



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Vliv víry na etický přístup ke klientovi v domově pro seniory

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Jindřiška Bouzek Mattasová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Vitoň, Ph.D

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Vliv víry na etický přístup ke klientovi v domově pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aaby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8.2020

.....

Jindřiška Bouzek Mattasová

Poděkování

Poděkování

Upřímně děkuji svému vedoucímu diplomové práce, panu PhDr. Janu Vitoňovi, Ph.D, nejen za pomoc při správném pojmenování toho, co jsem chtěla zkoumat, ale především za pečlivou odbornou podporu při vzniku práce. Není lehké si udržet nadhled nad celkovým textem, když se člověk zabere do jednotlivých detailů, bez jeho pomoci bych tento nadhled v některých chvílích ztrácela. Děkuji mu i za důležité detailní připomínky. Jeho zkušenost s korekturou textů zásadně přispěla ke kvalitě konečných textů.

Velmi děkuji všem informantům za jejich ochotu otevřeně hovořit o citlivých tématech.

Velice děkuji ředitelům vybraných domovů, kteří jako jediní z asi padesáti mnou oslovených ředitelů domovů byli ochotni nechat mě svůj výzkum u nich uskutečnit.

Také velmi děkuji své rodině. Bez maminky, která hlídala mou dceru, bych nemohla uskutečnit ani samotné rozhovory, ani najít dost volného času pro napsání této práce. Mému velice pracovně vytíženému manželovi děkuji za jeho nekonečnou trpělivost, kdy se provoz naší domácnosti prakticky zastavil a já jsem byla duchem v jiném světě, a za morální podporu, bez níž bych byla ztratila důvěru, že dokončení práce s péčí o dítě a o domácnost dokážu dotáhnout do konce. Dceři děkuji za to, že byla hodná, když jsem to potřebovala, abych mohla dostát svým povinnostem.

Vliv víry na etický přístup ke klientovi v domově pro seniory

Abstrakt

Péče o seniory v naší zemi doznává v posledním desetiletí obrovský vývoj a velké změny. Díky stárnutí populace se více seniorů dožívá zdravotního stavu, kdy není schopno zůstat ve svém domácím prostředí a jen málo rodin se v takové situaci dokáže o své seniory postarat ve své domácnosti.

Rozhodla jsem se zhodnotit, jaký je vliv osob přímo pečujících o potřebné, vliv vedoucích zařízení, a jaký je vliv zřizovatelů těchto domovů s přihlédnutím na jejich víru. Jaký je vliv víry v naší společnosti na tuto péči?

Prostudovala jsem řadu odborné literatury, která se touto problematikou zabývá, komunikovala jsem s několika zařízeními, ve vybraných domovech jsem provedla kvalitativní výzkum. Dále jsem danou problematiku konzultovala s řadou odborníků.

Některé zjištěné skutečnosti jsou velmi nadějně, skutečně se nyní přímé péče účastní často více odborných profesí než dříve, domovy často nabízejí bohatší osobní program než dříve. Současnost také nabízí širší možnosti duchovní péče.

Výzkum ukázal, že dochází ke značnému ohrožení zachování základních etických hodnot v péči vlivem kontroverze s financováním této péče. Nedostatek financí je příčinou podhodnoceného počtu pracovníků v domovech. To vidím jako zásadní problém.

V této situaci je zvláště důležitý postoj zřizovatele a osobnost vedení zařízení, i když nejsou v osobním přímém kontaktu se seniorem.

Klíčová slova

víra, etika, stáří, péče o seniory, domovy pro seniory

The influence of faith on approach to the client in the house for pensioners

Abstract

Pensioner care went through large changes and development during last decade. Thanks to ageing of the population more pensioners live long enough to get into health status when they are not able to live in their homes and only few families can provide proper care to their elderly relatives.

I decided to evaluate what is the influence of the personnel directly caring about the people needing help, the influence of managers of the facilities, and the influence of the founders with relation to their faith.

I studied amount of treatises written on the subject, I was in contact with several facilities, and I performed a qualitative research in some selected facilities. I also consulted the topics with specialists.

Some facts are very promising as now is more professionals involved in direct care, and facilities often offer richer personal programme than before. At the time being there are wider possibilities of spiritual care.

The research shows that the basic ethical values are endangered because of the controversy with funding of the care. Funding deficiency is the reason of the low numbers of personnel in facilities. This is by my observation the core problem.

In this situation is exceptionally important the stance of the founder and a management of the facility, even if they are not in a direct contact with the elderly person.

Keywords

faith, ethics, old age, elderly people care, elderly people facilities

Obsah

Úvod.....	11
Obsah	6
1 Teoretická východiska	13
1.1 Etika.....	13
1.1.1 Vymezení pojmu etika.....	13
1.1.2 Etické teorie a principy morálního rozhodování.....	15
1.1.3 Etická východiska pomáhající profese	16
1.1.4 Etická východiska v křesťanských hodnotách.....	23
1.1.5 Etické komise v sociálních službách.....	23
1.2 Stárnutí a stáří	24
1.2.1 Vymezení pojmu stáří	24
1.2.2 Potřeby seniorů	27
1.2.3 Smysl života ve stáří.....	28
1.2.4 Práva seniorů.....	30
1.2.5 Evropská charta pacientů seniorů.....	30
1.2.6 Vliv rodiny na spokojené stáří	32
1.3 Víra.....	33
1.3.1 Vymezení pojmu víry	33
1.3.2 Teorie vývoje víry	34
1.3.3 Různé podoby víry	36
1.3.4 Vliv víry na vykonávání péče o těžce nemocné a umírající seniory.....	38
1.4 Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb	38
1.4.1 Současná situace v poskytování zdravotně sociální péče v pobytových sociálních zařízeních.....	38
1.4.2 Domovy pro seniory.....	39
1.4.3 Další služby poskytované v domově pro seniory.....	41

1.4.4	Profesionální pracovníci pečující o klienta v domově pro seniory	44
1.4.5	Péče o těžce nemocné a umírající seniory v domově pro seniory	46
1.4.6	Paliativní péče	47
1.4.7	Potřeby těžce nemocných a umírajících seniorů.....	48
1.4.8	Přání těžce nemocných a umírajících seniorů.....	51
1.4.9	Hodnocení kvality poskytovaných služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb.....	51
1.5	Právní předpisy	54
1.5.1	Mezinárodní smlouvy.....	54
1.5.2	Ústavní dokumenty	56
1.5.3	Zákony	56
1.5.4	Právní ukotvení sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb 57	
1.5.5	Právní ukotvení zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb 58	
2	Cíl práce a výzkumné otázky	59
2.1	Cíl práce.....	59
2.2	Výzkumné otázky.....	59
3	Metodika	60
3.1	Metody a techniky sběru dat.....	60
3.2	Výzkumný soubor	62
3.2.1	Domov pro seniory A.....	62
3.2.2	Domov pro seniory B	64
3.2.3	Domov pro seniory C	65
3.3	Realizace výzkumu	66
4	Výsledky	68
4.1	Výsledky jednotlivých kategorií otevřeného kódování pro domov A	68
4.1.1	Kategorie č. I – Navázání vztahu (domov A)	68

4.1.2	Kategorie č. II – Poskytování péče (domov A).....	70
4.1.3	Kategorie č. III – Víra (domov A)	71
4.1.4	Kategorie č. IV – Problematika zdrojů (domov A).....	73
4.2	Výsledky jednotlivých kategorií otevřeného kódování pro domov B.....	74
4.2.1	Kategorie č. I – Navázání vztahu (domov B)	74
4.2.2	Kategorie č. II – Poskytování péče (domov B).....	77
4.2.3	Kategorie č. III – víra (domov B).....	80
4.2.4	Kategorie č. IV – Problematika zdrojů (domov B).....	83
4.3	Výsledky jednotlivých kategorií otevřeného kódování pro domov C.....	84
4.3.1	Kategorie č. I – Navázání vztahu (domov C)	84
4.3.2	Kategorie č. II – Poskytování péče (domov C).....	86
4.3.3	Kategorie č. III – víra (domov C).....	87
4.3.4	Kategorie č. IV – Problematika zdrojů (domov C).....	89
4.4	Myšlenkové mapy	90
4.4.1	Myšlenková mapa č. 1 – domov A.....	91
4.4.2	Myšlenková mapa č. 2 – domov B.....	92
4.4.3	Myšlenková mapa č. 3 – domov C.....	93
4.4.4	Myšlenková mapa č. 4 – klienti	94
4.4.5	Myšlenková mapa č. 5 – pečující personál	95
4.4.6	Myšlenková mapa č. 6 – vedení organizace	96
4.5	Komentáře myšlenkových map.....	97
4.5.1	Komentář myšlenkové mapy č. 1.....	97
4.5.2	Komentář myšlenkové mapy č. 2.....	98
4.5.3	Komentář myšlenkové mapy č. 3.....	100
4.5.4	Komentář myšlenkové mapy č. 4.....	102
4.5.5	Komentář myšlenkové mapy č. 5.....	104
4.5.6	Komentář myšlenkové mapy č. 6.....	106

4.6	Shrnutí výsledků.....	107
4.6.1	HVO 1 – Jaké odlišnosti v etickém přístupu existují k těžce nemocným a umírajícím klientům v jednotlivých zařízeních?	107
4.6.2	DVO 1 – Jaký vliv na etiku péče mají pečující profesionální pracovníci? 107	107
4.6.3	DVO 2 – Jaký vliv na etiku péče má vedoucí domova seniorů?	107
4.6.4	DVO 3 – Jaký vliv na etiku péče má zřizovatel domova seniorů?	108
5	Diskuze.....	109
5.1	Současná situace v domovech.....	109
5.2	Způsob života v domově.....	110
5.3	Domov	110
5.3.1	Životní prostor klientů.....	110
5.3.2	Pracovníci přímé péče	110
5.3.3	Kontroverze financování zdravotní péče ohrožuje etiku péče.....	111
5.4	Financování jako hranice etického přístupu	112
5.4.1	Zdravotní pojišťovny.....	112
5.4.2	Příspěvek na péči jako náhrada peněz zdravotních pojišťoven	112
5.5	Životní hodnoty přímo dotčené etikou péče	113
5.5.1	Zmírnění fyzického utrpení	113
5.5.2	Duševní trápení seniorů v domovech, se kterými se domovy potýkají...113	113
5.5.3	Duševní podpora klientů poskytovaná domovy.....	113
5.5.4	Zajištění základní péče	114
5.5.5	Domov jako přátelské prostředí	114
6	Závěr	115
7	Seznam použité literatury.....	117
8	Přílohy.....	121
8.1	Obrazové přílohy a tabulky.....	121
8.1.1	Obrazová příloha č.1 graf Navýšení seniorů v minulých letech.....	121

8.1.2	Obrazová příloha č.2 Věkové rozložení obyvatel ČR.....	122
8.1.3	Obrazová příloha č.3 Nárůst počtu seniorů do roku 2100.....	123
8.1.4	Obrazová příloha č.4 Přehled registrovaných domovů pro seniory.....	124
8.1.5	Obrazová příloha č.5 Počet lůžek v domovech seniorů	125
8.2	Okruhy otázek k rozhovorům	126
8.2.1	Otázky pro ředitele zařízení.....	126
8.2.2	Otázky pro pečující personál	127
8.2.3	Otázky pro klienty domovů pro seniory.....	129
9	Seznam zkratk.....	131

Úvod

Úroveň civilizace se dá hodnotit různými měřítky, například kvalitou vzdělání, nebo mírou technologického pokroku, nebo kvalitou života těch nejchudších ve společnosti, nebo například průměrnou délkou života.

Nesporně jednou ze základních měřítek civilizace je úroveň péče o potřebné. Jak se ve které společnosti vede těm z nás, kteří jsou nemocní, nebo nesamostatní?

Položme si otázku, jak se u nás žije těm, kteří v naší zemi prožili celý život, mnozí pracovali a přivedli na tento svět děti, těm, kteří mají tak trochu „na svědomí“ dnešní stav věcí, v tom dobrém i v tom zlém, a jejichž věk je již vysoký. Jak se u nás žije těm, jejichž život se přehoupl do té části, kdy už na jejich ramenou neleží vedení státu ani vytváření materiálních hodnot, ani další vývoj naší civilizace, naší kultury.

Několik let jsem pracovala jako ergoterapeutka v domově pro seniory, kde jsem se zblízka setkala s praxí péče o seniory v jednom zařízení. Tato zkušenost pro mě má v životě velký význam.

Od nepaměti se lidé musejí nějak postarat o ty starší, o ty, kteří to potřebují. Možná taková péče nikdy nemohla být dokonalá, z mé praxe vím, že tomu tak není ani dnes. Přesto v mnohém se dokážeme o seniory postarat velmi dobře.

Velká část péče a kvality jejich života je na jejich rodině. Jak dnes generace potomků seniorů musí chodit denodenně do práce, aby uživila rodinu, jak jsou malé byty, jak se zvyšuje věk seniorů a péče o ně se stává sofistikovanější a odborně náročnější, tak získává stále větší podíl v jejich seniorském věku péče v potřebných zařízeních, tedy v domovech pro seniory.

Zároveň se mění věk a zdravotní stav seniorů v domovech, v posledních letech se do domovů dostávají spíše lidé, kteří jsou zdravotně již zcela nesamostatní a zpravidla lidé, kteří mají velké zdravotní problémy, které jim přímo znemožňují žít bez každodenní často soustavné dopomoci.

Kvalita života v domově pro seniory je samozřejmě dána mnoha faktory. Je to dáno technickým vybavením, standardy péče daného domova, ale v neposlední řadě také osobním přístupem všech osob v provozu takového domova.

Osobní pohled jednotlivých členů domova pro seniory, tedy jejich osobní víra, má podle mého názoru marginální vliv na konečnou etiku jejich přístupu k seniorům a tím na kvalitu života seniorů. Má práce se snaží tuto otázku blíže prozkoumat.

1 Teoretická východiska

1.1 Etika

Člověk má stálou potřebu vyjadřovat se, reagovat, hodnotit. Každý den, bezděčně zaujíme stanoviska k událostem a vztahům, které se nás dotýkají nebo o kterých se dozvíme. Tato potřeba je obecná.

Náš závěr může být správný, nebo se také ale můžeme mýlit. Abychom mohli posuzovat naše závěry, potřebujeme nějaký korelativ. Samozřejmě máme zájem na tom, aby naše závěry byly správné. Proto existují obecné mravní normy, podle kterých můžeme srovnávat naše závěry, naše jednání a chování.

Etika ukazuje, že tato mravní pravidla opravdu existují, že jsou neměnná a vždy platná, takže se o ně lze opřít.

1.1.1 Vymezení pojmu etika

Etiku můžeme vymežit z různých pohledů. Podle některých autorů, jako například Jankovský (2018), byl vývoj etiky totožný s vývojem filosofie. Z tohoto pohledu můžeme za zakladatele etiky, coby filosofické disciplíny, jmenovat Aristotela. Ten ve své knize nazvané Etika Níkomachova předkládá zásadní výrok, na kterém Aristoteles zbudoval své pojetí etiky: „Každé řemeslo a každé zkoumání, stejně jako každý čin i rozhodnutí, zřejmě usilují o dosažení nějakého dobra. Dobro tedy můžeme označit za cíl veškerého snažení“ (Aristoteles, s. 124).

Aristotelovo „dobro“ je všeobecně překládáno jako „štěstí“ nebo „blaženost“.

Člověk se tedy na své cestě ubírá za štěstím, jako za cílem všeho, co spojuje všechny ostatní cíle. Štěstí samo o sobě dává životu smysl (Thompson, 2004).

Dá se tak tvrdit, že již od Aristotelových časů můžeme chápat etiku jako praktickou část filosofie (Příkaský, 2000).

To potvrzuje i Thompson (2004, s. 14), který tvrdí, že: „etika je odvětvím filosofie a jako takovou jí ovlivňují obecné otázky o životě a jeho smyslu, které si filosofové kladou.“

Za vědu můžeme etiku pokládat jedině v případě, že máme stanovený její předmět. Tímto předmětem je morálka. Jankovský (2018, s. 29) ve své monografii soudí, že: „*Morálka hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla, a to v porovnání s lidským svědomím.*“ Podle Jankovského (2018, s. 27) můžeme tedy etiku definovat jako: „... *filozofickou vědu o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit, společné a obecné základy, na nichž morálka (předmět etiky) stojí.*“

Dále Jankovský (2018, s. 27) vysvětluje: „... *etika je vlastně teorií morálky, tedy filozofickou disciplínou zkoumající morálku, popřípadě morálně relevantní chování a jeho normy.*“

Na utváření etiky se podílí politická a sociální kultura a náboženství.

Nelze o etice uvažovat jako o „čistě“ akademické vědě, která příliš nesouvisí s každodenním životem člověka.

Jak uvádějí Popkin a Stroll (2000), každý přemýšlející je znepokojen určitými situacemi ve svém každodenním životě, je tedy každý v tomto slova smyslu etickým filosofem.

Etika se především snaží objevit, podle jakých kritérií jsme schopni posoudit, zda je naše jednání mravné, či nikoliv. Příkaský (2000) upozorňuje, že při zvažování člověka, zda se rozhodnout ve svůj prospěch, či prospěch jiného, nutně vzniká i riziko a nebezpečí mravně špatného jednání.

„*Etika nemá za úkol soudit a odsoudit člověka, ale posoudit, s čím se v jeho jednání můžeme ztotožnit a naopak. Pomáhá určit, zda byl skutek dobrý či zlý*“ (Příkaský, 2000, s. 8).

Nelze najít žádnou oblast lidského života, ve které by nenašla etika své uplatnění (Thomson, 2004). Stejný autor také tvrdí, že etickým pohledem zkoumáme mravní rozhodnutí lidí a způsoby, kterými svá rozhodnutí odůvodňují (Thompson, 2004).

Nesmíme zapomenout na jeden důležitý aspekt etiky, její význam pro integritu osobnosti a udržování aktivního zdraví jedince. Na to upozorňuje Kořenek (2004).

Dostatečně zvnitřněná morálka jedince, harmonizuje jeho duševní život. Tím u něj dochází ke vzniku pozitivního emočního naladění a probuzení pozitivního myšlení.

Pozitivní myšlení následně pomáhá jedinci, aby byl schopen čelit různým krizím, které jej během života potkají (Kořenek, 2004).

1.1.2 Etické teorie a principy morálního rozhodování

Podle Ondoka (2005) byly etické teorie v dějinách lidského myšlení chápány jako integrální součást filosofie. Ve středověku byly tyto teorie rozvíjeny jako součást teologie.

Kromě tradičních racionálních pojmů a kritérií "přirozené etiky" existovala i "morální teologie", která zahrnovala i pojmy, kategorie a argumenty teologické (Ondok, 2005).

Etické teorie, které nevycházejí ani z filosofie, ani z teologie, se objevují v novověku. Vycházejí z empirických věd a pokoušejí se etiku prezentovat jako teorii vybudovanou metodami empirické vědy. Jedná se především o teorie konstituované na základech filozofického pozitivismu (Ondok, 2005).

Na etickou teorii můžeme nahlížet jako na hodnotící proces, kterým obhajujeme svá konkrétní rozhodnutí. Shromažďujeme informace, hodnoty a zájmy, často protichůdné, a následně formulujeme důležitou otázku "Co bychom měli dělat, aby to bylo etické?" (Munzarová, 2005).

Odpověď pak záleží na tom, z jaké etické teorie při našem rozhodování vycházíme.

Munzarová (2005) popisuje následující etické teorie:

- Konsekvencialismus – považuje za etická taková rozhodnutí, která povedou k více výhodám než nevýhodám. Která přinášejí větší dobro pro co největší počet lidí. Přihlíží se k následkům jednání, k jeho užitečnosti (utilitarismus) a také k situaci, ve které rozhodování probíhá (situační etika).
- Deontologismus – je směr, který tvrdí, že člověk jedná mravně, pokud odpovědně plní své závazky a morální povinnosti. Příkladem takových morálních závazků je biblické desatero.
- Etika práv – je teorií, podle které je třeba nejprve určit práva nebo morální nároky jednotlivců a hierarchii těchto práv. Respektuje se důležitost mravních nároků jednotlivce. Tento směr však neřeší konflikt práv jednotlivců.
- Intuicionismus – se odvolává na intuici člověka, na jeho mravní schopnost rozpoznat, co je dobré a co je špatné, a to nikoliv s ohledem na okolnosti,

povinnosti nebo práva, nýbrž na svůj mravní smysl. Člověk je tedy nadán schopností poznat, jak řešit svá etická dilemata. Jistým problémem intuicionismu je, že je vázán na konkrétního jedince a nedává odpověď na to, jak přesvědčit ostatní, že jeho odpověď na otázku, co by se mělo dělat, je správná.

Nutnost mravního rozhodování pocítujeme tehdy, když pro zamýšlený postup můžeme nalézt řadu závažných argumentů pro i proti (Haškovcová, 2015).

Podle Šimka a Špalka (2003) v morálním rozhodování dáváme přednost dobrému či lepšímu činu před špatným nebo horším. Proces morálního rozhodování znamená, že bychom se měli zmiňovat o principech, které ovlivňují naše rozhodování. „*Přijetí určitého principu ještě nedává návod ke konkrétnímu jednání*“ (Šimek, Špalek, 2003, s. 109). Dále autoři pokračují: „*Myšlení v principech je spojeno ještě s jednou komplikací, která sice dohodu činí ještě obtížnější, na druhé straně však názorně ukazuje komplikovanost každého morálního rozhodování. Dobré a obecně uznané principy našeho rozhodování se pravidelně dostávají do sporu*“ (Šimek, Špalek, 2003, s. 109). V závěru své knihy autoři ještě zmiňují: „*Hovořit o morálním rozhodování by nemělo smysl, kdybychom nepřipouštěli možnost svobodné volby člověka*“ (Šimek, Špalek, 2003, s. 109–110).

1.1.3 Etická východiska pomáhající profese

Ve své knize Malíková (2011, s. 54) uvádí přehled základních obecných etických zásad při poskytování sociální služby:

- *Nezneužívat nepříznivou sociální situaci klienta k nabízení pro něj nevýhodných služeb.*
- *Neprojevovat pohrdání a neúctu vůči osobě v nepříznivé sociální situaci.*
- *Nebagatelizovat problémy osoby v nepříznivé v nepříznivé sociální situaci, nezlehčovat její situaci.*
- *Projevovat respekt a úctu osobě v nepříznivé sociální situaci.*
- *Nabídnout více možností pomoci a dát prostor k tomu, aby si osoba v nepříznivé sociální situaci mohla sama vybrat způsob pomoci, který jí nejvíce vyhovuje.*
- *Poskytnout dostatečný rozsah důležitých informací o nabídce sociálních služeb potřebných pro zájemce, žadatele či klienta k rozhodování.*
- *Nezamlčovat důležité informace.*
- *Vést seriózní jednání a nabídnout vhodné formy pomoci.*
- *Respektovat rozhodnutí, výběr a postup pomoci požadovaný osobou v nepříznivé sociální situaci.*
- *Nekritizovat, neodsuzovat, nezesměšňovat, neponižovat atd. (Malíková, 2011, s. 54)*

Profesní etika

Profesní etika tvoří součást etiky aplikované a jsou v ní obsažena pravidla morálního chování, která jsou charakteristická pro výkon určitého typu profese. Janotová (2005, s. 9) ve své knize objasňuje význam pojmu profesní etiky, takto: *„... si dává za cíl zabezpečit ve vztahu ke svým klientům i k široké veřejnosti takovou úroveň profesionálního chování, která bude vzbuzovat všeobecnou důvěru a dobré jméno dané profese a jejich realizátorů. Kromě toho, profesní etika umožňuje každému členu profesní skupiny ve vztahu k sobě samému být jakýmsi prostředkem sebekontroly, sebereflexe a samoregulace vlastního chování.“*

Nesvadba (2019) se zmiňuje o nebezpečí dvou extrémů, kterých by se měla profesní etika vyvarovat, na jedné straně přílišné abstraktnosti a neurčitosti morálních zásad a principů v dané pracovní profesi a na straně druhé přílišné konkrétnosti a přesnosti dodržování a plnění přemíry profesních nařízení a předpisů, které zbavují pracovníka vlastního morálního úsudku a svobodného rozhodování.

Autor dále uvádí, že ideálním je stav vyváženosti obou extrémů a je přesvědčen, že touto rovnováhou je možné dosáhnout jak rozvoje dané profese, tak i pracovníka a zároveň je možné takto bojovat proti profesionální deformaci, rutině a šablonovitosti, která danou profesi může ohrozit (Nesvadba, 2019).

Etický kodex

Můžeme říci, že teorií profesní etiky jsou především etické kodexy. Janotová (2005, s. 18) vymezuje etický kodex jako: *„... určitou výslednici hledání optimálního etického chování subjektu, který má na jedné straně sloužit jako prevence proti různým druhům korupce, skandálům, poškozování zájmů apod. a na druhé straně jako morální standard, který by měl zabezpečit minimum etiky v chování či už osoby, profese, odvětví apod.“*

Etické aspekty pomáhající profesi mají souvislost s obecnými principy morálky a morálního jednání, jsou popsány ve formě etických zásad chování v etických kodexech, které určují profesionálnímu pracovníkovi hranice, ve kterých by se měl pohybovat (Kutnohorská, 2011).

Malíková (2011) se zmiňuje o sepsaných a oficiálně vyhlášených etických kodexech některých profesních skupin pracujících v sociálních službách a také upozorňuje na

potřebu dodržovat tato doporučení nejen vůči klientům při poskytování sociální služby, ale také mezi spolupracovníky navzájem.

Význam etického kodexu popisují (Fisher, Milfait, 2008, s. 84) takto:

- Kodex vyjadřuje poslání profese ve formě ideálu nebo základního cíle.
- Zabezpečuje vedení a inspiraci členům profese, kteří jsou díky kodexu povzbuzováni k etické vnímavosti a reflexi, poskytuje také pravidla správného jednání, je průvodcem dobré praxe.
- Má význam pro utváření a udržování profesní identity, pomocí vyhlášení ideálu služby, základních etických principů a způsobů jednání, které očekávají od profesionála členové profese.
- Přispívá ke zdůraznění statutu profese, díky samostatné existenci kodexu, protože je považován za charakteristický znak profese.
- Slouží jako měřítko pro hodnocení aktuální praxe, jako podklad pro posouzení případných stížností a k disciplinárním účelům v případě profesionálního pochybení.
- Kodex chrání klienty před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče. Jedná se o důvěryhodnost profesionála, jeho jednání má být v souladu s očekáváními vztahenými k profesi.

Kutnohorská (2011) popisuje obtížnost vymezení etiky pracovníka v pomáhajících profesích pomocí profesionálního kodexu, jelikož se do vztahu profesionál – klient promítá komplikovanost jejich osobnostních povah a také specifčnost řešeného případu. Zvláště komplikovaným je sepsání kodexu profesionální zdravotně sociální práce, jelikož kodex zaměřený přímo na zdravotně sociální péči zatím nebyl definován (Kutnohorská, 2011).

Vzhledem k tomu, že zdravotně sociální péče je poskytována multidisciplinárním týmem, není možné se v ní řídit pouze jedním typem etického kodexu pro jednu profesi. Níže tedy uvádím přehled vybraných etických kodexů s etickými normami pomáhajících profesí.

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (Jankovský, 2018) byl schválen 19. května 2006 Společností sociálních pracovníků s cílem vytvořit etickou a profesní oporu pro pracovníky v sociálních službách (Malíková, 2011).

Janebová (2015, s. 7) se zmiňuje o tom, že etický kodex pomáhá sociálním pracovníkům při řešení etických problémů, které mohou při sociální práci nastat a dále také píše o respektování každého jedince bez ohledu na původ, etnickou příslušnost, rasu, barvu pleti, pohlaví, rodinný stav, vyznání apod.

Dne 12. října 2017 byl schválen Etický kodex sociálních pracovníků a členů Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (Kalvach, 2019) se snahou pomoci upravit pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, zaměstnavateli, kolegům, profesi a společnosti (Kalvach, 2019).

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

Mezinárodní etický kodex sester (Jankovský, 2018) byl poprvé přijatý Mezinárodní radou sester v roce 1953 a po té byl několikrát revidován, poslední revize byla schválena v roce 2000 (Malíková, 2011). Etický kodex je členěn na úvod, ve kterém jsou popsány základní povinnosti sester vůči pacientovi: pečování o zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírňování utrpení a také je zde popsáno, že sestra by měla poskytovat ošetrovatelskou péči bez ohledu na národnost, rasu, věk, barvu pleti, vyznání, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení (Jankovský, 2018). Dále text kodexu pokračuje čtyřmi články vymezujícími normy etického chování sestry a to v oblastech vztahu sestry a spoluobčanů potřebujících ošetrovatelskou péči, vztahu sestry k její profesi, vztahu sestry k jejím spolupracovníkům a vztahu sestry a její ošetrovatelské praxe (Malíková, 2011).

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví České republiky je uveřejněn v příloze Věstníku 7 – 2004 Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, který je závazný pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky na národní úrovni (Malíková, 2011).

Kodex tvoří šest částí vymezujících normy etického chování zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, a to v oblastech (Malíková, 2011):

- Zachování lidských práv a důstojnosti každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení
- Respektování individuálních potřeb pacientů, jejich hodnot, zvyklostí a zachování mlčenlivosti o důvěrných informacích
- Povinnosti přistupovat ke své práci s vědomím profesionální odpovědnosti a poskytování vysoké kvality své práce
- Dodržování zásad a pravidel fungující mezioborové komunikace
- Cíleně podporovat v pacientech odpovědnost za své zdraví a poskytovat informace o zdravém životním stylu
- Snaha o celoživotní vzdělávání a zvyšování prestiže své profese (Malíková, 2011)

Etický kodex fyzioterapeutů

Etický kodex fyzioterapeutů (Jankovský, 2018) byl schválen Sjezdem Unie fyzioterapeutů České republiky dne 26. ledna 2002.

Dokument je rozdělen do pěti oblastí označených římskými číslicemi I. až V., které definují obecné etické zásady a zákonné normy nutné pro výkon profese fyzioterapeuta, doporučení týkajících se výkonu povolání fyzioterapeuta, individuálním postupu v komunikaci s klientem a dodržování mlčenlivosti o všech informacích týkajících se klienta, a také o snaze udržovat a prohlubovat dobré vztahy s ostatními profesními kolegy (Jankovský, 2018).

Etický kodex ergoterapeutů

Etický kodex České asociace ergoterapeutů (Jankovský, 2018) popisuje požadavky na osobnostní a profesní předpoklady ergoterapeutů, stanovuje principy dodržování profesionálních a etických standardů chování ergoterapeutů jak vůči pacientům, tak mezi profesními pracovníky a poskytuje návod pro podporu a udržení vysokého standardu služeb ergoterapie (Jelínková et al., 2009).

Etický kodex psychologické profese

Etický kodex psychologické profese (Jankovský, 2018) byl schválený Českomoravskou psychologickou společností 1. prosince 2017 a je závazný pro členy Českomoravské psychologické společnosti (Jankovský, 2018).

Etický kodex psychologické profese je založen na principu rovnosti mezi psychologem a klientem a to v jeho důstojnosti a právech, kdy každý si nese svůj díl zodpovědnosti a snaží se o vytváření prostoru důvěry, vzájemného učení a spolupráce (Jankovský, 2018).

Tato profesionální zodpovědnost je v kodexu popisována ve čtyřech kapitolách, které se týkají psychogovy profesionality, jeho způsobilosti, profesionálního vztahu a průběhu spolupráce (Jankovský, 2018).

Podle vyjádření Českomoravské psychologické společnosti tento dokument přispívá k důvěryhodnosti profese psychologa a slouží k ochraně klientů i profesních psychologů (Jankovský, 2018).

Etický kodex též plní funkci společného profesního standardu, který psychologům v České republice doposud chybí (Jankovský, 2018).

Etický kodex České lékařské komory

Etický kodex České lékařské komory (Jankovský, 2018) byl schválen v lednu 1996 a poté byl v roce 2007 novelizován.

