

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Bc. Silvie Stanjurová

*Spirituální well-being seniorů v pobytových sociálních zařízeních*

Diplomová práce

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

**2014**

## Prohlášení

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

.....

## Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Jakubu Doleželovi, Th.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky.

Děkuji pracovníkům zařízení, ve kterých byl proveden výzkum, za vstřícnost a umožnění realizování šetření.

## Obsah

Úvod	6
1. Teoretická část	7
1.1 Sociální pobytová zařízení	7
1.1.1 Legislativa	7
1.1.2 Principy poskytovaných služeb	9
1.1.3 Personální zabezpečení služeb	11
1.2 Senioři	12
1.2.1 Senescence a senium	12
1.2.2 Alterace somatická a psychická	14
1.2.3 Akceptace stárnutí	15
1.3 Well-being	16
1.3.1 Pojmy, měření a dimenze well-being	16
1.3.2 Faktory působící na well-being	19
1.3.3 Spirituální well-being	20
2. Metodologie	23
2.1 Cíle výzkumu	23
2.2 Typ výzkumu	24
2.3 Metody sběru dat	25
2.3.1 Dotazník	25
2.3.2 Rozhovor	26
2.3.3 Pozorování	27
2.3.4 Studium dokumentů	27
2.4 Výzkumný soubor	28
3. Výzkumná část	30
3.1 Pilotní studie a předvýzkum	30
3.2 Výzkumný terén	31
3.3 Popisy zařízení	32
3.4 Dotazník SWBS	37
3.4.1 Výroky SWBS	37
3.4.2 Spirituální blok	38
3.4.3 Existenciální blok	47
3.5 Celkové výsledky	57

3.6	Ověření hypotéz	58
3.7	Diskuze	61
	Závěr	65
	Abstrakt	66
	Seznam zkratek	67
	Seznam literatury	68
	Internetové zdroje	71

## ÚVOD

Ústředním tématem diplomové práce je komparace duchovní pohody seniorů v pobytových sociálních zařízeních. Téma spojuje otázky z oblasti sociální práce a z oblasti spirituality, stejně jako náš studijní obor na CMTF – Charitativní a sociální práce. Při svém studiu jsem absolvovala praxi v domově pro seniory a toto prostředí jsem si také vybrala jako výzkumný terén provedené studie.

Diplomová práce je rozdělena na tři části. V teoretické části jsou prezentovány tři stěžejní oblasti práce. Terén výzkumu představují pobytová sociální zařízení pro seniory. V oddílu je krátce popsána historie, stávající legislativa a principy poskytování služeb. Pozornost je věnována také personálu, jakožto nositeli kvality a kultury zařízení.

Jelikož respondenti výzkumného šetření jsou senioři, druhý oddíl se věnuje problematice stáří. Popisuje změny, fyzické i psychické, které tuto etapu života provázejí, kdy každý jedinec se s tímto nezvratným faktem vyrovnává jiným způsobem.

Výzkumným šetřením je sledována hladina spirituálního well-being. Otázkami kvality života, životní a duchovní pohody se zabývá třetí část práce. Přibližuje pojmy „kvalita života“, „zdraví“, „well-being“, seznamuje s faktory působící na výši hladiny pohody. Kvalitní život předpokládá uspokojování všech oblastí lidského života. Spirituální pohoda je označována jako čtvrtá dimenze vedle pohody fyzické, psychické a sociální.

Následuje část metodologická, která přináší rozbor použitých metod výzkumného šetření. Jsou zde také prezentovány cíle diplomové práce. Aplikačním cílem je komparace výše hladiny spirituálního well-being v konkrétních pobytových zařízeních. Pomocí získaných dat budou ověřovány tři předpokládané hypotézy.

Praktická část je nejrozsáhlejší. Nejprve jsou popsána sociální pobytová zařízení, ve kterých proběhla výzkumná šetření. Odpovědi na jednotlivé výroky SWBS jsou prezentovány samostatně pomocí zpracovaných grafů. Výroky jsou rozděleny do dvou částí – spirituální a existenciální. Poslední graf porovnává celkovou výši hladiny spirituální a existenciální pohody v zařízeních.

V diskuzi se vracím k průběhu výzkumného šetření a přibližuji reakce respondentů na různé výroky, také poukazují na limity provedeného výzkumného šetření.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části diplomové práce se budu věnovat třem základním oblastem. V první části se rozvíjí koncepce sociálních pobytových zařízení pro seniory čili terénu výzkumného šetření. Druhá kapitola se zabývá seniory, jakožto specifickou skupinou obyvatelstva a participanty provedeného výzkumu. Třetí kapitola se věnuje sféře well-being, spirituální pohody neboli oblasti, šetřené použitým dotazníkem SWB škály.

## 1.1 Sociální pobytová zařízení

Terén výzkumu diplomové práce představují sociální pobytová zařízení pro seniory. V této kapitole chci popsat stručnou historii příslušné legislativy, principy poskytování služeb a problematiku personálního obsazení.

### 1.1.1 Legislativa

Existence a fungování sociálních pobytových zařízení se řídí ustanoveními zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 03. 2006, účinného od 01. 01. 2007.

Cesta ke zrodu a přijetí stávajícího zákona o sociálních službách byla velice komplikovaná. Od přelomového roku 1989 se vedly diskuze o novém směřování, neboť po pádu komunistické vlády bylo nezbytné provést reformu celé sociální oblasti. V této sféře bylo neblahé dědictví komunismu obzvláště patrné.

Po komunistickém puči v roce 1948 nad celou oblastí sociálních služeb převzal kontrolu vládnoucí režim. Vliv církve a laických občanských iniciativ byl naprosto potlačen, ačkoliv působení těchto institucí mělo bohatou historii a nevyčíslitelnou hodnotu. Z domovů důchodců se tak vesměs staly nedůstojná zařízení na dožití. Stejně jako ostatní ústavy (pro mentálně a zdravotně postižené) měly domovy důchodců rysy totálních institucí. U osob docházelo ke zprětrhání rodinných, pracovních i sociálních vazeb, veškerý život probíhal dle pevně stanoveného řádu, který byl závazný pro všechny bez rozdílu. Činnosti byly provozovány pouze pod dozorem a všechny aktivity byly vyvíjeny pod jednou střechou, ačkoliv v běžném životě k nim dochází na oddělených místech – odpočinek, práce, zábava (Vávrová, 2009, str. 6 - 21).

Matoušek (1999, str. 118 – 123) popisuje rizika ústavní péče. V domovech důchodců mezi ně prioritně patřila ztráta soukromí, která mohla přecházet v tzv. ponorkovou nemoc ze stereotypního prostředí. Důsledkem těchto strádání se osoby stávají vztahovačnými, s nepřiměřenými reakcemi, stav může vyústit v regresi vývoje (a to především u starých lidí a dětí), hledáním náhražek v jídle, spánku či celkové apatii ve vztahu k okolí.

Tato situace se po roce 1989 začala pomalu měnit, do systému byly implikovány nové prvky, které zaručovaly humanizaci, demonopolizaci a decentralizaci v sociální oblasti. Před definitivním přijetím nového zákona byly na tomto poli podniknuty kroky, jejichž vyústěním byla vize moderních sociálních služeb. Již v únoru roku 2003 je zformulováno sedm vůdčích principů nové koncepce, které jsou představeny v dokumentu Bílá kniha v sociálních službách:

1. nezávislost a autonomie = potlačení závislosti uživatelů na provozované službě
2. začlenění a integrace = spolupráce s místní komunitou
3. respektování potřeb = služba „ušíť na míru“ potřeb jednotlivce
4. partnerství = uživatel se aktivně zapojuje do průběhu a plánování služby
5. kvalita = zaručeny minimální standardy kvality v každém zařízení
6. rovnost bez diskriminace = spravedlnost pro všechny
7. standardy národní, rozhodování v místě = důraz na individuální specifika (Bílá kniha v sociálních službách, 2003, str. 6)

Po předložení a projednání dvou věcných záměrů zákona v roce 2003 a 2004 byla finální verze předložena ministrem práce a sociálních věcí v září 2005, schválena Poslaneckou sněmovnou, v lednu 2006 postoupena do Senátu a dne 31. 03. 2006 publikována ve Sbírce zákonů (Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 2005). Dne 15. listopadu 2006 byla pod číslem 505 schválena prováděcí vyhláška k tomuto zákonu.

Zákon o sociálních službách v paragrafu 32 rozděluje sociální služby na tři základní druhy a to: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Paragraf 34, odst. 1, písmeno e) a f) specifikuje služby sociální péče, kterých se týká problematika této diplomové práce. Jsou to domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (v některých sociálních pobytových zařízeních může být část prostor vyčleněna pro klasický domov pro seniory a část uzpůsobena jako domov se zvláštním režimem, k dispozici jsou tak dva druhy pobytových služeb).



Bližší upřesnění nabízí § 49 a § 50:

„§ 49 - Domovy pro seniory

(1) V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

§ 50 - Domovy se zvláštním režimem

(1) V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“  
(zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

V § 49, odstavci 2) jsou vyjmenované činnosti, které jsou uživatelům zprostředkovány. Kromě základních činností jako poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně a další péči o vlastní osobu, tedy záležitosti tělesné, se uživatelům dostává péče v oblasti duševní. Je to zprostředkování kontaktu s okolím, sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti.

### 1.1.2 Principy poskytování služeb

Základní povinnosti poskytovatelů služeb jsou prezentovány v § 88, zákona o sociálních službách. Kromě ustanovení zákona jsou ještě povinni dodržovat etické kodexy (Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů) a další zákony a vyhlášky (Listina základních práv a svobod, Občanský zákoník).

Jako specifický návod k dobrému fungování lze považovat Standardy kvality sociálních služeb (součást vyhlášky č. 505/2006 Sb). SQSS jsou pravidly a principy poskytovaných služeb a zároveň souborem měřitelných a ověřitelných znaků (Bednář, 2012, str. 55 – 56).

