

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyriľometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

**Bc. Emilie Kalová**

*Spirituální distres uživatelů vybraných  
domovů pro seniory*

Diplomová práce

Vedoucí práce: ThLic. Jakub Doležel, Th.D.

**2015**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Emilie Kalová .....

Poděkování:

Děkuji vedoucímu mé práce ThLic. Jakubu Doleželovi, Th.D. za trpělivé vedení a cenné rady, které mi poskytl při zpracování této diplomové práce.

## ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na téma spirituálního distresu seniorů v domovech pro seniory. Spirituální distres vzniká při nenaplnění duchovních potřeb a může mít za následek řadu nepříjemných psychických i fyzických problémů. Teoretická část práce problém spirituálního distresu seniorů v domovech pro seniory popisuje a zasazuje do širších souvislostí. Praktická část se kvantitativním výzkumným šetřením pomocí dotazníku SDAT snaží odpovědět na otázky, zda se spirituální distres vyskytuje u nadpoloviční většiny seniorů v domovech pro seniory a zda se podíl seniorů se spirituálním distresem mění v závislosti na typu zřizovatele a účasti seniorů na duchovních aktivitách. Výzkum probíhá ve čtyřech domovech pro seniory s různým zřizovatelem. Ze zjištěných poznatků vyplynulo, že známkami spirituálního distresu různé intenzity trpí 82 ze 109 seniorů, tedy 75,2% respondentů. Bylo zjištěno, že v církevním zařízení a u seniorů, kteří navštěvují duchovní aktivity, se vyskytuje méně spirituálního distresu.

Klíčová slova: domov pro seniory, senior, spirituální potřeby, spirituální distres

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on the theme of spiritual distress of elderly people in retirement homes. Spiritual distress resulting from the failure to fulfill the spiritual needs and can result in a number of unpleasant psychological and physical problems. The problem's theoretical part of spiritual distress seniors' spiritual distress in homes for the elderly people describes and illustrates in a broader context. The practical part tries to answer, using quantitative research survey by questionnaire SDAT, the question whether the spiritual distress occurs in the absolute majority of seniors in homes for the elderly, and if the proportion of seniors with spiritual distress varies depending on a type of founder and seniors' participating in spiritual activities. The research is taking place in four homes for the elderly with different founders. The survey showed that 82 of 109 seniors, i.e. 75.2% of respondents, suffer from some features of spiritual distress of varying intensity. It was found out that there is occurring less spiritual distress in religious organizations and among the seniors who attend spiritual activities.

Keywords: Home for the elderly, senior, spiritual needs, spiritual distress

# OBSAH

1	ÚVOD .....	8
2	TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....	10
2.1	Sociální služby v ČR .....	10
2.1.1	Legislativa sociálních služeb v ČR .....	10
2.1.2	Druhologie sociálních služeb .....	12
2.1.3	Poskytovatelé sociálních služeb .....	13
2.1.3.1	Církevní sociální zařízení .....	13
2.1.3.2	Organizace zřizované státem .....	14
2.1.3.3	Soukromá sociální zařízení .....	15
2.2	Specifika domovů pro seniory .....	15
2.2.1	Úloha pracovníků v přímé péči .....	16
2.2.2	Aktivizace v domovech pro seniory .....	18
2.2.3	Pastorační péče v domovech pro seniory .....	19
2.2.4	Úloha rodin uživatelů domovů pro seniory .....	21
2.3	Charakteristika stáří .....	22
2.3.1	Stáří jako společenský fenomén .....	23
2.3.2	Gerontologie a geriatrie .....	24
2.3.3	Fyziologické změny ve stáří .....	25
2.3.3.1	Fyzické změny ve stáří .....	25
2.3.3.2	Psychické změny ve stáří .....	26
2.3.4	Změny v sociálním postavení ve stáří .....	27
2.3.5	Specifické potřeby ve stáří .....	28
2.4	Spiritualita, náboženství, víra .....	29
2.4.1	Spirituální dimenze člověka .....	31
2.4.2	Spiritualita seniorů .....	32
2.4.3	Zhoršená religiozita jako doména NANDA .....	35
2.4.4	Spirituální distres seniorů .....	37
2.5	Výsledky dosavadního bádání .....	38
3	EMPIRICKÁ ČÁST .....	41
3.1	Etika výzkumu .....	41
3.2	Typ výzkumu .....	43
3.3	Cíle výzkumu, výzkumné otázky .....	43

3.4	Formulace a operacionalizace hypotéz.....	44
3.5	Popis použitých metod.....	46
3.5.1	Dotazník SDAT.....	46
3.6	Předvýzkum.....	48
3.7	Popis výzkumného souboru.....	49
3.7.1	Představení zařízení, v nichž výzkum probíhal.....	49
3.8	Způsob zpracování dat.....	53
3.9	Výsledky výzkumu jejich analýza.....	54
3.9.1	Četnost výskytu zjištěných znaků ve zkoumaném souboru.....	54
3.9.2	Výskyt nenaplněných duchovních potřeb (spirituálního distresu) uživatelů domovů pro seniory v závislosti na proměnných.....	61
3.9.2.1	Účast na duchovním programu a naplnění jednotlivých duchovních potřeb respondentů.....	61
3.9.2.2	Zřizovatel zařízení a naplnění jednotlivých duchovních potřeb respondentů	67
3.10	Potvrzení či vyvrácení hypotéz.....	72
4	DISKUSE.....	75
4.1	Zodpovězení výzkumných otázek.....	75
4.2	Diskuse nad výsledky, jejich konfrontace se závěry jiných studií.....	75
4.3	Úvahy nad limity proběhlého výzkumu.....	76
4.4	Aplikace závěrů v praxi.....	77
4.5	Náměty pro další bádání.....	78
5	ZÁVĚR.....	79
6	Zdroje.....	81

# 1 ÚVOD

O seniory v pobytových zařízeních pečuji celý svůj profesní život. Z pozice všeobecné sestry v sociálních službách jsem se přes různé vedoucí pozice vypracovala do role ředitelky Městského centra komplexní péče. Mám možnost porovnat péči o seniory v domovech pro seniory s různým zřizovatelem a mám zkušenost, že jednotlivá zařízení nahlíží rozličně na duchovní potřeby svých uživatelů. V každé organizaci poskytující sociální služby vládne trochu jiná atmosféra a kultura organizace, otázce duchovních potřeb uživatelů je věnována větší či menší pozornost. Svou diplomovou prací bych ráda podpořila zájem o duchovní potřeby seniorů v pobytových sociálních zařízeních, upozornila na rizika výskytu spirituálního distresu u jejich uživatelů a chtěla bych vyjádřit podporu skutečnému každodennímu vnímání uživatelů sociálních služeb jako bytostí bio-psycho-sociálně-spirituálních a podporu duchovním aktivitám v těchto zařízeních.

Hlavním tématem mé diplomové práce je spirituální distres u seniorů - uživatelů domovů pro seniory. Téma je zasazeno do kontextu současného systému sociálních služeb, jejich legislativy, struktury a různých typů poskytovatelů sociálních služeb v ČR i určité etapy života člověka a jeho spirituality. V hojně míře tak budu moci využít teoretických poznatků ze zmíněných okruhů, kterých se mi při studiu na CMTF dostalo. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Cílem teoretické části práce je vystihnout téma spirituálního distresu uživatelů domovů pro seniory v širším kontextu. První část se věnuje legislativě, druhologii a různým typům poskytovatelů sociálních služeb. Na ni navazují kapitoly, které blíže popisují výzkumný terén – specifika domovů pro seniory, zabývají se úlohou pracovníků v přímé péči a rodinných příslušníků uživatelů, aktivizací a pastorační péčí v domovech pro seniory. Třetí oddíl teoretické části je věnován charakteristice stáří, zasazuje téma stáří do společnosti, zabývá se stářím jako společenským fenoménem, ale i fyziologickými změnami v životě seniorů a změnami v jejich sociálním postavení, stejně jako specifickými potřebami seniorů. Další kapitoly teoretické části práce jsou pak již věnovány poznatkům o úloze spirituality, náboženství a víry v životě člověka. Je zde také zařazena kapitola, věnující se spirituálnímu distresu jako ošetřovatelské diagnóze, neboť ošetřovatelství vnímám jako obor, ze kterého sociální práce může v mnohém čerpat, a minulosti také čerpala, inspiraci. Poslední kapitola



teoretické části práce shrnuje výsledky dosavadního bádání v oblasti nenaplněných duchovních potřeb seniorů v pobytových zařízeních.

Úkolem empirické části je výzkumným šetřením ověřit poznatky z teoretické části práce a ověřit formulované hypotézy u respondentů čtyř domovů pro seniory s různým zřizovatelem. Zjistit, zda se spirituální distres u uživatelů domovů pro seniory vyskytuje a nakolik souvisí s faktory, jakými jsou účast na duchovních programech a typ zařízení z hlediska zřizovatele. Snaží se odpovědět na otázky, zda podíl seniorů, kteří vykazují známky spirituálního distresu je menší u těch, kteří se zúčastňují duchovních programů v zařízení a u těch, kteří jsou uživateli církevního domova pro seniory. V závěrečné diskusi se pak zamýšlím nad výsledky empirické části práce, konfrontuji je s výsledky jiných studií, formuluji limity proběhlého výzkumu, uvažuji nad závěry pro praxi a navrhuji náměty pro další bádání.

## **2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA**

V teoretické části své práce se pokusím shrnout získané poznatky a zkušenosti ze tří základních oblastí, kterým se budu věnovat v praktické části. Jedná se o sociální službu domov pro seniory, zakotvenou do současné legislativy, charakteristiku stáří a oblast spirituality, náboženství a víry v životě člověka.

### **2.1 Sociální služby v ČR**

Sociální služby v České republice prodělaly v posledních desetiletích řadu podstatných změn. Do principů poskytování sociálních služeb se po roce 1989 začaly promítat moderní strategie, které byly ve vyspělých zemích známy a uplatňovány již dříve. Do praxe se dostává holistický pohled na každého uživatele sociálních služeb - ať již více či méně závislého na pomoci personálu, ideálem se stává nabídka saturace všech bio-psycho-spirituálně-sociálních potřeb dle jejich naléhavosti. I když panuje shoda v názoru, že všechny uvedené potřeby mají být naplňovány, faktem zůstává, že jsou fyziologické potřeby nejen prioritní, ale nezřídka jediné, které jsou saturovány (Haškovcová 2010, s. 253).

Pojmem „sociální“ můžeme označovat vše, co se týká podmínek života lidí, vztahů mezi jednotlivcem a skupinou a vztahů mezi lidmi vůbec. Jedná se o termín poněkud neurčitý, užívaný v mnoha různých významech. Subsystémem společenského systému je sociální sféra, kterou lze charakterizovat jako sféru jevů a procesů ovlivňujících bezprostředně postavení člověka ve společenské struktuře a jeho životní šance (Knausová 2005, s. 10 - 11). Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb, což jsou služby poskytované v zájmu veřejnosti. Na rozdíl od služeb komerčních bývají financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji upravovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí (Matoušek a kol. 2007, s. 12).

#### **2.1.1 Legislativa sociálních služeb v ČR**

Naše právní předpisy označují jako sociální služby ty činnosti, kdy někdo pro někoho něco činí, nikoli i regulaci a dávky, jako je tomu v anglosaském pojetí (Matoušek a kol. 2012, s. 178). Mezi současné závazné dokumenty, které fungování sociálních služeb v ČR upravují,

patří zejména Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1. 1. 2007 a jeho prováděcí předpis Vyhláška 505/2006 sb. spolu s přílohou definující patnáct závazných standardů kvality v sociálních službách. Zákon o sociálních službách nahradil v té době již značně zastaralý Zákon o sociálním zabezpečení z roku 1956. Cesta ke vzniku nových právních předpisů pro sociální oblast po roce 1989 nebyla jednoduchá a pracovalo se na nich téměř sedm let. Počátek sociální reformy je spojován s přijetím scénáře sociální reformy, který byl vypracovaný a vyhlášený vládou ČSFR již v roce 1990 (Krebs, 2007, s. 96). Významným dokumentem z doby, kdy Zákon o sociálních službách vznikal, je Bílá kniha v sociálních službách z roku 2002, ta je dodnes ke zhlédnutí na stránkách MPSV. Tento dokument má charakter doporučení a shrnuje mimo jiné i těchto sedm vůdčích principů, které mají tvořit základ všech moderních sociálních služeb:

1. Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb - nikoli závislost
2. Začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení
3. Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem
4. Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
5. Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
6. Rovnost bez diskriminace
7. Standardy národní, rozhodování v místě (MPSV 2003, s. 6).

Zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti poskytování sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách (Zákon o sociálních službách, §1, odstavec 1). Paragraf 49, odstavec 2 Zákona o sociálních službách pak vyjmenovává osm konkrétních základních činností, které služba Domov pro seniory má obsahovat – jedná se o poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání 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. Zásadní změnou, kterou Zákon o sociálních službách přinesl, je registrační povinnost pro poskytovatele sociálních služeb. Zavedení registru poskytovatelů sociálních služeb je základním předpokladem k získání přehledu o rozsahu a charakteru sítě

sociálních služeb. Pro poskytovatele je zařazení do registru podmínkou k poskytování sociálních služeb a jedním z předpokladů pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů. Oprávnění k poskytování služeb vydává (a registr poskytovatelů vede) každý krajský úřad. Pro získání oprávnění je třeba splnit následující podmínky: a) písemná žádost, b) bezúhonnost a odborná způsobilost poskytovatele, c) bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob přímo poskytujících sociální služby, d) zajištění hygienických podmínek pro poskytování služeb, e) vlastnické nebo užívací právo k objektu nebo prostorám, kde budou služby poskytovány, f) zajištění materiálních a technických podmínek pro řádné poskytování služby.

### **2.1.2 Druhologie sociálních služeb**

Druhy a formy současných sociálních služeb v ČR definují § 32 -36 Zákona o sociálních službách. Sociální služby zahrnují

- a) Sociální poradenství
- b) Služby sociální péče
- c) Služby sociální prevence

Sociální služby ČR se dle formy poskytování dále dělí na služby pobytové, ambulantní a terénní. V současné době existuje 33 druhů sociálních služeb – azylové domy, centra denních služeb, chráněné bydlení, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zvláštním režimem, domy na půl cesty, intervenční centra, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, raná péče, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, telefonická krizová pomoc, terapeutické komunity, terénní programy, tísňová péče, tlumočnické služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a týdenní stacionáře. Skupina externích expertů a pracovníci Oddělení koncepce sociálních služebna MPSV však nyní intenzivně pracují na zpřehlednění systému zajištění sociálních služeb, odstranění duplicit v systému zajištění sociálních služeb, zvýšení spolupráce veřejné správy a neziskového sektoru a posílení meziresortní spolupráce včetně sociálního bydlení, přičemž realizace

plánovaných priorit by měla přispět k postupnému snížení administrativní zátěže poskytovatelů sociálních služeb, která je v současné době značná. V této souvislosti je připravována velká novela Zákona o sociálních službách.

### **2.1.3 Poskytovatelé sociálních služeb**

Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby v resortním pojetí mohou být v ČR obce, kraje a MPSV. Obce, kraje i MPSV mohou zřizovat sociální služby jako vlastní organizační složky, nebo jako příspěvkové organizace. Zřizovatelem a poskytovatelem sociálních služeb mohou být v i nestátní neziskové organizace, církve a soukromé firmy (Matoušek a kol. 2007, s. 12).

#### **2.1.3.1 Církevní sociální zařízení**

Křesťanské církve mají v oblasti poskytování sociálních služeb dlouhou tradici. Od počátku 4 století, kdy se křesťanství stalo státním náboženstvím v Římě, spočívala v Evropě dobročinnost na křesťanství a křesťanské církvi. Až na sklonku 18 století odpovědnost za péči o handicapované postupně přebíraly orgány státu, ty ji za určitých okolností mohly delegovat na církevní zařízení (Bednář, 2012, s. 7).

V roce 1928 vzniklo Říšské ústředí Svazů katolických charit v zemi moravsko-slezské. Po komunistickém převratu se však stala sociální práce realizovaná charitními organizacemi nežádoucí disciplínou (Bednář, 2012, s. 7). Po nástupu KSČ k moci ztratila katolická Charita postupně možnost působit v sociální oblasti. Od 1. ledna 1960 pak všechny jí provozované ústavy přešly do správy státu. Svou činnost obnovovala Charita, největší nezisková organizace poskytující sociální služby v ČR, postupně až po převratu v roce 1989, v roce 1993 pak byly úředně chváleny stanovy České katolické charity, která sdružuje jednotlivé arcidiecézní charity. Charita Česká republika je právnickou osobou, součástí římskokatolické církve registrované v České republice podle zákona č. 3/2002 Sb. O svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností. Jejím zřizovatelem je Česká biskupská konference (Charita Česká republika, 2015).

Duhou největší neziskovou církevní organizací poskytující sociální služby je Diakonie Českobratrské církve evangelické. „Termín diakonia se stal v evropském prostředí

protestantských a reformovaných církví značkou, označující tutéž empirickou realitu, jako v katolickém prostředí označuje caritas/charita.“ (Doležel, 2012, s. 40) Diakonie byla založena, respektive znovuoobnovena 1. června 1989 jako zvláštní zařízení církevní služby Českobratrské církve evangelické. Navázala na činnost České Diakonie (celým názvem: Česká Diakonie, spolek evangelický pro ošetřování nemocných a chudých), která vznikla v roce 1903 a působila až do roku 1952. Tehdy totalitní státní moc v naší zemi všechny spolky zrušila a církve již dále nesměla organizovat veřejnou sociální službu. Stále zde však existovala určitá forma sociální práce alespoň uvnitř sborů ČCE v podobě tzv. křesťanské služby (Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2015).

Dle současné legislativy podává návrh na evidenci svého orgánu registrovaná církev a náboženská společnost do 10 dnů ode dne založení církevní právnické osoby. Ministerstvo kultury provede do 5 pracovních dnů ode dne doručení návrhu evidenci církevní právnické osoby zápisem do Rejstříku církevních právnických osob, který vede. Evidence církevní právnické osoby se provede ke dni jejího založení v církvi. Subjektem, který tedy církevní právnickou osobu zakládá, je sama církev, stát ji prostřednictvím Ministerstva kultury eviduje.

### **2.1.3.2 Organizace zřizované státem**

Úloha státu v roli poskytování sociálních služeb je nezastupitelná. Po roce 2002 staly kraje zřizovateli většiny zařízení sociální péče, které do té doby zřizovaly okresy. Forma organizační složky bez právní subjektivity, ať už kraje či obce, se využívá spíše v případech, kdy jde o službu nenáročnou na personál, prostory a techniku – příkladem může být terénní pečovatelská služba. Pro poskytování sociální služby ve zmíněných ohledech náročnější, tedy pobytové, je vhodnější forma samostatné příspěvkové organizace. Také MPSV může zřizovat zařízení sociální péče, v současnosti je zřizovatelem specializovaných ústavů s celostátní působností. (Matoušek a kol. 2007, s. 12) Krajské úřady či obce v současné době zřizují 74% registrovaných domovů pro seniory, Nestátní neziskové organizace zřizují 21% domovů pro seniory a zbylých 5% připadá na církve a soukromé firmy (Matoušek a kol. 2013, s. 434).

### **2.1.3.3 Soukromá sociální zařízení**

Soukromá zařízení poskytující sociální služby jsou v našich podmínkách nejčastěji vedeny jako neziskové organizace. Neziskové organizace jsou charakterizovány jako takové organizace, které nevytvářejí zisk k přerozdělení mezi své vlastníky, správce nebo zakladatele. Zisk sice mohou vytvořit, ale musí ho zase vložit zpět do rozvoje organizace a plnění jejího poslání. Od ledna 2014 vstoupila v platnost velká rekodifikace soukromého práva, jejíž součástí je i nový Občanský zákoník a Zákon o obchodních korporacích nahrazující dosavadní Obchodní zákoník. Změny, které tato rekodifikace přinesla, se dotýkají i neziskových organizací. Z občanských sdružení se staly spolky, byla zavedena nová právní forma - ústav, kterou zavádí nový Občanský zákoník a označuje právnické osoby ustavené za účelem provozování určité společensky prospěšné činnosti. Zákon 248/1995 Sb. o obecně prospěšných společnostech byl od 1. ledna 2014 zrušen, nahradila jej nová úprava ústavů obsažená v novém Občanském zákoníku. Stávající obecně prospěšné společnosti se však transformovat nemusí a mohou i nadále fungovat podle zmíněného zrušeného zákona, není však už možné zakládat nové. Aktuálně existují tedy v České republice následující typy neziskových organizací: spolky, obecně prospěšné společnosti, ústavy, nadace, nadační fondy, evidované právnické osoby (neziskovky.cz, 2015).

Samostatnou kapitolu by zasloužily neregistrované sociální služby, které některé ze soukromých zařízení nabízejí a v současné době v ČR dochází k rozšiřování těchto služeb. Tyto služby často nedostatečně chrání práva svých uživatelů, dokonce je i porušují. Staří lidé tak žijí v některých pobytových zařízeních v nedůstojných podmínkách a jen obtížně se tomu brání. Do neregistrovaných zařízení přicházejí převážně lidé hospitalizovaní dosud ve zdravotnickém zařízení často proto, že jiný typ péče pro ně není dostupný. Problém neregistrovaných sociálních služeb ukazuje nedostatky systému, které je třeba napravit (Kaplanová 2014, s. 5).

## **2.2 Specifika domovů pro seniory**

Výzkumným terénem výzkumné části práce bude prostředí domovů pro seniory, které jsou zřizovány různými subjekty. Domov pro seniory je pobytovou sociální službou pro seniory a poskytuje služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon 108/2006 sb. § 49).

Dlouhodobě se 3 – 4 % seniorů starších 70 let stává klienty domovů pro seniory. Optický dojem, že se jedná o mnohem více osob, vytváří mezi jinými zejména medializace domovů pro seniory a fakt, že těm, kteří jsou v péči rodin, se nevěnuje téměř žádná pozornost (Haškovcová, 2010, s. 236). Charakteristický ústavní typ domovů důchodců, který byl znám před rokem 1989 je dnes již naštěstí minulostí. Současné domovy pro seniory se snaží být co nejvíce vstřícné svým uživatelům, bývají pěkně vybaveny, vícelůžkové pokoje jsou zredukovány a obecně se dá říci, že se snaží co nejvíce být svým uživatelům skutečným domovem.

### **2.2.1 Úloha pracovníků v přímé péči**

Přímou obslužnou péči uživatelů domovů pro seniory zajišťují pracovníci sociálních služeb. V domovech pro seniory se neosvědčil a nedoporučuje režim převzatý z lůžkových zdravotnických zařízení, zejména pro svou direktivnost. Činnost pracovníků v sociálních službách má odrážet respekt k individualitě každého uživatele a nabízet pomoc k jeho uschopnění (pomoc ke svépomoci). Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. K odborné způsobilosti je zapotřebí základní vzdělání a získání kvalifikačních předpokladů absolvováním kvalifikačního kurzu odborně zaměřeného pro oblast sociálních služeb – kurz pracovníka v sociálních službách. Podle Zákona o sociálních službách je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává:

- a) „přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v náviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí



a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depestáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depestážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Zákon o sociálních službách § 116).

Z výše uvedené citace Zákona o sociálních službách je zřejmé, že v pracovní náplni a pracovních návycích pracovníka v sociálních službách by neměla být toliko větší či menší pomoc a podpora uživatelů v uspokojování fyzických potřeb, ale i uspokojování psychosociálních potřeb a nepřímo se zde odkazuje i na uspokojování potřeb spirituálních.