Svojí strukturou je tento stavovský předpis rozdělený do pěti základních kapitol, které upravují jednotlivé oblasti výkonu lékařského povolání (Ptáček, Bartůněk et al., 2011):

- v § 1 je zahrnuta povinnost lékaře pečovat o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince
- v § 2 je popsáno, že při výkonu povolání lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetenci svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje nejvýhodnější
- v § 3 je vyjádřen vztah mezi lékařem a nemocným, který by neměl být ze strany lékaře paternalistickým, ale naopak by měl lékař nemocného respektovat jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi včetně zodpovědnosti za své zdraví
- v § 4 jsou zmíněny vzájemné vztahy mezi lékaři, kde by mělo panovat vzájemné čestné, slušné a společensky korektní chování společně s kritickou náročností, respektováním kompetencí a přiznáním práva na odlišný názor

- v § 5 je upravený vztah mezi lékařem a nelékařskými zdravotnickými pracovníky, kdy lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech a pověřil-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda, jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

Významným prvkem Etického kodexu České lékařské komory jsou dvě ustanovení v zákoně č. 220/1991 Sb., o komorách, v platném znění, které uvádějí jednak: „... povinnost každého člena komory, vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákonem a stavovskými předpisy“ a zároveň: „... komora dbá, aby její členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákonem“ (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 80). Pokud by došlo k nedodržení etických pravidel při výkonu lékařského povolání, může být proti lékaři použito disciplinární řízení (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

Obdobná ustanovení dodržování etických pravidel, platí ze zákona č. 220/1991 Sb., o komorách, v platném znění i pro členy České stomatologické komory a České lékárnické komory (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

Smyslem etického kodexu nebývá prvotně stanovení povinností, které profesionální pracovník musí dodržovat bez ohledu na jeho vnitřní přesvědčení, ale zejména zakotvení takových pravidel, které by pro člověka měla být samozřejmostí a zároveň jsou součástí jeho vlastního svědomí, že je správné postupovat naprosto stejným způsobem, jak mu klade za povinnost právě etický kodex (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

Kodex kanonického práva

Všechny křesťanské církve mají péči o nemocné a umírající nějakým způsobem uspořádanou a vyžadují pro ni někdy ve větší jindy v menší míře působení duchovního (Opatrný, 2017). Autor dále uvádí, že v katolické církvi je služba duchovních především spojována se svátostnou službou (Opatrný, 2017). Avšak v Kodexu kanonického práva (Zedníček, 1994) je kromě svátostné služby také psáno, citují: „...aby farář pečlivě plnil službu pastýře, snaží se poznat sobě svěřené věřící, proto navštěvuje rodiny, má účast hlavně na jejich starostech, úzkostech a zármutku a posiluje je v Pánu, nemocným hlavně blížkým smrti, se věnuje se zvláštní láskou, posiluje je pečlivě svátostmi a jejich duše odporoučí Bohu“ (CIC kán. 259). Opatrný (2017, s. 66) upozorňuje, že duchovní

(biskup, kněz, jáhen) má vůči nemocnému tři základní povinnosti, kterými jsou: „... nepředstíranou bliženeckou lásku, svědectví Kristu a službu slova, vedoucí k víře.“

1.1.4 Etická východiska v křesťanských hodnotách

Vzhledem k tomu, že křesťanství je v naší zemi nejrozšířenějším náboženstvím, existujícím však v různých vyznáních a podobách, zmínila bych zde základní etický kodex Desatero obsahující deset zásad morálního a náboženského života.

Těchto deset zásad zní (Ex 20,1-17):

1. *Nebudeš mítí jiných bohů přede mnou.*
2. *Neučiniš sobě rytiny, ani jakého podobenství těch věcí, které jsou na nebi svrchu, ani těch, kteréž na zemi dole, ani těch, kteréž u vodách pod zemí. Nebudeš se jim klaněti ani jich ctíti.*
3. *Nevezmeš jméno Hospodina, Boha svého, nadarmo.*
4. *Pomni na den sobotní, abys jej světil.*
5. *Cti otce svého i matku svou.*
6. *Nezabiješ.*
7. *Nesesmilníš.*
8. *Nepokradeš.*
9. *Nepromluvíš proti bližnímu svému křivého svědectví.*
10. *Nepožádáš domu bližního svého, aniž požádáš manželky bližního svého, ani služebníka jeho, ani děvky jeho, ani vola jeho, ani osla jeho, ani cokoli jest bližního tvého.*

Každý z nás je vybaven svědomím, vnitřním hlasem naší duše, který v nás vyrostl spolu s našimi kostmi a svaly a pokud není nijak deformováno, víme, když uděláme něco, co bychom neměli. Svatošová (2012, s. 15) ve své knize píše: „že Desatero, je pro křesťana další ‚směrovkou‘, která mu pomáhá na cestě, která dává smysl.“

1.1.5 Etické komise v sociálních službách

Etické komise v sociálních službách začaly vznikat jako nezávislé poradní orgány ředitele pobytového zařízení, s cílem pomoci řešit situace, ve kterých dochází ke sporům, neshodujícím se očekáváním nebo etickým dilematům mezi

multidisciplinárním týmem zařízení a samotným klientem nebo jeho příbuzným (Horecký, 2015).

Horecký (2015) uvádí, že podnět pro řešení vzniklého etického sporu může poskytovateli podat jakákoliv osoba formou ústní i písemnou. Autor dále zdůrazňuje, že jde hlavně o to, aby se poskytovatel aktivně a pravidelně zabýval takovými podněty (Horecký, 2015). To potvrzuje i ředitelka Domova U Biřičky, která vnímá etickou komisi jako nezávislý poradní orgán, o jehož názor se může opřít, a to v obou směrech „pozitivním i negativním“. *„Jde o to, že názor těch, kteří v domově žijí a kteří domov navštěvují, může být někdy zcela odlišný od zaměstnanců, u nichž hrozí riziko profesní slepoty“* (Lusková, 2015, s. 37).

Členy etické komise jsou vždy ze dvou třetin zaměstnanci poskytovatele tvořící multidisciplinární tým a zbylou třetinu doplňují externí odborníci nebo osoby nezávislé na poskytovateli sociální služby, tedy například praktický lékař, psycholog, psychiatr, právník, dobrovolník, zástupce zřizovatele nebo obce (Horecký, 2015).

1.2 Stárnutí a stáří

1.2.1 Vymezení pojmu stáří

Vzhledem ke skutečnosti, že stárnutí je součástí kontinuální proměny, je obtížné nalézt jedinou uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří (Gruss et al., 2009). Nejběžněji používaným měřítkem určujícím počátek stáří bývá kalendářní věk, ve většině vyspělých zemí se za počátek kalendářního stáří považuje věk v rozmezí 60 a 65 lety (Vohralíková, Rabušic, 2004). V tomto kontextu autoři uvádějí, že *„... konvenčně se v současné době pracuje s věkovou hranicí 60 nebo 65 let, ovšem bez existence jednoznačných objektivních odůvodnění a určení této věkové hranice považují autoři za konvenci a sociální konstrukt“* (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 30).

Většina gerontologů pro označení začátku stáří rovněž volí hodnoty mezi 60 a 65 lety s odůvodněním, že v tomto období dochází k evidentním fyzickým a psychologickým změnám (Weber et al., 2000).

V současnosti je hojně používané členění stáří podle Mühlpachera (2004, s. 203):

65–74 let mladí senioři (ukončení pracovního poměru, náplň volného času)

75–84 let staří senioři (problematika zdravotního stavu, atypický průběh nemocí)

85 let a více (problém soběstačnosti a zabezpečení).

Zajímavé jsou také poznatky ze sociologického výzkumu prováděném v České republice v letech 2001, ze kterého vyplynulo, že podle názoru téměř 1 100 českých respondentů hrají roli při vnímání člověka jako starého především fyzický zdravotní stav, věk, ztráta duševní svěžesti a ztráta autonomie (Vidovičová, Rabušic, 2003).

Podle Jarošové (2006) má stáří vysoce individuální charakter s velkými rozdíly. Pacovský (1981, s. 60–61, cit. u Jarošové, 2006, s. 10) seznamuje se společnými fenomény, které vytvářejí charakteristické znaky celého procesu stárnutí:

- *Stárnutí a stáří má svou anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá souvislost.*
- *Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.*
- *Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak. Kalendářní věk se nemusí krýt s věkem funkčním.*
- *Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn (funkční involuce, regrese), které jsou primární (na úrovni buněk, tkání, orgánů) a sekundární (na základě již proběhlých patologických procesů).*
- *Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností – genetických informací a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje. (Malíková, 2011, s. 16)*

Vzhledem k postupně se zvyšující střední délce života narůstá počet roků, které lidé prožijí právě v tomto období, stáří se tak stává stále delší a významnější částí života (Sak, Kolesárová, 2012).

Období stáří tak může být velmi pozitivním a plnohodnotným úsekem života, kdy jedinec vyrovnaně přijímá svůj věk, užívá si zaslouženého odpočinku a umí vyplnit uvolněný prostor k různým činnostem (Malíková, 2011). Bohužel ne každý jedinec má

v sobě schopnost a sílu přijmout a akceptovat přibývajících léta se všemi neduhy a omezeními, které nám stáří může přinést (Pokorná, 2006).

Venglářová (2007) upozorňuje, že reakce stárnoucího člověka na tyto změny a to, jakým způsobem se s nimi bude vyrovnávat, jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi.

Podle společných znaků můžeme reakce na stáří typologicky rozdělit do následujících pěti strategií (Haškovcová, 2010, s. 114–116):

- Konstruktivní přístup naplňuje ideální strategii jedince, který je soběstačný, akceptuje své stáří a všechny jeho projevy, snaží se udržet si optimismus, radost ze života a daří se mu udržovat dobré vztahy s okolím.
- Strategie závislosti je takový postoj jedince, který se snaží vynucovat si pomoc a péči na svém okolí a využívá k tomu své zdravotní a jiné obtíže.
- Obranná strategie je používána jedincem, který popírá své přibližující se stáří a nechce akceptovat svůj věk se vším všudy.
- Strategie nepřátelství vyjadřuje jedincovu nespokojenost nejen se svým věkem, ale i se svou celoživotní situací a pod maskou nepřátelství, obviňování, pocitů křivdy je zraněná duše, velká lítost a silná emoční bolest.
- Strategie sebenenávisti je nejtěžší a nejsmutnější postoj jedince k sobě samému, který se na sebe zlobí a není schopen si to odpustit.

Haškovcová (2010) ve své knize zdůrazňuje, že o volbě strategie nerozhoduje jen předchozí životní zkušenost, ale také samotná povaha člověka, a proto o stáří, jeho přijetí a kvalitě života rozhoduje z velké míry především člověk sám.

Šiklová (2003) se zmiňuje o rozdělení seniorů podle jejich chování do čtyř skupin:

- První skupina se nazývá Nepřátelští a v ní jsou senioři agresivní, útoční, podezřívaví, nedůvěřiví, neustále si stěžující na sebe či na druhé, jsou pesimističtí, nemají rádi mladé lidi, protože jsou jiní, ani své vrstevníky, protože ti jim zase připomínají jejich věk a všechny změny, které přinášejí.
- Druhá skupina je označována Obrněnci a do ní jsou zařazeni senioři, kteří jsou spokojeni především s tím, že jsou i ve stáří nezávislí na ostatních lidech, stačí si,

nic nepotřebují, nic od druhých nechtějí, s dětmi ani vnuky se skoro nestýkají, ale když onemocní, jsou hodně nešťastní, protože s vlastním stářím a jeho změnami nikdy nepočítali.

- Třetí skupina má název Houpací židle a patří sem senioři, kteří si libují v tom, že jsou v penzi, nemusí nic dělat, jsou bez odpovědnosti, těší je odpočívat, dobře jíst a spát, ale z hlediska společnosti vlastně jako by již zemřeli.
- Čtvrtou poslední skupinu tvoří Staří dospělí, tedy jedinci, kteří se smířili s tím, že jsou již staří, a změnili podle toho svůj životní způsob, ale přesto se nevzdali a mají plno koníčků, zájmů, ale i povinností, které je vážou ke společnosti, přátelům i rodině, svůj minulý život a všechno, co prožili, vidí jako celek, ve smysluplné souvislosti, jako něco, co se muselo přihodit právě jim, v čem hráli svou roli a za co jsou odpovědní nebo alespoň spoluodpovědní.

1.2.2 Potřeby seniorů

Potřeba je celosvětově rozšířený pojem v rámci péče o člověka. Z antropologického pohledu je potřeba něco, bez čeho se člověk nemůže obejít. Lidské potřeby jsou základním projevem vztahu člověka k sobě samému i k jeho prostředí. Můžeme je chápat jako nároky organismu spojené s bytím, životní hodnoty, cíle či tužby a přání. Každý člověk má podle svých osobnostních charakteristik hmotného a kulturního prostředí, ve kterém se nachází, stanovené měřítko subjektivního chápání a preference důležitosti potřeb. To se mění v závislosti na určité situaci a také postupně během lidského života.

Smékal (2004, s. 239) definuje potřebu jako „... stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem, zaměřeným na odstranění tohoto rozporu“.

Pro Šamánkovou (2011, s. 12) je potřeba „... stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní a naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu“.

„Kdybych chtěla použít určité nadnesenosti a přirovnání, řekla bych, že staří lidé již nemají své, vysoké domy životních potřeb, jako je to u dospělých. Starým lidem stačí malé, ale účelné domky s pevnými základy tělesných potřeb – zdraví. V těchto pomyslných domcích budou sice důležité místnosti, kterým se starý člověk rád vyhýbá,

např. tělocvična, koupelna. Jiné místnosti obývá rád a často: jídelnu, toaletu, ložnici a pohodlné křeslo, ze kterého je dobře vidět televizi či pohyb na silnici nebo na chodbách“ (Chloubová, 2005, s. 23).

Šiklová (2009) je toho názoru, že v případě seniorů jsou v naší společnosti základní lidské potřeby uspokojeny, ale strádají v oblastech potřeb – sociální důstojnosti, mezilidských vztahů, lásky od svých bližních. Podle Svobodové (2008) s naplněním vyšších životních potřeb souvisí i kvalita života ve stáří. Janečková (2005, s. 164) píše: *„Ve stáří člověk ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje jeho kvalita života.“*

Venglářová (2007) upozorňuje, že specifickým znakem stáří je zaměřenost na vztahy k lidem a v souvislosti s tím potřeba být pro ostatní nějak užitečný a prospěšný. Autorka se zmiňuje, že pocit nepotřebnosti pro starého člověka představuje silnou emoční zátěž a snižuje jeho sebevědomí (Venglářová, 2007).

V souvislosti s potřebami seniorů Kalvach (2007, s. 399) uvádí, že *„... zatímco redukcionistické pojetí podléhá obavám, že společnost nemá dostatek prostředků a sil na to, aby smysluplný život seniorům zajistila, a prioritami jsou pak pouze základní životní potřeby, a to i za cenu ztráty individuality a smyslu, existenciální pojetí stáří by mělo podporovat smysluplnost života ve stáří a dbát na seberealizaci, sebeúctu a důstojnost seniorů“.*

1.2.3 Smysl života ve stáří

Stáří patří k poslední etapě lidského života, ve které se obvykle nejnaléhavěji objevují otázky po jeho naplněnosti, smyslu a směřování. Wong (2012) považuje otázku smyslu života ve stáří za velmi důležitou a zdůrazňuje její pozitivní vliv na vyrovnávání se s involučními procesy vyššího věku, zdravotním stavem a úspěšným zvládnutím stárnutí. Lukasová (2004) vysvětluje, že smyslem života ve stáří není samoúčelné hledání smyslu pro smysl, ale jde o naplněnost lidského života. Také Křivohlavý (1994, s. 90) podotýká, že *„jak život pokračuje, člověk je citlivější k otázkám smysluplnosti svého bytí“.* Vágnerová (2007, s. 305) uvádí, že: *„... ve stáří je důležité najít smysl zbývajícího života a naučit se těšit z toho, co zůstalo zachováno, akceptovat to, co nelze změnit a zaměřit se na to, co je opravdu významné“.*

Hlavním vývojovým úkolem ve stáří je podle Eriksona (2014) dosažení integrity ve smyslu koherence a celistvosti lidské osobnosti. Říčan (2007, s. 251) k tomu ve své knize podotýká: „... *mnozí staří lidé vyjadřují celost, k níž dospěli, prohlášením, že kdyby měli žít znovu, nic by neměnili – cítí, že vše bylo tak, jak muselo být.*“

Bohužel, ne každému se podaří prožít naplněný a spokojený život a ve stáří je pak konfrontován s konkrétními existenciálními otázkami, které jsou často příčinou jeho trápení. Längle (2007) k tomu uvádí, že pokud těmto tématům u stárnoucího člověka nevěnujeme pozornost, může u něj dojít k projevům psychických poruch nebo somatického onemocnění. Erikson (2014, s. 108) popisuje jako protipól integrity člověka dosažení zoufalství, které vyjadřuje pocitem, že: „... *času je nyní málo, příliš málo, abychom se pokusili začít jiný život a pokusili se vydat jinou cestou.*“ Autor se ve své knize také zmiňuje o častých ztrátách, které člověk v tomto věku zažívá a o smutku, který prožívá společně se sdělením, že: „... *brána smrti je otevřená a nepříliš daleko.*“ Eriksonová (in Erikson, 2014, s. 108) k tomu doplňuje: „*pokud jsi naplněn silou bytí a máš naději na něco, co může dát ještě trochu milosti a osvícení, pak máš důvod žít.*“ A dále autorka píše, že je přesvědčena, že pokud se staří dokáží vyrovnat s těmito životními zkušenostmi, mohou úspěšně udělat krok na cestě vedoucí ke gerotranscendenci.

Tornstam (2005) popisuje gerotranscendenci jako poslední fázi přirozeného procesu stárnutí směřujícího k zrání a moudrosti jedince, ve které dochází k posunu v meta-perspektivě z materialistického a racionálního pohledu na svět, ke kosmičtějšímu a transcendentnějšímu, obvykle následovanému zvýšením životní spokojenosti.

Tento posun v perspektivě nastává ve třech rozměrech, kterými jsou kosmická dimenze, dimenze sebe-dimenze a dimenze sociálních a osobních vztahů (Tornstam, 2005).

To potvrzují i Rajani a Jawaid (2015) a upozorňují na fakt, že jedinci, kteří čelili životní krizi, mají vyšší úroveň gerotranscendence a také u nich dochází k významné korelaci mezi kosmickou transcencí a pocitem soudržnosti a smyslem života. Autoři dále zdůrazňují, že transcendence v životě podporuje zdraví, harmonii, uzdravení a smysluplnost v životě ve stáří (Rajani, Jawaid, 2015).

1.2.4 Práva seniorů

Bohužel v současné době dochází k narůstajícím projevům degradace stáří a seniorů. Naštěstí ale také dochází k vytváření řady dokumentů, které se snaží seniory chránit a zajistit jim právo na bezpečí, ochranu a kvalitní péči. Níže se zmiňuji o dvou podle mého názoru stěžejních dokumentech, které tato práva naplňují.

1.2.5 Evropská charta pacientů seniorů

Iva Holmerová (2005) upozorňuje, že zvýšením pravděpodobnosti onemocnění ve stáří může nastat situace, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život a tím se kvalitní a dostupná zdravotní i sociální péče stane pro nemocného starého člověka důležitou prioritou. Autorce se podařilo přeložit mezinárodní listinu, která se týká starších občanů a jejímž smyslem je obhajoba nároku seniorů „... na zajištění takové zdravotní péče a sociální péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti“ (Holmerová, 2005, s. 2).

Evropská charta pacientů seniorů (Malíková, 2011) vznikla na doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České Alzheimerovské společnosti.

Tento dokument v sobě zahrnuje třináct článků zajišťujících práva a saturaci všech potřeb seniorů jako plnohodnotných lidských bytostí bez ohledu na situaci, ve které se nacházejí (Malíková, 2011).

Pro potřeby mé diplomové práce jsem zvolila znění citace Evropské charty pacientů seniorů článku č. 13 Změna domova:

„Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje. V instituci má starší občan právo očekávat:

- *že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám*

- *že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti*
- *že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv*
- *pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče*
- *že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování.*“ (Kutnohorská et al., 2011, s. 166)

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ („Charta práv umírajících“)

Tento dokument byl přijat Parlamentním shromážděním v roce 1999 k zajištění ochrany lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, chránit zájmy a důstojnost a garantující právo na léčbu, spoluúčast v rozhodování nevléčitelně nemocného pacienta a na spolupráci s jeho rodinnými příslušníky (Malíková, 2011).

Dokument obsahuje devět článků, z nichž zde cituji článek č. 7:

„Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- *nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti*
- *častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby*
- *umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného*
- *nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči*
- *nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích*
- *obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží*

- *chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli*
- *nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících*
- *sociální diskriminaci, která je vlastní umírání a smrti“ (Kutnohorská, 2007, s. 164).*

1.2.6 Vliv rodiny na spokojené stáří

Klevetová, Dlabalová (2008) popisují odlišnosti ve vývoji české rodiny v šedesátých a devadesátých letech v České republice. Autorky uvádějí, že zatímco v šedesátých letech bylo soužití více generací v jedné rodině běžným prvkem, kdy prarodiče pomáhali manželům nejen s vychováváním vnoučat a finančními záležitostmi, ale také řešili jejich potíže v manželství, v devadesátých letech dochází k preferenci odděleného soužití starých s mladými a i k prohlubujícímu názorovému odmítavému postoji mezi nimi (Klevetová, Dlabalová, 2008). V tom spatřuje Petrová (2013) jednu z příčin toho, že děti již necítí takovou odpovědnost postarat se o svoje staré a nemocné rodiče.

Matoušek (2003) ve své knize píše, že každá rodina má svoje zvyky, rituály, příběhy a předměty, které se předávají z generace na generaci a tím vším se utváří tradice rodiny, která je posilou a vnitřní pomocí pro všechny její členy. Autor zmiňuje, že právě prarodiče jsou těmito nositeli moudrosti, příběhů a rodinného kodexu rodiny představujícího určitý model chování a ideál (Matoušek, 2003). Myslím, že na toto by neměli rodinní příslušníci zapomínat, ať už žijí se svými prarodiči ve společné domácnosti a nebo je, navštěvují v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Klevetová, Dlabalová (2008) se zmiňují o tom, že v dnešní době zůstávají senioři ve svém domácím prostředí, co nejdéle je to možné a jejich děti je navštěvují a snaží se jim pomáhat. Autorky dále uvádějí, že pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu seniora natolik, že již nemůže být ve svém domácím prostředí, ve většině případů přechází do některého z pobytových zařízení sociálních služeb (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Janečková (2010) upozorňuje na částečné zpřetrhání sociálních vazeb, ke kterému dochází u seniora, který se přestěhoval do pobytového zařízení sociálních služeb a poukazuje na důležitost fungujícího kontaktu se svojí rodinou, která mu v této složité situaci může pomoci ji překlenout. Autorka ve své knize píše: „*pro seniora jsou členové jeho rodiny, ať už děti nebo vnoučata, nejbližšími lidmi, vedle nichž prožil řadu let a*

kteřé zpravidla velmi dobře zná a zároveň i oni jemu zpravidla nejlépe rozumí.“ (Janečková, 2010, s. 111). S tím souhlasí i Hauke (2014, s. 42), která říká: *„Rodina je nedílnou součástí klientova života a může být obrovským zdrojem sociální, materiální i emocionální podpory, jsou-li vztahy dobré.“* Autorka také považuje za důležité, aby pečující personál pracující v pobytovém zařízení se snažil: *„uchovat, chránit a podporovat rodinné vazby alespoň v takové podobě, v jaké probíhaly doposud.“* (Hauke, 2014, s. 42).

1.3 Víra

1.3.1 Vymezení pojmu víry

Každá kapitola této části by stála za samostatnou diplomovou práci. Mým cílem však není analyzovat víru na území České republiky, pouze chci definovat tento pojem tak, jak ho z hlediska své diplomové práce vnímám já.

Jankovský (2018, s. 186) uvádí: *„... víra vlastně vyjadřuje postoj člověka a je předpokladem i našeho poznání.“* S tím souhlasí i Vojtíšek et al. (2012, s. 47) a zároveň upozorňují na dvojí význam chápání pojmu víry. V prvním pojetí vysvětlují autoři pojem víry jako „předpoklad“, tedy ve významu poznávací a rozumové složky spirituality jedince, nacházejícího vysvětlení v naukových a filosofických konceptech (Vojtíšek et al., 2012, s. 47). V druhém pojetí autoři naznačují, že pojem víry je úzce spjat zejména s křesťanstvím a dalšími monoteistickými tradicemi, pod jejichž vlivem můžeme tento pojem přirovnat ke vztahu důvěry k osobně chápané transcendenci, tedy k Bohu (Vojtíšek et al., 2012, s. 47).

Smith (1981, s. 12) chápe víru jedince jako: *„... orientaci osobnosti, a to k sobě samému, ke svému bližnímu, k vesmíru a bere ji jako způsobilost žít v rovině, která má transcendentní rozměr.“* S tím souhlasí i Fowler, který Smithův přístup shrnuje slovy: *„... spíše než náboženské přesvědčení nebo náboženství je víra tou nejzákladnější kategorií lidského hledání vztahu k transcendenci. Zdá se, že víra je obecný, univerzální rys lidského života, pozoruhodně podobný na všech místech přes značnou různost forem a obsahů náboženské praxe a přesvědčení“* (Fowler, 1981, s. 14). Fowler (1981) sám vnímá víru jako dynamický proces, který integruje osobnost a její složky do jejího středu, tím se vytváří pevná základna tvořená lidským poznáním, hodnotami a jednáním z níž pak vzniká osobní identita jedince.

1.3.2 Teorie vývoje víry

Fowler na základě svých výzkumů stanovil šest vývojových stadií víry. Ve své teorii vycházel z Eriksonových, Piagetových a Kohlbergových teorií lidského vývoje a prací teologů Tillicha a Niebuha (Řičan, 2007). Fowler (1981) se domnívá, že víra jedince se proměňuje s rostoucí náročností životních úkolů a její vývoj je propojený s mentální zralostí. Autor dále uvádí, že pokud dojde k posunu v kognitivních a mravních stadiích jedince, může dojít i k postupu do vyššího stadia víry, zároveň ale dodává, že všemi stadii nemusí projít každý člověk a postup do vyšších stadií je spíše výjimečný (Fowler, 1981). Fowlerova stadia nejsou spjata s žádným náboženstvím nebo přesvědčením, domnívá se, že tento vývoj je stejný u všech jedinců bez rozdílu vyznání (Fowler, 1981). Dřímál (2002, s. 17) se vyjadřuje o Fowlerově teorii víry slovy: „... *teorie tohoto amerického baptistického teologa se netýká náboženské víry v úzkém slova smyslu, ale širšího chápání víry jako úsilí zakoušet a dát smysl vlastnímu životu, vytvářet zkušenost se sebou samým i s druhými a se světem prostřednictvím reprezentace bytosti, jež je ohraničená.*“

Fowlerova (2000, s. 122–199) stadia vývoje víry:

Rané stadium – nediferencovaná víra (od narození do tří let věku dítěte)

- dochází k vytváření základní důvěry, odvahy, naděje a lásky (zejména k rodičům);
- naproti tomu se mohou utvářet pocity strachu z opuštění, pochybnosti a pocity viny, které mohou ztížit i další vývoj víry.

Stadium 1 – Intuitivně projektivní víra (od tří do sedmi let věku dítěte)

- rozvíjí se fantazie, představivost a magické myšlení má u dítěte převahu;
- povaha víry je dána rozvojem imaginace, je proto vhodné vyprávět příběhy vysvětlující náboženské rituály a symboly;
- naproti tomu může dojít k nebezpečnému vytváření destruktivních a děsivých obrazů v mysli dítěte.

Stadium 2 – Myticko doslovná víra (dítě je v školním věku)

- rozumový vývoj dítěte dospěl do stadia schopnosti konkrétních logických operací;
- dítě si začíná osvojovat zvyky a tradice své komunity;

- vývoj víry souvisí s doslovným výkladem v podobě morálního pravidla nebo postoje;
- dítě věří, že Bůh trestá špatné chování a chválí dobré a tak se i ono snaží chovat;
- v tomto stadiu je nebezpečí, že může dojít k vytvoření pokryteckého perfekcionismu, pocitu hříšnosti nebo pocitu bezcennosti, který může přetrvat až do dospělosti.

Stadium 3 – Synteticko konvenční víra (kolem dvanáctého roku věku dítěte, dospívání)

- rozumový vývoj dítěte dozrál do stadia formálních operací;
- získané osobní hodnoty a přesvědčení jsou zpracovány v osobní mýtus;
- může se zde rozvíjet velká připoutanost k autoritám (církvev, rodina, přátelé, média);
- víra musí spojovat hodnoty a informace, aby mohla vzniknout základna pro osobní identitu jedince a jeho životní názor;
- v tomto stadiu je nebezpečím, pokud dojde k zvnitřnění očekávání a hodnocení autorit, na nichž jedinci záleží, že se od nich později nedokáže odpoutat;
- může pak docházet ke změně náboženského přesvědčení, aby jedinec vyhověl dané autoritě nebo skupině.

Stadium 4 – Individuálně reflexivní víra (mladý dospělý)

- jedinec se odpoutává od vnější autority a přijímá zodpovědnost za svá vnitřní rozhodnutí, přesvědčení, názory a myšlenky;
- vše hodnotí pomocí logického myšlení a rozumem;
- mohou nastat rozpory s náboženským přesvědčením, ve kterém jedinec vyrůstal a jež mu bylo vštěpováno;
- může též docházet ke zklamáním a k rozchodu s náboženskou komunitou, ve které jedinec žil.

Stadium 5 – Spojující víra (střední věk dospělosti)

- přichází zjištění, že rozum není nad vším;
- rozvíjí se poznání, že ostré a přesné vidění sporů je relativní;
- dochází k pochopení vlastní otevřenosti k cizím pravdám o jiných náboženstvích a kulturních tradicích;
- může docházet k vnitřním rozporům mezi přáním po univerzálním lidském společenství a poznáním jejích limitů.

Stadium 6 – Univerzální víra (vyskytuje se zřídka)

- dochází k odpoutání se od svých osobních zájmů a přijmutí absolutní lásky a spravedlnosti;
- tento stav je velice vzácný a jedinci, kteří jej dosáhli, mnohdy zůstali nepochopení;
- tito jedinci mohou zahynout jako mučedníci.

1.3.3 Různé podoby víry

Rozumová víra

Každý v něco věříme nejen ve smyslu svého svědomí, ale velmi silně také svým rozumem. Zkrátka něčím si běh věcí kolem nás vysvětlujeme, nějak ho v jeho celku chápeme. S rozumovou částí naší víry, s tou, nad kterou přemýšlíme a kterou během života hledáme, je to složitější. Čím starší je naše kultura, čím bohatší je náš jazyk, čím bohatší jsou naše životní zkušenosti, tím hlouběji se můžeme zamýšlet nad tím, v co věřit. Tím je také těžší tuto odpověď nalézt.

To potvrzuje i Svatošová (2012, s. 37): „... víra není cosi jednou provždy hotového, jasného, vždy je to proces, směřování, nové a nové objevování netušených hlubin.“

Naše rozumová víra nám nejen pomáhá vybrat tu správnou cestu i v situacích, kdy na to naše svědomí nestačí.

Rozumová víra nám pomáhá najít rovnováhu v nespravedlnosti světa. Jak přežít úmrtí dítěte? Jak přežít nespravedlnost těžké nemoci? Kde najít spravedlivý trest za zabití nebo za krádež? Jak žít s vědomím, že jednou musím zemřít? Vždyť už jen otázka jak žít spokojeně, když můj soused má kozu, a já nemám, stojí za zevrubné rozebrání z hlediska víry jednoho každého z nás.

Rozumová víra nám též dává základní rámec hodnot, dále pojmenuje a rozvádí hodnoty, které nám udává naše svědomí. Tento rámec potom směřuje pravidla, která si lidé volí pro své společné soužití a pro obecně platné vzorce chování k sobě.

Náboženská víra

Jak lidé hledají tu správnou víru po celá tisíciletí, tak svou víru v mnohém často sjednotili a popsali. Vzniklo mnoho vzorových filosofických směrů, které lidi chtěli následovat a inspirovali se jimi, vzniklo mnoho právních předpisů, které jejich víru též

jistým způsobem orámovalo, a vzniklo mnoho náboženství, tedy jasně kodifikovaných organizovaných systémů víry, některé přímo organizované v konkrétní církvi.

V Listu Židům jako jedné z biblických knih můžeme najít definici víry: „... víra je podstata toho, v co doufáme, je přesvědčení o věcech, které nevidíme“ (Žid 11, 1).

Jankovský (2018, s. 186) říká, že náboženská víra: „... umožňuje člověku zakotvení v Bohu, čímž mu dává životní jistotu“ a dále se zmiňuje: „... ačkoliv je z teologického hlediska darem (Boha člověku), vyžaduje aktivitu celé osobnosti člověka, tedy zapojení intelektu, citu a vůle.“ S tím souhlasí i Svatošová (2012, s. 36), která vnímá náboženskou víru také jako dar: „, jenž je zároveň těžký i křehký. Je křehký proto, že stačí opravdu málo k tomu, aby v nás víra pohasla. Těžký proto, že po nás žádá radikální proměnu smýšlení a základních kritérií, jimiž se řídí celý náš život.“

Vlastenectví

S péčí o seniory tolik nesouvisí, ale když píší o různých podobách víry, musím zmínit i vlastenectví, jako víru ve svou zemi a víru v její hodnoty a tradice. Sebedůvěra v sama sebe, stejně jako sebedůvěra ve svou zemi, dává totiž člověku i jeho víře další rozměr a sílu.

