



Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce

# **Sexualita klientů s demencí v DZR**

**Bakalářská práce**

**B0923P240006**

**Sociální práce**

Autor: Lenka Mazurová  
Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář PhDr.

Olomouc 2024



## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 30.6.2024

Lenka Mazurová



## Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce, panu Mgr. Martinu Bednářovi PhDr. za jeho obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytl. Poděkování také patří mému příteli, za podporu ve studiu.



# Obsah

Seznam zkratk	11
Úvod	12
Abstrakt	13
Abstract	14
1 Co je Domov se zvláštním režimem	15
1.1 Cílová skupina DZR a její specifika	16
2 Stáří a demence	17
2.1 Projevy stárnutí	18
2.1.1 Fyziologické znaky stáří	18
2.1.2 Psychologické znaky stáří	18
2.1.3 Sociologické znaky stáří	18
3 Sexualita ve stáří	20
3.1 Sexuální projevy u seniorů	21
4 Senioři a vztahy	23
4.1 Vztahy s pracovníky v DZR	23
4.2 Vztahy mezi klienty DZR	24
5 Práce se sexualitou v DZR z pozice sociálního pracovníka	25
5.1 Přijímání klientů do DZR	26
5.2 Práce s rodinou klienta	26
5.3 Adaptační proces a plán péče	26
6 Perspektivy, teorie a metody vhodné pro práci se seniory v DZR	27
6.1 Kritická sociální práce	27
6.2 Humanistická a existenciální perspektiva	27
6.3 Systemický přístup	28
6.4 Antipresivní přístupy (antidiskriminační)	28
6.5 Kognitivní terapie	28
6.5.1 Techniky kognitivní terapie	29
6.6 Behaviorální terapie	29
6.6.1 Základní principy behaviorální terapie	29
6.6.2 Základní techniky behaviorální terapie	29
6.7 Kognitivně-behaviorální teorie	30
6.8 Základní techniky KBT	30
6.9 Rehabilitace kognitivních funkcí	31
6.9.1 Komunikační terapie a přístupy	32
7 Sociální politika	34
7.1 Funkce sociální politiky	35
7.2 Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.	35

7.3	Standardy kvality péče v DZR .....	35
7.4	SQ 1 cíle a způsoby poskytování sociálních služeb .....	36
7.4.1	Kritérium 1 b .....	36
7.4.2	Kritérium 1 c .....	37
7.4.3	Kritérium 1 d .....	37
7.5	SQ 2 Ochrana práv osob .....	37
7.5.1	Kritérium 2 b .....	38
7.5.2	Kritérium 2 c .....	38
7.6	SQ 3 Jednání se zájemcem o službu .....	38
7.6.1	Kritérium 3 a .....	38
7.6.2	Kritérium 3 b .....	38
7.6.3	Kritérium 3 c .....	39
7.7	SQ 5 Individuální plánování průběhu sociální služby .....	39
7.7.1	Kritérium 5 a .....	40
7.7.2	Kritérium 5 b .....	40
7.7.3	Kritérium 5 c .....	40
7.7.4	Kritérium 5 d .....	40
7.7.5	Základní principy individuálního plánování služby .....	40
7.7.6	Nejčastější nedostatky aneb jakých chyb se vyvarovat .....	41
7.8	SQ 6 Dokumentace o poskytování sociální služby .....	42
8	Etika v sociální práci .....	43
8.1	Etické kodexy v sociální práci .....	43
8.2	Etická dilemata .....	44
8.2.1	Příklady etických dilemat v praxi .....	45
9	Analýza potřebnosti .....	46
9.1	Závěr analýzy potřebnosti .....	47
10	Metodický pokyn .....	48
10.1	Základy komunikace s klienty trpící demencí .....	48
10.2	Pomůcky při práci s lidmi trpícími demencí .....	51
11	Jak pracovat se sexuálními potřebami seniorů s demencí .....	53
11.1	Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb .....	53
11.2	Jednání se zájemcem o službu .....	53
11.3	Sociální šetření .....	53
11.4	Smlouva o poskytování sociální služby .....	53
11.5	Předání informací .....	54
11.6	Adaptační proces .....	54
11.7	Individuální plánování .....	54
11.8	Ochrana práv osob .....	55
11.9	Dokumentace k IP .....	55

11.10	Kazuistika č.1 .....	55
11.10.1	Chybné řešení .....	56
11.10.2	Správné řešení .....	56
11.11	Kazuistika č. 2 .....	56
11.11.1	Chybné řešení .....	57
11.11.2	Správné řešení .....	57
12	Vzory formulářů pro vedení IP .....	58
12.1	Individuální plán klienta .....	58
12.2	Adaptační proces klienta .....	59
12.3	Záznam o průběhu dne klienta .....	60
12.4	Záznamový list .....	61
13	Návrh zavedení metodického pokynu do praxe .....	63
13.1	Pilotní ověření Metodického pokynu .....	63
13.2	Připomínkování a změny v metodickém pokynu .....	63
13.3	Vyhodnocení pilotního ověření .....	63
14	Vývojový graf .....	64
	Závěr .....	65
	Bibliografie .....	67



## **Seznam zkratk**

DZR – Domov se zvláštním režimem

IP – Individuální plán

SQ – Standardy kvality

KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

AAK – Augmentativní a alternativní komunikace

## Úvod

Sexualita seniorů je téma, které často zůstává v pozadí a je občas považováno za tabu. Avšak i v pokročilém věku má sexualita své místo a význam. V této bakalářské práci jsem se zaměřila na sexualitu a její projevy v domovech se zvláštním režimem.

Hlavním cílem této práce je pomoci metodického pokynu, seznámit pracovníky, jak se sexualitou seniorů v domovech se zvláštním režimem pracovat. Pochopitelně se sexualita vyskytuje i u lidí v seniorském věku, a to včetně těch, kteří žijí v domovech se zvláštním režimem.

Základem pro tvorbu metodického pokynu je provedená analýza potřebnosti, ze které vyplynula potřeba metodického pokynu na toto téma.

Při tvorbě této práce jsme vycházela z odborné literatury, výzkumných studií a zkušeností pracovníků, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem, a to napříč Českou republikou.

Důkladně jsem se seznámila s problematikou sexuality seniorů a snažila se získat co nejkomplexnější pohled na tuto oblast.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se zaměřila na teorie a metody sociální práce vhodné pro práci se seniory v DZR. Ukotvení v platné legislativě ČR a popis etických teorií a etických dilemat a problémů. Seznámení s pojmem stárnutí, životní potřeby, sexuality v seniorském věku, biologické změny a sociální aspekty. V praktické je analýza potřebnosti a samotný metodický pokyn, který pomůže pracovníkům v DZR kvalitně vést individuální plány klientů, předávat si informace v kolektivu, a to vše dle zákona č.108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

Toto téma je důležité, protože se týká kvality života seniorů a jejich práva na plnohodnotný a uspokojivý život i v pokročilém věku.

## **Abstrakt**

„Z pohledu personálu v sociálních zařízeních pro seniory a seniorky jde hlavně o to, že oni vůbec nevědí, jak to téma uchopit. Je to pro ně složité podobně jako paliativní péče. Téma sexualita a téma smrti jsou pro ně těžká témata a přístup personálu se značně liší. Často je pohled na tato témata ovlivněn především tím, co jsme v životě prožili, kde jsme vyrůstali a jak nás to formovalo v průběhu života. V případě sexuality je v tuto chvíli nejdříve potřeba nastavit jasné a jednotné postupy a metodiku.

Stále hodně lidí v sociálních službách se necítí na to téma sexuality řešit a nějakým způsobem ho otevírat, protože je to pro ně i osobně těžké. Takže jde o nepokryté téma, které některá zařízení příliš neřeší“.

## **Abstract**

„From the point of view of the staff in social facilities for the elderly and senior citizens, the main thing is that they don't know how to grasp the topic at all. It is complicated for them, just like palliative care. The topic of sexuality and the topic of death are difficult topics for them and the approach of the staff varies greatly. Often the view on these topics is influenced mainly by what we have experienced in our lives, where we grew up and how it has shaped us throughout our lives. In the case of sexuality, what is needed at this point is first to set clear and consistent procedures and methodology.

Still a lot of people in social services do not feel like addressing the topic of sexuality and opening it up in some way, because it is also personally difficult for them. So it is an uncovered topic that some facilities do not address much“

# 1 Co je Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem, dále jen DZR, je pobytová sociální služba poskytovaná osobám s chronickým duševním onemocněním nebo závislostmi, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc a péči jiného člověka. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. DZR jsou určeny pro osoby, které již nejsou schopny dalšího setrvání ve svém původním sociálním prostředí. Tyto domovy se zaměřují na poskytování služeb lidem se syndromem demence, nejčastěji s Alzheimerovou chorobou, alkoholikům nebo například lidem s psychiatrickým onemocněním. Služby poskytované v domově se zvláštním režimem jsou přizpůsobeny specifickým potřebám těchto osob a zahrnují základní činnosti při poskytování služby domov se zvláštním režimem, jako jsou například ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, sociální a psychologickou podporu, kulturní a volnočasové aktivity a další služby, které pomáhají zlepšit kvalitu života těchto osob. DZR poskytuje příjemné a bezpečné prostředí pro klienty s nízkou mírou soběstačnosti, pokročilou ztrátou paměťových a orientačních schopností, jako jsou lidé s různými typy demencí, včetně Alzheimerovy choroby. Poskytuje zázemí, které zahrnuje odbornou sociální, ošetrovatelskou a rehabilitační péči v laskavém, vlídném prostředí s respektem k jedinečnosti každého člověka, jeho potřebám a zájmům. Klientům je poskytována pomoc při zvládnutí běžných úkonů, prostorové orientaci, sociálním začleňování a podpora při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů. Denní a noční režim uživatelů služby není omezen, ale musí být v souladu s provozními možnostmi zařízení. Součástí poskytovaných služeb je také tvorba individuálního plánu uživatele. DZR poskytuje základní činnosti při poskytování služby, které jsou vymezeny v Smlouvě o poskytnutí služby sociální péče v DZR. Tyto služby zahrnují ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči, lékařskou péči, rehabilitaci, sociální a psychologickou podporu, kulturní a volnočasové aktivity a další služby, které pomáhají zlepšit kvalitu života těchto osob. Rozsah služeb poskytovaných v DZR se může lišit v závislosti na konkrétním zařízení a jeho specializaci. Všechna zařízení jsou určena pro osoby, které již nejsou schopny dalšího setrvání ve svém původním sociálním prostředí. Domov se zvláštním režimem spadá do oblasti poskytování sociálních služeb, které se řídí především zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dalším dokumentem, který zahrnuje ochranu práv všech skupin osob a občanů ČR včetně seniorů, je Listina základních práv a svobod. Tato ochrana práv je umocněna dodržováním standardů

kvality sociálních služeb při poskytování jakékoliv sociální služby. Poskytovatelem služby mohou být obce a kraje, nestátní neziskové organizace a MPSV na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Oprávnění poskytovatel získá rozhodnutím o registraci, která je povinná pro všechny subjekty, které provádějí činnosti odpovídající zákonu č. 108/2006 Sb. Žádosti o registraci vyřizuje spádový krajský úřad. Na registraci existuje právní nárok. Pokud žadatel splňuje stanovené podmínky, je příslušný správní orgán povinen registraci, resp. oprávnění udělit (§ č.50, zákona č.108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách).

## **1.1 Cílová skupina DZR a její specifika**

Cílovou skupinou jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§50 zákona č. 108/2006 Sb, zákon o sociálních službách).

## 2 Stáří a demence

Stáří je období v lidském životě, které následuje po středním věku a je spojeno s postupným stárnutím těla a často i s úbytkem fyzických a duševních schopností. Nejedná se sice o pokles schopností řešit problémy a nastalé situace, jejich řešení (adaptační proces) si však vyžaduje delší čas (str. 57, M.Vostrý, J.Veteška). Celkové zpomalení psychomotorického tempa je zcela jasně zátěžovou situací. V kontextu poskytování sociální péče se termín "stáří" často odkazuje na období, kdy lidé potřebují zvýšenou péči a podporu v důsledku pokročilého věku, tělesné nebo duševní nemoci či omezení. DZR poskytují právě takovou péči lidem, kteří vyžadují podporu v důsledku těžké závislosti, demence nebo jiných stavů spojených se stárnutím. Tyto zařízení mají za cíl poskytnout klientům důstojné a bezpečné prostředí a zázemí, které odpovídá jejich potřebám a umožňuje jim kvalitní život v pokročilém věku či při závažných zdravotních omezeních. Ve stáří je celkově zhoršena schopnost učit se novým věcem a schopnost řešit problémy pod individuálně nevhodným (zejména časovým) tlakem (str. 58, M.Vostrý, J. Veteška). Už samotné slovo demence je stresující pro mnoho lidí, především vyššího věku. Označuje závažný syndrom onemocnění mozkové tkáně, jehož podstatou jsou rozličné chorobné procesy. Většina forem demence postihuje populaci nad 60 let. Termín demence je odvozený z latinského de mens, tedy z předpony de, která značí „od-“, a ze slova mens, což znamená „mysl“. Výsledkem je tedy jakási „odmysl“, která označuje úpadek kognitivních funkcí jedince. Demence je syndrom, který vzniká následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, ačkoli vědomí přitom není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno nižší úrovní kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace (str. 81, M.Vostrý, J.Veteška). Demence je vážnou nemocí. Demence je spojena s pokročilým věkem, tělesnou nebo duševní nemocí či omezením. Demence může být způsobena různými faktory, jako jsou genetika, věk, životní styl, environmentální faktory a další. Postupně se demence projevuje v ztrátě paměti, snížení soběstačnosti, změnou v chování a potřebou specifické péče a podpory. DZR poskytují klientům důstojné dožití života, příjemné a bezpečné prostředí, nabídnout zázemí, když jsou všechny potřeby řešeny a lidem umožňují kvalitní život v pokročilém věku či při závažných zdravotních omezeních. Stárnutí je proces, který se projevuje chátráním těla a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu, hromaděním defektů v organismu a klesající schopností organismu defekty opravovat, nahrazovat vadné či odumřelé buňky novými.