Zvláštní pozornost si zaslouží pojem “klíčový pracovník“. Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele, který je na základě Zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů uživatelů. Vede tedy proces individuálního plánování u svěřených klientů. Role klíčového pracovníka je důležitá po celou dobu pobytu uživatele zařízení, klíčový pracovník je v dobře nastaveném systému přítomen a oporou uživateli již při přijetí uživatele do zařízení. Pokud klíčový pracovník nevyhovuje, může uživatel požádat o jeho změnu. Pro případ své nepřítomnosti má mít klíčový pracovník určeného zástupce. Pro úspěšné fungování systému klíčových pracovníků je důležité, aby byl v každém zařízení vypracován postup pro určování a případné změny klíčových pracovníků. Při přidělování klíčových pracovníků může být zohledněno na jedné straně přání klienta a na straně druhé přání pracovníka. Klíčový pracovník musí být informován o této své roli ve vztahu ke

konkrétním klientům a také každý klient musí znát svého klíčového pracovníka a musí být seznámen s jeho rolí v procesu poskytování služby (Staňková, 2010 s. 25).

### **2.2.2 Aktivizace v domovech pro seniory**

Aktivizační činnosti v domovech pro seniory definuje prováděcí předpis Zákona o sociálních službách Vyhláška 505/2006 sb. v § 15, písmeno g) takto:

„aktivizační činnosti:

1. volnočasové a zájmové aktivity
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím
3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností“

Někdy si pracovníci v domovech pro seniory stěžují na malý zájem svých uživatelů o pořádané aktivity. I když jsou některé činnosti doporučeny lékařem či terapeutkou, uživatelé musí mít vždy možnost si vybrat, zda se jich zúčastní. Důvody neúčasti uživatelů na aktivitách mohou například být strach experimentovat, obava z neúspěchu, nepřizpůsobení aktivit potřebám uživatelů, ztráta pocitu bezpečí a jistoty, obava ze setkání s uživateli v horším zdravotním stavu a strach z organizačních nedostatků akce. Při jednání s uživateli musí mít pracovníci stále na mysli všechny důvody zdráhání účastnit se aktivit a seniory mají motivovat chápavým postojem a ujišťováním o bezpečí a pohodě. (Rheinwaldová 1999, str. 34-35)

Slovo „spirituální“ nebo slovo „duchovní“ se bohužel vůbec nevyskytuje jak v Zákoně o sociálních službách, tak ani v jeho zmíněné prováděcí vyhlášce. Vnímám zde určitý deficit v porovnání například s oblastí ošetrovatelství, kde je dnes již v literatuře i učebních osnovách duchovním potřebám nemocných věnována nemalá pozornost.

Vzhledem k výše zmíněnému nutno konstatovat, že různé domovy pro seniory přistupují k naplňování duchovních potřeb svých uživatelů různě. Většinou jsem se v domovech pro seniory setkala s praxí, kdy duchovní programy pro seniory bývají uváděny v seznamu aktivizačního programu na určité období. Existuje tedy zřejmě jakýsi všeobecný předpoklad, že bohoslužby a individuální duchovní péče spadá do oblasti aktivizace seniorů. Je však potřebami na paměti, že „pojmem spiritualita označuj individuální, nezávazný a na instituci nezávislý náboženský zájem, pro nějž je charakteristická hodnota vnitřního zážitku a praktického, denního používání, jež by umocňovalo a rozšiřovalo schopnosti člověka“

(Vojtíšek, Dušek, Motl 2012 s. 11). Spiritualita uživatelů tedy zdaleka není jen účast na bohoslužbě 1x za měsíc v rámci jakéhosi aktivizačního programu, ale dotýká se každodenního života člověka a jeho prožívání.

### **2.2.3 Pastorační péče v domovech pro seniory**

„Pastorační služba vychází z pastorální teologie, jejíž vnitřní intenci je pomoci, podpořit, zohlednit a mít na mysli dobro druhého (slabšího) člověka; vnějším záměrem je pak všeobecná starost o dobro společnosti. Pastorec je starostlivá a pečlivá, je příklonem k individu, je sociálním aktem, kdy duchovní přichází k věřícímu, je účasten jeho bilančních prožitků, participuje na jeho volbě ve víře i v životní každodennosti“ (Brzáková Beksová 2013 s. 93).

Je otázkou, nakolik se daří s současných domovech pro seniory pastorační službu prosadit a realizovat. Mé zkušenosti nevyznívají příliš pozitivně. Svatošová (2012) se ve své knize věnuje téměř výhradně uspokojování duchovních potřeb pacientů ve zdravotnickém prostředí a zabývá se vztahem zdravotník-duchovní:

„Zdravotníci v první linii by měli umět zachytit „šelest na duši“ pacienta podobně jako ti praktičtí lékaři šelest na srdci. Metoda je stejná – poslech. Také uši jsou stejné. Rozdíl je pouze v použitém nástroji. Není jím v tomto případě fonendoskop, ale srdce zdravotníka. Nemocniční kaplan v tomto srovnání představuje analogickou roli jako kardiolog. Musí pro svoji práci splňovat předepsané kvalifikační předpoklady, a proto si s mnohou spirituální bolestí našich pacientů bude umět poradit.“ (Svatošová 2012 s. 27 -28)

Výše uvedené doporučení lze zcela jistě pro vzájemnou analogii implementovat i do pobytových zařízení sociálních služeb, zde by se však této “záchytné“ role neměli ujmout jen nelékařští zdravotničtí pracovníci, ale zejména pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci, jak zdůrazňuje ve svém článku v odborném časopisu L. Dražilová (2014 s. 26):

„Sociální zařízení nedisponují takovým množstvím zdravotních sester jako ta zdravotní, o to více však mají pracovníků v sociální péči a odborných sociálních pracovníků. To jim umožňuje více se zaměřovat mimo zdravotní stránku také na uspokojení potřeb psychických, sociálních a duchovních. Samotné zdravotní sestry by svou náplní práce nedokázaly obsáhnout také tuto širší péči, která je mnohem více v kompetenci sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči“

Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSSČR) v roce 2015 vytvořila dokument s názvem „Standardy kvality APSS ČR - domov pro seniory“. Tyto doporučené standardy vycházejí z přirozeného práva profesních a cechovních organizací na definici a formulaci kvality v oborech, kterými se zabývají. Cíle těchto doporučených standardů jsou následující:

1. Podporovat a stimulovat poskytovatele sociálních služeb ke zvyšování kvality poskytovaných služeb.
2. Definovat jasné, transparentní a konkrétní znaky kvality domovů pro seniory v ČR.
3. Přinést a ukazovat příklady dobré praxe kvality sociálních služeb a šířit doporučený standard jako běžný.
4. Naším cílem je vyvinout veškeré úsilí a snažení, aby se námi vydaný doporučený standard stal standardem minimálním.
5. Chceme posunovat úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb dále směrem k úrovni běžné ve státech s vyspělou a vyvinutou sociální politikou.

V těchto doporučených standardech definuje APSSČR pět okruhů: 1. ubytování, 2. stravování, 3. kultura a volný čas, 4. partnerství, 5. péče. V okruhu kultura a volný čas jsou také zahrnuty duchovní programy. Mezi duchovní programy lze dle APSSČR zařadit aktivity pro věřící uživatele. Jedná se o bohoslužby přímo v zařízení, návštěvy kostelů, poutních míst a bohoslužeb mimo zařízení, zajištění pastorační péče a četbu duchovní literatury. Za kritéria, která má poskytovatel služby naplňovat, se zde považuje:

- a) nabídka pravidelných bohoslužeb - uživatelé mají možnost využít pravidelné nabídky (spektra) duchovních aktivit dle jejich potřeb a zájmu.
- b) zprostředkování kontaktů na duchovní a individuální pastorační péči - uživatelé mají možnost využít zprostředkování kontaktů na duchovní a individuální pastorační péči podle svého vyznání a potřeb (Standardy kvality APSS ČR - domov pro seniory, 2015, s. 6).

Tyto standardy však bohužel zatím nejsou pro poskytovatele domovů pro seniory závazné a jak sami autoři uvádějí, nejsou dosažitelné u většiny poskytovatelů a jejich dosažení je identifikovatelné odborným odhadem u zhruba jedné třetiny poskytovatelů.

Emblen a Halstead (1993, s. 180) považují provádění citlivé spirituální péče za optimální základ pro řešení tělesných symptomů a psychosociálních problémů.

## 2.2.4 Úloha rodin uživatelů domovů pro seniory

Významnou roli v kvalitě života seniora a naplňování všech jeho potřeb může sehrát rodina a vzájemné vztahy v ní. Většina lidí si přeje dožít a zemřít doma, obklopena svou rodinou. Dvořáčková uvádí, (2012 s. 55) že „na základě zkušeností a poznatků z minulosti je za optimální způsob péče o seniory stále považována možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny“. Nejednou se však stává, že senioři se zdráhají pomoc rodiny přijmout a preferují nezávislost na „mladých“. Průša (2015 s. 16) v tomto ohledu spatřuje hlavní problém v zajištění přiměřeně dostupného a bezbariérového bydlení pro seniory, které by mohlo oddálit potřebu zajišťování péče v pobytových zařízeních. Nicméně zdůrazňuje, že v naší zemi v současné době žije v pobytových zařízeních pro seniory jen cca 2,6 % osob starších 65 let, přičemž např. v Rakousku žije v těchto zařízeních 4,9% osob této věkové skupiny.

I nadále tak zůstává faktem, že největší objem podpory a péče o seniory se odehrává neformálně v rámci rodiny, která je také v naprosté většině případů (přes existenci asociálních rodin a domácího násilí) nejúčinnějším obhájcem a protektorem znevýhodněných lidí a nejbezpečnějším prostředím. Soudobá rodina je však charakterizována jako multigenerační a multilokální. Běžně jde o 4 generace, jejichž členové žijí od sebe i značně vzdáleni, což ztěžuje přímou podporu a mění podobu domácí a rodinné péče. Dnešní rodina tak péči zároveň poskytuje i vyžaduje. (Kalvach a kol. 2014, s. 15, 26)

Role rodiny přijetím seniora do pobytového sociálního zařízení zdaleka nekončí. Podpora rodiny a návštěvy rodinných příslušníků často patří ke šťastným chvílím, které senioři v domovech pro seniory zažívají, rodina může sociálnímu pracovníkovi i pracovníkům přímé péče poskytnout cenné informace, které se mohou využít v procesu individuálního plánování. Aktivní podpora rodinných vztahů seniorů v pobytových sociálních zařízeních dnes snad patří k běžnému standardu, ať již se jedná o individuální podporu seniora v určité situaci – například možnosti kdykoli rodině zatelefonovat a neomezené návštěvy rodiny, nebo podpora přenosů informací a vzájemných vztahů mezi rodinou a pracovníky domova pro seniory pořádáním společných setkání s rodinnými příslušníky a uživateli dané služby.

Cieslarová a Bužgová (2014, s. 56) závěrem svého výzkumu spirituálních potřeb seniorů uvádějí, že co se týče smyslu života, osoby, které byly v institucionálních zařízeních navštěvovány svými dětmi, spatřovaly větší smysl svého života.

## 2.3 Charakteristika stáří

Společnou charakteristikou osob, které se staly participanty výzkumu v praktické části mé práce, je jejich seniorský věk.

Dle klasifikace WHO klasifikujeme stáří do třech kategorií dle věku:

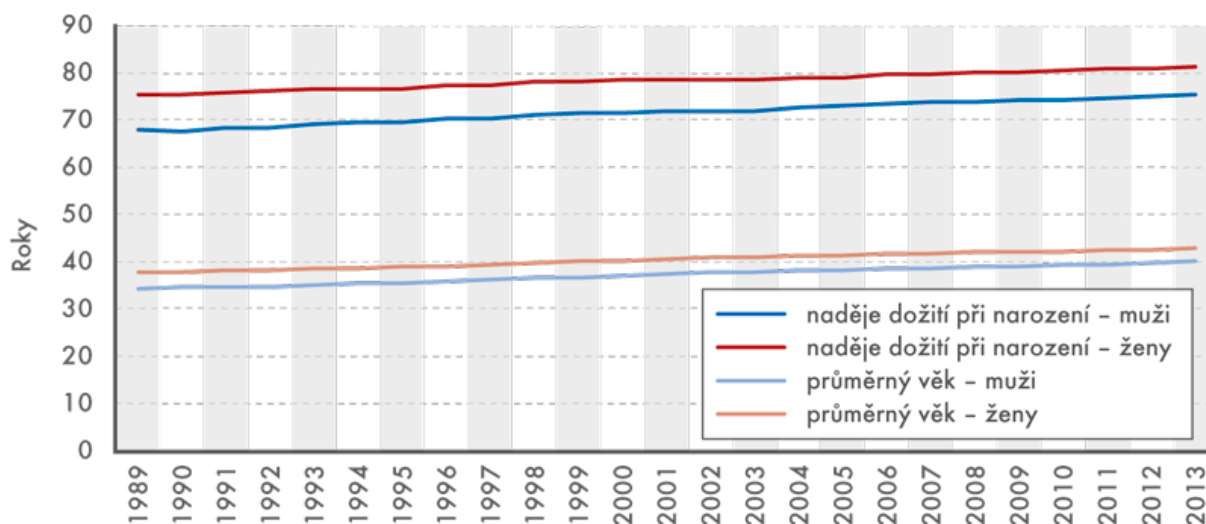
1. 60 – 74 let – rané stáří, presenium
2. 75 – 89 let – vysoký, stařecký, pokročilý věk, senium
3. 90 a více let – dlouhověkost

Změny, takzvané involuční znaky, které stárnutí doprovázejí, přicházejí postupně a týkají se snížení psychických i fyzických sil, mění se i sociální postavení člověka. Stárnutí je proces individuální, neprobíhá u všech jedinců stejně rychle, ani za stejného sledu involučních procesů. I stárnoucí člověk je schopen tvůrčí smysluplné práce, pokud své tempo a cíle přizpůsobí možnostem svého věku (Šafránková, A., Nejedlá M. 2006 s. 194).

Kalendářní věk je důležitou charakteristikou každého člověka, ale nevypovídá nic o jeho skutečném funkčním potenciálu – funkčním věku. Funkční věk nehodnotí jen biologický věk daného jedince, ale hodnotí jej ve všech psychosociálních souvislostech. Ke stanovení funkčního věku existuje v současné době velké množství testů, které jsou zaměřeny jak na jednotlivé oblasti, tak na funkční stav jako celek (Topinková, E., Neuwirth, J. 1995, s. 18).

Topinková a Neuwirth (1995, s. 16) definují stárnutí jako specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu, jehož průběhu říkáme život. Odhaduje se, že maximální, potenciální délka života člověka je asi 120 – 130 let, ta však nebývá dosažena vlivem genů, vnějšího prostředí a sociálně psychologických vlivů. Ve spojitosti s délkou života se používá termín střední délka života. Je to údaj o věku, kterého se člověk pravděpodobně dožije při narození.

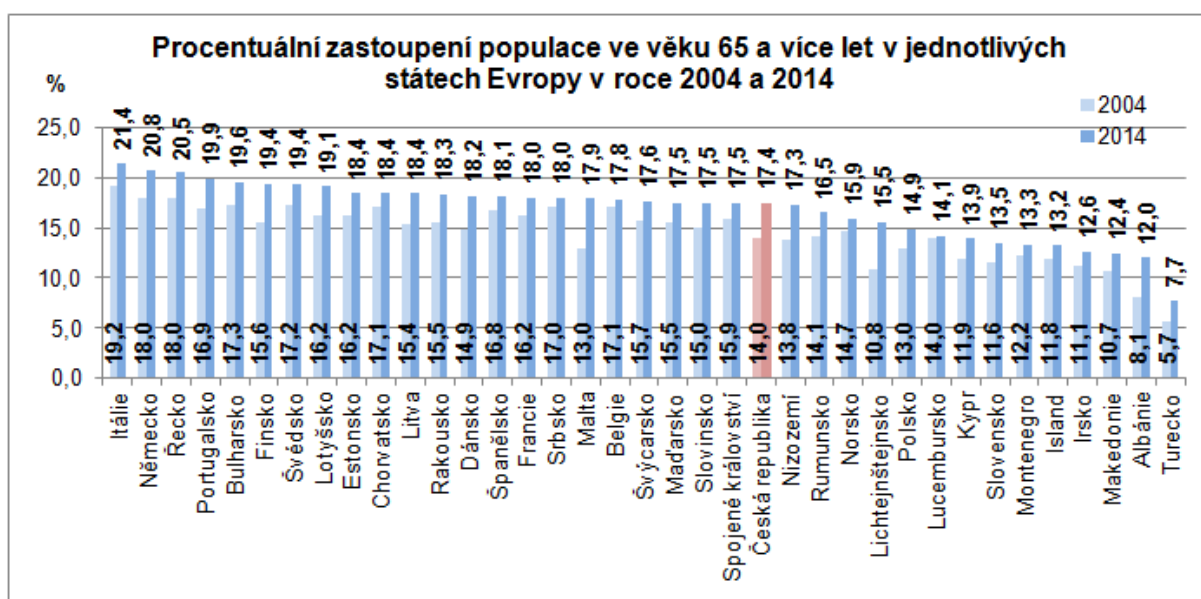
V řadě vyspělých zemí, včetně ČR, se střední délka života v posledních desetiletích postupně prodlužuje, jak můžeme shlédnout na následujícím grafu:



Graf č. 1. Naděje dožití a průměrný věk (Košťáková, T. 2015)

### 2.3.1 Stáří jako společenský fenomén

„Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo prakticky po celou dobu jeho existence“ (Kalvach, Z., Zadák Z., Jiráček R., Závazalová H., Sucharda P. a kol. s. 41). Evropská populace stárne a podíl seniorů v naší společnosti roste. Procentuelní zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy 2004 a 2014 můžeme vidět v následující tabulce:



Tabulka č. 1: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2004 a 2014 (Český statistický úřad. 2015)

Je důležité mít na paměti, jak poznamenává Dvořáčková (2012 s 9), že rostoucí počty seniorů tvoří heterogenní skupinu jak zdravých, tak nemocných jedinců a všichni mají nárok na odpovídající profesionální zdravotní i sociální péči, která zachovává jejich důstojnost i ve vysokém věku. Řada autorů se shoduje v tvrzení, že každý jedinec si do určité míry o kvalitě svého života ve stáří rozhoduje sám. Ať již se jedná o rozhodnutí založit rodinu či například oblast péče o vlastní zdraví, zdá se, že určitý vliv na to, jaké jednou naše stáří bude, můžeme mít. Haškovcová (2010 s. 10) k tomuto uvádí následující: „Respektovat kontinuitu života předpokládá vědět, že stáří je právě tak „jen“ závěrečnou etapu před koncem života, jako je v něm přítomno od jeho počátku, vědět, že o kvalitě svého stáří rozhodujeme a spolurozhodujeme po celý život.“ Stáří bývá často spojeno s řadou významných změn ve všech oblastech života člověka, tedy nejen biologické tělesné stránky, ale i v oblasti sociální, psychické a spirituální.

### **2.3.2 Gerontologie a geriatrie**

Gerontologie, tedy věda o stárnutí a stáří, je uznávanou vědeckou disciplínou. Tento termín se zrodil ve třicátých letech dvacátého století a dělí se do třech oblastí

1. Gerontologie experimentální – zabývá se mechanismy biologického a psychologického stárnutí člověka.
2. Gerontologie sociální – tematizuje sociální dopady stárnutí
3. Gerontologie klinická, neboli Geriatrie – lékařský obor zabývající se zvláštnostmi chorob ve stáří (Haškovcová 2010, s. 202).

Geriatrie, dle České gerontologické a geriatrické společnosti (2015) „má velký potenciál, kdy cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštnostech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální homeostázy a interakce s prostředím, rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, autosanaci, rekonvalescenci a brání specifickým komplikacím včetně iatrogenních u křehkých geriatrických pacientů. Zvláštní pozornost je věnována rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetřovatelství.“

Gerontologie je specifická v tom, že ve srovnání s jinými lékařskými obory nepředpokládá úplné uzdravení pacienta. Také proto se řadí mezi obory, náročnější na



psychiku personálu přímé péče s větším rizikem rozvoje syndromu vyhoření. Šafránková a Nejedlá (2006 s. 199) z tohoto důvodu doporučují, aby sestry, pečující o geriatrického člověka dodržovaly zásady duševní hygieny a považují za vhodné, aby na odděleních, kde jsou převážně starší lidé, pracovaly již zralejší, starší pracovnice, které by měly mít více pochození pro stáří a více zkušeností.

Topinková a Neuwirth (1995, s. 16) k tomuto tématu poznamenávají z lékařského pohledu: „V geriatrici je třeba posuzovat léčebné úspěchy z poněkud jiného hlediska. Za léčebný úspěch je třeba považovat fakt, že pacient zůstane déle soběstačný, nebo že se podaří dosáhnout zlepšení psychického či tělesného stavu, i když základní chorobu nejde vyléčit“.

### **2.3.3 Fyziologické změny ve stáří**

Velmi realisticky popisuje obtíže spojené se stářím Starozákonní kniha Kazatel: „Pamatuj na svého Stvořitele ve dnech svého jinošství, než nastanou zlé dny a než se dostaví léta, o kterých řekneš: nemám v nich zalíbení; než se zatmí slunce a světlo, měsíc, hvězdy a vrátí se po dešti mraky. V ten den se začnou třást strážcové domu a mužové zdatní se zkříví a mlečky nechají práce a bude jich málo, a ty, kdo hledí z oken, obestře temnota, a zavřou se dveře do ulice a ztiší se hlas mlýnku a vstávat se bude za šveholu ptactva a všechny zpěvy budou znít přidušeně. A člověk se bude bát výšek a úrazů na cestě; a rozkvete mandloň a těžce se povleče kobylka a kapara ztratí účinnost. Člověk se vydá do svého věčného domu a ulicí budou obcházet ti, kdo naříkají nad mrtvými.“ (Bible, Kaz. 12,1—5, s. 618).

Je pozoruhodné, jak je v tomto textu obsaženo vše podstatné. Stáří není nemoc, ale fyziologický stav ve vývoji člověka. Proces stárnutí začíná již od narození. Fyzické a duševní stárnutí nemusí postupovat současně. Fyzické změny ve stáří jsou projevem biochemických změn v DNA buněk organismu. Zmenšuje se schopnost regenerace buněk a imunitní systém je v obraně organismu méně účinný.

#### **2.3.3.1 Fyzické změny ve stáří**

Stárnutí s sebou přináší úbytek fyzické síly a výkonnosti, snižuje se podíl hmotnosti svalů v těle. Zhoršují se funkce všech orgánů a systémů v těle – systému trávicího, srdečního, cévního, dýchacího, funkce ledvin a kloubů. Nastávají změny v reprodukčním systému, u žen

mluvíme o menopauze, také u mužů se snižuje schopnost reprodukce. Zhoršuje se elasticita kůže a smyslové vnímání – sluch, zraková ostrost, chuť, čich i hmat (Šafránková A., Nejedlá M. 2006, s. 193 –1 94).

Některé změny se týkají přímo fyzického vzhledu. Patří mezi ně například šedivění vlasů, zmenšování postavy následkem úbytku kostní, vazivové a svalové tkáně. Ve tváři přibývá vrásek, kůže pigmentuje, chrup vypadává a bývá nahrazován umělým. Fyzické změny ve stáří přinášejí značný diskomfort a bývají jednou z hlavních obav ze stáří.

„Lidé se běžně dožívají a budou dožívat věku 90-95 let, mnozí věku 100-105 let. I když se jejich zdravotní a funkční stav významně, až dramaticky zlepšuje a výskyt závažných zdravotních postižení se snižuje, respektive jeho nástup se posouvá do stále vyššího věku, jde často o lidi křehké, vyžadují pomoc a podporu.“ (Kalvach a kol. 2014, s. 15)

Dvořáčková (212 s. 12) se domnívá, že všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora, začínají se projevovat pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty. Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi a s těmito změnami úzce souvisí i psychické změny jedince. Ze své mnohaleté zkušenosti se seniory si však nemyslím, že by se uvedená charakteristika týkala všech. Nejednou jsem se setkala s vitálními seniory vysokého věku, kteří své tělesné neduhy bagatelizovali a pokoušeli se je vždy spíše „rozchodit“.

