

Otázky sexuálního života seniorů

Marie Horáková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie Horáková**
Osobní číslo: **H138036**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Otázky sexuálního života seniorů**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na vymezení pojmů lidská sexualita;
- na vliv masmédií na utváření postojů k sexualitě;
- na mýty a předsudky o sexualitě seniorů;
- na sociální vztahy ve stáří;
- na biologické změny ve stáří;
- na zdravotní problémy a omezení spojené se sexualitou ve stáří;
- na kvalitu sexuálního života seniorů.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum. Úkolem práce je zjistit, zda senioři žijí sexuálním životem a na jaké případné problémy při tom narážejí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BRTNÍKOVÁ, M.a kol. Problematika manželství zralého věku. Praha: Horizont, 1982.

GRUN, A. Život je teď umění stárnout. Praha: Portál,s.r.o., 2011.

JANOUCHOVÁ, K. O lásce a sexu. Praha: Akropolis, s.r.o., 2007.

PONDĚLÍČEK, I.a kol. Lidská sexualita. Praha: Avicenum, 1971.

TURČAN, P. a kol.Sexuologie pro urology a gynekology. Praha: Maxdorf,s.r.o., 2012.

WEISS, P.a kol. Etické otázky v psychologii. Praha: Portál,s.r.o., 2011.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

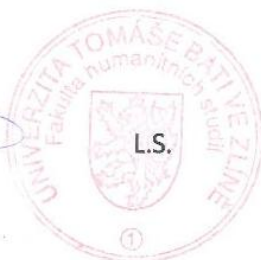
Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.**
Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce: **4. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 4. prosince 2015


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




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu


Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnaní případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 12. 2. 2016


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality a sexuálního života seniorů.

Teoretická část vymezuje pojmy stáří, stárnutí a nastiňuje změny, které během tohoto procesu u člověka nastávají, zvláště z hlediska vývoje a proměny sexuality. Věnuje se také způsobům vnímání sexuality seniora jeho okolím i širokou veřejností. Práce se částečně dotýká i problematiky ústavní péče o seniory.

Dále práce mapuje sexuální život žen v menopauze a mužů v andropauze. Zabývá se změnou psychiky ve stáří. Dává přehled nejčastějších nemocí spojovaných se stářím a uvádí jejich vliv na sexualitu. Dotýká se problematiky sexuálních dysfunkcí a dává přehled přípravků pro zlepšení sexuálního života.

Práce je doplněna empirickým výzkumem s cílem zjistit, zda senioři žijí sexuálním životem a na jaké problémy přitom narážejí.

Klíčová slova: andropauza, menopauza, senior, sex, sexualita, stárnutí

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of sexuality and sexual life of seniors.

The theoretical part defines the terms of old age and aging, it outlines changes which occur during this period of human life, especially from development and sexuality transformation point of view. It concerns the ways how the senior sexuality is perceived in his/her environment and in public as well. The thesis partly deals with the issue of institutional care for the elderly citizens.

Moreover, the work surveys sexual life of women in menopause and men in andropause. It deals with the change of psychic in the old age. It provides an overview of the most common diseases related to aging and their influence on sexuality. It refers to the issue of sexual dysfunction and gives a list of various medical products for sexual life improvement.

The work is completed with an empirical research, which goal was to find out if seniors live their sex lives and what problems they usually face.

Keywords: andropause, intimacy, menopause, senior, sex, sexuality, aging

Poděkování:

Děkuji doc. PhDr. Miloslavu Jůzlovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a věcné připomínky při zpracování této práce.

Děkuji svému manželovi a dětem, za podporu, trpělivost a vytváření podmínek v době studia.

V neposlední řadě patří mé díky i informantům, za jejich spolupráci a ochotu v průběhu výzkumného šetření.

Prohlášení:

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

Obsah

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMŮ	12
1.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.2 DEFINICE POJMU SEX A SEXUALITA	13
1.3 SEXUALITA JAKO PROJEV LIDSKÉ PŘIROZENOSTI.....	14
2 SEXUALITA V SENIU POHLEDEM SPOLEČNOSTI	16
2.1 ZOBRAZENÍ SEXUALITY V MÉDIÍCH	16
2.2 MÝTY A PŘEDSUDEKY O SEXUALITĚ SENIORŮ.....	17
3 SOCIÁLNÍ VZTAHY A JEJICH ZMĚNY VE STÁŘÍ	20
3.1 LÁSKA, MANŽELSTVÍ.....	20
3.2 VĚKOVĚ NEROVNÁ PARTNERSTVÍ	22
3.2.1 Starší muž.....	23
3.2.2 Starší žena	25
3.3 OSAMĚLOST VE STÁŘÍ A JEJÍ VLIV NA SEXUÁLNÍ ŽIVOT SENIORA	25
3.4 PÉČE O SEXUÁLNÍ POTŘEBY SENIORŮ V KONTEXTU ÚSTAVNÍ PÉČE	27
4 ZMĚNY PSYCHIKY VE STÁŘÍ A JEJICH VLIV NA SEXUALITU SENIORA	30
4.1 DEMENCE A SEXUALITA SENIORA	31
4.2 DALŠÍ PSYCHICKÉ NEMOCI A SEXUALITA	32
5 SEXUALITA VE STÁŘÍ	34
5.1 SEXUÁLNÍ ŽIVOT VE STÁŘÍ A JEHO ZMĚNY U ŽEN.....	35
5.2 KLIMAKTERIUM ŽENY	35
5.3 SEXUÁLNÍ ŽIVOT VE STÁŘÍ A JEHO ZMĚNY U MUŽŮ.....	39
5.4 MUŽSKÁ ANDROPAUZA.....	40
6 NEMOCI OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA SENIORŮ	43
6.1 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	43
6.1.1 Sexualita po léčbě zhoubných nádorů u žen	44
6.2 DIABETES MELLITUS (CUKROVKA, ÚPLAVICE CUKROVÁ)	45
6.3 ONEMOCNĚNÍ PROSTATY	46
6.4 SRDEČNĚ - CÉVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	46
6.5 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE	47
6.6 PŘÍPRAVKY A PROSTŘEDKY PRO ZLEPŠENÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA	48
II. PRAKTICKÁ ČÁST	53
7. PROJEKT VÝZKUMU	54
7.1 CÍL VÝZKUMU.....	54
7.2 METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT	55

7.3	VOLBA INFORMANTŮ	58
7.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR A POSTUP PŘI SBĚRU DAT.....	59
7.5	OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	61
7.6	INTERPRETACE DAT	61
7.6.1	Sexuální život manželů	61
7.6.2	Spory a nevěra.....	62
7.6.3	Sexualita v menopauze a andropauze	63
7.6.4	Zdravotní problémy a sexuální život seniorů.....	65
7.6.5	Význam sexuality pro seniora.....	67
7.6.6	Sexualita seniorů v sociálních zařízeních	67
7.6.7	Přístup personálu v sociálních zařízeních k sexualitě klientů.....	69
7.7	ZHODNOCENÍ VÝZKUMU	70
8.	NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ.....	73
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Motto: „Ale žít jenom proto, aby člověk žil, to je dost málo. Život musí obsahovat hodnoty, pro které stojí za to žít.“

Arthur Charles Clarke

Problematika, kterou se zabývám v bakalářské práci, je ožehavá, neprobádaná, často tabuizovaná nejen veřejností, ale i ve zdravotnických i sociálních zařízeních. Toto téma je naprosto opomíjeno v odborné gerontologické literatuře. Myslím, že je to špatný přístup, a právě proto jsem se rozhodla ve své práci věnovat sexuálnímu životu seniorů.

Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. Týká se každého z nás, někoho aktuálně, jiného perspektivně. Jediná možnost, jak se mu vyhnout, je zemřít mladý. Říká se, že z pohledu dítěte je život nekonečně dlouhá budoucnost, z hlediska stáří naopak velmi krátká minulost.

Stárnutí je zcela přirozené a neodvratitelné. V životě jsme bohužel svědky zoufalé snahy být stále mladý. Hodnota stáří je stále podceňovaná a diskriminovaná. O stáří se ve společnosti mluví většinou pouze ve spojení s demografickým vývojem společnosti a se zvýšenými náklady na zdravotnictví i sociální systém. Sexualita žen v menopauze a sexualita mužů v andropauze je naprosté tabu.

V poslední době jsou vytvářeny silné společenské tlaky s cílem změnit kvalitativně postoje ke stáří a ke starým lidem. Bohužel ale existuje obrovský rozdíl mezi tím, co říkáme a mezi tím, jak se chováme. Jednáme na základě předsudků, mýtů a neznalosti věcí v rozporu s normou, kterou vyznáváme jako humanistickou, vhodnou, správnou a možnou. Hlavní příčinou je fakt, že o stáří velmi málo víme a málo se o něj zajímáme. Proto se snadno necháváme ovlivňovat předsudky, ačkoliv intuitivně víme, že jsou to právě jen předsudky.

Každý z nás potřebuje cítit lásku a k ní intimní život neoddělitelně patří.

Opravdu patří aktivní sexuální život pouze k mladým lidem? Je potřeba si uvědomit, že také senioři mají své sexuální potřeby. V každém věku je sexualita prostředek k upevnování vztahů. I pro seniory je sex důležitou součástí života. Každý člověk, a to v kterémkoliv věku, má právo na uspokojivý sexuální život a záleží jen na něm samotném, jak se cítí, a on sám musí stanovit svoje možnosti a hranice.

Sexualita starších lidí získává vzhledem k prodlužující se délce lidského života stále větší naléhavost. S délkou života je třeba se zaměřit na kvalitu života a úspěšnou adaptaci na stáří. Nejsme déle staří, ale jsme déle mladí. Většina šedesátiletých, ale i mnoho sedmdesátníků a osmdesátníků žije aktivním a plnohodnotným způsobem života. Sex k tomu samozřejmě také patří. Stárnutím nepřestávají být naše sexuální potřeby aktuální, pouze jejich naplňování je jiné.

Láska ve stáří vzhledem k fyzickým možnostem má jen jinou formu, jiný obsah. Je v ní méně sexuality a více erotiky. Stařecké lásky bývají půvabné. Nebývá zvykem věnovat pozornost intimní sféře stárnoucího a starého páru. Přežívá mýtus, že oni už „to“ nepotřebují a sexuální aktivita se nehodí ke stáří.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a praktické.

V teoretické části práce se zabývám vytvářeným obrazem sexuality seniorů v médiích. Sexualitu ve stáří popisují z hlediska jejího vnímání společností. Zabývám se předsudky, které vůči tomuto tématu obvykle lidé mají. Předkládám informace o vývoji sexuality žen a mužů ve starším věku, včetně údajů o zdravotních problémech a nemocích, které obvykle s vyšším věkem přicházejí. V neposlední řadě řeším možnosti sexuálního života a zkušenosti lidí žijících v sociálních zařízeních.

Praktická část práce zahrnuje interpretaci a analýzu provedeného kvalitativního výzkumu. Ráda bych bakalářskou prací přispěla k odtabuizování tohoto nepříliš populárního a citlivého tématu. Cílem bakalářské práce je zjistit, zda senioři žijí sexuálním životem a odhalit, na jaké problémy senioři v tomto narážejí. Mapuji kvalitu sexuálního života oslovených seniorů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí

V běžném životě používáme tzv. kalendářní věk. Někdy je také nazýván chronologický nebo matriční. Jeho začátek je dán datem narození. Může, ale také nemusí korespondovat s tzv. funkčním neboli skutečným věkem. Říká se, že každý člověk stárne jinak. To je samozřejmě pravda, i když je dobré doplnit a zdůraznit často opomíjený dodatek, že každý stárne, a to stále. Pouze rychlost stárnutí bývá jiná.¹

Stárnutí je tedy procesem nezvratným, biologicky zákonitým a individuálním. Je podmíněno genetickou výbavou jedince, jeho dosavadním stylem života, prodělanými nemocemi podmínkami, ve kterých člověk žije. Jak již bylo řečeno, z tohoto pohledu dělíme věk dle dvou hledisek:

- kalendářní (chronologický) -daný datem narození
- funkční – je dán fyzickým, psychickým a sociálním stavem jedince v konkrétním okamžiku kalendářního věku člověka

Stárnutí zasahuje do všech oblastí života. Z tohoto pohledu rozlišujeme:

- biologické stárnutí – morfologické a funkční změny organismu v čase
- psychické stárnutí – proměna psychiky v čase
- sociální stárnutí – zahrnuje různé stránky sociálního života jedince²

Světová zdravotnická organizace podle uznávaných odborných kritérií považuje věkové rozpětí 45-59 za střední nebo také zralý věk. Teprve období 60-74 let označujeme jako rané stáří neboli vyšší věk. Obecně pak mluvíme o starším nebo lépe o stárnoucím člověku. Za počátek vlastního stáří označujeme věk mezi 75. a 89. rokem. Ti, kteří žijí déle než 90 let, jsou považováni za dlouhověké.³

Stárnutí se děje samo od sebe, aniž bychom se o to nějak přičinili. Ovšem jak se nám daří stárnout, to už je něco zcela jiného.

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 23

² DOŇKOVÁ, O. *Vývojová psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2012, s. 140

³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 22

„Vědět jak stárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z největších kapitol umění žít,“ tvrdí Frédéric Amiel. Umění, tedy není to nic samozřejmého.⁴

Stáří je poslední etapa našeho života. Jedná se o fyziologický stav. Není to nemoc, jen v tomto období lze očekávat větší výskyt patologických stavů. Většina lidí vnímá stáří jako handicap a omezení. Tento všeobecný názor je podpořený dnešní společností, která je zaměřená na mládí, výkon a výsledky.

1.2 Definice pojmu sex a sexualita

Sex - anglicky pohlaví, pohlavní život. Slovo sex pochází z latiny.

Sexualita - aktivita týkající se pohlaví, pohlavní život. Také pohlavní diferenciaci v určitém směru, mužském (samčím) a ženském (samičím). Diferenciaci je:

- genetická (chromozomy X a Y)
- morfologická (forma, tvar a struktura lidského těla)
- psychologická⁵

Sex se tedy týká těch biologických charakteristik, které definují člověka jako muže a ženu, a směřují k jejich rozlišení.

Slovo sex bývá v poslední době v běžném hovoru používáno nesprávně, spíše ve významu označení sexuální aktivity- mít s někým sex.

Sexualita tedy zahrnuje nejen sex, ale i pohlavní identitu a roli, sexuální orientaci, intimitu a reprodukci. Je souhrnem projevů chování a citění, které vyplývají z anatomických a psychických rozdílů mezi mužem ženou. Sexualita člověka je ovlivňována propojením mnoha faktorů, hlavně biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, etických, právních, historických, náboženských.

Lidská sexualita je velmi variabilní a její vnější projevy podléhají společensky podmíněným pravidlům, normám, příkazům a zákazům.

⁴ GRÜN, A. *Život je teď: umění stárnout*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, s. 1

⁵ VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2000, s. 400-401

Sexualitu neomezujeme jenom na pohlavní styk. Nesmíme zapomínat na další aspekty života, jako je vzájemná blízkost, něha, úcta, objímání, líbání, držení se za ruce a mnoho dalších projevů.

Člověk se rodí jako tvor sexuální a pohlavnost ho provází celým jeho životem. Značně ovlivňuje jeho osobnost i mezilidské vztahy. Je určitou formou komunikace, zdrojem emocí, ovlivňuje lidské chování a prožívání. Sexuální život ovlivňuje i duševní zdraví lidí.⁶

1.3 Sexualita jako projev lidské přirozenosti

Sexualita je přirozená a patří k člověku naprosto neodmyslitelně. Je základním prvkem lidské biologie. Sexuální život člověka provází už od prvopočátku samotné lidské existence. Za celá staletí až dosud se toho moc nezměnilo. Od jedné lidské kultury ke druhé se liší pouze praktiky, polohy a rituály. Touha, vášně a láska jednoho člověka ke druhému zůstává. Pouze v každé etapě života vypadá trochu jinak.

Bohužel existuje také ve své odvrácené podobě – sexuální zneužívání, prostituce, znásilnění, sexualita jako projev moci. Patří k ní také celá řada sexuálních úchylek a deviací.

Sex je nám příjemný, způsobuje nám potěšení a rozkoš. Žijeme jím všichni nebo téměř všichni. Samozřejmě jsou lidé, kteří zemřou, aniž by v životě měli pohlavní styk. Odhadem je to přibližně jeden člověk z tisíce. To, že neměli pohlavní styk ale neznamená, že by se nezabývali jinou formou sexuality, například masturbací. Snad kromě základních fyziologických potřeb, jako je jídlo, pití, spánek, neexistuje lidská činnost tak častá a běžná.⁷

Z pohledu žen a mužů může mít sex a sexuální vztah podobný, přesto odlišný obsah. Pro muže je „sexuální vztah“ cokoli, co zahrnuje tělesnou aktivitu, od intimních dotyků až po pohlavní akt. Jedná se tedy spíše o akt tělesný. Základem je touha a vzrušení. Ty lze vyvolat podrážděním jakéhokoliv smyslu, zrakového a hmatového, chuťového, čichového

⁶ WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, s. 9

⁷ PONDĚLÍČEK, I. a kol. *Lidská sexualita: jako projev přirozenosti a kultury*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1971, s. 13

či sluchového. Ženská definice zahrnuje jakoukoliv aktivitu, ať je fyzická nebo ne, které se partner účastní a kterou vzniká emociální spojení s druhou osobou.⁸

Co je v sexu normální? Co je mravné a nemravné? Moderní a demokratické pojetí sexuální normality má individuální rozměr. Jen člověk sám sobě může vytýčit hranice své sexuální normality. Protože je převážná část našeho sexuálního života párovou záležitostí, je nutné zcela respektovat i svého sexuálního partnera a být ohleduplný. Normální je pak každá sexuální aktivita, která uspokojuje mne i partnera a nepůsobí mu tělesnou nebo psychickou újmu.⁹

Sexualita se odlišuje nejen z pohledů mužů a žen, ale je ovlivněna společností, ve které žijeme, kulturou, všeobecně platnou morální normou. Co je běžné, normální a morální v jedné civilizaci, je zcela nepřijatelné pro druhou. Na utváření názoru na sexualitu měla v naší společnosti po mnoho generací velký vliv církev, která ji staví do pozice hříchu. Sexualita člověka tedy není podmíněna pouze přírodou-biologicky, ale i společensky. Je historicky proměnlivá, mění se v čase. Vyrůstáme v sociálním společenství s psanými i nepsanými pravidly, společnost na nás už od dětství působí. Předurčuje tak určitým způsobem náš budoucí způsob života. Může v nás však zanechat i spoustu omylů, které se dál přenáší na další generaci.