Víra jinak smýšlejících

Hodně lidí má potíže s vírou toho druhého. Svatošová (2012, s. 79) popisuje situace kdy, věřící často nechápe a zatracuje nevěřícího, a naopak nevěřící se vysmívá věřícímu, a co je podle autorky nejhorší: „když si jednotliví věřící usurpují právo na neomylnost a chovají se k sobě navzájem jako sokové či konkurenti“. K tomu se vyjadřuje Vácha (2011, s. 171): „... je jednoduché vidět v jinak smýšlejících nepřátele pravdy, církve i Boha. Je velmi obtížné vidět v jinak smýšlejících přátele pravdy, církve i Boha, neboť takovýto pohled velmi podkopává mou stabilitu a zrelativizuje moji pozici majitele poslední, jednoznačné a konečné pravdy.“ A jinde autor píše: „... opravdu tak precizně postihujeme, kdo je to Bůh, co si přesně na Zemi přeje a jak máme svou víru detailně praktikovat? Co ještě se musí stát, abychom pochopili, že se všichni modlíme k témuž Bohu, že všichni toužíme po dobru, že skoro nikdo z nás není vyloženě zlý, jen se zkrátka na určité věci díváme jinak?“ (Vácha, 2011, s. 168).

1.3.4 Vliv víry na vykonávání péče o těžce nemocné a umírající seniory

Svatošová (2012) ve své knize píše o jedinečnosti každého doprovázení mezi nemocným a pečujícím, jednak proto, že každý člověk je jedinečný a originální, a pak záleží, jaká dvojice se v něm setkala. Opatrný (2017, s. 120) vysvětluje, že velmi obecně je předmětem víry to, nač spoléháme, tedy: „... víra v sebe, v Boha, v přátele a jejich spolehlivost, ale také pomoc amuletu či jakéhokoliv zázračného prostředku“.

V našem prostředí se nejčastěji setkáváme s vírou křesťanskou, jejímž základem je vztah, a to vztah člověka a Boha (Opatrný, 2017). Katolický katechismus to vyjadřuje takto: „*Svým zjevením oslovuje neviditelný Bůh ze své veliké lásky lidi jako přátele a stýká se s nimi, aby je pozval a přijal do svého společenství. Přiměřenou odpovědí na toto pozvání je víra.*“ (KKC 142). Jankovský (2018, s. 187) ve své knize upozorňuje ještě na druhý rozměr křesťanské víry, který je vyjádřením vztahu: „... *člověka k člověku, což je láska*“ a dále autor píše: „... *je tedy zřejmé, že nejen pro každodenní život člověka, ale i z hlediska náboženského jsou důležité obě dimenze, jak, zbožnost, tak i láska.*“

Veškeré naše skutečné chování, naše konání a konečná rozhodnutí jsou výsledkem naší osobní víry jako celku, ve skutečnosti od sebe nemůžeme svědomí, rozumovou víru či víru v Boha dle konkrétní církve jasně oddělit. Důležité je, že v něco věříme. Každý věří, ať už to nazývá jakkoliv. To něco, ta naše osobní víra, utváří naši osobnost.

Naše víra nás dělá konkrétním člověkem.

Naše víra, nás utváří také v tom, jak se staráme o naše seniory.

1.4 Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb

1.4.1 Současná situace v poskytování zdravotně sociální péče v pobytových sociálních zařízeních

V souvislosti se stárnutím společnosti a narůstáním podílu starších osob v populaci je stále významnější otázka zajišťování potřeb a především péče o osoby, které již z důvodu zdravotních nebo sociálních potíží nejsou schopny své potřeby uspokojivě naplňovat svépomocí. Tyto potřeby přitom mohou být saturovány prostřednictvím mnoha subjektů. Odpovědnost za zmíněné činnosti si vedle rodiny a neformálního sektoru mezi sebe dělí státní, soukromý a nestátní sektor. Každý z uvedených subjektů k tomu přistupuje svým specifickým způsobem, přičemž v některých oblastech se tyto

sektory vzájemně doplňují a v jiných si mohou i konkurovat. Bohužel ne všechny sféry jsou pokryty kvalitním a dostačujícím způsobem.

Janečková (2013, s. 372) ve své knize uvádí, že: *„Oblast zdravotně – sociální péče nabývá v současném vyspělém světě na významu a rozvíjí se pod názvem dlouhodobá péče (LTC – long-term-care). Jde o péči, která se odklání od čistě biomedicínského modelu péče o nemocného člověka a respektuje sociální důsledky chronického onemocnění a zdravotního postižení, kdy zdravotní stav komplikuje životní situaci člověka natolik, že jeho schopnost zabezpečit si vlastními silami své základní životní potřeby je výrazně omezena, nebo dokonce zcela nemožná.“* Bohužel v právní úpravě zákonů České republiky není pamatováno na propojenost zdravotně sociální péče. Kalvach (2019, s. 125) k tomu dodává: *„Závažný je mýtus o oddělitelnosti zdravotních a sociálních služeb u osob se závažnou disabilitou, s křehkostí či se závislostí. Kromě jiného vede i k mýtu o neměnnosti tradičního pojetí a uspořádání služeb a institucí, které je zajišťují.“* Proto dochází k chápání i financování zdravotní a sociální péče odděleně a následně jsou zřizována na jedné straně zdravotnická zařízení se sociálními lůžky a na straně druhé zařízení sociální péče, kde se poskytují zdravotnické úkony klientům formou zvláštní ambulantní péče.

Malíková (2011) zmiňuje, že více než 85 % pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi (zřizovatelem již není stát) a zbývajících přibližně 15 % pobytových služeb poskytují nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, církve).

Mezi pobytová zařízení sociálních služeb poskytujících dlouhodobou institucionální péči seniorům patří domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domy s pečovatelskou službou (Malíková, 2011).

S ohledem na téma mé diplomové práce se dále budu věnovat pouze jednomu typu pobytového zařízení sociálních služeb, a to domovu pro seniory.

1.4.2 Domovy pro seniory

Domov pro seniory je jedním z nejrozšířenějších typů pobytových zařízení sociálních služeb poskytujících celoroční péči osobám ve vyšším věku, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Malíková, 2011).

Chodounská (2017) popisuje relativně stabilní stav v počtu a kapacitě domovů pro seniory v posledních šesti letech na zhruba 500 pobytových zařízení a 36 tisících klientů v nich. Autorka dále uvádí, že v posledních letech došlo k významné proměně mezi klienty v domovech pro seniory, pokud se týká jejich zdravotního stavu a soběstačnosti: „Zhruba čtvrtina klientů domovů pro seniory je trvale upoutána na lůžko a kromě toho je více než polovina (52 %) klientů domovů pro seniory mobilní pouze za pomoci druhé osoby nebo technických pomůcek“ (Chodounská, 2017, s. 72). Autorka také upozorňuje na zjištění, že, jak u osob trvale upoutaných na lůžko, tak i mobilních pouze za pomoci jiné osoby nebo technických pomůcek dochází v posledních pěti letech k nárůstu jejich zastoupení a to až o 10 % (Chodounská, 2017). Toto zjištění potvrzuje i Haškovcová (2010, s. 274), která píše: „domovy se svou skladbou obyvatel blíží stále více nemocnici než domovu.“

Služby poskytované v domově pro seniory

Služby poskytované domovem seniorů jsou obsaženy v zákoně č. 108/2006 Sb., § 49, odst. 2, písmena a až h v platném znění takto:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2011).

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory jsou zajišťovány v rozsahu úkonů obsažených v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb., § 15, odst. 1 v platném znění takto:

- Poskytnutí ubytování spojené s úklidem, praním, žehlením a drobnými opravami ložního a osobního prádla a ošacení;
- Poskytnutí celodenní stravy odpovídající dietním nárokům, zásadám racionální výživy

- a věku, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel;
- Poskytnutí pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu spojené s pomocí při oblékání a svlékání, při přesunech na lůžko nebo vozík, pomoci při vstávání, uléhání a změně poloh na lůžku, při podávání jídla a pití a pomoci při prostorové orientaci ve vnitřním i vnějším prostoru;
 - Poskytnutí pomoci při osobní hygieně nebo vytvoření podmínek pro osobní hygienu, včetně péče o vlasy, nehty, použití WC;
 - Poskytnutí pomoci a podpory při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů a zprostředkování kontaktů s rodinou a společenským prostředím;
 - Poskytnutí pomoci při rozvoji osobních a sociálních schopností klienta, spojené se snahou o jeho začlenění;
 - Poskytnutí pomoci při nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopnostech a dovednostech v rámci volnočasových a zájmových aktivit;
 - Poskytnutí pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí klienta (Malíková, 2011).

Všechny uvedené základní činnosti jsou zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění) určené a dané a poskytovatelé sociálních pobytových služeb jsou povinni je svým klientům vždy zajistit a poskytovat (Malíková, 2011).

1.4.3 Další služby poskytované v domově pro seniory

Malíková (2011) popisuje další služby poskytované v domově pro seniory, jsou jimi:

- Činnost sociálního pracovníka
- Rehabilitační ošetřování klientů
- Ergoterapie
- Duchovní péče
- Ošetřovatelská péče
- Zdravotní péče

Činnost sociálního pracovníka

Činnosti, které sociální pracovník vykonává, se prolínají všemi etapami práce v domově pro seniory, a proto má sociální pracovník významnou úlohu od okamžiku kontaktu

zájemce nebo příbuzných o poskytování služeb v domově až po sociální poradenství příbuzným při úmrtí klienta (Malíková, 2011).

Rehabilitační ošetřování klientů

Základní rehabilitační ošetřování klientů je spojeno s pomocí klientovi při vykonávání běžných denních činností (přesuny na lůžku, pomoc při vstávání a uléhání, posazování do křesla) pracovníky v sociálních službách a všeobecnými sestrami, naproti tomu speciální rehabilitační postupy (protažení zkrácených svalových skupin svalů, mobilizace drobných kloubů, nácvik sedu, stoje a chůze, relaxační techniky) provádí fyzioterapeut na základě ordinace lékaře (Malíková, 2011).

Ergoterapie

Hlavním cílem ergoterapie u seniorů je jednak udržení schopnosti alespoň základních úkonů sebepečce (osobní hygiena, najíst se, obléknout se), dále trénování hrubé a jemné motoriky klienta (tanec, kresba, ruční práce) prostřednictvím společenských aktivit (vycházky, poslech hudby, autorská čtení) se snažíme pomoci klientovi v navázání kontaktů s ostatními spoluobyteli domova seniorů (Malíková, 2011).

Duchovní péče

Při přijetí seniora do domova je potřeba zjistit nejen jeho chápání spirituality, vztah k ní a rozsah jeho duchovních potřeb, ale také to, jakou církev vyznává, jaká je dostupnost církevních služeb v okolí domova a domluvit vše s klientem, tak aby jeho duchovní potřeby mohly být dostatečně naplňovány, naplánovány a organizačně zajištěny (Malíková, 2011). Autorka dále popisuje, že každé zařízení spolupracuje s duchovním v okolní farnosti, většinou církve římskokatolické, který zařízení pravidelně navštěvuje, vykonává v něm bohoslužby, navštěvuje klienty na pokojích a poskytuje jim nejčastěji útěchu formou duchovního rozhovoru, zpovědi, udílením svátostí a svatého přijímání (Malíková, 2011).

Dalšími možnostmi, jak podpořit naplňování spirituálních potřeb seniorů v domově, jsou (Malíková, 2011, s. 273):

- Poslech duchovní hudby
- Zapůjčování literatury a časopisů s náboženskou a duchovní tematikou
- Rozmístění předmětů s náboženskou symbolikou na pokoji klienta

- Zajištění návštěv duchovního na pokoji klienta
- Sledování a poslech televizních a rozhlasových pořadů s náboženskou tematikou
- Zajištění kontaktu s psychologem
- Rozhovory všech pečujících a ošetřujících pracovníků pracujících s klienty domova

Opatrný (2006, s. 3) ve své knize uvádí, že duchovní péči rozumíme: „... *takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.*“

Ošetrovatelská péče

Poskytování ošetrovatelské péče je v domově seniorů zaměřené především na péči o základní biologické potřeby seniora (Malíková, 2011, s. 128):

- Péče o dutinu ústní
- Příjem potravy a zajištění pitného režimu
- Pravidelné vyprazdňování
- Péče o pokožku celého těla
- Celková hygienická péče
- Snaha o předcházení a vytváření proleženin a dekubitů
- Nacházení úlevových poloh těla při odpočinku a spánku
- Provádění opatření ke snižování bolesti
- Péče o umírajícího a zemřelého klienta

Ošetrovatelská péče je zajišťována pracovníky v přímé péči, kterými jsou pracovník v sociálních službách a všeobecné sestry, jež o poskytované péči vedou ošetrovatelskou dokumentaci (Malíková, 2011).

Zdravotní péče

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění pozdějších předpisů, má domov seniorů povinnost zajistit poskytování zdravotní péče, ale není povinen zdravotní péči poskytovat. Povinnost poskytovat zdravotní péči má podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění pozdějších předpisů jen zdravotnické zařízení. Domov seniorů poskytuje podle § 36 zákona o sociálních

službách, v platném znění pozdějších předpisů, ošetrovatelskou a rehabilitační péči, kterou zajišťují zaměstnanci domova seniorů. Prošková (2010) uvádí, že pokud pobytové zařízení sociálních služeb dodrží podmínky stanovené zákonem č. 160/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění pozdějších předpisů, může poskytovat zdravotní péči jako fakultativní službu svým klientům prostřednictvím vlastních pracovníků. Malíková (2011) popisuje, že většina domovů seniorů má uzavřenu smlouvu s jedním praktickým lékařem a klient si může vybrat, zda si přeje být zaregistrován v domově nebo u jiného praktického lékaře, přičemž zařízení toto klientovo rozhodnutí musí respektovat a organizačně zajistit jeho naplnění. Stejně je to i s ostatními odbornými lékaři (psychiatr, neurolog, stomatolog, geriatr) a dalšími klinickými pracovníky (psycholog, logoped).

Ošetřující lékař kontroluje zdravotní stav nemocného, předepisuje recepty na léky a zapisuje plán léčby, vystavuje poukazy na inkontinenční a kompenzační pomůcky, se souhlasem klienta poskytuje informace příbuzným a provádí také ohledání zemřelého (Vodička, 2010).

U klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb musí být ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, vedena zdravotnická dokumentace a všechny zapsané záznamy musí být čitelné, přehledné, úplné a věrohodné (Kučerová, 2010).

Nad rámec základních činností může poskytovatel zajišťovat další činnosti a nabízet je jako fakultativní službu (část třetí, hlava I, díl 1, § 35 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

1.4.4 Profesionální pracovníci pečující o klienta v domově pro seniory

V domově pro seniory bývají zastoupení odborníci z několika profesí. Jednotlivé profese pak mají upravené vykonávání svojí odbornosti v příslušné právní úpravě zákona.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění pozdějších předpisů jsou definovány pracovní pozice pracovníků v sociálních službách, jejich kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese a povinnosti celoživotního vzdělávání podmíněné účastí na akreditovaných vzdělávacích akcích.

Vzhledem k zaměření mé práce zde uvádím odbornosti dle zákona o sociálních službách, se kterými se můžeme setkat v domově pro seniory, jsou jimi:

- Sociální pracovníci mají upraveno zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění pozdějších předpisů)
- Pracovníci v sociálních službách mají upraveno zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění pozdějších předpisů)
- Zdravotničtí pracovníci mají upraveno zdravotnickými předpisy (zákon č. 95/2004 Sb., v platném znění pozdějších předpisů, zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění pozdějších předpisů, ve znění zákona č. 125/2005 Sb., v platném znění pozdějších předpisů)
- Pedagogičtí pracovníci mají upraveno školskými předpisy (zákon č. 563/2004 Sb., v platném znění pozdějších předpisů, ve znění zákona č. 383/2005 Sb., v platném znění pozdějších předpisů)
- Manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby, mají upraveno zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění pozdějších předpisů) (Malíková, 2011)

Sociální pracovník provází klienta od jeho prvního dne nástupu do pobytového zařízení, pomáhá při adaptaci v novém prostředí, seznamuje s pravidly domovního řádu, nabídkou služeb, které zařízení poskytuje, zjišťuje individuální potřeby klienta, zprostředkovává kontakty s příbuznými a spolupracuje s nimi, pomáhá s vyplňováním a podáním nejrůznějších žádostí, zejména ze systému sociálních dávek, podílí se na stanovení klíčového pracovníka klienta, zajišťuje přebírání a odesílání pošty klienta, poskytuje podporu umírajícím klientům a jejich příbuzným při úmrtí klienta (Malíková, 2011).

Pracovníci v sociálních službách v domově pro seniory zajišťují především přímou obslužnou péči u klientů spočívající v trénování jednoduchých denních úkonů spojených s očištěním těla, vyprazdňováním, oblékáním, příjmem potravy a tekutin, péčí o lůžko klienta, pomoc s přesuny na lůžko i mimo lůžko, plní roli klíčového pracovníka pro některé klienty, pečují o umírajícího a provádí také péči o zemřelého (Malíková, 2011).

Zdravotnické pracovníky pečující o klienty v domově pro seniory rozlišujeme na zdravotnické pracovníky nelékařských profesí, kterými jsou vrchní sestra, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut a na zdravotnické pracovníky lékařských profesí, kterými jsou praktický lékař a odborní lékaři pečující o klienty s onemocněními odpovídajícími jejich specializaci (Malíková, 2011).

Poskytování péče v domově pro seniory se také účastní nezdravotničtí profesionálové, jakými jsou psycholog, kněz nebo pastorační pracovník a také dobrovolníci.

Malíková (2011) uvádí, že personální zajištění v českých pobytových sociálních zařízeních vychází přibližně v poměru 1:1,6 v počtu pracovníků na uživatele, přičemž do personálního obsazení jsou započítáni všichni pracovníci v zařízení včetně těch, kteří se na poskytování přímé péče klientům nepodílejí, což znamená: „že jeden pracovník v přímé péči pečuje o tři až patnáct klientů“ (Malíková, 2011, s. 33). To potvrzuje i Průša (2019, s. 16), který upozorňuje na to, že: „... do roku 2035 je nutné zvýšit počet pracovníků v pobytových sociálních službách o cca 50 tisíc osob, aby stávající úroveň služeb byla v následujících letech alespoň zachována.“

1.4.5 Péče o těžce nemocné a umírající seniory v domově pro seniory

Domovy pro seniory se snaží umožnit svým obyvatelům příjemné a bezpečné prostředí, naplněné rozličnými aktivitami vyplňujícími volný čas trávený v domově, tak aby se seniorům v domově dobře žilo. Bohužel v posledních letech, dochází k proměně složení této cílové skupiny směrem ke klientům s potřebou zajištění velmi náročné ošetrovatelské i pečovatelské péče. To potvrzuje i Průša (2019), který upozorňuje na výrazné zvýšení počtu příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti, což by podle autorových propočtů znamenalo, že do roku 2035 vzroste v České republice počet příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti na cca 537–565 tisíc osob. Autor dále píše, že bude nutné zajistit pro tyto osoby dostatečnou kvalitní péči navýšením počtu pracovníků v těchto službách o cca 50 tisíc osob a dále vybudovat v každém správním obvodu obce s rozšířenou působností v průměru 289 míst, tak aby stávající úroveň vybavenosti byla alespoň zachována (Průša, 2019).

Lejsal (2020) k tomu dodává, že je zapotřebí si uvědomit a přijmout fakt, že domov pro seniory je místem pro život i pro umírání, a přizpůsobit nabídku služeb potřebám svých klientů.

Jankovský (2018) se ve své monografii zmiňuje, že péče o těžce nemocné a umírající je pro ošetřující personál velmi náročným úkolem, při kterém dochází nejen ke střetu s požadavky na znalosti a dovednosti pečujících profesionálů, jejich osobní stabilitu a ukotvenost v životě, ale také se situacemi spojenými se zjištěním, že použité léčebné postupy se jeví jako neúčinné a že i při veškeré ošetrovatelské odborné péči se stav seniora nelepší, ale postupně se zhoršuje.

Dále autor uvádí, že pokud nemocnému již nepomáhá léčba kurativní, je na zvážení využít její účinnou alternativu v poskytování péče paliativní, kdy klient může zůstat v pobytovém zařízení a nemusí být převážen do zařízení zdravotnického (Jankovský, 2018).

1.4.6 Paliativní péče

Podle Světové zdravotnické organizace (Pechová, Lejsal, 2020, s. 29) je paliativní péče: *„... přístupem, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, jež čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí cestou prevence a úlevy od utrpení. Děje se tak prostřednictvím rané identifikace a bezchybného vyhodnocení diagnózy a léčby bolesti a dalších problémů, tělesných, psychosociálních a duchovních.“*

Paliativní péče představuje opatrování osob s pokročilou nemocí, kterou nelze vyléčit, poskytuje úlevu od utrpení a podporu těchto osob a jejich rodin v těžkých chvílích (Křivohlavý, 1995). Za její zakladatelku je považována Cicely Saunders, která vnímala nutnost řešit celkovou bolest a utrpení umírajících, protože byla přesvědčená, že bolest fyzická je často propojená s bolestí psychickou, sociální a spirituální (Kabelka, 2017).

„Záleží na tobě, protože jsi, a záleží na tobě až do konce tvého života, a my ti pomůžeme nejen zemřít pokojně, ale také žít až do své smrti“ (Simard, 2017, s. 406).

Britská vládní strategie End of Life Care Strategy prosazuje dobrou péči na konci života pro všechny seniory ve Velké Británii. Tato strategie staví na myšlence, že navzdory rozdílům mezi lidmi bude „dobrá smrt“ pro většinu z nich znamenat, že:

- s námi bude zacházeno s důstojností a respektem;
- nebudeme trpět bolestí ani dalšími symptomy;
- budeme ve známém prostředí;
- budeme ve společnosti blízkých členů rodiny a přátel. (Department of Health, 2008)

V České republice se paliativní péče zaměřovala hlavně na pacienty s onkologickým onemocněním ve zdravotnických zařízeních a až v posledních několika letech se tento přístup začíná využívat i u pacientů s jinými dlouhodobými onemocněními v rámci paliativních týmů v nemocnicích, ale také u seniorů trpících progresivními

neléčitelnými nemocemi, kteří dosud využívali jiné formy pomoci a podpory, zejména sociální služby (Sláma, 2012). Autor dále popisuje rozdělení paliativní péče na obecnou paliativní péči, kterou by měli umět poskytnout všichni zdravotničtí pracovníci v rámci své odbornosti a na oblast specializované paliativní péče, která je zajišťována týmem odborníků speciálně odbornostně vzdělaných v otázkách paliativní péče (Sláma, 2012). Hrdá et al. (2018) ve své publikaci navrhuje rozšířit dosavadní rozdělení paliativní péče ještě o další rozměr a to o paliativní přístup, který by bylo možné využít právě v pobytových sociálních službách a tak zpřístupnit tento koncept i pro seniory a pracovníky v pomáhajících profesích v sociálních službách na pomezí sociálně zdravotním.

Takto propracovaný paliativní přístup je možné použít již v rané fázi zjištění život ohrožujícího onemocnění a pozitivně ovlivnit jak průběh nemoci, tak zlepšit kvalitu života nemocného (Australian Medical Association, 2019). Hrdá et al. (2018) uvádějí, že nejde jen o obecnou teorii či úhel pohledu na situaci nemocného, ale jedná se o praktické činnosti, které může vykonávat celý pečující tým daného pobytového zařízení.

Právní rámec paliativní péči poskytuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v § 5 platného znění, který říká: „... *paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.*“

Sláma (2012) dodává, že je důležité stanovit jaké služby, které zdravotnické a nezdravotnické činnosti, které profese, s jakou kvalifikací, v jakém počtu a s jakým technickým a věcným vybavením jsou pro zajištění dobré paliativní péče potřeba.

1.4.7 Potřeby těžce nemocných a umírajících seniorů

Pokud vycházíme z definice zdraví, která říká, že jde o plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka, můžeme si z této definice odvodit i čtyři oblasti potřeb nemocného a umírajícího seniora (Svatošová, 2012).

První oblastí jsou biologické potřeby, které popisuje Svatošová (2012, s. 21) takto: „... *sem patří všechno, co potřebuje nemocné tělo.*“

Špatenková et al. (2014) uvádí, že je důležité postarat se u těžce nemocného a umírajícího člověka o zajištění těchto biologických potřeb:

- Příjem potravy a tekutin

- Vylučování
- Dýchání
- Osobní hygiena
- Spánek
- Polohování
- Mírnění bolesti

Při uspokojování biologických potřeb těžce nemocných a umírajících se pečující personál snaží o zmírnění vyčerpávajících příznaků těžkého průběhu nemoci, k nimž nejčastěji patří bolest, obtížné dýchání, kašel, zvracení, neschopnost udržet stolicí a moč (Špatenková et al., 2014).

Druhou oblastí jsou psychologické potřeby, z nichž za jednu z nejdůležitějších považuje Svatošová (2012) respektování lidské důstojnosti, s tím souhlasí i Byock (2005, s. 108), který doplňuje: „*Pro většinu lidí neexistuje horší bolest, žádné větší utrpení než to, když cítí, že přišli o svou důstojnost.*“

Mezi další psychologické potřeby patří pocity bezpečí a jistoty, nalezení klidu, potřeba zachování autonomie a spolupatříčnosti (Špatenková et al., 2014).

Jankovský (2018) upozorňuje na psychické reakce vyrovnávání se s těžkou nemocí dle Kübler-Rossových popsaných v těchto stádiích:

Šok – prvním stadiem, který je odezvou na příchod nemoci a je spojen s obavami a strachem.

Popření a izolace – druhým stadiem, ve kterém se nemocný domnívá, že se jedná o omyl.

Hněv – třetím stadiem, kdy se nemocný zlobí a pociťuje zlost na své okolí i sám na sebe.

Smlouvání – čtvrtým stadiem, nemocný se snaží najít způsob, jak by se mohl uzdravit, smlouvá i sám se sebou a stanovuje si cíle, kterých by se chtěl dožít.

Deprese – pátým stadiem, kdy se nemocný cítí unavený a vyčerpaný.

Akceptace pravdy – šestým stadiem, ve kterém dochází k přijetí pravdy, a to buď smířením se s koncem života a nebo stavem rezignace s projevy zoufalství.

Výše uvedená stadia mohou přicházet jedno po druhém v tomto pořadí, může se ale stát, že nemocný zůstane v některém stadiu a do dalšího už se mu nepodaří přejít, anebo se opět znovu a znovu vrací do stadia, kterým již prošel (Křivohlavý, 1995).

Křivohlavý (1995) ve své knize popisuje Horowitzův model pěti fází odchodu nemocného takto:

První fáze – výkřik je vyjádřením psychického stavu nemocného, který se právě dozvěděl o nevléčitelnosti a konečnosti svého zdravotního stavu. Nemocný je překvapený nečekaností takové zprávy a dochází u něj ke zděšení, pocitům strachu a obav, co se bude dít dál.

Druhá fáze – popírání je stavem, kdy se nemocný vědomě či nevědomě snaží úplně potlačit povědomí o existenci jakéhokoliv těžkého onemocnění.

Třetí fáze – intruze, vyjadřuje nutkání nemocného nestále přemýšlet o tom, co se mu stalo a tyto představy a myšlenky ho pronásledují během dne i v noci a způsobují vyčerpání.

Čtvrtá fáze – vyrovnání je stavem, kdy se nemocný snaží najít cestu a řešení z neřešitelné situace zkoušením různých alternativních metod, nadějnou bývá změna postoje ke svému onemocnění.

Pátá fáze – smíření je stavem přijetí své nemoci, vyrovnání se s ní a vytvoření si určitého nadhledu nad ní.

Křivohlavý (1995) upozorňuje, že může dojít i k situaci, kdy nemocný zemřel náhle v některé z uvedených fází a pozůstalí prochází těmito fázemi po něm. S tím souhlasí i Špatenková et al. (2014) popisující situace, ve kterých je potřebné vytvořit prostor pro vyjádření emocí pozůstalých a doprovázejících, tak aby mohli přijmout smrt jejich blízkého.

Třetí oblastí jsou sociální potřeby nemocného, k jejichž naplnění dochází blízkostí druhého člověka, který je laskavý a naslouchající nemocnému. Nejlepší je, když těmi nejbližšími jsou rodinní příbuzní a přátelé. Svatošová (2012) zmiňuje důležitost respektu k přáním nemocného, tak aby si sám usměrňoval a vybíral návštěvy, které jsou mu příjemné a má z nich radost. Špatenková et al. (2014) radí mezi sociální potřeby nemocného mít vyřízené své majetkové záležitosti a otázky týkající se posledního rozloučení a pohřbu.

Čtvrtou oblastí jsou spirituální potřeby nemocného, které mohou, ale nemusí být spojeny s náboženskou vírou. Svatošová (2012, s. 23) ve své knize říká: „... věřící ví, co má dělat a obvykle se podle toho dovede také zařídit, horší to bývá s lidmi, kteří z víry nežijí.“ Právě v průběhu vážného onemocnění nemocný začíná přemýšlet o svém

prožitím životě, bilancuje ho, rekapituluje a v takových chvílích má každý nemocný potřebu sám odpouštět a také žádat o odpouštění druhé (Svatošová, 2012). Autorka dále popisuje potřebu nemocného o potvrzení smysluplnosti a naplněnosti svého života a upozorňuje na pocity zoufalství a utrpení takového člověka, u kterého nedošlo k naplnění těchto potřeb (Svatošová, 2012).

Špatenková et al.(2014) uvádějí, že pro nemocné s náboženským vyznáním je důležitá potřeba přijetí svátostí, účasti na mši či zpověď.

1.4.8 *Přání těžce nemocných a umírajících seniorů*

Pro seniory s těžkým onemocněním žijící v domově pro seniory je velmi důležité, aby měli příležitost mluvit o svých rozhodnutích týkajících se budoucí péče. Možnost naplánovat budoucí péči by se měla nabídnout ve chvíli, kdy jsou senioři ještě schopni se rozhodovat a říct, co si přejí. Když se totiž péče naplánuje dostatečně brzy, bude dotýčný součástí tohoto rozhodování.

V České republice může osoba, která se obává, že v budoucnu už nebude moci rozhodovat o svých záležitostech vyjádřit svoje přání a vůli předem.

První formou je předběžné prohlášení, kterým se rozumí předběžný projev vůle člověka v očekávání nezpůsobilosti právně jednat, aby jeho záležitosti byly spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem (§ 38 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů).

Druhou formou je dříve vyslovené přání, kterým člověk předem vyslovuje souhlas, nebo nesouhlas, udělený do budoucna, ohledně určité léčby, pro případ, že v budoucnu už o této léčbě klient z důvodu svého zdravotního stavu nebude schopen rozhodovat (§ 36 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů).

1.4.9 *Hodnocení kvality poskytovaných služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb*

V souvislosti s pojetím hodnocení kvality sociálních služeb jsou spojovány tyto oblasti (Herman et al., 2008, s. 73-74):

- Spokojenost klienta
- Reakce na potřeby klienta
- Vysoká odborná úroveň péče
- Cenová přiměřenost

- Odpovídající prostředí
- Bezpečí
- Kontinuita péče
- Dostupnost

Škrla, Škrlová (2003, s. 19) uvádějí jedenáct oblastí hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb:

- Bezpečnost
- Kompetence
- Přijatelnost
- Efektivnost
- Vhodnost
- Ekonomičnost
- Dostupnost
- Kontinuita
- Včasnost
- Přiměřenost
- Úcta a vnímavost

Herman et al. (2008) upozorňují, že vnímání jednotlivých oblastí hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb v zařízení bude jinak posuzovat zřizovatel, poskytovatel, profesionální pracovníci zajišťující péči o klienta, rodinní příslušníci i veřejnost.

Malíková (2011, s. 134) popisuje způsoby měření a zjišťování kvality sociálních služeb takto:

- Standardy kvality sociálních služeb
- Supervize, intervize
- Systém managementu jakosti ISO 9000
- TQM (Total Quality Management)
- EFQM (European Foundation of Quality Management)
- E-Qalin (European qualityimproving learning in residential care homes for the elderly)
- Controlling
- Balanced ScoreCard
- Benchmarking
- Vizitace péče

- Stížnosti (complaints management)
- Sebehodnocení (self-assessment)

Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby (Dvořáčková, 2012). Standardy kvality jsou vypracovány obecně pro všechny typy sociálních služeb a jejich náplň je uveřejněna v dokumentu s názvem Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, v Průvodci poskytovatele, vydaném ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky. Malíková (2011) uvádí, že každý poskytovatel si standardy kvality sociálních služeb musí zpracovat a napasovat na konkrétní druh sociálních služeb, které nabízí a poskytuje, tak, aby co nejvíce odpovídaly skutečnému stavu.

Dodržování a naplňování jednotlivých standardů kvality sociálních služeb poskytovateli sociálních služeb kontroluje podle § 97, § 98 a § 99 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, pozdějších předpisů inspekce kvality sociálních služeb.

Supervize

Horecký (2008, s. 102) spatřuje největší význam supervize v profesionálním rozvoji pracovníků, a to v oblastech:

- Rozvoje stávajících dovedností a získávání nových zkušeností
- Pomoc s nacházením nových řešení obtížných případů
- Vyrovnání se stresujícími a emočně náročnými situacemi
- Osobního růstu a dalšího vzdělávání

Malíková (2011) popisuje rozlišování supervize nejčastěji na interní a externí, individuální a skupinové, krátkodobé a dlouhodobé. Autorka dále dodává, že kvalitně provedená supervize, při které spolupracují jak supervizor tak supervizanti, zvyšuje kvalitu poskytované sociální služby (Malíková, 2011).