### **2.3.3.2 Psychické změny ve stáří**

Staří lidé mohou postupně v průběhu stáří ztrácet mnoho zdrojů radosti a uspokojení ze života – ubývá osobních kontaktů, odchodem do penze mohou ztratit pocit společenského uznání a uspokojení z práce i vyšší příjem. Zatímco v mladších věkových skupinách jsou nejčastějším psychiatrickým onemocněním neurózy, drogová závislost a schizofrenie, po 50 roce převládá zejména deprese – z 3 – 5% u populace středního věku stoupá na 10 – 20% u doma žijících starších lidí nad 65 let. “ (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 227) Vždy je však potřeba rozlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či tělesných nemocí. Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek nastává pozvolna, v některých složkách už ve středním věku dospělosti (Dvořáčková 2012, s. 13).

Erikson (podle Vágnerová 2012 s. 42 - 43) tvrdí, že vývoj osobnosti nekončí dosažením dospělosti, ale je záležitostí celého lidského života, všímá si i vývojově podmíněných psychických proměn v dospělosti a v období stáří. Psychický vývoj člověka člení do osmi stádií:

1. Základní důvěra proti základní nedůvěře (od narození do jednoho roku)
2. Autonomie proti studu a pochybám (1-3 roky)
3. Iniciativa proti vině (3-6 let)
4. Přičinnost proti inferioritě (6-12 let)
5. Identita proti konfuzi rolí (12-20 let)
6. Intimita proti izolaci (raná dospělost)
7. Generativita proti stagnaci (období kolem 40 let)
8. Ego integrita proti zoufalství (začíná po 50. roce života, v dnešní době o něco později)

Šafránková a Nejedlá (2006, s. 196) píší v souvislosti s psychickými změnami ve stáří o „třech D“ – demenci, deliriu a depresi, časté také bývají poruchy spánku se sníženou kvalitou spánku a změnou denního rytmu.

Haškovcová (2010, s. 140) varuje před paušalizací chování seniorů slovy: „Vystihnout povahové rysy seniorů není jednoduché a rozhodně bychom se neměli spokojit pouze s všeobecným konstatováním, že každému z nich ubývá psychických sil. To proto, že každý starý člověk měl zcela odlišný individuální osud, který odborníci nazývají běh života.“

Aneb, jak uvádí Brzáková Beksová (2013 s. 36): „Některé znaky duševních změn jsou společné pro většinu seniorů, avšak každý člověk je individualitou, specifickou osobností, která je vybavena různými vlastnostmi i zkušenostmi, a tento fakt je nutné respektovat i u stárnoucí osobnosti.“

### **2.3.4 Změny v sociálním postavení ve stáří**

„Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění. S tím souvisí i společenská role seniorů a jejich společenský statut. Moderní společnost vede celý život člověka k nezávislosti.“ (Dvořáčková 2012. s. 13). Sociální postavení seniora je závislé na mnoha vnějších i vnitřních faktorech. Nejdůležitějšími z nich mohou být například průceschopnost a zaměstnanost seniora či jeho penzionování, podpora seniora od rodiny, ovdovění, míra deficitu sebezpečí,

bytové podmínky seniora, jeho pobyt v pobytovém zařízení pro seniory, finanční situace a fyzická i psychická kondice. Dvořáčková (2012 podle Erikson 1999 s. 60) poznamenává, že naší společnosti chybí „životaschopný ideál stáří“ a následkem toho nevíme, jak začlenit seniory do struktur společnosti, co očekávat a co nabízet - „Není pochyb, roli stáří je třeba znovu prostudovat a znovu promyslet.“

Kalvach a kol. (2014 s. 15) poukazují na to, že s přibýváním lidí vyššího věku se mění perspektivy a periodizace lidského života i očekávání a nároky lidí – život ve stáří již dnes je a nadále bude dlouhý. To vyžaduje nové formy participace, přeformulování zodpovědnosti, solidarity, mezigenerační spolupráce a vyšší kvalitu i smysluplnost odpovídající stoupajícím nárokům nově stárnoucích generací, kterým nestačí a nebude stačit jen jakási základní biologická zabezpečení před hladem a chladem. Podstatná část těchto civilizačních změn se odehraje na úrovni obcí, sousedství, všeobecně vstřícného prostředí.

### **2.3.5 Specifické potřeby ve stáří**

Křivohlavý (2011, s. 73 podle Maslowa 1970) uvádí zajímavý pohled na celý životní běh člověka končící stářím. Sleduje to, co člověk v průběhu své životní cesty hledá, po čem touží, co mu chybí a co potřebuje. H. A. Maslow si všiml toho, že dospívající bytostně potřebuje něco jiného než dítě. Nezastavil se ani před nejstaršími lidmi a pokusil se naznačit, co potřebují oni. Odlišnosti v lidských potřebách průběhu stárnutí sestavil do této stupnice:

1. Základní biologické a fyziologické potřeby
2. Potřeby zajištění bezpečí
3. Potřeba blízkého sociálního kontaktu (lásky)
4. Potřeba kladného sebehodnocení a úcty prokazované mi druhými lidmi
5. Potřeba sebeprojevení, seberealizace či sebeaktualizace
6. Spirituální potřeby

Maslow hovoří o hierarchii relativní nadvlády, kdy aktuálně neuspokojená potřeba má tendenci v organismu dominovat. Chování je pak určováno potřebami neuspokojenými, i když jejich relativní síla slábne s tím, jak se pohybuje od potřeb nižších k potřebám vyšším. Platí tedy sice, že člověk v situaci, kdy je deprimován ve dvou potřebách, bude s větší pravděpodobností toužit po naplnění potřeby nižší, ale např. pro některé osoby může být potřeba sebeúcty významnější než láska (Dvořáčková 2012, s. 41).

Haškovcová (2010 s. 253) k tématu naplňování potřeb seniorů uvádí, že i když panuje shoda v názoru, že všechny potřeby mají být naplňovány, zůstává faktem, že jsou fyziologické potřeby nejen prioritní, ale často také jediné, které jsou saturovány. U seniorů je často opomíjena potřeba informovanosti a to nejen o jejich nemoci, ale i o vzdálené rodině a není nerespektována jejich autonomie.

Cieslarová a Bužgová (podle Hermann 2001, s. 70) na základě kvalitativního výzkumu vyjmenovávají šest klíčových témat duchovních potřeb u onkologických pacientů v závěru života: 1. potřebu religiozity, 2. společenství, 3. kontroly nad svým životem, 4. dokončení započaté práce, 5. pozitivní náhled na život a 6. soulad s přírodou.

Zjištění pořadí potřeb uživatele, míra deficitu v jejich saturaci a nalezení vhodného způsobu jejich doplnění je základním úkolem klíčových pracovníků. Uspokojení potřeb uživatele má zásadní význam při tvorbě individuálního plánu a dosažení spokojenosti uživatele během pobytu v zařízení. Potřeba sebetranscendence tvoří naprostou špičku Maslowovy pyramidy, jde o zkoumání a rozvíjení vrcholných zážitků a osobní růst a rozvoj. Lidé, kteří dosahují vrcholných zážitků, jsou seberealizovaní, zdraví a sebenaplnění (Malíková 2011 s. 170).

## **2.4 Spiritualita, náboženství, víra**

Jaký je vztah mezi spiritualitou a náboženstvím? V tomto ohledu mezi autory nepanuje shoda. Podle Pargamenta je náboženství širší pojem, který zahrnuje spiritualitu; podle Zinnbauera je naopak spiritualita pojem zahrnující náboženství, náboženství je jen jednou z možností, jak se spiritualita projevuje, existuje tedy i nenáboženská spiritualita (Říčan, 2007 s. 36).

Spiritualitou nazýváme složku osobnosti, která se vytváří vnímáním posvátnosti, rozvíjí se ve vztahu posvátnému a různými způsoby tento vztah projevuje. Při používání pojmu spiritualita myslíme především na jednotlivého člověka, nikoli na kolektivní náboženství ani na náboženské instituce (Vojtíšek, Dušek, Motl 2012 s 12).

Až do nedávné doby byly v naší společnosti spirituální potřeby člověka tabuizovány, snad proto se stále ještě hodně lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde jen o uspokojování potřeb věřících lidí. Věřící člověk si je však svých potřeb vědom a často si jejich naplnění dokáže zařídit, ne tak nevěřící. Každý člověk potřebuje cítit a dát odpuštění, vědět, že jeho

život měl a má smysl. Právě nenaplněnost potřeby smysluplnosti života se rovná stavu duchovní nouze neboli spirituálnímu distresu (Svatošová 2010, s. 23). Důležitost naplnění spirituálních potřeb u nevěřících lidí potvrzuje i studie Hajnové a Bužgové (2013, s. 712): „pacienti, kteří sami sebe označili jako nevěřící, považovali spirituální potřeby za důležitější ( $p < 0,05$ ).“

Jako definici náboženství Říčan (2007 s. 33) uvádí, že náboženstvím rozumíme to, čím se zabývá religionistika. Tato definice dle něj vyjadřuje jednak přibližnost, jednak sociální a historickou relativnost našeho poznání náboženství. Z této definice zároveň plyne, že náboženství je definováno podle toho, jak mu rozumí široký konsensus religionistů, který je neúplný a historicky pohyblivý.

„Náboženství je institucionalizovaná soustava hodnot, přesvědčení, symbolů, chování a zkušeností orientovaných k duchovním záležitostem a sdílená komunitou a předávaná v čase.“ (Canda, Furman 2010, s. 59).

Halík (Jandourek 1997 s. 22) se domnívá, že: „To, co je psychologicky na náboženství nejdůležitější, je víra jako výraz ontologické důvěry, otevřeného, pozitivního vztahu ke skutečnosti. Vědomí, že život není jen nesmyslný proud náhod a potíží, neustále něčím ohrožený, víra, že život má svou hloubku a tato hloubka není děsivá černá jáma.“

Ačkoli se Svatošová (2012 s. 13) podle svých slov brání dělení lidí na věřící a nevěřící, dodává, že sama bezděky použila toto dělení již v úvodu své knihy, a protože si je vědoma, že je nucena používat jej i nadále, vysvětluje blíže své chápání tohoto pojmu. Jako nevěřící označuje ve své knize všechny, kteří mají svůj životní cíl umístěn kdekoli před smrtí nebo v ní, kdo za smrtí, toho označuje jako věřícího.

Osoby pečující o seniory by měli vědět, že u věřícího člověka může docházet v době umírání k tzv. krizi víry. Nemocný si například klade otázky, zda ten Bůh, ve kterého věřil, skutečně existuje a zda je skutečně milující. Senior, který má představu Boha jako trestajícího soudce, může mít velký strach z umírání. Zde je na místě projevit pochopení a najít partnera (kaplana, kněze, věřící kolegyni), který by se seniorem mohl tyto otázky řešit (Marková 2010, s. 92).

### 2.4.1 Spirituální dimenze člověka

Potřeba sebetranscendence tvoří naprostou špičku Maslowovy pyramidy, jde o zkoumání a rozvíjení vrcholných zážitků a osobní růst a rozvoj. Lidé, kteří dosahují vrcholných zážitků, jsou seberealizovaní, zdraví a sebenaplnění (Malíková 2011 s. 169).

Spirituální dimenze člověka součástí tzv. holistického pohledu na člověka jako bytost bio-psycho-socio-spirituální.

„Psychologie spirituality a religiozity ukazuje, že spiritualita a religiozita je antropologickou konstantou. To znamená, že patří do genetického vybavení člověka. Každý z nás má tuto charakteristiku své osobnosti. V určité formě je definována jako hledání toho, co je v životě tím nejdůležitějším, nejhodnotnějším, nejpodstatnějším, nejposvátnějším, co je zakořeněno v samém nitru člověka a přesto to překračuje běžné hranice - obecněji: hledání toho, co je člověku tak cenné, že to je pro něho “posvátné”. Zaměření k tomuto cíli dává člověku smysl jeho života.“ (Křivohlavý 2009).

Monod (2010) se spoluautory rozlišili 4 dimenze lidské spirituality:

1. **Smysl** – poskytuje orientaci životu jednotlivce a podporuje jeho celkovou životní rovnováhu
2. **Transcendence** – vnější ukotvení osoby; vztah k vnějšimu ukotvení poskytující pocit základu. Vnější ukotvení nemusí užívat konceptu Boha. Např. pro některé je to příroda, krása, umění.
3. **Hodnoty** – systém hodnot určuje, co osoba považuje za dobré a pravdivé. Projevuje se v lidském jednání a rozhodnutích.
4. **Psycho-sociální identita** – pacientovo prostředí a jeho části, jako společnost, pečující osoby, rodina, a úzké vztahy

Různou míru spirituality u různých jedinců se pokusil vystihnout Emmons (2003, s. 164) kde hovoří o zavedení termínu „spirituální inteligence“ pro dovednosti a schopnosti potřebné pro úspěšné využívání spirituálních informací. Tyto dovednosti schopnosti považuje za součást znalostního základu osobnosti, který může vést k úspěšné adaptaci a řešení problémů.

Vojtíšek a kol. (2012 s. 13) přirovnává spiritualitu k hudebnímu talentu u různých jedinců, vymůžeme nalézt virtuosity, ale i lidi amuzikální, těžko ale nalezneme člověka, na něhož by v žádné situaci a v žádné formě hudba nikdy nezapůsobila.

Vorlíček (Vorlíček, Adam, Pospíšilová 2004 s. 450) je přesvědčen, že spirituální dimenze lidské osoby není přístupna empirickému výzkumu. Předpokládá, že náboženská víra ovlivňuje lidské zdraví jednak prostřednictvím vnitřní vazby na transcendentní životodárnou sílu, jednak jako psychosociální opora, která též usměrňuje životní způsob. Domnívá se, že epidemiologické studie, v nichž se zkoumá vliv různých ukazatelů religiozity, jako je například návštěvnost bohoslužeb, nemohou prokázat, že statisticky významné pozitivní korelace s ukazateli psychického a fyzického zdraví jsou skutečně způsobeny působením spirituálních faktorů.

## **2.4.2 Spiritualita seniorů**

Starý člověk se více zamýšlí nad smyslem své existence, bilancuje svůj život a často se u něj objevují otázky, na které nezná odpověď (Křivohlavý 2011, s. 115).

Každý člověk, který si je vědom či tuší, že se jeho život chýlí ke konci, potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Potřebuje vědět, že jeho život měl a dopolední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze (Svatošová 201 s. 23).

Benirschková (2008) ve své práci, zabývající se spirituálními potřebami seniorů, vymezila těchto potřeb sedm, nevyhnula se však tvrzení, že je velmi těžké je všechny přesně vymezit

1. Potřeba najít smysl života
2. Potřeba najít smysl utrpení
3. Potřeba milovat a být milován
4. Potřeba víry
5. Potřeba transcendence
6. Potřeba naděje
7. Potřeba modlitby a meditace
8. Potřeba odpustit druhým



## 9. Potřeba mít čisté svědomí

Marková (2010, s. 86) spojuje spirituální potřeby s nitrem člověka a u umírajících definuje tyto niterné potřeby: potřebu uzavřít svůj život, potřebu najít smysl, potřebu vděčnosti, potřebu odpuštění, potřebu lásky, potřebu naděje a potřebu transcendence.

Spirituálními potřebami seniorů v institucionální péči se ve svém výzkumu zabývají Anna Cieslarová a Radka Bužgová (2014 s. 52). Autorky zjistily, že senioři nejčastěji za důležité považovali duchovní potřeby bez souvislosti s náboženstvím, jako být v přírodě a ocenit její krásu (95 %), dávat a přijímat lásku (90 %), být naplněn klidem (90 %), být vděčný (87 %), zažít a ocenit hudbu (88 %), dodržovat morální zásady (85 %) a mít zajištěnou důstojnou péči (84 %). Nejčastěji za důležité a současně nenaplněné potřeby senioři uváděli být v přírodě a ocenit její krásu (71 %), mluvit s někým o smrti a umírání (60 %), řešit s někým obavy z toho, co je po smrti (53 %), být užitečný pro společnost (48 %), číst duchovní/náboženský materiál (38 %) a být naplněn klidem (31 %). Pomoc při naplňování spirituálních potřeb seniorů by se proto neměla stávat pouze záležitostí duchovních, ale měly by se touto oblastí zabývat všichni pracovníci přímé péče. Závěrem svého výzkumu tyto autorky dodávají, že není potřeba hledat v pomoci při naplňování duchovních potřeb něco složitějšího. Někdy může stačit pouhý úsměch, popovídání si s klientem, pohlazení či dotek za ruku. K tomu, abychom mohli tyto potřeby dobře uspokojit, je především důležité umět je správně rozpoznat a nepodceňovat jejich význam. Zvláště důležité je i dbát na potřeby u osob, které jsou vysoce závislé na svém okolí. Je potřeba, aby i takové osoby nacházely ve svém utrpení význam a neztrácely pocit lásky (Cieslarová, Bužgová 2014, s. 56).

Velký počet klinických pozorování svědčí o tom, jak často se poruchy spirituálního zdraví podílejí na vzniku a rozvoji závažných somatických a psychických onemocnění. Nejčastějším příznakem poruchy zdraví v duchovní oblasti je nedostatek naděje. Člověk si uvědomuje svou nezajištěnost, obává se budoucnosti a má pocit, že odnikud nemůže očekávat pomoc (Vorlíček a kol. 2004 s. 450).

Monod et al. (2010) definují tyto duchovní potřeby u hospitalizovaných geriatrických pacientů:

<b>Potřeba životní rovnováhy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• udržet/obnovit životní rovnováhu</li> <li>• naučit se lépe zvládat nemoc nebo postižení.</li> </ul>
<b>Potřeba spojení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spojení s vlastním existenciálním základem</li> <li>• potřeba vnímat krásu (estetický cit).</li> </ul>
<b>Potřeba respektování hodnot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aby zdravotnický personál znal a respektoval pacientovy hodnoty.</li> </ul>
<b>Potřeba udržet si kontrolu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozumět a cítit se začleněný do procesů rozhodování</li> <li>• podílet se na rozhodování a jednání personálu.</li> </ul>
<b>Potřeba zachovat si identitu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• být milován,</li> <li>• aby pacientovi bylo nasloucháno,</li> <li>• aby se mu dostávalo uznání, doteku,</li> <li>• mít pozitivní sebeobraz</li> <li>• dosáhnout odpuštění.</li> </ul>

Tabulka č. 2 Duchovní potřeby u hospitalizovaných geriatrických pacientů

Han a Richardson (2010 s. 231) v závěrech svého výzkumu, zabývajícím se vztahem mezi depresí a osamělostí a spiritualitou u starších osob žijících v domácím prostředí, uvádějí, že pozitivní vztah mezi osamělostí a depresí je méně zřetelný u starších osob, které ve svém životě přisuzují spiritualitě větší úlohu. To naznačuje, že spiritualita může u starších osamělých osob plnit funkci jakéhosi nárazníku mezi osamělostí a depresí. Spiritualita tedy může zabránit, aby se u starších osamělých osob rozvinula deprese, nebo depresi zmírnit a tím umožnit deprimovaným starším osobám zapojit se do sociálních interakcí a snížit tím svoji osamělost. Závěry této studie jsou dle autorek koncepčně v souladu s výsledky podobných studií. Stručně řečeno, zjistilo se, že osamělost a deprese jsou u starších osamělých osob výrazně propojeny a spiritualita dokáže toto propojení zmírnit.

### 2.4.3 Zhoršená religiozita jako doména NANDA

Všeobecné sestry v sociálních službách jsou významnou součástí interdisciplinárního týmu, který v domovech pro seniory, spolu s pracovníky v sociálních službách a sociálními pracovníky, o jejich uživatele pečují. Často se sestry vyskytují jako přímé nadřízené pracovníků v sociálních službách ať již jako vrchní sestry, nebo vedoucí sestry na jednotlivých směnách. Všeobecné sestry při výkonu své profese zaznamenávají do příslušné ošetrovatelské dokumentace zhodnocení stavu uživatele, provedené intervence, průběžné hodnocení s ohledem na cíl své péče. Vypracovávají takzvaný „ošetrovatelský plán“. Ošetrovatelská péče se v mnoha ohledech stala inspirací pro profesionální sociální práci. V ošetrovatelském plánu vnímám jistou analogii individuálního plánování, i když v literatuře jsem tento příměr nezaznamenala. Zatímco ošetrovatelství s pojmy jako jsou „spiritualita“ a „religiozita“ běžně pracuje, v oblasti individuálního plánování se tak většinou neděje. Individuální plán uživatele sociálních služeb bývá sestavován zejména na základě hodnocení následujících oblastí: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Dotazy na duchovní potřeby uživatelů by tedy zřejmě nejvíce zapadly do „osobních aktivit“. Vzhledem k výše zmíněnému se nyní pokusím ve své práci ozřejmit systém ošetrovatelských diagnóz jako jistou analogii a možnou inspiraci k individuálnímu plánování u uživatelů sociálních služeb.

Společnost NANDA International (NANDA-I, původně známá jako North American Nursing Diagnosis Association, která byla založena v roce 1982), byla spuštěna v roce 2002, aby odrážela rostoucí celosvětový zájem o obor vývoje ošetrovatelské terminologie. Tato terminologie zvýrazňuje a zviditelňuje jedinečný příspěvek ošetrovatelství zdraví po celém světě. Prostřednictvím ošetrovatelských diagnóz sestry každodenně po celém světě sdělují profesionální posouzení pacientům, kolegům, členům jiných oborů a veřejnosti. NANDA International si klade za cíl poskytovat ošetrovatelskou terminologii, která má:

- A. Pojmenovat lidské reakce na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy a životní procesy.
- B. Vyvíjet, zdokonalovat a šířit terminologii založenou na důkazech, reprezentující klinická posouzení profesionálních sester.
- C. Usnadnit studium jevů, kterými se zabývají sestry za účelem zlepšení péče o pacienty, bezpečnosti pacientů a výsledků péče o pacienty, za něž sestry mají odpovědnost.

D. Zdokumentovat péči z důvodu proplácení ošetrovatelských služeb.

E. Přispívat k vývoji informatiky a informačních standardů, zajišťovat zařazování ošetrovatelské terminologie do elektronických zdravotních záznamů (NANDA I. 2013 s. 542-543).

Doména 10 - Životní principy, třída 2 a 3 – Přesvědčení a Soulad hodnot/přesvědčení/jednání obsahuje hned šest ošetrovatelských diagnóz, zabývajících se religiozitou a duchovním strádáním:

1. Snaha zlepšit duchovní well-being (00068) – vzorec prožívání a integrace významu a smyslu v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo se silou větší, než je vlastní, který je dostatečný pro well-being a lze jej posílit.
2. Zhoršená religiozita (00169) – zhoršená schopnost spolehnout se na náboženská přesvědčení anebo účastnit se rituálů podle tradice konkrétní víry.
3. Snaha zlepšit religiozitu (00171) – vzorec spolehnutí se na náboženská přesvědčení aneb účast na rituálech konkrétní tradice víry, který je dostatečný pro well-being a lze jej posílit.
4. Riziko zhoršené religiozity (00170) – riziko zhoršení schopnosti spoléhat se na náboženská přesvědčení anebo účastnit se rituálů podle tradice konkrétní víry.
5. Duchovní strádání (00066) – zhoršená schopnost prožít a začlenit význam a smysl v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo se silou větší, než je vlastní.
6. Riziko duchovního strádání (00067) – riziko zhoršení schopnosti prožít a začlenit význam a smysl v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo se silou větší, než je vlastní. (NANDA I. s. 421-432)

Z výše uvedeného je patrné, že všeobecné sestry v sociálních službách, za předpokladu, že se systémem ošetrovatelských diagnóz pracují, mají nejen možnost profesionální terminologií spirituální potřeby a duchovní strádání uživatelů domovů pro seniory pojmenovat, ale nadále s tímto zjištěním pracovat, systematicky se snažit o odstranění obtíží a naplnění potřeb seniorů v této oblasti. Nezbyvá než věřit, že v kapitole 2. 3. uvedené standardy kvality APSSČR, či jim podobné, pamatující jmenovitě na spirituální potřeby seniorů v domovech pro seniory, vejdou v platnost s další novelizací Zákona o sociálních

službách, a tak i pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci budou mít svůj legislativně ukotvený koncept, jak ke spiritualitě seniorů přistupovat.