Celá společnost už během našeho života prodělává převratné změny. Mění se rychlost sexuálního dospívání člověka, mění se význam rodiny, ženská emancipace. Dosahujeme vyšší vzdělání. Významný vliv má i možnost cestování a turistický ruch. Také nové možnosti antikoncepce, bohužel s tím souvisí i rozšiřující se nebezpečí sexuálně přenosných nemocí včetně AIDS. Morální normy platné ještě před desetiletím ztrácí svoji platnost a opodstatnění. Stejně tak, jak je nemožné definovat sexuální normalitu, není možné přesně vymezit mravnost a nemravnost. Sexuální aktivity nejsou mravné, ani nemravné. Tím se stávají teprve prostřednictvím doprovázejících okolností. Co je pro jednoho člověka běžné, pro druhého může být nepřijatelné. Rozumným kritériem mravnosti je nepáchat jakékoliv zlo vůči druhému člověku a společnosti.¹⁰

⁸ PEASE, A. a B. PEASE. *Proč muži chtějí sex a ženy potřebují lásku*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2010, s. 133

⁹ UZEL, R. a L. HESS. *Člověk je živočich sexuální*. Vyd. 1. Opava: Vademecum, 1998, s. 16

¹⁰ UZEL, R. a L. HESS. *Člověk je živočich sexuální*. Vyd. 1. Opava: Vademecum, 1998, s. 18

2 SEXUALITA V SENIU POHLEDEM SPOLEČNOSTI

2.1 Zobrazení sexuality v médiích

Dnes je sexualita uvolněná a osvobozená mnohem více než tomu bylo kdykoliv v minulosti. Samozřejmě i z minulosti jsou známy mnohé projevy uvolněné sexuální morálky, formy sexuálního chování vymykající se stávajícímu mravnímu kodexu, ale nikdy se ještě neprojevila sexuální volnost jako dnes, v období tzv. *sexuální revoluce*.¹¹

Zdánlivě jsme osvobozeni od společenských schémat, norem a konvencí, ale upadáme pod nový teror - tlak masmédií. Nápadným rysem zkonvencionalizovaného sexu je především velké rozšíření a uplatnění typizujících schémat. Je nám předkládána univerzální nabídka. Přístup k eroticko-sexuálním jevům a sexuální chování se standardizuje.¹²

Erotizace je naprosto všude. Útočí na nás v reklamě. Je nám vnucován televizní a filmový model lásky. V žádném filmu nesmí chybět alespoň jedna odvážná milostná scéna.

Na internetu existují stovky serverů, poraden a diskusních fór o erotice, sexu, sexuálních praktikách. V časopisech pro ženy i muže najdeme vždy zaručené a jediné správné návody „jak na to“. Je nám dopodrobna určováno, jak co prožívat a cítit. Vědci i lékaři zkoumají naši sexuální přirozenost ze všech stran, vznikají nejrůznější studie, točí se dokumentární pořady. Jsme vedeni podle typizujících schémat k univerzální nabídce. Sexualita je předkládána jako konzum. Je nám prakticky vnuceno, jakou cestou se ubírat, jak myslet, co prožívat. Erotika, charakteristická pro masovou kulturu, ztrácí v konečném důsledku svoji přitažlivost a kouzlo. Je tohle opravdu ještě svoboda?

Něco, o čem se ovšem nemluví, a tudíž se přepokládá, že to neexistuje, je sex seniorů. Pro spoustu z nás je přirozené, že se milujeme se vším, co k tomu patří, ale představa, že „to“ dělají naši rodiče a prarodiče, je divná a pro někoho i nechutná. Jak reagujeme, když na veřejném místě vidíme líbající se mladý pár? Většina kolemjdoucích projde, pousměje se nebo chápavě sklopí zrak. Pokud ale v této situaci uvidíte seniory, bude reakce stejná?

¹¹ PONDĚLÍČEK, I. a kol. *Lidská sexualita: jako projev přirozenosti a kultury*. Vyd.1. Praha: Avicenum, 1971, s. 23-24

¹² PONDĚLÍČEK, I. a kol. *Lidská sexualita: jako projev přirozenosti a kultury*. Vyd.1. Praha: Avicenum, 197, s. 295

Nejspíš ne. Co starším lidem veřejné mínění toleruje a co už nikoli? Je to držení za ruku, pohlázení či líbání? Většinou nedokážeme uvést jediný opravdový důvod, proč by si starší lidé na veřejnosti neměli prokazovat přízeň, a přesto to odsuzujeme.

2.2 Mýty a předsudky o sexualitě seniorů

Mediální obraz a zažité stereotypy vytváří i naše mínění o prožívání stáří.

1) Důchodci jsou už neaktivní a rezignovali na život, od kterého už nic neočekávají.

Tahle představa je nespravedlivá a nepravdivá, skutečnost je jiná. Staří lidé jsou dnes mnohem aktivnější než dříve. Učí se cizí jazyky, cestují a poznávají nové země a kultury. Studují na vysokých školách a univerzitách třetího věku. Navštěvují odborné přednášky a kurzy. Mnoho z nich ovládá práci na počítači.

A co lidé jako Cher, Madonna, Paul Mc-Cartney, Mick Jagger, Sean Connery, a mnoho dalších, kteří jakoby dokázali obrátit čas v procesu stárnutí. U nich o rezignaci v žádném případě nemůžeme mluvit.

2) Sex je jen pro mladé a ke stáří nepatří.

Sex není jen pro mladé. Sexualita nás provází prakticky až do smrti. I když ve stáří většinou sexuální apetence klesá, nemizí úplně a mnozí lidé žijí aktivním sexuálním životem ještě ve vysokém stáří. Langmaier uvádí, že až 62% mužů a 30% žen ve věku nad 80 let mělo alespoň občasné pohlavní styky.¹³

Doba se vyvíjí a mění. Dnešní senioři jsou aktivní. Proč by neměl být aktivní i jejich sexuální život? I ve vyšším věku je sexualita základní potřebou, která souvisí s kvalitou života. Je prostředkem k upevnování vztahů, zdrojem radosti, citové blízkosti a potěšení. Jen její obsah může být jiný s ohledem na fyzický a psychický stav. Přece to, že naše tělo stárne a z pohledu doby se stává neestetickým, neznamená, že přestaneme mít svoje sexuální potřeby.

¹³ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1988, s. 191

3) Další věc, která je poměrně dost vžitá a přitom nepravdivá, je, že menopauza zastavuje sexuální touhu u ženy.

Aktuální sexuální život má blahodárný vliv na zdraví. U žen podporuje udržování hladiny hormonů a dochází tak později k menopauze. Navíc nepříjemné příznaky menopauzy dokáže intimní život utlumit. Sex dokáže zmírnit nebo odstranit bolest, posiluje imunitu, má příznivý vliv na psychiku. Navíc pro mnoho žen je menopauza období osvobození, kdy konečně nemusí mít strach z otěhotnění a sex si mnohem víc užívají. Sexuální aktivita u mužů například snižuje počet onemocnění prostaty. Pokud se v této oblasti objeví problémy, rozhodně to není důvod k rezignaci na sexuální život. Většinu problémů je možné ve spolupráci s lékařem vyřešit.

4) Mnohdy se setkáváme s názorem, že sexuální touha v důchodovém věku je nemorální, zvláště sexualita žen po klimakteriu.

Kořeny tohoto tvrzení můžeme najít v prvopočátcích církve, kdy sex byl vnímán jako prostředek k reprodukci a v jakémkoliv jiném kontextu byl označován jako hřích.

Pro rané křesťany bylo nejvyšším cílem člověka překonávání všeho smyslného a tělesného. Člověk se sice mohl párovat, ale přitom nesměl pociťovat rozkoš (sv. Augustin). Na sexualitu se nahlíželo jako na manifestaci tělesných chťičů, protože tělo a duše platily jako rozdílná jsoucna. Manželství bylo tolerováno jako nezbytnost k zachování rodu. V raném křesťanství se na ženu nahlíželo jako na kořen všeho zla, protože žena zdělila od Evy přirozený sklon uvádět muže do záhuby. Je možné se domnívat, že odtud pramení vymezení podřadné sociální role ženy. Neschopnost prožívání pohlavního aktu, hlavně u žen, může ještě dnes pramenit z náboženské výchovy, totiž z předsudku, že sexualita je nepatřičná a žena při ní musí hrát pouze pasivní roli. V dnešní době je tento postoj překonaný, ale u některých párů může stále přežívat.¹⁴

5) Častý je názor, že při vstupu do domova pro seniory nebo při využívání jiné sociální služby by senior neměl pokračovat v sexuálních aktivitách. Bohužel je to i názorem personálu, který na rozdíl od zahraničí není v této otázce školený a neví, jak se k této záležitosti postavit a jak se sexualitou klientů zacházet.

¹⁴ PONDĚLÍČEK, I. a kol. *Lidská sexualita: jako projev přirozenosti a kultury*. Vyd.1. Praha: Avicenum, 1971, s. 291-293

Mnohdy je nemyslitelné, aby se o tomto tématu vůbec hovořilo, nebo jakékoliv projevy sexuality jsou zesměšňovány. Je potřeba si uvědomit, že i klienti těchto zařízení mají své psychické potřeby, potřebují pocit blízkosti, pochopení, společné sdílení zážitků. Mají ale i potřeby fyzické, touží po kontaktu, ať je to třeba „jen“ držení za ruku nebo pohlavní akt. I ve stáří je sexualita prostředek k upevnění vztahů a důvodem radosti ze života.

3 SOCIÁLNÍ VZTAHY A JEJICH ZMĚNY VE STÁŘÍ

3.1 Láska, manželství

Manželství je také sexuálním partnerstvím. V manželství hraje sex nepochybně důležitou roli. Sex bývá často tmelícím prvkem partnerských vztahů. Sexuální harmonie značně přispívá k manželské spokojenosti, není však jediným faktorem, který by tuto spokojenost vyvolával a udržoval. Jsou manželství, kde si partneři plně sexuálně vyhovují, a přesto dochází k rozvodu.¹⁵

Práce, stres, péče o děti, úzkost jak vydělat peníze, neztratit práci, únava z přepracování, starosti. To všechno odčerpává energii. Jsou také věci, které utlumují sexuální život partnerů.¹⁶

Odborníci v poradnách mluví o třech nebezpečných obdobích v manželství:

- dva roky
- dvanáct let
- dvacet let

Dva roky: končí období líbánek, odezní prvotní přitažlivost a vášeň, lidé se proberou a mnohdy teprve zjistí, jak málo mají s tím druhým společného.

Dvanáct let: manželé jsou pohlceni prací, výchovou dětí a domácností. Snaží se efektivně vše zvládat a svoji energii věnují povinnostem. Výsledkem je pak to, že mají na sebe stále méně času a ze společného vztahu mnoho nezbyvá. Oba se cítí opuštění, zoufalí a nedocení. To jsou nebezpečné pocity a někteří lidé jsou náchylnější k lichotivé pozornosti od člověka opačného pohlaví a snadno dochází k nevěrám.

Dvacet let: děti odcházejí z domova a lidé jsou ponecháni sami sobě poprvé od prvních dnů manželství. Objevují se projevy stárnutí, snižuje se výkonnost, přibývá zdravotních

¹⁵ PONDĚLÍČEK, I. a kol. *Lidská sexualita: jako projev přirozenosti a kultury*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1971, s. 220

¹⁶ BIRNBACH, L. a B. HYMAN. *Test vašeho manželství v 10 krocích: [jak poznat, jestli je čas jít dál?]*. Vyd. 1. Brno: Jota, 2011, s. 62

problémů. Aby manželství přežilo, je třeba udržovat intimní vztah, mít společné zájmy a pocit vzájemného společenství.¹⁷

Odchod dětí z domu je často označován jako „prázdné hnízdo“. Je to zásadní a kvalitativní změna dosavadního způsobu života. Tohle období je velmi náročné. Manželé zůstávají sami. Pokud se manželé nevěnují společným zájmům a koníčkům, může se stát, že zjistí, že jediné, co je spojovalo, byly děti. V tomto období dochází často k sexuálním problémům pramenícím z pocitu odcizení. Najednou si nemají co říct a jak trávit volný čas.¹⁸

Dalším mezníkem je odchod do důchodů. Někteří lidé pokračují v práci, ať trvale, nebo příležitostně. Jiní odcházejí z práce a užívají si života, na který předtím neměli čas.

Odchod do penze je bohužel pro mnoho lidí traumatizující událostí. Představuje posun od něčeho, co znají, někam, kde dochází ke změně dosavadních zvyklostí. Pocit pádu je tím intenzivnější, čím výše člověk stál v pracovní hierarchii. Penzisté si jsou rovni. Odchodem do důchodu se ruší významné sociální vazby penzionovaného vůči ostatním, zejména pracujícím lidem. Je důležité odpoutat se od toho, jakou roli jsme v zaměstnání hráli, a najít si něco nového, hledat nové věci, kterým se mohou věnovat, co mi bude přinášet radost. Stáří dnes nemá společensky uznávaný program.¹⁹

Výše uvedené jevy v některých případech vedou k problémům mezi partnery a poklesu libida. Nevyřešené spory, pocit nedůležitosti, nerespektování partnera, zvláště pokud jde o dlouhodobý problém, vede k odporu mezi partnery. Spory, které existovaly už dřív, vystupují do popředí. Žena většinou odmítá sex, pokud se necítí milována. Pro ženu je sex součástí citového naplnění. Po odchodu dětí se mnohé ženy začínají zaměřovat na vlastní cíle, tužby a zájmy. Nejsou už tolik ochotné podřizovat se potřebám svého partnera. Problémy v partnerských vztazích mohou vést ke ztrátě sexuální touhy.

U mužů s věkem mohou přijít problémy s dosažením erekce, její pevnosti nebo potřebují více stimulace. Erektce oproti mládí přestává být rychlá a automatická, ztopoření snadno ochabuje. Jejich problémy mohou vést k vyhýbání se sexu a redukci pohlavních styků.

¹⁷ BIRNBACH, L. a B. HYMAN. *Test vašeho manželství v 10 krocích: [jak poznat, jestli je čas jít dál?]*. Vyd. 1. Brno: Jota, 2011, s. 68-70

¹⁸ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 267

¹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 113.

Ženy se pak samy obviňují, že jsou méně přitažlivé a žádoucí. Je důležité si uvědomit, že každá sexuální dysfunkce, jako je problém s erekcí, předčasná ejakulace, bolestivý pohlavní styk atd., vede ke ztrátě sexuálního zájmu.²⁰

Velmi častým důvodem sexuální involuce (zmenšení přirozenými změnami) je ztráta zájmu o manželskou sexualitu následkem monotonie a nudy. Pochází z toho, že to, co je stárnoucí muž schopen objevovat jinde a co v něm vyvolává sexuální napětí a libido, přestalo ve vlastním manželství působit a zmizelo. Čí je to vina? Stesky na sexuální nudu vychází často z toho, že manželé ztratili vědomí nezbytnosti dále vytvářet manželské vztahy, stále obměňovat podmínky k uspokojení svého partnera, jak to bylo samozřejmostí v počátku partnerství.²¹

3.2 Věkově nerovná partnerství

Stále přibývá párů, kde jeden z partnerů je výrazně starší či mladší. Nad tímto trendem se v dnešní době nikdo příliš nepozastavuje.

Rozhodně už to není jen záležitost showbyznysu, bohatých podnikatelů a politiků. Nejdříve se začali objevovat starší muži po boku výrazně mladších žen, dnes to funguje i opačně. Starší ženy si nacházejí mladší muže, i když zatím nejde o nijak typický trend. Čím to? Dnešní doba stírá výrazné rozdíly mezi mužským a ženským sexuálním chováním. Proč lidé vstupují do věkově nerovných svazků? Jaká jsou pozitiva a negativa takového soužití?

Někteří odborníci tvrdí, že je evolučně nesmyslné hledat si partnerku se sníženou nebo ukončenou plodností. Věk ženy je pro muže důležitým ukazatelem její sexuální aktivity. Výzkumy potvrzují, že muže bez ohledu na věk jsou nejatraktivnější ženy od devatenácti do zhruba třiceti let věku, s vrcholem atraktivity okolo 22 roků, což je věk vrcholné plodnosti. Právě ukazatele plodnosti jsou rozhodujícím důvodem, proč muže nepřitahují dívky před pubertou a ženy v klimakteriu.

²⁰ DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha, 2001 s. 130-131

²¹ PONDĚLÍČEK, I. a kol. *Lidská sexualita: jako projev přirozenosti a kultury*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1971, s. 218

Jen pro zajímavost - nedávná americká studie odhalila, že muži častěji umírají při sexu s mladými partnerkami než s manželkami. Pouze 1% infarktů se odehraje při milování, ale 70% těchto případů je mimo domov.²²

Při rozpadu věkově nerovného vztahu většinou nehraje roli věk, jako spíše to, že je partner zavalen prací, partneři nemají čas pěstovat vztah a ten krachuje na běžných manželských problémech. Láska a zamilovanost většinou netrvá více jak tři roky a pak přichází stereotyp. Svou roli může hrát i příliš silná osobnost partnera, která byla na začátku vztahu imponující. Navíc oba partneři na začátku nepřemýšlí o soužití za několik let. Mladší z partnerů by měl zvážit, že za pár let bude mít vedle sebe starého člověka, který také asi dříve zemře. Starší zase musí přemýšlet o tom, že se jednoho dne může dočkat nevěry mladšího partnera.

Spokojeně můžeme žít i ve věkově nerovném partnerství. Pro kvalitní vztah jsou důležitější jiné věci, než je věk partnera. Jestliže se dokážou partneři respektovat, vzájemně si naslouchat, není věk na překážku. Mnoho věkově nerovných vztahů dlouhodobě a dobře funguje.

Dokonalé partnerství neexistuje. Kladem věkově nerovného spojení může být to, že si partneři různých generací vyměňují zkušenosti a rozšiřuje se jejich duševní rozhled. Jisté je, že v takovém vztahu starší partner omládne duševně, ale faktem zůstává, že jakákoli extrémní odlišnost je vysoce riziková²³.

3.2.1 Starší muž

Starší muž a mladá cílevědomá žena je v poslední době dost častý model. Společnost tento model toleruje a respektuje. Co na stárnoucích mužích tolik přitahuje mladé krásné ženy?

O čistou lásku bohužel jde málokdy, ať už oba partneři tvrdí cokoli.

Starší a hlavně zajištěný muž bývá schopen mladé ženě poskytnout jisté ekonomické zázemí, je pro ni zajímavý svými životními zkušenostmi. Ona ho zase „odměňuje“ svou energií, vitalitou a svěžestí.

²² MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 201

²³ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 207

Ne vždy to musí být nevyhnutelně tento model. Mladé ženy občas, aniž si to uvědomují, ve vztahu s výrazně starším mužem hledají náhradu za svého otce. Bývá to v případě, pokud otec v rodině chyběl nebo roli otce nenaplnil.

Jelikož muži jsou plodní celoživotně, věk není (na rozdíl od žen) důležitý. Tito muži jsou přitažliví signály, které svědčí o jejich „přístupu ke zdrojům“, tedy o jejich společenském postavení, bohatství a sociální viditelnosti. Tyto signály dávají ženě jistotu, že budou schopni dobře zajistit ji i její potomky. Navíc ženy předpokládají, že i děti budou mít dobré genetické předpoklady být úspěšní. Proto je tak časté, že se mladá žena zamiluje do staršího muže, neboť až ve starším věku jsou muži úspěšní, imponující, bohatí nebo slavní.²⁴

Na začátku vztahu si však málokdo uvědomuje budoucí rizika. Partnerovi se blíží stáří a může brzy nastat situace, kdy bude potřebovat spíše ošetřovatelku než manželku. Se zvyšujícím se věkem klesá energie a vitalita, proto starší partner potřebuje mnohem víc času na regeneraci. Současně mladá žena chce žít tak, jak je jejímu věku přiměřené. Vztah může fungovat jen tehdy, bude-li mladá žena vůči svému staršímu partnerovi submisivní. To ovšem předpokládá, že je nutné mít co obdivovat. Případ, kdy se muž snaží přizpůsobit své výrazně mladší ženě, nefunguje. Výsledkem je, že se dříve nebo později zničí finančně, duševně, fyzicky nebo společensky. Další problém může nastat, pokud si žena přeje dítě. Muž už děti chtít nemusí, protože potomky má z předešlého vztahu. Pokud děti v novém vztahu přece jen má, je z něj více dědeček než otec, což může přinášet problémy i dítěti.

Je zde i další úskalí. Sex je součástí každého vztahu, a to hlavně na začátku. Důležitost sexu většinou s délkou vztahu a věkem klesá. Je to však velmi individuální. Mnoho dvojic zachovává sexuální styky až do velmi vysokého věku, někteří rezignují po pár letech. Úskalím je sexuální apetence obou partnerů. Muži dosahují průměrně sexuálního vrcholu kolem dvaceti let, zatímco ženy až po třicátém roce života. U věkově nerovného partnerství, kdy muž je výrazně starší to znamená, že zatímco její apetence bude stoupat, jeho naopak bude klesat.

²⁴ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 201-204

3.2.2 Starší žena

Jiná je situace v případě, kdy si starší žena najde výrazně mladšího partnera. Tady už společnost a ani příroda tak přející nejsou. Zatímco se u starších pánů bere mladší partnerka jako samozřejmost a důkaz dobrého zdraví a vitality, starší ženy bývají terčem posměchu. Princip je ovšem v obou případech stejný. Platidlem jsou kromě peněz kontakty a vstup do velkého světa. Podle některých odborníků má-li muž výrazně starší partnerku, je za tím jeho nevyřešený vztah k matce.

Muži, kteří žijí ve vztahu s výrazněji starší partnerkou většinou nejvíce oceňují její celkovou vyzrálou, zkušenost a vyrovnanost. Starší žena většinou už ví, co od života chce a dokáže úspěšně řešit řadu situací. To se přirozeně odráží i v její sexualitě. Existuje mnoho žen, které uvádějí, že nejsilnější sexuální prožitky a vzrušení přišly až ve zralém věku. Žena většinou už ví, co je jí v sexu příjemné a co se jí líbí. Netrpí zbytečným studem a sex si užívá, což je samozřejmě přitažlivé i pro partnera.

Takové soužití může být spokojené a šťastné. Zralá žena se může s mladším partnerem cítit velmi dobře. Uvědomuje si, že je pro někoho žádoucí, někoho zajímá, někdo jí naslouchá, je pro někoho důležitá.

Odborníci jsou však k takovému spojení skeptičtí. Není časté, aby se mladší muž zamiloval do starší partnerky. Z hlediska přírody a reprodukce je toto spojení nesmyslné. Mladí muži podle tohoto názoru žijí se staršími partnerkami většinou pro peníze, pro jejich slávu, nebo proto, že hledají matku a ne partnerku.²⁵

3.3 Osamělost ve stáří a její vliv na sexuální život seniora

Dlouhodobé vztahy se v průběhu života mění a formují. Vzájemný vztah už není založen na sexuální přitažlivosti a erotice, ale na trpělivosti, toleranci a zvyku. Hlavní je pocit potřeby mít vedle sebe někoho, s kým mohu sdílet svoje pocity, s kým mohu mluvit, koho mám rád a důvěřuji mu. Manželský partner má pro stárnoucího člověka nesmírnou hodnotu. Ubývají možnosti sociálních kontaktů mimo rodinu.

²⁵ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004. s. 207

Staří lidé jsou na sebe postupně mnohem víc odkázáni a stávají se na sobě závislí. Jsou si zárukou ochrany a pomoci v krizových situacích.²⁶

Manželské vztahy obvykle v tomto období sílí a ztráta životního partnera je velmi závažnou životní událostí, se kterou se starý člověk jen těžko vyrovnává. Sami můžeme zůstat kdykoliv v životě, ale ve stáří má tato skutečnost zcela jinou dimenzi. Kromě partnera v tomto období odcházejí i vrstevníci a stejně staří přátelé. Každá taková smrt vyvolává strach a obavy ze smrti vlastní.²⁷

Smrt partnera je jednou z nejtěžších životních zkoušek, se kterou se člověk musí vyrovnat. Partner, který zůstává, se potýká s řadou problémů. Cítí se sám a ohrožený. Neví, jak bude zvládat běžný život. Pociťuje bolest ze ztráty a strach z budoucnosti. Chybí opora, láska a nahrazuje je bolest, prázdnota a samota.²⁸

Během následujících měsíců strach, bolest a smutek ztrácí svoji intenzitu a postupně mizí. Zpočátku jen na chvílky a pak za pomoci rodiny a přátel úplně. Zůstávají příjemné vzpomínky, i když truchlení nekončí nikdy. Není možné zapomenout na někoho, s kým jsme prožili část svého života. Postupně člověk začíná znovu plánovat, myslet na budoucnost a posunuje se dál. Délka tohoto období je individuální, ale přibližně po roce je člověk připravený navázat nový kontakt. Lidé, kteří prožili láskyplný vztah a mají pozitivní zkušenost s partnerstvím, jsou paradoxně připraveni na nový život dříve.

Člověk má po smrti partnera pocit opuštěnosti a bezvýznamnosti. Strach ze samoty, sdílení běžných denních starostí, potřeba opory a také potřeba intimního kontaktu jsou důvody, které vedou ke snaze navázat nový vztah.

Nová partnerství seniorů jsou jiná. Jsou respektovány vztahy k vlastním dětem a vnukům i potřeby partnera. Nová manželství jsou v seniorském věku spíše výjimkou. Pokud chce pár žít společně, volí většinou vztah druh-družka. Občas je důvodem jen pragmatická snaha nepřijít o vdovský důchod.

²⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, s. 476- 478

²⁷ MINIBERGEROVÁ, L. a J. DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 10

²⁸ GRÜN, A. *Život je teď: umění stárnout*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, s. 71

Kontakt s novým partnerem má pozitivní účinky, starý člověk je motivován k novým aktivitám, pečuje o svůj vzhled a zevnějšek, nachází nový smysl života.²⁹

Mnozí senioři po ale po novém vztahu netouží. Většinou jsou to ženy, které si chtějí zachovat nezávislost kvůli strachu, že by se znovu vystavily zátěži péče v případě nemoci partnera. Uvědomují si také problémy při adaptaci na vzájemné soužití, sladění svých návyků a potřeb.

Mnoho lidí také nechce vstoupit do nového svazku, protože se bojí reakcí vlastní rodiny a okolí. Ty bývají většinou negativní a nový vztah seniora považují za nepatřičný. Bohužel většina dětí neakceptuje nového partnera svého rodiče ze sobeckosti či strachu o případné dědictví. Odsuzují ho za to, že si našel novou lásku, že zapomněl na zesnulého manžela či manželku. Jsou přesvědčeni o nutnosti korigovat jeho „nesmyslné nápady“. Okolí milenecké svazky seniorů zesměšňuje nebo kritizuje. O sexualitě seniorů neuvažuje jako o přirozené potřebě, která úzce souvisí s kvalitou života a prožívání. Společnost má totiž tendenci vnímat staré lidi jako asexuální tvory.³⁰

3.4 Péče o sexuální potřeby seniorů v kontextu ústavní péče

Starý člověk je ve stáří postaven před úkol přizpůsobovat se nejen řadě involučních změn ve svém organismu, ale i řadě změn vnějších (změna sociálního postavení, životního stylu, sociálního prostředí včetně úmrtí blízkých lidí). Adaptace vzhledem k věku je pomalejší a každá nemoc a stres ji zhoršují. Dramatická změna životního způsobu je až život ohrožující. Může to být nástup k dlouhodobé hospitalizaci nebo přijetí do trvalé ústavní péče. Úmrtnost starých lidí se po nástupu do trvalé ústavní péče pohybuje mezi 30 až 50% a dále narůstá s věkem.³¹

Doporučení jak stárnout jsou jednoduchá a odpovídají zásadám duševní hygieny: zachovat si svoje zájmy, udržovat se aktivní, přiměřeně odpočívat. Upravit si životní náplň podle svého předešlého zaměření tak, aby obsahovala fyzickou i duševní činnost, být otevřený

²⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, s. 481

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, s. 481-482

³¹ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍROVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1988, s. 190

k novým poznatkům. Udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat vztahy nové. Radovat se z každého nového dne a z věcí, které nám život dopřává.

Bohužel v praxi se spíše setkáváme s opačnými případy, jako je nedostatečná příležitost k aktivitě či podnětová deprimace.³²

Jak jsou na tom senioři v pečovatelských ústavech, domovech důchodců či dlouhodobě hospitalizovaní na lůžkovém oddělení? Pracovníci těchto zařízení velmi neradi a pouze neoficiálně přiznávají, že se v pobytových zařízeních pro seniory odehrávají milostné příběhy spojené s vášní, nevěrou, žárlivostí, zamilovaností a projevy sexuality seniorů jsou na denním pořádku.

Sexuální potřeby starých lidí nejsou jen tělesná aktivita. Jsou vyjádřením jejich tužeb po přátelství, po partnerovi, po pocitu, že jsou potřební. Stejně jako kdokoliv mladší touží po něžnostech, dotecích a příjemných tělesných prožitcích. Ti šťastnější, co si najdou partnera, jako by rozkvetli. Lépe o sebe pečují, jsou aktivnější a šťastnější. Bohužel mnohdy pocítují nepřejícnost a žárlivost ostatních klientů a hlavně odmítavé reakce svých dětí. Odmítavé jsou reakce i samotného personálu těchto zařízení.³³

V sociálních a nemocničních zařízeních určených pro seniory se setkáváme většinou se striktním, pevně stanoveným režimem. Problém uspokojování sexuálních potřeb klientů není ze strany personálu řešen vůbec, nebo se řeší kontraproduktivně. Pečující personál nemá pochopení pro soukromí potřebné pro intimní uspokojení. Soudy, posměšky, podceňování a odsuzující mlčení jsou reakce, které vedou ke zvyšování studu seniorů.

Pracovníci v sociálních službách nemají potřebné profesní znalosti a postoje k chápání potřeb seniorů v této oblasti. Mnohdy seniory za tyto aktivity odsuzují a zesměšňují je.

Sexuální projevy nespojují s potřebou navázání vztahu a seberealizace. Časté tvrzení „u nás se to neděje“ ve skutečnosti znamená „my o tom nechceme vědět, nebudeme to řešit, ani podporovat.“ Přitom kvalita života v domovech pro seniory je závislá mimo jiné i na jejich sexuální spokojenosti.

³² LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1988, s. 194-5

³³ FRIEDLOVÁ, K. Sexualita seniorů. *Sociální služby: Odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, s. 24

Podle PhDr. Karolíny Friedlové v zahraničí se problematikou sexuality seniorů a stejně tak lidí s postižením zabývají odborníci už mnoho let. Sexualita starých lidí je vnímána jako běžná součást lidských potřeb. K dispozici je kvalitní odborná literatura, která dává konkrétní rady, jak se sexualitou seniorů zacházet, všem těm, kdo o ně pečují. Sexuální potřeby klientů v sociálních zařízeních jsou brány jako normální věc. V této oblasti máme hodně co dohánět.³⁴

Alespoň částečný průlom v této oblasti nastal na sklonku roku 2015, kdy v naší republice začalo pracovat prvních pět sexuálních asistentek, které budou tělesně či duševně handicapovaným lidem pomáhat pracovat s jejich sexualitou. Některé budou poskytovat konzultace, jiné budou asistovat aktivně. Podle stanoviska ministerstva vnitra sexuální asistence není v rozporu se současným trestním řádem.

³⁴ FRIEDLOVÁ, K. Sexualita seniorů. *Sociální služby: Odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, s. 22-24

4 ZMĚNY PSYCHIKY VE STÁŘÍ A JEJICH VLIV NA SEXUALITU SENIORA

Ve stáří kromě fyzických změn probíhají i změny psychické. Některé jsou podmíněny biologicky, jiné vznikají v důsledku psychosociálních jevů.

1) Biologické změny, které mají různý charakter:

a) Změny, které jsou projevem stárnutí a jsou normální. Je to pomalost, problémy s pamětí a vybavováním, snížená frustrační tolerance (odolávání stresům), atd..

b) Změny vyvolané chorobným procesem, které nelze hodnotit jako důsledek stárnutí.³⁵

Důstojné stáří, zdravé tělo a mysl. To je přání každého z nás. Bohužel, realita bývá často odlišná. Přibývá lidí, kterým se mění chování, mizí paměť, ztrácejí schopnost komunikovat. Rychlost těchto procesů je různá.

Stárnutí vede k mnohým strukturálním i funkčním změnám mozku, které se projevují v psychické oblasti. Klesá hmotnost mozku a tloušťka mozkové kůry, zvyšuje se objem mozkových komor. To bývá považováno za snížení fluidní inteligence.

Změny podmíněné stárnutím se projevují zpomalením reakcí. Příčinou je snížená produkce klíčových neurotransmiterů, které umožňují přenos nervových impulsů. Další příčinou tohoto zpomalení může být průtok krve mozkovými cévami. V tomto případě člověk nemůže plně využívat nové přichozí informace, nedokáže je rychle zpracovat. Díky tomu se myšlení zpomaluje, mění se prožívání, uvažování a chování starých lidí.

Tyto změny mohou být vyvolány také patologickým procesem v těle člověka, jehož vznik je ve stáří mnohem pravděpodobnější než v mladším věku.

2) Psychosociálně podmíněné jevy. Zhoršení adaptačních schopností a inteligence mohou ovlivňovat i psychosociální faktory:

a) Změny psychických funkcí vyvolané tzv. kohortovou zkušeností. Lidé stejné generace během života získali podobnou sociální zkušenost - např. byli zatíženi stejnými stresy, traumaty apod.

b) Změny psychických funkcí vyvolané individuálně specifickým životním stylem.

³⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, s. 450

c) Změny vyvolané očekáváním a postojem společnosti, který manipuluje seniora k přijetí určitého druhu chování a pasivitě. Důsledkem je úpadek funkcí a kompetencí, které přestaly být využívány.

Všechny tyto body vedou k psychickým změnám ve stáří. Intenzita a způsob, jakým na ně člověk reaguje, jsou velice individuální a rozdílné.³⁶

Sexuální život přetrvává i ve stáří, i když sexuální potřeby jsou obecně méně intenzivní než dříve. Seniorům ubývá fyzických sil, ale v pozdějším věku si umí vychutnat i další stránky sexu než dříve. Převažují jiné alternativy sexuálního kontaktu než koitální. Smyslem těchto aktivit je vyjádření vztahu a potvrzení vzájemné blízkosti.³⁷

Milostný život má na seniory po psychické stránce jednoznačně pozitivní vliv.

Erotický a sexuální kontakt podporuje sebevědomí a sebeúctu, je důkazem tělesného a duševního zdraví. Odstraňuje napětí a úzkost a přináší do vztahu spokojenost. Dokáže naladit do dobré nálady a dodá pocit sdílení a radosti. V sexu nás totiž paradoxně ze všeho nejvíce omezují vlastní předsudky, postoje a mnohdy bohužel i názory okolí.

4.1 Demence a sexualita seniora

Slovo „demence“ je převzato z latiny a znamená „bez myslí“. Člověk, který je touto nemocí postižený, zažívá postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v poslední fázi už není vůbec podobný tomu, kým byl na počátku. Člověk je naprosto závislý na druhých ve všech svých potřebách a postupně se stává bezmocným dítětem.³⁸

O demenci se často mluví jako o nemoci stáří, ale stále častěji se objevuje i u mladších ročníků. Tato nemoc vytváří problémy prakticky ve všech oblastech života člověka. Lidé s demencí jsou postiženi zhoršujícími se kognitivními funkcemi. Zpočátku se projevuje častým zapomínáním, později se poruchy paměti stále více prohlubují. Dementní člověk se neorientuje v čase, prostoru a ztrácí svoji identitu.

³⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, s. 450-451

³⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, s. 477

³⁸ BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, s. 13

Počet tohoto onemocnění bohužel celosvětově stále stoupá. Stařecká demence (senilita) je známá velmi dlouho. Věk je nejvýznamnějším rizikovým faktorem. Předpokládá se, že každý dvacátý člověk starší 65 let trpí nějakým druhem demence. U lidí nad 85 let touto nemocí onemocní každý pátý. Nejčastějším druhem je Alzheimerova choroba, kterou v ČR trpí přibližně 50-70 tisíc lidí.³⁹

Dementní jedinci mohou vyžadovat častou sexuální aktivitu bez odezvy, což vede k partnerským problémům. Lidé trpící nějakou formou demence často dávají svůj sexuální pud otevřeně najevo, protože nemoc, kterou trpí, jim snižuje veškeré zábrany. U těchto lidí zcela selhávají jakékoliv kontrolní mechanismy a morální zábrany. Tělesná potřeba se projevuje například obnažováním, masturbací na veřejnosti apod.⁴⁰

Při nepřítomnosti vhodného sexuálního objektu může dojít až k deviantnímu chování jako je zoofilie nebo pedofilie. I organická změna osobnosti doprovázející onemocnění, poškození či dysfunkci mozku může být doprovázena hypersexualitou, případně změnou sexuální preference. Hypersexualita může být projevována i při podávání dopaminergních antiparkinsonik jedincům s Parkinsonovou chorobou.⁴¹

U pacientů s demencí je proto jejich sexuální aktivita vnímána jako nevhodná, nebezpečná a pro okolí nepřijatelná.

