. Já bych tomu nechal čas, ty generace se mění, už přece jenom teď chodí jiný. Já za deset let budu taky v důchoďáku, 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 nemyslim, protože ty lidi na to nejsou připravený, my třeba jo, ta mladší společnost, ale já si nemyslim, 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 myslim. (Šárka, 43 let)*

Je zcela evidentní, že LGBT senioři se v pobytových zařízeních vyskytují, avšak jako LGBT lidé nevystupují nebo tak nejsou rozeznáváni 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 DS 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

Předkládané diplomová práce si kladla za cíl ukázat, jak poskytovatelé sociálních služeb vnímají sexualitu seniorů, tedy svých klientů v institucionálních zařízeních. Jakým způsobem je se sexualitou pracováno, zda má v debatách DS místo a zda (jakým způsobem) mohou klienti naplňovat své sexuální a intimní potřeby. Stejně tak, jak je jejich sexuální život skrze politiky DS koncipován. Dílčím cílem bylo taktéž zmapovat problematiku LGBT seniorů, kteří mohou tvořit specifikou skupinu obyvatel těchto zařízení a zcela jistě mají odlišné biografie. Pobytová zařízení – domovy pro seniory přestavují svou koncepcí ojedinělé prostředí totální instituce, jež nahrazují jejich obyvatelům domov, kde senioři utváří své životy (Goffman, 1961: s, 18). Lze však říci, že DS v mnoha ohledech nemohou v plné výši vykompenzovat jejich předchozí domovy a to především kvůli ztrátě soukromí či omezení. To následně limituje možnost uspokojit své sexuální tužby. Výzkum ukázal, že pečovatelé v DS tématizují sexualitu svých klientů a setkávají se s těmito projevy v běžném vykonávání své profese. Přesto, že z výpovědí vyplynulo, že sexualitu poskytovatelé sociálních služeb reflektují, jako něco přirozeného, v širším kontextu je dané téma tabuizované. Tato přirozenost je následně diferenciována prostřednictvím věku, konkrétně u věkové skupiny 80+, kdy jsou senioři této věkového kohorty bráni, jako více desexualizovaná skupina. Ukazuje se, že mnohem více je kladen důraz na emocionální a citové vazby (hlazení, pocit podpory, dotyky), jež však participanti kódují jako asexuální.

Dle výzkumu zde existuje jistá analogie vztahu mezi institucemi, systémem politik, pečovateli a klienty DS. Instituce neposkytují svým zaměstnancům přímé návody či doporučení, jak se sexualitou pracovat v praxi. To má za následek přenechání zodpovědnosti za řešení vzniklých situací na personálu a dochází tak k posilování tabuizace tématu.

Vlastní zkušenosti pečovatelů lze rozčlenit do dvou oblastí – pečovatelé jako sexuální objekty a pečovatelé, jako přímí aktéři sexuálního života svých klientů. První oblast nutí pečovatele neustálému vyjednávání s klienty o hranicích sexuálních tendencí a projevů vůči jejich osobě, které mnohdy mohou (a v jiných pracovních sférách by zcela jistě byly) detekovány, jako sexuální obtěžování. Vzhledem ke specifickému zaměstnání však pečovatelé přijímají jiné nahlížení na daný problém, než je tomu v jiných profesních segmentech. Uvádí, že vnímají důležitost a potřebu fyzického kontaktu svých klientů, z důvodu častého osamocení. Na základě těchto tendencí pak určují hranice, které jsou pro ně přijatelné, přesto, že mohou mít mnohdy negativní pocity. V případě přímého aktérství hraje v sexuálním životě seniorů v DS značnou roli prostor. Instituce nabízejí převážně sdílené pokoje, kde je samozřejmě větší ztráta soukromí a taktéž větší pravděpodobnost narušení sexuálního života seniorů. Ti jsou v této oblasti omezováni, jelikož musí vyjednávat, kdy mohou uspokojovat své potřeby. Jednolůžkové pokoje tak poskytují klientům větší soukromí a snižují tuto limitaci, což samozřejmě působí pozitivně na kvalitu života ve stáří.