#### **2.4.4 Spirituální distres seniorů**

Spirituální distres lze definovat jako stav, kdy jedinci hrozí nebezpečí poruchy v systému jeho víry a hodnot, které mu poskytují sílu, naději a smysl života. Bývá spojen s těžkou depresí a touhou po urychlené smrti a ukončením života. Spirituální distres tedy může mít škodlivý účinek na prognózu a kvalitu života nemocných (Monod M. 2010).

S pojmem spirituální distres se v naší literatuře setkáme jen velmi zřídka. Bývá označován pojmem duchovní strádání, či duchovní nouze.

U klientů s infaustní prognózou vystupují duchovní potřeby do popředí, stávají se jejich prioritou a jejich nerespektování může být nebezpečné. Často jde o potřebu usmíření, uzdravení vztahů s lidmi i s Bohem. Potřebuje-li klient vyřešení svých niterných záležitostí vytvořit podmínky a sám toho není schopen, musíme mu pomoci. (Svatošová 2012 s. 48).

Jako příklady spirituálního distresu uvádí O'Brienová (1982, s. 102) symptomy u těžce nemocných a umírajících lidí. Jsou jimi: duchovní bolest, duchovní odcizení, duchovní úzkost, duchovní vina, duchovní ztráta a duchovní hněv.

Mezi určující znaky duchovního strádání uvádí klasifikace NANDA (2013 s 429) následující příznaky:

- A. Vyjádření hněvu, nedostatku akceptace, nedostatku odvahy, nedostatku naděje, nedostatku lásky, nedostatku významu v životě, nedostatku smyslu v životě, odcizení, nedostatku odpuštění sobě samému, nedostatku klidu
- B. Odmítnutí interakce s důležitými blízkými osobami
- C. Nezáměr o přírodu
- D. Nezáměr o četbu duchovní literatury
- E. Pocit viny
- F. Neefektivní zvládání zátěže
- G. Odmítání interakce s duchovními vůdci
- H. Pocit separace od podpůrného systému
- I. Neschopnost vyjádřit předchozí stav kreativity (např. poslouchání hudby)

Domnívám se, že i přes veškeré poznatky a snahu o zvyšování kvality poskytované péče dodnes v domovech pro seniory hrozí riziko redukce na naplňování pouze fyzických a částečně psychických potřeb uživatelů, kdy na potřeby duchovní nezbývá čas a kapacita. Na jedné straně stojí ekonomičtí ukazatelé vyčísľující náklady na provoz a tendence ušetřit, na straně druhé potřeby uživatelů, jejichž naplnění mnohdy přesahuje na první pohled patrné a samozřejmé úkony přímé péče. Má-li pracovník mít čas například každého z uživatelů vyslechnout, nemůže stihnout věnovat se stejnému počtu uživatelů, jako kdyby se zaměřil pouze na jeho fyzické potřeby.

## **2.5 Výsledky dosavadního bádání**

Spirituální distres u seniorů v pobytovém zařízení není tématem, které by se stávalo předmětem četných studií. Rozšíříme-li však, vzhledem k významné analogii, okruh pátrání v literatuře o pojmy jakými jsou „spirituální distres u hospitalizovaných, nemocných, umírajících dospělých pacientů“ pak již máme z čeho čerpat. Níže se pokusím zmínit výsledky některých dostupných studií, které byly k těmto tématům u nás i v zahraničí publikovány.

V roce 2003 vyšel v americkém časopisu *Journal of Pastoral Care & Counseling* (Kennedy Ch., Cheston S.) článek s názvem „Duchovní tíseň na konci života“. Autoři v článku upozorňují, že duchovní tíseň (spirituální distres) u umírajících může být obtížné rozlišitelná od psychického a fyzického strádání a poukazují na potřebu rozlišovat mezi skutečnou duchovní tísní a psychózami souvisejícími s fyzikálním procesem smrti. Svůj článek autoři představují jako pokus podpořit dialog napříč interdisciplinárním týmem a snaží se podpořit pozornost, věnovanou duchovním potřebám pacienta. Dle jejich zjištění se může často duchovní tíseň projevit jako zdánlivě neřešitelný psychický i fyzický příznak. V těchto případech může být člověk velmi neklidný a provádět četné pokusy dostat se ven z postele. Pacient může také křičet, nebo se může jevit, že s něčím nebo někým bojuje. Pokud i přes vyloučení fyzického nepohodlí a nasazení obvyklých léků na uklidnění není pozorován žádný účinek, pak tyto příznaky často naznačují přítomnost duchovní nouze. Autoři ve svém článku uvádějí několik příkladů, kdy poskytnutá duchovní intervence zbavila hospicové pacienty těchto nepříjemných stavů. Často se však bohužel ukazuje, že příznaky duchovní nouze

u pacientů nejsou v interdisciplinárním týmu detekovány. Autoři zdůrazňují, že duchovní péče je nezbytným dílkem do puzzle hospicové péče.

V lednu 2014 byla v *Latino-Americana de Enfermagem* (RLAE) publikována zajímavá studie (Caldeira S., Campos de Carvalho E, Vieira M., 2014), zabývající se vztahem mezi duchovním blahem a duchovní nouzí a možných souvisejících faktorech u starších pacientů s rakovinou. RLAE je oficiální vědecká publikace University of São Paulo u Ribeirão Preto College of Nursing v Brazílii, spolupracující s centrem WHO pro výzkum a vývoj ošetřovatelství. Jejím posláním je publikovat vědecké výsledky výzkumu v ošetřovatelství a dalších oblastí zájmu pro zdravotníky. Tento časopis je vydáván v Brazílii, vychází od ledna 1993 jako dvouměsíčník v různých zemích po celém světě. Autorky studie se snažily vysledovat ošetřovatelskou diagnózu „duchovní tíseň“ u starších pacientů s rakovinou. Duchovní blaho zjišťovali pomocí dotazníku SWBQ. Této studii se zúčastnilo 45 pacientů, průměrného věku 70,3 let, všichni účastníci výzkumu byli katolíci, nejčastějším typem rakoviny u žen byla rakovina prsu a rakovina tlustého střeva u mužů. Duchovní nouze byla identifikována jako ošetřovatelská diagnóza u 42 % respondentů z tohoto vzorku. Tato prevalence apeluje na sestry i manažery, aby zorganizovali péči o pacienty tak, aby zdravotní sestry tuto ošetřovatelskou diagnózu dokázaly včas a účinně intervenovat. Ačkoli celostní pojetí v přístupu k pacientům je přítomno ve všech učebních osnovách, oblast týkající se spirituálních potřeb pacientů je zřejmě nedostačující ve srovnání s jinými oblastmi. Ukázalo se, že znalosti z této oblasti jsou nezbytné pro poskytování ošetřovatelské péče a je nutné sestřím umožnit získání potřebných kompetencí pro duchovní péči a identifikaci duchovní nouze u pacientů.

Také v ČR se výzkumy v oblasti spirituálního distresu často týkají onkologických pacientů. V roce 2013 byla provedena pilotní studie s názvem „Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním“. (Hajnová, Bužgová 2013 s. 708 - 714)

Cílem výzkumu bylo zjistit důležitost spirituálních potřeb pacientů v paliativní péči a jejich saturaci na onkologické klinice FN Ostrava. Výzkumný soubor tvořilo 93 pacientů, u nichž byla ukončena onkologická léčba s kurativním záměrem a vzhledem k negativní prognóze nemoci jim byla poskytována paliativní péče na onkologické klinice FN Ostrava. Ke sběru dat byly použity otázky z domény spirituální potřeby dotazníku pro měření potřeb PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative care) a dotazník EORTC QoLC-30.

V oblasti spirituálních potřeb považovali respondenti nejčastěji za důležité „nenáboženské“ duchovní potřeby a to „být naplněn klidem“ (95 %), „mít smysl života“ (92 %) a „mít pozitivní náhled na život a naději“ (91 %). Pacienti byli nejčastěji nespokojeni s nemožností účasti na bohoslužbě (44 %, 56 % u druhého měření). Spirituální potřeby považovali signifikantně častěji za důležité pacienti starší 65 let a pacienti bez náboženského vyznání ( $p < 0,05$ ). V hodnocení saturace duchovních potřeb nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Identifikace pro pacienta důležitých spirituálních potřeb by se měla stát součástí ošetrovatelské péče.

Burelová (2009) se ve své magisterské práci zabývá tématem duchovních potřeb seniorů. Cílem práce bylo zjistit, zda a v jaké míře vybrané faktory jako věk, víra a region ovlivňují duchovní potřeby seniorů, zda nabídka poskytovaných služeb nemocnice uspokojuje jejich očekávání v oblasti duchovních potřeb a také popsat míru ovlivnění životních postojů a hodnot seniorů nemocí. Oslovení senioři uváděli poměrně široký výčet svých duchovních potřeb. Nejčastěji je uváděna potřeba dobrých mezilidských vztahů (67,5 %) a dobrý kontakt s rodinou (66,0 %), dále pak potřeba lásky (56,5 %), nebýt osamělý (53,0 %) a naplnění smyslu života (50,5 %). Věřící senioři více preferovali spirituální duchovní potřeby a naopak nevěřící více niterné duchovní potřeby. Závěrem své práce Burelová konstatuje:

„Personál by proto měl mít stále na paměti, že každý člověk má své duchovní potřeby. Měl by proto umět naslouchat i neverbálním projevům svých pacientů a citlivě reagovat na jejich (často nahlas nevyřčená) přání. Zavolat k lůžku kněze, umožnit hospitalizovaným pacientům každodenní kontakt se svými blízkými, předcházet pocitům osamocení a vždy dodávat starým lidem odvalu a naději. Určitě by bylo vhodné, aby se zdravotnický personál více vzdělával v dané problematice a nebál se hovořit na duchovní témata, která jsou (zvláště témata spirituální) v naší sekulární společnosti stále tabuizována.“

Další studie s tématem duchovních potřeb seniorů byla provedena v roce 2014 v Imam Reza v nemocni Lar, jižním Íránu. Studie se zaměřila na zkoumání účinku duchovní/náboženské intervence na subjektivní pohodu (SWB) a úzkost starších osob přijatých na koronární jednotku. Úzkost a duchovní tíseň byly častými problémy mezi hospitalizovanými pacienty. Starší lidé byli k tomuto problému náchylnější, v důsledku snížení schopnosti přizpůsobit se. Studie byla provedena se skupinou 66 pacientů hospitalizovaných na koronární jednotce. Po získání informovaného souhlasu byly shromážděny údaje pomocí Spielberger State-rys, SWB Scale a demografického dotazníku.



Dotazníky byly s pacienty vyplněny před a po duchovní intervenci. Účastníci skupiny podstoupili 60 až 90 minutové sezení se zaměřením na sycení duchovních a náboženských potřeb po dobu 3 po sobě jdoucích dnů. Výsledky ukázaly výrazný nárůst průměrného skóre SWB v intervenční skupině po jednotlivých sezeních ( $P = 001$ ). Také byl zaznamenán výrazný pokles úzkosti v intervenční skupině ve srovnání s kontrolní skupinou ( $P < .001$ ). Duchovní/náboženská intervence by tedy mohly zvýšit SWB a snížit úzkost u starších pacientů přijatých na koronární jednotku (Elham, Hazrati, Momennasab a Sareh 2015, s. 136-143).

Z dosavadních uvedených studií vyplývá, jak důležité je věnovat pozornost duchovním potřebám pacientů (uživatelů sociálních služeb). Nejsou-li duchovní potřeby naplněny, vzniká duchovní nouze (spirituální distres), která může mít za následek řadu psychických i fyzických problémů a tím výrazně snížit kvalitu života seniora. Proto také všichni autoři závěrem svých studií doporučují věnovat naplnění duchovních potřeb ze strany pečujících patřičnou pozornost.

### **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

Empirická část práce obsahuje metodologii prováděného výzkumu, popis výzkumného šetření a jeho vyhodnocení. Cílem výzkumného šetření je ověření formulovaných hypotéz, které se týkají výskytu spirituálního distresu v domovech pro seniory a jeho komparací se dvěma proměnnými.

#### **3.1 Etika výzkumu**

Předložený výzkum je zpracován v souladu s etickými principy. Etické principy vědecké práce lze rozdělit na všeobecné etické zásady vědecké práce a specifické aspekty vědecké práce konkrétního vědeckého oboru. Podle všeobecných zásad etiky výzkumné práce by badatel neměl:

1. Vydávat myšlenky jiných za své.
2. Falzifikovat údaje – úmyslně překroutit fakta, nebo zamlčet získané informace.
3. Fragmentovat bádání – například z internetových zdrojů sestavit novou práci.

4. Nepřiznat prioritu jinému výzkumníkovi, který před námi dospěl ke stejnému závěru.
5. Manipulovat s výsledky.
6. Zamlčet negativní výsledky, i negativní výsledky mají svou vypovídající hodnotu.

Nepoctivost a vědomé porušování pravidel se vyskytuje ve všech oblastech života, ale věda a především výzkum, jsou na nepoctivost zvláště citlivé. Poctivost a čestnost k sobě i druhým je základním předpokladem k nalezení nových poznatků (Bártlová, Sadílek, Tóthová 2005 s. 24 – 25).

Specifické etické aspekty výzkumu v této práci vycházejí ze skutečnosti, že zdrojem informací jsou lidé, předmětem bádání pak jejich duchovní potřeby. Je proto nezbytné, aby zkoumané osoby měly zabezpečena všechna práva, která jim náleží a mají je chránit. Je nutné respektovat základní principy výzkumu, jehož předmětem je člověk:

- a) Princip prospěšnosti
- b) Princip respektování lidské důstojnosti
- c) Princip spravedlnosti
- d) Princip ochrany zranitelných jedinců (Bártlová, Sadílek, Tóthová 2005 s. 27 – 28)

Zvláštní pozornost je třeba věnovat získání souhlasu respondenta s účastí na výzkumu. Vyslovení souhlasu musí znamenat, že jedinec dostal všechny adekvátní informace formou, kterou je schopen pochopit a svobodně se rozhodl o své účasti ve výzkumu. Srozumitelné a úplné informace byly respondentům sděleny v ústní podobě. Respondenti byli jednotlivými vyškolenými facilitátory informováni o účelu výzkumu a svém statusu v něm, délce trvání výzkumného šetření, o tom, že za poskytnuté informace neobdrží odměnu, respondenti byli dále ujištěni, že jejich soukromí bude během celého šetření chráněno a rozhovory s vyplňováním anonymního dotazníku budou probíhat bez přítomnosti třetích osob. Také dostali telefonický kontakt na mne jako organizátorku výzkumného šetření, s tím, že se v případě dotazů, nejasností či problémů spojených s šetřením na mne mohou kdykoli s důvěrou obrátit. Této možnosti však nikdo z respondentů po dobu šetření nevyužil. Po tomto poučení měl uživatel domova pro seniory možnost se rozhodnout, zda se výzkumného šetření zúčastní, nebo ne. Někteří z nich se rozhodli hned, někteří si vzali nějaký čas na rozmyšlení.

Velkou roli v etické stránce výzkumu sehrál výcvik skupiny facilitátorů. Výcvik probíhal s jednotlivými výzkumníky samostatně a měl za cíl seznámit facilitátory nejen s dotazníkem SDAT a způsobem sběru a zaznamenávání dat, ale zejména s výše uvedenými

etickými zásadami výzkumu. Vzhledem k tomu, že všechny osoby, které se výzkumu podílely, pracují dlouhodobě v sociální oblasti, nebyl pro ně problém etické principy výzkumu pochopit a akceptovat.

### 3.2 Typ výzkumu

Podle přístupu dělíme výzkum na kvalitativní a kvantitativní. Aplikace každého z nich představuje určité výhody i nevýhody. Kvalitativní přístup byl u nás dříve často vnímán jen jako jakýsi doplněk zavedených kvantitativních postupů, které byly považovány za jedinou (a také jedinou důvěryhodnou) podobu empirického výzkumu, platí ovšem, že oba přístupy jsou naprosto rovnocenné a navíc se navzájem účelně doplňují. Smíšený výzkum aplikuje kvantitativní i kvalitativní podoby zkoumání tak, že kvalitativní obvykle předchází té kvantitativní, nebo jsou v jistých fázích realizace výzkumu nasazovány souběžně. (Reichel 2009, s. 42)

- a) **Kvalitativní výzkum** – cílem kvalitativního výzkumce vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie. Kvalitativní výzkum používá induktivní logiku – na začátku výzkumu je pozorování a sběr dat. Pak se pátrá pro pravidelnostech vyskytujících se v těchto datech, po významu těchto dat, formulují se předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie.
- b) **Kvantitativní výzkum** – je testování hypotéz. Logika kvantitativního výzkumu je deduktivní. Problém, existující buď v teorii, nebo v sociální realitě je přeložen do hypotéz. Sbírají se data pro testování hypotéz a výstupem kvantitativního výzkumu je soubor přijatých a zamítnutých hypotéz. (Disman 2002, s. 286 – 287)

V empirické části své práce jsem použila kvantitativní typ výzkumu, budu ověřovat hypotézy, formulované na základě cílů výzkumu a výzkumných otázek pomocí standardizovaného dotazníku SDAT, nástroje pro posouzení spirituálního distresu. (Monod S., Rochat E., Büla Ch., Jobin G., Martin E. a Spencer B. 2010)

### 3.3 Cíle výzkumu, výzkumné otázky

Hlavním cílem empirické části mé práce bude zjistit, zda se ve vybraných domovech pro seniory u nadpoloviční většiny uživatelů vyskytují známky spirituálního distresu.

Vedlejšími cíli je zjistit, zda výskyt spirituálního distresu souvisí s proměnnými, za které jsem zvolila účast seniorů na duchovních programech a typ zřizovatele domova pro seniory. Na základě dosavadních provedených bádání a závěrů z teoretické části práce mám důvod očekávat, že duchovní aktivity seniorů a pobyt v církevním zařízení budou mít pozitivní vliv na naplnění duchovních potřeb seniorů.

Na základě stanovených cílů práce a závěrů z teoretické části práce jsem formulovala následující výzkumné otázky:

**a) Hlavní výzkumná otázka**

1. Vyskytuje se u nadpoloviční většiny seniorů ve vybraných domovech pro seniory spirituální distres?

**b) Vedlejší výzkumné otázky**

1. Existuje rozdíl ve výskytu spirituálního distresu mezi uživateli domovů pro seniory, v závislosti na účasti na duchovních programech?
2. Existuje rozdíl v podílu seniorů vykazujících známky spirituálního distresu v závislosti na typu zřizovatele?

### **3.4 Formulace a operacionalizace hypotéz**

Hypotéza je domněnka, podmíněně pravdivý výrok o vztahu mezi dvěma či více jevy, o existenci nějakého faktu, fenoménu, procesu a jejich příčinách a změnách. Hypotézy tvoří jakousi spojnicí mezi teoretickou a empirickou složkou poznání. Jsou odvozovány z teorie jejich potvrzení či vyvrácení teorii obohacuje a rozvíjí. Jejich verifikace i falzifikace jsou z vědeckého hlediska stejně cenné. Rozlišujeme vstupní – obecnou hypotézu, která má podobu obecnější úvahy a hypotézy pracovní, které jsou konkretizací úvodní hypotézy a podmíněně vyjadřují vztahy mezi určitými vlastnostmi (Reichel 2009 s. 60).

#### **Vstupní - existenční hypotéza**

**1H<sub>0</sub>** U nadpoloviční většiny uživatelů vybraných domovů pro seniory se vyskytují známky spirituálního distresu.

**1H<sub>1</sub>** U nadpoloviční většiny uživatelů vybraných domovů pro seniory se nevyskytují známky spirituálního distresu.

## Pracovní - vztahové hypotézy

Při použití chí-kvadrát testu nezávislosti u pracovních hypotéz tvrdí hypotéza  $H_0$ , že sledované znaky jsou nezávislé, alternativní hypotézou  $H_1$  je pak hypotézou o jejich závislosti.

**2H<sub>0</sub>** Mezi uživateli domovů pro seniory neexistuje rozdíl ve výskytu spirituálního distresu v závislosti na účasti na duchovních programech.

**2H<sub>1</sub>** Mezi uživateli domovů pro seniory existuje rozdíl ve výskytu spirituálního distresu v závislosti na účasti na duchovních programech.

**3H<sub>0</sub>** Neexistuje rozdíl v podílu seniorů vykazujících známky spirituálního distresu v závislosti na typu zřizovatele.

**3H<sub>1</sub>** Existuje rozdíl v podílu seniorů vykazujících známky spirituálního distresu v závislosti na typu zřizovatele.

Operacionalizací se nazývá proces převodu použitých pojmů za zkoumatelné ukazatele. Při kvantitativním zkoumání je potřeba definovat všechny pojmy a převést na zkoumatelné znaky (proměnné). Operacionalizace vede výzkumníka k tomu, jak s příslušnými znaky zacházet a jak je zjišťovat, případně měřit (Reichel 2009 s. 51 – 53).

Operacionalizace jednotlivých proměnných:

- Za uživatele domova pro seniory budou považovány osoby, které v době šetření měly na tuto registrovanou sociální službu uzavřenou smlouvu, v domově pro seniory se v době šetření nacházely a byly ochotny dotazník s výzkumníkem vyplnit.
- Spirituálního distres bude posuzován podle naplnění/nenaplnění pěti duchovních potřeb definovaných ve standardizovaném dotazníku SDAT (Spiritual distress assessment tool, Monod a kol. 2010).
- Nadpoloviční většina je více než 50% respondentů.
- Duchovním programem se rozumí aktivity zařízení, směřující k naplnění duchovních potřeb uživatelů.
- Církevní domov pro seniory je takový, jehož zřizovatelem je církev.

## 3.5 Popis použitých metod

Jako metoda sběru dat pro tuto diplomovou práci byl použit standardizovaný strukturovaný dotazník SDAT modifikovaný pro sociální služby. Dotazník s uživateli vyplňovaly pracovnice, které se s klienty dobře znají, a protože dotazník je sestaven na principu strukturovaného rozhovoru s uživatelem, pracovnice mi potvrdily mou zkušenost z předvýzkumu, že sběr dat prováděly nejen strukturovaného rozhovoru, ale i například pozorováním uživatele. Analýza rozhovoru a pozorování uživatele pak vedly k identifikaci eventuálních nenaplněných duchovních potřeb u uživatelů. Před zaznamenáním bodového hodnocení u jednotlivých potřeb dotazníku SDAT se tazatelky vždy ujistily, zda se zaznamenávanou hodnotou uživatel souhlasí, zda strukturovaný rozhovor byl správně pochopen a interpretován. Studium dokumentů, a sice individuálního plánu uživatele, využila ve dvou případech aktivizační pracovnice, když si ona ani respondent nebyli jistí, zda a jak často se dotyčný respondent zúčastňuje duchovních aktivit v zařízení.

### 3.5.1 Dotazník SDAT

Dotazník SDAT (spiritual distress assessment tool) byl vyvinut na základě studie, jejíž výsledky byly poprvé publikovány v prosinci 2010.