Jejich tři základní části – procedurální, personální a provozní pokrývají celou problematiku a chod sociálních zařízení a jsou pro personál vodítkem v běžné každodenní činnosti.

Služby v pobytových zařízeních jsou uživatelům poskytovány dle smluvního principu. Tímto postupem je zaručena svobodná vůle budoucích uživatelů. Hlavním cílem uzavírání smluv je stav, kdy s každým jednotlivcem bude projednáno poskytování, cíle a průběh služby dle individuálních nároků a požadavků. Pro uživatele služby to znamená:

- individualizovaný a zároveň celostní přístup k osobnosti uživatele
- ohled na návyky z domácího prostředí a na speciální potřeby dané zdravotním stavem a jinými důvody
- dodržování lidských práv
- vyšší důvěra k personálu, pocit bezpečí, důvěry a důstojnosti
- uživatel je zapojen do rozhodování o způsobu a poskytování služby, které podporuje zainteresovanost a aktivitu (Malíková, 2011, str. 158 – 159).

Výhody kvalitně sestaveného individuálního plánování jsou nepochybné a jednoznačné, je to přínos pro uživatele i personál. Malíková (2011, str. 191) zdůrazňuje, že: „zjišťování potřeb a individuální plánování průběhu sociální služby ve svém globálním pojetí znamená vysoce záslužnou činnost na bázi hlubokého respektu a úcty ke každému klientovi jako člověku.“

Důstojnost člověka začíná být respektovaným pojmem, v minulosti býval hojně používán, méně pak naplňován. V každodenní praxi se respektování důstojnosti projevuje při drobných záležitostech jako je vhodné oslovování uživatelů služeb, společenská korektnost, bezvadná péče o hygienu, pitný režim a ostatní věci, které dotváří pocit bezpečí a jistoty (Haškovcová, 2012, str. 76).

Kalvach a Onderková (2006, str. 12) prezentují jako další principy participaci (podíl na rozhodování, komunikování, zapojení do života komunity), smysluplnost (prevence deprivace, animační programy), autonomii (respekt soukromí, ponechání rozhodovacích kompetencí).

Tyto obecné principy poskytování služeb musí být dodržovány a naplňovány ve všech sociálních pobytových zařízeních, jejich dodržování je kontrolováno inspekcí. V některých zařízeních mohou být v přímé péči nebo v sociální oblasti zaměstnány osoby jak civilní, tak řeholní. Osoby, žijící zasvěcený život, s sebou přináší akcent duchovně citlivé sociální práce. O tomto druhu sociální práce píše Andrea Tafferner (2006, str. 116 - 124) ve

své stati knihy *Theologie und soziale Arbeit: Handbuch für Studium, Weiterbildung und Beruf*. Jádrem duchovně citlivé práce je postoj „pozorné vnímavosti“ vůči klientovi, centrálním zdrojem v pomáhajících profesích je vnímání a přijímání Boží přítomnosti v životě, kdy ve výsledku tato spiritualita vede k vyšší profesionalitě. Tento fakt se může odrazit ve výsledné péči, pak hladina spirituálního well-being v zařízeních vykazuje vyšší hodnoty. Zřizovatelé mohou být jak profánní (například městský domov pro seniory), tak církevní (charitní zařízení), rozhodující je styl kultury, který je v zařízeních zaveden.

### 1.1.3 Personální zabezpečení služeb

Atmosféra v zařízení, jakost poskytovaných služeb a celková kultura zařízení souvisí s personální politikou a kvalitou personálu. Bednář (2012, str. 113) akcentuje, že personální práce je prioritní oblastí řízení organizace, neboť zaměstnanci jsou největším bohatstvím a svým přístupem a každodenní činností ovlivňují celý chod zařízení.

V sociálních zařízeních zabezpečují provoz čtyři druhy pracovníků, a to:

- sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách (korigováno zákonem o sociálních službách)
- zdravotničtí pracovníci (upraveno zdravotnickými předpisy)
- pedagogičtí pracovníci (podléhají školským předpisům, netýká se pobytových zařízení pro seniory).

Tyto profese spolupůsobí a vzájemně se doplňují, je to jeden z charakteristických rysů sociálních služeb. Podmínkou výkonu povolání dle zákona je způsobilost právní, zdravotní, odborná a trestní bezúhonnost (MPSV, 2006, Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb.)

Část osmá zákona o sociálních službách vymezuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. V § 109 je výčet činností, kterými se sociální pracovník zabývá:

„§ 109 Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“.

Pravomoci a odpovědnost sociálního pracovníka jsou značné, mezi klíčové ukazatele kvality jeho práce patří prvky jako zájem o oblast, ve které se pohybuje a snaha o rozšiřování rozhledu a znalostí, celková informovanost v oboru, komunikační zdatnost, empatie ke klientům a jejich příbuzným, vysoká emoční inteligence, kolegiálnost a loajalita v pracovním týmu. Samozřejmostí by měla být pohotovost a flexibilita při řešení mimořádných situací, o které nebývá v praxi nouze. Profesionalita vyžaduje permanentní samostudium a zájem o obor (Malíková, 2011, str. 91 – 92).

Do skupiny nelékařských zdravotních pracovníků náleží vrchní sestra, všeobecná sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut. Poslední dvě kategorie bývají zaměstnány na menší než plný úvazek a docházejí do zařízení v určené dny. Tito pracovníci musí splňovat podmínky zákona č. 96/2004 - zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb., jsou zaměstnání na základě smluvních ujednání a norem stanovených zdravotními pojišťovnami (Malíková, 2011, str. 97).

Nároky požadované po pracovnících v pobytových zařízeních jsou vysoké ve všech směrech – profesní kompetence, lidské a morální hodnoty, vzdělanostní požadavky. Společenská prestiž sociální práce stoupá, ale ještě není na takové úrovni, kterou by si zasloužila.

## 1.2 Senioři

Za participanty výzkumného šetření diplomové práce byly zvoleny osoby, jejímž společným znakem kromě pobytu v sociálním zařízení je seniorský věk. V dalším úseku diplomové práce budou upřesněny pojmy stárnutí a stáří, přiblíženy změny související se senií a způsoby akceptace či negace senescence.

### 1.2.1 Senescence a senium

Gruberová (1998, str. 17) charakterizuje senescenci jako involuční proces postihující orgány a tkáň, jehož důsledkem je útlum jejich aktivit. Proces je nezvratný, jednosměrný, končící zánikem individua.

Stárnutí představuje bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně útlumových a přestavbových změn, ke kterým dochází v každém lidském organismu. Během stárnutí probíhá různou rychlostí pokles kapacity zdraví, s ním spojené zdatnosti, přizpůsobivosti, ubývá výkonnost. U každého jednotlivce stárnutí probíhá odlišným způsobem, kdy se na průběhu podílejí různé faktory – genetická dispozice, vlivy životního prostředí, životní styl. Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se prodlužuje naděje na dožití, a tudíž se prodlužuje hranice středního věku (Kalvach, Čevela, Čeledová, 2014, str. 17 - 18).

Haškovcová (2012, str. 99) i Říčan (2004, str. 332) uvádějí rozčlenění etap věku podle Světové zdravotnické organizace takto:

- 45 – 59 – střední neboli zralý věk
- 60 – 74 - vyšší věk neboli rané stáří
- 75 – 89 - senium neboli vlastní stáří
- 90 a více – dlouhověkost.

Skupina mladších seniorů je vděčným objektem mnoha vědeckých průzkumů: na tento důležitý životní přelom - okamžik odchodu do důchodu, milník, který podstatným způsobem zasahuje do života člověka, je cíleno nemálo odborných studií. Zmiňovaná kritická a problematická fáze je označována jako „late adult transition“, jak uvádí Levinson (1986, str. 3) ve stati publikované již v roce 1986. Samotná fáze přechodu člověka od statutu plně zaměstnaného jedince do role seniora se často stává cílem zkoumání psychologů, neboť vyrovnání se s novou rolí nebývá jednoduché.

V osmdesátých letech minulého století byly také formulovány mýty o stáří, bohužel přes osvětu jsou stále aktuální. Haškovcová (2012, str. 119 – 120) mezi ně řadí:

- mýtus falešných představ: senior je plně spokojen, jsou-li zajištěny jeho materiální potřeby
- mýtus zjednodušené demografie: stáří začíná dnem, kdy senior dosáhne hranice stanovené pro odchod do důchodu
- mýtus homogenity: všichni senioři jsou stejní
- mýtus neužitečného času: senior nic nedělá, neboť nepracuje
- mýtus ignorance: pokud senior nepracuje, nemůže být partnerem ani konkurentem.

Výzkumy provedené v rámci sociálních šetření dokazují, že mýty jsou scestné:

- zajištění pouhých materiálních potřeb bez saturace ostatních oblastí není dostačující
- každá osoba má individuálně nastavené prožívání senescence, z hlediska časového i zdravotního
- senioři – participanti dotazníkového šetření mohou být kvalitními partnery, všechny dotazníky jsou originální, nelze nalézt dva naprosto totožné.

Mýty jsou projevem ageismu, tento anglický pojem, jehož český ekvivalent neexistuje, zahrnuje projevy averze a agrese vůči starým lidem. Současná média bohužel prosazují kult mládí a výkonnosti bez ohledu na skutečnost, že generace seniorů představuje kořeny naší společnosti.

### 1.2.2 Alterace somatická a psychická

K nepřehlédnutelným projevům senia patří změny tělesné i duševní. Zvyšuje se výskyt onemocnění, Topinková (2005, str. 6) uvádí následující pořadí dle četnosti výskytu:

- kardiovaskulární choroby
- onemocnění pohybového aparátu
- metabolická onemocnění (zejména cukrovka)
- onemocnění trávicího a dýchacího traktu.