## **2.1 Projevy stárnutí**

Projevy stárnutí lze rozdělit do fyziologických, psychologických a sociologických aspektů.

### **2.1.1 Fyziologické znaky stáří:**

Pokles fyzické zdatnosti

Stárnutí kůže – tvorba vrásek, povadlost kůže

Řídnutí vlasů, šedivost vlasů, zbělení vlasů

Slábnutí zraku

Usazování tuku v pase a na břicho – zpomalováním metabolismu

Řídnutí kostí

Úbytek mentální činnosti

### **2.1.2 Psychologické znaky stáří:**

Ztráta paměti a orientace

Snaha po samostatnosti a péči

Změna v chování a osobnosti

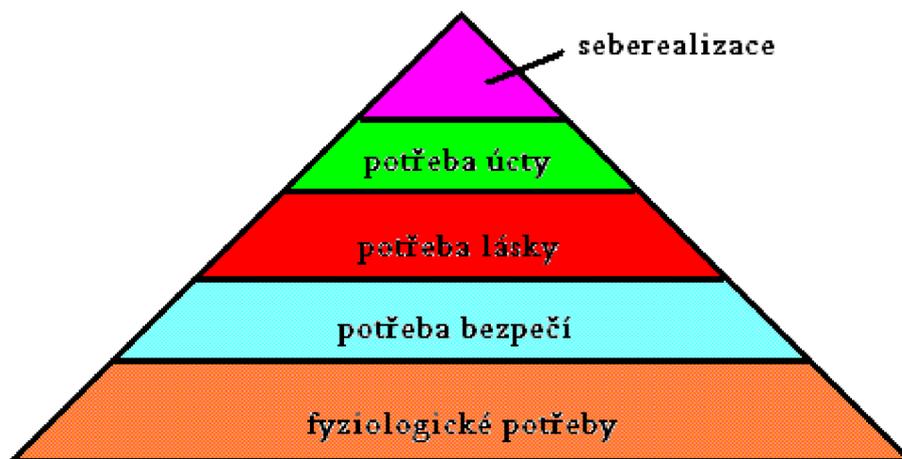
Apatie – snaha po odpočívání

### **2.1.3 Sociologické znaky stáří:**

Omezení v sociálních interakcích a komunikaci

Potřeba specifické péče a podpory

Veškeré lidské potřeby shrnul Maslow své pyramidě potřeb.



Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, co nás vede k činnostem, jimiž tuto potřebu uspokojíme. Pojem potřeba se ve starších teoriích označoval jako instinkt nebo pud. K osobám s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, trpělivý, empatický, komunikovat neverbálně, pokud je to pacientovi příjemné, tak i taktálně (hmatem). Nespěchat, respektovat jedinečnou, důstojnou lidskou bytost, nebát se ale společně také zasmát. Demence, je velmi rozšířený problém, který postihuje stále větší množství lidí v důsledku rostoucího věku a zlepšení medicínských postupů, které umožňují léčbu a prevenci tohoto onemocnění.

### 3 Sexualita ve stáří

Téma sexuality seniorů je důležité, ačkoli tato oblast často zůstává opomíjena a tabuizována. Přesto má velký vliv na kvalitu života seniorů. Zde jsou některé poznatky o sexuálních potřebách seniorů:

**Sexuální potřeby a vztahy:** I ve stáří mají lidé sexuální potřeby. Intimita a vztahy jsou stále důležité. Sex může sloužit jako prostředek k upevnování vztahů a pocitu blízkosti.

**Zdravý sexuální život:** Mnoho seniorů si svou sexualitu užívá i do pokročilého věku. Zdravý sexuální život je naplňující a pozitivně ovlivňuje fyzické zdraví a sebeúctu.

**Komunikace:** Personál v DZR by měl být informovaný o sexuálních potřebách seniorů. Je důležité, aby se s nimi o této tématice hovořilo a aby se jim poskytovala odpovídající podpora.

**Bariéry a postoje:** Personál se seniory téměř nehovoří o sexuálních potřebách. Pouze 12 % seniorů uvedlo, že s nimi personál na téma sexuality hovořil. Je důležité, aby personál byl informovaný, tolerantní a respektoval individuální potřeby seniorů.

Sexuální potřeby seniorů jsou součástí jejich celkového zdraví a kvality života. Je třeba, aby se tato problematika stala běžnou součástí péče o seniory.

Sex lze vnímat nejenom jako zdroj potěšení a zábavy, ale také jako určitý způsob pohybu. A pohyb je přece důležitý v každém věku – zpevňuje svalstvo celého těla. Také ostatní prospěšné účinky, které díky sexu získáváme, nejsou omezeny věkem. O čem mluvíme? Sex přispívá k psychické pohodě, protože se po něm vyplavují endorfíny. Tyto hormony nejenom bojují proti stresu, ale působí také proti únavě, a dokonce proti bolestem (například těm artritickým či revmatickým). Díky pohybu dochází ke zlepšení činnosti oběhového systému, funkce imunitního systému. Sex lze vnímat nejenom jako zdroj potěšení a zábavy, ale také jako určitý způsob pohybu. A pohyb je přece důležitý v každém věku – zpevňuje svalstvo celého těla. Také ostatní prospěšné účinky, které díky sexu získáváme, nejsou omezeny věkem. O čem mluvíme? Sex přispívá k psychické pohodě, protože se po něm vyplavují endorfíny. Tyto hormony nejenom bojují proti stresu, ale působí také proti únavě, a dokonce proti bolestem (například těm artritickým či revmatickým). Díky pohybu dochází ke zlepšení činnosti oběhového systému, funkce imunitního systému (Senioři a sex).

### 3.1 Sexuální projevy u seniorů

Sexualita je součástí lidské osobnosti a vyvíjí se společně s námi, jak rosteme a zrajeme. Sexualita se může lišit podle pohlaví, věku, zdravotního stavu, kulturního a sociálního prostředí. Sexuální život má pro starší lidi poněkud jiný význam než pro mladé. Nejde tak o vybití sexuálního napětí či o reprodukční funkci, jako o potvrzení a ujištění hodnoty vlastního těla, jeho vitality a zdatnosti. Je pravda, že určité tělesné změny u seniora mohou mít negativní dopad na jeho sexualitu, ale neplatí, že by ve stáří pohlavní styk provozován nemohl být a nebyl. Naopak je nutné říci, že pro seniory je pohlavní styk stále neoddělitelnou součástí jejich života (str.39, M. Vostrý, J. Veteška). Sexuální projevy u seniorů se mohou lišit v závislosti na fyzickém stavu, emocionálním stavu a zdravotních problémech daného jedince. Sexuální zdraví může ovlivnit celkové blaho a kvalitu života seniorů. Pokud se objevují nějaké sexuální problémy, je důležité se poradit s lékařem nebo sexuologem, kteří mohou pomoci identifikovat příčinu a navrhnout vhodné léčebné opatření. Sexuální orientace a identita jsou nedílnou a přirozenou součástí osobnosti každého člověka, bez ohledu na jeho věk. Seniori mají stejná práva a potřeby ohledně své sexuální orientace jako kdokoli jiný. Vzhledem k tomu, že stárnutí může přinášet určité výzvy, které mohou ovlivnit sexuální život jednotlivce, je důležité, aby starší osoby měly přístup k dostatečným informacím, podpoře a službám, které jim umožní udržovat zdravý a naplňující sexuální život. Je také důležité, aby seniori byli respektováni a chráněni před diskriminací a homofobií ve všech oblastech svého života, včetně péče v domově pro seniory. Podpora tolerance, respektu a inkluze je klíčem k tomu, aby seniori mohli žít šťastný a plnohodnotný život bez ohledu na svoji sexuální orientaci. Sexuální dotek je fyzický kontakt mezi dvěma lidmi za účelem sexuálního uspokojení nebo intimity. Může se jednat o doteky rukou, rtů, těla nebo genitálií. Je důležité respektovat souhlas a hranice druhé osoby při jakémkoli sexuálním dotyku. Sexuální styk je fyzická aktivita, která zahrnuje intimní kontakt mezi dvěma lidmi a je spojená se sexuálním vzrušením a potěšením. Může se jednat o různé formy sexuálního chování, jako je například pohlavní styk, orální sex, anální sex, nebo jiné formy sexuálního uspokojování. Sexuální styk je součástí intimního vztahu mezi partnery. Masturbace je normální a zdravá sexuální aktivita, kterou praktikuje většina lidí. Projevy masturbace u mužů se mohou lišit v závislosti na individuálních preferencích a preferovaných technikách.

Některé běžné projevy masturbace u mužů mohou zahrnovat:

Ruční stimulace penisu.

Stimulace dalších erogenních zón, jako jsou bradavky nebo varlata

Je důležité si uvědomit, že každý muž má své vlastní způsoby masturbace a není jediný správný způsob, jak ji provádět. Je také důležité, aby se masturbace nedělala na veřejných místech nebo v situacích, kdy by mohla být považována za nevhodné chování.

Masturbace je i součástí sexuálního života žen. Existuje mnoho způsobů, jak si žena může užívat masturbaci.

Použití prstů.

Použití hraček nebo předmětů denní potřeby

Některé ženy mají tendenci zkoumat své tělo a objevovat, co je jim příjemné a co je pro ně stimulující. Masturbace může být také způsobem, jak žena lépe pozná své tělo a získává větší sexuální sebevědomí. Projevy masturbace u žen mohou být různé, v závislosti na preferencích a potřebách jednotlivé ženy. Některé ženy si mohou užívat masturbaci jako způsob relaxace a uvolnění, jiné zase jako způsob dosažení orgasmu nebo vybití sexuální energie. Některé ženy preferují masturbovat ve svém soukromí, zatímco jiné se mohou cítit pohodlněji při společné masturbaci se svým partnerem. Důležité je, aby žena měla možnost svobodně rozhodovat o své sexuální aktivitě a aby se necítila provinile nebo trapně kvůli své masturbaci. Je důležité si uvědomit, že masturbace je zdravá a přirozená součást sexuálního života a není spojena s žádnými negativními důsledky pro zdraví.

## **4 Senioři a vztahy**

V předchozích kapitolách jsme se snažila objasnit projevy stárnutí, fyziologické a kognitivní. Senioři zůstávají osamocení ve svých domovech vztahy mezi rodinnými příslušníky se začínají omezovat na minimum. Vztahy se svými vrstevníky stejného nebo rozdílného pohlaví vyhasínají. Po příchodu do DZR je mu poskytnutá péče v takovém rozsahu, jakém potřebuje. Ocitá se mezi v prostředí, kde jsou jeho vrstevníci a byť začínají být omezené kognitivní funkce, tak si začíná budovat nové vztahy. Mezi svým spolubydlícím v pokoji. Mezi klienty, kteří mají stejné volnočasové aktivity, aktivizační programy. Vznikají vztahy mezi klientem a pracovníky v DZR. Zde je nutno striktně dodržovat pravidla uvedené SQ a platných Etických kodexech. K tomu všemu, ale patří vztahy mezi lidmi rozdílného pohlaví a zároveň stejného pohlaví. V rámci zachování kvality života člověka je ovšem nutné všechny tyto vztahy v rozumné míře podporovat a rozvíjet. Byť dochází ve změnách v kognitivní oblasti a senior začíná mít příznaky, které bývají typické pro jednotlivé fáze demence, je zde oblast, která je nenaplněná, a to oblast sexuality. Člověk, který má oblast sexuality nenaplněnou, bývá nespokojený agresivní, vulgární, má negativní postoj ke všem lidem okolo sebe nebo může být zamlklý, osamocený. Asi bychom mohli i jmenovat více takových reakcí člověka, ale nejvíce se setkáváme v s těmito reakcemi.

### **4.1 Vztahy s pracovníky v DZR**

Všichni pracovníci, kteří jsou zaměstnáni v DZR, ať to jsou sociální pracovníci, pracovníci přímé péče, zdravotní personál a technický personál. Jsou noví lidé, kteří se objevují v prostředí klienta DZR. S nimi přichází do úplně prvního kontaktu. Jsou to lidé, kteří patří mezi průvodce klienta jeho novým domovem. Tím pádem se zde vytvářejí ty úplně první vztahy v novém prostředí. Již jsem zmínila, že je nutné vše mít v souladu se SQ a platnými Etickými kodexy. Velmi lehce by mohlo dojít k situaci, kdy se klient zafixuje na určitého pracovníka a bude odmítat spolupráci s dalšími pracovníky.