Stížnosti

Klient zařízení má možnost vyjádřit svojí nespokojenost s kvalitou nebo způsobem poskytování sociální služby podáním stížnosti a poskytovatel musí mít zpracována pravidla o celém postupu podání, projednání a vyřízení stížnosti (Malíková, 2011).

1.5 Právní předpisy

1.5.1 Mezinárodní smlouvy

Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: (Úmluva o lidských právech a biomedicíně) (Kutnohorská, 2007).

Jménem České republiky byla Úmluva podepsána 24. června 1998 ve Štrasburku. Parlament České republiky Úmluvu schválil jako mezinárodní smlouvu o lidských právech a základních lidských svobodách a prezident republiky ji ratifikoval. V České republice vstoupila Úmluva v platnost od 1. října 2001 (Kutnohorská, 2007).

V Úmluvě je vyjádřena potřeba zajištění respektu ke každé lidské bytosti, zachování její lidské důstojnosti, uznání a naplňování jejích lidských práv a základních svobod (Munzarová, 2005). A je zde také popsáno upozornění na uvědomění si rizik spojených s pokrokem ve vývoji biologie a medicíny (Munzarová, 2005).

Úmluva obsahuje celkem 14 kapitol a 38 článků, z nichž zde cituji článek 2 a článek 4:

„Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.“

„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“ (Kutnohorská, 2007, s. 127)

Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících: (Evropská Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod) (Kutnohorská, 2007).

Jménem České a Slovenské federativní republiky byla Úmluva podepsána 21. února 1991 v Madridu. Prezident České a Slovenské federativní republiky Úmluvu ratifikoval 18. března 1992. V České a Slovenské federativní republice vstoupila Úmluva v platnost od 15. května 1992 (Kutnohorská, 2007).

Úmluva je výjimečná tím, že jako jeden z mála podobných dokumentů ustanovila instituci, na kterou se mohou obracet občané signatářských států se svými stížnostmi,

pokud neuspěli u zákonodárců ve své vlasti. Touto institucí je Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku (Kutnohorská, 2007).

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ (Charta práv umírajících) (Jankovský, 2018).

Tento dokument byl přijat Parlamentním shromážděním v roce 1999 k zajištění ochrany lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, chráníc zájmy a důstojnost a garantujíc právo na léčbu, spoluúčast v rozhodování nevléčitelně nemocného pacienta a na spolupráci s jeho rodinnými příslušníky (Heřmanová et al., 2012).

Dokument obsahuje devět článků, z nichž zde cituji článek č. 7:

„Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- *nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti*
- *častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby*
- *umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného*
- *nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči*
- *nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích*
- *obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží*
- *chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli*
- *nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících*
- *sociální diskriminaci, která je vlastní umírání a smrti“* (Kutnohorská, 2007, s. 164).

1.5.2 Ústavní dokumenty

Listina základních práv a svobod

Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky (Wintr, 2015).

Listina základních práv a svobod jasně deklaruje v článku 10., odst. 1: „Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno“ (Wintr, 2015, s. 142).

Ústava České republiky

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, v platném znění pozdějších předpisů, upravuje základní ústavní principy moci zákonodárné, výkonné a soudní a principy činnosti Nejvyššího kontrolního úřadu, České národní banky a územní samosprávy (Wintr, 2015, s. 16-17).

Ústava se úpravy etiky péče o seniory v domovech seniorů nijak významně nedotýká.

1.5.3 Zákony

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění pozdějších předpisů (Lavický et al., 2014).

V hlavě II., díl 2., § 81 - § 117 je definovaná osobnost člověka (Lavický et al., 2014, s. 75-83).

Tento je rozdělen na šest oddílů:

- obecná ustanovení § 81 - § 83
- podoba a soukromí § 84 - § 90
- právo na duševní a tělesnou integritu § 91 - § 103
- práva člověka převzatého do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu § 104 - § 110
- nakládání s částmi lidského těla § 111 - § 112
- ochrana lidského těla po smrti člověka § 113 - § 117 (Lavický et al., 2014, s. 75-83).

Zákon č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech, v platném znění

pozdějších předpisů (Chocholáč, 2016).

Zákon zaručuje svobodu náboženského vyznání, upravuje postavení církví a náboženských společností, vedení veřejně přístupných seznamů registrovaných církví a náboženských společností, svazů církví a náboženských společností a právnických osob založených registrovanou církví a náboženskou společností a evidovaných podle tohoto zákona působnost Ministerstva kultury ve věcech církví a náboženských společností (Chocholáč, 2016).

1.5.4 Právní ukotvení sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění pozdějších předpisů (Malíková, 2011).

Zákon je účinný od 1. ledna 2007 a ve vztahu k poskytování sociální péče seniorům v pobytových zařízeních sociálních služeb stanovuje (Malíková, 2011, s. 48):

- zřizovatele a způsoby financování poskytování pobytových sociálních služeb
- kdo může poskytovat pobytové sociální služby
- pravidla pro nakládání s příspěvkem na péči
- rozsah povinných základních činností při poskytování pobytových sociálních služeb
- personální požadavky na pracovníky podílejících se na zajištění odborné péče
- požadavky na vzdělávání pracovníků podílejících se na poskytování odborné péče
- způsoby kontrolní činnosti ke zjišťování kvality poskytované péče

Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění pozdějších předpisů (Malíková, 2011).

Vyhláška doplňuje zákon o sociálních službách z hlediska poskytování sociální péče seniorům v pobytových zařízeních sociálních služeb v těchto oblastech:

- „vymezuje obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb
- určuje maximální výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb
- definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb
- stanoví náplň kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách pečujících o seniory
- stanoví hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb“ (Malíková, 2011, s. 48).

1.5.5 Právní ukotvení zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Problematiku zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb upravuje od r. 2007 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 36) v platném znění pozdějších předpisů, dále zákon č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění (§ 17a) v platném znění pozdějších předpisů a také zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (§ 11 odst. 2 písm. b) v platném znění pozdějších předpisů a dále také řada prováděcích předpisů (vyhlášek) např. vyhláška č. 136/1998 Sb., v platném znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Malíková, 2011).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem je popsat odlišnosti v etickém přístupu k těžce nemocným a umírajícím klientům v jednotlivých zařízeních.

2.2 Výzkumné otázky

Pro tuto práci byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka a tři dílčí výzkumné otázky.

HVO 1 – Jaké odlišnosti v etickém přístupu existují k těžce nemocným a umírajícím klientům v jednotlivých zařízeních?

DVO 1 – Jaký vliv na etiku péče mají pečující profesionální pracovníci?

DVO 2 – Jaký vliv na etiku péče má vedoucí domova seniorů?

DVO 3 – Jaký vliv na etiku péče má zřizovatel domova seniorů?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Pro praktickou část byl zvolen kvalitativní výzkum, s pomocí polostrukturovaného rozhovoru s vybranými pracovníky pracujícími a pečujícími o klienty ve vybraných domovech seniorů a dále s vybranými seniory bydlícími v těchto zařízeních.

Jelikož se ve své práci snažím zmapovat odlišnosti v etickém přístupu k těžce nemocným a umírajícím klientům v jednotlivých zařízeních, rozhodla jsem se použít kvalitativní výzkum, který „*směřuje k porozumění podstaty jevů, málo známých, nových a neprozkoumaných*“ (Mišovič, 2019, s. 40).

Švaříček, Šedřová (2014, s. 17) popisují kvalitativní výzkum jako: „*...proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.*“

Abych mohla tento výzkum nějak rámcově uspořádat, rozhodla jsem se pro vícepřípadovou studii. Jedná se o případovou studii, v níž výzkumník nestuduje jeden případ, ale několik případů. Mareš (2015) upozorňuje na nejednotnost českých výzkumníků při překládání anglického termínu (multiple-case study) do češtiny. Jak autor dále uvádí, můžeme se v České republice setkat s různými překlady (Mareš, 2015). Švaříček, Šedřová (2014, s. 106) ve své knize uvádí název *mnohonásobná případová studie*, naopak Hendl (2016, s. 111) píše o *mnohopřípadové studii* a Dvořák et al. (2010, s. 32) používá název *vícepřípadová studie* a svůj překlad vysvětluje tím, že: „*...zkoumaných případů nebyvá obvykle mnoho, spíše jen několik.*“

Tato práce se tedy zabývá zkoumáním třech případů.

Vzhledem k zaměření mé práce jsem zvolila jako metodu pro sběr dat polostrukturovaný rozhovor, jehož podstatou je „*...schopnost vyjevit, odhalit významné a často skryté a závažné aspekty lidského a organizačního chování*“ (Mišovič, 2019, s. 80) a také jak uvádí (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 159): „*vyličení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů.*“

Před uskutečněním každého rozhovoru jsem informanty a informantky seznámila se smyslem a cílem mého výzkumu a také s výzkumnými otázkami. Ubezpečila jsem je, že všechny zjištěné informace budou sloužit pouze pro potřeby mé diplomové práce. Dále jsem informanty a informantky ujistila o zachování anonymity, v tom smyslu, že budou změněna všechna jména osob a míst. S každým informantem a informantkou jsem proto podepisovala informovaný souhlas, ve kterém jsou podrobně popsány etické principy týkající se jak zkoumaných informantů a informantek tak mne jako samotného výzkumníka. S každým informantem a informantkou jsem provedla rozhovor v rozsahu 45 až 60 minut. Výzkum jsem prováděla v měsících září 2019 až červen 2020.

Průběhy jednotlivých rozhovorů jsem u dvaceti informantů a informantek nahrávala s jejich souhlasem na diktafon. U dvou rozhovorů informantky s nahráváním rozhovoru na diktafon nesouhlasily, a tak jsme se domluvily, že jejich odpovědi si budu zaznamenávat do notebooku. Okruhy otázek k rozhovorům jsou uvedeny v příloze.

Pro zpracování získaných dat jsem využila metodu otevřeného kódování, s tím, že jsem každý přepsaný rozhovor rozdělila na jednotky, kódy. Švaříček, Šed'ová (2014, s. 212) vysvětlují: „...kódem může být slovo nebo krátká fráze, která nějakým způsobem vystihuje určitý typ a odlišuje jej od ostatních.“

Takto získané kódy jsem pak podřadila podle významu do jednotlivých kategorií s tím, že tyto kategorie obsahovaly různý počet kódů.

Švaříček, Šed'ová (2014, s. 220) ve své knize uvádí: „kategorie představují obecnější, kódům nadřazenou jednotku.“

Pro zpracování takto zjištěných výsledků, jsem se rozhodla použít techniku, kterou nazývá Švaříček, Šed'ová (2014) technika „vyložení karet“. Tuto techniku popisují autoři takto: „...výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií“ (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 226).

Jelikož se diplomová práce zabývá zkoumáním třech případů, bylo potřeba sepsat tři případové zprávy a z těch pak vypracovat zprávu souhrnnou.

3.2 Výzkumný soubor

Základním kritériem mého výběru byly domovy seniorů. Vzhledem k tématu mé diplomové práce byl dalším kritériem výběru zřizovatel domova pro seniory. Oslovila jsem proto písemně všechny domovy seniorů, jejichž zřizovatelem byla církevní organizace. Přehled domovů s církevním zřizovatelem viz. Obrazová příloha č.4. Takto se mi podařilo najít dva domovy seniorů, ve kterých vedení domova souhlasilo, abych zde provedla svůj výzkum. Jelikož cílem mé práce bylo popsat odlišnosti v etickém přístupu k těžce nemocným a umírajícím seniorům ve vybraných domovech pro seniory, rozhodla jsem se oslovit ještě domovy pro seniory, jejichž zřizovatelem nebyla církevní organizace, ale hlavní město Praha. Takto se mi podařilo najít třetí domov pro seniory.

Výzkumný soubor tvoří šestnáct vybraných informantů a informantek pracujících a pečujících v těchto třech vybraných domovech pro seniory a dále šest seniorů bydlících v těchto vybraných zařízeních.

Výzkumný soubor byl tedy koncipován jako výběr zaměřený na získání specifického typu informací. Dle Švaříčka, Šed'ové (2014, s. 103) v kvalitativním výzkumu: „...nemůže případová studie nikdy spoléhat na náhodný výběr a vždy se tak jedná o záměrnou volbu, která je nezbytná proto, aby vybraný objekt měl vlastnosti, které badatel chce sledovat.“

Nyní bych zde krátce charakterizovala vybrané domovy seniorů a jednotlivé informanty a informantky.

Z hlediska přehlednosti a také zajištění anonymity jsem označila domovy seniorů tiskacími písmeny A, B, C. Pro identifikaci informantů a informantek pracujících a pečujících v jednotlivých domovech seniorů používám označení jejich profese a domova, v němž pracují. Jména seniorů a seniorek bydlících v jednotlivých domovech jsou smyšlená.

3.2.1 Domov pro seniory A

Zřizovatelem domova pro seniory je Slezská církev evangelická. Domov má padesát stálých zaměstnanců. Multidisciplinární tým v péči o klienta ze stálých zaměstnanců tvoří zdravotní sestra, pracovník v přímé péči, sociální pracovnice a aktivizační pracovnice. Externě do zařízení dochází ošetřující lékař, fyzioterapeutka, nutriční terapeutka a duchovní. V domově bydlí sedmdesát osm seniorů. Domov má pouze

dvoulůžkové pokoje. Sociální zařízení je společné pro více pokojů. V domově je na každém patře zařízena obývací místnost, ve které probíhají bohoslužby a duchovní setkání.

V domově jsem uskutečnila rozhovory se dvěma seniory.

Klientka Anna

Paní Anně je osmdesát šest let a pochází z blízkého okolí. Po vychození měšťanky, začala pracovat v nedaleké konzervárně. Narodili se jí tři děti, dva synové a jedna dcera. Má pět vnoučat a pět pravnoučat. Bratr, nejstarší syn a manžel již nežijí. Po úmrtí manžela bydlela sama v rodinném domě, kde několikrát upadla a poranila si klouby na dolních končetinách a také měla silný otřes mozku. Byla proto hospitalizovaná v nemocnici. Domů se již vrátit nemohla a tak jí mladší syn pomohl se přestěhovat do domova seniorů. Tady v domově je teprve krátce, tři měsíce. Mladší syn ji pravidelně navštěvuje i s vnoučaty.

Po provedení analýzy rozhovoru jsem jej graficky znázornila v myšlenkové mapě, která je patrná ve výsledcích v kapitole.

Klient Antonín

Pan Antonín pochází z blízkého okolí. Po maturitě narukoval na vojnu a sloužil u raketového vojska. V roce 1968 odešel z vojny a pracoval jako agronom. Má bratra, se kterým si telefonují. Narodili se mu dvě děti, dcera a syn. Má dva vnuky a vnučku. Dcera a manželka již nežijí. Po úmrtí manželky se mu stal úraz páteře a musel být hospitalizován v nemocnici. Do rodinného domu, kde bydlel, se již nemohl vrátit a tak po propuštění z nemocnice se přestěhoval do domova seniorů. V domově již bydlí několik let. Do minulého roku pomáhal ošetřujícímu personálu domova se vším, co bylo potřeba. Dostal od sestřiček blahopřejný list, kterého si velmi cení. Nyní se mu velice zhoršil zdravotní stav a má velké bolesti.

Po provedení analýzy rozhovoru jsem jej graficky znázornila v myšlenkové mapě, která je patrná ve výsledcích v kapitole.

Členové multidisciplinárního týmu, se kterými se mi podařilo uskutečnit rozhovor:

- zdravotní sestra
- pracovnice v přímé péči

- aktivizační pracovnice

Grafické zobrazení po provedené analýze rozhovorů je patrné v části výsledků na myšlenkových mapách v kapitole.

Posledním byl uskutečněný rozhovor s vedoucí domova. Po provedené analýze rozhovoru, jsem jej graficky zobrazila v myšlenkové mapě, která je patrná v části výsledků v kapitole.

3.2.2 Domov pro seniory B

Zřizovatelem domova je hlavní město Praha. Domov má sto padesát šest stálých zaměstnanců. Multidisciplinární tým v péči o klienta ze stálých zaměstnanců tvoří zdravotní sestra, pracovník v přímé péči, sociální pracovník, aktivizační pracovník, fyzioterapeut, dramaterapeut a logoped. Externě do zařízení dochází ošetřující lékař, psycholog, psychoterapeut, klinická farmakoložka, nutriční terapeutka, canisterapeut a duchovní. V domově bydlí dvě stě šedesát seniorů. Domov má jedno, dvou a třílůžkové pokoje. Sociální zařízení má každý pokoj svoje. V domově je kaple, která je požehnána od biskupa církve katolické a její prostor slouží jako prostor ekumenický, to znamená, že jej mohou využívat i ostatní církve, nejen katolická církev. Probíhají zde bohoslužby a také některé společenské akce komorního charakteru.

V domově jsem uskutečnila rozhovory se dvěma seniorkami.

Klientka Blanka

Paní Blance je sedmdesát šest let a pochází z Prahy. Po škole nastoupila nejdříve do průmyslu prádla, kde podle jejích slov trhala nítě a tak musela z této práce odejít. Podařilo se jí najít pracovní místo v továrně, kde svazovala bovdeny do aut. Posledním jejím pracovním místem bylo místo, administrativní pracovnice v kanceláři v ČKD. Paní Blanka zůstala svobodná a po úmrtí maminky se přestěhovala i se svým otcem do domova seniorů. V domově žije již osmnáct let. Posledních devět let se její zdravotní stav zhoršil natolik, že se nedokáže posadit ani postavit a musí ležet. Také její zrak je velmi špatný a potřebuje stálou pomoc ve všech denních činnostech. Paní Blanka měla sestru, která již nežije. Občas ji navštěvuje synovec.

Po provedení analýzy rozhovoru jsem jej graficky znázornila v myšlenkové mapě, která je patrná ve výsledcích v kapitole.

Klientka Běla

Paní Běle je devadesát sedm let a nepochází z Prahy. Vystudovala reálné gymnázium a pracovala nejdříve jako účetní a poté jako vedoucí rekvizit. Narodili se jí tři děti, dva synové a jedna dcera. Má pět vnoučat. Sestra, nejmladší syn, dcera a manžel již nežijí. V domově žije již dvacet čtyři let. Ráda se účastní různých aktivizačních programů pořádaných domovem. Syn a vnoučata ji pravidelně navštěvují.

Po provedení analýzy rozhovoru jsem jej graficky znázornila v myšlenkové mapě, která je patrná ve výsledcích v kapitole.

Členové multidisciplinárního týmu, se kterými se mi podařilo uskutečnit rozhovor:

- zdravotní sestra
- pracovnice v přímé péči
- fyzioterapeutka
- sociální pracovnice
- ošetřující lékař
- kněz

Grafické zobrazení po provedené analýze rozhovorů je patrné v části výsledků na myšlenkových mapách v kapitole.

Posledním byl uskutečněný rozhovor s ředitelkou domova. Po provedené analýze rozhovoru, jsem jej graficky zobrazila v myšlenkové mapě, která je patrná v části výsledků v kapitole.

3.2.3 Domov pro seniory C

Zřizovatelem domova je Česká biskupská konference a provozovatelem je arcidiecézní charita Praha. Domov má dvacet stálých zaměstnanců. Multidisciplinární tým v péči o klienta ze stálých zaměstnanců tvoří zdravotní sestra, pracovník v přímé péči, sociální pracovnice a kněz. Externě do zařízení dochází ošetřující lékař a rehabilitační sestry. V domově bydlí třicet jedna seniorů. Domov má jedno a dvouúžkové pokoje. Sociální zařízení má každý pokoj svoje. V domově je kaple, která je bezbariérová a volně přístupná.

V domově jsem uskutečnila rozhovory se dvěma seniory.

Klientka Cecílie

Klientka Cecílie je zasvěcenou osobou, působila ve společnosti Misionářek lásky sester Matky Terezy. Svůj život zasvětila pomoci těm nejpotřebnějším. Starala se o lidi bez domova a bez přístřeší. V domově se cítí dobře, má tu podle svých slov, více času na sebe a na přemýšlení. Její největší radostí je účast na mši svaté, četba duchovní literatury a poslech televize Noe. Jejím nejbližším je její spolusestra ze společnosti Misionářek lásky.

Po provedení analýzy rozhovoru jsem jej graficky znázornila v myšlenkové mapě, která je patrná ve výsledcích v kapitole.

Klient Cyril

Klient Cyril je zasvěcenou osobou, v osmdesátých letech byl vysvěcen na kněze a soužil mše svaté v katedrále sv. Ducha. Ve své farnosti sloužil mše svaté do roku 2012. Chodil také vypomáhat jako duchovní do hospice v Červeném Kostelci. V domově se mu líbí, je tu spokojený, našel si tu řadu přátel. Často za ním jezdí na návštěvy věřící z jeho bývalé farnosti. Denně se účastní mše svaté, při které vypomáhá knězi domova.

Po provedení analýzy rozhovoru jsem jej graficky znázornila v myšlenkové mapě, která je patrná ve výsledcích v kapitole.

Členové multidisciplinárního týmu, se kterými se mi podařilo uskutečnit rozhovor:

- vrchní sestra
- zdravotní sestra
- pracovnice v přímé péči
- fyzioterapeutka

Grafické zobrazení po provedené analýze rozhovorů je patrné v části výsledků na myšlenkových mapách v kapitole.

Posledním byl uskutečněný rozhovor s vedoucí domova. Po provedené analýze rozhovoru, jsem jej graficky zobrazila v myšlenkové mapě, která je patrná v části výsledků v kapitole.

3.3 Realizace výzkumu

Nejdříve jsem se snažila si vyhledat a prostudovat dostupnou odbornou literaturu zabývající se tématem mé diplomové práce. Ze získaných informací jsem postupně začala sepisovat teoretickou část práce. Se psaním teoretické části jsem začala v lednu

2019. Pak jsem si sestavila jednotlivé okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru pro informanty a informantky, kterými byli profesionální pracovníci pracující a pečující o seniory v domově pro seniory a dále senioři žijící v domově pro seniory. V červnu 2019 jsem proto oslovila nejdříve písemně dopisem všechny domovy seniorů, jejichž zřizovatelem byla církevní organizace. Takto se mi podařilo najít dva domovy seniorů, ve kterých vedení domova souhlasilo, abych zde provedla svůj výzkum. Nejprve jsem si domluvila osobní schůzku v prvním domově seniorů, kde jsem spolu s vedením domova naplánovala dny a hodiny, ve kterých budu do domova docházet a provádět rozhovory s personálem i s klienty domova. Poté jsem si domluvila osobní schůzku v druhém domově seniorů a také zde jsem společně s vedením domova naplánovala dny a hodiny, ve kterých mohu do domova docházet a provádět jednotlivé rozhovory. Jelikož cílem mé práce bylo popsat odlišnosti v etickém přístupu k těžce nemocným a umírajícím seniorům ve vybraných domovech pro seniory, rozhodla jsem se oslovit tentokrát e-mailem ještě domovy pro seniory, jejichž zřizovatelem nebyla církevní organizace, ale hlavní město Praha. Takto se mi podařilo najít třetí domov pro seniory. Také zde jsem si domluvila osobní návštěvu a poté společně s vedením domova i dny a hodiny, kdy jsem mohla do domova docházet a provádět rozhovory s personálem i s klienty domova. Vlastní výzkum jsem realizovala v měsících září 2019 až červen 2020 ve vybraných domovech pro seniory.

4 Výsledky

Pro zpracování získaných dat jsem použila metodu otevřeného kódování. Nejprve bylo potřeba každý přepsaný rozhovor rozdělit na jednotky neboli kódy. Takto získané kódy jsem pak podřadila pod jednotlivé kategorie podle jejich významu. Aby bylo možné výsledky interpretovat, využila jsem techniku „vyložení karet“ a myšlenkových map dokreslujících celou situaci. Otázky jsem pro všechny tři domovy seniorů strukturovala stejným způsobem.

Informanti a informantky - vybraní senioři jsou označeni smyšlenými křestními jmény.

4.1 Výsledky jednotlivých kategorií otevřeného kódování pro domov A

4.1.1 Kategorie č. I – Navázání vztahu (domov A)

Navázání fungujícího vztahu mezi seniorem a pečujícím pracovníkem je během dlouhou trať. Tento vztah bude vždy jedinečný, protože i každý člověk je jedinečný – každý klient i každý pomáhající. Jedinečnost konkrétního vztahu začíná už tím, jaká dvojice se v něm potkala.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. I a) okolnosti setkání

Je zajímavé, že žádný z informantů ani informantek se cíleně nerozhodl pro domov seniorů, ať už pracovní nebo ohledně bydlení.

Zdravotní sestra hovoří o okolnostech, které ji přivedly do domova seniorů takto: *„Nebylo to nějak cíleně. Jako hledala jsem si práci, tak jsem tady přišla a vzali mě. Nikdy jsem si nemyslela, že budu pracovat v domově důchodců. Jsem tu dvanáctý rok.“*

Pracovnice v přímé péči vzpomíná: *„Uvolnilo se místo uklízečky na zkrácený úvazek, tak jsem se toho chopila. Po nějaké době mně dali na celý úvazek, jako furt ten úklid, no tak to jsem přímo nepečovala o seniory, že, ale uklízela jsem u nich. No, a pak po nějaké době, jsem si udělala ten kurs a dělávala jsem pracovníka v sociálních službách, tak asi deset roků ten úklid a deset roků dělám pracovníka v sociálních službách.“*

Aktivizační pracovnice vysvětluje: „*Vystudovala jsem teda sociální práci, a už na vysoké škole jsem se rozhodovala, teda s kým budu, pro jakou cílovou skupinu budu pracovat, nejprve to byly mentálně postižení a teďkon se naskytla příležitost pracovat se seniory. Tady v domově pracuji tři měsíce.*“

Klient Antonín vypráví: „*Já mám barák, jak jsem ochrnuł, už jsem tam nemohl jít, byl jsem v nemocnici, tak jsem říkal synovi, zaříd' mi to tu, a on, chceš tam dědo, a já, že už se tam nemůžu vrátit. Já bych tam sám nemohl být v tom baráku, tak jsem se dostal tady do domova důchodců.*“

Klientka Anna popisuje, jak se dostala do domova takto: „*No, já sem byla na chalupě, nebo tam my měli pola, no, tak šem musela robiť, no a potým jak manžel zemřel, tak na mně to přešlo, spadla jsem, praštila se o obrubník i otřes mozku, po tým mně do nemocnice, tam sem se probrala a synek mi to tu zařídil.*“

subkategorie I b) vzájemná akceptace

Vztah je potřeba navázat se všemi klienty a ne vždy jsou si klienti i pečující personál sympatičtí.

Pracovnice v přímé péči vysvětluje: „*I když je takový nebo makový, že je máme brát takové, jací jsou. Takže to určitě, no, tak se to učím na každý den a doufám, že je to na mně vidět.*“

Zdravotní sestra popisuje: „*Každý je jedinečná osobnost, je to vlastně individuální přístup ku každému zvlášť.*“

Aktivizační pracovnice vnímá klienty tak, že: „*Řeknou, co si myslí, když se jim něco líbí, i když se jim právě něco naopak nelíbí, tak jsou schopní to říci. To je pozitivní pro mě.*“

Klient Antonín říká: „*A musím zaklepat, sestřičky mně tu mají rády. Ináč já jsem dycky říkál, že jsme jako rodina.*“

Klientka Anna se připojuje slovy: „*Sem tu mezi šickými šikovnými a ta sestra A. mám ju moc ráda.*“

Vedoucí domova potvrzuje snahu o vzájemnou komunikaci mezi personálem a klienty takto: „*Míváme porady toho týmu každý den, a vždycky se tam sejde i zdravotní sestra i*

ta pečovatelka, sociální pracovníce, aktivizační pracovníce a veškeré ty změny se řeší hned, že nějaká potřeba vznikne, když se najednou zhorší stav toho člověka, takže se komunikuje. Vytváříme si vlastní dotazníky, které klientům, ale vždycky někdo zprostředkuje, nějaká nezávislá osoba, využili jsme třeba dobrovolnice nebo farářku.“

4.1.2 Kategorie č. II – Poskytování péče (domov A)

V posledních letech dochází k proměně mezi klienty v domovech pro seniory, co se týče jejich zdravotního stavu a soběstačnosti a toto pocítuje i pečující personál.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. II a) zátěž

Při práci se seniory jsou pečující pracovníci vystaveni mnoha zátěžovým situacím a může u nich docházet k fyzickému i psychickému vyčerpání.

Pracovnice v přímé péči popisuje fyzickou zátěž slovy: *„No tak poslední dobou, už to asi pocítuju hodně jako, protože je to profese, kde je třeba hodně zvedat. Takže bolesti páteře a kloubů to někdy nějak. Těch sil ubývá.“*

Zdravotní sestra pocítuje více psychickou zátěž slovy: *„Když chodím do práce, tak člověk pořád má nějaké povinnosti, starosti. Třeba tady u těch seniorů, nevíme, jestli to třeba to okolí vnímá, nebo nevnímá, i když se nám zdá že, ne, ale nikdo do toho člověka nevidí, když ten člověk to nedokáže vyjádřit slovy, tak to na něm stejně nepoznám, no.“*

Aktivizační pracovníce také vnímá více psychickou zátěž: *„ Pracovní starosti, a když jsou nějaké stresy v práci. Trápí mne starosti, co se týče jejich zdraví, že někdy se třeba nedá pomoci i kdyby člověk chtěl.“*

Klient Antonín se zmiňuje: *„Víte, teď už tu chodí takoví, kteří za dva měsíce, za tři měsíce umírají. Jinač sestřičky, ty se o mne starají a tak sem tu spokojený.“*

Klientka Anna je v domově s péčí personálu také spokojená a říká: *„Všicky sú tu mne hodní.“*

Vedoucí domova o náročnosti péče o klienty domova ví a shrnuje to slovy: *„Kdysi opravdu ty domovy důchodců ještě fungovaly tak, že přišel z domova člověk, který vlastně tu péči ani nepotřeboval, byl soběstačný, jenom třeba prodal byt a potřeboval někde bydlet, no takže, to se hodně změnilo. To je pravda, že se nám ty stavy klientů*

zhoršujou, takže přibývá těch ležících, nekomunikujících, kde ta péče je vysoká, jo, takže ti zaměstnanci samozřejmě, a zase vzhledem na to, že těch pracovníků je málo a chybí nám stále, takže jim jakoby opravdu té práce přibývá.“

subkategorie č. II b) rodina seniora

Pokud již senior nemůže žít ve svém domácím prostředí a odchází do pobytového zařízení sociálních služeb, dochází u něj často ke ztrátě sociálních kontaktů a rodina mu může pomoci tuto složitou fázi překlenout.

Pracovnice v přímé péči má zkušenost s rodinnými příslušníky takovouto: *„Někteří přijdou a ještě vyčítají jim, takže jejich zdravotní stav se natolik zhorší, že máme práci s nimi. Někteřým to prospívá, jak přijde rodina, ale záleží, jak se chovají, že k těm klientům.“*

Zdravotní sestra se zamýšlí nad některými rodinnými vztahy a říká: *„To mně třeba někdy zaráží, jako že tu jsou klienti, kteří jsou takoví šikovní, samostatně soběstační a prostě nejsou doma, nebo ta rodina se nedokáže o ně postarat, nebo možná nechce. A ti klienti vědí o tom, že ta rodina se o ně nechce starat. Taky jsem, ale zažila, že se tu prostě celá rodina vystřídala, prostě nechtěli tu maminku nechat odejít samotnou, vždycky tu někdo byl.“*

Aktivizační pracovnice říká: *„Jsem tu velmi krátce, zatím nemám moc zkušenost, takže tak.“*

Klient Antonín o své rodině hovoří takto: *„Mám syna a vnuky, on se opravdu a o všechno stará, jezdí se mnou na hřbitov a přijedou i kluci.“*

Klientka Anna se rozpovídala o své rodině: *„Šikovné všicko, mám synka, kousíček tu bydlí, no tak přijde každý den za mnou, má vnučata též přijdů.“*

Vedoucí domova o kontaktech s rodinnými příslušníky klientů sděluje: *„Jednou ročně máme takovou oblíbenou akci, že takové setkání s rodinnými příslušníky, tak to je takové hodně oblíbené mezi klienty, i ta rodina se ráda schází, a už je to taková tradice, už jsme měli čtyři ročníky.“*

4.1.3 Kategorie č. III – Víra (domov A)

Víra člověka může mít mnoho podob a vyjádření.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. III a) osobní víra

Na utváření osobní víry informantek a informanta se podílela tradice rodiny, ve které vyrůstali a dále zkušenosti a poznání, ke kterému došli v průběhu jejich života.