Se seniemi bývá spojován pojem polymorbidita, neboli vícečetná chorobnost, typická kumulace nemocí (Haškovcová, 2012, str. 137) a stařecká křehkost (anglicky frailty), což může znamenat jak tělesnou – úrazy, zlomeniny, tak psychickou křehkost – emotivní lability (Haškovcová, 2012, str. 108 – 109).

Mimo emotivní lability k projevům duševní involuce patří zvýšená opatrnost, nedůvěra, špatná adaptace na nové podmínky, těžce snášené změny, snížení zájmu o dění v okolí přecházející až v apatii gerontů. Často se mění celý osobnostní profil, zvýrazňují se záporné povahové rysy (ze šetrnosti se stává lakota, z podezíravosti paranoia). Přibývá depresivních stavů, které mohou mít jednak určitou příčinu, jako je například ztráta životního partnera, jednak mohou vznikat bez zřejmého důvodu a ty se nazývají deprese endogenní (Říčan, 2004, str. 337 – 341).

Obecně lze konstatovat, že geronti nechtějí o svých trápeních hovořit, neboť často se za ně stydí a nejsou zvyklí, aby se svěřovali. Za jejich somatickými obtížemi tak lze najít skryté a nevyslovené duševní strádání (Ondrušová, 2008, str. 161 – 162).

K eliminaci těchto stavů je nezbytné kontrolovat uspokojování základních potřeb, neboť v průběhu stárnutí dochází k jejich magnifikaci. Ke změnám dochází prioritně v těchto oblastech:

- potřeba stimulace – odchodem do důchodu ztrácí kontakt se svou sociální skupinou, musí si zvyknout na nový denní režim
- potřeba orientace a učení – se ztrátou zaměstnání přichází úbytek kompetencí, aktivit a dovedností
- potřeba aktivity – aktivní činnost je považována za hlavní prostředek boje proti stárnutí
- potřeba citové jistoty a bezpečí – senior potřebuje cítit sounáležitost a akceptaci
- potřeba seberealizace a potřeba otevřené budoucnosti – prioritní musí být jiné hodnoty než výkon a jeho společenská prestiž (Vágnerová, 2000, str. 467 – 470).

### 1.2.3 Akceptace stárnutí

Jakým způsobem se jednotlivec s nastalou situací vyrovná, záleží na osobnosti člověka. Při výzkumných rozhovorech se seniory je možno se setkat s projevy různých postojů, které by se daly rozřadit do jednotlivých modelů, které prezentuje Vágnerová (2000, str. 445 – 447):

- senior stáří reálně akceptuje, zůstává optimistický a aktivní
- senior je optimistický, ale pasivní, závislý na druhých, rezignovaný
- odmítá přijmout věk, odmítá pomoc, zakládá si na soběstačnosti
- člověk reálně přijme fakt stárnutí, ale je pesimistický, bývá agresivní, hostilní
- krajní možnost je rezignovanost, pasivita a depresivnost, tento postoj bývá spojován se somatickými problémy.

Postoj odráží osobnost seniora, jeho genetickou výbavu, osobnostní charakterové rysy, vrozené vlastnosti, jako vnější determinant lze označit přístup společnosti k otázce stárnutí. Dvořáčková (2013, str. 24) ve své stati Aktivní stárnutí shrnuje: „O aktivitě ve stáří rozhodují čtyři dimenze. Jedná se o společenskou atmosféru, individualitu člověka, zdravotní stav a

nabídku možností..... K hlavním nástrojům aktivního života patří zdravý způsob života, prevence onemocnění a posilování funkčního zdraví.“

Hojně frekventovaným pojmem je koncepce „zdravého, též úspěšného stárnutí“: stáří je přirozeným obdobím lidského života, které lze prožít aktivně a spokojeně, předpokladem je občanská zodpovědnost a pomoc profesionálů je poskytována jako konečná možnost (Haškovcová, 2012, str. 168).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v tomto duchu stanovila své cíle, kdy tzv. úrovněový cíl je tento:

- „přidat roky životu: snižovat úmrtnost a usilovat o prodloužení života lidí
- přidat zdraví letům: snižovat nemocnost a snažit se, aby lidé žili ve zdraví co nejdéle
- přidat život letům: věnovat pozornost kvalitě života lidí a pomáhat lidem, aby se mohli těšit ze všeho, co tvůrčí a plný lidský život může poskytnout.“ (Holčík, 2014, str. 71).

Důraz je kladen nejenom na kvantitu – délku života, ale vyzdvižen je aspekt kvality života. Dle WHO pojem „aktivní stárnutí“ v sobě zahrnuje respektování práv seniorů na rovnost zacházení, podíl jejich účasti na společenském dění. Je to proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí směřující ke zvýšení kvality života v tomto období. Dále přispívá k omezení rizika exkluze seniorů ze společnosti (WHO, 2014).

## 1.3 Well-being

Stat' přibližuje samotný výraz „well-being“ a s ním související pojmy – kvalitu života, zdraví. Uvádí přehled konceptů měření a dimenze, ve kterých se uplatňuje. Upřesňuje faktory ovlivňující hladinu well-being. Závěrečná část je věnována spirituálnímu well-being, oblasti, která byla zkoumána při výzkumném šetření diplomové práce.

### 1.3.1 Pojmy, měření a dimenze well-being

S pojmem „kvalita života“ se setkáváme v různých oblastech lidské činnosti, může se týkat přírodního a sociálního prostředí člověka, jeho fyzického a psychického stavu, zahrnuje



otázky smyslu a užitečnosti života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní pohody a spokojenosti (Dragomirecká, Prajsová, 2009, str. 9)

Kvalita života je vnímána jako subjektivní záležitost, tento fakt potvrzuje také Haškovcová (2010, str. 254), když konstatuje, že v současnosti odborníci vidí kvalitu života jako „subjektivní prožitkovou kategorii“. Jednotlivec si dle svého vnímání určí, kdy se cítí šťasten nebo spokojen, přičemž každý pohled z vnějšku může být zkreslený či mylný.

Kromě tohoto úhlu pohledu je pojem kvality života chápán jako multidisciplinární, jehož řešení vyžaduje sloučení pohledů a hledisek z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, politologie, ekologie, etiky, psychologie a dalších vědeckých oborů (Halečka, 2002, str. 67).

Definice zdraví Světové zdravotnické organizace zní: „Zdraví je stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“. Tato formulace, stará více než šedesát let, již zmiňuje pojem „duševní a sociální pohoda“. V roce 1946 podepsalo v New Yorku šedesát jedna států Zakládací smlouvu WHO, tato byla ratifikována 07. 04. 1948, od tohoto data je 7. duben oficiálně prohlášen za Světový den zdraví. (WHO, 2011). Teprve od osmdesátých let minulého století lze hovořit o rozvoji výzkumu na poli well-being. Osobní pohodu lze zjednodušeně definovat jako stav, kdy přetrvává celková spokojenost člověka s vlastním životem (Blatný, 2010, str. 197 – 198).

Ke zkoumání kvality života jsou aplikovány tři odlišné přístupy, které pojem zkoumají z různých hledisek a používají odlišné metodologie. Jsou to přístupy:

- psychologický – převažují pojmy jako pohoda, štěstí, spokojnost, flow fenomén, sebeaktualizace
- medicínský – zdraví, funkční stav
- sociologický – kvalita života spojována s vyšší životní úrovní, preferovány znaky sociální úspěšnosti, materiálního zabezpečení (Hnilicová, Bencko, 2005, str. 656).

Obdobně jsou vytvořeny tři rozdílné způsoby měření, které vznikly na základě alternativních konceptualizací na poli ekonomických, medicínských a sociálních věd:

- QALY – Quality-Adjusted Life Years (kvalita upravených let života) – používán v ekonomických oborech v součinnosti s medicínskými disciplínami
- SWB – Subjective Well-Being (subjektivní pohoda) – výsledek činnosti sociálních věd

- HRLoQ – Health Related Quality of Life (kvalita života související se zdravím) – produkt lékařských věd (Cummins et al., 2006, 168 – 173).

Samotný překlad výrazu „well-being“ není v českém prostředí jednotný. Křivohlavý tématu well-being v knize Pozitivní psychologie věnuje kapitolu nazvanou „Duševní pohoda – well-being – kdy je člověku dobře?“. V textu překládá well-being jako „životní pohodu“, skládající se ze složky psychologické a sociální. Křivohlavý řadí mezi dimenze psychické pohody:

- sebezpřijímání (člověk přijímá sebe a své kroky v životě kladně)
- osobní růst (má ambice, je přístupný novým věcem)
- účel života (vidí smysl a smysluplnost života)
- začlenění do života (adekvátně profituje ze svých schopností)
- samostatnost – autonomie (je dostatečně asertivní)
- vztah k druhým lidem (je empatický, umí dávat i přijímat).

Dimenze sociální pohody:

- sociální přijetí (má respekt k ostatním, celostně je akceptuje)
- sociální aktualizace (věří v dobro lidstva)
- spoluúčast na společenském dění (cítí se akceptován společností)
- sociální soudržnost (zajímá se o svou komunitu)
- sociální integrace (cítí se plnohodnotným členem společnosti).

Pro pocit pohody je třeba uspokojovat potřeby, ale pokusy dokázaly, že existuje určitá relativně trvalá hladina subjektivní pohody u každého jednotlivce - její výši může narušit jen radikální změna v životě (Křivohlavý, 2004, str. 181 – 186).

Ve stejném duchu hovoří Šolcová a Kebza (2004, str. 21), kdy se shodují, že well-being je dlouhodobý emoční stav, vyznačující se stabilitou v čase a relativní stálostí v různých situacích. Jako jeho český ekvivalent navrhují pojem „osobní pohoda“, protože v sobě zahrnuje jak dimenzi duševní, tělesnou i sociální.

Další členění uvádí americký psycholog C. L. M. Keyes (1998, podle Šolcové a Kobzy, 2004, str. 26), kdy specifikuje sociální dimenze osobní pohody:

- sociální integraci
- sociální akceptaci
- sociální přínos

- sociální aktualizaci
- sociální koherenci.