Klient vyjadřuje potřebu blízkosti a zároveň tím si chce odstranit pocit osamění. Pracovníci musí jednat klientem, tak aby nedošlo k jeho ponížení, nevyvolali u něj pocit, že o něj nikdo nestojí.

## 4.2 Vztahy mezi klienty DZR

Další vztahy nově příchozí klient navazuje s ostatními klienty DZR. Jsou to klienti, kteří podnikají stejné volnočasové a aktivizační programy. V této úrovni si klienti budují vztahy nejprve se svým spolubydlícím. Pokud je u klienta už pokročilejší fáze demence, tak přicházejí na pomoc pracovníci, kteří tím, jak své klienty pozorují a vnímají jejich chování k ostatním klientům, dokážou předejít negativními chování klienta vůči jinému klientovi, a i naopak pokud klient projevuje pozitivní chování k jinému klientovi nebo klientce, tak se to snaží maximálně podporovat. Je, žádoucí podpora klienta v pozitivním chování vůči ostatním klientům, aby vznikla důvěra a pocit bezpečí mezi klienty. Projevy pozitivního a vlídného chování klienta se sexuálními potřebami mohou mít náznaky sexuálního chování, ze strany pracovníků je nutné rozlišit, zda se jedná o sexuální chování anebo jen o snahu se přátelit. Tady spolupracuje celý tým pracovníků a své postřehy si předávají navzájem. Klienti s demencí si ovšem neuvědomují, jak moc tyhle projevy zasahují do intimní oblasti druhého klienta. Vzhledem ke kognitivním změnám, vznikají vztahy mezi klienty stejného pohlaví a mohlo by se zdát, že klient, který tento vztah začíná rozvíjet, je homosexuální. Není tomu tak, klienti, kteří se nacházejí již v hlubší fázi demence se vracejí do vývojových stádií v dětství a zde mezi své kamarády řadili vrstevníky stejného pohlaví.

## 5 Práce se sexualitou v DZR z pozice sociálního pracovníka

Sociální pracovník v Domově se zvláštním režimem (DZR) má důležitou roli při péči o seniory. Zde je několik způsobů, jak může pracovat se sexuální problematikou seniorů:

- Rozhovory a podpora: Sociální pracovník může vést individuální rozhovory se seniory, aby zjistil jejich potřeby, obavy a přání týkající se sexuality. Může poskytovat emocionální podporu a informace o sexuálních otázkách.
- Rodinná spolupráce: Sociální pracovník může komunikovat s rodinou a přáteli seniorů, aby získal informace o jejich minulosti, zájmech a potřebách. Tato spolupráce může pomoci lépe porozumět sexuálním aspektům života seniorů. Plánování příchodu do instituce, sociální šetření v místě bydliště, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání seniora k pobytu, kontrakt s klientem.
- Zápisy do plánu péče: Sociální pracovník spolupracuje s pečujícím personálem a zapisuje do Individuálního plánu klienta relevantní informace o sexuálních potřebách a preferencích seniorů. Tím se zajistí, že péče je přizpůsobena konkrétním potřebám každého klienta. Vede dokumentaci a žádosti o dávky, důchodovou agendu, podávání žádostí o omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům, kontakt s úřady, vybavování záležitostí zemřelého, pozůstalostní agenda.
- Dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, práce se stížnostmi klientů, rodiny.
- Školení a vzdělávání: Sociální pracovník spolupracuje s vedením organizace a pořádá pravidelná školení s lektory pro personál, aby byli dobře informováni o sexuální problematice seniorů a mohli poskytovat kvalitní péči.

Je důležité, aby sociální pracovníci byli citliví na potřeby seniorů a respektovali jejich soukromí a důstojnost.

Z pohledu personálu v sociálních zařízeních pro seniory a seniorky jde hlavně o to, že oni vůbec nevědí, jak to téma uchopit. Je to pro ně složité podobně jako paliativní péče. Téma sexualita a téma smrti jsou pro ně těžká témata a přístup personálu se značně liší. Často je pohled na tato témata ovlivněn především tím, co jsme v životě prožili, kde jsme vyrůstali a jak nás to formovalo v průběhu života. V případě sexuality je v tuto chvíli nejdříve potřeba nastavit jasné a jednotné postupy a metodiku ([www.freya.cz](http://www.freya.cz)).

Stále hodně lidí v sociálních službách se necítí na to téma sexuality řešit a nějakým způsobem ho otevírat, protože je to pro ně i osobně těžké. Takže jde o nepokryté téma, které některá zařízení příliš neřeší.

## **5.1 Přijímání klientů do DZR**

Základní činností před přijetím klienta je sociální šetření v místě bydliště klienta. Zde je první kontakt s klientem, sociální pracovník při sociálním šetření zjišťuje, co vše klient zvládne v péči o svou osobu sám a v čem potřebuje podporu a pomoc. Výstup ze sociálního šetření slouží jako podklad při sepisování smlouvy s klientem, dále se podle něj sepisuje prvotní plán péče o klienta a zároveň slouží jako podklad pro individuální adaptační plán. Tento plán sepisuje sociální pracovník, klíčový pracovník a klient při nástupu do DZR. Tzv. adaptační proces je standardně stanovený na 3 měsíce, ale je možno jej zkrátit a hlavně prodloužit. Hodnocení probíhá během celého adaptačního procesu a dle něj se pružně mění plán péče i samotný individuální adaptační plán. Je nutná spolupráce sociálního pracovníka s klíčovým pracovníkem klienta a celým týmem (str. 181, O. Matoušek, P. Kodýmová, J. Koláčková).

## **5.2 Práce s rodinou klienta**

Spolupráce s rodinou klienta začíná již při sociálním šetření. Sociální pracovník se snaží maximálně zapojit rodinu do péče o klienta. Např. v doprovodu ke kadeřníkovi, na pedikúru nebo nákupy, procházky s klientem a doprovody k lékaři. Rodina má možnost klientovi uzpůsobit pokoj klienta, tak aby mu co nejvíce připomínal dosavadní bydlení. Toto přispívá k zájmu rodiny navštěvovat klienta a být s ním co nejvíce i nadále v kontaktu (str. 182, O. Matoušek, P. Kodýmová, J. Koláčková).

## **5.3 Adaptační proces a plán péče**

Prvotní plán péče vzniká již po provedeném sociálním šetření, které provádí sociální pracovník přímo v bydlišti seniora, který má zájem o sociální služby v DZR. Sociální pracovník předá plán péče určenému klíčovému pracovníkovi a v rámci adaptačního procesu společně spolupracují na jeho nutných úpravách (str. 181, O. Matoušek, P. Kodýmová, J. Koláčková).

## **6 Perspektivy, teorie a metody vhodné pro práci se seniory v DZR**

Sociální práce je dynamický obor, který se neustále vyvíjí a přizpůsobuje se potřebám společnosti a klientů. Perspektivy sociální práce jsou mnohostranné a zahrnují různé teorie a metody. V sociální práci se seniory s demencí se používají nejčastěji tyto perspektivy, teorie, metody a techniky sociální práce. Při práci se seniory, kteří projevují své sexuální potřeby je dle mého názoru nejvhodnější KBT.

### **6.1 Kritická sociální práce**

Tento proud klade důraz na boj proti opresi a diskriminaci. Je to perspektiva, která se snaží o změnu společenských struktur a systémů, aby byly spravedlivější a rovnostářštější. Kritická sociální práce se snaží o emancipaci a osvobození lidí od sociálních nerovností.

### **6.2 Humanistická a existenciální perspektiva**

Tato perspektiva se zabývá otázkami lidské existence, smyslu života a osobního rozvoje. Sociální pracovníci mohou využít existenciální analýzu k porozumění klientům a jejich životním situacím. Jedná se především o přístup orientovaný na klienta. Nejvýznamnějším autorem je Carl R. Rogers, který ovlivnil sociální práci. Vliv je ovšem nepřímý a působí zejména tam, kde se součástí pomoci stalo poradenství. Člověk je chápán jako osobnost a má právo na svoji důstojnost a rozvoj, jeho podstata je přirozeně dobrá, zaslouží si respekt. Člověk je schopen uvědomit si vlastní hodnoty. Člověk je schopen uspořádat a hodnotit své pocity, myšlenky a chování. Člověk je schopen se sám rozvíjet. Člověk je schopen konstruktivní změny. K humanistické tradici sociální práce patří i řada humanistických a terapeutických škol, které mají společné rysy. Pro sebeporozumění jsou podstatné vztahy k druhým lidem. Strach pramení ze ztráty druhých a z osamění. Pocity viny vznikají, když člověk není schopen kreativity. Svoboda a odpovědnost jsou klíčové charakteristiky lidského bytí. Existenciálně laděná sociální práce je primárně orientovaná na individuální práci s klientem, ale předpokládá se, že sociální pracovník chápe problém svých klientů ve společenské a politické souvislosti, ale nesnaží se o politickou změnu. Tento model formulovali Breakwel a Rosety, na toto pojetí měla vliv zejména teorie rolí, etiketizační teorie a další oblasti sociální psychologie. Klade se v něm důraz na to, jak se mezi lidmi vytvářejí vztahy a jak jsou vztahy modifikovány v rozmanitých sociálních situacích. Jsou probírány otázky identity, stigmatizace, skupinového chování, teritoriality, sociální a osobnostní změny. Tyto modely mají styčné plochy s

Rogersovým pojetím práce s klientem, zážitkovými technikami a výcvikem sociálních mikrovedností (str. 24-25, O. Matoušek).

### **6.3 Systemický přístup**

Sociální práce není izolovaná činnost. Spolupracuje se s různými aktéry, organizacemi a systémy. Zahrnuje také práci s rodinami, komunitami a institucemi. Systemický přístup – jeden z hlavních trendů v humanitních vědách. Nabízí ucelený pohled na člověka a společnost, která nabízí nové možnosti, jak zacházet se sociálními a psychosociálními jevy v éře, která je charakterizována jako postmoderní. Každý člověk je plně zodpovědný za to, jaký svět vytváří a nabízí ostatním ke sdílení. Každý člověk potřebuje ostatní lidi pro upevnění svého vlastního světa. Nelze-li se již opřít o objektivní realitu jako zdroj jistoty a toho co nás vede ke správnému výkladu událostí a jevů, objevuje se naléhavá potřeba přísné a přesné reflexe našeho vlastního jednání. Pro sociálního pracovníka je velmi často důležité, aby zprostředkoval dohodu mezi velmi různými představami klientů zúčastněných v nějaké obtížné situaci.

### **6.4 Antiopresivní přístupy (antidiskriminační)**

Jsou namířené proti znevýhodňování a utlačování, vedou k předcházení výbušným sociálním problémům. Nelze popsat jednou definicí. Tady patří genderová oprese, etnocentrismus, ageismus, zdraví vůči nemocným.

Spravedlnost – oblast práva

Rovnost není stejnost

Spoluúčast – zapojení klienta

Uschopnění (osvojení dovedností – nebere v úvahu širší kulturní a strukturální kontexty)

Zmocňování jde dál – užití legitimní síly vůči diskriminaci a opresi.

### **6.5 Kognitivní terapie**

Kognitivní terapie se zaměřuje na zpracování informací nervovou soustavou a více než na vnější podněty se zaměřuje na vnitřní podněty (str. 17, O. Matoušek). Pracuje s kognitivními omyly= dysfunkční pesimistické myšlení, které vede k depresi.

### **6.5.1 Techniky kognitivní terapie**

- Odvedení pozornosti – odvedení pozornosti od problému a zaměření na soustředěnou činnost
- Zastavení myšlenek – STOP forma – pokud má klient špatnou myšlenku, tak se sám v duchu okřikne nebo při terapii toto provede terapeut (str.74, S. Kratochvíl).

## **6.6 Behaviorální terapie**

Behaviorální terapie je terapeutický postup, který se zabývá porozuměním a změnou lidského chování. Cílem je poskytnout lidem nástroje a dovednosti, které jim pomohou řešit potíže a zlepšit jejich každodenní život. Behaviorální psychoterapie se prokázala jako účinný způsob, jak se pokusit řešit různé psychologické problémy. Studie ukazují, že účinnost behaviorální terapie může být podobná účinnosti léčby léky. Studie také ukazují, že behaviorální terapie může být účinnější než léčba léky při léčbě některých forem deprese. Behaviorální psychoterapie je efektivní způsob, jak se vyrovnat s různými emocionálními a psychickými problémy. Je to forma psychoterapie, ve které jsou používány různé techniky, aby se pacient naučil vyrovnat se s problémy, s nimiž se potýká. Používá se k identifikaci a modifikaci myšlenek, pocitů a chování, které mohou způsobovat problémy. Je to skvělá metoda pro lidi, kteří se snaží zvýšit svoji sebeúctu, zvládnout svou úzkost, bojovat s depresí, překonat návyky nebo bojovat s psychosomatickými problémy (str.61, S.Kratochvíl).