Zdravotní sestra svoji cestu k víře vysvětluje takto: *„Od dětství jsem byla vedena k víře, tak to prostě u nás bylo, ani se nad tím nediskutovalo. V té dospělosti se to přehouplo, protože tehdy mě to přišlo hodně vynucené, teďko prostě, to už je, jsem věřící.“*

Pracovnice v přímé péči vzpomíná: *„Vlastně jsem vyrůstala v rodině, můj taťka a mamka chodili do kostela, vodili mně na nedělní besídku, ale to byla taková tradiční víra. Chodila jsem do nedělní besídky, pak na konfirmační cvičení, tím to skončilo. A pak jsem byla na setkání u slova božího, křesťanských písní, a tam mě vlastně oslovil jeden takový text, vstaň a id' do služby, bylo to po polsku. Prostě mně to oslovilo a mohla jsem vyznat své hříchy a přijat Pána Ježíše do srdce a tím jsem se stala jeho dítětem. Od té doby jsem věřící a chci ho následovat.“*

Aktivizační pracovnice říká: *„Moje cesta k víře, asi si myslím, že od malička, no, od rodičů jakoby sem se dala na víru.“*

Klient Antonín vysvětluje: *„Já jsem věřící člověk, od malička vedenej, v evangelický církvi, měl jsem jít studovat na faráře.“*

Klientka Anna vzpomíná: *„No, táta chodil do kostela, starka též, já tu do kostela všude chodila, tam, tam, nu a teraz chodím tu. Tak to pořád táhnu.“*

Vedoucí domova sděluje, že zjišťují, zda jsou klienti věřící a podle toho, jim také nabízí duchovní služby: *„Ano, dochází k nám kněz, farář, konají se pravidelné bohoslužby a klienti mají zájem velký, jako všichni opravdu, vím, že i ti, co jsou evangelíci, tak chodí třeba na katolické bohoslužby.“*

subkategorie č. III b) postoj k víře

Většině informantek a informantovi víra pomáhá a dodává jim naději a sílu jít dál.

Zdravotní sestra popisuje svůj postoj k víře takto: „*Víra mi pomáhá, protože mám pocit, že někdo nad námi stojí, někdo na nás dohlíží a že snad bude líp, jednou až něco přijde.*“

Pracovnice v přímé péči vysvětluje: „*Pan Ježíš nás učí ve svém slově, že máme milovat vlastně všechny bližní. Miluj bližního svého, jak sebe samého, že to je jedna ze zásad křesťanství a za těch dvacet let, co s nimi pracuji, jsem se jako hodně setkala s různými lidmi.*“

Aktivizační pracovnice říká: „*Ráda se někdy jakoby obrátím k Bohu, pomodlím se, pak jsem klidnější, když jsou nějaké stresy v práci nebo tak.*“

Klient Antonín se svěřuje s tím, že: „*Kdyby nebyla víra, tak tady už dávno nejsem, tak, už si něco udělám, modlím se, abych moh zas chodit.*“

Klientka Anna mluví takto: „*Já se modlím, aby Pan Ježíš by mi pomoh na ty nohy, abych mohla chodit, no a ty uši přece, děkuji Pánu Bohu.*“

Vedoucí domova vysvětluje svůj postoj k víře tak, že: „*Jsem věřící, ale pokud k tomu mám ještě něco dodat, tak nejsem praktikující, nechodím na bohoslužby, do kostela, to ne. Pro mne jsou v životě nejdůležitější moje děti, v tom vidím hlavní smysl, proč, tady jsem, užívat si ten život hlavně s nimi.*“

4.1.4 Kategorie č. IV – Problematika zdrojů (domov A)

V posledních letech se proměnilo složení klientů v domovech seniorů směrem ke klientům s potřebou zajištění velmi náročné ošetrovatelské i pečovatelské péče. Poskytování kvalitní péče je pro domovy seniorů velmi náročné z mnoha hledisek.

Tato kategorie obsahuje jednu subkategorii.

subkategorie č. IV nedostatek pečujících pracovníků

Pro zajištění kvalitní péče o klienty v domově seniorů jsou stěžejní pečující pracovníci, kterých je velký nedostatek.

Zdravotní sestra popisuje současnou situaci v domově slovy: „*Tak, zdravotních sester je teďkon málo, máme teďkon jakoby podstav, takže vycházíme horko těžko, jako těch směn máme nasekaných docela hodně, určitě by se nám tady hodily dvě zdravotní sestry a pečujícího personálu je taky třeba, taky není plný stav.*“

Pracovnice v přímé péči situaci v domově pociťuje takto: *„Tady je málo pracovníků a nemáme čas na toho klienta tolik, kolik bysme chtěli.“*

Aktivizační pracovnice říká: *„No, vidím, že těch sestřiček a pečovatelek by tu bylo třeba.“*

Klient Antonín vysvětluje: *„Já jsem měl klíčovou sestru, co byla vystudovaná sestra, jako zdravotní sestra, ale tady dělala jako ošetřující a teď tu chybělo těch sester, tak ona odešla a já sem měl novou sestru a ona je teď na nemocenský.“*

Klientka Anna vypráví: *„Mám tu sestřičku, tu mám moc ráda, je taká šikovná, teď sem ju neviděla delší čas, tak nevím.“*

Vedoucí domova situace velmi trápí: *„Teď momentálně hledáme zdravotní sestru, jednu určitě a pracovníků v přímé péči teď hledáme dva, ale ono je to takové jako hodně proměnlivé, protože těch pracovníků odchází do důchodu třeba, to nás taky čeká, takže dá se říci, že neustále hledáme na pozici pracovník v přímé péči, s tím máme velký problém.“*

4.2 Výsledky jednotlivých kategorií otevřeného kódování pro domov B

4.2.1 Kategorie č. I – Navázání vztahu (domov B)

Navázání fungujícího vztahu mezi seniorem a pečujícím pracovníkem je během na dlouhou trať. Tento vztah bude vždy jedinečný, protože i každý člověk je jedinečný – každý klient i každý pomáhající. Jedinečnost konkrétního vztahu začíná už tím, jaká dvojice se v něm potkala.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. I a) okolnosti setkání

Tři informantky měly profesní zkušenost s prací se seniory, u ostatních informantek a informanta bylo rozhodnutí ať už profesní nebo existenční dané okolnostmi, které přinesl život.

Zdravotní sestra popisuje okolnosti profesního setkání s klienty domova slovy: *„No, já jsem odešla z ekonomky, nešly mi jazyky a kamarádka mi řekla, že hledají tady*

v domově sanitárku. Tak jsem zašla za staniční a pracovala jsem jako sanitárka, pak jsem si dostudovala večerní školu, zdrávku. No, a pak jsem odešla na mateřskou a po mateřský jsem se vrátila zpátky. Vlastně jako pečovatelka jsem pracovala devět let, pak jsem šla na tu mateřskou a teď tu jsem asi dva roky.“

Pracovnice v přímé péči zkušenosti s péčí o seniory již měla: „Já jsem k tomu byla vedená od malinka, doma jsem pomáhala mamince pečovat o babičku a pak když onemocněli moji rodiče, takže sem se začla starat o ně a tam mně to vlastně chytlo u srdíčka a tak sem vlastně začala pracovat v domově seniorů.“

Podobně i fyzioterapeutka vysvětluje svoje zkušenosti s péčí o seniory slovy: „No, pracovala jsem asi čtrnáct let v agentuře domácí péče, takže jsem k seniorům chodila domů a pak agentura dohodla s vedením domova, že budeme docházet sem. A tak jsem začala docházet sem do domova seniorů rok a půl od pondělí do pátku, a pak vlastně jsem skončila v té domácí péči, že jsem si říkala v jednom momentu, že je čas zůstat na jednom místě a ne lítat po celé Praze a vlastně jsem sem přešla v květnu 2017.“

Sociální pracovnice říká: „No, tak já jsem ten obor vystudovala a pak jsem pracovala v nemocnici a po mateřské, jsem zkusila štěstí a podařilo se mi vystudovat obor na Karlově univerzitě při práci a tady pracuju dva roky.“

Ošetřující lékař popisuje své zkušenosti slovy: „Začal jsem pracovat jako praktický lékař, po té co jsem odešel z neurochirurgie a začínal jsem v úplně nové ambulanci. Neměl jsem žádné pacienty a potřeboval jsem je sehnat, abych ekonomicky přežil. Díky náhodě jsem začal pracovat jako praktický lékař v jiném domově seniorů a tam jsem se vlastně poprvé v životě stal ošetřujícím lékařem v domově seniorů.“

Kněz docházející do domova seniorů hovoří o okolnostech, které ho přivedly k seniorům takto: „Tak nějak, jak se člověk dostane k různým úkolům, když se stane duchovním v katolické církvi. A to sice tak, že někam člověk přijde a zjistí, co tam všechno má dělat. To znamená, nebyla to moje přímá volba, jakože bych si to vybral jako nějakou svoji vysněnou práci nebo tak. Spíš, to bylo tak, že jsem prostě přišel sem a farář, který tady je, tak řekl, tak dobrý, v rámci toho, co budeš dělat, tak, taky se budeš starat o seniory, nebo budeš docházet do těch domovů pro seniory, které tady na území farnosti máme.“

Klientka Blanka vypráví o tom, jak se přestěhovala do domova: „*No, napřed sme žili v tý Praze sedum a když mi potom maminka v sedumdesáti čtyřech rocích umřela, tak sem se přes otce dostala sem, teda jako na béčko na dvojlůžák, a když otec zemřel, tak mi dali sem na trojlůžák.*“

Klientka Běla vypráví, že musela do domova kvůli svému manželovi: „*Manžel měl prostě takový záchvaty, já měla strach, když na něj ten záchvat přišel a tak sme se rozhodli, že pudeme tady.*“

subkategorie č. I b) vzájemná akceptace

Vztah je potřeba navázat se všemi klienty a ne vždy jsou si klienti i pečující personál sympatičtí.

Zdravotní sestra popisuje svůj vztah ke klientům domova slovy: „*Já nejsem výbušná, problémy se snažím vyřešit. Byla bych ráda, aby se nám tady dělalo líp, aby to klapalo. Když mám všechno své hotový, tak si ještě obejdu lidi, dám jim napít a pomůžu nakrmit. Víte, některý pokoje jsou veselý, ale některý, tam je to smutný.*“

Pracovnice v přímé péči hovoří o vzájemném vztahu s klienty takto: „*Klienti se mi svěřují, důvěřují mi, máme mezi sebou takovou vzájemnou úctu a i tu lidskou blízkost, máme se rádi, takže je v tom i ta láska.*“

Fyzioterapeutku klienti překvapili: „*Strašně mně překvapilo, že jsou to lidé, kteří jsou schopní humoru, mají rádi vtip, rádi se smějou. Víte, i když se člověk snaží být profesionál, tak stejně se vždycky něco vytvoří mezi těmi lidmi.*“

Sociální pracovnice o svém vztahu ke klientům hovoří takto: „*Oni jsou hodně upřímní, oni už na sklonku života nemají proč, jako, jsou pravdiví a je to o tom, že s nimi můžete zažívat i nepříjemný chvílky, protože oni Vás trochu přijmou, nemyslím za rodinného příslušníka, ale za někoho, kdo s nimi tráví ten zbytek života. Oni prostě můžou prožít ten zbytek života a vy jste jeho součástí a vy jim to můžete zpříjemnit, to mi přijde takový fajn.*“

Ošetřující lékař říká: „*Já se považuji spíš za opraváře lidí, pokud je na tom člověku něco špatně, tak já se to pokouším spravit. Musím říci, že jen u některých si cením toho, jak zvládají ty potíže, které mají a vlastně mají i přes své stáří chuť do života, ale to se týká opravdu jen části mých seniorských pacientů.*“

Kněz popisuje svůj vztah s klienty domova slovy: „*Mají relativně dost důvodů v tom svém věku na nějaké třebas zehrání, nebo tak, byť když se spolu bavíme, tak nějaké, na něco si ztěžují, to tam je, ale vlastně, je v nich spíš optimismus, nebo naděje, která je z nich cítit. Která se tam projevuje, tak to je něco, no, takovýho pěknýho, co mně třebas i osobně jako když se tam můžu dostat, nějakým způsobem dodává energii.*“

Klientka Blanka se svěčuje: „*Sestřičky mně musí krmit, já mám totiž tudle tu ruku, vidíte, a když je to s polívkou, tak já mám strach, abych to nezlila, a sestřičky sou hodný, říkají, že se zalejvám jak kytička. A tahle sestřička, tu mám moc ráda, no, dyť už letos v dubnu bude tady se mnou devět let, my si spolu povídáme.*“

Klientka Běla vypráví: „*Víte tady je opravdu bohatej život, vždycky, když mně něco zajímá, ňáký ten program, no, tak vždycky du ráda, ted'ka těch aktivizačních pracovnic tu máme myslím pět a jsou moc šikovné i sestřičky tu sou hodné. Víte, doma bych měla jen televizi a rádio, kdežto tady máme živý divadlo tady je živo, pořád se něco děje, takže je to ohromný přeci.*“

Ředitelka domova potvrzuje snahu o vzájemnou spolupráci a komunikaci mezi pečujícími personálem a klienty domova slovy: „*Snažíme se, aby tady ta vzájemná komunikace fungovala, když je něco tíží, můžou přijít rovnou za mnou. Taky se každý rok zúčastňujeme ankety Srdce na dlani, jejímž smyslem je, že samotní klienti navrhnou na ocenění své oblíbené pracovníky domova a ti jsou pak ocenění.*“

4.2.2 Kategorie č. II – Poskytování péče (domov B)

V posledních letech dochází k proměně mezi klienty v domovech pro seniory, co se týče jejich zdravotního stavu a soběstačnosti a toto pociťuje i pečující personál.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. II a) zátěž

Při práci se seniory jsou pečující pracovníci vystaveni mnoha zátěžovým situacím a může u nich docházet k fyzickému i psychickému vyčerpání.

Zdravotní sestra vysvětluje, v čem vidí náročnost práce s klienty slovy: „*Mezitím co leželi na eldéence, děti jim všechno prodali a oni jdou automaticky k nám, to pak je horší. Horší když přijdou pozdě, už nemají ty síly, je to špatný. Ted' se snažím najít*

způsob, jak se někde nabít, načerpat sílu, abych v práci nebyla vyčerpaná. Přemýšlím o tom, že začnu chodit cvičit jógu, i tím bych mohla vidět svět lepší.“

Pracovnice v přímé péči hovoří o tom, co jí trápí: *„No, když jim nemůžu pomoci, když vlastně už vím, jsou tu klienti pět šest let, vím, že už odchází, tak to, že už se s nimi loučím.“*

Fyzioterapeutka pociťuje také spíš psychickou zátěž: *„Trápí mě to, jak je ovlivňuje jejich bolest, že nemůžou dělat to, co chtějí. A u některých, ale tam vím, že ten člověk to nedělá schválně, když se u toho člověka pak projevuje víc zloba. Přece jenom člověk je rád obklopen tím hezkým, milým, usměvavým, ale ne u všech tohleto je.“*

Sociální pracovnice vnímá zatížení od klientů takto: *„Já si hodně držím ty hranice, prostě ho na sebe nevážu, protože oni to chtějí, někteří, hledají náhražku dcery, a to by bylo pro mě zničující, že jo. Ty hranice si musí každý nastavit tak, aby to unes, a u každého je to jiný. A já už na sobě poznávám, že se mi zhoršuje výkonost.“*

Ošetřující lékař popisuje, co je pro něho nejtěžší slovy: *„No, pracuji s velmi nemocnými lidmi, kteří mají často omezenou schopnost popsat své obtíže, takže je velmi složité, zjistit, jaké potíže opravdu mají, co konkrétně jim vadí a taky, vzhledem k tomu, že mají několik těžkých nemocí najednou, takže je velmi těžké léčit několik těžkých nemocí najednou v jednom těle.“*

Kněz vnímá na své práci nejtěžší, to, že: *„Je pravda, když se s těma lidma bavím, tak mně třeba jejich životní osud, nebo někoho z příbuzenstva, když prostě v rámci nějakých duchovních rozhovorů nebo, jak to nazvat, tak na to přide řeč, tak to s tím se pak musím vyrovnávat, nebo třeba, kdy nějakým způsobem může člověk pozorovat i za ten rok s kterejma se setkává a že nějaký zhoršení ať už fyzický nebo psychický, tak to jsou takový věci, se kterýma se tak ňák učím vyrovnávat.“*

Klientka Blanka říká: *„No chodit nemůžu, postavit se nemůžu, musím ležet, sestřičky mně musej krmit, a když mně berou do koupelny, tak mně musej brát zvedákem na vanu a z vany zas sem zvedákem do postele, no, starají se tu o mně.“*

Klientka Běla vypráví: *„Víte, sestřičky tu o nás opravdu pečují a starají se, teď tu byla před Vámi a objednala mne k paní doktorce kožní, vidíte, mám tu takový defekt na noze*

a pálí to moc. Chodí mi sem sestřička pomáhat tu nohu převazovat, jsou tu moc hodní na nás, opravdu. “

Ředitelka domova vysvětluje okolnosti poskytování péče slovy: *„Já pořád říkám, že sme pobytová sociální služba, to znamená, že nejsme ze zákona povinni těm seniorům poskytovat asistenci způsobem, že se jim někdo bude věnovat těch čtyřadvacet hodin denně jakoby nepřetržitě. Jo, že jim budeme k dispozici a že jim budeme dělat i animátory, jako jsou animátoři v hotelích, od toho pobytová služba opravdu není, takže je potřeba hledat někde mezi. Hodně se to odvíjí od toho, v jakým tom stavu ti seniori jsou, u nás, je ta skupina různorodá a tím jsme schopný to personálně pokrýt, protože ne všichni potřebují všechny ty úkony teď. “*

subkategorie č. II b) rodina seniora

Pokud již senior nemůže žít ve svém domácím prostředí a odchází do pobytového zařízení sociálních služeb, dochází u něj často ke ztrátě sociálních kontaktů a rodina mu může pomoci tuto složitou fázi překlenout.

Zdravotní sestra popisuje zkušenosti s rodinami slovy: *„Bohužel jako většina málo chodí za svými příbuznými a nebo když sem přijdou, tak je nechtějí vzít ani na procházku ani ven. Sedí u nich na pokoji a za chvíli se loučí a odcházejí pryč. Taky si vlastně vzpomínám na klientku, která si schovávala albymy fotografií. Dalo jí to strašnou práci, sílu i peníze do toho vložila a když zemřela, ta rodina řekla, že neví, co by s tím dělala, a řekli nám, ať to všechno vyhodíme. “*

Pracovnice v přímé péči vypráví: *„Dneska to tak je, že Vám děti řeknou, že Vás dají do domova seniorů, mají hodně práce, musí hodně pracovat, mají málo času a tak to tak je. Víte z některých příbuzných je mi smutno a je mi pak líto těch klientů. “*

Fyzioterapeutka hovoří o vztazích v rodinách takto: *„Dřív ty rodiny bydlely pospolu a i když ti prarodiče byli hodně nemocní, tak nikdo neřešil, kam je dá, ale řešili, jak se u nich budou střídat. A teď každý rovnou kouká na internetu, kde je který zařízení, kam by se dal, kdo šoupnout. “*

Sociální pracovnice má podobnou zkušenost s rodinami: *„Tady nikdo nebude, kdo by nechtěl zůstat doma. Pokud to přijmou nebo to nepřijmou, tak v každém případě, ta rodina by byla nejideálnější péče. Dříve se ty rodiny postaraly o ty své příslušníky. Dnes*

asi hodně z těch finančních důvodů a někteří nemůžou zůstat doma, nebo jsou sami hodně nemocní.“

Ošetřující lékař hovoří o zkušenosti s rodinnými příslušníky slovy: „

Kněz se s rodinami klientů domova nepotkává: „No, s rodinami klientů domova se moc nepotkávám, co si vzpomínám tak s jednou rodinou jsem se znal malinko víc, ale jinak ne.“

Klientka Blanka vypráví o svojí rodině slovy: „Já sem svobodná, maminka mi umřela v sedumdesáti čtyřech rocích, tatínek v devadesáti dvou a sestra podědila srdíčko po mamince a zemřela. Mám synovce, kterej se stará vo eště staršího tátu a vo pejska Míšu. A dyž někdy za mnou přijede, tak má mobil a já sem mohla mluvit i s jeho tátou.“

Klientka Běla má svojí rodinu moc ráda: „Víte, já sem tady v domově ráda, vím, že mně mají rádi, a že mně rodina neopustila a neopustí a přitom mám takovej dobrej pocit, že jim nevadím v tom jejich životě, nejsem pro ně jakousi zátěží.“

Ředitelka domova hovoří o spolupráci s rodinnými příslušníky takto: „Opravdu se snažím, aby ta komunikace tady fungovala, v loňském roce, jako jsme měřily postoje zaměstnanců, tak jsme to udělaly i u klientů a jejich rodinných příslušníků, pokud do toho s námi chtěli jít. Využíváme různé možnosti, ty, které nám ukládá nějakým způsobem zákon a vždycky se to snažíme ještě o něco rozšířit.“

4.2.3 Kategorie č. III – víra (domov B)

Víra člověka může mít mnoho podob a vyjádření.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. III a) osobní víra

Všichni informanti a informantky mají svojí víru, někteří tuto svojí víru dokáží i pojmenovat.

Zdravotní sestra hovoří o své víře slovy: „Vím, že něco je, co to nevím. Věřím, asi v tu sílu, no.“

Pracovnice v přímé péči vnímá svoji víru podobným způsobem: „*Věřím, že je něco nade mnou, co na mne dává pozor, jakože by to byl Ježíš Kristus, tak to ne, takhle pojmenovaný to nemám.*“

Fyzioterapeutka se svěřuje: „*Přiznám se, že vždycky když byly okamžiky a potřebovala jsem pomoc, říkala jsem si modlitbičku z dětství a obrátila jsem se tímhle směrem.*“

Sociální pracovnice popisuje svoji víru takto: „*Nějakou víru mám, ale jak bych to řekla, pojmenovala, mám víru ve své nejbližší a těm věřím a jsem s nimi šťastná, asi tak bych to řekla.*“

Ošetřující lékař se zmiňuje o své víře slovy: „*Vím, že někdo stvořil vesmír, ale nevím, kdo to přesně byl.*“

Kněz říká: „*Víra je něco, co mně baví, snažím se čerpat inspiraci v životě Ježíše Krista, taková určitá snaha o propojování, takže to co třeba mě na životě Ježíše Krista inspiruje, že se nebál na jedné straně udělat ten krok stranou mimo zaběhlé schéma, ale nebyla to laciná anarchie, díky tomuto vystupování, propojování, dokázal ty lidi, ať už tehdy, nebo dneska nějakým způsobem donutit k přeměnění, podívat se na svět očima toho druhého. Tak to je něco, co je mi vlastní, nebo co je pro mě nosný.*“

Klientka Blanka o své víře vypráví: „*Jsem katolička, chodějí za mnou knězi, já za nima nemůžu, zrovna včera tu byl ten kněz, tak sme se spolu modlili Otčenáš a Zdrávas Maria.*“

Klientka Běla se svěřuje se svou vírou: „*Já věřím, že ta duše neumírá a že zase ta dušička v něčem bude pokračovat, ale člověk neví, neznáme nic, ale já ňák v to věřím.*“

Ředitelka domova svoji víru popisuje slovy: „*Je ve mně nějaký morální kodex, protože ve víře jsem byla vychovaná, a pak jsou ve mně nějaký morální mantinely, kdy si říkám, chovej se tak, aby, si se mohla svým nejbližším podívat do očí a aby mně nedohnalo moje svědomí, je to to desatero, je to pořád to desatero.*“

subkategorie č. III b) postoj k víře

Informantům a informantkám jejich víra pomáhá a posiluje je na jejich cestě životem.

Zdravotní sestra popisuje svůj postoj k víře takto: „*Já věřím, že mi ta síla nabíjí a pak se člověk cítí líp a usmívá se i na ostatní a je k nim milej.*“

Pracovnice v přímé péči hovoří o svém postoji k víře: „V rodině jsem měla babičku, která byla věřící, brala mně do kostela, přečetla sem si bibli, vím, o co jde. Moje víra mi pomáhá v tom, že cítím, že mne někdo ochraňuje.“

Fyzioterapeutka má podobné vnímání víry: „V dětství mě babička, vždycky, když, jsem byla u ní, tak jsem se před spaním musela modlit, navštěvovala jsem s babičkou kostel, kde se mi velmi líbilo, bylo to pro mne velmi příjemné prostředí. Ale možná, že tím, že člověk vyrůstal v době, kdy vyrůstal a kde to podporovaný nebylo a doma od rodičů jsem k tomu vedená nebyla. Ale když jsem si něco moc přála a potřebovala jsem to nějak podpořit, tak jsem pomodlila tu modlitbičku.“

Sociální pracovnice říká: „Pro mne je důležitý najít v tom ten smysl, najít tu správnou cestu a cítit tam to souznění.“

Ošetřující lékař se zmiňuje o svém vnitřním zážitku a postoji k víře slovy: „Zažil jsem něco, co by se dalo nazvat, přímé setkání s Bohem a stal jsem se silně věřícím. Nyní jsem někde

uprostřed. Nejsem klasický věřící.“

Kněz svůj postoj k víře vyjadřuje: „Byl jsem jediný křesťan až někde na gymplu, takže na jednu stranu, víra je, něco v čem jsem vyrůstal, co je pro mě vlastně samozřejmý, ale na druhou stranu, díky těm dvěma prostředím, kde jsem se pohyboval, mně pomáhá si otázky víry ujasňovat, s nimi zápasit. A třeba v pubertě jsem byl jedinej věřící, jsem si z toho udělal něco jako svoje vlastní, jedinečné, tak vlastně možná díky tomu je víra něco, co mně vlastně baví.“

Klientka Blanka se svěřuje: „Já se modlím, aby mně tu Pán Bůh eště chvíli nechal, já nepospíchám.“

Klientka Běla vypráví: „Víte, ta víra mně podržela vždycky, když mi muž odešel a tak, prostě víra mně drží a posiluje.“

Ředitelka domova o svém postoji k víře hovoří se slovy: „Jsem křtěná, jako dítě jsem chodila s babičkou do kostela pravidelně, v období puberty jsem jí za to nenáviděla, na vysoké škole jsem se k tomu vrátila. Tady v Praze se mi nepodařilo najít si ten svůj, a tak teď tady mám tu svoji kapli, kterou jsem tady zbudovala, takže jsem si ten svůj

prostor vytvořila tady. Je to prostor ekumenický, docházejí sem kněží, faráři i kaplan. Klienti mají o bohoslužby velký zájem.“

4.2.4 Kategorie č. IV – Problematika zdrojů (domov B)

V posledních letech se proměnilo složení klientů v domovech seniorů směrem ke klientům s potřebou zajištění velmi náročné ošetrovatelské i pečovatelské péče. Poskytování kvalitní péče je pro domovy seniorů velmi náročné z mnoha hledisek.

Tato kategorie obsahuje jednu subkategorii.

subkategorie č. IV nedostatek pečujících pracovníků

Pro zajištění kvalitní péče o klienty v domově seniorů jsou stěžejní pečující pracovníci, kterých je velký nedostatek.

Zdravotní sestra popisuje tento stav slovy: *„Snažím se pomáhat pečovatelům, jsou tady dvě holky na celý patro, takže toho mají hodně.“*

Pracovnice v přímé péči potvrzuje: *„Teď je nás tu málo, hodně kolegyň chybí, některé jsou nemocné a některé odešly, tak si vypomáháme, já normálně pracuju o patro výš.“*

Fyzioterapeutka také pociťuje nedostatek pečujících pracovníků: *„My máme tři domovy a v každém domově pracuje jedna fyzioterapeutka, nestřídáme se tam a tady, kde pracuji já, teď chybí zdravotní sestra i pečovatelka, mají toho opravdu moc.“*

Sociální pracovnice hovoří ze svojí zkušenosti: *„Nějaký další pracovník by tu byl určitě třeba, na našem oddělení jsou spíše těžcí klienti a té péče je kolem nich opravdu hodně. Pociťuju to i u sebe, já mám na starosti devadesát klientů a musím je mít zajištěné administrativně, to je ošetřené právníky a tak dále.“*

Ošetřující lékař také pociťuje náročnost svojí práce: *„Nikdy se mi nepodařilo za svojí pracovní dobu stihnout všechnu svou práci, je zde strašně moc práce, abych řekl, že jí dělám na špičkové úrovni, to nelze.“*

Kněz popisuje svojí situaci takto: *„Já vlastně jsem tam dost málo, na rychlo. Jedno dopoledne v týdnu. Vlastně jednou za čtrnáct dnů, protože střídám ty dva domovy, což je dost málo. Snažím se to nějakým způsobem dělat tak, aby, ne vždycky se dokážu potkat se všemi, které mám na tom seznamu, ale snažím se být citlivý na to, třeba, když někdo*

potřebuje delší rozhovor, aby to nebyla jen letmá návštěva. Vnímám asi u sebe, bylo by dobré, mít na to trochu víc času, trošku víc lidí a času tomu věnovat.“

Klientka Blanka se svěřuje: *„Teď tu těch sestřiček je míň, musejí si vypomáhat.“*

Klientka Běla říká: *„Já děkuju Pánu Bohu, ještě si kolem sebe toho hodně obstarám a vnučka mi donese, co potřebuji, tak se snažím, aby sestřičky se mnou neměly práci.“*

Ředitelka domova vidí situaci v domově takto: *„Já osobně to vyhodnocuju tak, že nejsme v žádný tíživý perzonální situaci, že bysme nebyli schopni tu službu kvalitně poskytnout. Samozřejmě se to dá vždycky dělat líp, s větším počtem perzonálu, ale někde musím mít ty zdroje finanční, a ty nejsou nekonečný, jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak ze strany zřizovatele.“*

4.3 Výsledky jednotlivých kategorií otevřeného kódování pro domov C

4.3.1 Kategorie č. I – Navázání vztahu (domov C)

Navázání fungujícího vztahu mezi seniorem a pečujícím pracovníkem je během na dlouhou trať. Tento vztah bude vždy jedinečný, protože i každý člověk je jedinečný – každý klient i každý pomáhající. Jedinečnost konkrétního vztahu začíná už tím, jaká dvojice se v něm potkala.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. I a) okolnosti setkání

Dvě informantky měly zkušenost s prací se seniory, u ostatních informantek a informanta byly okolnosti setkání způsobené náhodou nebo zhoršením jejich zdravotního stavu (klienti domova).

Vrchní sestra vypráví o tom, co ji přivedlo k práci v domově seniorů slovy: *„Mně k téhle skutečnosti přivedlo dobrovolnictví, když jsem docházela k jedné paní v domově pro seniory a potom jsem najednou vnímala, že tenhle rozměr pomoci je důležitý.“*

Zdravotní sestra říká: *„Tak já jsem pracovala v několika organizacích a po každé ta cílová skupina byli senioři.“*

Pracovnice v přímé péči se zmiňuje: *„Byla to náhoda, odpověděla jsem se na inzerát.“*

Fyzioterapeutka má podobnou zkušenost: *„Naskytlo se volné místo na pozici fyzioterapeuta, rozhodla jsem se to zkusit, do domova docházím dva dny v týdnu.“*

Klient Cyril vzpomíná, jak se přestěhoval do domova: *„Vážně jsem onemocněl a už jsem nemohl zůstat ve svém bytě a starat se o svou farnost. Můj přítel mi pomohl oslovit zdejší domov seniorů.“*

Klientka Cecílie popisuje svůj příběh: *„Tělo mi vypovědělo službu, byla jsem v nemocnici, spolusestry mi pomohly se sem přestěhovat.“*

subkategorie č. I b) vzájemná akceptace

Vztah je potřeba navázat se všemi klienty a ne vždy jsou si klienti i pečující personál sympatičtí.

Vrchní sestra se svěřuje s tím, jak se snaží vnímat každého klienta: *„Tak já osobně se snažím vnímat každého obyvatele jako takový dar, kdy každý je jedinečný, kdy každý už má ušlou dlouhou cestu za sebou. Jsem proti nim mnohem mladší a už sama mám nějaké zdravotní problémy, takže si jich vážím a zároveň se snažím pochopit to, jak to teďka prožívají tu svojí omezenost a závislost na druhých.“*

Zdravotní sestra si svých klientů cení: *„No, asi hlavně to, že se hodně snaží i přes tu bolest, kterou často mají, nebo i když jim něco nejde. Nevím, jestli to sama dokáží, až budu stará jako oni.“*

Pracovnice v přímé péči se u klientů vyrovnává s tím, že: *„Někteří z nich jsou hodně nevděční a zlostní.“*

Fyzioterapeutka popisuje vzájemný kontakt s klienty domova takto: *„Většinou vyslechnou moje rady a snaží se cvičit podle svých možností. Já jsem získala asi větší pochopení a trpělivost k nim.“*

Klient Cyril je v domově spokojený: *„Občas se mi stává, že nemohu najít brýle a sestřičky mi pomohou.“*

Klientka Cecílie se svěřuje: *„Ráda zpívám a je tu jedna sestřička a s tou si tu zpívám.“*

Vedoucí domova říká: „*Jsou věci, kdy nejsme schopni odstranit stáří, nejsme schopni odstranit jeho nějakou osamělost, ale určitě mu můžeme dát zažít to, že ho máme rádi a že někam patří a že je pro nás ten jeho život důležitý.*“

4.3.2 Kategorie č. II – Poskytování péče (domov C)

V posledních letech dochází k proměně mezi klienty v domovech pro seniory, co se týče jejich zdravotního stavu a soběstačnosti a toto pociťuje i pečující personál.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. II a) zátěž

Při práci se seniory jsou pečující pracovníci vystaveni mnoha zátěžovým situacím a může u nich docházet k fyzickému i psychickému vyčerpání.