Keyes v tomto rozdělení zdůrazňuje sociální rozměr. Ve stati publikované v roce 1995, na které spolupracovala Carol D. Ryff, je well-being členěn na šest následujících dimenzí:

- autonomie (autonomy) – predikuje nezávislost na hodnocení okolí, schopnost prosadit vlastní názory a postoje
- ovládnutí vnějšího prostředí (environmental mastery) – schopnost využít poskytnuté příležitosti pro uskutečnění vlastních cílů a potřeb
- osobní růst (personal growth) – připravenost pro osobnostní rozvoj, chuť se rozvíjet, eliminovat stagnaci ve vlastním životě
- pozitivní vztahy s druhými (positive relations with others) – schopnost empatie vůči okolnímu světu
- smysl života (purpose in life) – víra ve smysluplnost života
- sebezpříjetí (self acceptance) – akceptace sebe jako celistvé osobnosti s charakterovými klady i zápory (Ryff, Keyes, 1995, str. 719 – 727).

### 1.3.2 Faktory působící na well-being

V současné době panuje víceméně shoda v identifikaci faktorů, které mají význam pro subjektivní pocit osobní pohody. Dvořáčková (2012, str. 76 – 79) hovoří o činitelích z oblastí zdravotní, sociální, ekonomické a enviromentální, které mají přímý nebo nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj a od něho se odvíjející stav pohody. Za další - již specifické a konkrétní - faktory označuje věk, pohlaví, rodinný a zdravotní stav, vzdělání, hodnotový žebříček.

Blatný (2010, str. 198 – 206) činitele řadí do čtyř kategorií:

- socioekonomické a demografické faktory – pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, sociální statut, ekonomický statut, zdravotní stav, víra, příslušnost k víře či etniku
- osobnostní dispozice – vrozená extraverté či introverté, emoční stabilita a labilita
- rozpor či shoda mezi osobním očekáváním a skutečností – preference více plánů či životních cílů, jejich alternace
- sociální vztahy – funkční či narušená sociální vztahová síť.

Provedené výzkumy zjistily, že socioekonomické a demografické faktory se na pocitu well-being podílí nanejvýš z jedné pětiny. Konstatování, že osoba zdravá a ekonomicky zabezpečená je také šťastná, je mylné. Čtyři pětiny prožívané pohody jsou ovlivněny jinými faktory (Blatný, 2010, str. 199 – 201). Výsledky dotazníkových šetření různých výzkumných studií toto naprosto verifikují: hladina well-being nezávisí na zdravotní situaci participanta. Vyjádření vysoké pohody vychází i od zdravotně velmi indisponovaných osob.

### 1.3.3 Spirituální well-being

Problematikou respektování spirituální dimenze zdraví, jakožto 4. domény doplňující fyzickou, psychickou a sociální dimenzi, se zabývalo v letech 1998 a 2005 valné shromáždění WHO v Ženevě. Na základě zájmu věnovaného spiritualitě ve zdravotnické péči WHO doplnila doménu spirituality do svého oficiálního nástroje na posuzování kvality života WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life. Dotazník WHOQOL-100 zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF (zkrácená verze) jsou rozděleny do 4 domén - fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí a dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života – kvalitu života a spokojenost se zdravím (WHO, 1997).

Spiritualitou, jakožto jedním z faktorů ovlivňujících well-being, se zabývá mnoho vědeckých studií. Obecně lze víru označit za silný a posilující zdroj. Kebza a Šolcová (2004, str. 28 - 29) tuto skutečnost podmiňují současnou konstelací několika podmínek:

- „mělo by jít především o vnitřně založenou, intrinzickou religiozitu, prožívanou zcela upřímně a opravdově,
- z ní vycházející navození prožitku vyšší kontroly nad směřováním svého života, chápaného v širším kontextu,
- soulad mezi vnitřním prožitkem víry (intrinzickou religiozitou) a jejími vnějšími projevy (extrinzickou religiozitou)“.

Křivohlavý (2002, str. 55 – 66) rekapituluje dosavadní výzkumy na poli korelace víry a zdraví. Výsledky potvrzují kladný vliv spirituality na pocit životní spokojenosti, zdravého životního stylu a celkové kvality života.

Holistické pojetí péče o kvalitu života člověka zavazuje k uspokojování potřeb v oblasti tělesné, duševní, sociální a duchovní. Do potřeb biologických náleží uspokojení základních fyziologických prvků – dýchání, příjem a vylučování potravy, tišení bolesti. Potřeby psychologické čítají především respekt k důstojnosti člověka, adekvátní styl komunikace, potřeby sociální vyplývají ze skutečnosti, že člověk je tvor společenský, není ho možné izolovat od dění. Spirituální potřeby nemá jen religiózní jedinec, pojmy jako odpuštění, smysluplnost jsou obecně přijímány i u osob, které se označují za nevěřící (Svatošová, 2012, str. 21 – 23).

Peter C. Hill (americký profesor psychologie, aktivní výzkumník na poli sociální psychologie a psychologie náboženství) ve svém článku poukazuje na skutečnost, že religiozita a spiritualita koreluje s mentálním zdravím. Postoje v této oblasti se formují po celou dobu života a jsou integrujícím prvkem v životě člověka – a to nejen u věřících jedinců, ale i u osob se slabým religiózním zázemím (Hill, 2000, str. 51 – 71).

Kenneth I. Pargament přináší důkazy o salutoprotektivních účincích meditace, kontemplativní modlitby či jiné formy každodenního kontaktu s posvátnem ve studii, kterou cituje ve své disertační práci Renata Hacklová (Pargament, 2002, podle Hacklová, 2013, s. 92 – 93).

Světová zdravotnická organizace od roku 1990 identifikuje spirituální oporu jako podstatnou a nedílnou součást paliativní péče o onkologické pacienty (Nixon, Narayanasamy, 2010).

Pro testování hladiny spirituálního well-being lze využít různých druhů dotazníků a škál. V českém prostředí se tématem zabývá Pavel Říčan a Pavlína Janošová, kteří jsou autory Pražského dotazníku spirituality (2005) a Testu spirituální citlivosti (2007). V Pražském dotazníku spirituality faktorová analýza identifikuje pět faktorů:

- mystickou zkušenost (pocit transcendence)
- ekospiritualitu (úctu k přírodě a pocit zodpovědnosti za ni)
- bytostnou sounáležitost (radost z lidské blízkosti)
- svědomitou starostlivost (odpor ke zlu)
- latentní monoteistickou orientaci (akceptace „nejvyšší pravdy“) (Říčan, 2010).

Daniel Sulmasy, americký profesor medicíny a etiky, se ve svém článku z roku 2002 věnuje bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu pro péči o pacienty na konci života, neboť duchovní otázky jsou pro ně velmi důležité. Rozlišuje obecné domény pro měření různých

aspektů spirituality: religiozitu, náboženské zvládnání a podporu, duchovní pohodu a duchovní potřeby (Sulmasy, 2002).

V roce 2011 byla v Indii pro testování spirituálního zdraví vytvořena škála Spiritual Health Scale. Indičtí vědci Neera Dhar, Sunil Kumar Chaturvedi a Deoki Nandan jsou autoři článku, ve kterém předkládají definici a způsob měření čtvrtého (duchovního) rozměru zdraví. SHS je univerzální, není omezena kulturními ani náboženskými aspekty. Inspiruje se ayurvedou, starověkým léčebným systémem z Indie, jehož ústřední filozofie se odvíjí od skutečnosti, že fyzického zdraví nelze dosáhnout bez emocionálního, duševního a duchovního zdraví.

Na otázku uspokojování duchovních potřeb se v dřívější době nebral zřetel. Skutečnost, že tyto potřeby je třeba sytit, je již našťěstí neoddiskutovatelná. Správná a efektivní saturace těchto potřeb představuje pro člověka velkou podporu. Pokud je duchovně vyrovnan a uspokojen, odrazí se tato skutečnost na celkovém chování a vystupování. Malíková (2011, str. 273 – 275) prezentuje výčet nejčastějších problémů při deficitu zabezpečení potřeb:

- poruchy spánku, komunikace
- beznaděj, smutek, proměnlivost nálad
- sociální izolace, deprese, snížený či zvýšený příjem potravin
- přání zemřít či naopak fobie ze smrti.

U osob spokojených lze oproti tomuto najít znaky jako:

- vyrovnanost, vnitřní klid
- tolerance, vstřícnost, empatie
- vnitřní síla, harmonie.

Duchovní potřeby, v minulosti bezpříkladně opomíjeny, tvoří nedílnou součást lidské entity. Z již provedených, dříve zmiňovaných, studií vyplývá, jak důležitá je komplexní péče o všechny dimenze lidských potřeb. Ve výzkumném šetření diplomové práce byla zjišťována míra spirituální pohody v pobytových sociálních zařízeních. Sanace spirituálních potřeb je jedním z faktorů zabezpečení kvality života uživatelů v sociálních pobytových zařízeních a proto jedním z ukazatelů výše této kvality. Vysoká hladina spirituálního well-being predikuje kvalitní úroveň zařízení a potvrzuje poskytování hodnotné péče o uživatele zařízení.

## 2. METODOLOGIE

### 2.1 Cíle výzkumu

Na základě stanovení a vymezení výzkumné otázky se volí technika výzkumu. Je důležité položit hlavní otázku tak, abychom dosáhli stanoveného cíle (Hendl, 1999, s. 145). Maxwell (2005, podle Švaříček, 2007, s. 63) rozlišuje trojí typ cílů:

- „intelektuální – jakým způsobem projekt přispěje k rozšíření odborného poznání
- praktický – zda budou moci být výsledky nějakým praktickým způsobem využity
- personální – jak práce na projektu obohatí výzkumníka samého.“

Intelektuální cíl (někdy nazýván symbolický): diplomová práce chce upozornit na potřebu uspokojovat všechny dimenze lidských potřeb v sociálních pobytových zařízeních, protože jen jejich úplná sanace vede ke kýžené kvalitě života. Analogické výzkumné šetření hladiny spirituálního well-being ještě nebylo realizováno, získaná data mají vypovídací hodnotu o komplexnosti péče v konkrétních pobytových zařízeních sociálních služeb.