### **6.6.1 Základní principy behaviorální terapie**

- Klasické podmiňování – chování je podmíněno opakující se dřívější zkušeností a je ovlivněno podněty z vnějšího prostředí.
- Operantní podmiňování – podporuje se jen žádoucí chování, které vede k příjemným následkům = odměně.
- Observační podmiňování – učení se napodobováním, vnímáme chování druhých a jeho důsledky.

### **6.6.2 Základní techniky behaviorální terapie**

- Technika drobného kroku – postupné navyšování náročnosti úkolů.
- Sledování činností – časový záznam aktivit.
- Technika hraní rolí – nacvičování situací.

- Sebeodměňování – za zvládnutý úkol si klient sám zvolí svou odměnu.
- Technika zaplavení – záměrné vystavení obávaným podnětům.
- Vyhasínání – vymizení chování, které není odměňováno.
- Řetězení a zpětné řetězení – spojení různých nebo stejných úkolů a činností, které jdou za sebou (str. 68, S.Kratochvíl).

## 6.7 Kognitivně-behaviorální teorie

Zaměřuje se na konkrétní chování jednotlivce v kontextu jeho prostředí. Nezabývá se vnitřními motivy chování, jež je podněcováno vlivy prostředí. Cílem behaviorální terapie je změna chování, které brání klientovy v úspěšném a samostatném fungování. Snížení intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které působí klientovi či jiným lidem potíže. Vytvoření nových dovedností. Zvýšení intenzity, frekvence nebo trvání takového chování klienta, jehož absence nebo nedostatečnost působí klientovi či jiným lidem potíže. Centrálním pojmem behaviorální teorie je učení. Rolí sociálního pracovníka je umožnit klientovi získat žádoucí zkušenosti a vytvořit bezpečné prostředí pro nacvičení potřebných dovedností. Je důležité si uvědomit, že tyto perspektivy nejsou izolované, ale často se prolínají a obohacují. Kognitivně-behaviorální terapie je směr, jehož obrysy se začaly vytvářet v sedmdesátých letech 20. století. Název naznačuje, že je to kombinace či integrace historicky předcházejících přístupů, behaviorálního a kognitivního (str.77, S.Kratochvíl).

## 6.8 Základní techniky KBT

KBT využívá techniky jak behaviorální terapie, tak z kognitivní terapie a kombinuje je dle aktuální potřeby. K hlavním rysům patří (str. 78, S. Kratochvíl):

- Krátkodobá a časová omezenost.
- Otevřená a aktivní spolupráce mezi terapeutem a klientem.
- Zaměření na přítomnost.
- Zaměření na konkrétní problémy.
- Zaměření na to, co je pozorovatelné a vědomé.
- Stanovení konkrétních a funkčních cílů.
- Směřování k soběstačnosti klienta, procvičováním získává dovednosti, zvládá situace a zvyšuje si pocit vlastní zdatnosti.
- Sbírání konkrétní fakta.

Nedílnou součástí KBT, je kognitivně-behaviorální vyšetření (assessment) – přesná diagnostika současných způsobů myšlení a chování.

KBT, nám přináší změnu atribucí a naučený optimismus, sebeinstrukční trénink, zvládání situací a řešení problémů (str. 79, S.Kratochvíl).

- Atribuce – snaha klienta o vysvětlení pozorovaného jevu.
- Sebeinstrukční trénink – spočívá v tom, že klient si duchu říká tvrzení, kterými ovlivňuje své chování.
- Trénink očkování proti stresu – záměrné vystavování se rizikovým situacím pro klienta. (str.80, S. Kratochvíl).
- Trénink v řešení problémů – rozčlenění problémů na několik kroků a poté hledání nejvhodnějšího řešení.

Při sociální práci se seniory trpící demencí, nejčastěji využíváme prvky behaviorální terapie a KBT, které nám pomáhají udržet zachované dovednosti, max. vytížení mentální kapacita – televize, tisk, trénink paměti, reminiscenční terapie, např. canisterapie (terapie se psem).

## **6.9 Rehabilitace kognitivních funkcí**

Prvořadým cílem zmiňovaných cviků je zejména zlepšit jednotlivé schopnosti seniora a omezit komplikace, které se mohou s nemocí jako třeba Alzheimerovou chorobou vyskytovat. Důležitým předpokladem samotného procesu je navázat komunikaci s klientem – na té závisí mnoho a v praxi je považována za velmi problematickou, jelikož získat si důvěru klienta stojí mnoho úsilí. Ke správné spolupráci taktéž musíme zvolit vhodnou motivaci, kterou na klienta působíme. Ne vždy je lehké klienta dostat do stavu, kdy je ochoten, a hlavně schopen s námi spolupracovat. Vhodně zvolenou motivací však můžeme klienta dostatečně stimulovat, a poskytnout mu tak možnosti individuální či skupinové terapie.

Zpočátku se zaměřujeme na cvičení krátkodobé paměti, ale nesmíme zapomínat ani na paměť dlouhodobou, která u osob s demencí zůstává poměrně dlouho neporušena. Dále se zaměřujeme také na oblast sluchovou a zrakovou (ve všech těchto oblastech klienta stimulujeme např. za využití moderních technologií či jiných kompenzačních pomůcek). Správně zhodnocený aktuální stav seniora, především jeho kognitivní oblasti (zjišťujeme pomocí standardizovaných testů), umožňuje vybrat přiměřený rozsah péče v tom smyslu, že jsme schopni se zaměřit na problémové oblasti narušených složek kognitivních funkcí, které jsou velmi individuální. Snažíme se o to, aby si klient sám určil, co chce primárně procvičovat

tím se stává de facto svým vlastním trenérem. Jedinci, kteří prodělali např. cévní mozkovou příhodu nebo jsou v určitých fázích demence, mnohdy volí tuto formu terapie především z toho důvodu, že se zaměřují na složky kognitivních funkcí, kde sami cítí, že je potřeba více stimulace. Výhodou pro nás je, že klienty vedeme k tomu, aby si deficit uvědomovali a dokázali s ním pracovat (str.128, M. Vostrý, J. Veteška).

### **6.9.1 Komunikační terapie a přístupy:**

- Augmentativní a alternativní komunikace (AAK): AAK se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažným postižením řeči, jazyka a psaní. Augmentativní (z lat. augmentare – rozšiřovat) systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. Mezi významné pomůcky v AAK patří piktogramy jsou maximálně zjednodušená zobrazení předmětů, která se používají v běžném životě (str.138, M. Vostrý, J. Veteška). Jsou to neverbální informace, jejichž cílem je rychlá orientace tam, kde by slovní vyjádření mohlo být překážkou k porozumění. Používají se například v dopravě či nemocnicích. Piktogramy jsou jazykový program, který umožňuje rozvoj řeči i komunikaci osobám s mentálním či vícenásobným postižením. Používají se převážně v případech, kdy není jedinec schopen dekódovat písmo. S jejich pomocí je možné předávat instrukce, varování či příkazy. Uživatelé mohou pomocí piktogramů sdělit svému okolí své pocity, zážitky a potřeby, stávají se aktivními ve vzdělávacím procesu. Použití piktogramů jim napomáhá při rozhodování a umožní jim zúčastnit se konverzace v situacích, kde dříve byli pouze pasivními posluchači (str. 139, M. Vostrý, J. Veteška). Piktogramy, které jsou vhodné pro práci se seniory v DZR, označíme pokoje, toaletu, jídelnu, ale věci denní potřeby.
- Při rehabilitaci kognitivních funkcí používáme cvičební jednotky. Cvičební jednotky jsou klíčovým prvkem ve fyzioterapii a zaměřují se na různé aspekty zdravotního cvičení. Můžeme cvičební jednotky rozdělit podle kategorií, které chceme s účastníky trénovat:
- Úbytek paměťových funkcí: Cviky jsou zaměřeny na opětovné vybavování si dovedností a procvičování jemných manipulačních dovedností. Cviky se soustředí na pozitivní prožívání úkolů a posilování motivace.

- Narušení vnímání: Zaměření cviků je především na rozpoznávání předmětů, jejich hmotnosti, povrchu a dalších vnějších faktorů.
- Poruchy řeči: Dochází ke stimulaci verbální komunikace.
- Poruchy motivace: Cvičení probíhá v malých skupinách, kde je důraz kladen na důležitost cvičení a psychickou a fyzickou stránku člověka.

Výsledkem těchto cvičebních jednotek je udržení a rozvoj pozitivních vlastností a návyků, jako je pozornost, paměť a koordinace. Motivace je klíčovým faktorem, a proto cvičení často probíhá v přátelském prostředí, kde se podporuje zdravý životní styl (str. 143, M. Vostrý, J. Veteška).

## 7 Sociální politika

Příprava na stárnutí populace a demografické změny se týkají všech oblastí lidského života a je potřeba na ní reagovat, tak aby zajistila důstojný život ve stáří.

Populace stárne je zapotřebí včas reagovat na tuto situaci. Mění se složení obyvatelstva a klesá porodnost. Je nutné komplexní přístup k systému veřejné politiky. Lidé prožívají delší život vlivem lepší zdravotní péče, sociálním rozvojem společnosti, lepšími životními a pracovními podmínkami.

Hlavním koordinátorem politiky stárnutí je MPSV, které tvoří:

- Strategické dokumenty politiky stárnutí
- Zasedání Rady státu pro seniory a stárnutí populace
- Politika stárnutí na krajích zahrnuje: konference, pořádání mezinárodních konferencí
- Spolupracuje v rámci EU

Současní senioři a jejich život a zájmy se vlivem společnosti mění a měnit určitě bude.

Přibývá seniorů, kteří jsou ve stáří aktivní. Představy o seniorovi, který byl plně odkázaný na pomoc a podporu společnosti, začínají mizet. A proto je nutné včas reagovat.

Hlavní činnosti Rady státu pro seniory je tvorba podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a stáří v ČR. Zapojení seniorů do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti vlivem demografického vývoje. Zasedá minimálně 3x ročně.

Dále existuje Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí.

Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025.

V letech 2017-2022 ve spolupráci s ESF proběhl projekt Politika stárnutí na krajích. Byl zaměřený na podporu politiky stárnutí. Cílem projektu bylo začlenit agendu přípravy na stárnutí do strategických a rozvojových dokumentů krajů, metodická podpora implementace politiky stárnutí na úrovni krajů. Projekt byl ukončen 30.6.2022. Projekt byl prodloužený a analýzy a výstupy a nyní slouží jako souhrn doporučení pro MPSV pro řešení financování dlouhodobé péče v sociálních službách ČR.

## **7.1 Funkce sociální politiky**

Funkce sociální politiky, které nejvíce uplatníme při sociální práci se seniory, jsou tyto:

- Ochranná funkce – která spočívá v ochraně seniorů, před sociálně nepříznivou situací, zde patří starobní důchod, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení, příspěvek na zvláštní pomůcku.
- Preventivní funkce – formou edukačních kurzů učí seniory, jak se bránit vzniku nepříznivé sociální situace. Zde je nutné začít s edukací již v brzkém věku člověka.

## **7.2 Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravuje nejen podmínky, za kterých je poskytována pomoc a podpora osobám v nepříznivé životní situaci, ale i výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Osoby, které jsou závislé na pomoci jiných fyzických osob, mají za splnění zákonem stanovených podmínek nárok na poskytnutí příspěvku na péči. Zákon stanoví, za jakých podmínek je vyplácen, jaká je jeho výše, kdy může dojít jeho zvýšení, jak se vyplácí, jaké povinnosti má žadatel o příspěvek, jak probíhá řízení o příspěvku, jak se kontroluje jeho využívání apod. Sociální služby se skládají ze sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Zákon jednotlivé druhy služeb definuje a upravuje podmínky, za kterých jsou poskytovány. Dále zákon definuje, jakým způsobem probíhá inspekce poskytování sociálních služeb a jejich financování. Určuje, která chování lze označit jako přestupky proti zákonné úpravě. Věnuje se také tomu, jaké předpoklady a vzdělání má mít sociální pracovník pro výkon svého povolání, jaké jsou předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a jak probíhá akreditace vzdělávacích zařízení a programů pro sociální pracovníky.

## **7.3 Standardy kvality péče v DZR**

V sociální práci je nutné mít zásady a normy, kterými se řídíme. Ty nám poskytují Standardy kvality (SQ) sociálních služeb doporučené MPSV a od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího/ předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. SQ platí pro všechny typy a druhy služeb, které lze (dle definice) považovat za sociální služby. Jsou souborem měřitelných kritérií (str. 55, M. Bednář).

SQ sociálních služeb nejsou systémem řízení kvality, ale pravidly a principy poskytování sociálních služeb a zejména měřítky pro hodnocení (str. 56, M. Bednář).

Pro zpracování metodiky Sexualita klientů s demencí v DZR, jsou stěžejní SQ 1, SQ 2, SQ 3, SQ 5 a SQ 6. Konkrétním SQ se věnuji v dalších kapitolách.

## **7.4 SQ 1 cíle a způsoby poskytování sociálních služeb**

Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována (str. 56, M. Bednář).

Cíle musí být S.M.A.R.T.:

- Specifické.
- Měřitelné.
- Akceptovatelné.
- Reálné.
- Termínované.

Zákon o sociálních službách v §2 odst.2, stanoví základní zásady.