Vrchní sestra pociťuje největší zátěž v tom, že: „*Je to takový neustálý boj o to, abychom byli pro ně jakoby připravený, protože ne vždycky zařukají a přicházejí vhod a ti obyvatelé také nejsou vždy příjemní nebo naopak jsou hodně nároční a my jim pak musíme dávat nějaké limity a mantinely.*“

Zdravotní sestra vnímá spíše psychickou zátěž: „*Nejtěžší je pro mne porozumět těm klientům, ve stáří se už poněkud hůře vyjadřují a každý je jiný.*“

Pracovnice v přímé péči popisuje hlavně fyzickou zátěž: „*Samozřejmě pociťuju na svém těle, že už to není jako dřív, už mne občas něco pobolívá. Je to hodně fyzicky náročné.*“

Fyzioterapeutce ubírá síly: „*Věčné stěžování si na stáří, že stáří je jen pro odvážné, někteří se věku moc poddávají a nechtějí se tolik hýbat, i když by ještě mohli.*“

Klient Cyril se zmiňuje: „*Mám tu řadu přátel a někteří jsou už hodně zesláblí, sestřičky jim pomáhají s hygienou, se stravou, vozí je do kaple, je to obdivuhodné, jak se starají.*“

Klientka Cecílie vypráví: „*Sestřičky mne doprovází do jídelny, do kaple, každý den mne vozí na zahradu, mám je ráda.*“

Vedoucí domova potvrzuje: „*Vím, že sestřičkám ubývá sil, zvláště když člověk slouží v přímé péči, tak si myslím, že to vnímají velmi, protože ta fyzická síla opravdu pomalu odchází a to co zvládli před několika lety, třeba už teď tolik nezvládnou.*“

subkategorie č. II b) rodina seniora

Pokud již senior nemůže žít ve svém domácím prostředí a odchází do pobytového zařízení sociálních služeb, dochází u něj často ke ztrátě sociálních kontaktů a rodina mu může pomoci tuto složitou fázi překlenout.

Vrchní sestra hovoří o rodinách klientů se slovy: „Většinu našich obyvatel navštěvují příbuzní nebo jejich známí a za obyvateli, kteří jsou osamocení, za těmi dochází dobrovolníci. V létě a na podzim chystáme v naší zahradě posezení pro obyvatele a jejich příbuzné.“

Zdravotní sestra vysvětluje: „Víš, že se na nás můžou obrátit o radu nebo o pomoc.“

Pracovnice v přímé péči potvrzuje: „Příbuzní se na nás obracejí o pomoc i o radu.“

Fyzioterapeutka se s příbuznými příliš nepotkává: „Docházím sem za klienty v dopoledních hodinách, s některým jsem se potkala, ale to je většinou výjimka.“

Klient Cyril se svěruje: „Mám bratra a s tím si telefonuji, víme o sobě. Mám tu řadu přátel, necítím se osamoceny.“

Klientka Cecílie pociťuje: „No, tak, někdy se cítím na světě zbytečná a občas i osamocená. Navštěvuje mne moje spolusestra ze společnosti Misionářek lásky.“

Vedoucí domova vnímá potřebu zajímat se i o příbuzné obyvatel: „Ten domov se nestará pouze o ty obyvatele, stará se i o příbuzné a přátele těch obyvatel, protože tím, že sem pravidelně přichází, tak vlastně tvoří nebo spoluvytváří, to naše rodinné ovzduší, tu naši rodinu.“

4.3.3 Kategorie č. III – víra (domov C)

Víra člověka může mít mnoho podob a vyjádření.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie.

subkategorie č. III a) osobní víra

Dvě informantky nemají svojí víru nějak pojmenovány, víra ostatních informantek a informanta vychází z křesťanské víry.

Vrchní sestra hovoří o své víře se slovy: „Pro mne je velmi příjemné, když se přímo tady v kanceláři každý den modlíme ráno se sociální pracovníci a s účetní, jak tam vkládáme ty jednotlivé okamžiky toho dne a jednotlivé lidi a třeba jednotlivé zkoušky,

keré nějak prožíváme, nebo nějaké radosti, těžkosti, tak to si myslím, že víra je v tom úžasná, že spojuje a že můžeme skrze víru tyhle všechny věci odevzdat Pánovi.“

Zdravotní sestra svojí víru popisuje takto: *„Není to nic složitého, zkrátka věřím v osud, že to nějak dopadne, jen doufám, že dobře.“*

Pracovnice v přímé péči říká: *„K víře jsem se dostala ve svých dvacet sedmi letech, skrze svědectví jiných křesťanů. Věřím tomu, co je psáno v Bibli.“*

Fyzioterapeutka se zmiňuje: *„Věřím v jakousi vyšší moc.“*

Klient Cyril vypráví o svojí cestě k víře: *„Já jsem chtěl vždycky pracovat v lese a po maturitě jsem si našel práci na jedné pile, ale měl jsem hodně ošklivý ekzém, tak to nešlo a musel jsem odejít. Přátelé mi pomohli najít místo sanitáře v jedné porodnici a tam jsem se setkal s františkánským knězem, který tam pracoval jako topič. A tam si mně Pán povolal a já pochopil, že se stanu knězem.“*

Klientka Cecílie se svěřuje: *„Věřím, že jsem božím dítětem, že jsem milována, že je nade mnou někdo, kdo mě má rád, a zároveň někdo, kdo skrze svou prozřetelnost se o mně stará.“*

Pro vedoucí domova jsou osobní projevy víry jejich obyvatel velmi překvapující: *„Třeba nedávno jsem dělala nějakou zkoušku na vysoké škole, tak se za mne modlili a vyslovili moje jméno a modlili se na ten úmysl, tak, to je prostě úžasný, jak tu víru můžeme sdílet.“*

subkategorie č. III b) postoj k víře

Křesťansky orientovaným informantům a informantkám jejich víra pomáhá a posiluje je na jejich cestě životem, dvě informantky víru ostatních respektují.

Vrchní sestra je přesvědčená, že: *„Véra mne ukotvila v životě, to znamená, že vím, proč jsem tady, kam jdu, vím, zároveň i tu realitu, že tu nebudu věčně, ale také, že smrtí nic nekončí, že vidím ten rozměr života věčného.“*

Zdravotní sestra hovoří o svém postoji k víře: *„Já nejsem věřící, že bych byla součástí nějaké církve nebo tak. Tady v domově vím, že klienti i většina personálu věřící jsou a já to respektuju. Klientů se ptám, zda chtějí, aby se za nimi zastavil kněz.“*

Pracovnice v přímé péči říká: „*Má víra mi pomáhá velmi, Bůh mi dává pokoj při práci a trpělivost.*“

Fyzioterapeutka vysvětluje: „*K víře v Boha mě rodiče nevedli a ani já jsem k ní cestu nenašla. Vím o tom, že docházím do domova seniorů s křesťanským zaměřením a nemám s tím žádný problém.*“

Klient Cyril se zmiňuje: „*Pán nás posílá do situací, které jsou mnohem náročnější a lidé žijí mnohem náročnější život, ať už jsou to rozvedené rodiny, ať už jsou to různé těžkosti a já věřím, že i tito lidé budou spaseni.*“

Klientka Cecílie vyjadřuje svůj postoj k víře slovy: „*Modlím se, aby mně Pán Bůh miloval, hříchy odpustil, nebe dal. Víte, po revoluci bylo velké nadšení i pro církev, ale tím, že se lidé začali mít dobře, ztratili zájem. Pán Bůh je na posledním místě.*“

Vedoucí domova pozoruje u obyvatel domova určitý rozpor a popisuje jej slovy: „*Někdy vnímám takový určitý rozpor mezi takovou tou archaickou vírou, jestli můžu vyslovit a vírou takovou opravdu se širokým srdcem, protože někdy víra starých lidí je příliš omezená na to, co bývalo. A my si nesmíme myslet, že jsme lepší nebo že, oni nemají právo na spásu a podobně, protože někdy se k tomu někteří naši obyvatelé tak staví a mně to moc mrzí. Takže někdy je musím trošičku formovat a posvítit jim na to, že to nemusí být, tak, jak si myslí oni.*“

4.3.4 Kategorie č. IV – Problematika zdrojů (domov C)

V posledních letech se proměnilo složení klientů v domovech seniorů směrem ke klientům s potřebou zajištění velmi náročné ošetrovatelské i pečovatelské péče. Poskytování kvalitní péče je pro domovy seniorů velmi náročné z mnoha hledisek.

Tato kategorie obsahuje jednu subkategorii.

subkategorie č. IV nedostatek pečujících pracovníků

Pro zajištění kvalitní péče o klienty v domově seniorů jsou stěžejní pečující pracovníci, kterých je velký nedostatek.

Vrchní sestra vysvětluje svůj pohled na personální situaci v domově takto: „*Já si myslím, že to není o tom, že by bylo třeba málo lidí na té jedné službě, ale je to někdy spíš sestava těch zaměstnanců, protože když se komunikuje, když se hezky spolupracuje,*

tak se domnívám, že ten den je takový, jak vyšitý, takový krásný, krásně si ho všichni užijí, ta služba probíhá, komunikuje se.“

Zdravotní sestra říká: „No, teď momentálně mám na starosti třicet jedna klientů. Je to těžké, ale zvládnou to. Klienti jsou hodně nemocní, je s nimi hodně práce.“

Pracovnice v přímé péči se zmiňuje: „Té práce je opravdu hodně, tak se někdy stane, prostě, že nestíhám. Mám na starosti osm klientů, někteří jsou opravdu hodně nároční.“

Fyzioterapeutka má podobnou zkušenost: „Docházíme sem ještě s kolegyní, někteří klienti jsou náročnější, když je potřeba, vypomůžeme si. Sestřičky se tu starají, myslím dobře, klienti o nich mluví hezky. Hodil by se ještě nějaký ošetřovatel.“

Klient Cyril se svěřuje: „Hodně toho zvládnou sám, snažím se, aby se mnou sestřičky neměly moc práce. Žijí tu obyvatelé, kteří té pomoci potřebují mnohem více.“

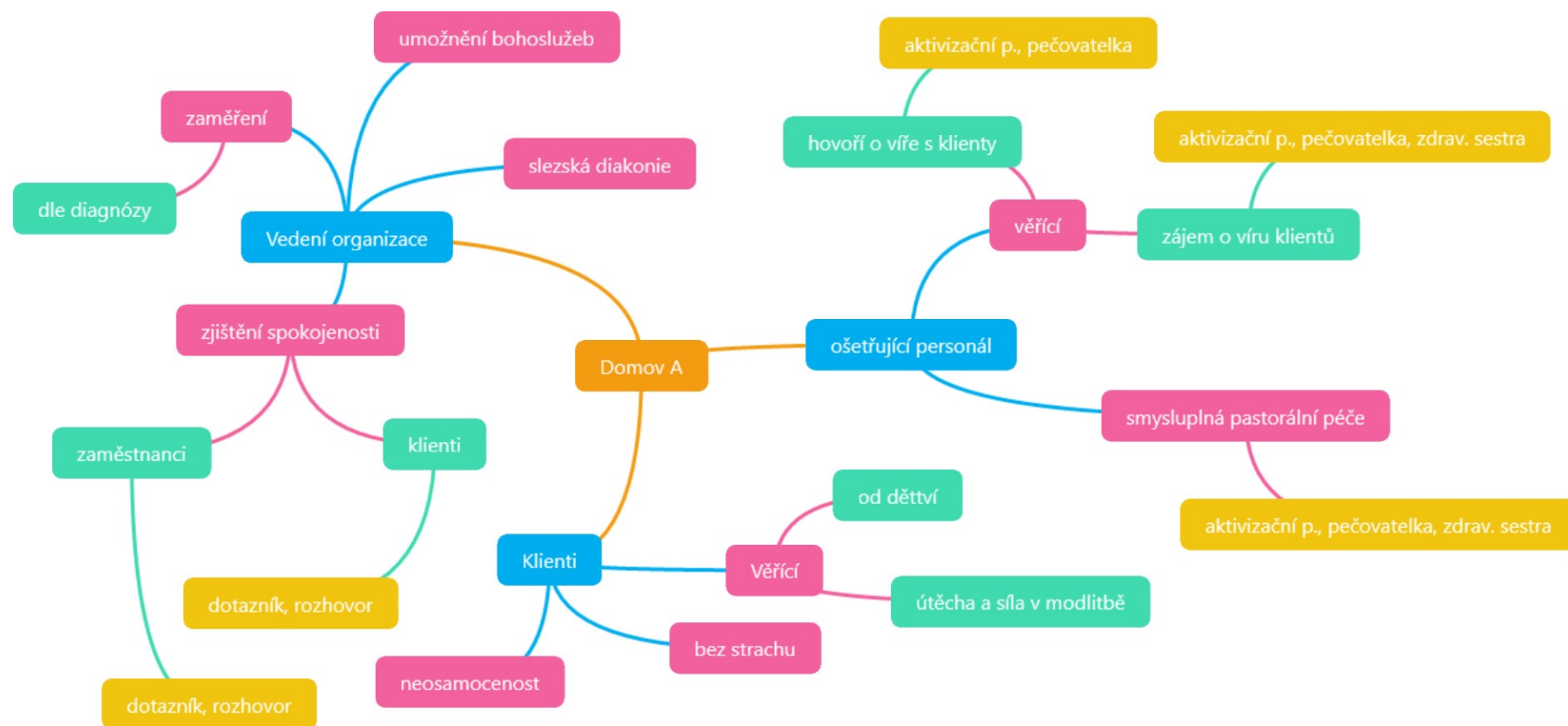
Klientka Cecílie se cítí podobně: „Snažím se být, co nejvíc soběstačná.“

Vedoucí domova vnímá potřebnost ošetřujícího personálu: „Já bych řekla, že určitě bychom byli rádi o zvýšení počtu ošetřovatelek, i když v tuhle chvíli nám třeba chybí nějaký půl úvazek. Ale vidíme, že té práce nebo ta služba je natolik obsáhlá, že bysme klidně přijali nebo rádi měli ještě další. Ale nevím, jestli finančně bysme to všechno dali, protože na ně máme nějaký rozpočet a podobně.“

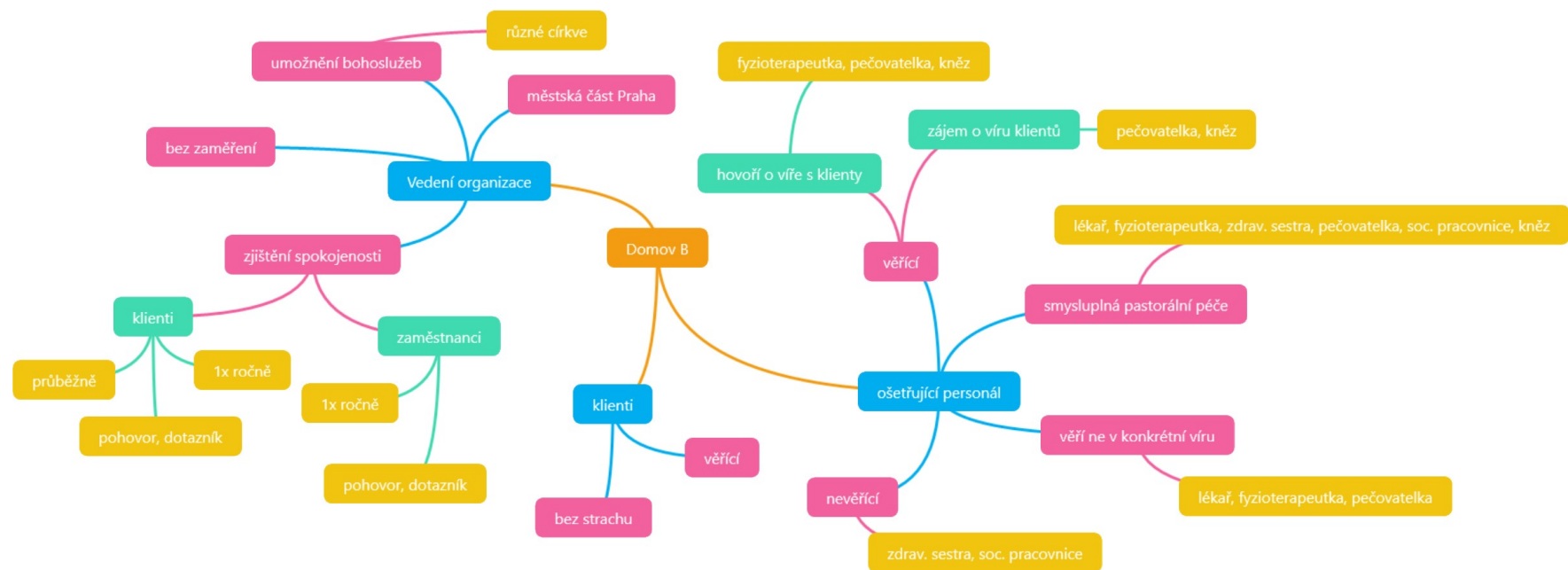
4.4 Myšlenkové mapy

K dokreslení situace jednotlivých informantů jsem použila myšlenkové mapy.

4.4.1 Myšlenková mapa č. 1 - domov A



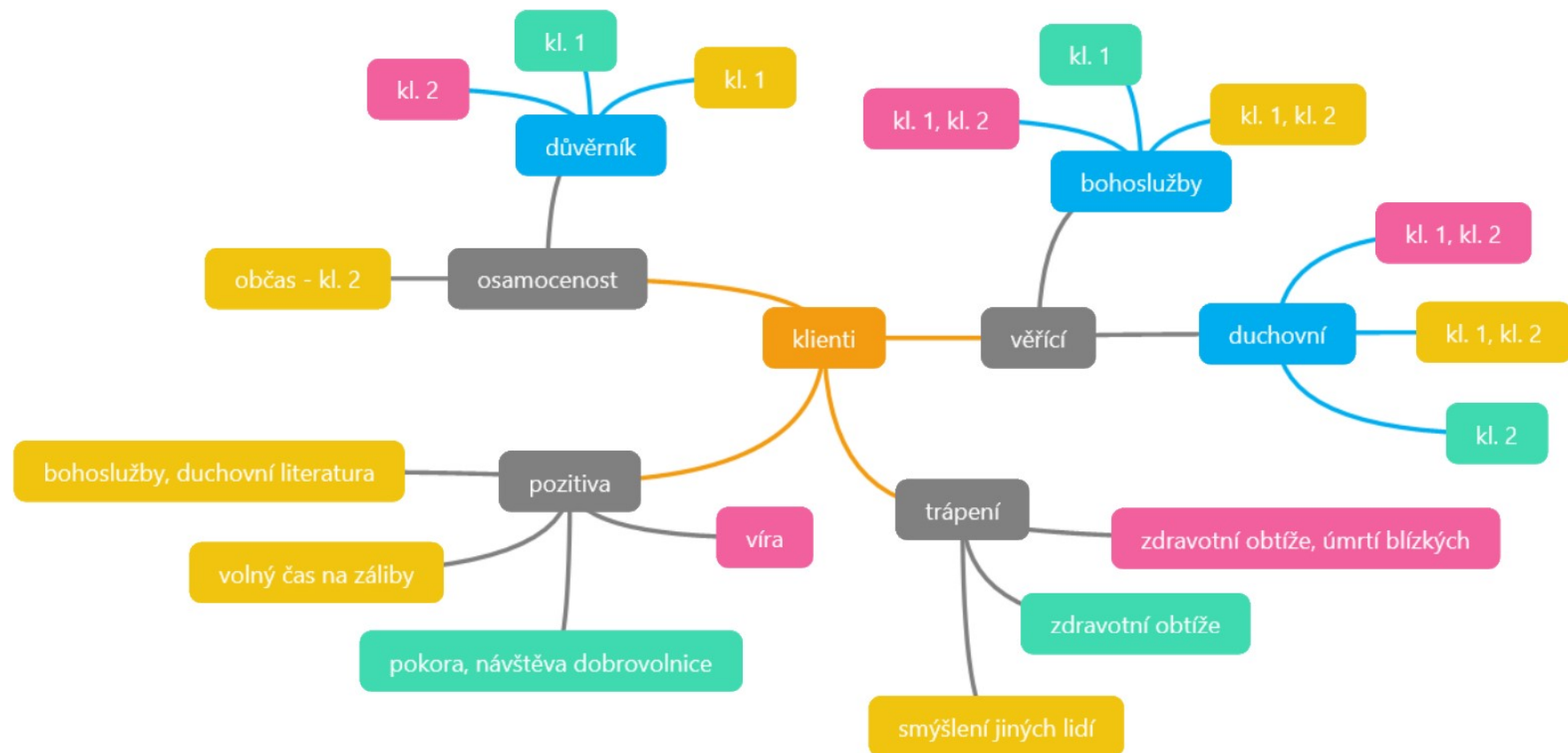
4.4.2 Myšlenková mapa č. 2 – domov B



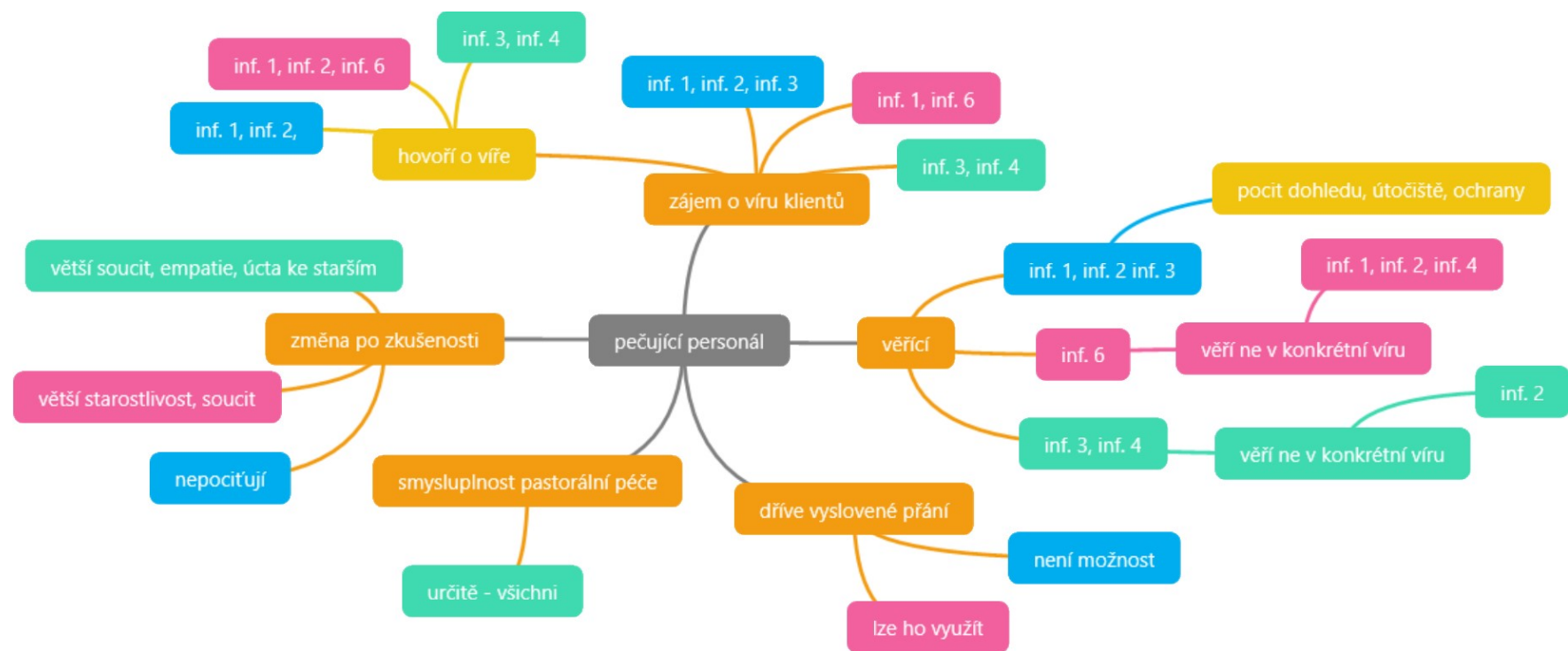
4.4.3 Myšlenková mapa č. 3 – domov C



4.4.4 Myšlenková mapa č. 4 – klienti



4.4.5 Myšlenková mapa č. 5 – pečující personál



4.4.6 Myšlenková mapa č. 6 – vedení organizace



4.5 Komentáře myšlenkových map

4.5.1 Komentář myšlenkové mapy č. 1

Myšlenková mapa č. 1 znázorňuje Domov A. Zřizovatelem této organizace je Slezská diakonie. Jedná se o domov důchodců se 78 bydlícími klienty, který není nijak specificky zaměřen, tedy nelze říci, že by byl orientován více na věřící klienty. Kritériem pro přijetí je bodové hodnocení. Vedoucí domova konkrétně popisuje: *„ten co má nejvíce bodů, je pro nás nejpotřebnější a přichází na řadu pro umístění nebo ubytování v domově. Jo, takže tyhle ty věci, nemoc ano, to zohledňujeme, samozřejmě zdravotní postižení, taky. Víra v tom bodovém hodnocení se samozřejmě vůbec neobjevuje.“*

V rámci šetření pro diplomovou práci jsem zde učinila několik rozhovorů, konkrétně se jednalo o dva klienty, vedení organizace a osob z řad pečujícího personálu, tedy informantku 1 (aktivizační pracovnice), informantku 2 (pečovatelka) a informantku 3 (zdravotní sestra). Z myšlenkové mapy je patrné, že všechny tři dotázané ženy z pečujícího personálu jsou osoby věřící. Aktivizační pracovnice dokonce v rozhovoru uvedla, že jí víra pomáhá při práci: *„Ráda se někdy jakoby obrátím k Bohu, pomodlím se, pak jsem klidnější, takže myslím si, že jo. Když jsou nějaké stresy v práci, nebo tak.“* Zdravotní sestra dodala: *„Protože pořád máme pocit, že někdo nad námi stojí, někdo na nás dohlíží a že snad bude líp, jednou až něco přijde.“* Všechny tři dotázané ženy z pečujícího personálu se o informaci, zda jsou klienti věřící, zajímají. Zdravotní sestra udává: *„My vždycky při příjmu máme kolonku, jestli jsou věřící, nevěřící, takže mají to tam. Protože tady máme katolíky, evangelíky i nevěřící podle toho se už třeba ptáme na bohoslužby, na kterou chců odvést.“* Někteří zástupci ošetřujícího personálu s klienty o víře hovoří, tedy konkrétně aktivizační pracovnice a pečovatelka, která jako příklad řekla: *„Tak mám třeba jednu klientku, jako co jsem klíčová, a nabídla jsem jí online bohoslužby. Tak to s radostí přijala, protože říkala, že kdysi chodila do kostela, a teďka vlastně ona je jedna z těch, kteří jsou pořád na posteli, a tož je taková, i když by jsme jí mohli přesadit na vozík a zavést někde, ona prostě má takovou obavu, že nikde nechce chodit. Přišla o nohu, takže je ráda když si může ty bohoslužby poslechnout tam vlastně.“* Všechny pečující dotázané ženy uvedli, že pastorační péče jim přijde smysluplná. Aktivizační pracovnice vypověděla: *„Určitě, určitě, je smysluplná, pomáhá*

jim to. Cítí se potom lépe, jakoby když mají možnost promluvit si s pastorem, nebo s farářem.“

Z myšlenkové mapy č.1 je dále patrné, že klientům jsou umožněny bohoslužby. Vedení organizace také zjišťuje spokojenost jak u klientů, tak u zaměstnanců formou rozhovoru a dotazníků. Vedoucí uvedla, že při zjišťování spokojenosti klientů si vytvářejí vlastní dotazník: *„vytváříme si vlastní dotazníky, které jim, ale vždycky někdo zprostředkuje samozřejmě, protože s těmi klienty je vždycky lépe hovořit, takže vlastně buď přímo nějaká nezávislá osoba, využili jsme v minulosti třeba dobrovolnice, co tady docházejí, nebo farářku, která s těmi klienty jakoby pohovořila.“* Dotázaní klienti uvedli, že jsou věřící. Klientka hovořila o tom, že zde navštěvuje bohoslužby a že ji navštěvuje rodina, se kterou nejčastěji promlouvá o svých starostech. Klient hovořil o své rodině a na otázku, zda si má v domově s kým popovídat odpověděl, že má přidělenou nyní novou klíčovou pracovníci, ale stále si povídá i s minulou, která nyní dělá na jiné pozici. *„Já si nejvíc popovídám právě s tu Marcelku, co mě měla dřív... tak my si rozumíme, my si tykáme, my se známe dřív... já jsem tu přišel a ona se mi přišla představit... a já sem myslel, že úplně taková žena dělala s manželkou v telekomu...“* uvedl. Také uvedl, že každý zde má svého klíčového pracovníka, na kterého se může obrátit.

4.5.2 Komentář myšlenkové mapy č. 2

Myšlenková mapa č. 2 znázorňuje Domov B. Zřizovatelem této organizace je městská část Praha. Jedná se o domov pro seniory, který není nijak zaměřen. Jedná se o velké zařízení. Ředitelka říká: *„Tak jsme jedno z největších zařízení pražských... je tady celkem dvěstěšedesát míst... z toho v podstatě z osmdesáti procent jsou ženy seniorky... dvacet procent tvoří muži... průměrný věk našich klientů je 86 let.“* Organizace umožňuje bohoslužby svým klientům a do zařízení dochází i duchovní. Ředitelka uvedla: *„Jo, dochází do našeho zařízení kaplan, kněz, farář... no, farář církve od katolíků, a paní farářka od husitů, možná už také chlap... a pokud jde o ostatní církve, tak my jsme s nimi nakontaktovaní, víme, koho máme oslovit, ale ze strany naší klientely není o jinou církev zájem.“* Zjišťování spokojenosti u zaměstnanců probíhá formou dotazníku spolu s pohovorem. Ředitelka dodává: *„No... v podstatě jednou za rok probíhá roční hodnocení zaměstnanců, kde součástí toho v podstatě nějaká písemná forma a pohovor s přímým nadřízeným, a tam je nějakým způsobem i protosr pro tohleto vyjádření. S čím jsou tady spokojeni, s čím jsou nespokojeni, co by navrhovali změnit, v čem by se chtěli vzdělat. Mají možnost se tam nějakým způsobem vyjádřit.“*

Během roku mají možnost se k provozu a běžným procesům v organizaci se vyjádřit kdykoliv, můžou s tím přijít rovnou za mnou, nebo za svou přímou nadřízenou, řešit to na poradách těch domovů, který probíhají v nějakých pravidelných měsíčních intervalech.“ Zjišťuje se i spokojenost klientů: „To je obdobnej postup... zase, dotazníkový šetření, který probíhá jednou za rok, který může být anonymní... ty dotazníky nám vůbec nemusejí podepisovat... je to základní dotazník... zaškrťávání... vedle toho svoje připomínky, podněty, stížnosti, můžou přidat tady do těch schránek, který jsou po budově, anebo máme ještě schránky, který pro ty lidi, protože ne všichni se můžou právě sem dostat, na každém patře je ještě jedna schránka, která putuje po pokojích. To znamená, že každé tejdén je taková modrá schránka na jednom pokoji, další tejdén je na dalším pokoji. Takže tam taky můžou dát svoje stížnosti, podněty, připomínky. Můžou přijít na výbor obyvatel, kde to můžou říci rovnou mě, můžou přijít na stravovací komisi, kde jsem vždycky taky přítomná a můžeme to prostě rozebrat hned...“

V rámci dotazování jsem zde učinila několik rozhovorů i z řad pečujícího personálu, konkrétně šlo o informantku 3 - zdravotní sestru, informantku 1 - pečovatelku, informantku 5 - sociální pracovníci, informantku 2 - fyzioterapeutku, informantka 4 - lékaře a informanta 6 - kněze. Z myšlenkové mapy je patrné, že informantka 1 (pečovatelka), informantka 2 (fyzioterapeutka), informant 4 (praktický lékař) a informant 6 (kněz) jsou věřící. U některých však nejde říci, že se jedná a konkrétní vyznání. Pečovatelka uvádí: *„Věřící... věřím že... věřím že je něco nade mnou co na mne dává pozor... v rodině sem měla babičku která byla věřící brala mně do kostela přečetla sem si bibli vím o co jde... asi tak... jakože by to byl Ježíš Kristus... tak to ne... takhle pojmenovaný to nemám...“* Pečovatelka, fyzioterapeutka a kněz hovoří o své víře s klienty. Pečovatelka i uvádí: *„my i jako pečovatelé máme na starosti klienty... máme je rozdělené... jsme jimi klíčovými pracovníky... bavím se s nimi o jejich životě... zajímám se jaké mají koníčky... co rádi dělají... podle toho jim nabízím aktivity které by je bavily... ať jsou to klienti chodící nebo ležící... zajímám se o to jestli... kam by chtěli chodit...“* Všichni dotázaní uvedli, že jim pastorační péče přijde smysluplná nehledě na své vlastní myšlení.