Praktický cíl (také aplikační): závěry komparace mohou pomoci optimalizovat péči a zvyšovat kvalitu života nejen v šetřených zařízeních, ale také inspirovat management jiných institucí poskytujících obdobné služby.

Personální cíl je naplněn získáním zkušeností z provedených výzkumných šetření. Poznávání provozu a kultury zařízení bylo velmi obohacující po profesní i lidské stránce a rozšířilo můj horizont v této oblasti.

Jako poznávací cíl jsem zvolila komparaci hladiny spirituálního well-being v sociálních pobytových zařízeních. Dále jsem ověřovala tři hypotézy:

- zda v zařízení s církevním zřizovatelem je výše spirituální pohody vyšší než v zařízeních s jiným typem zřizovatele,
- zda výše kapacity zařízení má vliv na výši well-being,
- zda výše hladiny existenciálního well-being a typ zřizovatele sociálního pobytového zařízení spolu souvisí.

## 2.2 Typ výzkumu

Od stanovených cílů se odvíjí design výzkumu. Jelikož ve výzkumném šetření bude srovnávána míra spirituálního well-being, jako design výzkumu byla vybrána komparativní studie a pro ověření hypotézy byly využity statistické metody typické pro kvantitativní výzkum. Jako podklady komparace byly zvoleny metody, které jsou typické jednak pro kvantitativní výzkum (dotazník), tak i pro kvalitativní výzkum (polostrukturované rozhovory, studium dokumentů, pozorování ve výzkumném terénu).

Výzkumné šetření popisované v diplomové práci je založeno na principu smíšeného výzkumu, který je definován jako „obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie“ (Hendl, 2005, str. 60). Předností této metody je vzájemné doplnění kvalitativních a kvantitativních postupů a využití komplementarity obou způsobů výzkumu (Hendl, 2005, str. 62).

V rámci kvalitativního výzkumu se jevy zkoumají v přirozeném prostředí (výzkumný terén představovala sociální pobytová zařízení pro seniory), získává se jejich podrobný popis a výzkumník má možnost adekvátně reagovat na místní situace a podmínky. Mezi nevýhody lze zařadit obtížnější testování hypotéz a teorií, sběr a následná analýza dat bývá časově náročnější a můžeme konstatovat, že výsledky mohou být ovlivněny osobností výzkumníka a jeho preferencemi (Hendl, 2005, str. 49 – 53).

Kvantitativní výzkum vychází z pozitivistického paradigmatu, je založen na přesvědčení, že existuje jedna objektivní realita, která není závislá na výzkumníkových citech nebo přesvědčení (Chráska, 2007, str. 9). Kvantitativní metody poskytují přesná, numerická data, která lze poměrně rychle sesbírat a vyhodnotit, výsledky lze zobecnit na populaci, to znamená, že je užitečný při zkoumání velkých vzorků. Zároveň je metoda omezena na testování hypotéz, protože používá při vyhodnocování dat statistické metody, zdůrazňuje střední pozice, což je podstata statistického uvažování (Hendl, 2007, str. 71).

Hendl uvádí, že: „Výzkumníci stále častěji kombinují metody kvalitativního a kvantitativního výzkumu v jedné výzkumné akci. Snaží se tak využít výhody obou přístupů při řešení výzkumného problému.“ (2007, str. 45). Tento způsob je aplikován v diplomové práci, kdy při sběru dat v terénu byly využity metody obou základních typů výzkumů.



## 2.3 Metody sběru dat

Jako metody sběru dat pro tuto diplomovou práci jsem použila dotazník, polostrukturované rozhovory s uživateli a pracovníky v pobytových sociálních zařízeních pro seniory, pozorování a studium dokumentů.

### 2.3.1 Dotazník

Často využívanou metodou ve vědeckých průzkumech je dotazníkové šetření, které představuje systém cílených otázek, účelově seřazených, na které respondent odpovídá zpravidla písemnou formou. Položky dotazníku se třídí dle různých kritérií, základními jsou: cíl, pro který je položka určena, obsah, který zjišťuje a forma výroku odpovědi, která je požadována (Chráska, 2007, str. 163).

Metoda sběru dat pomocí dotazníku patří do sekce kvantitativního výzkumu. Mezi jeho přednosti patří poměrná snadnost získávání informací od velkého počtu respondentů, do záporů můžeme přiřadit například malou návratnost rozeslaných dotazníků (Disman, 2002, str. 141). Tento nedostatek byl odstraněn osobní přítomností tazatele u vyplnění dotazníku.

Jako výzkumný nástroj v diplomové práci byl použit dotazník „Spiritual Well-Being Scale“ autorů Craiga W. Ellisona a Raymonda F. Paloutziana. SWBS byl poprvé prezentován v roce 1983 v časopise *Journal of Psychology and Theology*. Spirituální škála well-being je obecný ukazatel vnímané pohody, která se dá využít pro posouzení individuální i skupinové duchovní pohody. Poskytuje celkovou míru vnímání duchovní kvality života, jakož i skóre pro spirituální a existenciální pohodu. Spirituální well-being dotazník se skládá z dvaceti položek - výroků, deset z nich hodnotí specificky duchovní, spirituální pohodu a zbylých deset existenciální pohodu. Škála odpovědí je následující:

- 1 - rozhodně souhlasím
- 2 - spíše souhlasím
- 3 - souhlasím
- 4 - nesouhlasím
- 5 - spíše nesouhlasím
- 6 - rozhodně nesouhlasím.

Vzhledem k tomu, že ve škále odpovědí chybí kolonka pro „nevím/neodpovídám“ jsou respondenti nuceni zaujmout stanovisko ke každé otázce a nevznikají možná „hluchá“ místa (Ellison, 1983, s. 330 – 340).

Autoři SWBS - Dr. Ellison a Dr. Paloutzian jsou autory mnoha knih, profesori poradenství a psychologie.

Craig W. Ellison byl v letech 1983 až 2008 ředitel Aliance pro postgraduální studium poradenství v Nyack College, v New Yorku. Působil také jako soukromý psychoterapeut a je autorem sedmi knih. Zemřel 13. března 2012 v Holandsku (C.W.Craig, 2012).

Raymond F. Paloutzian získal doktorát z Claremont Graduate School a byl profesorem experimentální a sociální psychologie na Westmont College, v Santa Barbaře, Kalifornie, v letech 1981 - 2007. Dále byl hostujícím profesorem výuky psychologie náboženství na Stanfordově univerzitě a hostujícím profesorem na Fakultě psychologie a pedagogických věd na Katolické univerzitě v Lovani, Belgie (Welcome to the home of the Spiritual Well-Being Scale, 2014). V současnosti působí jako emeritní profesor psychologie ve Westmontu, stát Illinois, Spojené státy americké (R.F.Paloutzian, 2014).

### 2.3.2 Rozhovor

V sociálních a humanitních vědách má rozhovor dlouhou historii, počátky této metody můžeme nalézt již v sociálních výzkumech 19. století, kdy byl používán při terénních pracích etnologů či klinických rozhovorech psychologů (Kaufmann, 2010, str. 21).

Nejčastěji používaná metoda sběru dat v kvalitativním výzkumu je rozhovor, který je možno definovat jako dotazování respondenta výzkumníkem pomocí otevřených otázek. Označujeme ho jako hloubkový rozhovor – „in-depth interview“ (Švaříček, 2007, str. 159).

Za hlavní dva typy hloubkového rozhovoru lze považovat polostrukturovaný – vedený na základě připravených otázek a témat a nestrukturovaný či narativní, který se odvíjí od informací, které jsme obdrželi od respondenta (Švaříček, 2007, str. 160).

V rámci výzkumu byly vedeny polostrukturované rozhovory a to s personálem i uživateli služeb. Pro každou kategorii byl vytvořen rámec otázek, směřující k získání adekvátního množství informací. Při rozhovorech s personálem se otázky týkaly nejen zajištění provozu

zařízení po materiální a ekonomické stránce, byly zjišťovány formy aktivizačních služeb a prostor pro naplňování celkové kvality života, včetně spirituálních potřeb. Při rozhovorech s klienty – respondenty dotazníku – byly rozhovory často narativního typu, protože každý uživatel byl jedinečná osobnost a každý reagoval odlišným, specifickým způsobem.

### 2.3.3 Pozorování

Pozorování je zaměřené, dobře plánované vnímání skutečnosti, kdy to, co vnímáme je pečlivě a systematicky zaznamenáváno (Disman, 2002, str. 124). Při výzkumu lze vnímat spoustu faktorů, které na nás působí vědomě či nevědomě. Pozorujeme už při vjezdu do obce, zda je budova zařízení umístěna v centru či na periférii. Jaké je okolí zařízení, zahrada – upravená či zpustlá? Budova zařízení – je rekonstruovaná nebo naopak zanedbaná? Jaký je náš první dojem – jsme překvapeni mile či vyděšeni? Necháváme na sebe působit pořádek, vybavení, výzdobu, registrujeme klid, ruch, pachy. Vnímáme jednání personálu – k nám jako k cizímu elementu, ke klientům, mezi sebou navzájem. Své poznatky a dojmy jsem zpracovala formou poznámek, které později sloužily k představení a popisu terénu výzkumu.

### 2.3.4 Studium dokumentů

V rámci přípravy na vlastní výzkumné šetření jsem vyhledávala dostupné dokumenty, týkající se sociálních zařízení, kde byl výzkum realizován. Informace jsem čerpala z internetových stránek zařízení, z poskytnutých letáků či tiskových zpráv. V rámci studia dokumentů analyzujeme jakékoliv dokumenty, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu, mohou to být jak psané dokumenty, tak materiální stopy lidského chování (Disman, 2002, str. 124).