- Rozsah a forma pomoci a podpory zachovává lidskou důstojnost.
- Vychází z individuálních potřeb osob.
- Podporuje rozvoj samostatnosti.
- Motivuje k překonání nepříznivé sociální situace.
- Posiluje sociální začleňování osob.
- Sociální služby musí být poskytované v zájmu osob a v náležité kvalitě takovým způsobem, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108/2006 Sb.).

### **7.4.1 Kritérium 1 b**

Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální služby, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace. Úkolem sociálních služeb, pracovníků, je zvyšovat schopnost sebeurčení, např. učením, tréninkem, klienty motivovat (str. 63, M. Bednář).

#### **7.4.2 Kritérium 1 c**

Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje.

#### **7.4.3 Kritérium 1 d**

Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterým by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Je nutné vždy identifikovat situace, podle kterých je možnost stigmatizace klientů sociálních služeb a aktivně těmto situacím předcházet.

### **7.5 SQ 2 Ochrana práv osob**

Poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení práv osob dojde. Východiskem SQ je LISTINA LIDSKÝCH PRÁV A SVOBOD, která je součástí našeho právního systému pod čísle, 2/1993 Sb (str. 67, M. Bednář). Ochrana práv klientů sociálních služeb je základní povinností a měřítkem kvality.

Poskytovatel musí mít identifikovány situace možného porušení práv klientů a stanovit opatření, aby k těmto situacím nedocházelo.

Rizikové oblasti porušení práv klientů:

- Osobní svoboda.
- Použití restriktivních opatření.
- Tělesná integrita.
- Listovní tajemství.
- Nedotknutelnost obydlí.
- Respektování osobní vůle klienta.
- Rodinný život.
- Právo na svobodnou volbu.
- Ochrana osobních údajů.
- Opatření omezující pohyb.
- Ochrana před zneužíváním.
- Svobodná volba lékaře.
- Právo na odpovědnost a přiměřené riziko.

### **7.5.1 Kritérium 2 b**

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Situace střetů zájmů bývají v praxi velmi často zaměňovány za porušení práv klientů. Poskytovatelé je neumějí odlišit, navzájem rozpoznat. Přitom jde o něco zcela jiného. Rozpoznávacím znakem je to, že se jedná o situace, v nichž mají „právo“ obě strany. Toto právo je z hlediska obou stran legitimní/oprávněné. Těmto situacím většinou nelze předejít, mají být ale jasná pravidla, jak v nich bude postupováno, čím se budou pracovníci řídit.

### **7.5.2 Kritérium 2 c**

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Přijímat dary, resp. pozornosti není zakázáno, ale musí existovat kontrola, resp. pravidla, která zabrání korupci v nejrůznějších slova smyslech (kupování výhod, pozornosti, času, přízně, ...). Jde o ochranu organizace, zaměstnanců i uživatelů.

## **7.6 SQ 3 Jednání se zájemcem o službu**

### **7.6.1 Kritérium 3 a**

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel postupuje.

### **7.6.2 Kritérium 3 b**

Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.

### 7.6.3 Kritérium 3 c

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel postupuje.

## 7.7 SQ 5 Individuální plánování průběhu sociální služby

Klíčovým prvkem plánování je definování žádoucí změny v životě člověka a následná konkretizace termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu (uživatele služby, poskytovatele a případně další zúčastněné). Základním prvkem kvality sociální služby je služba tzv. „na míru“.

Povinnost individuálně plánovat nelze zredukovat na existenci individuálního plánu. I když výsledný plán je důležitým důkazem o naplňování tohoto požadavku, samotný proces poskytování plánovité, individuálně nastavené služby je ještě důležitější.

V procesu plánování je úkolem poskytovatele s maximální účastí uživatele naplánovat cestu k dosažení stanovených cílů. Jde tedy o kontinuální, záměrný, strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky (prostředky), jimiž je možné dosáhnout požadované změny. Pomocí individuálního plánování se předchází nahodilostem či možným rizikům, zároveň individuální plány zajistí pozornost věnovanou všem uživatelům. Bez individuálního plánování podloženého důkladnou dokumentací není možná kontrola kvality a efektivity služby. Proces individuálního plánování se musí řídit písemnými pravidly, písemně musí být zpracovány i individuální plány, jejich vyhodnocení a záznamy o průběhu služby. Služby je potřeba poskytovat na základě individuálně určených potřeb, přání a schopností, které jsou zachyceny procesem zvaným individuální plánování. Individuální plánování musí směřovat k tomu, aby lidé mohli žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný, aby mohli být součástí společnosti – pracovat, vzdělávat se atd. tam, kde ostatní lidé. Klíčovým prvkem plánování je definování žádoucí změny v životě člověka a následná konkretizace termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu (uživatele služby, poskytovatele a případně další zúčastněné). Základním prvkem kvality sociální služby je služba tzv. „na míru“. Bez individuálního plánování podloženého důkladnou dokumentací není možná kontrola kvality a efektivity služby. Proces individuálního plánování se musí řídit písemnými pravidly, písemně musí být zpracovány i individuální plány, jejich vyhodnocení a záznamy o průběhu služby.

### **7.7.1 Kritérium 5 a**

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

### **7.7.2 Kritérium 5 b**

Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

### **7.7.3 Kritérium 5 c**

Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

### **7.7.4 Kritérium 5 d**

Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám (str. 83, M. Bednář).

### **7.7.5 Základní principy individuálního plánování služby**

- Co je s klientem dohodnuto, to je mu poskytováno a naopak.
- Co je poskytováno, vychází ze skutečných potřeb a osobních cílů klienta.
- Aktivně jsou zjišťovány předpoklady a schopnosti člověka v podmínkách společenského života. Do popředí se dostávají jeho vlohy a silné stránky (na čemž lze stavět). Plán se zaměřuje na odlišné životní zkušenosti, namísto menšího výkonu.
- Při plánování služby se vychází především ze schopností, možností a zdrojů klienta (jako opak neschopnosti a potřeby úplné péče).
- Služba se plánuje společně s klientem. Posiluje se aktivní účast klienta a lidí, kteří ho nejvíce znají. Důležitou roli hrají neformální zdroje (rodina, přátelé, sousedé apod.).
- Neměly by být zaměňovány profesionální cíle (zlepšit motoriku) za cíle klientů (naučit se telefonovat). Užívá se spíše přirozený jazyk než profesionální terminologie.

- Definují se žádoucí změny v životě člověka, příp. uspokojení jeho potřeb. Vychází se z přání a potřeb člověka, nikoli z možnosti stávajících programů poskytovatele.
- Plány se přehodnocují, klient má možnost měnit své osobní cíle.
- Plány obsahují termíny plnění a musí být vyhodnotitelné.
- Za plánování jsou odpovědní konkrétní pracovníci zařízení.
- V zařízení je zaveden systém sdílení informací o plánech a o průběhu poskytování služeb jednotlivým klientům.
- Cíle jsou klienta, ne pracovníka, pracovník s klientem pracuje na jejich dosažení.
- Individuální plánování nesmí být formální! (str. 85, M.Bednář)

Optimální, ale poměrně výjimečná, je situace, když uživatel dokáže jasně specifikovat své přání, zakázku. Mnozí to neumí a někteří uživatelé verbálně, a leckdy ani neverbálně nekomunikují. I u nich je však potřebné průběh a obsah služby naplánovat.

U lidí, kteří z důvodu příliš těžkého postižení nemohou, příp. nechtějí sami formulovat, jak se má změnit jejich situace, je role poskytovatele při stanovování cíle či cílů širší. Může se to týkat také uživatelů, kteří nejsou schopni nést odpovědnost za svá sdělení. V tom případě je iniciativa na pracovnících a lidech, kteří jsou člověku blízcí. Jejich úkolem je nejdříve porozumět životní situaci uživatele služby. To mnohdy vyžaduje nejdříve navázat s člověkem kontakt a komunikaci s použitím specifických metod práce (např. bazální stimulace nebo preterapie pro navázání kontaktu a augmentativní a alternativní formy komunikace); zjistit potřeby člověka, který nekomunikuje a nedokáže je vyslovit, je možné!

#### **7.7.6 Nejčastější nedostatky aneb jakých chyb se vyvarovat**

- Individuální plány jsou formální.
- Obsah individuálního plánu zná pouze klíčový pracovník. Ostatní zaměstnanci se na jeho naplňování nepodílí.
- Individuální plán nenavazuje na smlouvu, poslání či cíle organizace.
- Pracovníci nemají potřebné kompetence, tvrdí, že individuálně plánovat není možné.
- Individuální plánování je věcí klienta, pokud to odmítá, neplánuje se.
- Přílišná byrokratizace, včetně neustálého podepisování klientů, navíc i těch, u kterých to zjevně nemá žádný význam.
- Plánuje se kvůli plánům (kvůli inspekci), aniž by to mělo odpovídající efekt pro klienta.

## **7.8 SQ 6 Dokumentace o poskytování sociální služby**

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje. Dokumentaci o poskytování sociální služby tvoří velmi rozsáhlý soubor vnitřních norem, aplikačních aktů, pokynů, zásad, pravidel, metodických postupů, plánů, rozhodnutí, zápisů, hodnocení a řady dalších materiálů nejrůznějších forem a názvů. Všechny tyto interní nástroje obsahují množství informací, které ve svém souhrnu tvoří dokumentaci o poskytované sociální službě.

## 8 Etika v sociální práci

Etika je dynamický proces a vaše hodnoty se mohou vyvíjet. Důležité je, abyste byli otevření a ochotní se učit a přizpůsobovat se novým situacím a informacím.

Jaké jsou etické teorie v sociální práci?

Etické teorie v sociální práci jsou různé filozofické přístupy, které pomáhají sociálním pracovníkům rozumět a řešit etická dilemata ve své práci.

Zde jsou některé z těchto teorií:

**Deontologie:** Tato teorie klade důraz na dodržování určitých pravidel a povinností. Sociální pracovníci se řídí určitými etickými normami a principy, bez ohledu na důsledky.

**Utilitarismus:** Utilitarismus se zaměřuje na dosažení největšího možného dobra pro co největší počet lidí. Sociální pracovníci se snaží maximalizovat pozitivní důsledky svých činů.

**Etika péče:** Tato teorie zdůrazňuje vztahy a péči o druhé. Sociální pracovníci se snaží jednat tak, aby respektovali potřeby a pocity klientů.

**Ctnostní etika:** Tato teorie se zaměřuje na rozvoj ctností a charakteru. Sociální pracovníci se snaží jednat v souladu s ctnostmi jako je laskavost, spravedlnost a odvaha.

**Feministická etika:** Tato teorie zkoumá genderové aspekty etiky. Sociální pracovníci se snaží brát v úvahu genderové nerovnosti a specifické potřeby žen.

**Kritická etika:** Kritická etika se zaměřuje na strukturální nerovnosti a systémové problémy. Sociální pracovníci se snaží o změny ve společnosti, které by vedly k větší spravedlnosti.

Každá z těchto teorií poskytuje různé perspektivy na etiku a pomáhá sociálním pracovníkům při rozhodování v náročných situacích.

V práci se sexualitou seniorů v DZR, bychom se měli řídit etikou péče a deontologickou etickou teorií. Je potřeba jednat s klienty, tak abychom respektovali jejich potřeby, práva a zároveň jednali podle etických kodexů a podle zákonů.

### 8.1 Etické kodexy v sociální práci

V oblasti sociální práce existuje několik etických kodexů, které slouží jako směrnice pro profesionální chování sociálních pracovníků.

Zde jsou některé z nich:

**Etický kodex sociálního pracovníka České republiky:** Tento kodex stanovuje pravidla a zásady, kterými by se měli řídit sociální pracovníci v České republice. Obsahuje principy jako lidská důstojnost, sociální změna a sociální rovnost. Etický kodex sociálních pracovníků České

republiky (dále jen kodex) vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky (APSSCR), ze Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce. Závazek k respektování etiky sociální práce je základním aspektem kvality výkonu sociální práce. Etické povědomí je zásadní a neoddělitelnou součástí profesní činnosti každého sociálního pracovníka. Hlavním cílem kodexu je snaha o naplnění sociální práce, tak jak je uvedena v mezinárodní definici.

Mezinárodní etický kodex sociální práce byl přijat Mezinárodní federací sociálních pracovníků (IFSW) v roce 2004. Stanovuje zásady etiky sociální práce na mezinárodní úrovni a klade důraz na lidskou důstojnost, sociální změnu a rovnost.

Mezinárodní federace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce (IFSW/IASSW) z roku 2014. Kromě toho kodex upravuje pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke:

- klientovi sociální služby;
- zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci;
- kolegům v sociální práci
- profesi

## **8.2 Etická dilemata**

Sociální pracovník se při své práci setkává s různými etickými dilematy vyvstávajícími ze samotné podstaty sociální práce, která pro něj vytváří situace. Musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i rozhodovat. Eticky uvažuje při sociálním řešení, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správných postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledku na klientův život. Je důležité, aby sociální pracovníci měli pevný etický základ a byli schopni se s těmito dilematy vyrovnat tak, aby jednali v nejlepším zájmu svých klientů a dodržovali profesní standardy.