4.2 Další psychické nemoci a sexualita

Organické duševní poruchy

Při demenci dochází k dezinhibici (odbourání zábran) sexuálního chování. Dementní jedinci vyžadují často sexuální aktivitu bez patřičné sexuální odezvy a s následnými problémy v partnerském vztahu. Může se jednat přímo i o deviantní chování. Nesmíme zapomínat na možnost projevů hypersexuality při podávání antiparkinsonik jedincům s Parkinsonovou nemocí.

³⁹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Ěeské ošetřovatelství 10: Manuál ze sociální gerontologie, s. 48

⁴⁰PROCHÁZKOVÁ, E. Sexualita a demence. *Sociální služby: Odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, s. 26

⁴¹TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 290

Neurotické poruchy

U úzkostných poruch se jedná často o snížení zájmu o sexuální život, nebo naopak o hypersexualitu a promiskuitní chování k ventilování a zmírnění anxiety (úzkosti). U sociální fobie se může jednat o strach z navazování partnerských vztahů. U žen se může objevovat neschopnost se uvolnit, spojená s nedostatečnou lubrikací, snížením vzrušivosti a neschopnost dosáhnout orgasmus. U pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou mohou být myšlenky či představy nepřírozeného sexuálního aktu a deviantních sexuálních praktik. Pacienti s dysmorfofobickou poruchou jsou přesvědčeni, že některá část jejich těla je příliš malá, velká nebo nepovedená. Muži trpí představou, že jejich úd je malý, svádějí své potíže při seznamování na tento problém. Tělesná dysmorfobie a vyhýbání se nahotě často doplňuje odpor k sexu. Častěji tímto onemocněním trpí ženy vzhledem ke své představě o velikosti zadku či poprsí.

Afektivní poruchy

Hypersexuální a rizikové chování často doprovází manickou fázi. Depresivní poruchy bývají spojovány s nižší sexuální apetencí i vzrušivostí. U těžkých depresivních stavů s psychotickými příznaky se mohou objevit bludy s nebezpečným sexuálním obsahem a následná automutilace (sebepoškození) na genitálu.⁴²

Schizofrenie a bludy

Lidé s touto poruchou mají nižší schopnost navazovat partnerské vztahy a mají sníženou sexuální aktivitu. Mohou se vyskytovat poruchy sexuálního chování, preference a identity. Antipsychotika zlepšují sociální fungování a schopnost navazovat vztahy, ale současně způsobují sexuální dysfunkci. Tyto léky jsou antagonisty dopaminu a jeho blokáda může způsobit ztrátu libida a dysfunkční orgasmus. Zvýšená hladina prolaktinu způsobuje pokles testosteronu u mužů i estrogenu u žen s následným narušením sexuálních funkcí.⁴³

⁴² TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 290

⁴³ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 291

5 SEXUALITA VE STÁŘÍ

Není to tak dávno, kdy byli senioři a zvláště ženy po přechodu považováni za asexuální bytosti. Díky postupnému stárnutí populace a prodlužování střední délky věku se sexualita v klimakteriu a andropauze stává stále více aktuální. Podle výzkumů je nad 60 let věku pohlavně aktivních 67 % manželských párů. Ve věku 61-65 let je sexuálně aktivních 39 % žen a ve věku 66-71 je to zhruba 27 % žen. Snížení počtu sexuální aktivity žen je většinou dáno ztrátou partnera (muži si častěji vybírají mladší partnerky a statisticky se dožívají nižšího věku).⁴⁴

Pohlavní touha a aktivita přetrvává do vysokého věku, jen vzhledem k fyzickým možnostem v pozměněné formě. Mnoho sexuálních partnerů uvádí, že sexuální vyrovnanosti dosáhli teprve až ve vyšším věku. Někteří odborníci poukazují na to, že pár, který spolu zestárl, si zachovává i do vysokého věku sexuální aktivity. Dlouhodobé vztahy vytvářejí prostor pro vzájemné porozumění, intimitu a plné sexuální prožitky. Smyslnost, zkušenost, důvěra, schopnost odhalit, co má partner rád a na co reaguje, je to, co dělá sex skvělým. Změny, které s věkem přicházejí, sice mohou sexuální život někdy trochu komplikovat, většinu z nich však lze v dnešní době poměrně snadno vyřešit a léčit.

Sexuální pár, jehož vztah teprve vzniká ve vyšším věku, je na tom hůř. Některé ženy, ale i muži mívají problém vyrovnat se s fyzickými změnami, které přicházejí se zvyšujícím se věkem. To se přenáší do intimního prostoru, kdy se ženy stydí za svoje vrásky, ochablou kůži a ztracenou krásu. Bojí se, že pro partnera nejsou dost atraktivní. Svůj podíl na tom mají média a jejich předkládaný kult mladého dokonalého těla. Partner na tom není o mnoho lépe. Muži se bojí úbytku sil a největší strach mají ze sexuálního selhání a ztráty erekce. Všechno je však velmi individuální. Domluvit se na sexuální aktivitě se lze v každém věku. Vždy záleží na přístupu obou partnerů. Sexuální soužití je vždy věcí dohody a vzájemného respektu k potřebám a postojům ne jednoho z nich, ale obou.⁴⁵

⁴⁴ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 83-84

⁴⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 105

5.1 Sexuální život ve stáří a jeho změny u žen

Vlivem snižování hladiny ženských hormonů v krvi po ukončení činnosti vaječnicků dochází i k změnám v pohlavních orgánech. Jedná se o ztenčování stěny pochvy, zúžení poševního vchodu a zpomalený nástup poševního zvlhnutí při pohlavním dráždění. To může způsobit pálení v pochvě a nucení na močení. Někdy mohou být bolestivě vnímány stahy dělohy při orgasmu. Jestliže v důsledku poklesu libida, vztahových problémů nebo díky ztrátě partnera dojde k snížení koitálních aktivit, prohlubuje se atrofie poševních sliznic. Nástup těchto problémů a změn lze výrazně zpomalit pravidelným pohlavním životem.

Mnohdy se u ženy v zralém věku zájem o sexuální život zvyšuje. Naučila se mít orgasmus, odpadají dřívější zábrany a zvyšují se její prožitky. Po menopauze odpadají starosti s otěhotněním, problémy s antikoncepcí.⁴⁶

Ženy, které mají zájem o pohlavní život a uspokojivě ho prožívají, mohou pokračovat v aktivním sexuálním životě do vysokého stáří.⁴⁷

5.2 Klimakterium ženy

Klimakterium samo o sobě není nemoc, ale může výrazně zhoršit kvalitu života ženy.

Základní terminologie:

Klimakterium je období endokrinních, somatických a psychických změn, období přechodu od menopauzy, kdy dochází k vyhasínání funkcí vaječnicků. Je to období přechodu z reprodukčního života ženy do období fyziologické sterility, do období reprodukčního klidu. Fyziologicky se vyskytuje mezi 45-60. rokem věku (5.-6. decenium)

Menopauza je definitivní ukončení menstruace způsobené tím, že se již nevyvíjí ovariální folikul za přítomnosti přiměřeného množství gonadotropinu. Je to termín pro poslední menstruační periodu. Pro mnoho žen je to začátek nového životního období bez ochrany estrogenů. Průměrný věk pro menopauzu je 49-57 let.⁴⁸

⁴⁶ BRTNÍKOVÁ, M. a kol. *Problematika manželství zralého věku*. 1.vyd. Praha: Horizont, 1982, s. 75

⁴⁷ BRTNÍKOVÁ, M. a kol. *Problematika manželství zralého věku*. 1.vyd. Praha: Horizont, 1982, s. 74-75

⁴⁸ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 37

Perimenopauza je období od prvních příznaků menopauzy a trvá do jednoho roku po skončení poslední menstruace.

Postmenopauza je doba reprodukčního klidu trvající do konce života.⁴⁹

Sénium (stáří) je charakterizováno ústupem sekundárních pohlavních znaků, které je způsobeno snížením produkce anabolických steroidů v nadledvinkách zhruba po 60. roce věku.

Tibolon je syntetická steroidní molekula významně ovlivňující aktivitu estrogenových, progesteronových či androgenových receptorů. Selektivně estrogeně působí na kardiovaskulární systém, kostní tkáň, vaginální sliznici a klimakterické příznaky, ale nepůsobí tam, kde je estrogení účinek nežádoucí, na prs a endometrium. Tlumí nepříjemné projevy klimakteria.⁵⁰

Hormonální substituční terapie (HRT) je skupina preparátů obsahující pohlavní hormony (estrogeny a gestageny) určená k podávání v případě jejich nedostatku v těle pacientky.⁵¹

Toto období charakterizuje celá řada symptomů, které lze rozdělit na:

- vegetativní - poruchy vasomotorické, psychické
- organické - změny urogenitální, kožní, tělesná hmotnost
- metabolické - aterosklerózy, osteoporózy

Vegetativní symptomy snižují kvalitu života ženy. Organické a metabolické změny mohou vést k trvalému poškození zdraví. Pro sexualitu ženy mají největší význam změny psychické a urogenitální.⁵²

Psychické změny: Deprese, změny nálad, pocit vyčerpání a samoty, ztráta libida, bolest hlavy, ztráta energie. Objevují se poruchy s krátkodobou pamětí a neschopnost soustředění.

Fyzické projevy: Jsou velmi individuální v závislosti věku, genetických faktorech a zdravotním stavu. Mohou být ovlivněny kouřením, stravou, pohybovou aktivitou.

⁴⁹ DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha, 2001, s. 9

⁵⁰ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 41

⁵¹ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 37

⁵² TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 38

Můžou se projevovat bolestí prsů, návaly horka, bušením srdce a úzkostí, nočním pocením. Příznaky obvykle přetrvávají 1-2 roky. Přibližně u 20 % žen více než 5 let.⁵³

Nedostatek ženských pohlavních hormonů způsobuje úbytek podkožního tuku, stárnutí kůže a její ztenčování hlavně v místech, které jsou vystaveny světlu. Hormonální nerovnováha způsobuje také úbytek kostní a svalové hmoty. Snižuje se elasticita pochvy, ustupuje ochlupení genitálu. Nedostatečná stimulace estrogenních receptorů v buňkách poševní sliznice vede k poklesu vaskularizace. Sliznice je křehká a atrofická. Snížené prokrvení sliznic urogenitálního traktu zvyšuje náchylnost k uroinfekcím.

Potíže s přechodem nemusí mít každá žena, zhruba třetina pociťuje problémy jen velmi mírně. Pokud se problémy dostaví, měly by ženy vědět, že existuje účelná hormonální léčba. Systémová HRT a tibolon jsou efektivní léčbou menopauzální deprese a všeobecně akutního klimakterického syndromu vůbec. Je zárukou udržení dobré funkčnosti pochvy při styku. Podmínkou je však i dostatečná frekvence koitálních aktivit.

Přípravky HRT:

- Podkožní estrogenové implantáty implantované do břišní stěny nebo do hýždí (účinky estrogenu trvají 4-12 měsíců).
- Perkutánní estrogenové gely - aplikují se denně na kůži vnitřní plochy stehen nebo paží.
- Estrogenové tablety pod jazyk - není registrováno v ČR.
- Estradiolový vaginální kroužek (estraring) - kroužek uvolňuje po dobu 4 měsíců estrogen do pochvy. Je velmi účinný, jak oslabit suchost v pochvě a urologické potíže. Zaručuje dlouhodobou ochranu před ztrátou kostní hmoty, zlepšuje stresovou inkontinenci.
- Estradiol v nazálním spreji (Octodiol). Umožňuje variabilní dávkování odpovídající stupni potíží.

⁵³ DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha, 2001, s. 47

- Transdermální náplast s estradiolem- průsvitná dvouvrstvá náplast dodávající estradiol do krve pokožkou.⁵⁴

Výhody HRT:

- odstranění nepříjemných pocitů doprovázející přechod
- výrazné zpomalení stárnutí, které se projevuje hlavně na kůži, prsou, pohlavních orgánech a v sexuálním životě
- prevence osteoporózy
- ochrana před vznikem depresí a změn nálad
- příznivý vliv na metabolismus a hladinu cholesterolu
- lokální estrogenní léčba dokáže spolehlivě i v malé dávce obnovit trofiku poševní sliznice

Jako nevýhody lze uvést, že podle provedených studií se nepotvrdila očekávaná pozitiva hormonální substituce ve vztahu k ischemické chorobě srdeční. Jsou popsána dokonce rizika karcinomu prsu a tromboembolické nemoci při dlouhodobém podávání HRT. Rizikovou skupinou jsou silné kuřačky a ženy s křečovými žilami. Pacientky, které od svého lékaře mají předepsanou HRT, jsou pravidelně kontrolovány, včetně mamografického vyšetření. Obecně lze říct, že před podáním HRT je nutno zvážit všechna rizika a kontraindikace. Léčbu by měl vždy vést zkušený lékař a pacient musí dodržovat podmínky užívání. Vždy je nutné, aby ženy přistupovaly ke svým problémům zodpovědně, nepodceňovaly je a pravidelně navštěvovaly svého gynekologa.⁵⁵

Nehormonálně lze obnovit trofiku poševní sliznice a její regenerační schopnost vaginálními přípravky s kyselinou hyaluronovou nebo s lipidy (Vagisan). Pozitivně působí podávání probiotik. V lékárnách lze volně zakoupit potravinové doplňky s fytohormony a fytoestrogeny. Nejčastěji jsou to přípravky obsahující sóju a červený jetel.

Dále je velmi vhodné při koitálních aktivitách používat lubrikační gely. Na trhu je k dostání dostatek lubrikačních gelů a olejů, které jednoduše vyřeší problém s příliš suchou sliznicí.

⁵⁴ DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha, 2001, s. 69-75

⁵⁵ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 38

5.3 Sexuální život ve stáří a jeho změny u mužů

Ve vyšším věku i u mužů dochází k fyziologickým změnám. Ty však přicházejí postupně a nejsou tak radiální jako u žen. Mezi 45 a 60 lety pozvolna dochází k úbytku činnosti varlat a s tím ke změně hladiny mužských pohlavních hormonů-androgenů. I po šedesátce však produkce hormonů a spermií pokračuje. Mužova potřeba sexuálního vybití se zpravidla snižuje a sexuální reakce včetně rychlosti nástupu erekce se zpomalí. Změny, které s věkem přicházejí, sice mohou sexuální život někdy trochu komplikovat, většinu z nich ale lze poměrně snadno vyřešit.

Problémy s erekcí ve svém životě zažil každý muž. Její výskyt snižuje kvalitu života jak muže, tak i jeho partnerky. Výskyt erektilní dysfunkce přibývá s věkem, ale na věk se potíže nedají svalovat. U více než 50 % mužů se do tří let od prvních problémů s erekcí objeví další projevy onemocnění. Často to bývá první příznak jiné závažné nemoci, která může do té doby probíhat skrytě a bez klinických příznaků. Nejčastěji je to kardiovaskulární, onkologické onemocnění nebo cukrovka. Velmi častou komplikací jsou problémy s prostatou. Erekttilní dysfunkce je barometrem mužova zdraví. Rizikovým faktorem je i nezdravý životní styl. Kouření, alkohol, fyzická inaktivita, obezita, vysoký cholesterol a v neposlední řadě stres - to vše má negativní vliv na potenci.⁵⁶

V okamžiku, kdy se u muže vyskytnou jakékoliv sexuální potíže, začnou se vyhýbat partnerce. Obávají se selhání a stydí se přiznat své problémy. Mnohdy místo toho, aby řešili situaci, vzdávají se předčasně sexuálního života a vinu svalují na stáří. To může vést k problémům ve vztahu.⁵⁷

Je nezbytné odložit ostych a obavy a v případě obtíží navštívit lékaře a zahájit neodkladně léčbu. Muži se mohou obrátit na oddělení andrologie nebo urologie, případně endokrinologické oddělení. Základním krokem by mělo být navštívit svého obvodního lékaře, který pak muže nasměruje správným směrem.

⁵⁶ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 183

⁵⁷ BRTNÍKOVÁ, M. a kol. *Problematika manželství zralého věku*. 1.vyd. Praha: Horizont, 1982, s. 65-66

5.4 Mužská andropauza

Základní terminologie:

Androgeny jsou mužské pohlavní hormony, vznikají ve varlatech (95%), malé množství také v kůře nadledvin. Jsou odpovědné za vývoj mužského genitálu během prenatálního vývoje i za růst pohlavních orgánů a vývoj sekundárních pohlavních znaků během puberty. Během věku se hladina androgenů mění, nejvyšší je v období puberty. Po padesátém roce věku se produkce androgenů snižuje⁵⁸

Testosteron je nejvýznamnější androgen, základní mužský pohlavní hormon. V krvi se vyskytuje volný nebo vázaný na proteiny. U mužů je potřebný k zformování a vývoji pohlavních orgánů. Stimuluje vznik mužských druhotných pohlavních znaků. Kromě vývoje a růstu mužských pohlavních orgánů má významný vliv na kůži, anabolický efekt, zvyšuje denzitu kostní tkáň, umožňuje rychlejší růst svalů, růst kostí a také udržení svalové hmoty. Hladina testosteronu u mužů obvykle klesá s přibývajícím věkem.⁵⁹

Porucha erekce-erektilní dysfunkce je stav, kdy muž při sexuálním vzrušení není schopen dosáhnout a udržet ztopoření penisu dostatečně pro uspokojivý pohlavní styk.

Andrologie je nový vědní obor, který se u nás rozvíjí a v souvislosti s péčí o zdraví mužů zejména v 2. polovině života.

Své období přechodu mají také muži. Ve věku kolem 40-55 let se začne snižovat produkce androgenů, hlavně testosteronu. Vlastní příznaky přechodu neboli andropauzy se pak objeví kolem šedesátky. Pro mužský přechod je kromě termínu andropauza v poslední době používán termín LOH (Late-Onset-Hypogonadism) a TDS (Testosterone Deficiency Syndrome). Pokles hladiny testosteronu vyvolává některé příznaky podobné menopauze u žen. Jejich nástup je však pozvolný a těmto problémům je zpočátku věnována malá pozornost.