Na vlastní šetření jsem vyjížděla vybavena vědomostmi o historii, kapacitě, nabízených službách a aktivitách, složení personálu. Na základě korespondence s vedením jsem měla základní přehled o kultuře a stylu vládnoucího v zařízení, protože kvalita služeb má základ ve stylu práce vedoucího managementu. Ve všech čtyřech domovech pro seniory jsem jednala o spolupráci s velmi vstřícným a příjemným personálem. Management těch zařízení, který si nepřál provádění výzkumu a reagoval nepřiměřeně, evokuje dojem, že v těchto zařízeních mají snahu různé věci skrývat či nemají zájem o srovnání úrovně a kultury služeb.

## 2.4 Výzkumný soubor

Výzkum byl realizován v pobytových sociálních zařízeních pro seniory. Kritériem pro participanty výzkumu tedy byl nejen seniorský věk, ale také statut uživatele zařízení. K těmto znakům se přidružilo další neméně důležité měřítko a to zdravotní a psychická způsobilost respondenta. Požadavek na dobrou osobní kondici respondentů způsobil značné potíže a to v omezené možnosti oslovení všech klientů zařízení. Tato skutečnost se projevila nižším počtem vyplněných dotazníků, než jsem předpokládala při plánování sběru dat.

Největší skupina participantů výzkumného šetření spadala do kategorie vlastního neboli pravého senia, několik jich bylo již dlouhověkých. Tři osoby se ještě daly zařadit do období raného stáří. Tato struktura kopíruje skladbu uživatelů pobytových zařízení, kdy osoby z kategorie raného stáří využívají spíše terénních či ambulantních sociálních služeb. Vzhledem ke stále zvyšující se hranici pro věk odchodu do důchodu je irelevantní zaměřovat stávající výzkumné šetření na tuto kategorii.

Prvním krokem byl výběr zařízení, ve kterých jsem chtěla provést výzkumná šetření. Z praktických důvodů jsem vymezila teritorium pro výzkum dopravní dostupností a zařízení vybírala v lokaci bývalého okresu Opava. Zařízení jsem již znala osobně nebo jsem se o nich dozvěděla v průběhu studia či praxe. Kontaktní údaje jsem většinou vyhledala na internetových stránkách, také jsem získala kontakt na „key person“ od kolegyně. K zajištění vstupu do terénu výzkumu jsem oslovila ředitele zařízení či sociální pracovníci. Sjednávala jsem možnost šetření v sedmi zařízeních, uskutečnila jsem ho nakonec ve čtyřech. Z jednoho zařízení mi nepřišla žádná odpověď, další zařízení si stále kladlo nové a nové podmínky, až jsem provedení výzkumu vzdala, paní ředitelka posledního zařízení zdůvodnila nemožnost uskutečnění výzkumu časovou zaneprázdněností zaměstnanců.

Výběr respondentů jsem vždy nechávala na kontaktní osobě ze zařízení. Ředitel či sociální pracovník na základě náročnosti dotazníku vytipoval uživatele zařízení, kteří by byli vhodnými kandidáty k provedení výzkumného šetření. Ve všech zařízeních kromě jednoho (Slavkov) nakonec někteří klienti projevili nesouhlas a dotazník nevyplňovali. Každý klient byl nejprve osloven zaměstnancem zařízení, otázan, zda je ochoten odpovědět na výzkumný dotazník. Poté jsem se krátce představila jménem, osvětlila, co je SWBS za dotazník, k čemu slouží, a vysvětlila jsem, jak můžeme postupovat. Participantům byla nabídnuta možnost samostatného vyplňování nebo vypsání za mé asistence. Všichni klienti bez výjimky dali přednost mému předčítání a odpovídali ústně a já jsem jejich odpovědi zaznamenávala do

dotazníku. Respondenty jsem ujistila o naprosté anonymitě, kdy jsem na dotazník jen poznačila datum provedeného šetření a lokaci. Vždy jsem je ubezpečila, že pokud by se jim otázky nelíbily a nechtěli by ve vyplňování dotazníku pokračovat, šetření bychom přerušili nebo ukončili. Několikrát k této situaci došlo a výzkum jsem ukončovala bez výsledku. V naprosté většině případů jsme měli na vyplnění dotazníku dostatek času i soukromí. Dotazník jsem vyplňovala s respondenty bez přítomnosti třetí osoby na pokojích, kdy spolubydlící při vyplňování odcházeli, aby každý měl klid a nebyl rušen.

### 3. VÝZKUMNÁ ČÁST

#### 3.1 Pilotní studie a předvýzkum

Před samotným výzkumným šetřením byla provedena pilotní studie a posléze předvýzkum. Pomocí pilotní studie zjistíme, zda je provedení výzkumu ve vybrané populaci vůbec možné. Předvýzkum pomáhá otestovat nástroje, které jsme pro účel výzkumu zkonstruovali – například dotazníky (Disman, 2007, str. 120).

Pilotní výzkum jsem provedla v rámci své studijní stáže v Domově pro seniory sv. Hedviky v Kravařích. V době, kdy jsem pracovala v zařízení v oblasti přímé péče, jsem měla možnost hovořit s uživateli i s vedením, prozkoumala jsem terén výzkumu a zajistila si do něho vstup.

Dne 04. dubna 2014 jsem provedla předvýzkum. Opět jsem navštívila Domov sv. Hedviky, paní sociální pracovnice vybrala 5 klientů a já testovala dva typy dotazníků, které jsem chtěla použít ke sběru dat pro získání proměnných. První dotazník byl standardizovaný SWBS (Spiritual Well-Being Scale), druhý dotazník se týkal aktivit klientů v zařízení a jejich sociální vztahové síti. Na vzorku byl ověřen stupeň náročnosti vyplnění SWBS dotazníku – je středně náročný a ne všichni uživatelé pobytových zařízení budou při svých fyzických a psychických možnostech schopni na výroky adekvátně reagovat. Předvýzkum bohužel ukázal, že druhý dotazník nebudu moci při výzkumu vůbec použít. V dotazníku jsem zjišťovala míru zapojení do nabízených aktivizačních služeb a spokojenost klientů s jejich nabídkou a rozsah a pevnost sociálních sítí uživatelů zařízení. Výsledky byly naprosto identické – všichni uživatelé byli velice spokojeni s nabídkou aktivizačních služeb (canisterapie, rukodělné práce, pečení, předčítání novin), využívali je, všem se líbily akce, které zařízení pořádá (vánoční a velikonoční besídka, ples, smažení vajec na svatodušní svátky a podobně), rádi se jich vždy účastnili. Klienti uváděli, že udržují pravidelný kontakt s původním prostředím a jejich příbuzní a známí je často navštěvují. Dle výstupů z odpovědí v dotazníku panoval naprosto ideální stav. Tyto výsledky mě přinutily k zamyšlení nad jejich validitou. Je situace skutečně tak dobrá či klienti nechtějí říct nic špatného? Výsledky předvýzkumu mě proto přinutily změnit zamýšlenou hlavní výzkumnou otázku. Upustila jsem od porovnání proměnných (výsledky SWBS, postoje k aktivizačním službám a sociální síť klientů zařízení) a rozhodla se pro porovnání hladiny spirituálního well-being v zařízeních s různým typem zřizovatele. Musela jsem si zajistit další výzkumné terény a k nim patřící „key person“. Potvrdila se teze Dismana (2002, str. 122), že: „předvýzkum by měl být nezbytnou součástí každé výzkumné

akce“. Bez provedení předvýzkumu, který mi pomohl otestovat a nastavit parametry samotného šetření, by výzkumná činnost nepřinesla adekvátní a validní data ke zpracování.

### 3.2 Výzkumný terén

Vlastní šetření probíhalo ve čtyřech pobytových sociálních zařízeních pro seniory. Výzkumem v diplomové práci jsem chtěla pokrýt všechny typy zřizovatelů sociálních institucí v České republice. Proto jsem konkrétní domovy pro seniory vybírala s ohledem na to, aby se v tomto směru odlišovaly. Jako další kritérium jsem si určila dosažitelnost organizace pro výzkum z hlediska vzdálenosti od mého bydliště. Z praktického hlediska jsou všechna zařízení lokalizována v okrese Opava. Popis institucí a zajištění vstupu do terénu výzkumu jsou popsány samostatně v další kapitole.

Výzkumná šetření probíhala v těchto lokacích (pořadí dle termínu vykonání výzkumu, který probíhal od dubna do července 2014):

1. Domov pro seniory sv. Hedviky Kravaře, příspěvková organizace Města Kravaře
2. Domov pro seniory sv. Mikuláše, Ludgeřovice, zařízení Charity Hlučín, zřizovatel Biskupství ostravsko-opavské
3. Domov pro seniory Seniorcentrum Slavkov, příspěvková organizace Obce Slavkov
4. Domov Na zámku, Kyjovice, příspěvková organizace Moravskoslezského kraje

Z typů zřizovatelů chybí ještě zařízení se statutem obecně prospěšné společnosti. V okrese Opava, kde byl výzkum proveden, jsem oslovila zástupce dvou soukromých zařízení. Z jednoho zařízení mi nepřišla vůbec žádná odpověď. Se zástupci druhého zařízení jsem byla dlouhé týdny v kontaktu e-mailovém a telefonickém, kdy jsme již byli těsně před realizací výzkumného šetření. Na smluvené setkání v zařízení jsem došla, ale sociální pracovníce byla odvolána na poradě. Posléze jsem ještě jednala s panem ředitelem, který si kladl další a další požadavky ohledně umožnění dotazníkového šetření. Vzhledem k tomu, že zařízení je nově otevřeno, kapacita ještě není naplněna a klienti mají většinou přiznán příspěvek na péči 3. a 4. stupně, od provedení výzkumu jsem nakonec ustoupila. Výsledek je těžké predikovat, ale ze zkušenosti z již uskutečněných výzkumů jsem dovodila, že není jisté, zda by sběr dat byl reálný a výsledky akceptovatelné vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů zařízení.