Hlavní hypotézou tohoto výzkumu bylo, že duchovní nouze vyplývá z nenaplnění duchovních potřeb, a čím větší je míra, do jaké duchovní potřeba zůstává nenaplněná, tím vyšší je úroveň duchovní tísně (spirituálního distresu) u pacienta. Interdisciplinární skupina zdravotníků (jeden lékař, čtyři sestry a tři kaplani), pracující v pěti různých geriatrických nemocnicích ve Švýcarsku, se celkem čtrnáctkrát během dvou let sešli za účelem definování a konceptualizace pojmu spiritualita u hospitalizovaných geriatrických osob. Skupina byla vedena jedním ze spoluautorů studie.

Dalším krokem bylo vytvoření nástroje pro hodnocení spirituálního distresu. Autoři studie se rozhodli testovat navržený model pro zjišťování duchovních potřeb v nemocniční geriatrické péči po dobu šesti měsíců za účelem posouzení jeho proveditelnosti v klinické praxi. Tato fáze výzkumu byla provedena v post-akutní péči odboru geriatry, University of Lausanne Medical Center, kde 66 lůžková jednotka poskytuje interdisciplinární péči zaměřenou na obnovu nejvyšší možné míry funkční nezávislosti a kvality života pacientům ve věku 65 a více let. Osmdesát procent pacientů se hlásilo k židovsko-křesťanské víře. V průběhu šestiměsíčního období hodnotil kaplan 69 nemocných s použitím rámce SDAT,

dotazník byl postupně strukturován a systematizován v interdisciplinárním týmu. V průběhu tohoto procesu byla postupně navržena a testována sada otázek pro použití v rozhovoru zjišťujícím duchovní potřeby pacienta. Šlo o to, vytvořit strukturovaný analytický rámec pro rozhovor k posouzení závažnosti nenaplněných duchovních potřeb u pacienta. Tento proces vyústil v definici SDAT, nástroje založeného na formalizovaném postupu při posuzování a identifikování nenaplněné duchovní potřeby, včetně skóre, do jaké míry duchovní potřeba zůstala neuspokojená a umožňující určit přítomnost spirituálního distresu.

Poslední fází bylo posouzení přijatelnosti SDAT, protože každá služba může být efektivní pouze tehdy, pokud panuje shoda u předávajícího a přebírajícího v tom, jak byla zamýšlena. Zjistit přijatelnost SDAT bylo úkolem kaplanství z University of Lausanne Medical Center, kaplani byli zaškoleni v používání dotazníku. Cílem bylo zjistit, do jaké míry kaplani vnímají SDAT jako relevantní pro svou práci a do jaké míry považují jeho použití za proveditelné v nemocničním prostředí. Na konci každého rozhovoru musel kaplan pacientovi říci přesné informace o tom, co má v úmyslu předat do interdisciplinárního týmu a mohl tak učinit pouze se souhlasem pacienta, zvláštní pozornost musí být věnována tomu, aby se zabránilo zbytečnému sdílení intimních informací a byla zajištěna důvěrnost informací (Monod, Rochat, Büla, Jobin, Martin a Spencer 2010)

Dotazník SDAT je koncipován do čtyř okruhů, které představují jednotlivé duchovní dimenze a pěti potřeb spojených s těmito duchovními dimenzemi:

1. Duchovní dimenze SMYSL – potřeba životní rovnováhy
2. Duchovní dimenze TRANSCENDENCE – potřeba spojení
3. Duchovní dimenze HODNOTY
  - a) potřeba respektování hodnot
  - b) potřeba udržet si kontrolu
4. Duchovní dimenze PSYCHOSOCIÁLNÍ IDENTITA – potřeba zachovat si identitu

Ke každé potřebě je navržen soubor otázek pro interview s pacientem a sada otázek k analýze interview a identifikaci nenaplněných duchovních potřeb. Ve vyhodnocování dotazníku SDAT hodnotíme každou z výše jmenovaných potřeb zvlášť, na stupnici od nuly do tří bodů, kdy příslušný počet bodů znamená:

**0 bodů** – žádné signály nenaplněných duchovních potřeb

**1 bod** – určité signály nenaplněných duchovních potřeb

**2 body** – podstatné signály nenaplněných duchovních potřeb

**3 body** – signály závažného nenaplnění duchovních potřeb

Dotazník, který byl koncipován jako nástroj měření spirituálního distresu u hospitalizovaných geriatrických pacientů, bylo nutné adaptovat na prostředí domovů pro seniory a přeformulovat některé otázky. Konkrétně se jednalo o adaptaci těchto několika pojmů ze zdravotního na sociální prostředí:

- pojem „pacient“ jsem nahradila pojmem „uživatel“
- pojem „hospitalizace“ byl nahrazen pojmem „pobyt v sociálním zařízení“.
- pojem „zdravotní personál“ byl nahrazen pojmem „personál zařízení“ otázku „Máte dost informací o svém zdravotním stavu a cílech Vaší hospitalizace a léčby?“ jsem změnila na: „Máte dostatek informací o svém zdravotním stavu a cílech Vašeho pobytu v domově pro seniory a léčby?“

### **3.6 Předvýzkum**

Začátkem měsíce května 2015 jsem v městském zařízení – MěČKP provedla předvýzkum na malém vzorku cílové populace – vyplnila jsem dotazník SDAT se třemi klienty domova pro seniory. „Předvýzkum je testem nástrojů, které ve výzkumu hodláme použít“ (Disman 2002 s. 122). Předvýzkum mi pomohl otestovat a nastavit parametry samotného šetření. Adaptovaný dotazník SDAT bylo možné vyplnit se všemi třemi vybranými uživateli. Otázkám rozuměli, v analýze interview jsme se shodli v počtu bodů nenaplněných duchovních potřeb. Dva z respondentů byli nevěřící, proto jsme se trochu zdrželi u potřeby spojení, kde se celý soubor otázek pro interview s uživatelem zabývá náboženstvím, vírou, spiritualitou, vztahem respondenta k Bohu a jeho eventuálním narušením. Pokud respondent uvedl, že se nehlásí k žádnému náboženství, víře nebo spiritualitě, bylo nutné jinými vhodnými otázkami zjistit, zda potřeba spojení s vlastním existenciálním základem není u respondenta narušena. Ptala jsem se tedy, zda se v domově pro seniory nějak změnilo to, čemu klient dosud ve svém životě věřil, jestli má v této souvislosti nějaké pochybnosti či pocity strádání a zda pobyt v domově pro seniory nějakým způsobem narušuje jeho prožívání a vyjadřování o chápání světa. Bodové hodnocení jsem s respondenty vždy konzultovala a o zachování tohoto postupu jsem usilovala i při předávání dotazníků facilitátorům pro samotné výzkumné šetření.



### 3.7 Popis výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo od května do července 2015 ve čtyřech domovech pro seniory. 109 seniorů ve věku od 60 do 102 let vyplnilo s pomocí sociální, aktivizační a pastorační pracovnice anonymní dotazníky vypracované na základě modelu SDAT (Spiritual distress assessment tool, Monod a kol. 2010), doplněné o otázky na věk, pohlaví, počet klientů na pokoji, účast na duchovních programech a typ zařízení z hlediska zřizovatele, modifikované pro sociální zařízení. S tímto připraveným dotazníkem jsem seznámila vedoucí jednotlivých vybraných domovů pro seniory s dotazem, zda souhlasí s prováděním výzkumu v jejich zařízení. Ve všech případech byla odpověď kladná. V Dřevčickém Parku i Domově U Anežky jsem v minulosti pracovala na vedoucí pozici, proto se s vedením organizací osobně znám a znám také větší část klientů i zaměstnanců zařízení. Otázkou dlouho zůstávalo, kdo bude dotazníkové šetření s respondenty v jednotlivých zařízeních provádět. Od původní myšlenky, že bych mohla já sama, mne odradila obava z možného zkreslení výzkumu, kdy bych mohla, ať již vědomě či nikoli, jinak přistupovat k městskému zařízení, ve kterém pracuji jako ředitelka, a které jsem do výzkumného terénu také zařadila. Nakonec jsem v jednotlivých zařízeních pro výzkumné šetření delegovala pracovnice, se kterými se osobně znám a považuji je za vysoce kompetentní. Všechny tři přicházejí s klienty daných zařízení denně do styku ve funkci aktivizační, sociální pracovnice a pastorační asistentky. Aktivizační a sociální pracovnice jsou v pracovním poměru k organizaci, ve kterém šetření prováděly. Se všemi jsem se před zahájením sběru dat osobně sešla a nad dotazníkem jsme strávily několik desítek minut, kdy jsme rozebíraly jednotlivé otázky dotazníku a ujasňovaly jsme si zejména správnou analýzu interview s respondenty následným bodovým ohodnocením. Chtěla jsem si být jistá, že jejich postup jejich bude jednotný. V interpretaci dotazníku jsem vycházela zejména ze svých zkušeností z předvýzkumu, který jsem u tří uživatelů osobně prováděla.

#### 3.7.1 Představení zařízení, v nichž výzkum probíhal

##### 1) Domov U Anežky

- **Lokalita:** Benátky nad Jizerou, Středočeský kraj
- **Zřizovatel:** Středočeský kraj

- **Kapacita zařízení/typ pokojů:** 65 klientů, 19 jednolůžkových pokojů a 23 dvoulůžkových pokojů
- **Zařízení deklaruje:** Pokoje jsou pěkné, prostorné, nechybí televize a lednice. Klienti mohou používat i jiné spotřebiče. Také se zde výborně vaří. Aby každý klient byl se stravou spokojen, mám každý všední den, mimo prázdnin, výběr ze dvou hlavních jídel. Stejně tak si klienti mohou 3x v týdnu vybrat z nabídky večeří. Prádlo se pere v místní prádelně, ale pokud některý klient chce, může si prádlo vyprat v nové automatické pračce, případně si prádlo prát jinde.
- **Aktivity:** V domově se nabízí také různé možnosti využití volného času. Klienti si zvláště oblíbili kurz keramiky, Cestománii, zpívání či taneční s panem Veletou. Pravidelně pořádají také zábavy s hudbou, tancem a zpěvem. Klienti vyrábí i různé výrobky - za keramiku v loňském roce na výstavě v Lysé nad Labem dostali i Cenu hejtmana Středočeského kraje. Každý rok se klienti mají možnost setkat na velmi oblíbené velké akci "Anežské posvícení" se svou rodinou, přáteli, známými.
- **Duchovní péče a aktivity zaměřené na duchovní potřeby klientů:** Nejméně 1x za 14 dní navštěvuje zařízení jeden ze zástupců místních církví (Katolická, Sbor církve bratrské a Církev československá husitská) a koná se zde bohoslužba. Duchovní docházejí za jednotlivými klienty i mimo tyto termíny dle jejich přání a potřeb.
- **Absolutní/ relativní počet respondentů, s nimiž byl v zařízení dotazník vyplněn:** 35 respondentů, tj. 53,85% uživatelů služby

## 2) Charitní domov Stará Boleslav

- **Lokalita:** Stará Boleslav, Středočeský kraj
- **Zřizovatel:** Jedná se o specifickou službu, kterou stát poskytuje starším řeholním sestrám a kněžím. Služba se poskytuje na základě řešení závazku státu ke zmírnění následku křivd na řeholnicích a kněžích.
- **Kapacita zařízení/typ pokojů:** 31/16 míst na jednolůžkových pokojích a 8 míst na dvoulůžkových pokojích.
- **Zařízení deklaruje:** Díky Charitním domovům mohou řeholnice zůstat ve svých komunitách a přitom mají trvalou péči odpovídající jejich zdravotnímu stavu. Důležitým prvkem v péči je umožnění realizace duchovního poslání obyvatel domovů. Kněží, i když se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni zcela o sebe postarat, jsou zvyklí na pravidelný život svátostí. V domovech je jim

umožněno sloužit denně mši svatou. Proto je ve všech našich domovech velmi důležitá kaple, aby obyvatelé mohli i nadále žít plnohodnotným životem modlitby, což je pro ně ve stáří podstatná forma realizace jejich životního poslání

- **Aktivity:** rozhovory ošetrovatelského personálu s obyvatelem při poskytování základních činností, vycházky mimo objekt domova s doprovodem (mobilní obyvatel, obyvatel na invalidním vozíku), volnočasové aktivity pořádané domovem, dobrovolnická činnost v domově,
- **Duchovní péče a aktivity zaměřené na duchovní potřeby klientů:** možnost denní účasti na mši sv., možnost účasti na společné modlitbě růžence, možnost rozhovoru s knězem, zprostředkování svátostí, možnost účasti na duchovních cvičeních v domově (1x ročně 3 dny), možnost adorace a soukromé modlitby v kapli domova. Obyvatelům, kterým to zdravotní stav dovoluje, je nabídnuta možnost účasti na mši sv. v místních kostelích a na Národní svatováclavské pouti. Podle zájmu obyvatel domov zajistí prohlídku místních kostelů s průvodkyní.
- **Absolutní/ relativní počet respondentů, s nimiž byl v zařízení dotazník vyplněn:** 17 respondentů, tj. 54,84% uživatelů služby

### 3) Domov pro seniory Dřevčický Park

- **Lokalita:** Dřevčice, Brandýs nad Labem
- **Zřizovatel:** Dřevčická o.p.s.
- **Kapacita zařízení/typ pokojů:** 33 uživatelů, 2 čtyřlůžkové, 6 třílůžkových, 2 dvoulůžkové a 3 jednolůžkové pokoje
- **Zařízení deklaruje:** Vysokou kvalitu služeb pro seniory, jistotu pomoci v nadstandardně vybaveném a zajímavě architektonicky řešeném komplexu bezbariérových apartmánů, komfort, ošetrovatelskou službu a pravidelnou lékařskou péči. Zařízení je vhodné jak pro aktivní seniory, tak i pro klienty, kteří v závislosti na svém zdravotním stavu vyžadují zvýšenou péči. Bezbariérové apartmány jsou zařízeny tak, aby dopřály klientům zažívat domácí rodinnou atmosféru. Prostory jsou vybaveny moderním nábytkem, kuchyňským koutem s chladničkou, šatnou, prostorným sociálním zařízením a klimatizací. Nad každým lůžkem je možné instalovat LCD televizor. V pokojích je rovněž nainstalován bezpečnostní systém, který umožní rychlé přivolání pomoci v případě potřeby.

- **Aktivity:** Klienti se mohou věnovat své vlastní zájmové činnosti, věnovat se různým aktivizačním a terapeutickým činnostem, které pro ně připravuje personál Domova, nebo externí spolupracovníci. O plánovaných akcích jsou klienti předem informováni na nástěnkách na chodbách a v recepci. Domov poskytuje klientům příležitost ke kulturnímu životu, jako je čtení knih, poslech hudby a mluveného slova, besedy, zájezdy apod. Klient se může věnovat své zájmové činnosti, pokud tato činnost nebo její rozsah nejsou na úkor zdraví, nenarušují klid nebo neohrožují zdraví ostatních klientů. Každý klient má svobodu náboženského vyznání a politického smýšlení. Proto je Dřevčický Park otevřen návštěvám z řad duchovních Každý klient má svobodu náboženského vyznání a politického smýšlení. Proto je Dřevčický Park otevřen návštěvám z řad duchovních.
- **Duchovní péče a aktivity zaměřené na duchovní potřeby klientů:** Duchovní z Římskokatolické a Evangelické církve docházejí do zařízení nepravidelně za jednotlivými klienty, bohoslužby se v zařízení nekonají, za klienty dochází pravidelně pastorační asistentka Římskokatolické církve.
- **Absolutní/ relativní počet respondentů, s nimiž byl v zařízení dotazník vyplněn:** 18 klientů, tj. 54,55% uživatelů služby

#### 4) Městské centrum komplexní péče

- **Lokalita:** Benátky nad Jizerou, Středočeský kraj
- **Zřizovatel:** Město Benátky nad Jizerou
- **Kapacita zařízení/typ pokojů:** 40 klientů - 2 třílůžkové pokoje, 10 dvoulůžkových a 14 jednolůžkových
- **Zařízení deklaruje:** Cílem všech našich služeb je vytvořit takové podmínky pro život, aby klienti mohli uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé situace, jednat na základě vlastních rozhodnutí, aby mohli prožívat důstojný a aktivní život.
- **Aktivity:** Denní aktivizační program – dopolední cvičení, ergoterapie, keramická dílna. Příležitostně několikrát v roce výlety, společenské akce, koncerty. Spolupráce s dobrovolníky z osmých a devátých tříd ZŠ, ze psím útlukem v Lysé nad Labem a Dětským domovem v Krnsku.
- **Duchovní péče a aktivity zaměřené na duchovní potřeby klientů:** 1x za čtrnáct dní ve středu v odpoledních hodinách do zařízení docházejí zástupci Římskokatolické a Sboru církve bratrské, kteří se pravidelně střídají a mají pro

seniory připraven hodinový duchovní program. 1x za 14 dní ve čtvrtek mají klienti možnost zúčastnit se bohoslužby v sousedním zařízení – Domově u Anežky, kam mají bezbariérový přístup, se zástupci místních církví (Katolická, Sbor církve bratrské a Církev československá husitská). V případě potřeby a přání uživatelů mají duchovní přístup do zařízení kdykoli.

- **Absolutní/ relativní počet respondentů, s nimiž byl v zařízení dotazník vyplněn:**  
39 respondentů, tj. 97,5% uživatelů služby

### 3.8 Způsob zpracování dat

V použitém třídění 1. stupně se pro každou proměnnou identifikuje četnost výskytu jejích variant. Tak se ukáže zastoupení proměnných v souboru. Pro výzkum jsem zvolila následující dvě proměnné

1. Účast respondentů na duchovních programech nabízených v jednotlivých zařízeních
2. Zřizovatel domova pro seniory, jehož je respondent uživatelem

Tyto údaje jsou v předloženém výzkumu udávány ve faktických číslech v tzv. absolutních četnostech i v procentech v tzv. relativních četnostech. Dalšími údaji v prvním stupni třídění jsou základní statistické míry proměnných, které z předchozích dat vycházejí. Porovnáváním četnosti jednotlivých variant proměnných se ukazuje podoba jejich rozložení - tzv. distribuce případů. U jednotlivých duchovních potřeb se sleduje, zda kategorie proměnných jsou obsazeny rovnoměrně či nikoli, zda s nárůstem hodnoty kategorií stoupá nebo klesá počet případů, zda jde o rozložení blízké normálnímu, v němž se nejčastěji vyskytují střední hodnoty (Reichel 2009 s. 157-158).

Použitá dvourozměrná tabulka pro kvalitativní znaky se nazývá kontingenční tabulka. Pro ověření závislosti znaků uspořádaných v kontingenční tabulce při ověřování hypotéz jsem použila chí-kvadrát test nezávislosti dvou znaků. Při chí-kvadrát testu nezávislosti tvrdí hypotéza  $H_0$ , že sledované znaky jsou nezávislé, alternativní hypotézou  $H_1$  je pak hypotéza o jejich závislosti. K posouzení, zda empirické četnosti jsou, či nejsou v rozporu s hypotézou  $H_0$  o nezávislosti obou znaků, je třeba zkonstruovat očekávané četnosti, tj. četnosti, které by tabulka při stejných okrajových četnostech obsahovala v případě nezávislosti sledovaných znaků.

Nulové hypotézy tedy vzhledem k výše zmíněnému použitému testu chí-kvadrátu nezávislosti bylo nutné formulovat tak, aby předpokládaly nezávislost zkoumaných znaků (proměnných).

### **3.9 Výsledky výzkumu jejich analýza**

#### **3.9.1 Četnost výskytu zjištěných znaků ve zkoumaném souboru**

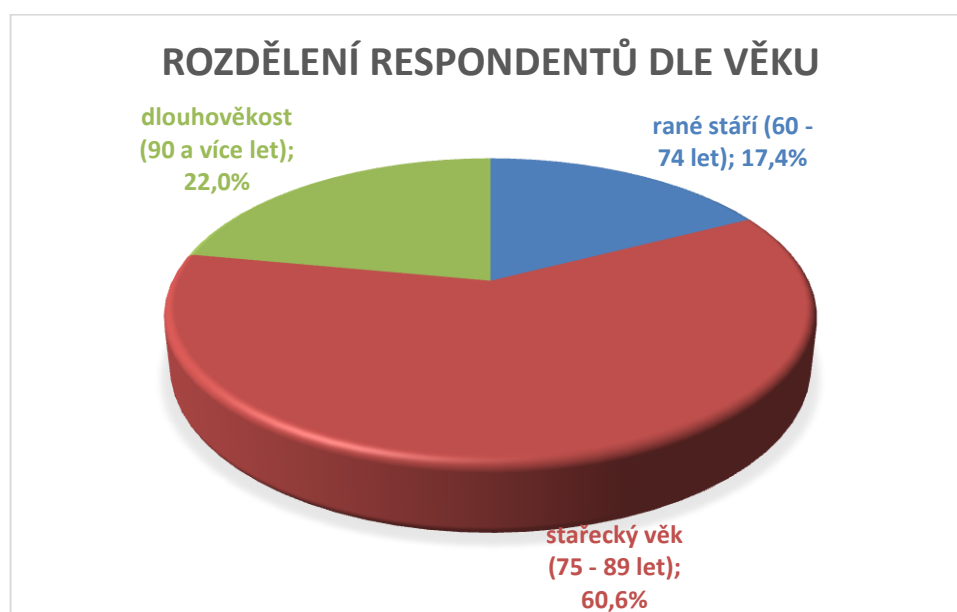
Výsledky dotazníkového šetření jsou v této části práce zobrazeny v grafech, které jsou vyhotoveny v programu Microsoft Excel. Ke každé otázce přísluší tabulka s údaji o absolutních i relativních četnostech a graf s hodnotami v relativních četnostech.

### Rozdělení respondentů dle věku

Z první tabulky a grafu je zřejmé, že nejvíce zastoupenou skupinou ve výzkumném vzorku jsou senioři ve věkovém rozpětí 75 – 89 let v absolutní četnosti 66 uživatelů, s relativní četností 60,6 %. Tento jev se dal předpokládat, vzhledem k údajům z grafu č. 1 v teoretické části práce, který obsahuje údaje o střední délce života. Průměrný věk respondentů byl 82,39 let. Nejmladšímu seniorovi, který se šetření zúčastnil, bylo 60 let, nejstaršímu pak 102 let.

Věk respondentů	Počet respondentů	Podíl
rané stáří (60 - 74 let)	19	17,4%
stařecký věk (75 - 89 let)	66	60,6%
dlohověkost (90 a více let)	24	22,0%

Tabulka č. 3 rozdělení respondentů dle věku



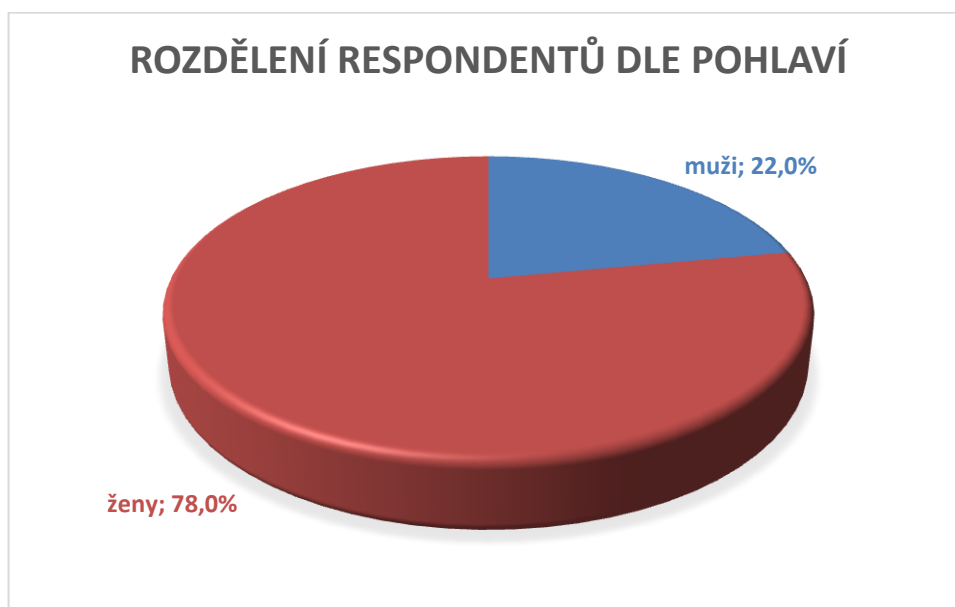
Graf č. 2 rozdělení respondentů dle věku

### Rozdělení respondentů dle pohlaví

V druhé tabulce a grafu můžeme číst absolutní i poměrné zastoupení mužů a žen mezi respondenty výzkumu. Převaha žen v domovech pro seniory koresponduje s mým pozorováním, údaji v odborné literatuře i údaji statistického úřadu.