⁵⁸ VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2000, s. 19

⁵⁹ VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2000, s. 438

Snížení hladiny testosteronu způsobuje:

- erektilní dysfunkce, neschopnost opakovat styk
- ztráta libida, snížená chuť na sex
- poruchy ejakulace-předčasná nebo naopak problémy s jejím dosažením
- úbytek fyzické síly
- úbytek svalové hmoty
- osteoporóza
- deprese, podráždění, mrzutost
- nechut' k aktivitě, pocit úbytku energie
- změny nálad
- pocit úniku mládí, síly a vitality, zvýšená únava po práci⁶⁰

Na rozdíl od žen, kdy jsou příznaky klimakteria dobře popsány a HRT je zcela běžná, u mužů to běžné není. Hormonální substituční terapie (HST) může být zahájena pouze na základě klinického a biochemického vyšetření. Při návštěvě lékaře je třeba odložit ostych a pravdivě popsat problémy. Je také nutné posoudit všechny rizikové faktory. Jako kontraindikace HST jsou uváděny:

- karcinom prostaty a prsu
- tumor jater
- prolaktinom

Léčbu a formu léčby stanoví odborný lékař s ohledem na celkový zdravotní stav konkrétního pacienta. Testosteronové preparáty jsou dostupné ve formě intramuskulární, podkožní, transdermální, ústní a bukalní. V ČR je v perorální formě dostupný pouze testosteron undekanoát (UNDESTOR) a pro intramuskulární aplikaci (SUSTANON 250).

Léčba bývá účinná a výše zmíněné příznaky se rychle zlepšují, případně se zcela odstraní.

⁶⁰ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 32-33

V průběhu HST musí být pacient pravidelně klinicky i laboratorně sledován (včetně vyšetření per rektum a monitorizace hladiny PSA). Pozornost je věnována prostatě vzhledem k vlivu androgenů na její vývoj a růst.⁶¹

⁶¹ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 34-35

6 NEMOCI OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA SENIORŮ

Zdravotní problémy provází člověka ve stáří mnohem častěji než v mladším věku. Způsob života se mění podle fyzického stavu partnerů, záleží na jejich pohyblivosti, soběstačnosti a rozsahu onemocnění. Sexuální funkce může ovlivňovat i farmakoterapie. Ani v případě nemoci se však partneři nemusí vzdávat sexuálních aktivit. Málokterá nemoc skutečně vyžaduje úplný konec této činnosti. Nezanedbatelná část seniorů své sexuální potřeby uspokojuje do vysokého věku.

Nejčastější civilizační choroby jsou onkologická onemocnění, nemoci prostaty, cukrovka, vysoký krevní tlak, kardiovaskulární onemocnění. Tyto nemoci ovlivňují fungování celého těla a tím samozřejmě i sexualitu.

K těmto nemocem se ve vyšším věku navíc přidává i onemocnění pohybového aparátu, což logicky snižuje pohyblivost a nutí tak pár hledat při pohlavním styku nové pozice.

Při zdravotních problémech by se lidé neměli stydět zeptat lékaře, jaká omezení jim nemoc přinese v intimní oblasti.

Může se stát, že onemocnění je natolik vážné, že zcela vylučuje a znemožňuje intimní život a koitální praktiky. I tak se mohou partneři dál objímat, hladit a dávat si najevo náklonnost a lásku. U seniorů jde ve vztahu více o prožitek blízkosti, potřebu lásky, bezpečí a sdílení aktuálního dění. Starší partneři bývají na sobě výrazně závislí.⁶²

6.1 Onkologická onemocnění

Onkologická léčba s sebou přináší řadu vedlejších příznaků a klade vysoké nároky na psychiku postiženého člověka i na jeho nejbližší okolí. Nádorové onemocnění postihuje všechny oblasti života - jeho kvalitu, délku, sociální a ekonomický status.

Na počátku je strach o život, úzkost, deprese, pocit méněcennosti. Člověk cítí bezmoc, bojí se operace a následné terapie. Obává se bolesti, ztráty důstojnosti, ztráty intimity, inkontinence.

⁶² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, s. 476

Na sexuální aktivitu pacienta má vliv nejen samotné onemocnění, ale i jeho léčba, zvláště chemoterapie a radioterapie. Léčbou je ovlivněna látková výměna v celém organismu. Mění se hladiny hormonů, což ovlivňuje pohlavní apetenci a samotný pohlavní akt.

Sexuální poruchy u žen se nejčastěji objevují u nádorů prsu, endometria, pohlavních orgánů a karcinomu tlustého střeva.

U mužů je sexuální život nejvíce narušen u nádorů prostaty, penisu, varlat a u kolorektálního karcinomu.

Léčba rakoviny klade vysoké nároky na psychiku nemocného člověka i na jeho nejbližší okolí. Partnerské vztahy procházejí během léčby onkologického onemocnění množstvím zásadních změn. Bohužel není ojedinělé, že manželství končí rozchodem nebo rozvodem. Na druhé straně však může vést k posílení vazeb, celkově větší spokojenost v rodině, kdy člověk si uvědomí skutečné hodnoty v životě.

6.1.1 Sexualita po léčbě zhoubných nádorů u žen

Gynekologické zhoubné nádory postihují ženy po fyzické i psychické stránce mnohem více než jiné typy nádorů, protože jsou spojeny s mateřstvím a sexualitou. Operace způsobuje změny anatomické, ale i hormonální, hlavně v případech, kdy spolu s dělohou byly odstraněny i vaječníky. Rapidní pokles estrogenů vede k předčasnému rozvoji klimakterického syndromu a problémům s tím spojeným.

Žena někdy odstranění dělohy vnímá jako své „poškození“. Připadá jí, že operací přišla o základní atribut ženství. Žena se pak cítí neatraktivní, trpí depresi. Nemoc a její následná léčba ovlivňuje nejen ženu, ale i jejího partnera, který má strach, aby jí nezpůsobil bolest nebo aby nedošlo následkem sexuálního kontaktu ke zhoršení zdravotního stavu ženy. Je tak narušená jejich vzájemná intimita. V tomto směru bohužel velmi často vážne partnerská komunikace. Vzniklá krize v intimním životě může partnery rozdělit, ale i spojit. Vždy záleží na přístupu obou partnerů.⁶³

⁶³ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 220

Chirurgické zákroky:

- laparotomický přístup - vznik neestetické jizvy
- hysterektomie - ztráta schopnosti dosáhnout orgasmu při hlubokém dráždění pochvy
- radikální hysterektomie-nejčastěji u prvních stádií karcinomu děložního hrdla - vede ke zkrácení pochvy (zhruba o 1/3), narušení nervů poševní stěny, což způsobuje otoky, suchost a bolest při styku

Samotný chirurgický zákrok doprovází ještě velmi často následná léčba:

- chemoterapie - negativně ovlivňuje stav ženy v průběhu léčby, při nechutenství, zvracení, únavě, vypadávání vlasů, změnách kůže apod. Působením chemoterapie bývá snížena i hladina hormonů a žena trpí klimakterickým syndromem
- radioterapie - lokálně žádoucí účinky, zánětlivé reakce pochvy, která může zjizvit a vaginální soulož již nemusí být technicky možná⁶⁴

6.2 Diabetes mellitus (cukrovka, úplavice cukrová)

Jedná se o metabolické onemocnění, charakteristické zvýšenou hladinou cukru v krvi, hyperglykemií. Příznaky jsou žízeň, nadměrné pití a močení, únava, nevykonnost. Akutní komplikací je diabetické kóma. K chronickým komplikacím patří poškození ledvin, očí, urychlení aterosklerózy, poškození drobných cév s nebezpečím gangrény, časté infekce močových cest.⁶⁵

Vlivem cukrovky dochází k poškození nervového systému i drobných cév v těle a také v oblasti penisu. Až 95 % diabetiků má redukováný přítok krve do penisu, což vede k neschopnosti dosáhnout a udržet erekci.

⁶⁴ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 198-199

⁶⁵ VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené. vyd. Praha: Maxdorf, 2000, s. 81

Porucha erekce bývá u mužů jedním z prvních příznaků cukrovky. Zhruba 75 % diabetiků trpí problémy se ztopořením. Výskyt těchto problémů stupá s věkem a erektilní dysfunkce se projevuje o 10-15 let dříve než u běžné populace.⁶⁶

6.3 Onemocnění prostaty

Tímto onemocněním trpí zhruba 25 % mužů nad 40 let. Počet onemocnění se zvyšuje s narůstajícím věkem. Onemocnění prostaty se obvykle projevuje jejím zbytněním a problémy s močením (časté nucení, bolest, slabý proud moči). Přibližně 50 % mužů s onemocněním prostaty trpí současně poruchou erekce.

Karcinom prostaty: tohoto onemocnění stále přibývá a objevuje se stále častěji v mladším věku. Důležitým markerem rakoviny prostaty je PSA (prostatický specifický antigen). Pokud je jeho hodnota vyšší, měl by pacienta vyšetřit urolog, kdy provede punkční biopsii a ultrazvukové vyšetření pro stanovení diagnózy. Po prokázáném nádoru v jeho časném stádiu je indikovaná radikální prostatektomie, kdy kromě prostaty jsou odstraněny i semenné vajíčky a jsou přerušeny chámovody. Po operaci mnohdy následuje radioterapie nebo chemoterapie. Sexuální apetenci a aktivitu muže po tomto zákroku snižuje močová inkontinence a anejakulace.⁶⁷

6.4 Srdečně - cévní onemocnění

Stárnutím dochází k změně srdečně-cévního systému. Rizikovými faktory jsou nadváha, nedostatek pohybu, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, kouření, stres a v neposlední řadě genetika.

Ucpávání neboli ateroskleróza se u každého jedince vyvíjí individuálně rychle. Nejzávažnější je postižení koronárních tepen srdce, které vede k *ischemické chorobě srdeční (ISCH)*. ISCH je nejčastější onemocnění srdce. Je to onemocnění srdečního svalu způsobené nedostatečným přívodem krve díky zúžením cév, kdy srdeční sval trpí nedostatkem kyslíku (ischemií) a dochází k jeho poškození.

⁶⁶ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 186

⁶⁷ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 188

Má různé formy, k nimž patří *angina pectoris a infarkt myokardu*. K léčbě se používají léky (nitroglycerin, betablokátory, antagonisté kalcia a jiné). Často se používá chirurgické řešení (bypass a PTCA - perkutánní transluminální angioplastika).⁶⁸

U žen existuje 23 % celoživotní riziko, že zemřou na ISCH a 20% riziko, že zemřou na mrtvici. V okamžiku, kdy se v těle zatahuje přísun estrogenu (menopauza), se toto riziko zdvojnásobuje.⁶⁹

Ischemická choroba může zpočátku probíhat skrytě a jedním z příznaků může být právě erektilní dysfunkce. Řada pacientů po infarktu myokardu ze strachu návratu nemoci zanechává sexuálních aktivit. Je to naprosto zbytečné. Riziko komplikací je tu velmi nízké a neliší se od ostatních zdravých osob. Tradičně je doporučováno, aby byly sexuální aktivity vynechány na 3-6 týdnů. Poté je možné po poradě s lékařem opět sexuální život zahájit.

6.5 Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce jsou faktorem, který značně snižuje kvalitu života. Její výskyt v populaci je značný, srovnatelný u mužů i u žen.

Sexuální dysfunkce podle definice WHO: „*Sexuální dysfunkce je stav, kdy se jedinec nemůže na svém sexuálním životě podílet tak, jak by si přál.*“⁷⁰

Může se například týkat zvýšené či snížené apetence, libida, vzrušivosti, reakce genitálu a podobně.

Příčina těchto problémů může být :

- Organická - hormonální, neurogení, cévní, důsledek farmakoterapie nebo multifaktoriální v důsledku celkových onemocnění či anatomických anomálií.
- Psychogenní - celá škála příčin jako je nedostatečné stimulace, strach ze selhání, rušivě působící prožitky v minulosti, výchova v dětství, problémy v partnerském vztahu, až po osobnostní rysy a poruchy osobnosti.

⁶⁸ VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené. vyd. Praha: Maxdorf, 2000, s. 210

⁶⁹ DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha, 2001, s. 50

⁷⁰ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 98

- Kombinovaná - nejčastější.

U každé sexuální poruchy je nutné definovat několik kategorií:

- Porucha primární - sekundární, tj. zda se vyskytuje od začátku sexuálního života nebo vzniká v jeho průběhu.
- Porucha úplná - částečná, tj. zda jde o nefunkčnost nebo zhoršení funkce.
- Porucha selektivní - generalizovaná, tj. zda se jedná o poruchu vázanou na konkrétní vztah nebo na kteréhokoliv partnera.
- Porucha převážně funkční – organická.⁷¹

Sexuální dysfunkce většinou není ohraničená jedním jediným příznakem nebo problémem.

Většinou se jedná o celý soubor problémů, jak organických tak psychogenních, které ve svém důsledku způsobí sexuální poruchu⁷².

Při jakýchkoliv potížích souvisejících se sexualitou je dobré nejdříve vyloučit jakékoliv zdravotní příčiny. Teprve když se vyloučí somatická příčina, je možné předpokládat, že za sexuálními potížemi jedince nebo páru stojí nějaký psychogenní faktor. Při léčbě dysfunkcí je nutný citlivý přístup lékaře a získání důvěry pacienta. Pokud pacient důvěru nemá, může dojít ještě k většímu prohloubení obtíží.

6.6 Přípravky a prostředky pro zlepšení sexuálního života

Lubrikační gely

Jsou doporučovány starším ženám při jakékoliv manipulaci v pochvě, ať je to pohlavní styk nebo použití vibrátoru. V prodeji jsou gely na vodní a silikonové bázi. Gely na vodní bázi nelze použít společně se silikonovými pomůckami. Jejich nevýhodou je poměrně krátká trvanlivost a nutnost opětné aplikace během styku. Naproti tomu gel se silikonem nesnese kontakt se silikonovými pomůckami, protože může narušit jejich povrch, ale vydrží velmi dlouho a stačí malé množství.⁷³

⁷¹ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 99

⁷² TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 98-99

⁷³ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 200

Přírodní afrodiziaka

Jako afrodiziaka jsou označovány látky, které mají prokazatelné nebo domnělé účinky na zvýšení sexuální touhy. Už od starověku a středověku čarodějnice, šamani, kořenáři, ale i alchymisté a lékárníci připravovali lektvary a masti. I dnes můžeme v obchodech a na internetu zakoupit velké množství tablet, gelů, mastí a parfémů, o kterých výrobci tvrdí, že jsou účinné. Sexualita je z velké části závislá na psychice, takže pokud výrobku věříme, může nám skutečně pomoci⁷⁴.

Fíky byly odedávna považované za ovoce spojené s erotikou.

Římané hojně používali med, který poskytuje rychlou energii a nabudí organismus.

V Anglii věřili na asparágus. Doporučovaly se také ústřice, mořské speciality, pšeničné klíčky. Stimulační účinek má jedna nebo dvě sklenice piva. S dalšími vypitými sklenicemi ale tento efekt klesá až k úrovni, kterou Shakespeare komentoval slovy: „*Povzbuzuje sice touhu, ale její naplnění činí nemožným*“.

Casanova experimentoval také s čokoládou a vřele tento nápoj doporučoval.

Nejslavnějším a nejznámějším afrodiziakem od středověku jsou tzv. španělské mušky, výtažek z hmyzu skupiny *Cantharides*.

Velmi žádané v Číně a jiných zemích Asie jsou rohy nosorožce rozmělněné na prach do bylinkového čaje.

V Honkongu a na Taiwanu zase věří zase na zázračnou moc tygřího penisu vyvařeného v polévce nebo vymáčeného ve víně.

Muži si všimli, že ráno díky naplněnému močovému měchýři se jejich mužnost zvedá automaticky. Proto se začala jako pomocník doporučovat močopudná zelenina, jako například celer. Podle lidové kuchyně prokrvení penisu zlepšuje také levandule, lékořice, tykev a majoránka. Marihuana podle některých sice potenci nezvyšuje, ale prodlužuje mužskou výkonnost.⁷⁵

Podle odborníků nelze jednoznačně tvrdit, že by některé potraviny měly podstatný vliv na sexuální schopnosti. Důležitá je celková životospráva, celkový zdravotní stav.

⁷⁴ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 371

⁷⁵ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 13-14

Z hlediska medicíny je strava pro sexuální aktivitu jedním ze základních faktorů. Jen ten, kdo dlouhodobě dbá na zdravé jídlo, pohyb a celkovou tělesnou kondici, může očekávat, že bude sexuálně aktivní až do vysokého věku. Tělesný pohyb, zdravá strava, vyhýbání se nadměrnému pití a kouření, zachování osobních zájmů a duševní aktivity jsou nejlepší afrodisiaka.

Schopnost erekce pak spolehlivě zlepšují k tomu zaměřené léky, které poslední dobou našťestí máme k dispozici. Ty by měly sloužit těm mužům, kteří trpí poruchou ztopoření. V žádném případě nejsou určeny k experimentování a zvýšení sexuálních chutí a schopností u těch, kteří jsou sexuálně v pořádku.⁷⁶

Erotické pomůcky

Erotické pomůcky jsou odpradáвна součástí sexuálního života lidí jak pro samostatně žijící, tak i pro zpestření intimity a oživení v párovém vztahu.

K zakoupení erotických pomůcek v USA se uchyluje 26% mužů a 25 % žen u heterosexuálních párů. U homosexuálních párů je to až polovina.

Ženy nejčastěji nakupují vibrátory. Vaginální tzv. „venušiny kuličky“ a anální kolíky.

Muži pak nejčastěji kupují vakuové pumpy a přípravky pro zlepšení erekce. K většímu zážitku při sexu mají napomoci návleky na penis různých dráždivých tvarů, pryžové škrtící kroužky, které po nasazení ke kořeni penisu udrží erekci.

Pro osamělé muže jsou v nabídce nafukovací panny, umělé pochvy a vibrátory.⁷⁷

Pro pacienty se sníženou pohyblivostí, bolestí zad a kloubů je možné použít erotické houpačky, které jsou nastavitelné podle výšky a s vysokým váhovým limitem.

Perorální léčba

Stále větší počet mladších mužů má občasný problém s erekcí. Podle Murína a Weisse je to 54% od 35 let. U celé čtvrtiny z nich jsou tyto problémy tak závažné, že je nutná odborná pomoc. Prvním lékem na pomoc mužům byl po dlouhá léta *Yohimbin*, připravovaný z kůry afrického stromu. Nebyl však stoprocentně účinný⁷⁸

⁷⁶ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 14

⁷⁷ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 64

⁷⁸ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 234

V roce 1996 byla na světové konferenci o impotenci v San Francisku firmou Pfizer představena modrá pilulka s názvem *Viagra*, která zakrátko dobyla celý svět. Účinek Viagry je opravdu silný. Pevná a dlouhotrvající erekce se dostaví obvykle do 30 minut od požití tablety.

Do obchodů se zapojily brzo i další firmy. V dnešní době je možné zakoupit *Cialis* s účinností až 36 hodin (nemusí se brát těsně před milováním), nebo lék *Livitra* s účinky podobnými Viagře.

Lék *Uprima* není tak známý, ale zato ho mohou používat i kardiaci, kteří si ho kladou pod jazyk.