Z mapy domova A je dále patrné, že klientům jsou umožněny bohoslužby i dochází duchovní do organizace. Obě klientky jsou věřící a nemají momentálně z ničeho strach. Klientka Blanka udává: *„Chodějí za mnou... knězi já za nima nemůžu... dolů do kaple*

tak oni za mnou choděj...“ Přímou v domově je kaple, kam mohou klienti chodit. Klientka 1 ji uvádí, jako místo, kam ráda chodí: „do té kaple na ty bohoslužby... docela ráda... a jinak prostě vždycky když mně něco zajímá někdy ten program no tak vždycky du ráda... tak je tady bohatej život, někdy bych šla ráda na dvě věci a oni jsou současně tak to nejde... teďka těch aktivizačních pracovníků tu máme myslím pět... kdežto když jsme sem přišli do domova tak byla jenom jedna nebo potom dvě... a dokud byl ještě manžel tak jsme chodili na to oddělení a tam jsou ležící a chodili jsme tam hrát na tu harmoniku.“

4.5.3 Komentář myšlenkové mapy č. 3

Myšlenková mapa č.3 znázorňuje Domov C. Zřizovatelem této organizace je katolická církev. Ředitelka organizace přímo uvádí: „*Naším zřizovatelem je Česká biskupská konference a provozovatelem je arcidiecézní charita Praha konkrétně se nazýváme domov svatého Václava.*“ Jedná se o domov pro seniory, který je zaměřen na věřící klienty. „*Tak našimi obyvateli jsou kněží, rodiče kněží a ostatní obyvatelé, kteří chtějí žít v duchovním prostředí, takže týká se to víry a možnosti a té potřebnosti tu víru nějak žít.*“ Zřízení má kapacitu 31 osob. Zjišťování spokojenosti u zaměstnanců probíhá formou otevřeného rozhovoru. Ředitelka říká: „*Neděláme tady zatím žádné dotazníky nebo nějaký takovýhle věci... přiznám se, že je to spíš o otevřenosti o komunikaci, když máme nějaké setkání, tak se snažíme mluvit otevřeně...*“ Spokojenost klientů je zjišťována pomocí připomínkových sešitů. Ředitelka uvedla: „*Tak máme sešity v přízemí a v prvním poschodí, kde je napsáno... jste spokojeni s naší poskytovanou službou... klienti jsou schopni, myslím, že i jsou velmi otevření jak na pochvalu tak na jak bych řekla poznačit, že s něčím spokojení třeba nejsou nebo s nějakým návrhem, co by se dalo vylepšit.*“

Pro účely diplomové práce jsem zde učinila několik rozhovorů, jednalo se o rozhovor s ředitelkou organizace a z řad pečujícího personálu s pečovatelkou, vrchní sestrou, zdravotní sestrou a fyzioterapeutkou. Z myšlenkové mapy vyplývá, že informantka 1 (zdravotní sestra) není věřící. Informantka 2 (fyzioterapeutka) věří, ale ne v konkrétní víru, konkrétně uvádí: „*Věřím v jakousi vyšší moc. K víře v Boha mě rodiče nevedli a ani já jsem k ní cestu nenašla.*“ Informantky 3 (vrchní sestra) a 4 (pečovatelka) jsou věřící osoby. Vrchní sestra je zasvěcená osoba a domnívá se, že ji víra velmi pomáhá v práci. Řekla: „*Přímou tady v kanceláři se každý den modlíme ráno se sociální pracovníci a s účetní a je to velmi příjemné když vidíme, jak tam vkládáme ty jednotlivé*

okamžiky toho dne a jednotlivé lidi a třeba jednotlivé zkoušky, které nějak prožíváme, nebo nějaké radosti, těžkosti, tak to si myslím, že víra je v tom úžasná, že spojuje a že můžeme skrze víru tyhle všechny věci odevzdat Pánovi.“ Pečovatelka odpověděl na otázku, jak konkrétně ji víra pomáhá při práci: *„Bůh mi dává pokoj při práci a trpělivost. Pečovatelka i vrchní sestra se také zajímají o víru klientů a hovoří o ní s nimi. Zdravotní sestra uvedla, že ji práce ovlivnila: „Mohu říci, že mě práce tady vnitřně obohacuje. Nejtěžší je porozumět klientům. Každý je jiný a ve stáří se už poněkud hůře vyjadřují.“* Fyzioterapeutka uvedla, že má nyní větší úctu ke starším lidem, více trpělivosti a pochopení pro ostatní. Všechny dotázané osoby se také shodly na tom, že pastorační péče je smysluplná. Například sama ředitelka domova uvádí: *„Domnívám se, že ano, protože zvláště senioři vlastně zažili ještě to období, kdy pochází z věřících rodin praktizujících, tak si myslím, že ta pastorální péče a nebo pastorační péče je samozřejmě důležitá, protože může dojít k nějakému souladu v jejich srdci i vztazích a podobně.“*

Z mapy domova C je patrné, že klientům jsou umožněny bohoslužby v kapli, která je přímo v domově. Ředitelka mluví o kapli: *„je bezbariérová a je volně přístupná kdykoli“.* Bohoslužby se konají každý den. Duchovní do domova nedochází, uvedla v rozhovoru opět ředitelka domova: *„Nemusí k nám docházet, protože přímo v našem domově bydlí, je vlastně pro náš domov ustanovený přímo kněz, který žije, má vyčleněný pokoj a je ustanovený vlastně jako duchovním pro náš domov... a ostatní kněží, kteří jsou obyvatelé, tak mohou se připojit a mohou vlastně tu duchovní službu poskytovat.“*

Oba klienti jsou věřící. Klientka Cecílie se občas cítí osamocená, na otázku, zda si zde našla přátele, odpověděla: *„Jen „přátele“ na setkání, pozdravení. Ale hlubší přátelství ne.“* Klient Cyril vypověděl, že si zde našel mnoho přátel. Na otázku, co ho nejvíce nyní trápí, odpověděl: *„Nepochopení některých lidí.“* Klientka Cecílie odpověděla, že starší lidé málo myslí na věčnost. Oba si zde našli své oblíbené místo, žena uvedla, že je jím kaple. Radost ji v současné době dělá nejvíce: *„Že mohu denně na mši svatou, ráda čtu duchovní literaturu, kterou si mohu půjčovat v knihovně, a poslech televize Noe.“* Muž pak uvedl, že je to především: *„Návštěva nových přátel.“*

4.5.4 Komentář myšlenkové mapy č. 4

Myšlenková mapa č. 4 ukazuje vedení organizací. Odpovědi za jednotlivé domy jsou rozlišeny barevně. Modře jsou informace z domova A. Oranžová barva ukazuje informace z domova B a barva šedá znázorňuje odpovědi z domova C. Jak již bylo popsáno u jednotlivých domovů, jedná se o dvě církevní organizace, tedy domov A, kde zřizovatelem je Slezská církev evangelická a domov C, který zřizuje Česká biskupská konference. Zaměření na víru má pouze domov C, který je určen především pro kněze, jejich příbuzné a lidi, kteří chtějí žít ve víře.

Spokojenost je u všech domovů zjišťována v průběhu roku a to jak u klientů, tak u zaměstnanců. Jedná se většinou o písemné hodnocení, které buď mohou klienti vyplnit sami do připomínkových knih, vložit hodnocení do schránek, které jsou buď na chodbách, nebo i kolují po pokojích. V případě domova A je dotazník vždy někým zprostředkovaný ústní formou. Zjišťování spokojenosti zaměstnanců je také zkoumáno ve všech domovech, ve všech organizacích je možno i vyjádřit své připomínky mimo pravidelná období zjišťování spokojenosti. V domově A jsou například nejčastější připomínky: *„co tak nejvíce tak slychávám od těch pracovníků, tak asi ty peníze, jako že by chtěly přidat, to určitě, to je takové nejčastější možná. Pak samozřejmě se jim zdá ta práce hodně náročná i fyzicky i psychicky samozřejmě. Už jsem slyšela takové připomínky opravdu, že jako přijímáme samé vážné stavy.“* Vedení ještě dodává: *„je pravda, že se nám ty stavy klientů zhoršují, takže přibývá těch ležících, nekomunikujících, kde ta péče je vysoká.“*

Všechny dotázané domovy vypracovávají standardy kvality. Vedení domova A uvádí: *„Já si myslím, že nejdůležitější je to, že to vychází z praxe všechno, jo, že jsme na tom pracovali jako nebo spolupracovali taky celý ten tým, jo, včetně pečovatelek, kuchařek, všichni do toho byli zapojeni hm, ti pracovníci, takže by všechno to co je v té praxi, mělo být uvedeno v té metodice a asi o tom to je, jo, protože vlastně i přitom při té praxi se vám ukáží nějaké nedostatky, které se hned dají řešit, takže samozřejmě každoročně aktualizujeme naše standardy to máme co nejlépe napasováno na tu naši službu. Asi to je pro mě nejdůležitější.“* Ředitelka domova B uvádí, že mají také vypracované standardy: *„No, tak on je ten standard každej v podstatě na nějakou oblast... my máme standardy velmi jednoduchý, jsou to většinou dvě tři stránky, maximálně, kde je popsán ten standard, co se k tomu v podstatě váže.“* Dále ještě uvádí, že se snaží vycházet z praxe: *„Ale my se snažíme s tím pracovat tak, že nevzniká papír, který se roubuje na*

praxi, ale nějak se vyvíjí praxe a ta se pak popíše do té vnitřní směrnice. Je to obtížný, zdouhavý, ale je to efektivní, protože když vám přijde inspekce kvality péče, tak ti lidi popíšou, co dělají, a vlastně řeknou, co je v té směrnici. Takže jsou s ní vlastně seznámení a znají to. Takže pro nás není těžké ty dokumenty naplňovat, protože my nejdřív tu změnu zapracujeme do té organizace a pak jí dáme na ten papír.” Ředitelka domova C pak uvádí, že standardy kvality také tvoří a za nejpodstatnější považuje, aby byly aktuální. Jako důležité i považuje náhled celého týmu: „samozřejmě je důležitý k tomu přizvat i tým a aby se tým k tomu mohl vyjádřit, aby to nebylo o jednom člověku, který to zpracovává někde od stolu, ale některé věci jsou samozřejmě náročné v tom smyslu, že si říkáme, že to není třeba až tak úplně důležité nebo že se to velmi těžko popisuje, velmi těžko se hledají slova k tomu konkrétnímu obsahu toho dokumentu, možná třeba taková ochrana práv obyvatel, je to velmi široké téma a velmi záleží na tom, jaký je zrovna ovzduší v tom domově jací jsou tady lidé, co už do personálu, tak co do obyvatel.” Také je vnímá jako užitečné pro nováčky, kteří se mohou lépe zapracovat a lépe nahlédnout do chodu organizace.

Všechny domovy nabízejí možnost pastorační péče. Do některých domovů duchovní dochází a v případě domova C nemusí duchovní docházet, protože u nich v domově přímo bydlí. Také se k němu mohou přidat i další: „a ostatní kněží, kteří jsou obyvatelé, tak mohou se připojit a mohou vlastně tu duchovní službu poskytovat.” Všechny domovy pak mají kapli nebo nějaké místo určené k bohoslužbě. Domov A: „Kapli tady zřízenou tady přímo nemáme v domově. Ty bohoslužby probíhají v obývacím pokoji na jednom patře, který je tomu ale tak uzpůsoben.” Domov B i C má kapli, kdy do domova C, mohou chodit na mše i ostatní. Domov B má dokonce možnost více bohoslužeb, tedy podle potřeby, zda se jedná o stoupence Husitské církve nebo katolické církve, popřípadě i jiné mohou na vyžádání docházet. Dle ředitelky je to v současné době pouze kněz katolické církve a farářka od husitské církve.

4.5.5 Komentář myšlenkové mapy č. 5

Myšlenková mapa č. 5 znázorňuje pohled z oblasti pečujících osob. Modrá barva ukazuje domov A, odpovědi z domova B mají barvu růžovou a barva zelená znázorňuje odpovědi z domova C. V každém domově žije alespoň jeden věřící z pečujícího personálu. V domově A jsou věřící všechny tři dotázané ženy z pečujícího personálu, tedy informantka 1 - aktivizační pracovnice, informantka 2 – pečovatelka i informantka 3 – zdravotní sestra. Tyto ženy uvedli, že jim jejich víra pomáhá v práci, protože mají pocit dohledu, útočiště a ochrany. Informantka 3 například uvádí: *„Protože pořád máme pocit, že někdo nad námi stojí, někdo na nás dohlíží a že snad bude líp, jednou až něco přijde. Určitě. takhle.“* V domově B je věřící v konkrétní pouze informant 6 – kněz. Ostatní jsou buď nevěřící nebo věří, že něco je, ale není to konkrétní víra. Pouze informant 6 uvedl, že mu víra v práci pomáhá, ostatní uvádí, že ne. V domově C jsou až na informantku 1 – zdravotní sestru věřící všichni. Informantka 2 – fyzioterapeutka věří *„v jakousi vyšší moc“* a o tom, že by ji tato vír nějak pomáhala v práci, se nezmiňuje. O víře s klienty hovoří pouze několik informantů z různých domovů. Ale i někteří z těch, kteří s nimi o víře nehovoří, uvedli, že by s tím neměli problém, ale pokud se sami klienti nezeptají, tak na to řeč nezavádí.

V domově A i B se personál zmínil o dříve vysloveném přání, v domově C ho nezmiňují. V domově A tato možnost zatím není a v domově B informant 4 - lékař uvádí: *„Na mě, jako na lékaře, se s tím nikdo neobrátil. Ale mám pocit, že někteří zdejší pacienti této možnosti využili.“*

Na smysluplnosti pastorální péče se shodují všichni dotázaní ve všech domovech. Například pečovatelky z jednotlivých domovů na to mají své názory. Informantka 2 z domova A uvedla: *„Já myslím, že jo, bo právě jsou někteří, kteří celý život nějak nelnuli k tomu, tak se při těch posledních okamžicích, někdy volají pomoc, že. Nechtějí zůstat úplně sami, a tak volají k bohu, i když v něho nevěří, já nevím. Myslím, že jo a když přijde právě taková osoba, která jim to nějak tak přiblíží víc, tak mají možnost i uvěřit v Pánaboha a můžou být spaseni ještě před smrtí. Já myslím, že je to, má to smysl. Určitě.“* Informantka 1 z domova B odpověděla: *„domnívám se, že je... je důležitá a když ty klienti jsou věřící nebo nejsou věřící tak ta služba je dobře přijímaná... hlavně ta péče je lidská a důstojná..vlastně jim pomáhá i s tou jejich nemocí... zmírňuje jim to tu nemoc... a myslím i bolest... s tím to hodně souvisí, ale i třeba smutek myslím si, že je to pro ně dobrý... je to smysluplný.“* Informantka 4 z

domova C pak pouze řekla: „*Je to součást křesťanského života.*”

Na otázku, zda je tato zkušenost nějak změnila informantky z domova A odpověděly, že změnu nepocítují. Informanti z domova B uvedli, že jim tato práce přinesla větší starostlivost a soucit. Informantka 5 z domova B ještě dodává: „*A vlastně když potom je možnost s nima mluvit trošku, jako dát jim ten čas, tak v podstatě oni vám otevřou celý svůj život, tím, že to s váma sdílejí. Tak samozřejmě to na vás nechá, nějaký to vliv má. A musíte zpracovat strašně moc osudů a vlastně vás to i učí, každý den mít ty hranice svoje. Protože v tomhle oboru se strašně rychle vyhoří.*” Informanti z domova C také pozorují změny a to především ve větší empatii, úctě ke stáří i soucitu. Informantka 2 z tohoto domova uvedla: „*Mám větší úctu ke starším lidem a získala jsem více trpělivosti a pochopení k ostatním.*” Informantka 3 dále uvádí: „*Já se domnívám, že mně velmi změnila, protože můj chabý pohled na potřebného člověka, který je v nějaké oblasti závislý na pomoci druhé osoby nebo na nějaké podpoře od druhých, tak byla pro mne takovou cizí oblastí a vidím, jak je potřeba abysme byli citlivý k těm, když někdo něco potřebuje, protože z přirozenosti v sobě máme vůbec to, že je nám někdy těžko si o něco poprosit, nebo být závislý na druhých.*”

4.5.6 Komentář myšlenkové mapy č. 6

Myšlenková mapa č. 6 ukazuje klienty jednotlivých domovů. Odpovědi od klientů z domova A jsou barvou růžovou, z domova B barvou zelenou a z domova C barvou žlutou. Z mapy je přehledně vidět, že bohoslužeb se účastní mimo klientky 2 z domova B všichni klienti. Klientka, která na bohoslužby nedochází, odpověděla: „*Chodějí za mnou... knězi já za nima nemůžu... dolů do kaple tak oni za mnou choděj...*“ V domově A i B pak i klienty, kteří se bohoslužeb účastní, duchovní navštěvuje. Na otázku, co klienty momentálně nejvíce trápí, odpověděli klienti z domova A a B, že zdravotní problémy. Klient 2 z domova A odpověděl ještě: „*Nejvíc mě trápí, že mi zemřela dcera ve 14 letech.. tak potom jsme zůstali sami s manželkou, pak mi zemřela manželka, ach.. a teď jsem 14 dní nee... roků... deset roků jsem bez manželky... a jsem po operaci páteře a mám prasklou kostrč... takže, mám bolesti, obrovské...*“ Klienti z domova C odpověděli, že je trápí smýšlení jiných lidí a klientka 2 ještě dodala: „*Starší lidé málo myslí na věčnost, už by se tím měli zabývat.*“

Osamocení občas vnímá klientka 2 z domova C, ostatní přímo osamocení neuvádí, někteří naopak zde našli nové přátele, se kterými mohou své starosti sdílet. Klientka 1 z domova B například uvádí: „*...no tak to tady mám tu kamarádku tu Vlastu no a teďka sedím s nějakou paní B. ta je tu krátce...*“ Klient 1 z domova C pak odpověděl, že si zde našel mnoho přátel. Možnost popovídat si s někým pak u některých zajišťuje i návštěva rodiny nebo pečující personál. Klientka 2 z domova B udává, že za ni dochází i dobrovolnice: „*Povídáme si... a teď mi čte knížku od Poláčka Bylo nás pět.*“ Také ještě uvádí, že za ni občas na návštěvu jezdí synovec.

Na otázku, co jim seniorský věk přinesl pozitivního nebo, na co se aktuálně nejvíce těší, odpovídali klienti různě. Klientka 2 z domova B odpověděla, že se těší na novou dobrovolnici, až přijde na návštěvu a klientka 1 z téhož domova na otázku, co jí přinesl věk pozitivního, odpověděla: „*Co mi přinesl... pokoru a poděkování Pánu Bohu že přitom že ten život je tak složitý že víte vždycky mě ta víra podržela vždycky no když mě muž odešel a tak...vždycky prostě víra mě drží...*“ Klientka 2 z domova C uvedla: „*přinesl mi hodně pozitivního. Protože se nyní mohu duchovně „vyžít“. Mám více času pro sebe, mohu hodně číst, chodit na mše svaté a tak podobně.*“

4.6 Shrnutí výsledků

Pro tuto práci byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

4.6.1 HVO 1 – Jaké odlišnosti v etickém přístupu existují k těžce nemocným a umírajícím klientům v jednotlivých zařízeních?

Významným východiskem pro fungování domova je rozpočet, který domov má. Domovy zřizované městem jsou podporované městskou částí, církevní domovy jsou vázány na financování od církve či soukromých darů. Rozpočty církevních zařízení tak v dnešní době mohou být nižší než *rozpočty městských částí*.

4.6.2 DVO 1 – Jaký vliv na etiku péče mají pečující profesionální pracovníci?

Pečující pracovníci osobně tvoří druhou rodinu klientů. Jsou to oni, s kým klient přichází denodenně do styku a kdo zná jejich radosti i starosti.

Pečující pracovníci zajišťují osobně vše, co klient potřebuje při svém pobytu v domově.

Dobrý osobní přístup pečujícího personálu je velmi důležitý. I v hůře vedené domově s nižším rozpočtem seniorovi pomůže, pokud bude pečující pracovník pozorný a vlídný. Osobní přístup pečovatelů má velký vliv na pohodlí i na psychický stav klientů, na to, jak se v domově cítí a jak svůj domov vnímají.

Je však třeba, aby ředitel pečovatelům vytvořil co nejlepší podmínky. Pokud však tento pracovník není motivován, pokud nemá rozumné podmínky k práci a je přetížen, dochází k maření jeho snahy.

Pokud ředitel pečovatele, např. fyzioterapeuta nezafinancuje, k příslušné péči vůbec nemusí dojít, například zlomená ruka nebude zrehabilitována, ať se pečující personál jinak snaží sebevíc.

4.6.3 DVO 2 – Jaký vliv na etiku péče má vedoucí domova seniorů?

Vedoucí má na etiku péče zásadní vliv.

Vedoucí tvoří podmínky pro práci pečovatelů, z pozice zaměstnavatele může hledat další motivaci pro pečující personál. Ředitelka domova B nabízí možnost dalšího vzdělávání. Ředitelé nasmlouvávají odborné pracovníky a hledají pro ně finance. Pokud ředitel nebude hledat možnosti financování fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta, budou tyto profese pro klienty zkrátka nedostupné. To on určuje kvalitativní standard domova. Přímo nechává vypracovat standardy péče, které etiku péče umožňují. Ředitelka

domova B dokonce svolává pracovní komisi, aby tyto standardy dále vyvíjela k lepšímu. Vedoucí sleduje, zda jsou dodržovány nebo nikoliv.

Vedoucí má jasně dané finanční limity, a je na něm, jestli se spokojí s tím, že něco není dokonalé, nebo může být šikovný a v rámci limitů hledat zlepšení. Pokud umí najít lepší motivaci, může najít i kvalitnější pečující personál.

Vedoucí se domlouvá se zdravotními pojišťovnami a hledá, nebo nehledá řešení tam, kde je třeba. Například tam, kde zdravotní pojišťovna odmítne uhradit práci fyzioterapeuta jako zdravotnického pracovníka, tam hledá finance z jiných zdrojů.

Ředitel domova určuje také standard vybavení, kterým domov disponuje. Některá zařízení dokonce půjčují klientům chodítka pro procházky ven, polohovací postele, vybavení na mytí nepohyblivých pacientů a jiná vybavení jsou nákladná, ale pokud je vedoucí domova dokáže zajistit, významně tím zpříjemní pobyt klientům.

Pokud v základních podmínkách, jaké jsou u nás standardem, nebude ředitel vyvíjet velkou snahu o zlepšení a zachová chod domova pouze ve standardních kolejích, etika péče je velmi ohrožen. Více klientů na pokojích, přetížený finančně nemotivovaný personál a nedostatečná zdravotní péče si vyžádají své.

4.6.4 DVO 3 – Jaký vliv na etiku péče má zřizovatel domova seniorů?

Zřizovatel v první řadě určuje finanční rámec, ve kterém se bude domov provozovat. Schválenými pravidly pro obsazování profesních funkcí také určuje jejich kvalitu. Zde je určen limit například pro vzdělání a praxi pečovatелů. Tím zřizovatel také omezuje skupinu, ze které může ředitel vybírat vhodné zaměstnance.

Zřizovatel může určit i jiná důležitá pravidla, například může omezit počet lůžek na pokojích, což má též velký význam pro kvalitu života klientů.

5 Diskuze

5.1 Současná situace v domovech

S kvalitnějším způsobem života a lepší zdravotní péčí naše populace stárne. Mezi rokem 2000 a 2018 se počet seniorů nad 65 let významně zvýšil. Tento trend je patrný v celé Evropě, viz. Obrazová příloha. č. 1. Z našich obyvatel je 8 procent obyvatel ve věku nad 70 let, viz. Obrazová příloha č. 2.

Se zvýšeným věkem přibývá lidem zdravotních potíží. Přibývá seniorů, kteří jsou zdravotně a sociálně neschopní žít samostatně a potřebují asistenci v každodenním životě. Oč vyšší je jejich věk, o to jsou starší i jejich děti, často také už v seniorském věku, které o ně pečují.

Před dvaceti lety do domova důchodců přicházeli lidé plně soběstační, často jen s drobnými zdravotními problémy. Noví klienti se těšili, že v domově budou moci užívat bližší dostupnosti lékařské péče, snadného stravování, a že kdyby se s nimi něco stalo, jsou přímo po ruce odborní pomocníci. Tito lidé dnes v domovech dožívají již s vážnějšími zdravotními potížemi, ale stále mnohdy patří mezi ty „zdravější a samostatnější“ klienty.

Nyní jsou do domovů přijímáni téměř výhradně lidé, kteří jsou již vážně nemocní, nebo po větším úrazu. Noví klienti jsou zpravidla nesamostatní, často s kombinovanými zdravotními obtížemi. Zpravidla jsou přijímáni právě podle vážnosti svého zdravotního stavu. Přednost mají ti méně samostatní. Vedoucí domova A se svěřuje: *„Ted'kon v domově pro seniory, protože jak jsem říkala o té potřebnosti péče, že takže ten kdo je nejpotřebnější k péči je samozřejmě vždycky ten horší stav i fyzicky i psychicky. Takže to je pravda, že se nám ty stavy klientů zhoršují, takže přibývá těch ležících, nekomunikujících.“*

Se zhoršujícím se zdravotním stavem se zvyšuje náročnost na péči v domovech. Na stejný počet klientů je nyní daleko více práce, než jak tomu bylo dříve.

Tento trend není dočasný. Předpokládá se, že seniorů ve vyšším věku bude přibývat i nadále, viz. obrazová příloha č. 3.

V domovech nastává situace, kdy starý způsob financování nefunguje pro novou zdravotní situaci klientů.

5.2 Způsob života v domově

V posledním desetiletí se rozvinula péče o denní program klientů. Domovy mohou nabízet ergoterapii, často do domovů docházejí dobrovolníci, kteří baví jednotlivé klienty, například jim čtou, v domovech probíhají kulturní programy.

Domovy mají často vybavení, které dříve nebylo, nebo ho nebylo tolik. Toto vybavení ulehčuje a umožňuje náročnou péči o nepohyblivé klienty. Také je mnoho pomůcek pro špatně chodící pacienty, často si je mohou vypůjčit i pro procházky mimo domov. Též polohovací postele mají významný vliv na pohodlí klientů. To potvrzuje i ředitelka domova B slovy: *„Daří se nám pořizovat všechny kompenzační pomůcky, který potřebujeme, takže i člověk, který na tu pomůcku nemá nárok ze zdravotního pojištění, nebo než se to vyřídí, tak máme dostatek pomůcek, abychom tomu člověku to poskytli z našeho majetku. Máme pomůcky, který pomáhají v péči, ať už jsou to zvedáky, sprchovací lůžka v takovém množství, že každý to obytné patro má svoje, takže se s tím jako vždycky to mají ty pracovníci v přímé péči po ruce.“*

Nabídka těchto možností závisí hlavně na osobnosti ředitele, kterého takové věci stojí čas a finance. Klientům to však pomáhá nalézt v domově přívětivé prostředí.

5.3 Domov

Aby byl domov domovem, je třeba mít svůj prostor a přátelské tváře kolem sebe.

5.3.1 Životní prostor klientů

Stavební možnosti starých domovů jsou často těžko měnitelné. Čtyřlůžkové pokoje jsou v naší zemi málo časté, ale třílůžkové pokoje nejsou výjimkou. Sama ředitelka domova B si stěžovala, že je jí líto, že není možné třílůžkové pokoje stavebně rozdělit na menší. Domov A má pokoje dvoulůžkové, ale vůbec nemá pokoje jednolůžkové. Klienti jsou tak odsouzeni sdílet svůj domov na doživotí s někým jiným, bez ohledu na to, zda to zvládají nebo ne.

5.3.2 Pracovníci přímé péče

Se zhoršujícím se zdravotním stavem se zvyšuje náročnost na péči v domovech. Na stejný počet klientů je nyní daleko více práce, než jak tomu bylo dříve. Navíc je třeba

jiný typ práce. Například řada klientů potřebuje pravidelnou péči fyzioterapeuta. Vedoucí domova A se svěřuje: „*Momentálně bojujeme s dlouhodobou nemocenskou třeba fyzioterapeutky, asi tři měsíce už tu není, bohužel a to nám docela chybí.*“ Je třeba častější péče zdravotních sester. Pečovatelé mají na starost více ležících klientů než dříve. Zároveň je větší část klientů ležících.

Pracovníci přímé péče tvoří nejbližší „rodinu“ klientů.

Nedostatek pečovatелů

V nejtěsnějším a nejčastějším kontaktu s klientem jsou pečovatелé. V rozpočtech domovů určených provozovateli, respektive možnostmi provozovatелů, na ně není dostatek financí. Pečovatelé jsou přetížení, v domově A mají na starosti 41 klientů. Je těžké je nějak motivovat, jak vědí ředitelé domovů. Vedoucí domova A si myslí: „Vzdělávání pracovníků v přímé péči, že tam by se to mohlo změnit, protože dneska ty kursy, jsou takové rychlokursy bych řekla, že tam by určitě stálo za to, zkvalitnit to vzdělávání.“ Pokud je pracovní místo limitováno tím, že bude obsazeno pracovníkem se základním vzděláním a dostane tomu odpovídající finanční ohodnocení, těžko se hledají zájemci o tuto profesi. Pokud se pracovní místo konečně obsadí, ředitelka domova B mluví o tom, že: „... *ten člověk má nějaký hranice, je pro něj obtížnější přijmout tu změnu, nevidí věci v souvislostech, je tam nějaká hranice toho, aby zavnímal třeba tu práci toho multidisciplinárního týmu*“ a jak je těžké motivovat zaměstnance za těchto podmínek. Sestry lze namotivovat vzděláváním a dalšími benefity, u pečovatелů je to těžké, často o takové věci nemají takový zájem. Dokonce se stává, že tato místa dlouhou dobu nejsou vůbec obsazena. Pro pečovatele je velkou výhodou, mají-li silnou víru v duchu křesťanských tradic. Takovým pečovatелům bude na klientech bude skutečně záležet a budou přispívat ke kvalitě jejich života.

5.3.3 Kontroverze financování zdravotní péče ohrožuje etiku péče

Problém bývá také se zajištěním pracovníků specializované zdravotní péče, například fyzioterapeutů či ergoterapeutů. Bohužel se stalo běžnou praxí, že zdravotní pojišťovny odmítají uzavřít smlouvu s domovem o poskytování fyzioterapeutické služby. Pojišťovny se odvolávají na to, že dle zákona o sociálních službách mají základní rehabilitační péči zajišťovat zdravotní a pečující pracovníci. Tito však nejsou školenými fyzioterapeuty.

Potom je jen na schopnostech ředitele, zda dokáže pojišťovnu přesvědčit, nebo zda dokáže najít finanční zdroje jinde. Když se to nepodaří zajistit jinak, dobrý ředitel alespoň osloví rodinu seniora, aby tuto péči zajistila na vlastní náklady. Někteří ředitelé domovů se brání pojišťovnám soudně. V horším případě senior prostě není rehabilitován, což je ten nejčastější scénář.

5.4 Financování jako hranice etického přístupu

Jak patrně, financování limituje komfort v jednotlivých domovech. Není dostatek pečujících pracovníků, jejich odbornost je zcela minimální. Nejsou peníze na fyzioterapeuty.

Tato situace má příčinu v našich zákonech.

5.4.1 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovna ze zákona platí lékařem předepsanou péči v zdravotnickém zařízení. V sociálním zařízení tuto povinnost zdravotní pojišťovny nemají. Je na vůli pojišťovny, zda podepíše s domovem smlouvu o poskytování péče v jednotlivých oborech, jako například fyzioterapie. Na vůli pojišťovny je, v jakém rozsahu tuto péči domovu proplácí. V praxi však nemocní klienti, kteří tuto léčbu potřebují, nejsou schopni se sami do zdravotnického zařízení kvůli takovým věcem dopravit. Do zdravotnického zařízení dojíždějí zpravidla v naprosto nezbytných případech, jako je úraz, vážné onemocnění nebo zásadní preventivní vyšetření.

Financování zdravotní léčby značně nemocných seniorů v domovech se tak přesouvá z ramen zdravotních pojišťoven na ramena samotných domovů.

5.4.2 Příspěvek na péči jako náhrada peněz zdravotních pojišťoven

Domovy jsou financovány z několika zdrojů. Jednak na ně přispívá zřizovatel, tedy městská část nebo církev. Mohou přijímat dary, ty zpravidla netvoří zásadní objem rozpočtu. Domovy dostávají též příspěvek na péči na těžce nemocné osoby. Člověk, který z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb, dostane na základě odborného posudku měsíční příspěvek na péči. U těžké závislosti je to 8 800 až 12 800 tisíc korun, pro ležící osoby je to 19 200,- Kč. Pokud je tento člověk v domově pro seniory, tento příspěvek dostává domov.