Pohlaví	Počet respondentů	Podíl
muži	24	22,0%
ženy	85	78,0%

Tabulka č. 4 rozdělení respondentů dle pohlaví



Graf č. 3 rozdělení respondentů dle pohlaví



### Rozdělení respondentů dle počtu lůžek na pokoji, který obývají

Z přiložené tabulky a grafu je zřejmé, že nejvíce respondentů obývá dvoulůžkové pokoje. Dva pokoje jsou čtyřlůžkové, oba se nacházejí v soukromém zařízení Dřevčický Park. Současným doporučovaným trendem je výstavba a zřizování pokojů jednolůžkových, pro zachování větší intimity a soukromí svých obyvatel.

Velikost pokoje	Počet respondentů	Podíl
1 lůžkový	40	36,7%
2 lůžkový	51	46,8%
3 lůžkový	10	9,2%
4 lůžkový	8	7,3%

Tabulka č. 5 rozdělení respondentů dle velikosti pokoje, který obývají



Graf č. 4 rozdělení respondentů dle velikosti pokoje, který obývají

### Rozdělení respondentů dle jejich účasti na duchovních programech nabízených v zařízení

Všechna zařízení zařazená do výzkumu nabízejí svým uživatelům zprostředkování duchovních služeb, ať již ve formě bohoslužeb a duchovních setkávání, nebo individuální duchovní péče, tři ze zařízení nabízejí kombinaci obou těchto typů duchovních služeb. Z přiloženého grafu je zřejmé, že mírná nadpoloviční většina se nezúčastňuje žádaného duchovního programu.

Účast nad duchovním programem	Počet respondentů	Podíl
pravidelná	20	18,3%
občas	29	26,6%
nikdy	60	55,0%

Tabulka č. 6 rozdělení respondentů dle účasti na duchovním programu



Graf č. 5 rozdělení respondentů dle účastna duchovním programu

### Rozdělení respondentů dle zřizovatele zařízení, které jim službu poskytuje

Nejvíce respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, je z městského zařízení. Zde zřejmě sehrál svou roli fakt, že pracuji jako ředitelka tohoto zařízení a sociální pracovnice, která s uživateli dotazník vyplňovala, přistoupila ke svěřenému úkolu velmi zodpovědně. Instrukce k vyplnění dotazníků byly ve všech zařízeních stejné, prosila jsem pracovnice, aby dotazníky, pokud budou uživatelé moci a chtít, vyplnily alespoň s 50 % klientů v každém ze zařízení, aby měly vypovídající hodnotu. Tento parametr byl naplněn ve všech zařízeních.

Zřizovatel	Počet respondentů	Podíl na celkovém počtu respondentů
kraj	35	32,1%
město	39	35,8%
církev	17	15,6%
fyzická osoba	18	16,5%

Tabulka č. 7 rozdělení respondentů dle zřizovatele zařízení



Graf č. 6 rozdělení respondentů dle zřizovatele

### Rozdělení respondentů dle toho, zda se u nich vyskytuje spirituální distres

Na základě zjištěných údajů, uvedených v tabulce č. 8 a grafu č. 7, vyplynulo, že spirituální distres vykazuje 75,2 % respondentů, tj. 82 ze 109 dotázaných. Je tedy zjevné, že spirituální distres se u uživatelů v domovech vyskytuje a to v nezanedbatelné míře.

Spirituální distres	Počet respondentů	Podíl
Nevyskytuje se vůbec	27	24,8%
Vyskytuje se v různé míře	82	75,2%

Tabulka č. 8 rozdělení respondentů dle výskytu spirituálního distresu



Graf č. 7 rozdělení respondentů dle zřizovatele

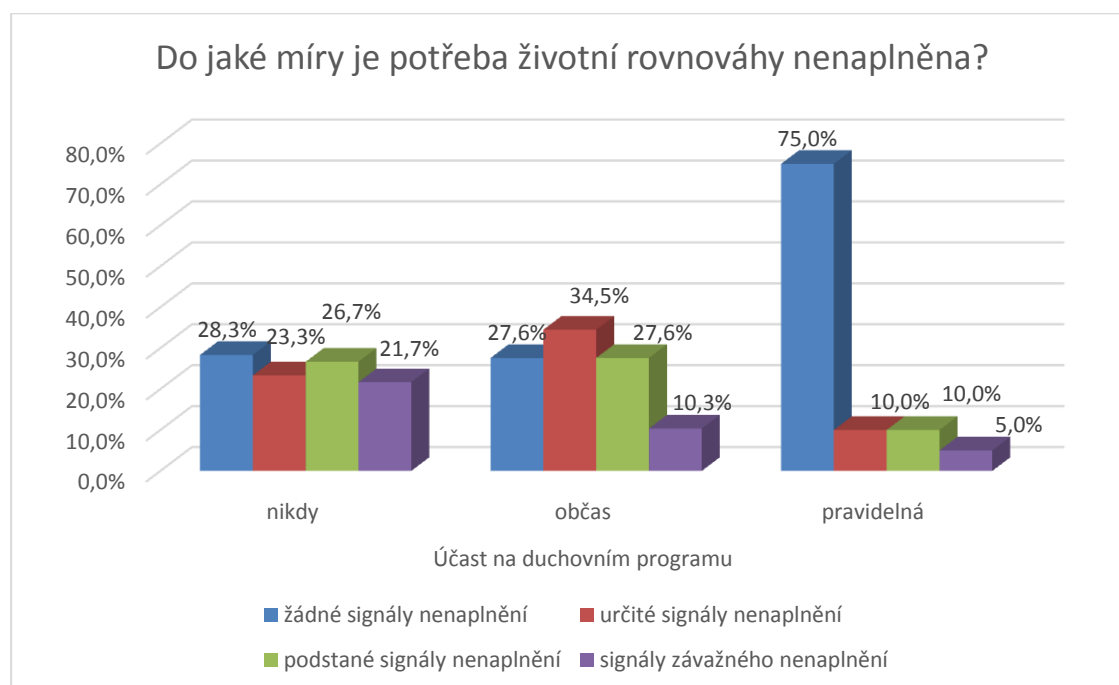
### **3.9.2 Výskyt nenaplněných duchovních potřeb (spirituálního distresu) uživatelů domovů pro seniory v závislosti na proměnných**

#### **3.9.2.1 Účast na duchovním programu a naplnění jednotlivých duchovních potřeb respondentů**

## 1. Potřeba životní rovnováhy (potřeba udržet/obnovit životní rovnováhu, potřeba naučit se žít s nemocí nebo postižením)

Do jaké míry je potřeba životní rovnováhy nenaplněna?						
	Účast na duchovním programu					
	nikdy		občas		pravidelná	
signály nenaplnění duchovních potřeb	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	17	28,3%	8	27,6%	15	75,0%
určité signály nenaplnění	14	23,3%	10	34,5%	2	10,0%
podstatné signály nenaplnění	16	26,7%	8	27,6%	2	10,0%
signály závažného nenaplnění	13	21,7%	3	10,3%	1	5,0%
Celkem	60	55,0%	29	26,6%	20	18,3%

Tabulka č. 9 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby životní rovnováhy



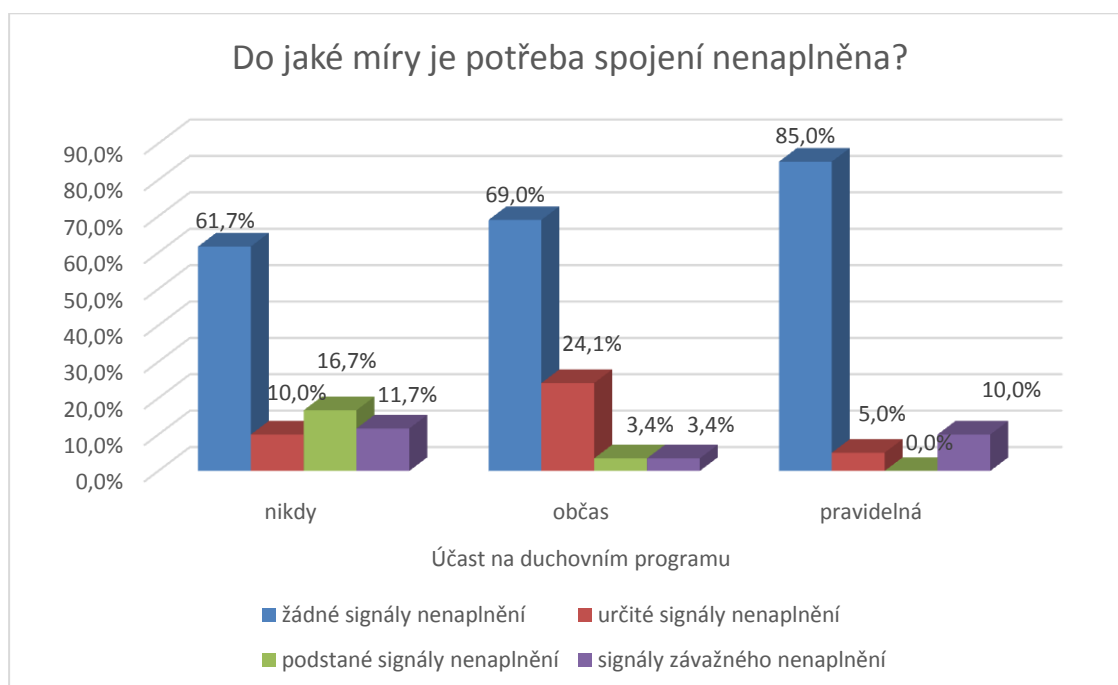
Graf č. 8 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby životní rovnováhy

75 % respondentů, kteří pravidelně navštěvují duchovní programy, nevykazují žádné známky spirituálního distresu v oblasti naplnění potřeby životní rovnováhy. Z respondentů., kteří duchovní programy nenavštěvují, pak nevykazuje známky spirituálního distresu jen 28,3 %.

## 2. Potřeba spojení (potřeba krásy, potřeba spojení s vlastním existenciálním základem)

Do jaké míry je potřeba spojení nenaplněna?						
signály nenaplnění duchovních potřeb	Účast na duchovním programu					
	nikdy		občas		pravidelná	
	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	37	61,7%	20	69,0%	17	85,0%
určité signály nenaplnění	6	10,0%	7	24,1%	1	5,0%
podstatné signály nenaplnění	10	16,7%	1	3,4%	0	0,0%
signály závažného nenaplnění	7	11,7%	1	3,4%	2	10,0%
celkem	60	55,0%	29	26,6%	20	18,3%

Tabulka č. 10 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby spojení



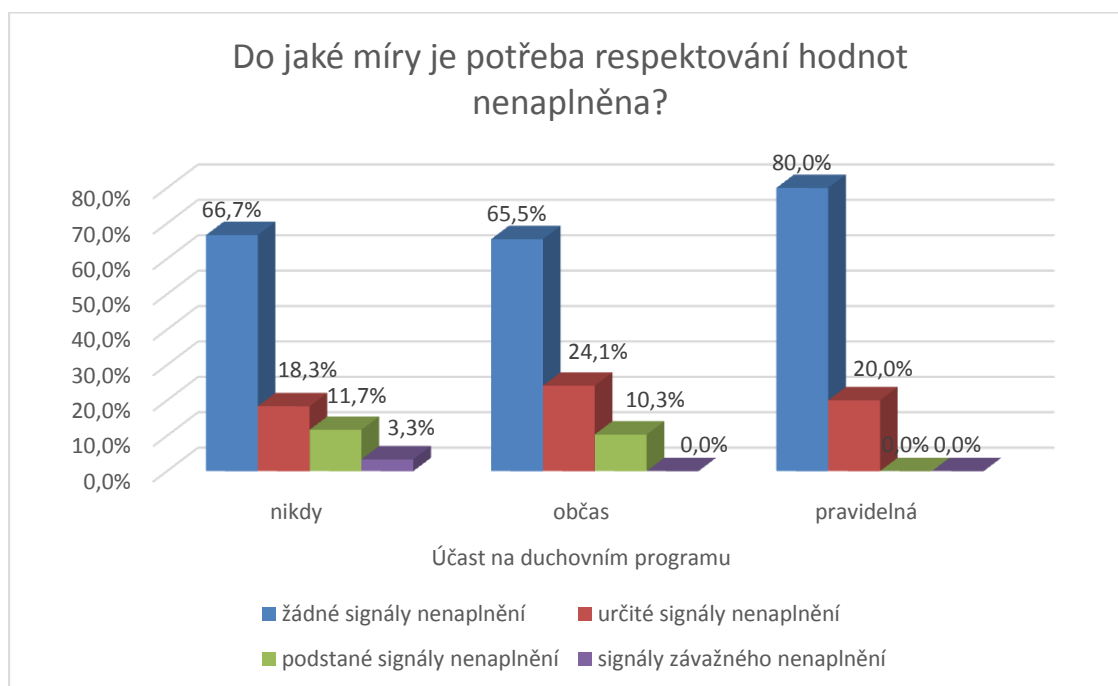
Graf č. 9 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby spojení

Nejvíce respondentů, kteří vykazují signály závažného nenaplnění potřeby spojení, se vyskytuje ve skupině těch, kteří se duchovních programů nikdy neúčastní. 10 % respondentů, kteří pravidelně navštěvují duchovní aktivity, vyazuje signály závažného nenaplnění duchovních potřeb.

### 3. Potřeba respektování hodnot (potřeba aby personál znal a respektoval hodnoty uživatele a jejich význam pro jeho život)

Do jaké míry je potřeba respektování hodnot nenaplněna?						
	Účast na duchovním programu					
	nikdy		občas		pravidelná	
signály nenaplnění duchovních potřeb	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	40	66,7%	19	65,5%	16	80,0%
určité signály nenaplnění	11	18,3%	7	24,1%	4	20,0%
podstatné signály nenaplnění	7	11,7%	3	10,3%	0	0,0%
signály závažného nenaplnění	2	3,3%	0	0,0%	0	0,0%
celkem	60	55,0%	29	26,6%	20	18,3%

Tabulka č. 11 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby respektování hodnot



Graf č. 10 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby respektování hodnot

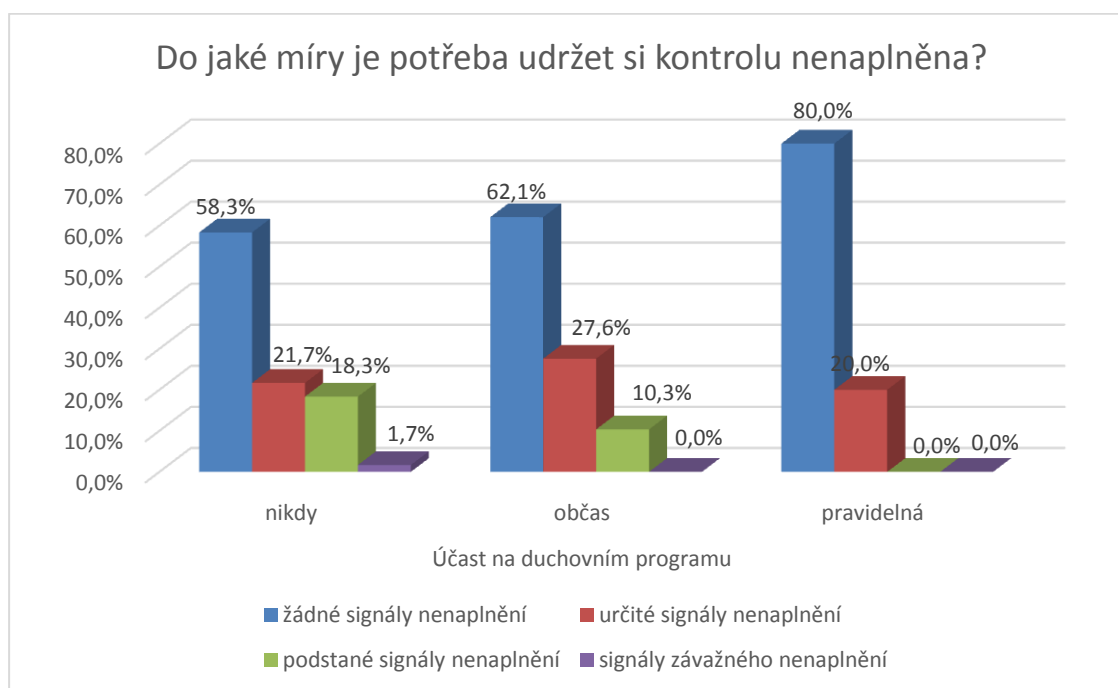
Respondenti, kteří pravidelně navštěvují duchovní programy, nevykazují žádné podstatné ani závažné signály nenaplnění potřeby respektování hodnot.



#### 4. Potřeba udržet si kontrolu (potřeba rozumět a cítit se začleněný do procesů rozhodování a podílet se na rozhodování a jednání personálu)

Do jaké míry je potřeba udržet si kontrolu nenaplněna?						
	Účast na duchovním programu					
	nikdy		občas		pravidelná	
signály nenaplnění duchovních potřeb	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	35	58,3%	18	62,1%	16	80,0%
určité signály nenaplnění	13	21,7%	8	27,6%	4	20,0%
podstatné signály nenaplnění	11	18,3%	3	10,3%	0	0,0%
signály závažného nenaplnění	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
celkem	60	55,0%	29	26,6%	20	18,3%

Tabulka č. 12 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby udržet si kontrolu



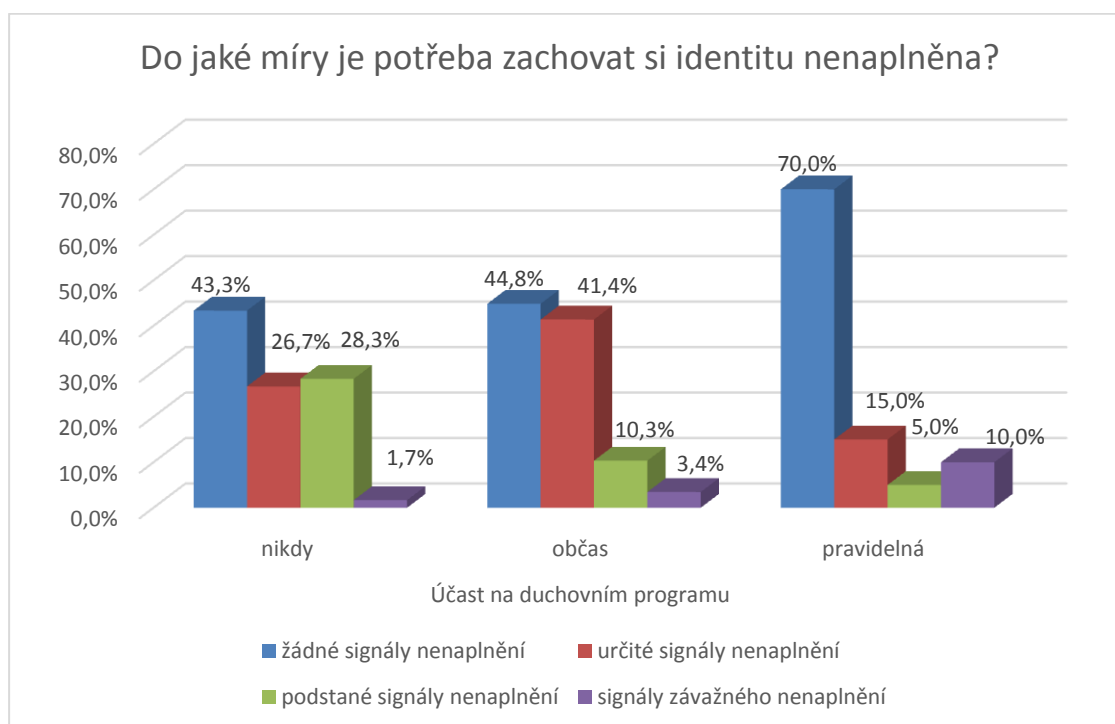
Graf č. 11 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby udržet si kontrolu

Respondenti, kteří se občas nebo pravidelně účastní duchovních programů, nevykazují žádné signály závažného nenaplnění duchovní potřeby udržet si kontrolu.

**5. Potřeba zachovat si identitu (potřeba být milován a uznáván, potřeba aby klientovi bylo nasloucháno, potřeba být v kontaktu, potřeba mít pozitivní sebeobraz, potřeba cítit dopuštění a smíření)**

Do jaké míry je potřeba zachovat si identitu nenaplněna?						
	Účast na duchovním programu					
	nikdy		občas		pravidelná	
signály nenaplnění duchovních potřeb	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	26	43,3%	13	44,8%	14	70,0%
určité signály nenaplnění	16	26,7%	12	41,4%	3	15,0%
podstatné signály nenaplnění	17	28,3%	3	10,3%	1	5,0%
signály závažného nenaplnění	1	1,7%	1	3,4%	2	10,0%
Celkem	60	55,0%	29	26,6%	20	18,3%

Tabulka č. 13 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby zachovat si identitu



Graf č. 12 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby zachovat si identitu

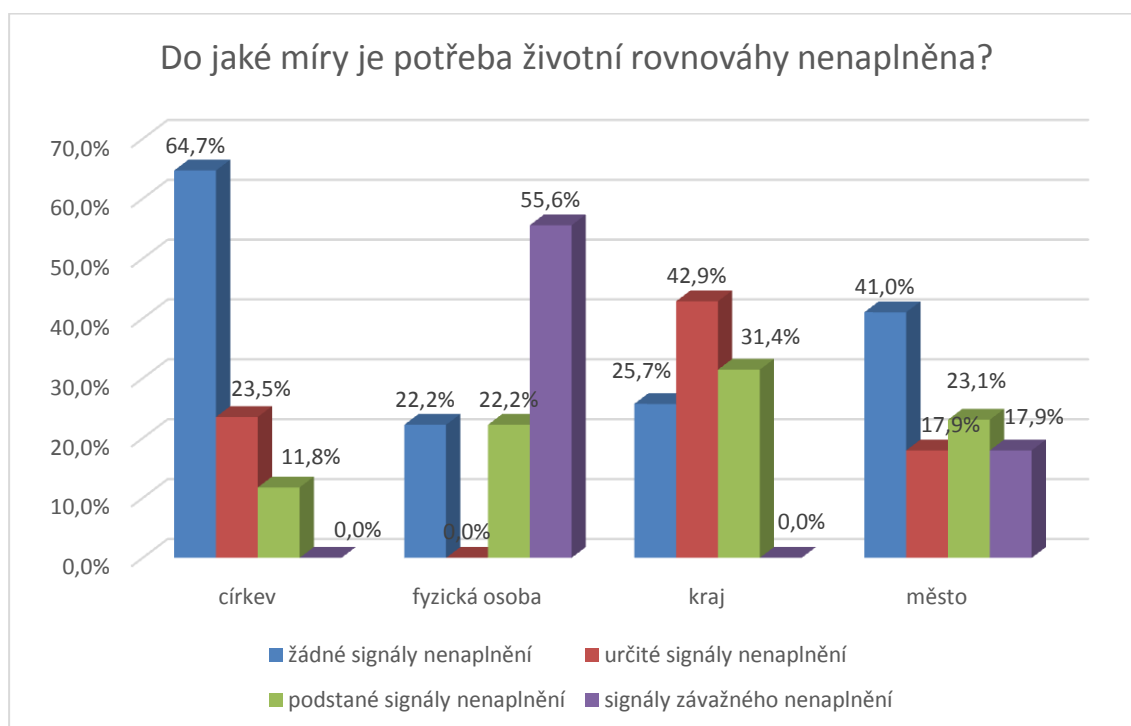
Zajímavé je, že procentuelně nejvíce respondentů ve skupině těch, kteří pravidelně navštěvují duchovní programy, vykazuje signály závažného nenaplnění duchovní potřeby zachovat si identitu.