Z výpovědí pak dále vyplývá, že na základě zkušeností pečovatelů v kontextu narušování sexuální realizace klientů, se vytváří nepsané pravidlo, tzv. „vycouvat a zavřít dveře.“ To ale tvoří další pomyslné „ticho“ v debatách o sexualitě a senioři tak mohou snadno dospět k názoru, že veřejná diskuze či otevřená sexualita nemá v institucionálním prostředí prostor. Tyto výše popsané mechanismy přispívají k tabuizaci sexuálních projevů v instituci. Pečovatelé však uvádí, že jsou k této debatě otevření, pakliže by ji však klient v DS začal sám. Silným argumentem pro tabuizování tématu sexuality je, optikou pečovatelů, dobový kontext, ve kterém byli současní klienti vychováváni. Domnívají se, že by jim tyto debaty mohly být nepříjemné a mít tak negativní vliv na jejich život

v domově pro seniory. Tato zjištění tak zcela jistě potvrzují, že senioři jsou ve spojení se sexualitou neviditelní. Přesto, že personál vnímá sexualitu, jako přirozenou a sami jsou přítomni sexuálním tendencím a projevům, shodují se, že do těchto oblastí života svých klientů by neměli nijak zasahovat. Což paradoxně kontrastuje se skutečností, že pečovatelé jsou neustálou součástí života seniorů v DS. Z tohoto důvodu je více, než žádoucí, aby systém politik DS více tematizoval sexualitu seniorů a nabídl určité strategie při práci s ní. Následně by se tento „bludný kruh“ a přenechávání zodpovědnosti na personálu, potažmo klientech otevřel, stejně, tak jako diskuze. To by následně mohlo přispět k poskytování kvalitnější péče v DS.

Výzkum se dále zabýval LGBT seniory v institucionálních zařízeních. Ukázalo se, že tato skupina jedinců je dvakrát neviditelnou menšinou. V DS fungují téže mechanismy v kontextu homosexuality, jako je tomu u sexuality. To tedy vede k onomu dvojitému zneviditelnění LGBT seniorů a následné intersekcionalitě (srov. Kolářová, 2008). Velmi pozitivním zjištěním je percepce existence homosexuálních seniorů, kteří mohou být potencionálními klienty DS. To je v rozporu například se závěry výzkumu organizace PROUD, jež 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 a jejich odlišnými biografiemi. Čili se zde opakovaně ukazuje srovnatelná analogie vztahu (instituce, pečovatelé, klienti), kdy se argumentací pro tabuizování tématu ze strany seniorů, stává dobový kontext, tedy období, ve kterém vyrůstali a utvářeli své biografie. Poskytovatelé služeb pak znovu uvádí, že v případě otevření této problematiky ze strany klientů by neměli problém vést diskuzi. Zajímavým zjištěním je reflexe homosexuality skrze optiku

pečujících, ta závisí na věkové kohortě samotného personálu. Mladší personál vnímá osobní problémy s homosexuálními jedinci ze strany starších kolegů/kolegyň, což výzkum (i když na malém vzorku) potvrdil. Dva nejstarší participanti přiznali osobní negativní pocity z LGBT jedinců a negativní pocity při práci s nimi. Avšak v závěru se jednotně shodují, že tato skutečnost by se nijak neprojevila na kvalitě poskytované péče a byla by zachována profesionalita.

Z výzkumu dále vyplývá, že, zásadním faktorem, jenž by mohl ovlivňovat kvalitu života LGBT seniorů a otevřené tematizování jejich sexuální identity v DS jsou ostatní klienti. Pečovatelé reflektují 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 - společenský mnohdy navazovali heterosexuálních vztahy. Tyto klasické, společností přijaté vazby pak mohou přispívat ke konstrukci automatické heterosexuální identity v prostředí domovů pro seniory. Výzkum také ukázal, že by se sexuální projevy a tendence u LGBT seniorů řešily jinými postupy, a to především z důvodu negativního ovlivnění běžného chodu DS. 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 eliminovány stigmatizace a zakotvené negativní postoje k LGBT seniorům. Zároveň by se tak zvýšila úroveň poskytované péče, přičemž homosexuální jedinci by mohli žít otevřeně v prostorách, které mají plně nahrazovat jejich domov. Poskytovatelé sociálních služeb dotazovaní v mém výzkumu však neidentifikují téma LGBT seniorů, jako nutně diskutované. Pracují s předpokladem, že současní senioři nejsou