K těmto lékům je nutno přistupovat velmi obezřetně. Jejich použití je možné až po dohodě s lékařem. Kromě přípravku *Uprima* všechny ostatní mohou způsobit vážný zdravotní problém těm, kteří berou pravidelně léky na základě nitrátů, jako například nitroglycerin.

Znakem blížící se krize mohou být bolest hlavy, modré mžitky před očima a pocit plného nosu.⁷⁹

Přístrojová technika

Repetitivní periferní magnetická stimulace (RPSM) - neinvazivní neurostimulační technika.

V silném magnetickém poli vzniká na nervových drahách velmi účinný elektrický impuls. Tím dochází k depolarizaci motorických a senzorických nervových zakončení, v centrálním nervovém systému vzniká zpětná vazba, vedoucí k rytmické svalové kontrakci svalu i v případě, že jej pacient není schopen ovládat ho svou vůlí. Hloubka průniku je 8-15 cm. Pacient stimulaci velmi aktivně vnímá jako zřetelné stahy, podobající se velmi účinné hloubkové masáži. Metoda je účinná, bezbolestná a pacienty dobře snášená. Často jsou v souvislosti s jejím užitím popisovány příjemné pocity. Lze ji využít u inkontinence, k posílení svalů pánevního dna, u organických poruch, erektilní dysfunkci, bolesti svalů a podobně.⁸⁰

⁷⁹ MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, s. 236

⁸⁰ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 367-8

Pulzní vlny – tato technika se používá k léčení erektilních dysfunkcí vaskulogenního (cévního) původu. Využívá pulzních vln s nízkou intenzitou k dlouhodobě příznivému účinku nenarušené tkáně topořivých těles. K zlepšení erektilních funkce dochází zhruba po dvou týdnech od zahájení terapie. Po skončení terapie účinek trvá přibližně rok. Zatím nebyly popsány vedlejší účinky.⁸¹

⁸¹ TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 368

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7. PROJEKT VÝZKUMU

Fáze přípravy a realizace výzkumu

Přípravu, průběh, organizaci a realizaci práce jsem rozdělila do několika etap:

- volba tématu výzkumu,
- vymezení teoretického východiska,
- studium literatury vztahující se k dané problematice,
- formulaci struktury práce na podkladě studia odborné literatury a známých osobních poznatků a zkušeností,
- volba typu výzkumu, výzkumných metod a technik, rozhodnutí o způsobu zpracování získaných dat,
- realizace rozhovorů s informanty,
- přepis získaných rozhovorů,
- druhotné zpracování a interpretace získaných dat pomocí kvalitativní metody,
- závěrečné zhodnocení, vytvoření závěrů, návrhů a doporučení.

Praktická část této bakalářské práce je zaměřena na výzkum v oblasti sexuality seniorů. K získávání údajů jsem použila informace od samotných seniorů a také od zdravotnického personálu, který se při své práci se s touto tematikou setkává, případně řeší vzniklé problémy.

Důvodem mého rozhodnutí bylo poskytnout ucelenější obraz o této problematice, porozumět jí a najít vzájemné souvislosti.

7.1 Cíl výzkumu

Hlavní výzkumný cíl:

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda senioři žijí sexuálním životem. Objasnit případné problémy, na které přitom senioři narážejí.

Hlavní výzkumná otázka:

Žijí senioři sexuálním životem?

Dílní výzkumné otázky:

Jaké zdravotní problémy ovlivňují sexualitu seniorů?

Je sexualita důležitá pro kvalitu života seniorů?

Existuje jednotná koncepce jak zacházet se sexualitou seniorů v sociálních zařízeních?

7.2 Metody sběru a analýzy dat

Po svoji bakalářskou práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, který se mi zdá pro mnou zkoumanou problematiku výhodnější a vhodnější. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu se kvalitativní výzkum mnohem hlouběji zabývá postoji, názory a pocity lidí, kterých se daný výzkum týká.

Hendl ve své knize uvádí definici kvalitativního výzkumu podle metodologa Crowella takto: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“⁸²

Kvalitativní výzkumník si na počátku výzkumu vybírá téma a určuje si výzkumné otázky. Otázky lze upravit, modifikovat nebo doplnit v průběhu výzkumu, sběru dat či analýzy získaných dat. Kvalitativní výzkumník analyzuje jakékoliv získané informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek. Při své práci se seznamuje s novými lidmi a pracuje přímo v terénu, v přirozeném sociálním prostředí. Výzkumník si podle svých úvah vybírá informanty, kteří mají možnost vyjádřit se ke zkoumanému problému. Cílem výzkumníka je rozkrýt to, jak lidé prožívají zkoumanou sociální realitu. Získaná data se pak analyzují a interpretují. Výzkumník vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se zachytit vše, co objasňuje zkoumanou situaci.⁸³

⁸² HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 46

⁸³ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 46- 48

Nevýhody kvalitativního výzkumu:

- kvalitativní výzkum bývá kritizován pro subjektivitu,
- kvůli jeho pružnosti a nestrukturovanému charakteru lze ho jen těžko replikovat,
- pracuje s omezeným počtem jedinců, většinou na jednom místě, proto je těžké jeho výsledky zobecnit,
- výstupy (hypotézy nebo teorie) jsou platné pro vzorek, na kterém byly získány,
- časová náročnost sběru dat.

Výhody kvalitativního výzkumu:

- hloubkové studium jednotlivých případů,
- těsný vztah výzkumníka a zkoumaného subjektu,
- zkoumaný fenomén je v přirozeném prostředí, jsou zohledněny podmínky,
- možnost studovat procesy a vývoj jednotlivých případů,
- poskytuje odpovědi na to, proč se daný fenomén objevil,
- vytváření teorií během výzkumu,
- hledání příčinné souvislosti.⁸⁴

Jako strategii kvalitativního výzkumu jsem zvolila zakotvenou teorii (grounded theory) Cílem výzkumu, který vychází z této strategie je návrh teorie pro určité fenomény, které se nacházejí v určité situaci, na kterou se výzkumník zaměřuje. Vzniklá teorie je pak zakotvená v datech, které výzkumník získal během výzkumu. Tento přístup je svázán se jmény amerických sociologů Glaser a Strauss.⁸⁵

⁸⁴ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 52-53

⁸⁵ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 127-128

Jako metodu sběru dat jsem použila kvalitativní rozhovor. U tohoto typu rozhovoru je nutné na počátku prolomit případné psychické bariéry. Není moc lidí, kteří jsou ochotni sdělovat porobnosti ze svého soukromí s vědomím, že tyto informace budou nějakým způsobem dál zpracovány. Tohle je zvlášť významné, pokud se jedná o citlivé téma a informace osobního charakteru. Proto je velmi důležité hned na počátku vyřešit etické podmínky a pravidla výzkumu. Mezi základní pravidla patří:

- Získat informovaný souhlas. To znamená, že informant s účastí na výzkumu souhlasí a je dopředu informován o průběhu a okolnostech.
- Svoboda odmítnutí. Informant může kdykoliv odmítnout účast na výzkumu.
- Anonymita. Identita musí být známá pouze výzkumníkovi a nesmí být odhalena nikomu dalšímu.⁸⁶

Téma této bakalářské práce je velmi osobní. Použila jsem proto polostrukturovaný rozhovor, který mi umožnil pružně reagovat a klást otázky. Byl stanoven pouze obsahový rámec a několik základních otázek. Mnohé otázky byly formulovány spontánně v průběhu rozhovoru.⁸⁷

Analýza dat získaných výzkumem je realizována formou otevřeného kódování. Kódováním se rozumí rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci. Celý proces doprovází tvorba poznámek jako základů pro nově vznikající teorie. Výzkumník pečlivě studuje získaná data, pracuje se slovy a textem. Všimá si kritických míst. Údaje jsou rozebrány na samostatné části a postupně prostudovány. Vzájemným porovnáváním jsou zjišťovány rozdíly a podrobnosti. Otevřené kódování odhaluje v získaných datech určitá témata a cílem kódování je tematické rozkrytí textu. Během tohoto procesu jsou zkoumány naše i cizí domněnky o jevu, což vede k novým objevům a teoriím. Výstupem je formulování nové teorie nebo hypotézy.⁸⁸

⁸⁶ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 157

⁸⁷ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 180

⁸⁸ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 251

7.3 Volba informantů

Na sklonku roku 2015 jsem provedla pilotní šetření mezi svými přáteli, kteří jsou starší šedesáti let a byli ochotni o problematice sexuality hovořit. Seznámila jsem je s projektem své práce. Zpočátku nebyl problém a rozhovor všichni oslovení přislíbili. Během krátké doby se ozvali oslovení muži a přislíbený rozhovor pod nějakou záminkou zrušili. Ženy naopak svůj slib dodržely a na počátku roku 2016 k těmto plánovaným rozhovorům došlo.

Hledala jsem příčiny, proč k tomuto obratu u mužů došlo a co je vedlo k tomuto rozhodnutí. Podle mého názoru to může být tím, většina mužů v důchodovém věku trpí sexuální dysfunkcí, buď trvalou, nebo dočasnou. Muži, na rozdíl od žen, v sexualitě kladou větší důraz na pohlavní stránku, a pokud je nějaký problém v této oblasti, nesou to velmi těžce.

Další důvod, který vidím, je dán historicky. Penis je od pravěku až do dnešní doby vnímán jako symbol mužské síly a dominance. Falické symboly můžeme vidět snad ve všech kulturách, snad s výjimkou křesťanství. Proto je možná dodnes v mužích zakořeněná emocionální a psychická zranitelnost v souvislosti s tímto orgánem.

Z tohoto pohledu je mužská neochota hovořit o vlastní sexualitě a problémech v této oblasti celkem pochopitelná. Je pro ně obtížné hovořit o tom s partnerkou. Stydí se vyhledat odbornou pomoc v příslušné zdravotnické ordinaci, natož aby se k případným problémům přiznávali před někým jiným.

Přehodnotila jsem tedy svůj původní záměr, kterým bylo rovnoměrné zastoupení mužů a žen ve výzkumu k této bakalářské práci. Výzkumu se zúčastnily pouze ženy a jejich výpovědi jsem doplnila o výpovědi zdravotnického personálu.

Informanty lze rozdělit na dvě skupiny:

1) Seniorky, které byly ochotné spolupracovat a podílet se na výzkumu. Kritériem výběru bylo:

- věk nad 60 let,
- ochota spolupracovat a souhlas s výzkumem

2) Zdravotnický personál, který se při své práci, kromě jiného setkává s problémy spojenými se sexualitou seniorů.

Na počátku rozhovoru jsem informanty seznámila s obsahem práce a cílem výzkumu. Všichni byli déle poučeni o ochraně osobních údajů a o tom, že veškeré informace, které by mohly vést k určení jejich identity jsou tajné, a proto jména použitá v této práci jsou smyšlená. Byl jim předložen k podpisu informovaný souhlas.

Rozhovory probíhaly s každým účastníkem výzkumu individuálně. Prostředí, kde se rozhovor uskutečnil, si každý informant volil dopředu sám. Důvodem bylo to, aby se ve zvoleném prostředí cítil bezprostředně a uvolněně. Délka rozhovoru byla individuální. Počátek rozhovoru byl spíše na téma, které nesouviselo přímo s výzkumem, abychom navodili přátelskou atmosféru. Všichni účastníci také odmítli nahrávání, což jsem respektovala. Průběh a obsah rozhovoru byl postupně zaznamenáván pomocí psaní poznámek do poznámkového bloku a ještě téhož dne byl přepsán na počítači. Vytištěné přepisy jsem použila jako podklad pro následnou analýzu otevřeným kódováním.

7.4 Výzkumný soubor a postup při sběru dat

Informant č. 1:

Anna: SŠ, 88 let, 3 roky vdova. Manžel zemřel v 92 letech. 63 let vdaná, předtím 7 let s manželem chodili. 1 dítě.

Rozhovor se uskutečnil 7. 8. 2015 v Annině domě. V té době už měla vážné zdravotní problémy, kvůli kterým dům téměř neopouštěla. Rozhovoru byl přítomný syn Anny, který se o matku nepřetržitě staral. Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře u čaje. Délka trvání rozhovoru přibližně 40 minut. Bohužel, za krátkou dobu po tomto setkání Anna zemřela.

Informant č. 2:

Marie: SŠ, 62 let. Vdaná 40 let, předtím s manželem chodili 2 roky. Manžel 67 let, 3 děti.

Rozhovor se uskutečnil 21. 2. 2016 v kavárně u vína a probíhal ve velmi příjemné a uvolněné atmosféře. Délka trvání rozhovoru asi 1 hodina.

Informant č. 3:

Dana: SŠ, 73 let. Vdaná 52 let, předtím s manželem 4 roky chodili. Manžel 73 let, 1 dítě.

Rozhovor se uskutečnil 25. 2. 2016 v domě naší společné kamarádky. Pár minut před tímto rozhovorem jsem se dozvěděla, že manželovi Dany lékaři diagnostikovali onkologické onemocnění bez možnosti léčby, s prognózou 3 měsíce - 1 rok. Omluvila jsem se a chtěla rozhovor zrušit. Dana naopak na rozhovoru trvala, chtěla si povídat o životě, který s manželem prožili. Vzhledem k výše popsané skutečnosti byl rozhovor velice dojemný a emotivní. Dana mluvila sama, chvílemi plakala nebo se smutně usmívala. Délka trvání rozhovoru asi 1 hodina.

Informant č. 4:

Lékařka - gynekolog: Doba lékařské praxe 30 let. Provozuje privátní ambulanci a současně slouží v nemocnici na gynekologicko-porodním oddělení.

Rozhovor se uskutečnil 26. 2. 2016 po skončení pracovní doby v ambulanci lékařky. Délka rozhovoru asi 15 minut.

Informant č. 5:

Lékař - urolog: Doba lékařské praxe 20 let. Pracuje na urologické ambulanci a současně v nemocnici na urologickém oddělení.

Rozhovor se uskutečnil 29. 2. 2016 po skončení pracovní doby v urologické ambulanci. Délka rozhovoru asi 15 minut.

Informant č. 6:

Hana: vedoucí ošetrovatelského úseku Domova se zvláštním režimem. VŠ vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v gerontologii. Délka praxe ve zdravotnictví: 21 let.

Rozhovor se uskutečnil u šálku čaje v kavárně, v příjemné přátelské atmosféře. Délka hovoru asi hodinu a půl.

7.5 Otevřené kódování

Rozhovory jsem analyzovala prostřednictvím otevřeného kódování.

Jedná se o část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů, pomocí studia údajů. Přitom výzkumník vyhledává témata v textu a přiřazuje ji označení, tedy zvažuje vlastní a cizí domněnky o jevu, což nás vede k novým objevům.

Na základě procházení získanými daty a analýzy rozhovorů jsem lokalizovala témata v textu a přiřadila jim označení. Takto bylo vytvořeno celkem 7 kategorií. Kategorie jsem pojmenovala podle pojmů, které se v nich objevovaly a které byly pro danou kategorii specifické.⁸⁹

1. Sexuální život manželů.
2. Spory a nevěra.
3. Sexualita v menopauze a andropauze.
4. Zdravotní problémy a sexuální život seniorů.
5. Význam sexuality pro seniora.
6. Sexualita seniorů v sociálních zařízeních.
7. Přístup personálu v sociálních zařízeních k sexualitě klientů.

7.6 Interpretace dat

7.6.1 Sexuální život manželů

Předmanželská sexualita a sexualita na počátku manželství je především tělesná záležitost. Na otázku sexuálního života v počátcích vztahu a před narozením dětí všechny informantky odpovídají shodně. Marie to kvalifikovala slovy. „*Krásný, divoký a vášnivý. Kvůli tomu, že manžel odjížděl za prací i nárazový.*“ Shodně odpovídá i Anna: „*V mládí to bylo divoký a vášnivý.*“

⁸⁹ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 251

Sexuální život manželského páru a děti v rodině může být problém. Nedostatek prostoru a hlavně soukromí může tyto aktivity narušit. Sex je velmi privátní záležitost, která by neměla mít svědky. Děti si vlastně ani neumí představit, že jejich rodiče mají sex. Pro ně to nejsou muž a žena, ale táta a máma.

Nejen rodiče, ale i děti se v situaci, kdy přistihnou rodiče při „tom“, stydí a rozhodně se jedná o nepříjemnou situaci. Rodiče se tak snaží této situaci zabránit.

Marie k tomu říká: „*Po svatbě jsem byla hned těhotná, bydleli jsme u tchýně, takže sex nic moc. Hned jsme měli tři děti, 1 pokoj. Když jsme spolu chtěli něco mít, tak jsme čekali, až usnou děcka i babička a hlavně jsme se snažili potichu. Většinou jsme usnuli první.*“

Zlepšení přišlo, když se manželé s dětmi přestěhovali do vlastního velkého bytu. Marie dále dodává: „*Problémy znovu nastaly, když děti dorůstali. V pubertě vůbec nerespektovaly naše soukromí. Klidně nám vlezly až do ložnice. Někdy jsme si vzali kvůli tomu i dovolenou, když byly ve škole.*“

Anna žila s manželem v rodinném domě, takže prostor a soukromí nebyly problém. Anna k tomu říká: „*Fungovalo nám to až do vysokého věku, i když pak už pak ne tak často.*“

Dana na otázku na sexuality v manželství odpověděla: „*Bez problémů. Vždycky to fungovalo a nebyl problém. Nikdy jsem manželovi neřekla ne. Nikdy jsem to ničím nepodmiňovala. Vždycky byl něžnej a myslel na mě. Milovali jsme se tak 2-3 krát týdně.*“

Pro fungující vztah je velmi významná i osobnost partnera. Dana k tomu říká: „*Miloval mě. Nikdy jsem neslyšela vyznání, na slova moc nebyl, ale ve všem co pro mě a rodinu dělal, jsem to jasně cítila. Vážil si mě a uznával moji práci. Kdykoliv jsem byla nemocná, nebo měla nějaký problém, vždycky se o mě hrozně bál a udělal by pro mě cokoli. Byl rozvážnej a dokázal mě usměrnit.*“ Anna se k osobnosti partnera vyjadřuje: „*Táta byl klidný, tichý, pracovitý. Neměl rád spory a vždycky je urovnával. Celej život mi byl oporou.*“

7.6.2 Spory a nevěra

I šťastné a spokojené manželské páry se pohádají ze stejných důvodů jako ostatní. Musí řešit problémy a dohadují se kvůli obvyklým tématům, jakými jsou finance, výchova dětí, trávení volného času, sexuální potřeby a spoustu dalších témat. Hlavní rozdíl mezi úspěšnými a neúspěšnými páry je podle mě v tom, jak dovedou názorové rozdíly během konfliktu vyřešit a že dokážou o svých problémech diskutovat. Pokud to tak skutečně je, vztah má pak velkou šanci na přežití. Takže problém nebývají hádky samotné, ale to, jak se řeší.