### 3.3 Popisy zařízení

Domov pro seniory sv. Hedviky Kravaře, zřizovatel Město Kravaře

Lokalita: Domov pro seniory najdeme v klidné lokalitě na okraji města Kravaře (cca 6800 obyvatel), v sousedství barokního zámku s velkým udržovaným parkem a rozsáhlým golfovým hřištěm. Centrum města, kde je městský úřad, kostel, pošta a obchody, je vzdáleno zhruba 500 metrů. Autobusové zastávky a vlakové nádraží jsou vzdáleny něco málo přes jeden kilometr.

Budova Domova pro seniory je čtyřpodlažní, s 14 jednolůžkovými a 16 dvoulůžkovými pokoji, většina pokojů je vybavena vlastní koupelnou a WC. Po rekonstrukci je budova bezbariérová, vybavena osobním výtahem. Uživatelům je k dispozici společná jídelna, společenská místnost, dílna, venkovní terasa a zahrada. Kapacita činí 48 osob.

Personální struktura: 32 zaměstnanců. Přímá obslužná péče - 12, aktivizační péče - 2, zdravotnický personál - 8, sociální pracovník - 1, ostatní - 9.

Krátký exkurz do historie: již od roku 1976 byla budova využívána jako „Domov důchodců“ ve správě Okresního úřadu Opava. K 1. lednu 1997 převzala zřizovatelská práva Město Kravaře. V období od května 2003 do prosince 2004 byla provedena komplexní, rozsáhlá rekonstrukce. Na základě nového zákona o sociálních službách byla služba registrována u Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, přijat název - Domov pro seniory sv. Hedviky – Kravaře (Domov pro seniory sv. Hedviky – Kravaře, 2014).

Kultura zařízení: domov v této zrekonstruované podobě funguje 10 let, pokoje jsou menší, chodby vyzdobené vkusně, společenská místnost, kde probíhají společenské akce a aktivizace uživatelů je dobře dosažitelná výtahem. V DS je také reminiscenční koutek s dobovým vybavením. Rukodělné aktivizační činnosti probíhají v malé dílně, tam se nachází i zázemí od dvou aktivizačních sester, zaměstnaných v zařízení.

Duchovní potřeby: pravidelně jsou pořádány mše svaté a modlení svatého růžence. Mši svatou chodí pravidelně jednou za týden – v pondělí - celebrotvat kněz z místní farnosti. I když zřizovatel DS je profánní, náboženský život v zařízení je pestrý, aktivní a živý. Například jako aktivizační pracovníce je zaměstnána řádová sestra z Kongregace Služebnic Nejsvětějšího Srdce Ježíšova. Klienti mají své pokoje vyzdobené nejen fotkami nejbližších, ale také najdeme spoustu duchovních symbolů a obrázků. Oblast Hlučínska – odkud pochází naprostá



většina klientů – je specifická dlouhodobě velkým procentem věřících. Okres Opava je se svojí religiozitou na druhém místě v České republice - konkrétně ve statistickém měření zkoumáno procento podílu příslušníků církve římskokatolické na obyvatele (Brotánková, 2004).

Vzhledem k tomu, že pracuji na Městském úřadu Kravaře a do zařízení docházím v rámci své pracovní činnosti, bylo mi toto prostředí známé již před samotným výzkumem. V rámci studia na CMTF jsem do zdejšího DS docházela na praxi. Pracovala jsem v přímé péči, v aktivizačních službách, měla jsem možnost seznámit se s chodem celého zařízení. Výzkumné šetření jsem provedla 4. a 11. dubna 2014. Paní sociální pracovnice Jana Polášková mi napsala seznam klientů zařízení, kteří by dle své dispozice byli schopni tento dotazník vyplnit. Spolu jsme klienty obešly, sociální pracovnice vždy vznesla dotaz, zda budou ochotni dotazník zodpovědět a pak jsem na pokoje již chodila sama. Hodně klientů si mě pamatovalo z mé praxe nebo z jednání s nimi, které vyplývá z mého zaměstnání. Tato skutečnost se odrazila v tom, že úkony šetření byly méně formální, rozhovory hodně osobní. Sběr dat k výzkumu jsem byla nucena rozdělit na dva pátky, přicházela jsem do zařízení vždy po skončení mé pracovní doby. Z vytipovaných oslovených klientů čtyři odmítli dotazník vyplnit, s jednou paní jsme začaly, ale nakonec jsme nedokončily, paní se nelíbily otázky. Paní Anežka by byla nejstarší respondentkou, její datum narození je září 1911. Na dotazníkové výroky reagovala: „*to já neřeknu, to je moje věc!*“ I ve svém vysokém věku jednoduše dala najevo, že tudy cesta nevede a velice rozšafně to uměla dát najevo. Ve finále jsem od klientů získala dvanáct vyplněných dotazníků, což představuje 26 % z celkového počtu uživatelů zařízení.

Domov pro seniory sv. Mikuláše, Ludgeřovice, zřizovatel Biskupství ostravsko-opavské

Lokalita: cihlová budova charitního domu je situována na kraji obce Ludgeřovice (cca 4600 obyvatel) a tvoří jeden architektonický celek s místním kostelem stejného jména. Po náročné stavební rekonstrukci byl v roce 2001 zahájen provoz. Domov sv. Mikuláše patří k zařízením Charity Hlučín, která tvoří jednu ze základních složek Diecézní charity ostravsko-opavské.

Kultura zařízení: budovu obklopuje udržovaná zahrada, v přízemí se nachází prostory chráněných dílen pro zdravotně postižené občany, které také zařizuje Charita Hlučín. V této části ještě nalezneme jídelnu, sloužící i jako společenská místnost, zázemí pro personál a

kapli. Vlastní pokoje (1 až 4lůžkové) jsou umístěny v 1. patře a v podkroví budovy. Budova je bezbariérová, moderně vybavena, exteriér i interiér působí reprezentativně. Zařízení může využívat maximálně 30 klientů, pracovníků v přímé péči je 18. V rámci aktivizačních služeb – kromě klasických aktivit jako čtení novin, cvičení, rukodělné práce - je jako specialita poskytována aromaterapie (Domov pro seniory sv. Mikuláše, 2014).

Duchovní potřeby: v kapli se pravidelně jednou týdně konají mše svaté, bohoslužby jsou slouženy i o náboženských svátcích – velikonočních, vánočních či jiných zasvěcených. Pan farář navštěvuje ty klienty, kteří mají zájem o svátosti jako pomazání nemocných nebo zpověď. O tyto služby, dle vyjádření paní ředitelky, projevuje zájem asi 80 % klientů zařízení.

Kontaktní údaje na ředitelku zařízení paní Irenu Prchalovou jsem našla na internetu, na můj dotaz ohledně provedení výzkumu reagovala velmi rychle a ochotně. Domluvily jsme si termín a 12. května 2014 jsem jela provést dotazníkové šetření. Dostupnost zařízení je velmi dobrá, budova se nachází u hlavní cesty směřující z Hlučína na Ostravu, asi 50 metrů od autobusové zastávky. Paní ředitelka mě seznámila s chodem zařízení, provedla budovou. Vybrala klienty, kteří by byli schopni dotazník zodpovědět. Vždy jsme došli společně za klientem, pokud byl klient ochoten spolupracovat, provedla jsem šetření. Většinou jsme byli na pokojích, několik klientů mi odpovídalo ve společenské místnosti, jedna paní na odpočívadle a jedna v prostorách chráněných dílen. Měli jsme ale vždy dostatek soukromí i času. Na začátku kontaktu jsem se nejprve představila jménem a ještě jednou jim vysvětlila účel šetření. Atmosféra hovorů byla ve většině případů příjemná, klienty zajímalo, kterou školu studuji, kde pracuji nebo odkud jsem. Jen dva klienti odmítli spolupráci, takže jsem nakonec získala data do osmi dotazníků, což znamená vytěžení 26% osob z celkového počtu uživatelů zařízení.

Domov pro seniory Seniorcentrum Slavkov, zřizovatel Obec Slavkov

Lokalita: obec Slavkov (cca 1930 obyvatel) se nachází 5 km západně od Opavy, odkud je dosažitelná městskou hromadnou dopravou. Obec Slavkov získala budovu zařízení od opavské Charity a v letech 2004 – 2005 provedla rozsáhlou rekonstrukci stavby zámku do současné podoby pohodlného a moderního pobytového zařízení pro seniory. Budova stojí mezi běžnou zástavbou v centru obce, je obklopená velkou zahradou, proto zároveň skýtá klid.

Kultura zařízení: budova je dvoupodlažní, v přízemí se nachází společenská místnost, zázemí pro personál. Pokoje v 1. a 2. patře jsou velmi prostorné, i když některé pokoje jsou tří a čtyřlůžkové, soukromí je vždy zajištěno. Díky obvodovým zdem, které zůstaly původní, je v Seniorcentru příjemné klima. Výzkumné šetření jsem prováděla v opravdu horkém červnovém dni, ale vnitřní prostory i bez klimatizace vůbec nebyly přehřáté. Tuto skutečnost v našich setkáních klienti kvitovali. Celková kapacita zařízení čítá 32 lůžek (Seniorcentrum Slavkov, 2014).

Duchovní potřeby: součástí budovy je kaple, situovaná v přízemí. Zde se konají jednou za týden – ve středu - mše svaté. Účast na mši svaté bývá hodně vysoká, dochází na ni většina osob. Klienti, kteří mají zájem a umožňuje jim to jejich zdravotní stav, mohou každé ráno dojít do kaple na modlitbu svatého růžence.