**Důvěrnost a soukromí klientů:** Sociální pracovníci mají povinnost chránit soukromí a důvěrnost svých klientů. Etické dilema může nastat, když je třeba rozhodnout, zda sdílet informace o klientovi s jinými profesionály nebo orgány, například v případě ohrožení života nebo zneužívání.

Kultura a hodnoty: Sociální pracovníci pracují s různými kulturami a hodnotami. Etické dilema může vzniknout, když jsou hodnoty klienta v rozporu s profesními standardy. Například v případě, kdy klientova kultura podporuje něco, co je v rozporu s právními předpisy. Při projevech sexuality v DZR, je velmi častým problémem neschopnost pracovníků adekvátně reagovat na vzniklou situaci, v nastalé situaci, dochází k ponížení klienta, k necitlivému jednání s klientem, k úniku informací z kolektivu pracovníků. Aby nedošlo k opětovnému opakování situace, požadují pracovníci navýšení medikace, aby klient již nadále neměl sexuální potřeby. Toto je všechno základ pro etická dilemata a je nutné s tím pracovat, tak aby pracovníci uměli pracovat dle etických kodexů.

### 8.2.1 Příklady etických dilemat v praxi

- Klient měl potřebu masturbace, ovšem ve stádiu demence již není orientovaný místem a časem a svou potřebu prováděl ve společné jídelně, kde byli i ostatní klienti. Klienta viděla PSS, která neadekvátně dané situaci začala na klienta zvyšovat hlas. Tím upoutala pozornost ostatních klientů. PSS, které přivolal hluk v jídelně se ovšem věnovaly křičící PSS a klienta nadále prováděl masturbaci. Přivolaná sociální pracovníce a vedoucí DZR sjednaly nápravu, tím že pomohly se upravit klientovi a odvést jej do soukromí toalety.
- Klientka bydlící ve dvoulůžkovém pokoji, začala udržovat intimní vztah se svou spolubydlící, lehávaly si spolu do postele, vodily se za ruce, hladily se navzájem. PSS vyhodnotily situaci jako rizikovou a nevhodnou a dožadovaly se rozdělení klientek. Vedoucí spolu se sociální pracovníci jejich přání vyhověly a tím porušily hned několik SQ a Etického kodexu.
- Klient, který měl sexuální potřeby spojenou s doteky a oslovením, se zafixoval na PSS, která vzhledem a jménem připomínaly jeho ženu, která již zemřela. PSS to bylo velmi nepříjemné a dožadovala se nápravy jeho chování. Vzhledem k úrovni demence to nebylo možné, a proto došlo na žádost PSS a vedoucí služby k navýšení medikace klienta, které měla za důsledek další omezení soběstačnosti klienta.

Toto jsou jen některé příklady neadekvátního řešení etických dilemat v praxi. Je zřejmé, že v řešení vzniklých situací sexuálních potřeb seniorů v DZR, jsou velké mezery a nedostatky, které je potřeba řešit např. metodickými pokyny a pracovními postupy.

## 9 Analýza potřebnosti

Analýza potřebnosti tématu sexuality seniorů je klíčovým krokem pro zlepšení péče a kvality života seniorů v domovech se zvláštním režimem. Zde jsou některé body, které byly součástí analýzy:

**Zjištění aktuální situace:**

Průzkum mezi personálem domovů se zvláštním režimem. Průzkum zahrnoval otázky týkající se sexuálních potřeb, postojů k sexualitě a přístupu k tématu.

**Komunikace a vzdělání:**

Jaký je současný postoj personálu k sexuálním potřebám seniorů? Jsou informováni o významu sexuality pro kvalitu života? Jejich vzdělání a přístup k tématu jsou klíčové pro podporu seniorů.

**Zabezpečení prostředí:**

Je důležité zajistit, aby domovy pro seniory měly prostředí, které umožňuje soukromí a intimitu. Například vyčlenění místnosti pro soukromé rozhovory nebo pro promítání edukačních materiálů.

**Podpora rodiny a blízkých:**

Jaký je postoj rodiny a blízkých seniorů k jejich sexuálním potřebám? Je důležité zapojit i rodinu do diskuse a poskytnout jim informace a podporu.

**Vytvoření směrnic a metodiky:**

Na základě analýzy by měly být vytvořeny směrnice a metodika pro pracovníky v domovech se zvláštním režimem. Tyto dokumenty by měly obsahovat postupy, jak pracovat se sexuálními potřebami seniorů a jak zajistit jejich důstojnost a pohodlí.

Celkově je analýza potřebnosti tématu sexuality seniorů klíčovým krokem pro zlepšení péče a kvality života seniorů v domovech se zvláštním režimem. Je důležité, aby se tato problematika stala součástí vzdělávání pracovníků v sociálních službách a aby byla podporována otevřená komunikace mezi personálem a seniory ohledně jejich sexuálních potřeb. Každý člověk, bez ohledu na věk, má právo na důstojný a uspokojivý sexuální život.

## Dotazník pro pracovníky DZR

Sexualita u seniorů v DZR, zavedení do Individuálního plánu klienta.

Věk:

Pohlaví:

Otázka	Ano	Ne
Znáte projevy sexuality u klientů DZR?		
Byli jste někdy svědky projevů sexuality u klientů?		
Bylo Vám to nepříjemné?		
Uvítali byste Metodiku, jak pracovat s takovým klientem?		

Analýzu potřebnosti jsem provedla formou dotazníkové šetření, a to v DZR napříč v ČR, dané DZR jsem oslovila emailem, sociálními sítěmi a osobní návštěvou. Celkem jsem rozeslala 80 dotazníků. Vrátilo se mi 63 dotazníků, z toho bylo 15 odpovědí mužů a 48 odpovědí žen, kteří pracují v DZR. 12 odpovědí bylo ve věkové kategorii 22–30 let, 15 odpovědí bylo ve věkové kategorii 31–40 let, 36 odpovědí ve věkové kategorii 41–62 let. Z doručených odpovědí vyplynulo, že na otázku č. 1 bylo 58 odpovědí NE a jen 5 ANO. Na otázku č.2 bylo 35 odpovědí ANO a 28 NE. Otázka č. 3 byla jednoznačná, a to všichni respondenti, kteří se s těmito projevy setkali odpověděli ANO. A stejně dopadla i otázka č. 4, všichni respondenti odpověděli ANO.

### 9.1 Závěr analýzy potřebnosti

Z Analýzy potřebnosti vyplynula potřeba Metodického pokynu: Jak pracovat se sexualitou seniorů v DZR.

## 10 Metodický pokyn

Cílem metodického pokynu je seznámit pracovníky DZR se základy komunikace a práce s klienty DZR. Při zjištění, v jaké rozsahu mají sexuální potřeby, tak jak s nimi pracovat, aby byla zachována jejich soukromí a intimita. Inspirací pro tvorbu metodického pokynu mi byly získané znalosti kognitivně-behaviorální terapie, techniky např. trénink paměti, reminiscenční terapie. Dále práce s biografií klienta. Vedení části Individuálního plánu klienta, kde se zapisuje jeho potřeby a nácvik činností, které pomůžou zachovat soukromí klienta.

### 10.1 Základy komunikace s klienty trpící demencí

Základem kvalitní práce se seniory v DZR je komunikace, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu a stavu kognitivních funkcí. Zvládnutá komunikace se seniory s demencí je velmi prospěšná při práci se sexuálními potřebami, lze lépe pracovat s klientem, jelikož pracovníkovi rozumí a má v něj důvěru.

- Ke komunikaci s takto postiženým člověkem si vyhrad'te dostatek času.
- Zásady rozhovoru klienta oslovujte dle jeho přání.
- Užívejte krátké, jednoduché věty zaměřené na jedno téma. Hlas by měl být klidný, spíše volte nižší tón, ale nemluvte monotónně. Zřetelně vyslovujte, opakujte slova, vyčkávejte na reakci a zpětnou vazbou zjišťujte, zda a jak chápe klient vaše pokyny. Snažte se podstatu svého sdělení vyjádřit co nejjednodušším způsobem. Často je nutné se s klientem dorozumívat neverbálně, protože slovně toho není schopen (způsob nejlepší možné komunikace s konkrétním klientem uvádí klíčový pracovník (dále pak jen KP) v jeho IP. Klienta uklidněte a usnadněte mu obtížnou komunikaci použitím přátelských gest, pohledů a úsměvem.
- Jestliže vám klient nepodá jasný důkaz o tom, že ví, kdo jste a že vás vnímá ve správných souvislostech, nespolehejte na to, že vás poznává. Nejlépe je se pak pokaždé představit. Ke svému jménu navíc můžete připojit svůj vztah k němu, cíl návštěvy a jak je to dlouho, co jste se naposledy viděli.
- Pamatujte, že člověk s demencí je stále schopen rozumět řeči vašeho těla, vaší náladě a upřímnosti. Nikdy nepředpokládejte, že nerozumí tomu, co se říká a děje kolem něj. Přistupujte k němu vždy s patřičnou úctou a respektem a nehovořte o něm s dalšími lidmi, jako by nebyl přítomen.

- Ke klientovi s demencí přistupujte vždy otevřeně, klidně a laskavě. Svou úzkost a napětí můžete přenést na něj.
- To, co říkáte, podporujte vhodnými gesty a výrazem. Často je potřeba slovně vyjádřený pokyn podpořit názornou ukázkou.
- Pokuste se vyloučit z prostředí rušivé prvky. Nesnažte se vést jakýkoliv důležitý rozhovor v prostředí, kde je uživatel s demencí rozptylován a špatně se orientuje.
- Trpělivě a klidně odpovídejte na stále stejné dotazy, odpovědi typu „už jsem vám to říkal“ jsou pro klienta znejišťující a nicneříkající. K opakujícím se dotazům klienta je možné využít vhodných pomůcek:
  - kalendáře s viditelnými poznámkami ke konkrétním událostem, které mají klienti na pokojích,
  - obrázkové karty s jednoduchými dotazy, které jsou uloženy v denní místnosti pečovateli,
  - orientační tabule pro usnadnění orientace v místě, které jsou umístěny na chodbách domova,
  - označení místností formou velkého písma či obrázků (např. pokoj, sociální zařízení), a to na základě individuálních potřeb uživatele,
  - Je vhodné znát důležité údaje a mezníky v životě klienta (rodina, svatba, děti, zaměstnání, trávení volného času...), ať víte, na co v hovoru navázat.

Jaká se sexuální potřeb seniora, pravděpodobně rozhovorem nezjistíme, ale je nutná spolupráce celého týmu, který pozoruje chování seniora a kvalitně, srozumitelně, a hlavně v souladu s právem klienta informuje tým pracovníků. Informace se předávají zápisem do Individuálních plánů (IP) klienta a pravidelných schůzkách celého týmu.

Zásady práce s uživateli trpícími demencí:

- Klient s demencí je člověkem, kterému je bezpodmínečně nutné zachovat stejnou lidskou důstojnost a stejný respekt jako kterémukoliv jinému člověku. Vždy je vnímán jako dospělý člověk, ne jako dítě.
- Vůle klienta je respektována vždy, až na výjimky, týkající se situací, které by pro něj nebo jiné osoby znamenaly zvýšené riziko újmy na zdraví.
- Vhodným označením pro tyto osoby při hovoru s třetí osobou je „lidé/uživatelé trpící demencí“, nebo lépe „lidé/uživatelé trpící poruchami paměti“.
- Využijte stereotypu – pro klienty s demencí jsou denní činnosti a aktivity snadněji zapamatovatelné, probíhají-li stále ve stejném čase a místě. Stejný vliv má také užití

vhodného oblečení klienta. Oblečení pro den navozuje aktivitu, noční oděv dobu odpočinku. Zde je základ pro rehabilitaci kognitivních funkcí, tzv. stereotyp se využije i při nácviku klienta, kde si může vykonat svou sexuální potřebu, tak aby měl své soukromí.

- Pokud klient s demencí není ochoten určitou činnost vykonat, zkuste jej dostatečně motivovat, ale příliš nenaléhejte a nevyvolávejte tak nepříjemnost. Možná si za chvíli vše rozmyslí. Často pomůže odvést jeho pozornost jinam a po chvíli se k nabídce stejné činnosti vrátit nebo vyzkoušet stejnou nabídku jiným pečovatelem.
- I klient trpící demencí potřebuje tělesný kontakt s druhým člověkem, pohlazení či podržení ruky a podobně. Lehký dotyk na rameno či předloktí využijte při oslovování – snadněji se naváže oční kontakt a soustředění uživatele. Nevhodný je dotek zezadu – působí jako agresivní podnět, může vyvolat úlek.
- Komentujte svoji činnost. Pokud vykonáváte jakoukoliv činnost u klienta veškerou svou práci popisujte slovy. Klientovi s demencí tím dáváte pocit jistoty a klidu, navíc si v paměti lépe zachová nebo vybaví posloupnost jednotlivých úkonů.
- Při sebeobsluze vždy podporujte klienta s demencí v co největší míře k samostatnosti. Poskytněte dostatek času, jednotlivé úkony rozfázujte a slovně klienta navádějte k dalšímu úkonu teprve až je hotový předešlý úkon. To znamená například při převlékání: „Vysvlečte si pyžamo.“ „Oblečte si tričko.“ „Tady máte kalhoty.“ „Navlečte si ponožky.“ „Obujte si boty.“ Pokud klient není po motorické stránce schopen plného úkonu při sebeobsluze, poskytněte pomoc jen tam, kde je to opravdu potřeba, aby nedocházelo ke zneschopňování (např. tělo si klient umyje ve sprše sám, ale vlasy pomůže umýt pečovatel, košili si oblékne sám, ale nezapne knoflíky apod.).
- Hygiena: klienta s poruchami paměti je třeba vést a povzbuzovat k tomu, aby udržoval osobní hygienu, a to jako běžnou rutinní záležitost. V případě, že již není schopen provést hygienu sám, provádí hygienu pečovatel se slovním doprovodem.
- Při péči o uživatele s demencí je nutné znát nejenom problematiku této nemoci, ale také nezapomínat na vlastní psychohygienu a dostatečné doplňování vlastních energetických rezerv.