Pokud je vztah zdravý a v pořádku, založený na vzájemné důvěře a úctě, nemáme důvod žárlit.

Anna na otázku, kdo rozhodoval v rodině říká: „Rozhodoval manžel, ale já ho dokázala na myšlenku přivést, takže měl pocit, že to vymyslel sám...“ dále dodává: „Jo, hádala jsem se hlavně já a nikdy jsem neustoupila. V případě sporů vždycky začal mluvit on. Všechno se pak urovnalo v posteli.“

Marie naopak rodinné spory takto řešit nedokáže a i podle toho se pak odvíjí četnost sexuálních aktivit: „Když jsem našťvaná, nemůžu to řešit v posteli, někdo to tak má, ale já ne, takže podle toho...“

Během rozhovoru jsem informantkám také položila otázku, zda někdy přemýšleli o rozvodu a jestli řešily nevěru.

Anna k tomu říká: „Manžel jezdil sám na rekreace - rád sportoval a lyžoval, což já jsem ráda neměla“...nežárlila: „Doma měl, co potřeboval. Jo, jednou jsem se chtěla s manželem kvůli rozdílným povahám rozvést. Jen tak, rozvody v té době byly v módě. On mi ale vysvětlil, co by to znamenalo pro mě a pro dítě. Nakonec jsem stoupila a nikdy v budoucnu jsem nelitovala“

Dana řekla: „Manžel na sebe vždycky dbal, byl uparvenej, voněl. Ženský na něj letěly, ale on to nevnímal. Neměli jsme moc známých, žili jsme sami pro sebe a byli šťastní.“

Mariin manžel celý život jezdil po světě a často byl mimo domov. Zajímalo mě, jak zvládala odloučení a jestli nemyslela na nevěru. Marie k tomu řekla: „Jo, napadlo mě to, jenže pak jsem si říkala, že to nemůžu rodině udělat. Taky představa, že na mě sahá někdo jiný, mi byla nepříjemná. Tak jsem začala běhat. No, rozběhala jsem to. Běhala jsem často. Docela to pomáhalo a díky tomu jsem měla skvělou fyzičku.“ Myslím si, že pokud se nám po sobě stýská, pak milujeme a naše manželství je v pořádku a odloučení nehraje roli.

7.6.3 Sexualita v menopauze a andropauze

Jak již bylo popsáno v teoretické části, dost často se mylně předpokládá, že člověk ve věku kolem padesáti let už nežije sexuálním životem. Tento výzkum potvrdil, že pravdou je pouze to, že v tomto věku probíhají hormonální změny a tedy i změny v sexuálním životě. Ženy po padesátce mají stejně aktivní, někdy aktivnější pohlavní život jako mladší ročníky. Pokud máme zdravý a dobře fungující vztah, nic nebrání aktivnímu sexuálnímu životu.

Marie k tomu říká: „V té době manžel přestal jezdit do světa. Já měla přechod a konečně jsem se zbavila strachu, že budu v tom. Náramně jsme si to užívali. Konečně klid a pohoda.“

Navzájem se známe, víme, co kdo chce...no zkrátka intenzivní.“ Dále jsem Marii požádala, aby porovнала četnost sexuálních aktivit v mládí, a pak kolem padesátého roku.... „No v mládí to bylo divoký, spíš nárazový. Když jsme zůstali kolem padesátky sami, tak asi 4x týdně. No ale někdy 2 týdny nic a pak třeba denně.“

Zeptala jsem se i Anny na sexuální aktivity. Anna naprosto klidně odpověděla: „*To jsme dělali pravidelně až do vysokého věku i když ne už tak často. V podstatě až do smrti manžela, už ale jen tak 1x za měsíc.“*

Dana mi řekla: „*Milovali jsme se tak 2-3 x týdně.“* Dana podstoupila v 49 letech gynekologickou operaci: „*Vzali mi dělohu a vaječník. Po operaci o mě manžel ztratil zájem, jako o ženskou, víš. Moc mě to trápilo. Vydržela jsem to tři měsíce a pak jsem se ho zeptala, jako proč mě nechce. Vůbec si neuvědomoval, že to můžu brát takhle. Měl o mě strach a bál se, aby mi neublížil. Všechno jsme si vysvětlili a znovu jsme spolu začali spát....já to prožívala stejně, žádné omezení jsem nevnímala. Měla jsem i orgasmy.“*

Pro větší validitu výzkumu jsem požádala o rozhovor lékařku - gynekoložku.

Na můj dotaz, jestli se při vyšetření ptá pacientek, zda vedou aktivní pohlavní život, odpověděla: „*Při běžné prohlídce ne. Většinou to sama poznám podle stavu poševní sliznice. Tato otázka je ale zohledněná v případě vaginálních operací, kdy je pak následně provedená vaginoplastika... Po léčbě většinou pokračují ve svém sexuálním životě. U mnohých se intimní život zlepšil díky tomu, že jsou vyřešeny předešlé problémy. Navíc odpadá strach z případného těhotenství a ženy si tak sex mnohem lépe užívají.“*

Také mě zajímalo, zda pacientky řeší klimakterické problémy znepříjemňující pohlavní život.

Lékařka: „*Ano, často. V takovém případě se nejprve provede rodinná anamnéza, která slouží především k posouzení dědičné dispozice pro některé choroby. Cílem je odhalit případná rizika pro další průběh léčby. Pacientka se podrobí gynekologické prohlídce. Provede se krevní test na stanovení hladiny pohlavních hormonů. Poté je pacientce navržena další léčba, která je pro ni optimální...výjimkou nejsou ani pacientky nad 60 let. Nejstarší pacientce, která za mnou s těmito problémy přišla, bylo 72 let.“*

Jak bylo výše popsáno a zdůvodněno, kvalitativního výzkumu se zúčastnily pouze ženy. Mou snahou bylo, aby pohled na věc nebyl pouze jednostranný. Kvůli objektivnosti výzkumu jsem požádala lékaře - urologa a o vyjádření k tomuto tématu. Na moji otázku, zda do jeho ordinace přicházejí muži s problémem sexuální dysfunkce odpověděl:

„Ne vždy, muži se v tomto případě dost stydí. Většinou přijdou s méně závažným nebo zástupným problémem a až během rozhovoru se zmíní, že mají tento problém a přišli vlastně kvůli tomu. Většina těchto poruch je léčitelných, je nutné odhalit příčinu a léčba je pak nastavená pro každého pacienta individuálně.“

Dále mě zajímalo, jakého věkového průměru se to nejvíce týká.

Lékař: „Většinou je to 45-55 let. V tomto věku mají pocit, že je příliš brzy rezignovat na milostný život a situaci chtějí řešit. Velmi často je to manželka nebo partnerka, která muže donutí jít k lékaři. Ale mám i mnohem mladší i starší pacienty. Nejmladšímu pacientovi je 25 let a nejstaršímu 80.“

Odpovědi jednoznačně potvrdily můj předpoklad, proč muži od výzkumu odstoupili. Je to strach, stud a hlavně neznalost. Většina mužů odmítá jakoukoli diskusi o tomto problému.

U mužů při milostném aktu nelze erektilní dysfunkci nijak zakamuflovat. K pohlavnímu spojení je potřeba právě erekce, na rozdíl od žen, které jsou vlastně připraveny stále. Erektální dysfunkce silně snižuje sebevědomí muže, může vést až k psychickým potížím. I přes vysoký výskyt těchto problémů, pouze malé procento mužů vyhledá odbornou pomoc a erektilní dysfunkci léčí. S nadsázkou se dá říct, že to je Achillova pata mužova sebevědomí.

Přitom většina erektilních problémů je řešitelná, jen je nutná včasná návštěva lékaře. O andropauze, na rozdíl od menopauzy, se moc nemluví. Muži pak svoje problémy mohou považovat za ojedinělé a berou je jako osobní selhání.

Řešením je podle mě mnohem větší osvěta v této oblasti. Vědomí, že v určitém věku jsou tyto problémy zcela normální, může být pro muže velkou úlevou. Poruchy erekce lze vyléčit až v 95%, ale řešení může poskytnout pouze lékař. Stud v těchto případech není na místě. Jde především o kvalitu života.

7.6.4 Zdravotní problémy a sexuální život seniorů

Z dosavadního výzkumu jednoznačně vyplývá, že senioři žijí sexuálním životem. Je to naprosto fyziologický prvek obohacující jejich život a vztah. Problém je pouze v tom, že u seniorů lze předpokládat přítomnost patologických stavů mnohem častěji, než je to u mladší generace. Sexuální dysfunkce u mužů pak může být kromě nemoci i důsledek farmakoterapie, například ji negativně ovlivňuje podávání antidepressiv, antipsychotik,

léků ovlivňujících krevní srážlivost, podávání antidiabetik, léků na srdeční arytmií a podobně. Často dysfunkci může způsobovat i kombinace podávaných léků.

Nemocí ale sexuální život nekončí, pouze jeho naplňování je jiné. Sexualita se s věkem neztrácí, jen mění svoji formu. Sexualita v žádném případě nezahrnuje pouze pohlavní styk. Ve stáří je to i vzájemná důvěra a pocit blízkosti, který je naplňován už samotnou přítomností partnera.

Anna žila s manželem sexuálním životem až do vysokého věku, prakticky do smrti. Koitální techniky znemožnilo až zvedení katetru do močové trubice manžela v jeho 89 letech. Důvodem zákroku bylo onkologické onemocnění prostaty. Anna to komentovala: *„Pak už jsme se jen hladili, mazlili. Nejráděj jsme jen tak spolu seděli a hladili si ruku. Měli jsme radost, že jsme spolu.“*

Dany manžel měl po padesátém roce psychické problémy, nejspíš jako následek neúspěšného podnikání. Dana to komentovala slovy: *„Musel brát prášky na nervy a ty ho tlumily, víš, jako chlapa. Začaly erektilní problémy. Ale vůbec to neznamená, že jsme se měli mí rádi, naopak.“*

Marie k tomu řekla: *„Pořád je to pěkný. Manžel teď má problémy s cholesterolem a má cukrovku, takže to nefunguje jako dřív. Ale nevzdáváme to, i když s tím mám dost práce. No a někdy se to povede a někdy ne. Neděláme z toho vědu, bereme to v legraci. Dáme víno, pokecáme. Hlavně že se máme rádi a jsme spolu.“*

Na otázku, zda senioři řeší erektilní problémy a zda nerezignovali na pohlavní život, lékař říká: *„Ano řeší. Po vyšetření se dost často ukáže, že erektilní dysfunkce je zapříčiněná jiným závažným onemocněním. Nejčastěji to bývá cukrovka, vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, vysoký cholesterol a onkologická onemocnění. Velmi častá je erektilní dysfunkce po radikální prostatektomii následkem poškození autonomního nervového zásobení. Další příčinou může být onemocnění periferního nervového systému, operace a poranění v oblasti pánve a míchy. Těch příčin může být celá řada.“*

Na dotaz, zda muži přichází do ordinace s žádostí o předpis na Viagru nebo další léčiva s podobným účinkem lékař odpovídá: *„Ano, často. Těchto prostředků je celá řada. Každý takový předpis je nutné zvážit, kvůli nežádoucím účinkům. Tyto prostředky mohou způsobit závažné problémy u těch pacientů, kteří pravidelně berou léky na bázi nitrátů - například nejnámější nitroglycerin.“*

7.6.5 Význam sexuality pro seniora

Stáří není nemoc. Není to ani zásluha. Je to fyziologický stav a vývojové stádium jedince. Pokud nás sexualita provází celým životem, není důvod, aby tomu bylo jinak i v pozdějším věku. Sexualita v mládí je víceméně pudová záležitost s potřebou jejího tělesného ukojení.

Ve stáří se posouvá spíše do oblasti psychických a sociálních potřeb. Je součástí komplexního partnerského vztahu v celé jeho hloubce.

Stárnutí se neprojevuje jenom na fyzickém stavu organismu, ale ovlivňuje chování člověka a také jeho partnerský vztah. Podle tohoto výzkumu lze říct, že senioři se cítí v dlouhodobém fungujícím vztahu spokojenější a šťastnější. Spojují je společné zážitky z minulosti a mají zkušenosti z mnohaletého soužití. Je proto také velmi pravděpodobné, že sdílejí stejné hodnoty a mají podobné názory.

Potřeba sounáležitosti, bezpečí a jistoty je pro seniory saturována sexuálním životem. U seniorů jsou vzájemné doteky, držení za ruce více vzrušující než kdykoliv předtím v životě. Fyzický kontakt je důležitým prvkem každého vztahu. Samotný koitální akt se stává pro některé seniory nedůležitým, daleko důležitější je to, že jsou s blízkým člověkem.

Marie uvádí: „*Ted' je to v průměru jednou týdně (sexuální styk). Rozhodně to nevzdáváme. Hlavně, že se máme rádi a jsme spolu.*“

Na otázku, proč manželství fungovalo tak dlouho Anna odpověděla: „*Asi tolerance, láska, odpuštění, nevím.*“ Anna dále na dotaz, co jí nejvíc chybí po smrti manžela uvedla: „*Společný mlčení. Vadí mi, že jsem sama, i když syn se stará a je tu denně.*“

U manžela Dany v jeho 73 letech bylo diagnostikováno onkologické onemocnění. Dana říká: „*Každý dotyk, každý gesto mělo velkej význam. Takhle to fungovalo 20 let a ted' proč to potkalo právě nás, proč to musíme být právě my, za co?*“

7.6.6 Sexualita seniorů v sociálních zařízeních

Tato kategorie je vytvořena na základě rozhovoru s Hanou, která 21 let pracuje ve zdravotnictví a má dlouholeté zkušenosti s chováním seniorů v zdravotnických a sociálních zařízeních.

Sexuální projevy seniorů jsou nejen mezi nimi vzájemně, ale i ve vztahu k personálu. Personál se stává objektem slovních narážek, nevhodných nabídek k tělesnému kontaktu a někdy i přímo terčem sexuálního obtěžování.

Hana uvádí: „K personálu to jsou verbálně narážky, třeba o zadku, poprsí a taky třeba vzdušný polibky. K tomu aktivity jako například plácnutí přes zadek (mimochoodem, ošetřovatelky musí nosit kalhoty, ohnutí v sukni probouzí v dědoušcích vášně). Mnohdy stařečci zvoní na personál a vyžadují zcela zbytečně přebalení, nebo si stěžují na svědění genitálií. Ošetřovatelky je pak musí na příslušných místech umýt a namazat, což se dědikům nesmírně líbí. Mnohdy mají erekci.“

Pak je tu autoerotika: „U žen to není časté, vlastně jsem to zažila jen jednou v psychiatrické léčebně. U chlapů je to běžné. No a nebo to u ženskejch nepoznáme. No u nás jsou už všichni klienti inkontinentní, to znamená, že mají plenkové kalhotky, dost pevné na těle. Ženská si prostrčí ruku a stačí prsty. Chlapi se tam tak snadno nedostanou, a proto plíny prostě rozervou. Přišlo to na něj a musí hned. Tohle bývá dost často spojeno s psychiatrickou diagnózou.“

Pak takový to hlazení, držení za ruku, objetí...je to fakt běžná záležitost, projevy vždycky záleží na tělesném a duševním stavu.“

Další jsou projevy sexuálního chování mezi jednotlivými klienty. Jako příklad sexuální aktivity mezi klienty Hana uvedla: „Nedávno se stalo, že jsme na odpolední aktivitu, myslím to byl zrovna koncert harmonikáře, přivezli pána a paní na sedačkách. Sedačky jsme náhodně postavily vedle sebe. Po chvílce si kolegyně všimla, že pán paní intenzivně hladí prsa (jakoby tajně pod její rukou) a ona si to užívá a drží. Nevěděli jsme co honem dělat, hodit přes ně deku a nechat je být, nebo je od sebe roztrhnout? Opatrně jsme je od sebe odstrčili. Bylo na nich vidět zklamání. Přemýšlíme teď co dál, jestli je svážen na jeden pokoj (sami tam nedojdou a ani jeden nemluví) a dopřát jim soukromí, nebo to nechat být?“

Sexuální aktivity jsou u seniorů žijících v sociálních zařízeních velmi časté: „V nějaké formě skoro denně. Omezení je jen tělesný a duševní stav. U nás jsou ve společných prostorách muži i ženy pohromadě, nerozdělujeme je. Společně se baví, hrají hry, koukají na televizi. Osvědčilo se nám to. Sexualita mezi nimi funguje. Je to pro ně důležitý. U psychických poruch to přispívá ke zklidnění. Sexualita ve vysokém věku stejně jako dřív je vyjádření základních potřeb. Rozhodně to ale není stejné jako v mládí. Jejich sexualita má jinou formu vzhledem k omezeným fyzickým a psychickým možnostem. Je to už zmíněné osahávání, autoerotika, ale taky pohlazení, držení za ruku, koukání do očí a hlavně radost, že někoho zajímám a někdo stojí o to se mě dotýkat.“

7.6.7 Přístup personálu v sociálních zařízeních k sexualitě klientů

V domovech důchodců a jiných pobytových zařízeních bylo donedávna zcela nemyslitelné, aby se o vůbec o sexualitě seniorů hovořilo. Na mnoha místech je to tak dodnes. V jednotlivých zařízeních jsou výrazné rozdíly v přístupu ke klientům.

Personál totiž nebyl nikdy nijak vzděláván, jak s touto skutečností zacházet a jak ji řešit. Výsledkem je, že není řešen vůbec nebo že je řešen kontraproduktivně - stává se terčem posměchu.

Přitom sexualita je důležitou součástí života seniorů a pomáhá jim udržet si sebevědomí a sebeúctu třeba už jen pocitem, že jsou pro někoho důležití. Doteky pak mají jednoznačně prokázaný terapeutický účinek.

Podle mého názoru je potřebné, nepřístupovat k sexualitě pouze jako k tělesné aktivitě, ale už přímo v sociálních zařízeních v individuálním plánování zohlednit sexuální potřeby klientů, jako vztahové potřeby a potřeby seberealizace, lásky a sounáležitosti.

Na dotaz, zda existuje nějaký manuál, jak má personál se sexualitou zacházet Hana odpovídá: „*Ne, nic takového není, bohužel. Bylo by to fajn. Tohle si řeší každé zařízení samo, jsou velké rozdíly v přístupu ke klientům a těmhle věcem.*

Ke své hrůze jsem po přechodu ze zdravotnictví do sociálních služeb zjistila, že je obrovský rozdíl mezi zdravotnickým a sociálním zařízením a metodické pokyny nejsou vůbec v souladu, dokonce jsou protichůdné a my nevíme jak se chovat.