### 3.9.2.2 Zřizovatel zařízení a naplnění jednotlivých duchovních potřeb respondentů

#### 1. Potřeba životní rovnováhy (potřeba udržet/obnovit životní rovnováhu, potřeba naučit se žít s nemocí nebo postižením)

Do jaké míry je potřeba životní rovnováhy nenaplněna?								
signály nenaplnění duchovních potřeb	Zřizovatel							
	církev		fyzická osoba		kraj		město	
	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	11	64,7%	4	22,2%	9	25,7%	16	41,0%
určité signály nenaplnění	4	23,5%	0	0,0%	15	42,9%	7	17,9%
podstatné signály nenaplnění	2	11,8%	4	22,2%	11	31,4%	9	23,1%
signály závažného nenaplnění	0	0,0%	10	55,6%	0	0,0%	7	17,9%
celkem	17	15,6%	18	16,5%	35	32,1%	39	35,8%

Tabulka č. 14 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby životní rovnováhy



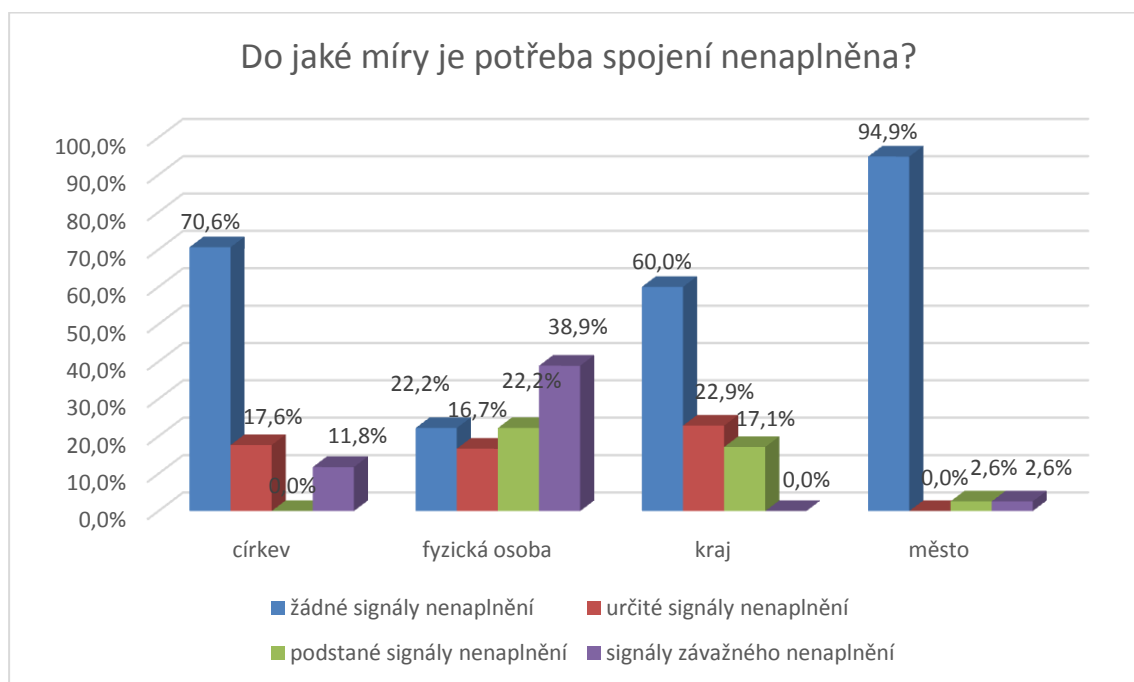
Graf č. 13 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby životní rovnováhy

Největší podíl respondentů – 64,7 %, kteří nejeví žádné signály nenaplnění duchovní potřeby životní rovnováhy, se vyskytuje v církevním zařízení.

## 2. Potřeba spojení (potřeba krásy, potřeba spojení s vlastním existenciálním základem)

Do jaké míry je potřeba spojení nenaplněna?								
signály nenaplnění duchovních potřeb	Zřizovatel							
	církev		fyzická osoba		kraj		město	
	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	12	70,6%	4	22,2%	21	60,0%	37	94,9%
určité signály nenaplnění	3	17,6%	3	16,7%	8	22,9%	0	0,0%
podstatné signály nenaplnění	0	0,0%	4	22,2%	6	17,1%	1	2,6%
signály závažného nenaplnění	2	11,8%	7	38,9%	0	0,0%	1	2,6%
celkem	17	15,6%	18	16,5%	35	32,1%	39	35,8%

Tabulka č. 15 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby spojení



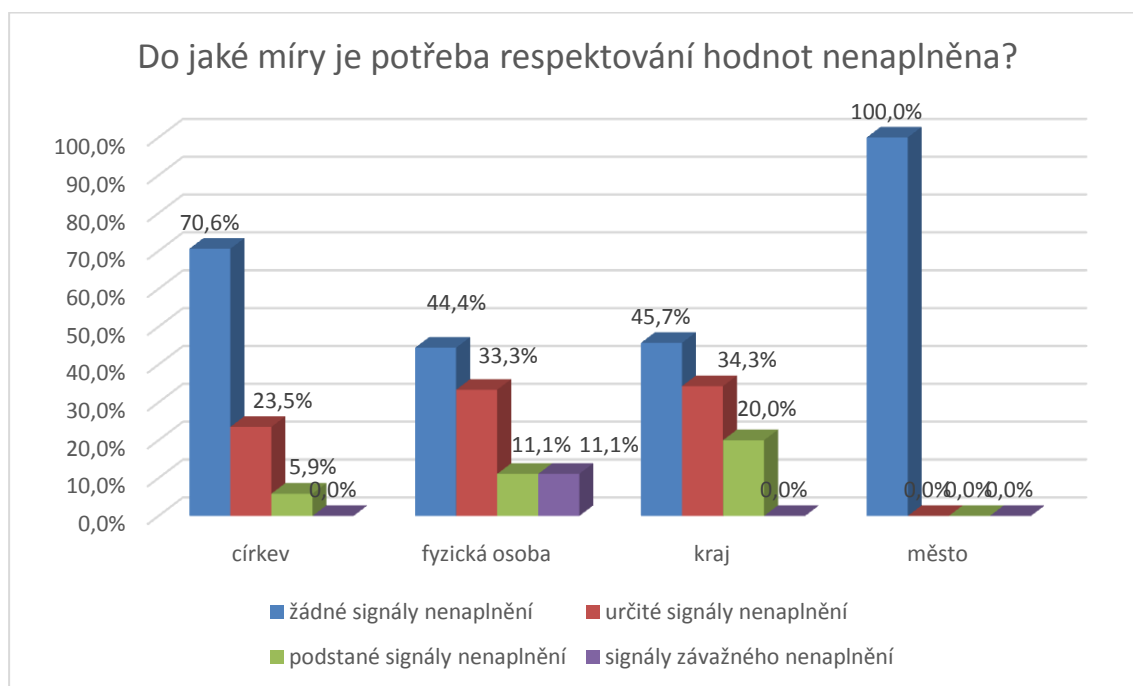
Graf č. 14 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby spojení

Nejvíce respondentů, dokonce 94,4 %, kteří nemají žádné signály nenaplnění duchovní potřeby spojení, je ze skupiny seniorů, kteří jsou uživateli městského zařízení. Zde možná sehrál svou roli fakt, že městské zařízení přijímá do domova pro seniory pouze obyvatele města Benátek nad Jizerou, ve kterém se nachází, vnímám zde tedy jistou souvislost s naplněním potřeby spojení s vlastním existenciálním základem. Uživatelé zůstali ve městě, ve kterém často dlouhá léta žili a neztratili důležité kontakty s rodinou i vazby s širším okolím.

### 3. Potřeba respektování hodnot (potřeba aby personál znal a respektoval hodnoty uživatele a jejich význam pro jeho život)

Do jaké míry je potřeba respektování hodnot nenaplněna?								
signály nenaplnění duchovních potřeb	Zřizovatel							
	církev		fyzická osoba		kraj		město	
	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	12	70,6%	8	44,4%	16	45,7%	39	100,0%
určité signály nenaplnění	4	23,5%	6	33,3%	12	34,3%	0	0,0%
podstatné signály nenaplnění	1	5,9%	2	11,1%	7	20,0%	0	0,0%
signály závažného nenaplnění	0	0,0%	2	11,1%	0	0,0%	0	0,0%
celkem	17	15,6%	18	16,5%	35	32,1%	39	35,8%

Tabulka č. 16 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby respektování hodnot



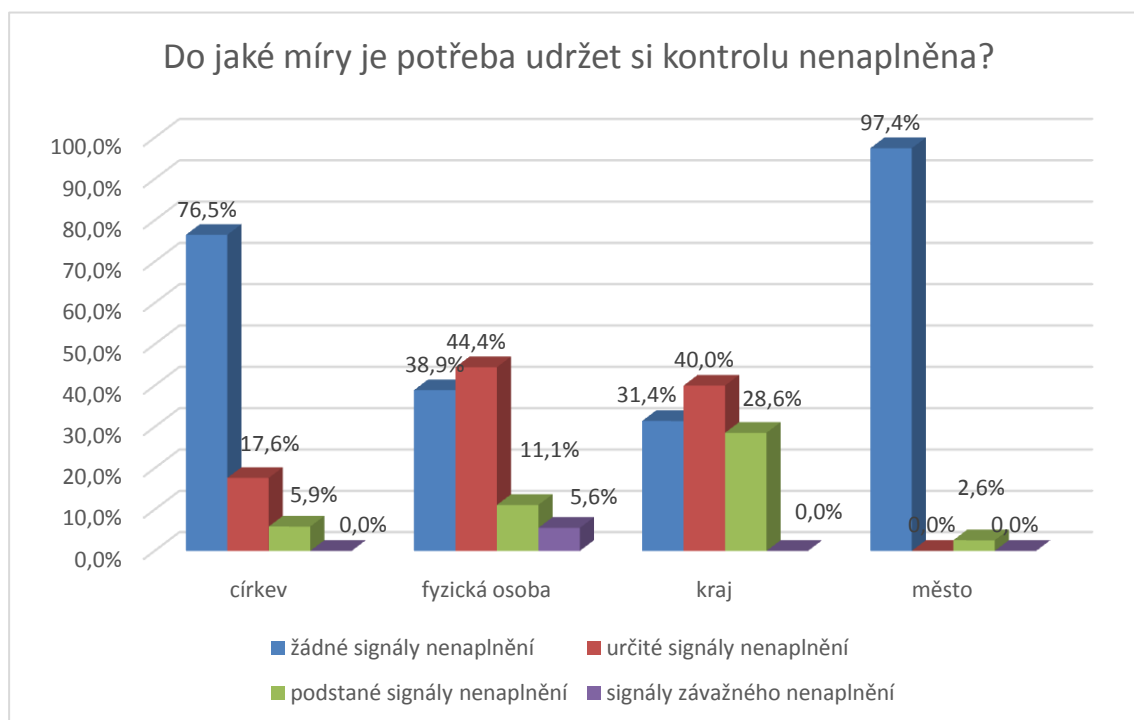
Graf č. 15 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby respektování hodnot

Zajímavé a z mého pohledu pozitivní zjištění je, že 100 % respondentů z městského zařízení nevykazuje žádné signály nenaplnění duchovní potřeby respektování hodnot. Opět zde vnímám jistou souvislost s faktem, že městské zařízení přijímá do domova pro seniory pouze obyvatele města Benátek nad Jizerou, ve kterém se nachází a často se uživatelé a personál znají vzájemně celý život.

#### 4. Potřeba udržet si kontrolu (potřeba rozumět a cítit se začleněný do procesů rozhodování a podílet se na rozhodování a jednání personálu)

Do jaké míry je potřeba udržet si kontrolu nenaplněna?								
signály nenaplnění duchovních potřeb	Zřizovatel							
	církev		fyzická osoba		kraj		město	
	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	13	76,5%	7	38,9%	11	31,4%	38	97,4%
určité signály nenaplnění	3	17,6%	8	44,4%	14	40,0%	0	0,0%
podstatné signály nenaplnění	1	5,9%	2	11,1%	10	28,6%	1	2,6%
signály závažného nenaplnění	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
celkem	17	15,6%	18	16,5%	35	32,1%	39	35,8%

Tabulka č. 17 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby udržet si kontrolu



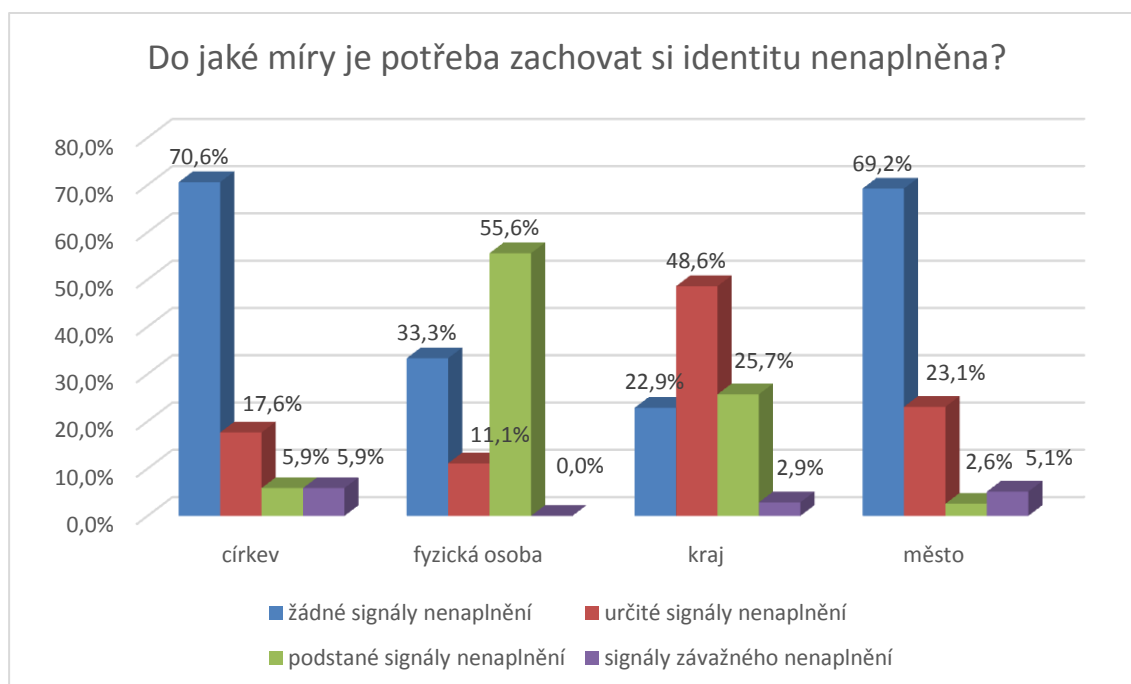
Graf č. 16 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby udržet si kontrolu

Respondenti, vykazující signály závažného nenaplnění duchovní potřeby udržet si kontrolu, se nachází pouze v soukromém zařízení.

**5. Potřeba zachovat si identitu (potřeba být milován a uznáván, potřeba aby klientovi bylo nasloucháno, potřeba být v kontaktu, potřeba mít pozitivní sebeobraz, potřeba cítit dopuštění a smíření)**

Do jaké míry je potřeba zachovat si identitu nenaplněna?								
signály nenaplnění duchovních potřeb	Zřizovatel							
	církev		fyzická osoba		kraj		město	
	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl	počet respondentů	podíl
žádné signály nenaplnění	12	70,6%	6	33,3%	8	22,9%	27	69,2%
určité signály nenaplnění	3	17,6%	2	11,1%	17	48,6%	9	23,1%
podstatné signály nenaplnění	1	5,9%	10	55,6%	9	25,7%	1	2,6%
signály závažného nenaplnění	1	5,9%	0	0,0%	1	2,9%	2	5,1%
celkem	17	15,6%	18	16,5%	35	32,1%	39	35,8%

Tabulka č. 18 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby zachovat si identitu



Graf č. 17 rozdělení respondentů dle nenaplnění potřeby zachovat si identitu

Určité signály nenaplnění duchovní potřeby zachovat si identitu se vyskytují ve všech zařízeních, jak můžeme pozorovat v tabulce a grafu č. 17.

### 3.10 Potvrzení či vyvrácení hypotéz

#### 1. Vstupní – existenční hypotéza H1

**1H<sub>0</sub>** U nadpoloviční většiny uživatelů vybraných domovů pro seniory se vyskytují známky spirituálního distresu.

**1H<sub>1</sub>** U nadpoloviční většiny uživatelů vybraných domovů pro seniory se nevyskytují známky spirituálního distresu.

Spirituální distres	Počet respondentů	Podíl
Nevyskytuje	27	24,8%
Vyskytuje	82	75,2%
Celkem	109	100,0%

Tabulka č. 19 výskyt spirituálního distresu

Dle přiložené tabulky č. 18 je zřejmé, že se spirituální distres nevyskytuje u 24,8 % a vyskytuje u 75,2 % respondentů.

Závěr: Nulová hypotéza byla potvrzena a alternativní hypotéza zamítnuta, **u nadpoloviční většiny uživatelů vybraných domovů pro seniory se vyskytují známky spirituálního distresu.**

Tento závěr se dal předpokládat vzhledem k poznatkům z teoretické části práce a výsledkům dosavadního bádání.



## 2. Pracovní - vztahové hypotézy

**2H<sub>0</sub>** Mezi uživateli domovů pro seniory neexistuje rozdíl ve výskytu spirituálního distresu v závislosti na účasti na duchovních programech.

**2H<sub>1</sub>** Mezi uživateli domovů pro seniory existuje rozdíl ve výskytu spirituálního distresu v závislosti na účasti na duchovních programech.

Na ověření hypotézy byl použit Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti.

		Duchovní program		
nenaplnění duchovních potřeb	Data	navštěvují	nenavštěvují	Celkem součet
nevykazují	Počet	17	10	27
	%	62,96%	37,04%	100,00%
vykazují	Počet	32	50	82
	%	39,02%	60,98%	100,00%
Celkem počet		49	60	109
Celkem %		44,95%	55,05%	100,00%

Tabulka č. 20 kontingenční tabulka k testování rozdílu míry výskytu spirituálního distresu dle účasti na duchovních programech.

Pearsonův chí-kvadrát test	
hladina významnosti	<b>p</b> 0,0301

Testem bylo zjištěno, že hladina významnosti  $p = 0,0301$  je menší než kritická hladina významnosti  $p = 0,0500$ , tzn., že nulovou hypotézu  $2H_0$  zamítáme a alternativní hypotézu  $2H_1$  přijímáme.

**Závěr: Mezi uživateli domovů pro seniory existuje rozdíl ve výskytu spirituálního distresu v závislosti na účasti na duchovních programech.**

**Senioři, kteří duchovní programy nenavštěvují, vykazují častěji známky spirituálního distresu.**

**3H<sub>0</sub>** Neexistuje rozdíl v podílu seniorů vykazujících známky spirituálního distresu v závislosti na typu zřizovatele.

**3H<sub>1</sub>** Existuje rozdíl v podílu seniorů vykazujících známky spirituálního distresu v závislosti na typu zřizovatele.

Na ověření hypotézy byl použit Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti.

Kontingenční tabulka k testování rozdílu míry výskytu spirituálního distresu mezi uživateli v církevním a ostatních zařízeních.

		Zřizovatel		
nenaplnění duchovních potřeb	data	církev	ostatní	celkem součet
nevykazují	Počet	12	18	30
	%	40,00%	60,00%	100,00%
vykazují	Počet	5	74	79
	%	6,33%	93,67%	100,00%
Celkem počet		17	92	109
Celkem %		15,60%	84,40%	100,00%

Tabulka č. 21 kontingenční tabulka k testování rozdílu míry výskytu spirituálního mezi uživateli v církevním a ostatních zařízeních

Pearsonův chí-kvadrát test		
hladina významnosti	<b>p</b>	0,000

Testem bylo zjištěno, že hladina významnosti  $p = 0,0000$  je menší než kritická hladina významnosti  $p = 0,0500$ , tzn., že nulovou hypotézu  $3H_0$  zamítáme a alternativní hypotézu  $3H_1$  přijímáme.

**Závěr: Existuje rozdíl v podílu seniorů vykazujících známky spirituálního distresu v závislosti na typu zřizovatele.**

**V církevním zařízení vykazuje spirituální distres menší počet seniorů, než je tomu ve skupině respondentů z ostatních zařízení.**

## 4 DISKUSE

### 4.1 Zodpovězení výzkumných otázek

#### Hlavní výzkumná otázka

- Vyskytuje se u seniorů ve vybraných domovech pro seniory spirituální distres?

**U 82 (75,2 %) ze 109 respondentů se vyskytují známky spirituálního distresu – nenaplnění duchovních potřeb. 27 respondentů (24,8 %) nevykazuje žádné signály nenaplnění duchovních potřeb.**

#### Vedlejší výzkumné otázky

- Existuje rozdíl ve výskytu spirituálního distresu mezi uživateli domovů pro seniory v závislosti na účasti na duchovních programech?

**Rozdíl ve výskytu spirituálního distresu v závislosti na účasti na duchovních aktivitách uživatelů domovů pro seniory existuje. Ti, kteří duchovní aktivity navštěvují, častěji nevykazují žádné známky spirituálního distresu.**

- Existuje rozdíl v podílu seniorů vykazujících známky spirituálního distresu v závislosti na typu zřizovatele?

**V církevním zařízení je podíl uživatelů vykazujících známky spirituálního distresu menší než u skupiny uživatelů v zařízeních se soukromým a státním zřizovatelem.**

### 4.2 Diskuse nad výsledky, jejich konfrontace se závěry jiných studií

Z výsledků provedeného výzkumného šetření vyplývá, že v domovech pro seniory se mezi uživateli vyskytují známky nenaplněných duchovních potřeb – spirituálního distresu. Kapitola 1. 5. této diplomové práce se věnuje výsledkům dosavadního bádání v oblasti

spirituálního distresu u seniorů v pobytových zařízeních. Z provedeného výzkumného šetření vyplývá podobný závěr, jako z většiny citovaných studií. A sice, že je velmi důležité věnovat pozornost duchovním potřebám uživatelů, protože často nejsou naplněny a vzniká stav duchovní nouze (spirituálního distresu). Z provedeného výzkumu dále vyplynulo, že senioři, kteří jsou uživateli církevního zařízení a ti, kteří navštěvují duchovní programy, častěji nejeví žádné známky spirituálního distresu. Zde samozřejmě zůstává otázkou, nakolik skutečně může souviset míra naplnění duchovních potřeb na zmíněných vnějších faktorech a zda se ve zmíněných skupinách seniorů nevyskytuje méně spirituálního distresu vlivem prostého faktu, že jsou věřící.

### 4.3 Úvahy nad limity proběhlého výzkumu

Předložený výzkum má bohužel nepochybně řadu limitů, pokusím se vyjmenovat alespoň některé z nich.

Jako první limit se mi jeví obtížná interpretace výsledků výzkumu. Dotazník SDAT je sice standardizovaný nástroj, po jehož vyplnění s uživatelem získáme jakýsi kvantitativní údaj – počet bodů svědčící pro nenaplnění jednotlivých duchovních potřeb, avšak kvalifikovaně porovnávat vzájemně vztah všech pěti duchovních potřeb s jednotlivými proměnnými by vyžadovalo mnohem větší rozsah práce, než je magisterská. Proto pro základní představu o vlivu proměnných na výskyt spirituálního distresu uvádím v kapitole 2.8.2.1 alespoň třídění prvního stupně, vyjadřující v tabulkách a znázorňující v grafech počty a podíly respondentů s nenaplněnými i naplněnými duchovními potřebami.