## 10.2 Pomůcky při práci s lidmi trpícími demencí

Pro uživatele trpícími demencí používáme řadu pomůcek jako u ostatních uživatelů, a to dle jejich fyzických či mentálních potřeb. Zvláštní místo však zaujímají pomůcky navozující bezpečí a pohodu, kterými mohou být předměty dovezené z domu, jako například vlastní křeslo, lampa, osobní fotografie, dále pak je možno využít zvukové podněty jako reprodukovanou hudbou či televizi. Pro využití volného času uživatelů trpících demencí používáme nejrůznější skládačky (například ze „Sady pro kognitivní trénink“, doplňovačky, stolní hry apod.), které jsou uloženy v denní místnosti pečovatелů a v kanceláři volnočasových pracovníků.

Při práci využíváme i AAK, piktogramy, které nám pomohou označit pokoj klienta, toaletu, jídelnu, aktivizační místnost, ale věci denní potřeby.

Prostorová orientace:

Před pokojem má každý uživatel svou jmenovku.

Dveře uživatelů můžeme, v případě potřeby, označit obrázkem s motivem, ke kterému má daný uživatel vztah (např. osobní fotografie nebo u uživatele, který se celý život zajímal o letectví, jsme jako označení dveří zvolili vrtuli malého modelu letadla). V případě dvoulůžkového pokoje se stejný motiv může objevit i na posteli uživatele.

Sociální zařízení jsou vhodně označena (např. obrázkem, případně výrazným popisem dle individuálních potřeb jednotlivých uživatelů).

Na chodbách jsou umístěné naváděcí orientační tabule s obrázky a nápisy jednotlivých místností se směřujícími šipkami, společné prostory jsou označeny cedulí s názvem prostoru a obrázkem.

Prostory jsou dostatečně osvětleny a opatřeny nočním světlem pro usnadnění orientace uživatelů.

Vhodné aktivity pro kognitivní trénink:

Nácvik sebeobsluhy u běžných denních aktivit – poskytujeme dohled a co nejmenší nutnou míru dopomoci.

Trénování paměti (s využitím Sady pro kognitivní trénink, rozhovory, slovní a stolní hry...).

Orientace v čase a aktuálním dění (rozhovory, četba tisku, časopisů).

Hudební aktivizace (např. zpívání, poslech hudby, tanec).

Procházky na zahradu DZR a mimo jeho areál (dle potřeby s doprovodem pečovatелů).

Cvičení pro zachování co největší míry pohyblivosti (chůze, pohybové hry, kondiční cvičení...).

Cvičení jemné motoriky (rukodělné činnosti, psaní...).

Všechny aktivizace se odvíjí od individuálních možností a zájmů daného uživatele (viz Individuální plánování). Důležité je nabídnout takové aktivity, aby v nich mohl být uživatel úspěšný a aby podporovaly jeho důstojnost. Pokud si není sám sebou jistý, může v případě skupinové aktivizace nejprve pozorovat ostatní, pak si práci vyzkoušet a teprve potom se zapojit mezi ostatní. Podstatná je samotná činnost, nikoliv výsledek. Aktivizace, jsou důležité nejen pro zachování soběstačnosti a fyzické kondice, ale také jako prevence poruch chování.

## **11 Jak pracovat se sexuálními potřebami seniorů s demencí**

Samotný metodický pokyn pro práci se sexuálními projevy u seniorů s demencí v DZR, se věnuje sociální práci již od jednání se zájemcem o službu, včetně jednání s rodinnými příslušníky a spolupráci sociálního pracovníka s KP a celým týmem pracovníků v DZR.

### **11.1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb**

V cílech sociální služby je vždy stanoveno, pro jakou cílovou skupinu je služba určena. Sociální pracovník vždy postupuje dle cílů poskytování sociální služby.

### **11.2 Jednání se zájemcem o službu**

Sociální pracovník při jednání se zájemcem o službu se pečlivě seznámí s požadavky a přáními zájemce, se kterými přichází do služby. V návaznosti na požadavky a přání zájemce, seznámí sociální pracovník zájemce s pravidly a podmínkami sociální služby. Pokud je zájemce vhodným kandidátem pro službu a zájemce souhlasí s podmínkami dané služby, je zájemce zařazený seznamu pro sociální šetření v místě bydliště zájemce.

### **11.3 Sociální šetření**

Sociální šetření probíhá v přirozeném prostředí zájemce o službu. Spolu se zájemce jsou přítomni i rodinní příslušníci, kteří doposud pomáhali v domácnosti zájemce. Přítomnost rodinných příslušníků je vhodná pro poskytnutí informací, které jsou nutné pro prvotní plán péče, který sociální pracovník předává KP a celému týmu. Při sociálním šetření probíhá rozhovor, kterým sociální pracovník získává irelevantní informace o zájemci. Na základě těchto informací, sociální pracovník sepíše prvotní plán péče a základ pro IP zájemce, kterým se bude KP a celý tým řídit během adaptačního procesu.

### **11.4 Smlouva o poskytování sociální služby**

Na základě sociálního šetření sociální pracovník připraví smlouvu o poskytování sociální služby. Smlouva je sestavená tak, aby odpovídala individuálním potřebám klienta a zároveň podmínkám stanoveným sociální službou. Smlouvu podepisuje klient nebo daný zákonný zástupce.

## **11.5 Předání informací**

Sociální pracovník předá získané informace KP a informuje tým pracovníků DZR o nově přichozím klientovi.

## **11.6 Adaptační proces**

Adaptační proces slouží pracovníkům k získání dalších potřebných informací o klientovi. Klient v tomto období se adaptuje v sociální službě, seznámí podrobně s prostředím, s nabídkou aktivizačních programů a je podroben lékařské prohlídce. Během adaptačního procesu je nutné zapisovat veškeré poznatky o klientovi, na základě nich poté dochází k úpravě plánu péče. Sociální pracovník a KP i nadále spolupracuje s rodinou klienta. Společně tvoří v ubytování prostředí, které je klientovi známé a příjemné. Snaží se získávat informace o klientovi, o mládí, rodině, jaké měl vztahy, povolání, a to vše KP využívá v IP klienta. Je nepravděpodobné, že rodina bude vědět jaké měl klient sexuální potřeby a projevy. Proto celý tým pozoruje chování klienta a vše zapisuje a předává si informace, domlouvá si další postup při práci s klientem.

## **11.7 Individuální plánování**

Proces IP probíhá od samotného začátku v přítomnosti klienta, KP a sociálního pracovníka.

Obsahem IP jsou základní informace o klientovi, záznam sociálního šetření, základní lékařské informace nutné pro kvalitní přímou péči, která je poskytována klientovi, povolená opatření omezující pohyb klienta, plán péče, přání, se kterými klient přichází do služby, seznam možných rizik při péči o klienta a záznamový list, kde jsou zapsané získané informace o klientovi.

Do záznamového listu klienta zapisují všichni pracovníci týmu a KP na základě vyhodnocení zápisu a zároveň s klientem a sociálním pracovníkem plánuje službu.

Veškeré sexuální projevy, potřeby je nutné zapsat. Na základě posouzení kognitivních schopností klienta se přistoupí k řešení projevů, tak aby probíhaly v soukromí a nenarušovaly soužití v DZR. S klientem komunikujeme dle výše pospaných zásad komunikace a pokud je to nutné používáme i pomůcky pro neverbální komunikaci. Postup práce s klientem při řešení situace, musí probíhat tak, aby klienta nestresovala a byl i nadále přístupný ke spolupráci.

Průběh práce je stále zaznamenávaný a průběžně hodnocený na schůzkách týmu.

## 11.8 Ochrana práv osob

Veškerá činnost, která probíhá musí být v souladu s ochranou práv dotčeného klienta. Klienta nesmí být ponižovaný a zároveň ostatní klienti nesmí být obtěžováni sexuálními chováními a projevy klienta.

Informace, které si předává tým, musí vždy probíhat za zavřenými dveřmi, tak aby nedošlo k úniku informací.

Záznamy musí být vedeny empaticky, srozumitelně, a hlavně nesmí nikdy ponižovat klienta.

## 11.9 Dokumentace k IP

Dokumentace k IP klienta je vždy uložena v místnosti pracovníků, kde mají přístup členové pracovního týmu. Na vyžádání je dokumentace předložena klientovi a pokud to dovolí jeho kognitivní schopnosti má jí uloženu u sebe v pokoji. Do dokumentace má právo nahlížet i zákonný opatrovník a ten komu dá souhlas klient DZR.

Dokumentace klienta se uchovává podle vnitřních pravidel DZR.

## 11.10 Kazuistika č.1

Paní Helena (75 let), nově příchozí do DZR, v plánu péče je potřeba jen s výměnou inkontinenčních pomůcek, dopomoc při celkové hygieně, komunikující, ale v hlubší fázi stařecké demence. Vdova, 2 děti, 5 vnoučat, stále jsou všichni v kontaktu a docházejí na pravidelné návštěvy. Paní Helena pracovala v zemědělství a byla velmi činná v kulturních spolcích na vesnici odkud pochází, má ráda rukodělnou práci, vždy vyšivala, pletla. Je ubytovaná na dvoulůžkovém pokoji s paní Janou (73 let). Paní Jana je v přibližně stejné fázi stařecké demence, ovšem komunikace je jen s pomocí AAK a to piktogramů. V průběhu adaptačního procesu bylo pracovníky zpozorováno sexuální chování paní Heleny. Paní Helena má potřebu masturbace, používá ruce a zároveň i předměty denní potřeby a konkrétně zubní kartáček. Pracovníci vysvětlili paní Heleně, že nesmí používat zubní kartáček, jelikož by si mohla přivodit úraz vnějších a vnitřních pohlavních orgánů anebo konečníku. Vysvětlení paní Heleně řekli, ještě několikrát a paní Helena přestala zubní kartáček používat. Dále svou pozornost obrací vůči paní Janě, neustále se jí dotýká na prsou, vodí se s ní za ruce a společně uléhají do postele paní Jany. Pracovníkům je tato situace nepříjemná a mají dojem, že vše vadí paní Janě. Proto paní Helenu přestěhují do jiného pokoje, aniž by se jí zeptali, zda s tím souhlasí a zároveň se to nesnažili vysvětlit paní Janě. Obě dvě reagují velmi podrážděně a odmítají další

spolupráci s pracovníky DZR. Rodinní příslušníci paní Heleny byli informováni o změně pokoje a tuto změnu akceptovali. Neustále se stupňuje agresivní chování obou žen. Pokud jsou vedle sebe jsou velmi milé a spokojené. Sociální pracovník tedy rozhodne o zpětném sestěhování obou žen. Situace se ihned uklidnila. S tímto řešením nesouhlasí rodina paní Heleny a důrazně žádá o opětovném odstěhování paní Heleny. Sociální pracovník vysvětlí rodině, že na prvním místě je požadavek a přání klienta a toto bude DZR respektovat. Jakou chybu tedy udělali pracovníci? Jak by mělo vypadat správné řešení situace?

### **11.10.1 Chybné řešení**

Základem chybného řešení pracovníků je neznalost původu sexuálního chování paní Heleny. Paní Heleny je již delší dobu vdovou a chybí jí tělesný kontakt se svým vrstevníkem. Jelikož bydlí v pokoji s paní Janou, tak se vyvinulo pouto mezi oběma ženami. Pouto, které je příjemné klientkám. Pracovníci ovšem vidí náznak homosexuálního chování a mají nepodloženou obavu, že by se mohlo toto chování rozšířit po DZR a neadekvátně reagují na pouto mezi dvěma ženami. Pracovníci se nezeptali ani jedné z žen, zda je jim toto chování nepříjemné a zda souhlasí s odstěhováním paní Heleny ze společného pokoje. Největší chybou bylo upřednostnění přání pracovníků před přáními a požadavky klientek.

### **11.10.2 Správné řešení**

Základem správného řešení je pozorování chování paní Heleny a zachycení náznaků sexuálního chování. V okamžiku, kdy došlo ke zjištění, že paní Helena používá pro své uspokojení zubní kartáček, tak pracovníci velmi rychle a správně zareagovali a paní Helenu upozornili na možnost zranění. Svým opakovaným vysvětlováním zabránili paní Heleně nadále používat zubní kartáček. V dalším kroku měli pracovníci zjistit, zda chování paní Heleny je paní Janě nepříjemné a zda s tím souhlasí. Pokud by udělali tento krok nemuselo dojít k odstěhování a nárůstů agresivního chování obou žen. Rozhodnutí sociálního pracovníka bylo jediné správné řešení. Další správné jednání sociálního pracovníka bylo, to vůči rodině paní Heleny. Vše bylo zaznamenáno v IP klienta.