...No, zdravotnická zařízení řídí MZ. Na prvním místě je záchrana života a zdraví klienta. Sociální potřeby jsou až na druhém místě, jsou omezené. I když to je ale taky chyba. Na LDN zoufale chybí ergoterapeuti. Příklad: Takže zdraví na prvním místě - máš cukrovku - v nemocnici musíš dostat inzulín, který ti aplikuje sestra, máš dietní stravu a druhou večeři. Hlídá se hladina cukru, kontrolují, jestli pravidelně jíš a piješ, stará se o tebe zdravotnický personál...

Pak se dostaneš do sociálního zařízení. To spadá pod MPSV. Tam to funguje obráceně.

Na prvním místě je svobodná vůle klienta a sociální potřeby. Sociální zařízení je bráno jako jeho domov a jako doma se může svobodně rozhodnout, co bude nebo nebude dělat. Personál, teda sociální pracovník, nemůže klienta k ničemu nutit a musí respektovat jeho přání a vůli. Klienti mají individuální plán, který s nimi sepíše při nástupu klíčový sociální pracovník a klient ho odsouhlasí. Tak a zpátky k příkladu: Podle tohohle, jestli si vezmeš

inzulín nebo prášky, je tvoje věc, nesmí tě nikdo nutit. Na druhou večeři a dietu je potřeba příplatek, a to ti nikdo z klientů ani příbuzných nedá. Jestli jsi jídlo snědl, jestli jsi pil, je tvoje věc, jídlo jsi dostal. Prášky máš k dispozici, jestli je vyplivneš, tvoje věc. Nerespektuješ léčbu, tvoje věc. Až zkolabuješ, je ti poskytnutá pomoc a volá se záchranka.“

Na námitku, že velká většina klientů ve vysokém věku je dementní a tudíž nesvéprávná dodává: *„No pozor, nejsou zbavený svéprávnosti, nikoho nelze úplně zbavit svéprávnosti! Pokud už se tak stane, je to podle nových nařízení pouze na 3 roky, prodloužení povolují soudy, ty jsou přetížený, takže než rozhodnou, je staroušek po smrti.“*

V tomto vidím obrovskou chybu systému. Hana dodává: *„Jsme sociální zařízení. Postupujeme podle Standardů kvality sociální péče. To že staroušek neví nebo nechce se nazývá „právo na přiměřené riziko“, na prvním místě je svobodná vůle. Tohle legislativa neřeší - či názor má větší platnost zdravotníka, která koná v zájmu záchranu života*

a zdraví (hypoglykemie je jednoznačně ohrožení života)nebo sociální pracovnice, která dodržuje přesně literu zákona, tedy standardy bez ohledu na reálnou skutečnost? Poskytnout klientovi zdravotní péči a přitom částečně a na přechodnou dobu omezit práva, nebo zachovat práva na důstojnost, svobodnou vůli a dívat se nečině na to, jak si klient ubližuje? To nikdo neřeší, vládne úředník! No tak postupujeme podle standardů MPSV, který jsou v sociálním zařízení nadřazený. Klienti dostanou léky, najíst, napít jsou v teple a respektujeme jejich svobodnou vůli...Já jako ošetřovatelka pod MZ se o ně starám, pečlivě vedu dokumentaci, u některých pravidelně zaznamenávám do karty, že odmítá léky, nejí, nespolupracuje... Neklidní pacienti dál padají v noci z postele (klecové lůžko je nehumánní), já je pak doprovázím k chirurgickému ošetření.“

7.7 Zhodnocení výzkumu

Jsem si vědoma toho, že mnou zkoumaný soubor je příliš malý na to, aby z něho mohla být vyvozena obecná platnost. Šetření přineslo mnoho zajímavých zjištění a provedený výzkum podal odpovědi na všechny otázky položené v úvodu výzkumu. Pro větší přehlednost uvádím jejich shrnutí.

Žijí senioři sexuálním životem?

Ano žijí. Intimní život v seniorském věku zdaleka nekončí. Senioři mají své sexuální potřeby a dokážou je uspokojit. Sexualita člověka se vzhledem k věku neztrácí, mění pouze svoji formu. Sexualita je naprosto přirozená a žádoucí vzhledem ke kvalitě života seniorů a je nedílnou součástí celkového zdraví.

Jaké zdravotní problémy ovlivňují sexualitu seniorů ?

Většina mužů po šedesátém roce věku trpí sexuální dysfunkcí, buď trvalou, nebo alespoň dočasnou. K dysfunkcím dochází díky:

- fyziologickým změnám spojeným se stárnutím organismu, například nedostatečnou produkcí androgenů, poklesem elasticity cév apod.
- v důsledku nemoci, např. vysoký krevní tlak, onemocnění prostaty, cukrovka, onkologická onemocnění, atd.
- důsledkem farmakoterapie

U seniorů lze předpokládat přítomnost patologických stavů mnohem častěji, než u mladší generace. Charakteristická pro tento věk je polymorbilita, tedy přítomnost více nemocí najednou a s tím je spojené i užívání velkého množství léčiv, například ji negativně ovlivňuje podávání antidepresiv, antipsychotik, léků ovlivňujících krevní srážlivost, podávání antidiabetik, léků na srdeční arytmií a podobně. Často dysfunkci může způsobovat i kombinace podávaných léků.

U žen je to především hormonální nerovnováha způsobená menopauzou a s tím související již výše popsané problémy. Vnímání a intenzita problémů je velmi individuální a záleží na ženě, jak se s tím vyrovná a zda ji s pomocí lékaře řeší. S příchodem menopauzy žena ztrácí schopnost otěhotnět. Většina žen tuto skutečnost vnímá pozitivně a dokáže ji využít pro svůj prospěch a užít si bez zábran svoji sexualitu. Sexuálně aktivní ženy toto období zvládají mnohem lépe a s menšími obtížemi než ženy sexuálně neaktivní.

V každém případě je pro sexuální život velmi důležitá kvalita partnerského vztahu a vzájemná otevřená komunikace.

Je sexualita důležitá pro kvalitu života seniorů?

Jednoznačně ano. Sex je zdravý, přirozený a kvalitu života seniorů zvyšuje. Sexualita je projevem intimity, lásky, vzájemné blízkosti s partnerem. Důvěrný vztah je přirozenou lidskou potřebou.

Existuje jednotná koncepce jak zacházet se sexualitou seniorů v sociálních zařízeních?

Ne, neexistuje. V České republice je to stále tabu. Chybí odborné rady a jednotná koncepce pro ty, kteří zabezpečují péči o seniory, jak s jejich sexualitou zacházet.

Pracovníci nemají potřebné znalosti, kdy zasáhnout v případech sexuálního chování klienta, aby na jedné straně neomezily práva klienta a na druhé straně aby ochránili práva dalších klientů a také svoje.

V zahraničí se problematikou sexuality seniorů zabírají a je braná jako běžná součást jejich života. Existuje odborná literatura.

Z důvodu, že problematika u nás není vůbec řešená, každé zdravotnické nebo sociální zařízení k tomuto jevu přistupuje po svém. Právě díky tomu, že pracovníci těchto zařízení nevědí, jaké stanovisko zaujmout, je existence sexuality oficiálně popírána, případně potlačována či zesměšňována.

8. NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Největším problémem, který tato práce odhalila je, že neexistuje jednotná koncepce jak zacházet se sexualitou seniorů v pobytových zdravotnických či sociálních zařízeních. Neexistuje jednotný manuál, jak k tomuto jevu přistupovat a jak se sexualitou klientů zacházet.

Je žádoucí mnohem těsnější spolupráce mezi MZ a MPSV, aby jednotlivé vyhlášky a normy nebyly ve vzájemném rozporu, či nevznikaly rozdíly u klientů v zařízeních spadajících pod jednotlivá ministerstva. Je nutné vytvořit jednotnou koncepci a postojový systém k sexualitě seniorů pro ty, kteří zabezpečují péči o seniory. Zvláštní pozornost by měla být věnována sexuálním potřebám osob s mentálním postižením a demencí.

Personál není vzděláván, jak se sexualitou klientů a jejími projevy zacházet, tak raději oficiální vyjádření je, že tato skutečnost neexistuje a že se to neděje. Přitom výzkumným šetřením jsem zjistila, že opak je pravdou. Personál se denně setkává se sexualitou klientů nejen mezi nimi samotnými, ale sám je objektem tohoto chování, od nevhodných poznámek, nabídek až k fyzickému obtěžování.

K sexuálním potřebám klientů je potřeba přistupovat jako k potřebám vztahovým, seberealizace a faktoru, který výrazně zvyšuje kvalitu jejich života. Bylo by přínosné zohlednit sexualitu seniorů v Standardech kvality sociální péče.

Odborná i laická veřejnost by měla být více informována o problematice sexuality v seniorském věku. Je třeba zdůraznit, že sexualita seniorů je normální, přirozená a žádoucí pro zvýšení kvality života. V tomto směru by mělo být povinné vzdělávání pracovníků, kteří denně pečují o klienty v zařízeních sociální péče.

Na trhu chybí odborná gerontologická literatura, která by se věnovala sexuálnímu chování seniorů. Sexualita seniorů a dlouhodobě nemocných by měla být zařazena do vyučovacích osnov zdravotnických škol a lékařských univerzit, aby budoucí profesionálové byli informováni o tomto jevu a poučeni, jak s ním zacházet a jak k sexualitě klientů přistupovat.

Informovanost by měla probíhat například i formou diskusí a seminářů:

- pro seniory, aby si uvědomili, že to co prožívají a cítí je normální a nemusí se za svoji sexualitu stydět a že v případě potřeby mohou bez ostychu vyhledat lékařskou péči,
- pro profesionální pracovníky v oblasti psychologie, medicíny a sociálních služeb, aby nevnímali seniory jako asexuální bytosti. Získání nových poznatků by mělo vést k mnohem hlubšímu pochopení této problematiky a hlavně citlivějšímu přístupu k seniorům.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se věnovala problematice sexuality a sexuálního života seniorů.

Teoretická část této práce vymezila pojmy stáří, stárnutí věnovala se změnám, které během tohoto procesu u člověka nastávají, zvláště z hlediska vývoje a proměny sexuality. Pozornost jsem věnovala také způsobům vnímání sexuality seniora jeho okolím i širokou veřejností. V práci jsem se dotkla problematiky sexuality seniorů v kontextu ústavní péče. Pokusila jsem se zmapovat sexuální život žen v menopauze a mužů v andropauze. Dotkla se změn psychiky ve stáří. Zpracovala jsem přehled nejčastějších nemocí spojovaných se stářím a jejich vliv na sexualitu. Dotkla jsem se problematiky sexuálních dysfunkcí a poskytla přehled přípravků pro zlepšení sexuálního života. V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum, který odhalil, že seniori žijí sexuálním životem a poskytli odpovědi na doplňující výzkumné otázky.

Sexualita seniorů je tabuizovaná, doprovázená ageistickými projevy, zesměšňováním a nepochopením. Není přijímána laickou ale mnohdy bohužel ani odbornou veřejností.

Kde se tyhle postoje berou? Na našem vnímání stáří se podílí nejen naše výchova, osobní zkušenost, ale i prezentace starých lidí v médiích a postoj celé společnosti. Pro mladé lidi, ale i střední generaci je stáří spojováno převážně s nemocemi, bolestmi a nemohoucností.

Právě postoj celé společnosti k sexuální aktivitě seniorů a v neposlední řadě mýty v této oblasti ovlivňují nejen samotné seniory, ale přenáší se i do postoje zdravotnických a sociálních pracovníků v pobytových zařízeních. Je nutné přestat nahlížet na sexuální život seniorů jako na něco nežádoucího, neslušného nebo směšného.

Sexualita je často vnímána pouze jako tělesný akt. Není na ni nahlíženo jako na základní potřebu člověka související s kvalitou života a s jeho prožíváním. Láska ve stáří vzhledem k fyzickým a psychickým možnostem má jen jinou formu, jiný obsah. Podpora partnera, tělesná blízkost a něha, pohlazení, držení za ruku, to vše může mít velmi hluboký sexuální podtext a důležitost. Seniorům pomáhá udržet sebevědomí, sebeúctu a poskytuje tolik důležitý pocit bezpečí a sounáležitosti.

V koloběhu života procházíme postupně všichni stejným obdobím a tento cyklus nelze změnit ani zastavit. Narození, dětství, dospělost patří stejně k životu jako stáří a neodvratitelná smrt. Tohle bychom si měli všichni uvědomit, vzájemně se respektovat bez ohledu na to, v jaké životní etapě se právě nacházíme. Chovat se k starým lidem tak, jak bychom chtěli, aby se ostatní chovali k nám, až se v této životní fázi ocitneme.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIRNBACH, L. a B. HYMAN. *Test vašeho manželství v 10 krocích: [jak poznat, jestli je čas jít dál?]*. Vyd. 1. Brno: Jota, 2011. 240 s. ISBN 978-80-7217-939-8.

BRTNÍKOVÁ, M. a kol. *Problematika manželství zralého věku*. 1.vyd. Praha: Horizont, 1982. 104 s. ISBN neuvedeno.

BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.

DONÁT, J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. Vyd. 1. Praze: DoMeNa, 2001. 160 s. ISBN 80-238-8245-7.

DOŇKOVÁ, O. *Vývojová psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2012. 153 s. ISBN 978-80-87182-29-1.

FRIEDLOVÁ, K. *Sexualita seniorů. Sociální služby: Odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, 16(6-7/2014), s. 22-24. ISSN 1803-7348.

GRÜN, A. *Život je teď: umění stárnout*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-749-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10: Manuálek ze sociální gerontologie*. Vyd.1. - dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HENDERSON, R. *Co trápí muže po padesátce*. Vyd. 1. Praha: Práh, 2006. 174 s. ISBN 80-7252-134-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANOUCHOVÁ, K. *O lásce a sexu*. 1. vyd. Praha: Akropolis, 2007. 240 s. ISBN 978-80-86903-41-5.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1988. 344s. ISBN 80-7169-195-X.

MINIBERGEROVÁ, L. a J. DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

MURÍN, G. a P. WEISS. *Abeceda tělesné lásky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004. 259 s. ISBN 80-7254-581-7.

PEASE, A. a B. PEASE. *Proč muži chtějí sex a ženy potřebují lásku*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2010. 320 s. ISBN 978-80-249-1374-2.

PONDĚLÍČEK, I a kol. *Lidská sexualita: jako projev přirozenosti a kultury*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1971. 328 s. ISBN neuvedeno.

PROCHÁZKOVÁ, E. Sexualita a demence. *Sociální služby: Odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, 16(6-7/2014), s. 25-27. ISSN 1803-7348.

TURČAN, P. a kol. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012. Jessenius. 437 s. ISBN 978-80-7345-291-9.

UZEL, R. a L. HESS. *Člověk je živočich sexuální*. Vyd. 1. Opava: Vade mecum, 1998. 111 s. ISBN 80-86041-18-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VAN PELT, N. *Umění komunikace: [kniha o porozumění v partnerském vztahu]*. Vyd. 2. Praha: Advent-Orion, 2002. 205 s. ISBN 80-7172-804-7.

VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 496 s. ISBN 80-85912-38-4.

WEISS, P. *Etické otázky v psychologii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 352 s. ISBN 978-80-7367-845-6.

WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 360 s. ISBN 80-7178-634-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

HRT - hormone replacement therapy - hormonální substituční terapie

HST - hormonální substituční terapie

Atd. - a tak dále

Apod. - a podobně

Např. - například

ISCH - ischemická choroba srdeční

Tzv. - tak zvaný

MZ - Ministerstvo zdravotnictví

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU

PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS

k bakalářské práci na téma: „*Otázky sexuálního života seniorů*“.

Žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí v kvalitativním výzkumu.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění anonymity informantů. Důraz je kladen na:

- V prepisech rozhovorů budou odstraněny údaje, které by mohly vést k identifikaci informanta.
- S výzkumným materiálem bude pracovat pouze níže podepsaný badatel. Zároveň se badatel zavazuje k mlčenlivosti ve vztahu k osobním údajům informanta.
- Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a případně je upravit.
- Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Badatel: Marie Horáková

Podpis:.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií Brno

Studijní program: B7507 specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Informant:

Souhlasím s účastí ve výzkumném projektu, s poskytnutím výzkumného materiálu, s analýzou a publikováním výsledků výzkumu v bakalářské práci.

Podpis:

V dne

PŘÍLOHA P II: : UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU

Informant č. 5

Urolog, 20 let praxe v oboru

1/ Došlo během Vaší lékařské praxe ke změně věkového složení pacientů?

Ne, zůstává přibližně stejné.

2/ Jsou dnešní pacienti otevřenější při řešení svých problémů?

Ano, díky osvětě stále více mužů včas vyhledá lékaře a snaží se svůj problém řešit.

3/ Přichází k vám muži přímo s problémem sexuální dysfunkce?

Ne vždy, muži se v tomto případě dost stydí. Většinou přijdou s méně závažným nebo zástupným problémem a až během rozhovoru se zmíní, že mají tento problém a přišli vlastně kvůli tomu.

Většina těchto poruch je léčitelných, je nutné odhalit příčinu a léčba je pak nastavená pro každého pacienta individuálně.

4/ Jaký je věkový průměr mužů, kterých se to nejvíce týká?

Většinou je to 45-55 let. V tomto věku mají pocit, že je příliš brzy rezignovat na milostný život a situaci chtějí řešit. Velmi často je to manželka nebo partnerka, která muže donutí jít k lékaři. Ale mám i mnohem mladší i starší pacienty.

5/ Jaký je věk vašeho nejmladšího a nejstaršího pacienta s erektilní poruchou, který se u vás léčí?

Nejmladšímu pacientovi je 25 let a nejstaršímu 80.

6/ Takže senioři tuto otázku řeší a nerezignovali na pohlavní život?

Ano řeší. Po vyšetření se dost často ukáže, že erektilní dysfunkce je zapříčiněná jiným závažným onemocněním. Nejčastěji to bývá cukrovka, vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, vysoký cholesterol a onkologická onemocnění. Velmi častá je erektilní dysfunkce po radikální prostatektomii následkem poškození autonomního nervového zásobení.

Další příčinou může být onemocnění periferního nervového systému, operace a poranění v oblasti pánve a míchy. Těch příčin může být celá řada.

7/ Přicházejí muži s žádostí o předpis na Viagra nebo další léčiva s podobným účinkem?

Ano, často. Těchto prostředků je celá řada. Každý takový předpis je nutné zvážit, kvůli nežádoucím účinkům. Tyto prostředky mohou způsobit závažné problémy u těch pacientů, kteří pravidelně berou léky na bázi nitrátů-například nejznámější nitroglycerin.