připraveni na jakékoliv otevírání těchto debat. Ono „nucené“ tematizování by podle nich mohlo mít následně negativní konotace a vyvolávat nepříjemné pocity. Participanti jsou toho názoru, že příští generace klientů v DS už bude k této problematice otevřenější. Jak je z výše prezentovaných výsledků patrné, personál DS si je vědom veškerých aspektů zkoumané tématiky. Problém nastává ve velmi malé až žádné podpoře ze strany systému politik institucionálních zařízení. To následně vede k vlastím pravidlům a potvrzování desexualizace stáří, potažmo dvojitému zneviditelnění LGBT seniorů v prostředí DS. Přesto, že je zcela evidentní postupné otevírání těchto tabuizovaných témat, na základě výše zmíněných zjištění lze usuzovat, že stále existují mechanismy, které napomáhají onomu „tichu“ v oblasti sexuality a LGBT seniorů v institucích. Problematikou bychom se tak měli na poli vědecko-výzkumném dále zabývat, aby se našly, co nejvhodnější nástroje, jak s těmito citlivými tématy pracovat. Každý senior, klient by tak mohl dostat tu nejlepší péči a zvýšila by se možnost prožít poklidné a plnohodnotné stáří v institucionálním zařízení DS.

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. 2021].

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.

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 Inequalites, 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. 2021].

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. 2021].

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. 2020].

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. 2020].

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-GOLDSEN, K. I., MURACO, A. 2010. “Aging and Sexual Orientation: A 25-Year Review of the Literature.“ *Research on Aging.* **32**(3): 372–413.

FREDRIKSEN-GOLDSEN, 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.famillesIgbt.org/1463149763/Fredriksen-Goldsen%202011.pdf, vid. 3. 2. 2021].

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 intimity.* 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

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. 2021].

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_ln_domov_ele, vid. 30. 3. 2021].

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 od 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

MALÍKOVÁ, E. 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-1639-3

MOSIER, W. 2006. „Intimacy: The key to a healthy relationship.“ *Annals of the American* Psychotherapy Association, (9): 1, 34-35.

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. 2021].

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 Atititudes and Behaviors.“ *Urology*. **64** (5): 991-997.

NEDBÁLKOVÁ, K. 2006. *Spoutaná Rozkoš: (re)produkce genderu a sexuality v ženské věznici*. 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 od 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.

PRAGER, K. J. 2000. *Intimacy in personal relationships*. In S. Hendrick, C. Hendrick (Eds.), Close relationships: A sourcebook (229 - 244). Thousand Oaks, CA: Sage.

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. 2021].

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. 2020].

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

TAYLOR, A., GOSNEY, M. A. 2011. „Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals". Age and Ageing [online]. **40** (5): 538-543.

TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K. et al. 2017. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Karolinium. ISBN 978802436122

TRACHTOVÁ, E. 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském 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

VIDOVIĆOVÁ, 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. 2020].

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., RAITHBY, 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. 2020].

WHO. 2010. „Defining Sexuality.“ [dostupné z: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexualaity/sh_definitions/en/, vid. 4. 11. 2020].

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 DS 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 DS 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 DS staví k seniorům/kám, kteří vstoupí do tohoto prostředí v páru?

> Je nějak DS 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 DS?

> 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 DS

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 DS prostor pro sexuální život?

> Kde je hranice soukromí u seniorů v DS?

> 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 DS?

> Jak se stavíte k menším odděleným pokojům?

> Schvaloval/a byste koncepci DS 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 DS?

D. LGBT SENIOŘI V DS

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

> Jaké jste měl/a pocity?

> Jak jste reagoval/a?

> Vnímal/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 DS diskutováno téma LGBT seniorů/ek?

> Přemýšlí obecně personál DS 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?

> Vnímal/a byste je stejně jako heterosexuální pár?

> Jak myslíte, že by reagoval personál?

> Jak by reagovali ostatní klienti/ky?

> Jaké stanovisko by nejspíše zaujmulo vedení?

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

> Vnímal/a byste to negativně, nepatřičně?

> Lišilo by se toto vnímání od sexuálních projevů u heterosexuálních seniorů/ek?

> Postupovalo by se 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 DS?

> 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 (DS)
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