Tento příspěvek by měl sloužit na financování pečovatelské práce. Je to příspěvek ze sociálních financí státu a má sloužit k zabezpečení sociálního a osobního života klienta.

Bohužel v důsledku nedofinancování zdravotních potřeb klientů jsou tyto peníze často použity jako náhrada financí na nezbytnou léčbu.

5.5 Životní hodnoty přímo dotčené etikou péče

Nejprve pojmenuji hlavní životní hodnoty, která se ukazují etickým přístupem pečovatelů, vedení a zřizovatelů přímo dotčené. Tyto hodnoty určují kvalitu života klientů v domově. Řadím je podle důležitosti, jakou dle mého názoru v lidském životě mají.

5.5.1 Zmírnění fyzického utrpení

U seniorů ve vysokém věku je to v první řadě tláčení bolesti, která provází některé zdravotní problémy, dále léčení chronických zdravotních obtíží a léčení obtíží akutních.

Základní léčba probíhá dobře, výhodou je rychlá dostupnost lékařské péče pro klienty. Domov je velkým pomocníkem a zprostředkovatelem při řešení všech zdravotních problémů klienta.

Problém nastává u neproplácení zdravotních potřeb klientů zdravotními pojišťovnami, jako například práce fyzioterapeutů, které pojišťovny odmítají financovat.

5.5.2 Duševní trápení seniorů v domovech, se kterými se domovy potýkají

- nedostatek soukromí na vícelůžkových pokojích
- nekomfort bydlení způsobený přítomností spolubydlících

5.5.3 Duševní podpora klientů poskytovaná domovy

- možnost návštěvy pastora, která by doma byla hůře dostupná
- kulturní programy a návštěvy dobrovolníků
- ergoterapeuti případně další pečující profese
- možnost podání léků pro léčbu a podporu psychického stavu klienta

5.5.4 Zajištění základní péče

Zajištění základní hygienické péče a pomoc se základními potřebami, tj. Polohování, umytí, nasycení a dostatečně častá pomoc při pití, tedy vše, co je základem pohodlí nemocného klienta.

Jak jsem zmínila výše, tato péče je jako jedna z nejvíce postižena nedostatkem financí. Zde je skutečně zásadní, jak je posazena osobnost toho, kdo ji vykonává, zda je tato osoba věřící, či nikoliv. Také velmi záleží na řediteli zařízení, jak moc se mu daří zlepšit motivaci a podmínky pro tuto pracovní pozici.

5.5.5 Domov jako přátelské prostředí

Domov stojí na lidskosti, na přívětivém jednání, na soucitu a pochopení. I domov s malým rozpočtem bude milý, pokud se podaří do něj sehnat přívětivé zaměstnance.

Víra všech zúčastněných je tak zcela zásadní pro kvalitu domova.

6 Závěr

Žiji v České Republice a jsem hrdá, že jsem Češka. Vážím si naší kultury, jsou mi blízké křesťanské hodnoty obecně uznávané v naší zemi. Není mi jedno, jak žijí ostatní lidé v Čechách. Zajímalo mě, jak je to s péčí o ty nejslabší, o seniory, kteří se už často sami nejsou schopni dovolávat lepších podmínek. Jaká je etika péče o seniory v domovech? Žijí v přívětivém a laskavém prostředí? Jaký vliv má hodnotový systém, osobní víra pracovníků, na etiku péče?

Jaká je současná situace a jaký je výhled do příštích let?

Shledala jsem, že víra má naprosto zásadní vliv na etiku péče o seniory.

Etika přístupu ke klientům

Na můj dopis, kde jsem žádala ředitele, aby mi umožnili udělat v jejich domově pro seniory tento výzkum, z více než padesáti zařízení souhlasilo pět. To je určitá charakteristika, která mnou zkoumané domovy spojuje. Jejich ředitelé neměli obavy z toho, co se u nich dozvím. Zřejmě proto jsem se právě ve vybraných domovech setkala vesměs s lidmi, kteří o své profesi mluvili pěkně. Všichni informanti do jednoho se cítili jako věřící, ať už podle církve, nebo podle svého jedinečného vzoru. Vesměs se identifikovali se základními křesťanskými hodnotami. Zřejmě proto ze všech rozhovorů vyplývalo, že se jedná o osoby, které se snaží etiku péče udržet a pěstovat v daných mezích co nejlépe.

Práce pečujícího personálu, péče o velmi nemocné klienty, je psychicky i fyzicky náročná. Pečující personál sice má za úkol splňovat standardy domova, ale je na každém, zda skutečně své povinnosti splní. Na každém osobně je volba, jak bude ke klientům přistupovat. Zda bude přívětivým laskavým partnerem nemocným starým lidem, nebo zda jenom nerad odpracuje co musí, aby dostal výplatu.

Je volbou každého ředitele, zda si svou práci odbyde za málo času a bezstarostně, nebo zda bude znovu a znovu s osobním nasazením hledat cestu k zachování etiky ve složitých podmínkách.

Zřizovatel může založit domov s minimální péčí, nebo může být oporou řediteli, může být ochoten komunikovat o podmínkách a případně zapracovat potřebné úpravy do svých pravidel a předpisů.

Jak se liší etika v jednotlivých domovech

Hledala jsem míru etiky péče. Co je etické více, co méně. Z celého mého teoretického bádání i z rozhovorů mi vychází nejtrefnější zhodnocení JUDr. Eduarda Kaplana, které mi sdělil při konzultaci. Je to člověk, který zná problematiku etiky péče do hloubky, neboť přispíval k tvorbě Zákona o sociálních službách, pracoval jako ředitel několika domovů seniorů, a nyní v právních přích zastupuje domovy proti pojišťovnám. Na otázku jaká je v domovech etika odpověděl: „*Etika v tom buďto je, nebo není*“.

Dlužno dodat, že v dotazovaných domovech podle všeho etiku naplňují.

Víra jako základní motivace

Proč by měl někdo dbát etiky péče z vlastní vůle? Protože je k tomu motivován. Kde hledat motivaci k etice péče? Je třeba najít silnou motivaci, protože udržet etiku péče stojí velké úsilí, jedná se o činnost přirozenou, ale často tíživou. Proč se jeden člověk od nepaměti dokáže postarat o druhého? Protože je nám dána schopnost víry, je nám dáno svědomí a hluboká víra, že některé věci mají hluboký smysl. Pro věřícího člověka je důležité, že pomůže druhému, to, jaké jsou k tomu podmínky, je pro něj až na druhém místě.

Víra je proto naprosto základní hodnotou v péči o seniory. Člověk, který věří ve smysl péče o druhého tuto péči udělá co nejlépe a dokáže udržet etiku péče i za těžkých podmínek. Pokud má takový člověk dobré podmínky, péče o seniora bude ještě lepší.

Ohrožení etiky péče o seniory v budoucnu

S Ing. Průšou sdílím obavu o situaci v domovech v budoucnosti. Současný způsob financování ohrožuje etiku péče, ohrožuje chod domovů vůbec. Dokud budou zdravotní pojišťovny bojkotovat financování zdravotní péče domovům, situace se bude zhoršovat. Jak se zvětšuje podíl nemocných klientů, domovy budou z příspěvku na péči platit více zdravotní péče a na péči samotnou, která bude tímto také náročnější, jim zbyde ještě méně peněz. Etika péče v domovech tak bude stále více ohrožena a stále více bude záviset na víře jednotlivých osob.

7 Seznam použité literatury

1. ARISTOTELES, 2013. *Etika Nikomachova*. 4. vydání. Praha: Rezek. 304 s. ISBN 978-80-86207-35-3.
2. Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih): český ekumenický překlad. 17., (8. opr.) vyd. Přeložil Miloš BIČ, přeložil Josef Bohumil SOUČEK, přeložil Jindřich MÁNEK. Praha: Česká biblická společnost, 2009. ISBN 978-80-87287-24-8.
3. BYOCK, I., 2005. *Dobré umírání – možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad. 325 s. ISBN 80-7021-797-9.
4. DRÍMAL, L., 2002. *Katecheze jako výchova víry*. Olomouc: MCM. 43 s. ISBN 80-7266-122-1.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. ERIKSON, E. H., 2014. *Životní cyklus rozšířený a dokončený. Devět věků člověka*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0786-3.
7. FISHER, O., MILFAIT, R., 2008. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK. 223 s. ISBN 978-80-904137-3-3.
8. FOWLER, J. W., 1981. *Stages of Faith*. San Francisco: Harper-Row. ISBN 0-06-062840-5.
9. FOWLER, J. W., 2000. *Becoming Adult, Becoming Christian*. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN 0-7879-5134-X.
10. GRUSS, P. et al., 2009. *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. přepracované vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 368 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. vydání. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
13. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
14. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HERMAN, J. et al., 2008. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: T.I.G.E.R. 159 s. ISBN 57-860-08.
16. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
17. HOLMEROVÁ, I. et al., 2005. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
18. HORECKÝ, J., 2009. Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování. *FÓRUM sociální politiky*. 5, 102. ISSN 1802-5854.
19. CHLOUBOVÁ, H., 2005. *Změny potřeb ve stáří* [online]. Praha: Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf
20. CHODOUNSKÁ, H., 2017. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: <http://statistikaamy.cz/author/helena-chodounskaczso-cz/>.

21. CHOCHOLÁČ, A., 2016. *Zákon o církvích a náboženských společnostech*. Praha: Wolters Kluwer. 308 s. ISBN 978-80-7552-296-2.
22. JANEBOVÁ, R., 2014. *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus. 120 s. ISBN 978-80-7435-374-1.
23. JANEČKOVÁ, H., 2005. *Sociální práce se starými lidmi*. Praha: Portál. 163 s. ISBN 978-80-7367-002-X.
24. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010. *Reminiscence*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
25. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
26. JANOTOVÁ, H. et al., 2005. *Profesní etika*. Praha: Eurolex Bohemia. 96 s. ISBN 80-86861-42-2.
27. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
28. JELÍNKOVÁ, J. et al., 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
29. KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-4225-3.
30. KALVACH, Z., 2019. *Zdraví a nemoc*. Středokuky: Zdeněk Susa. 192 s. ISBN 978-80-88084-21-1.
31. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
32. KOŘENEK, J., 2004. *Lékařská etika*. 2. vydání. Praha: Triton. 93 s. ISBN 80-7254-538-8.
33. KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
34. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
35. KUČEROVÁ, Z., 2010. Úhrady zdravotní péče v ústavech sociálních služeb. *Florence*. 3(1), 40-38. ISSN 1211-3114.
36. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
37. LÄNGLE, S., SULZ, M., 2007. *Žít svůj vlastní život*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-220-1.
38. LEJSAL, M., PECHOVÁ, K., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 206 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
39. LUKASOVÁ, E., 2009. *Základy logoterapie*. Bratislava: Lúč. 276 s. ISBN 978-80-7114-704-6.
40. LUSKOVÁ, D., 2015. Etická komise v sociální službě. *Sociální služby*. 17(3), 37-36. ISSN 1803-7348.
41. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
42. MAREŠ, J., 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*. 65(2), 113-142 s. ISSN 0031-3815.
43. MATOUŠEK, O., 2003. *Rodina jako vztahová síť*. 3. vydání. Praha: Slon. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

44. MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
45. MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
46. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-1042-2.
47. NESVADBA, P., 2019. K filosofickým předpokladům profesní etiky. *Forum*. 3(2), 13-1. ISSN 1214-8725.
48. ONDOK, J., P., 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton. 216 s. ISBN 80-7254-486-1.
49. OPATRŇY, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. 175 s. ISBN 978-80-7465-269-1.
50. PETROVÁ KAFKOVÁ, M., 2014. *Šedivější hodnoty?* Brno: Masarykova univerzita. 182 s. ISBN 978-80-210-6310-5.
51. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
52. POPKIN, R., H., STROLL, A., 2005. *Filosofie pro každého*. 2. vydání. Praha: Ivo Železný. 407 s. ISBN 80-237-3942-5.
53. PRŮŠA, L., 2019. Kdo zabezpečí péči o naše seniory? *Demografie*. 61(1), 18-5. ISSN 0011-8265.
54. PŘÍKASKÝ, J., V., 2000. *Učebnice základů etiky*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 134 s. ISBN 80-7192-505-5.
55. PTÁČEK, P., BARTŮNĚK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
56. RAJANI, F., JAWAID, H., 2015. Theory of Gerotranscendence: An analysis. *Austin J Psychiatry Behav Sci*. 2(1), 1035. ISSN 2381-9006.
57. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3.
58. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 226 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
59. SIMARD, J., 2017. Help me, help me. *Ann Paliat. Med*. 6(4), 407-405, doi: 10.21037/apm.2017.06.01.
60. SLÁMA, O., 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a léčba*. 5(1), 12-10. ISSN 1337-6896.
61. SMĚKAL, V., 2004. *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister & Principal. 268 s. ISBN 80-86598-84-5.
62. SMITH, W., C., 1981. *Towards a World Theology*. Palgrave Macmillan UK. p. 206. ISBN 978-0-333-52272-1.
63. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
64. SVOBODOVÁ, K., 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9.
65. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
66. ŠIKLOVÁ, J., 2009. *Matky po e-mailu*. Praha: Kalich. 160 s. ISBN 978-80-7017-124-0.

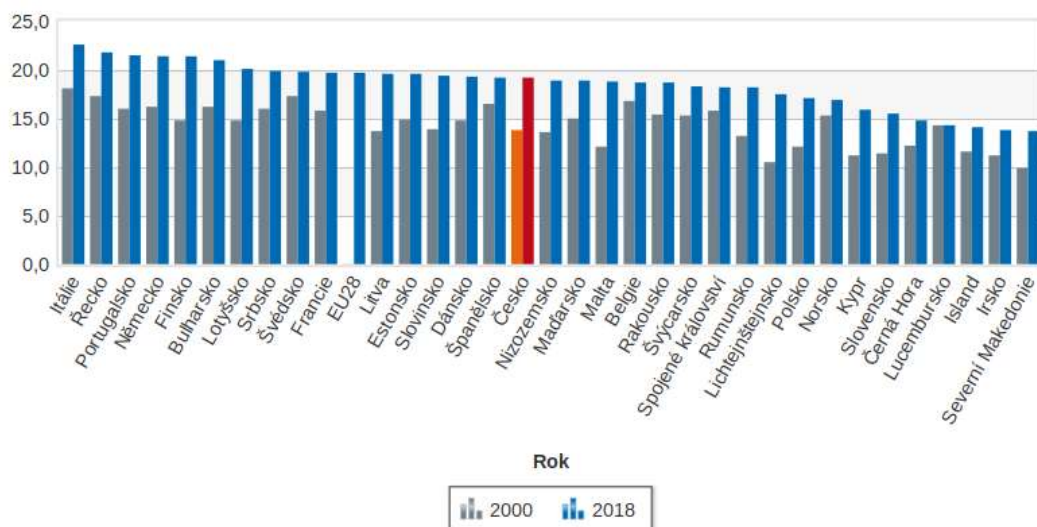
67. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V., 2003. *Filosofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada. 113 s. ISBN 80-247-0440-4.
68. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7013-234-5.
69. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
70. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
71. THOMPSON, M., 2004. *Přehled etiky*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 80-7178-806-6.
72. TORNSTAM, L., 2005. *Gerotranscendence*. Spring Publishing Co Inc. p. 224. ISBN 978-08-2613-134-8.
73. VÁCHA, M., 2011. *Modlitba argentinských nocí*. Brno: Cesta. 175 s. ISBN 978-80-7295-129-1.
74. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
75. VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L., 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce s sociálních věcí [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: http://www.vupsv.cz/Rabusic-seniori_a_soc_opat.pdf.
76. VODIČKA, G., 2010. V zařízeních sociální péče jsou zdravotníci nepostradatelní. *Florence*. 1(2), 4-3 s. ISSN 1801-8718.
77. VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L., 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 90 s. ISBN 80-239-4218-2.
78. VOJTÍŠEK, Z. et al., 2012. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0088-8.
79. WEBER, P. et al., 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
80. Vyhláška 505/2006 Sb. [online] [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <http://www.sbirka.cz/AKT-2004/04-505av.htm>
81. WINTR, J., 2015. *Principy českého ústavního práva*. 3. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk. 272 s. ISBN 978-80-7380-564-7.
82. WONG, P., T., P., 2012. *The Human Quest for Meaning*. 2nd ed. New York: Taylor&Francis Group, p. 681. ISBN 978-0-415-87677-3.
83. Zákon občanský zákoník 89/2012 Sb. [online] [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <http://www.sbirka.cz/2012/12-089.htm>
84. Zákon o církvích a náboženských společnostech 3/2002 Sb. [online] [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <http://www.sbirka.cz/2002/02-03.htm>
85. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. [online] [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <http://www.sbirka.cz/AKT-2004/04-108av.htm>
86. ZEDNÍČEK, M., 1994. *Kodex kanonického práva*. Praha: Zvon. 812 s. ISBN 80-7113-082-6.

8 Přílohy

8.1 Obrazové přílohy a tabulky

8.1.1 Obrazová příloha č.1 graf Navýšení seniorů v minulých letech

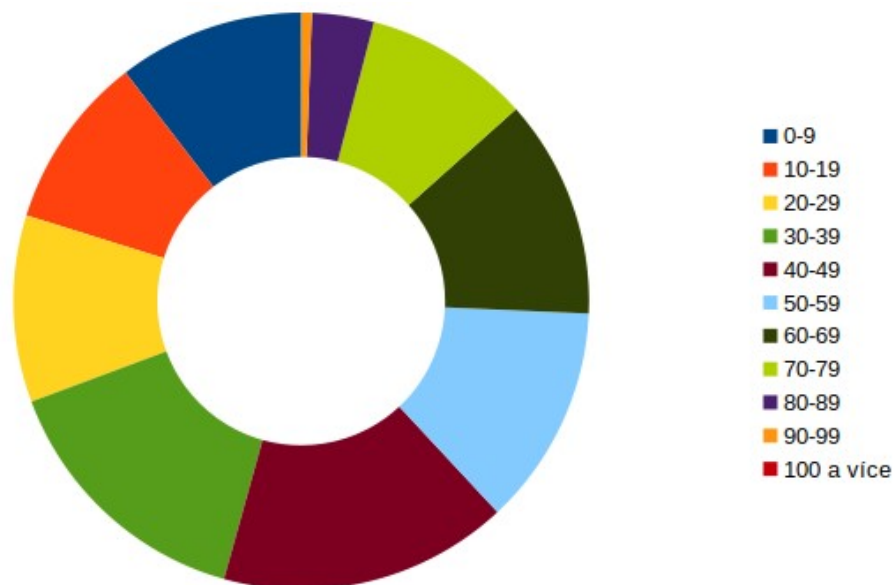
Graf znázorňuje procentuální zastoupení seniorů nad 65 let v letech 2000 a 2018. Je zde vidět nárůst procenta nejen v České republice, ale v celé Evropě. Tím je zřejmé, že se jedná o celkový Evropský trend, ne jen o nějaký ojedinělý případ.



Zdroj: graf je stažen z webových stránek ČSÚ, uveden zdroj EUROSTAT

8.1.2 Obrazová příloha č.2 Věkové rozložení obyvatel ČR

Graf a tabulka znázorňují věkové rozložení obyvatel ČR k datu 31.12.2019

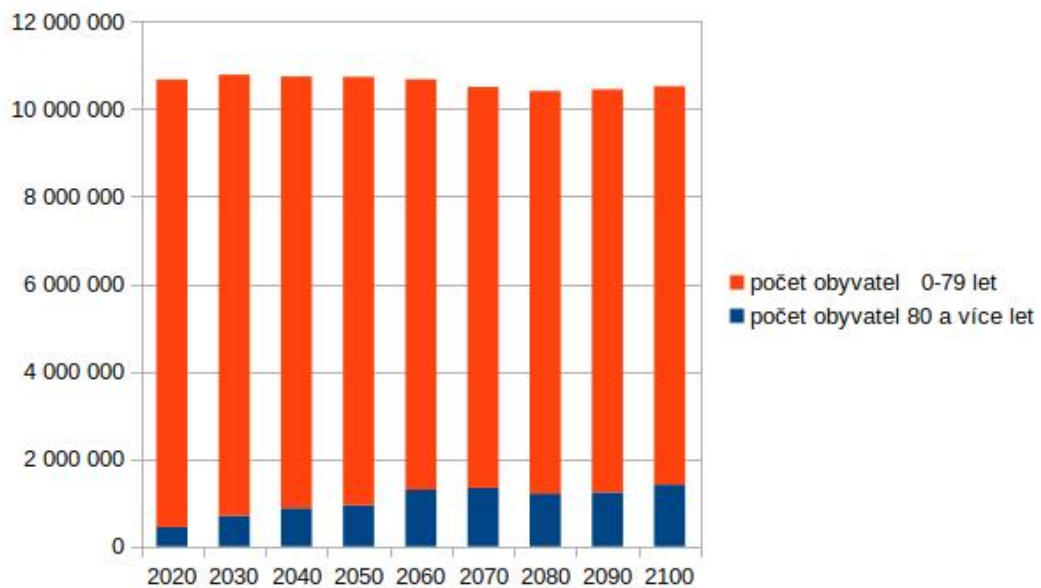


věk	počet obyvatel	muži	ženy
0-9	1 132 218	580 341	551 877
10-19	1 056 014	541 984	514 030
20-29	1 134 924	584 042	550 882
30-39	1 625 583	839 302	786 281
40-49	1 762 724	906 104	856 620
50-59	1 339 737	677 955	661 782
60-69	1 330 494	632 099	698 395
70-79	1 011 603	433 113	578 490
80-89	377 084	132 482	244 602
90-99	63 303	16 505	46 798
100 a více	713	198	515

Zdroj: vlastní zpracování na základě tabulky ČSÚ Počet obyvatel podle věku

8.1.3 Obrazová příloha č.3 Nárůst počtu seniorů do roku 2100

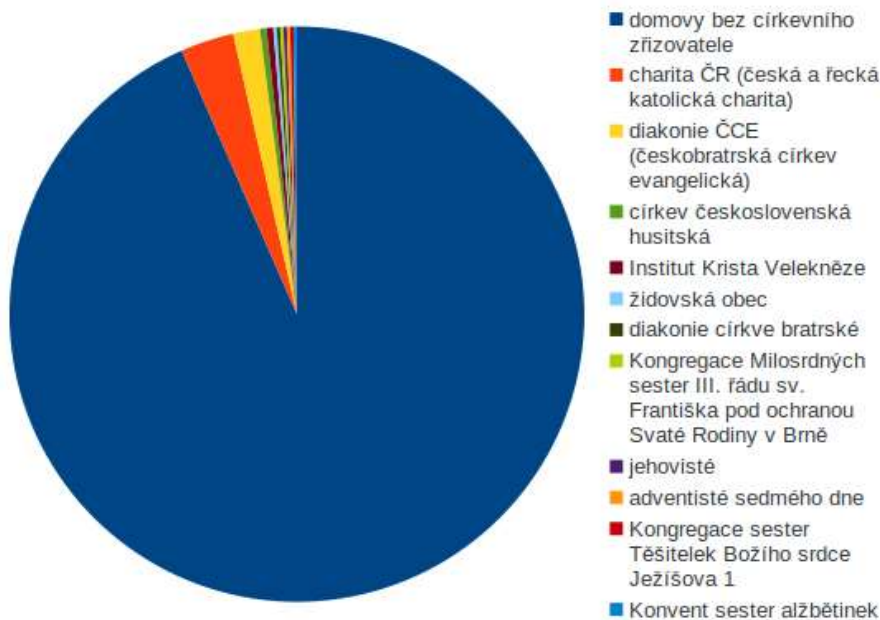
Graf znázorňuje výhled věkového rozložení obyvatel nad 80 let v naší populaci od roku 2020 do roku 2100. Je zde patrný nárůst počtu seniorů v budoucnu.



Zdroj: vlastní zpracování na základě tabulky ČSÚ Počet obyvatel podle věku k 1.1., střední varianta

8.1.4 Obrazová příloha č.4 Přehled registrovaných domovů pro seniory

V grafu a v tabulce je patrná proporce mezi domovy s církevním zřizovatelem a ostatními zřizovateli. Domovy s církevním zřizovatelem jsou dále rozděleny dle jednotlivých církví.

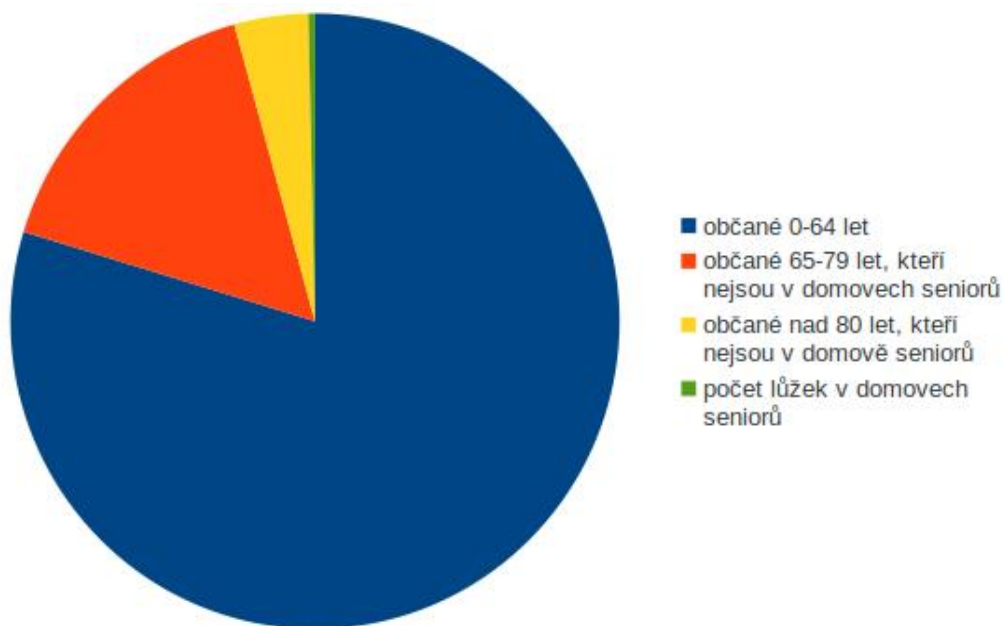


domovů celkem	533
domovy bez církevního zřizovatele	498
charita ČR (česká a řecká katolická charita)	16
diakonie ČCE (českobratrská církev evangelická)	8
církev československá husitská	2
Institut Krista Velekněze	2
Židovská obec	1
diakonie církve bratrské	1
Kongregace Milosrdných sester III. řádu sv. Františka pod ochranou Svaté Rodiny v Brně	1
jehovisté	1
adventisté sedmého dne	1
Kongregace sester Těšitelek Božího srdce Ježíšova	1
Konvent sester alžbětinek	1

Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů registru poskytovatelů sociálních služeb a údajů na webových stránkách zřizovatelů

8.1.5 Obrazová příloha č.5 Počet lůžek v domovech seniorů

Graf a tabulka znázorňují proporce seniorů, kteří bydlí v domovech seniorů proti ostatní populaci.



počet obyvatel ČR celkem	10 834 397
počet obyvatel nad 65 let	2 131 630
počet obyvatel nad 80 let	441 100
počet lůžek v domovech seniorů	35 596

Zdroj: vlastní zpracování na základě základě tabulky ČSÚ Počet obyvatel podle věku a článku Kdo zabezpečí péči o naše seniory, Ing. Jan Průša 2019, *Demografie*. 61(1), 18-5. ISSN 0011-8265.

8.2 Okruhy otázek k rozhovorům

8.2.1 Otázky pro ředitele zařízení

Kdo je Vaším zřizovatelem?

Máte nějaké zaměření, co se týká klientely (nemoc, zdravotní postižení, víra)?

Kolik máte stálých zaměstnanců?

V jakých profesích pracují?

Kolik zaměstnanců dochází?

V jakých profesích pracují?

Které profese u Vás tvoří multidisciplinární tým v péči o klienta?

Postrádáte nějaké profese? A proč?

Kolik máte bydlících klientů?

Kolik klientů pobírá příspěvek na péči?

Ve kterém stupni?

Mohou se klienti s omezenou pohyblivostí účastnit kulturního programu v domově?

Kolik zaměstnanců Vám chybí pro optimální provoz?

A jaké odborné profese?

Pokud chybí, proč jich tolik není (finance, předpisy)?

Jaká je u Vás čekací doba na přijetí?

Jak zjišťujete, zda jsou klienti spokojení?

Jaké jsou nejdůležitější připomínky klientů?

Jak zjišťujete, zda jsou zaměstnanci spokojení?

Jaké jsou nejdůležitější připomínky zaměstnanců?

Co se Vám v zařízení dle svého pohledu daří?

Co by se mělo zlepšit?

A co by ke zlepšení pomohlo (předpisy, finance..)?

Máte ve Vašem zařízení vypracovány standardy kvality sociálních služeb?

Co je podle Vás v tomto dokumentu nejdůležitější?

Je pro Vás těžké tento dokument naplňovat? Nebo některou jeho část?

Řídíte se ve Vašem zařízení ještě jinými standardy (kodexy apod.)?

Nabízíte ve Vašem zařízení pastorační služby?

Máte ve svém zařízení kapli?

Dochází do vašeho zařízení (kaplan, kněz, farář..)?

Jste věřící? Jakou zastáváte životní filosofii?

Bez ohledu na Váš vztah k víře, domníváte se, že je pastorační péče poskytovaná seniorům smysluplná?

Pokud by Vaše stáří bylo útrpné, využili byste službu poskytovanou formou pastorece?

Nalézáte nějakou souvislost mezi etikou a pastorační péčí?

Pokud ano, v čem cítíte jejich propojenost?

8.2.2 Otázky pro pečující personál

Jak jste se stal/a pečujícím o seniory?

Jak dlouho zde pracujete?

Myslíte, že vás tato zkušenost změnila?

Pokud ano, jak a v čem (priority, osobní hodnoty, vlastnosti, názory..)?

Máte svůj vzor (ideál)?

A proč právě tento?

Čeho si na svých klientech ceníte?

A co vás naopak na nich trápí?

Hodnotíte sám/u sebe jako seniora/seniorku?

Pokud ano, kdy a jak jste si uvědomil/a své stáří?

Máte obavy ze stáří?

Pokud ano, jaké to jsou (nesoběstačnost, bolesti, nemoci, samota..)?

Jakého věku byste se chtěl/a dožít?

Přemýšlel/a jste nad tím, co se ve vašem životě ve stáří spíše zhorší?

Přemýšlel/a jste nad tím, co se ve vašem životě ve stáří spíše zlepší?

Přál/a byste si, aby o vás ve stáří pečovala rodina (blízcí příbuzní)?

Přál/a byste si, aby o vás ve stáří pečovali profesionální pracovníci?

Kde by to mělo být (doma, u příbuzných, v pobytovém zařízení pro seniory..)?

Připravujete se na svoje stáří?

Jak by mělo vypadat vaše stáří?

Jak myslíte, že vnímá stáří a seniory společnost (občané, stát, média..)?

Měli by seniorům pomáhat?

Pokud ano, tak v čem a proč?

Jste věřící? Jakou zastáváte životní filosofii?

Jaká byla vaše cesta k víře?

Jste praktikující věřící?

Myslíte, že vám vaše víra pomáhá ve vaší práci?

V čem konkrétně?

Zajímáte se, zda jsou vaši klienti věřící?

Hovoříte se svými klienty o své víře?

Hovoříte se svými klienty o jejich víře?

Bez ohledu na Váš vztah k víře, domníváte se, že je pastorální péče (poskytována seniorům) smysluplná?

Pokud by bylo vaše stáří útrpné, využili byste službu poskytovanou formou pastorače?

Nalézáte nějakou souvislost mezi etikou a pastorální péčí?

Pokud ano, v čem cítíte jejich propojenost?

8.2.3 Otázky pro klienty domovů pro seniory

Co vám přinesl seniorský věk pozitivního?

Co vám naopak seniorský věk přinesl negativního?

Existují témata, která vás více zajímají a přemýšlíte o nich více než v dřívějším životě (smysl života, posmrtný život, Bůh..)?

Máte si o nich s kým popovídat?

Cítíte se někdy osamocená/ý?

Našla/našel jste si tu přátele?

Kdyby vám někdo nabídl, že vám splní jedno přání, co byste si přál/přála?

Co vám dělá v současnosti největší radost?

Co vás naopak trápí?

Co vám v takových chvílích pomáhá?

Máte někoho, komu se můžete svěřit (postěžovat si)?

Jste věřící?

Pokud ano, jste praktikující věřící?

Chodí za vámi duchovní?

Máte možnost se účastnit bohoslužby?

Máte možnost se s někým pomodlit?

Máte tu své oblíbené místo, kam rád chodíte?

Od kolika let považujete člověka za seniora?

Myslíte si, že se v něčem současná generace seniorů liší od předchozí generace seniorů?

Jakou roli si myslíte, že má generace seniorů v dnešní společnosti?

Domníváte se, že současná česká společnost si je vědoma hodnoty stáří pro člověka a seniorů pro společnost?

9 Seznam zkratk

HVO - hlavní výzkumné otázky

DVO - další výzkumné otázky

ČSÚ – Český statistický úřad