## **11.11 Kazuistika č. 2**

Pán Jaroslav (68 let), demence z abúzus alkoholu, nyní je po odvykací léčbě, v DZR má za sebou adaptační proces a v DZR je plně adaptovaný, aktivně se zapojuje do aktivizačních

činností. Povoláním byl stolař, a proto je rád, že může pracovat v řemeslné dílně, která je součástí DZR. Bydlí v jednolůžkovém pokoji a součástí pokoje je i sociální zařízení. Začínají se u něj projevovat sexuální potřeby, a to především masturbace. Pán Jaroslav svou potřebu ovšem provozuje kdekoliv v DZR. Jeho chování je obtěžující pro ostatní klienty, a i pro návštěvníky DZR.

Jak tedy postupovat dále?

#### **11.11.1 Chybné řešení**

Chybným řešením by bylo panu Jaroslavovi jeho projevy vytýkat a zakazovat. Pokud by pán Jaroslav masturboval ve společných prostorech, tak bychom tímto způsobem na něj ještě více upozornili a tím pádem by došlo k jeho ponížení. Dalším chybným řešením by bylo navýšení medikace, pán Jaroslav je soběstačný člověk a v DZR je jen z důvodu lehčí demence.

#### **11.11.2 Správné řešení**

Tým pracovníků na společné schůzce probere veškeré možnosti, jak situaci řešit. Vzhledem k tomu, že pán Jaroslav má samostatný pokoj, tak je vyřešená otázka soukromí. Má vlastní sociální zařízení, a proto se vyřešila i otázka hygieny. Při probírání IP se s panem Jaroslavem sestaví plán tréninku kognitivních funkcí. Sepíše, kdo všechno se bude na tomto tréninku podílet, kdy dojde k jeho hodnocení a zároveň se sestaví lhůta do kdy by měl pán Jaroslav ten cíl zvládnout. V rámci tréninku kognitivních funkcí se barevně označí jednotlivé místnosti tak, aby pán Jaroslav věděl, kde může vykonat v soukromí svou sexuální potřebu a poté i provést hygienu. Návčikem se pán Jaroslav bude učit kde může vykonat svou potřebu, aniž by jeho chování bylo obtěžující pro jeho okolí. Zároveň se bude pán Jaroslav učit tomu, že po vykonání masturbace je nutné provést hygienu rukou a úpravu oblečení. Pokud pracovníci uvidí pana Jaroslava, když masturbuje ve společných prostorech, tak jej v klidu upozorní, na to že dělá chybu a pomohou mu s úpravou oblečení a odvedou jej do jeho pokoje. Vše udělají bez zbytečného hluku, tak aby neponížili svým chováním pana Jaroslava. Pokroky nebo nedostatky v návčiku se zaznamenávají v záznamovém listu a KP společně se sociálním pracovníkem konzultuje další případný postup.

## 12 Vzory formulářů pro vedení IP

### 12.1 Individuální plán klienta

Jméno klienta: .....

Oslovení klienta: .....,

Cíl klienta:

podpis klíčového pracovníka:

<b>Dojednání cíle</b>	
Zjištění potřeby, přání, osob.cíle	Dne ..... rozhovorem s klientem po nástupu do domova bylo sděleno, že jeho přáním je ....., že by si přál.....
Zdroje uživatele (co udělá on)	
Nabídnuta podpora (domovem)	
Dojednaná podpora mezi uživatelem a domovem (kroky k dosažení cíle)	
Termín zhodno - cení	<b>1.Zhodnocení cíle bude provedeno nejpozději v měsíci .....</b>
Datum	<b>Realizace cíle (plnění jednotlivých dojednaných kroků)</b>

## 12.2 Adaptační proces klienta

Adaptační proces	1. měsíc	2. měsíc	3 měsíc
<b>Komunikace</b> (komunikující, nekomunikující, komunikující podle alternativní komunikace, pozitivní – negativní komunikační témata, oslovení)			
<b>Orientace</b> (v čase, osobě, místě a situaci)			
<b>Navazování vztahů            s přirozeným            sociálním            prostředím</b> (s ostatními klienty, personálem v zařízení a rodinou)			
<b>Péče o vlastní            osobu</b> (hygiena – rituály při hygieně, oblékání, příjem stravy, použití toalety, sex. projevy)			
<b>Mobilita</b> (mobilní, imobilní, částečně) Komp. pomůcky			
<b>Trávení volného            času</b>			
<b>Rizikové chování</b> (agrese, apatie, útěkové tendence, deprese, poruchy spánku)			
Zhodnocení adaptačního procesu			

## 12.3 Záznam o průběhu dne klienta

Ranní toaleta: (doba probuzení, hygienu provádí sám, s pomocí, v čem pomoc, mytí, oblékání stlaní, přesuny, cvičení...)	
Snídaně: (doba podávání, kde, je doprovod, stravu krájete, mazat, jí sám, pomoc s podáváním stravy...)	
Dopoledne: (jak tráví čas, sleduje, televizi, čte, hry hraje, pozoruje, procházky, svačina, káva, aktivizační činnosti, pomoc při použití WC.)	
Oběd: (doba podávání, kde, je doprovod, stravu dle dietní, úprava stravy, jí sám, příborem, lžící...)	
Odpoledne: (tráví čas jak, odpolední spánek, vaří kávu, televize, čtení, kdy návštěvy, zahrada, vycházky, svačina, aktivizační činnosti.)	
Večeře: (doba večeře, kde, je úprava stravy, podává se druhá večeře, kdy, kde...)	
Večer a večerní toaleta: (jak tráví čas před uléháním, doba provádění, kde, provádí sám, s pomocí, v čem, doba uléhání, jak lůžko, světlo...)	
Průběh noci: (spánek klidný, budí se na toaletu, na WC křeslo, je nutné tlum. světlo...)	
Ostatní poznámky: (sexuální projevy)	

Zpracoval:

Datum:





## **13 Návrh zavedení metodického pokynu do praxe**

Při analýze potřebnosti jsem spolupracovala s různými DZR v rámci České republiky.

Navrhuji tedy, poskytnout metodický pokyn 3 DZR, kde by se mohl začít používat při práci se seniory se sexuálními potřebami.

### **13.1 Pilotní ověření Metodického pokynu**

Ve třech DZR bude pilotně testovaná práce podle metodického pokynu. Detailní postup realizace metodického pokynu, budeme koordinovat sociální pracovník ve spolupráci s vedoucími DZR.

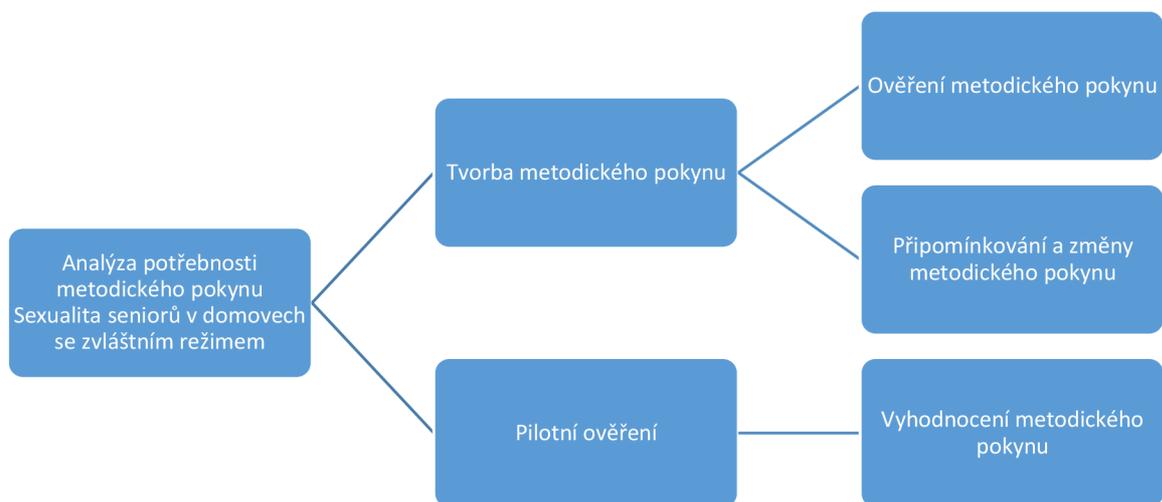
### **13.2 Připomínkování a změny v metodickém pokynu**

Veškeré změny a připomínkování z pilotních DZR, proběhne se mnou jakožto autorem metodického pokynu. Změny se budou moci přizpůsobit aktuálním potřebám klientů, které pracovníci vysledují v daném DZR.

### **13.3 Vyhodnocení pilotního ověření**

Navrhuji metodický projekt ověřovat 12 měsíců a poté provést vyhodnocení a nabídnou metodický pokyn ostatním DZR v České republice.

## 14 Vývojový graf



## Závěr

Sexualita seniorů je téma, které často zůstává v pozadí a je občas považováno za tabu. Avšak i v pokročilém věku má sexualita své místo a význam. V této bakalářské práci jsem se zaměřila na sexualitu a její projevy v domovech se zvláštním režimem.

Hlavním cílem této práce je pomocí metodického pokynu, seznámit pracovníky, jak se sexualitou seniorů v domovech se zvláštním režimem pracovat. Pochopitelně se sexualita vyskytuje i u lidí v seniorském věku, a to včetně těch, kteří žijí v domovech se zvláštním režimem.

Základem pro tvorbu metodického pokynu je provedená analýza potřebnosti, ze které vyplynula potřeba metodického pokynu na toto téma.

Při tvorbě této práce jsme vycházela z odborné literatury, výzkumných studií a zkušeností pracovníků, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem, a to napříč Českou republikou. Důkladně jsem se seznámila s problematikou sexuality seniorů a snažila se získat co nejkomplexnější pohled na tuto oblast.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se zaměřila na teorie a metody sociální práce vhodné pro práci se seniory v DZR. Ukotvení v platné legislativě ČR a popis etických teorií a etických dilemat a problémů. Seznámení s pojmem stárnutí, životní potřeby, sexuality v seniorském věku, biologické změny a sociální aspekty. V praktické je analýza potřebnosti a samotný metodický pokyn, který pomůže pracovníkům v DZR kvalitně vést individuální plány klientů, předávat si informace v kolektivu, a to vše dle zákona č.108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

Toto téma je důležité, protože se týká kvality života seniorů a jejich práva na plnohodnotný a uspokojivý život i v pokročilém věku.

Výsledkem mé práce je vypracovaný metodický pokyn pro pracovníky DZR, kteří jsou nejvíce v kontaktu s klienty DZR. Dotyční pracovníci umějí pracovat s běžnými potřebami klientů DZR. Sexuální potřeby jsou opomíjené, protože je to téma, o kterém se nelehce mluví. Klienti DZR jsou lidé s různým stupněm demence. Pracovníci, kteří pracují s těmito lidmi jsou povětšinou přesvědčení, že s nástupem demence vymizí i sexuální potřeby, a proto jsou většinou nemile překvapení, když mají klienta s těmito potřebami. Je tedy nutné především spolupracovat při vzdělávání pracovníků DZR.



## Bibliografie

- KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. Základy psychoterapie, 7. vyd., Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. Encyklopedie sociální práce. 1. vyd., Portál, ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, KODÝMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana, 2010. Sociální práce v praxi, 2. vyd., Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- BEDNÁŘ, Martin, 2012. Kvalita v sociálních službách, 1. vyd., Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3069-0.
- VOSTRÝ, Michal, VETEŠKA, Jaroslav, 2021. Kognitivní rehabilitace seniorů, Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-271-4267-5 (ePub).
- NAVRÁTIL, Pavel. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.
- TOMEŠ, Igor, 2011. Obory sociální politiky, 1. vyd. Portál. ISBN 978-80-7367-868-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese, 1. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0695-5.
- MERTL, Jan a kolektiv, 2023. Sociální politika, 7. vyd. Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-675-4.
- HAMERNÍKOVÁ, Petra, Senioři a sex. [www.freya.cz](http://www.freya.cz)
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr, 2013. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním, 1. vyd., Portál. ISBN 978-80-262-0373-5.
- KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2002. Speciální techniky sociální práce, 1. vyd., Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s. Brno. ISBN 80-86568-16-4.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019 Biografie v péči o seniory. 1. vyd. Grada, ISBN 978-80-271-1008-7.
- KOCIÁNOVÁ, Daniela, 2019. Postoj seniorů a sociálních pracovníků k sexualitě seniorů v institucionální péči. Diplomová práce.
- MÁTLOVÁ, Monika, 2013. Sociální práce se seniory v pobytových zařízeních. Bakalářská práce.
- TICHÁ, Karolina, 2021. Sexualita seniorů: recepce sexuálních projevů seniorů optikou pečovatelů v domovech pro seniory. Diplomová práce.
- Zákon č.108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- Etický kodex sociálního pracovníka, APSSCR

Mezinárodní etický kodex sociálního pracovníka, IFSW 2004  
Příručka praxe sociální práce, 2021. ISBN 978-80-7421-240-6.