Dalším limitem tohoto výzkumu může být vklad respondentů, tedy skutečnost, že s respondenty vyplňovaly dotazník pracovnice, které je dobře znají a jsou s nimi v blízkém profesionálním vztahu. Nemáme kontrolu nad tím, zda se na základě tohoto vztahu neobjevily u respondentů nějaké zábrany v negativních sděleních v souvislosti s nenaplněnými duchovními potřebami. Tomuto limitu při sběru dat byli vystaveni respondenti ze všech zařízení.

Skutečnost, že data nesbírala já sama, ale pověřené pracovnice daných zařízení, je dalším limitem tohoto výzkumu. Nemohu nést plnou zodpovědnost za to, jakým způsobem byly jednotlivé dotazníky vyplněny, i když případná nedorozumění a chyby jsem se snažila vyloučit pečlivým výcvikem facilitátorek výzkumu.

Limitem je nepochybně také rozdílný podíl uživatelů jednotlivých zařízení, kteří se výzkumu zúčastnili. Zatímco v MěCKP vyplnila sociální pracovnice dotazník s 97,5 %

uživatelů, v ostatních zařízeních se výzkumu zúčastnilo jen málo nad 50 % uživatelů. V použité metodě ověřování hypotéz pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti tento fakt z podstaty této metody nemohl sehrát roli, v prostém třídění dat prvního stupně naopak výsledky zkresluje.

#### **4.4 Aplikace závěrů v praxi**

Pro použití závěrů výzkumu v praxi vnímám jako klíčový fakt, že spirituální distres se v různé míře vyskytuje u 75,2 % respondentů ze čtyř různých domovů pro seniory. V každém zařízení byly zároveň u uživatelů detekovány signály závažného nenaplnění některé z duchovních potřeb.

Považuji proto za důležité, aby pracovníci přímé péče dokázali signály nenaplnění duchovních potřeb u svých uživatelů rozpoznat a zároveň, aby disponovali takovými kompetencemi, které jim umožní konstruktivně tento stav uživatelů řešit. Doporučovala bych věnovat zvýšenou pozornost pracovníků přímé péče edukaci v tématu duchovních potřeb. Považuji za vhodné, aby v domovech pro seniory měl personál k dispozici literaturu o duchovních potřebách seniorů, aby pracovníci přímé péče v rámci svého povinného vzdělávání podle Zákona 108/2006 sb. absolvovali alespoň jedno akreditované školení na téma spirituality uživatelů. Jako vhodný pro získání základních dovedností v této oblasti se mi jeví například osmihodinový akreditovaný kurz od společnosti CURATIO® „Spirituální péče v sociálních službách“ který ve svém curricula deklaruje seznámení s pojmem spirituální péče a jeho vnímání v sociálních a sociálně-zdravotních službách, proměny spirituálních potřeb v průběhu životního příběhu, seznámení s pojmy religiozita, spiritualita a přitakání k prožitému životu, druhy a stupně spirituality, praktickou aplikaci tématu v práci se seniory v DpS prostřednictvím modelových situací, příběhů a hraní rolí. (CURATIO® 2014) Osobně bych ráda v příštím roce toto školení pro pracovníky přímé péče v Městském centru komplexní péče objednala.

Za uspokojivý výsledek všech výše zmíněných opatření bych považovala konstruktivní práci s duchovními potřebami uživatelů domovů pro seniory, zaznamenanou v individuálním plánu každého z nich.

## **4.5 Náměty pro další bádání**

Zajímavým tématem dalšího výzkumu spirituálního distresu seniorů by mohlo být porovnání naplnění jednotlivých duchovních potřeb seniorů mezi sebou se zjištěním, která z duchovních potřeb u seniorů zůstává nejčastěji nenaplněna, a pak případným kvalitativním šetřením zjistit proč.

Domnívám se, že by bylo zajímavé pokusit se porovnat výskyt spirituálního distresu u uživatelů domovů pro seniory a seniorů, kteří žijí v domácím prostředí.

Dalším tématem výzkumu by také mohla být korelace spirituálního distresu uživatelů a personálu sociálních služeb, nebo porovnání výskytu spirituálního distresu u kněží a řeholnic s jeho výskytem u ostatních seniorů.

## 5 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se věnovala tématu nenaplněných duchovních potřeb (spirituálnímu distresu) seniorů v domovech pro seniory. V teoretické části práce jsem se snažila vystihnout téma v širších souvislostech s ohledem na výzkumný terén, životní etapu stáří a spirituální dimenzi člověka. Na konci teoretické části práce předkládám výsledky dosavadních bádání v oblasti spirituálního distresu seniorů v pobytových zařízeních.

V empirické části práce jsem zjišťovala výskyt spirituálního distresu u uživatelů čtyř domovů pro seniory pomocí standardizovaného dotazníku SDAT. Vedlejšími cíli pak bylo zjistit, zda na výskyt spirituálního distresu u respondentů má, nebo nemá, vliv účast na duchovních aktivitách a skutečnost, že službu poskytuje církevní sociální zařízení. Každé ze zařízení, kde výzkum probíhal, mělo jiného zřizovatele. Jednalo se o církevní, městské, krajské a soukromé zařízení. Dotazníky s uživateli vyplňovaly pracovníce, které klienty dobře znají. Vyplněné dotazníky jsem vyhodnotila a pomocí programu Microsoft Excel jsem získaná data předložila v přehledných tabulkách a grafech, vztažených vždy k jednotlivým duchovním potřebám a proměnným. Hypotézy jsem formulovala tak, aby na ně provedený kvantitativní výzkum dovedl dát jasné odpovědi. Hlavní hypotéza o výskytu spirituálního distresu u uživatelů v domovech pro seniory se potvrdila, známky nenaplněných duchovních potřeb v různé míře vykazuje 75,2 % ze 109 respondentů výzkumu. Použitý Pearsonův test chí-kvadrát nezávislosti vyžadoval formulovat vedlejší hypotézy tak, aby předpokládaly nezávislost zkoumaných znaků. Nezávislé vedlejší hypotézy se nepotvrdily, potvrdily se hypotézy alternativní. Pomocí kontingenční tabulky a testu chí-kvadrát nezávislosti byla zjištěna nesporná souvislost mezi proměnnými, tedy korelace mezi účastí respondentů na duchovních aktivitách a církevním zřizovatelem domova pro seniory s menším podílem uživatelů se spirituálním distresem. V závislosti na účasti na duchovních programech a na církevním zřizovateli klesá podíl uživatelů se známkami spirituálního distresu. Na základě výsledků provedeného výzkumu bych ráda důrazně apelovala na personál pobytových zařízení pro seniory, aby věnoval dostatečnou pozornost naplňování duchovních potřeb svých uživatelů.

## **Seznam zkratk**

DpS – Domov pro seniory

MěCKP – Městské centrum komplexní péče

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

SDAT - Spiritual distress assessment tool (nástroj pro hodnocení duchovní tísně)

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



## 6 Zdroje

### Knihy

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. (2005). *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
2. BEDNÁŘ, M. (2012). *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
3. BIBLE, (1985) Praha: Česká biblická společnost
4. Brzáková Beksová K. (2013). *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
5. CANDA, E. R. & FURMAN, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice. The heart of helping*. 2nd ed. Oxford University Press.
6. DISMAN, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
7. DOLEŽEL, J. (2013). *Církevní sociální práce na pozadí encykliky Deus caritas est*. Olomouc: Univerzita Palackého.
8. DVOŘÁČKOVÁ, D. (2012). *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing ,a. s.
9. EMBLEN, J. D., HALSTEAD, L. (1993) *Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains*. Clinical Nursing Special. 7, s. 175-782.
10. EMMONS, R. A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns*, New York: The Guilford Press.
11. ERIKSON, E. (1999) *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain.
13. JANDOUREK, J., HALÍK, T. (1997). *Ptal jsem se cest, Rozhovory*. Praha: Portál.
14. KALVACH, Z. a kol. (2014) *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE.
15. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv (2004) *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing
16. KNAUSOVÁ, I. (2005) *Vybrané kapitoly ze sociální politiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Pedagogická fakulta.
17. KREBS, V. a kol. (2007). *Sociální politika*. Praha: ASPI.

18. KŘIVOHLAVÝ, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing.
19. KÜBLER-ROSSOVÁ, E.(1993) *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
20. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. (2006) *Vývojová psychologie*, Praha: Grada Publishing.
21. MALÍKOVÁ, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
22. MARKOVÁ, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing.
23. MARTINEK, M. (2010) *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: JABOK – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická.
24. MATOUŠEK, O. a kol. (2007) *Sociální služby*. Praha: Portál.
25. MATOUŠEK, O. a kol. (2012) *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
26. NANDA INTERNACIONAL (2013) *Ošetrovateľské diagnózy Definície a klasifikácie 2012-2014*. Praha: Grada Publishing
27. PAYNEOVÁ S., SEYMOUROVÁ J., INGLETONOVÁ CH. (2007) *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
28. REICHEL, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.
29. RHEINWALDOVÁ, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
30. ŘÍČAN, P. (2007) *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
31. SVATOŠOVÁ, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada Publishing.
32. ŠAFRÁNKOVÁ A., NEJEDLÁ M. (2006). *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing.
33. TOPINKOVÁ E., NEUWIRTH J. (1995). *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing.
34. ÚLEHLA, I. (2005). *Umění pomáhat*, Praha: Slon
35. VÁGNEROVÁ, M. (2012). *Vývojová psychologie dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
36. VOJTÍŠEK Z., MOTL J., DUŠEK P. (2012) *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
37. VORLÍČEK J., ADAM Z., POSPÍŠILOVÁ Y. (2004) *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing.

## Časopisy

38. DRAŽILOVÁ, L. (2014). Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. Sociální služby, ročník XVI. s. 24 – 29.
39. HAJNOVÁ E., BUŽGOVÁ R. (2015): Hodnocení spirituálních potřeb pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie. Recenzovaný vědecký časopis - Ošetřovatelství a porodní asistence. Ročník 4, číslo 4/2014, s. 708 – 714.
40. ELHAM, H., HAZRATI, M., MOMENNASAB, M., SAREH, K. (2015). The Effect of Need-Based Spiritual/Religious Intervention on Spiritual Well-Being and Anxiety of Elderly People. Holistic Nursing Practice. Č. 3, s. 136 – 143.
41. HAN, J., RICHARDSON V. (2010). The Relationship Between Depression and Loneliness Among Homebound Older Persons: Does Spirituality Moderate This Relationship? Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, Issue 3/2010, Volume 29, s. 218-236.
42. HAJNOVÁ E., BUŽGOVÁ R. (2013). Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie. Ošetřovatelství a porodní asistence, recenzovaný vědecký časopis, číslo 4/2013, s. 708 - 714
43. KAPLANOVÁ, L. (2014) Rozhovor s Annou Šabatovou veřejnou ochránkyní práv, Rezidenční péče, č. 4 s. 4 -5.
44. KENNEDY CH., CHESTON S. (2003) Duchovní tíseň na konci života. The Journal of Pastoral Care & Counseling, 57 no 2
45. MONOD, S., ROCHAT, E., BÜLA, CH., JOBIN, G., MARTIN, E. a SPENCER, B., (2010). The Spiritual Needs Model: Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting. Journal of Religion, Spirituality & Aging, 22, s. 271-282.
46. PRŮŠA, L. (2015). Sonda v regionech. Rezidenční péče, 11. ročník č. 2, s. 16.

## Zákony a vyhlášky

47. *Zákon o sociálních službách*. Zákon č.108/2006 sb. v účinném znění ke dni 1. 9. 2015.
48. *Vyhláška 505/2006 sb.* v účinném znění ke dni 1. 9. 2015.
49. *Občanský zákoník*. Zákon č. 89/2012 Sb. v účinném znění ke dni 1. 9. 2015.

## Kvalifikační práce

50. BENIRSCHKOVÁ, K. (2008). *Spiritualita a religiozita seniorů* (Bakalářská práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita.
51. BURELOVÁ, M. (2009). *Duchovní potřeby seniorů* (diplomová práce). Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně.
52. KOTAJOVÁ, M. (2011). *Spirituální potřeby seniorů* (diplomová práce). Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity.
53. STAŇKOVÁ, M. (2010). *Role klíčového pracovníka v domově pro seniory a jeho metodické vedení* (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.

## Encyklopedie

54. MATOUŠEK O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. (2013). Praha: Portál.

## Internetové zdroje

55. APSSČR (2015): Standardy kvality APSS ČR - domov pro seniory[on-line]. Dostupné 1. 10. 2015 z <http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/read.php?65,1429,1429#msg-1429>
56. CURATIO® (2014): Spirituální péče v sociálních službách. [on-line] Dostupné 5. 10. 2015 z <http://www.curatio.cz/kurz-30-spirituálni-pece-v-socialnich-sluzbach.php>
57. CALDEIRA, S., CAMPOS de CARVALHO, E., VIEIRA, M. (2014): Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. [on-line]. Dostupné 1. 6. 2015 z [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000100028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000100028&script=sci_arttext)
58. ČESKÁ GERONTOLOGICKÁ A GERIATRICKÁ SPOLEČNOST (2015): Definice a hlavní úkoly oboru geriatry [on-line]. Dostupné 5. 10. 2015 z <http://www.cggs.cz/cz/KoncepceGeriatry/>
59. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2015): Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy [on-line]. Dostupné 5. 10. 2015 z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
60. DŘEVČICKÝ PARK (2014): Domov pro seniory [on-line]. Dostupné 3. 10. 2015 z <http://www.drevcickypark.com/domovaproaseniory-1404037772.html>
61. CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA (2015): Z historie [on-line]. Dostupné 3. 10. 2015

- z <http://www.charita.cz/o-charite/z-historie/>
62. DIAKONIE ČESKOBRAŤSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ (2015): Novodobá historie Diakonie ČCE [on-line]. Dostupné 1. 10. 2015 z <http://www.diakonie.cz/o-diakonii/historie-diakonie-cce/>
63. DOMOV U ANEŽKY (2015): Domov U Anežky středisko Benátky nad Jizerou [on -line]. Dostupné dne 1. 8. 2015 z <http://www.domovuanezky.cz/index.php?nid=6316&lid=cs&oid=2629605>
64. CHARITNÍ DOMOV STARÁ BOLESLAV (2015): Více informací o domově [on - line]. Dostupné 10. 8. 2015 <http://www.ckch.cz/charitni-domov-stara-boleslav>
65. CIESLAROVÁ, A., BUŽGOVÁ, R. (2014): Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči [on-line]. Dostupné 25. 6. 2015 z [http://www.osetrovatelstvo.eu/\\_files/2014/02/50-spirituálni-potreby-senioru-v-institucionalni-peci.pdf](http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2014/02/50-spirituálni-potreby-senioru-v-institucionalni-peci.pdf)
66. KENNEDY, CH., CHESTON, S. (2003): Duchovní tíseň na konci života, *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 57 no 2, [on-line]. Dostupné 12. 8. 2015 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=4aac31a9-8b2f-4cb8-987c-758fe8608a22%40sessionmgr120&hid=125>
67. KOŠŤÁKOVÁ, T. (2015): Naděje na dožití a průměrný věk, *Statistika&My*, měsíčník Českého statistického úřadu č.3/2015 [on-line]. Dostupné 6. 10. 2015 <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/nadeje-doziti-a-prumerny-vek/>
68. KŘIVOHLAVÝ, J. (2009): Spiritualita a religioznost pacienta [on-line]. Dostupné 10. 6. 2015 z <http://jaro.krivohlavy.cz/node/90>
69. MPSV (2003): Bílá kniha v sociálních službách [on-line]. Dostupné 6. 9. 2015 z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)
70. NEZISKOVKY.CZ (2015): O neziskových organizacích [on-line]. Dostupné 5. 9. 2015 z [http://www.neziskovky.cz/clanky/511\\_538/fakta\\_neziskovky-v/](http://www.neziskovky.cz/clanky/511_538/fakta_neziskovky-v/)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. Dotazník SDAT doplněný a modifikovaný pro sociální služby
2. Curriculum akreditovaného kurzu „Spirituální péče v sociálních službách“ od společnosti CURATIO®

## Dotazník SDAT doplněný a modifikovaný pro sociální služby

Věk uživatele:

Pohlaví uživatele:

Počet uživatelů na pokoji, ve kterém uživatel pobývá:

Účast na duchovních programech: pravidelná – občas – nikdy (*odpověď zakroužkujte*)

Zřizovatel: církev- kraj-město-právníká/fyzická osoba (*odpověď zakroužkujte*)

### Dotazník SDAT (Spiritual distress assessment tool, Monod a kol. 2010) adaptovaný na prostředí domova pro seniory

Model duchovních potřeb (SNM)		Nástroj pro posouzení duchovního distresu (SDAT)		
		Interview s uživatelem	Analýza interview	
Duchovní dimenze	Potřeby spojené s duchovními dimenzemi	Soubor otázek pro interview s uživatelem	Otázky k analýze interview a k identifikaci nenaplněných duchovních potřeb	Bodování nenaplněných duchovních potřeb (rozsah od 0 do 3*)
<b>SMYSL</b>  Celková životní rovnováha	<b>POTŘEBA ŽIVOTNÍ ROVNOVÁHY</b> - Potřeba udržet/obnovit životní rovnováhu - potřeba naučit se žít s nemocí nebo postižením	Má Váš pobyt v domově pro seniory nějaký vliv na to, jak žijete běžně?  Je vaše celková životní rovnováha pobytem v domově pro seniory nějak narušena?  Máte problém se zvládnutím pobytu v domově pro seniory?	Jakým způsobem uživatel hovoří o své potřebě životní rovnováhy?  Je jeho celková životní rovnováha narušena?	Do jaké míry je potřeba životní rovnováhy nenaplněna?  <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

<p><b>TRANSCENDENCE</b></p> <p>vnější ukotvení osoby</p>	<p><b>POTŘEBA SPOJENÍ</b></p> <p>- potřeba krásy</p> <p>- Potřeba spojení s vlastním existenciálním základem</p>	<p>Hlásíte se k nějakému náboženství, víře nebo spiritualitě?</p> <p>Mění nějak Váš vztah k Bohu /nebo Vaši spiritualitu to, že jste nyní v domově pro seniory? (být Bohu blíž, dál, žádná změna)</p> <p>Je Vaše víra/nebo spiritualita pobytem v domově pro seniory nějak zpochybňována?</p> <p>Mění nebo narušuje nějak pobyt v domově pro seniory způsob prožívání a vyjadřování Vaší víry / spirituality?</p>	<p>Jakým způsobem uživatel hovoří o své potřebě spojení?</p> <p>Je jeho potřeba spojení narušena?</p>	<p>Do jaké míry je <i>potřeba spojení</i> nenaplněna?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p>
--	--	---	---	---



<p><b>HODNOTY</b></p> <p>Systém hodnot určuje, co osoba považuje za dobré a pravdivé.</p> <p>Hodnotový systém osoby se projevuje v lidském jednání a rozhodnutích</p>	<p><b>POTŘEBA RESPEKTOVÁNÍ HODNOT</b></p> <p>- Potřeba, aby zdravotnický personál znal a respektoval hodnoty uživatele a jejich význam pro jeho život</p> <p><b>POTŘEBA UDRŽET SI KONTROLU</b></p> <p>- Potřeba rozumět a cítit se začleněný do procesů rozhodování a podílet se na rozhodování a jednání personálu</p>	<p>Myslíte si, že Vás personál domova pro seniory zná dostatečně?</p> <p>Máte dostatek informací o svém zdravotním stavu a cílech Vašeho pobytu v domově pro seniory a léčby?</p> <p>Cítíte se zapojen do rozhodování o Vaší péči?</p> <p>Jak byste popsals svůj vztah s lékaři a ostatním personálem domova pro seniory?</p>	<p>Jakým způsobem uživatel hovoří o své potřebě, aby pečující rozuměli, co má v jeho životě hodnotu a význam?</p> <p>Jakým způsobem uživatel hovoří o své potřebě rozumět rozhodování a jednání pečujících a být do nich zapojen?</p>	<p>Do jaké míry je <i>potřeba respektování hodnot</i> nenaplněna?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p>Do jaké míry je <i>potřeba udržet si kontrolu</i> nenaplněna?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p>
---	---	---	---	--

<p><b>PSYCHO-SOCIÁLNÍ IDENTITA</b></p> <p>Prostředí (společnost, pečující osoby, rodina, a úzké vztahy), které udržuje identitu uživatele</p>	<p><b>POTŘEBA ZACHOVAT SI IDENTITU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potřeba být milován a uznáván</li> <li>- aby uživateli bylo nasloucháno</li> <li>- potřeba být v kontaktu (zejména s vlastním společenstvím víry a dalšími lidmi)</li> <li>- potřeba mít pozitivní sebeobraz</li> <li>- potřeba cítit odpuštění a smíření</li> </ul>	<p>Máte nějaké starosti nebo problémy s ohledem na Vaši rodinu nebo další blízké osoby?</p> <p>Jak s Vámi Vaši blízcí nyní jednají?</p> <p>Odpovídá to tomu, co od nich očekáváte?</p> <p>Cítíte se osamocen?</p> <p>Můžete mi říci, jakou o sobě máte představu v nynější situaci (nemoc, pobyt v domově pro seniory)?</p> <p>Máte nějaké spojení s Vaším duchovním společenstvím?</p>	<p>Jakým způsobem uživatel hovoří o své potřebě zachovat si identitu?</p>	<p>Do jaké míry je <i>potřeba zachovat si identitu</i> nenaplněna?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p>
---	--	---	---	--

\* **0** = žádné signály nenaplněných duchovních potřeb; **1** = určité signály nenaplněných duchovních potřeb; **2** = podstatné signály nenaplněných duchovních potřeb; **3** = signály závažného nenaplnění duchovních potřeb

# **Curriculum akreditovaného kurzu „Spirituální péče v sociálních službách“ od společnosti CURATIO®**

**DĚLKA:** 8 vyučovacích hodin

**POČET KREDITŮ:** 4

**POČET ÚČASTNÍKŮ:** 30

**AKREDITACE:** Ano

Anotace

Akreditace MPSV číslo 2013/0730–PC/SP/VP/PP

Téma spirituální péče bylo tématem léta zanedbávaným, opomíjeným resp. nežádoucím. Bylo zúženo jen do oblasti uspokojování náboženských potřeb. Člověk je však komplexní, vedle jiných vyšších potřeb má i potřeby spirituální. Právě v situaci, kdy uživatelé služeb velmi citlivě prožívají stavy ohrožení, kdy jsou v nejistotách, dostávají se do popředí problémy psychosociální a duchovní. Dotazují se na smysluplnost i smysl svého života, bilancují, rekapitulují. Otevírá se téma spirituality. Pokud jim personál, především pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry nebudou rozumět nebo nebudou chápat jejich význam pro kvalitu života uživatelů služeb, nemohou uživatelé prožívat své dny v plné kvalitě, limitované jen stářím, případně emocí.

Cílem kurzu je uvést posluchače do řešení problematiky včetně praktických nácviků řešení takových situací. Zásadní pro posluchače je přijetí a osvojení si teze, že spirituální potřeby má každý člověk a to jak náboženský, tak nenáboženský. Posluchači získají základní znalosti pro poskytování resp. zajištění spirituální péče.

Osnova

- Pojem spirituální péče a jeho vnímání v sociálních a sociálně-zdravotních službách.
- Proměny spirituálních potřeb v průběhu životního příběhu.
- Religiozita, spiritualita, přitakání k prožitému životu.
- Druhy a stupně spirituality.
- Praktická aplikace tématu v práci se seniory v DpS prostřednictvím modelových situací, příběhů a hraní rolí.