Ředitelku zařízení paní Marii Gorčicovou jsem oslovila e-mailem, termín šetření jsme domluvily telefonicky a 6. června 2014 jsem do Slavkova dojela. Dopravní dosažitelnost je výborná, do Slavkova lze použít opavskou MHD nebo linky směřující přes obec, zastávka je zhruba 200 m na hlavní cestě vedoucí z Opavy na Olomouc. V kanceláři jsme nejprve probraly postup a na základě náročnosti dotazníku byli vybráni klienti, kteří by neměli mít problém s vyplněním. Paní ředitelka mi napsala na lísteček jména klientů - respondentů, nejprve jsme obešly všechny pokoje, byla jsem představena a byla zdůvodněna moje přítomnost. Z oslovených klientů ani jeden neodmítl spolupráci. Za klienty jsem pak chodila sama, orientovala jsem se podle jmenovek na dveřích. Dotazník jsem se všemi vyplňovala v soukromí na pokojích, jednou jsme zůstali v čajové kuchyňce. Měla jsem dojem, že příjemná paní ředitelka a pěkné prostředí se odráží také na respondentech, neboť rozhovory byly velmi neformální, vždy jsme kromě dotazníku probrali spoustu osobních věcí. Finální počet 11 dotazníků představuje 34% z počtu uživatelů, což bylo nejvyšší procento získané ve výzkumu.

Domov Na zámku, Kyjovice, zřizovatel Moravskoslezský kraj

Lokalita: velký komplex zařízení je umístěn v centru obce Kyjovice (cca 800 obyvatel), ležící mimo hlavní trasy mezi Opavou a Ostravou. Dopravní dostupnost je poněkud obtížnější, samotná obec poskytuje základní služby.

Kultura zařízení: kyjovický zámek byl postaven v barokním stylu, po 2. světové válce patřil Charitě, v neblahých padesátých letech minulého století získal statut vlastníka stát, který v prostorách provozoval školní zařízení. V roce 1967 přešel zámek do majetku Okresního úřadu Opava a stal se Domovem důchodců. V letech 1999 – 2002 probíhaly opravy a celková rekonstrukce objektu. Od roku 2003 (přechod na krajské zřízení) kompetence převzal Krajský úřad Moravskoslezského kraje. Samotné zařízení se skládá ze dvou třípodlažních budov, které jsou nově propojeny tzv. spojovacím krčkem. Celý komplex je památkově chráněn. Domov Na zámku je rozdělen na dvě sekce: domov pro seniory s kapacitou 20 osob a domov se zvláštním režimem čítající 52 lůžek. Všechny pokoje jsou jedno a dvoulůžkové, prostorné (Domov Na zámku, 2014).

Duchovní potřeby: do zařízení dojíždí jednou za měsíc pan farář z Pusté Polomi (cca 4 km vzdálená obec). Slouží mši svatou, zpovídá zájemce. Mše se účastní zhruba 30 klientů zařízení. Pokud by měl někdo potřebu, pan farář je schopen na základě telefonické domluvy do zařízení dojet i mimo dané termíny. Každou neděli probíhá pod vedením některé z pečovatelek pravidelné modlení.

Kontakt na sociální pracovníci zařízení, paní Dagmar Bocanovou, jsem získala od své kolegyně, která v kyjovickém zařízení pracovala jako dobrovolník. Telefonicky jsme si domluvily termín provedení výzkumného šetření na 4. července 2014. Protože jsem nakonec neměla k dispozici auto, musela jsem se do Kyjovic dopravit autobusem. Vzdálenost podle mapy je 20 km, ale jízda autobusem z Opavy do Kyjovic trvala zhruba hodinu. Velký areál zámku v Kyjovicích vskutku nelze minout, je v centru obce, obklopen parkem. Jak jsem se později dozvěděla, park je velmi ceněný po botanické stránce, řadí se mezi nejvýznamnější ve Slezsku. Budova září novou fasádou, okolí je upraveno. Vyhledala jsem paní sociální pracovníci, seznámila jsem ji s dotazníkem. Paní Bocanová jen podotkla, že otázky jsou docela náročné a nezaručí mi počet klientů, kteří by byli schopni jej vyplnit. Nejprve jsme společně navštívily uzavřenou část – domov se zvláštním režimem. Sociální pracovníce vždy oslovila vytipované klienty, nakonec jsme tři dotazníky vyplnili, několik jsem začala, bohužel výzkum nebylo možné dokončit. Klienti se nedovedli soustředit, nerozuměli otázkám, vzhledem k jejich zdravotnímu a psychickému stavu jsem je více nechtěla zatěžovat. Při vyplňování dotazníků na tomto oddělení byla sociální pracovníce vždy poblíž, dva dotazníky jsme vypisovali přímo na pokojích, jeden ve společenské místnosti. Poté jsme přešli spojovací chodbou do otevřené části, kde se nachází domov pro seniory. Sociální pracovníce se mnou obešla klienty, byla zrovna doba po obědě, na pokojích byli jen senioři, kteří spali, ty jsme

nerušily. Nakonec jsme došly na terasu, kde seděla smíšená skupinka klientů, kteří souhlasili s vyplněním dotazníku. Obešla jsem tedy postupně stoly a získala data od čtyř klientů. Problém jsem viděla v nedostatku soukromí, musela jsem otázky pokládat hlasitě, protože většina seniorů měla zhoršený sluch. Ostatní klienti hovořili a bavili se mezi sebou, takže nakonec relativně bylo šetření provedeno samostatně, participanti se navzájem neslyšeli ani neovlivňovali. Finální počet dotazníků z DS je sedm, což představuje pouhých 10% z celkového počtu ubytovaných osob. Vzhledem k tomu, že 52 osob jsou klienty užívající služby domova se zvláštním režimem a jejich zdravotní a psychický stav je velmi omezuje, považuji počet sedmi vyplněných dotazníků za adekvátní.

### 3.4 Dotazník SWBS

Dotazník The original English Spiritual Well-Being Scale (dále SWBS), který byl využit pro sběr dat k diplomové práci, obsahuje 20 výroků. K výrokům se respondenti vyjadřovali pomocí dané škály odpovědí. Vzhledem ke specifčnosti respondentů – osoby seniorského věku se zdravotním omezením - byly výroky předčítány a respondentovy odpovědi byly zaznačeny do archu. Pomocné archy s dotazníkem byly vždy označeny pouze datem uskutečnění šetření a místem, kde se konalo. Tím byla zaručena anonymita zpracování. Před vlastním vyplněním dotazníku jsem s každým respondentem vedla rozhovor, ve kterém jsem mluvila o účelu šetření a o svém studiu. Reakcí byla vzájemná diskuze, naprostá většina respondentů šetření brala jako vytržení z obvyklého stereotypu. Dle Lewinovy teorie psychologického pole na sebe tazatel s respondentem působí, dochází k ovlivňování a ochotě reagovat tak, jak tazatel předpokládá, že se od něho očekává (Surynek, 2001, str. 84). Tyto vlivy jsem se snažila eliminovat a nikdy jsem odpovědi respondentů nekomentovala.

#### 3.4.1 Výroky SWBS

Výroky v dotazníku jsou dvojího druhu – první se týká spirituality, osobního vztahu k Bohu (výroky označené lichým číslem), druhý typ řeší existenciální otázky smyslu života (výroky se sudým číslem). Princip vyhodnocení well-being škály spočívá v součtu dosažených bodů, přičemž čím vyšší skóre, tím kvalitnější well-being (Ellison, 1983, s. 330 – 340).

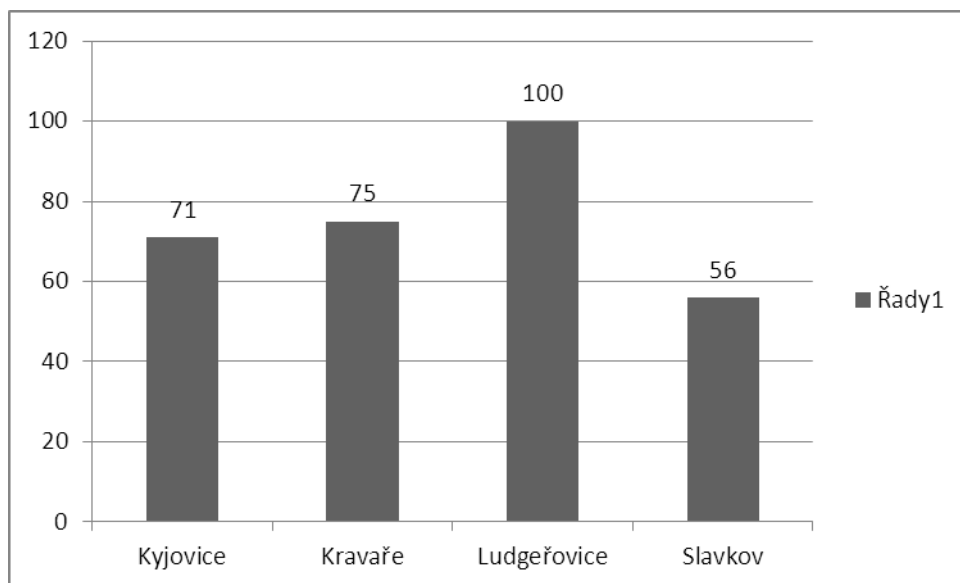
Počty získaných dotazníků ze zařízení jsou odlišné, proto jsem nemohla jednoduše body v dotaznících sečíst a porovnat. Pro vlastní komparaci hladiny well-being jsem proto do grafů použila procentní vyjádření vyslovených souhlasů či nesouhlasů respondentů s výroky použité škály. Pro statistické výpočty bylo nutné původní rozložení odpovědí zredukovat a sloučit kategorie pro souhlasné a nesouhlasné odpovědi.

Veškeré vyplněné dotazníky a pomocné archy jsem naskenovala a jsou k dispozici na příloženém CD.

### 3.4.2 Spirituální blok

Výrok č. 1: „Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.

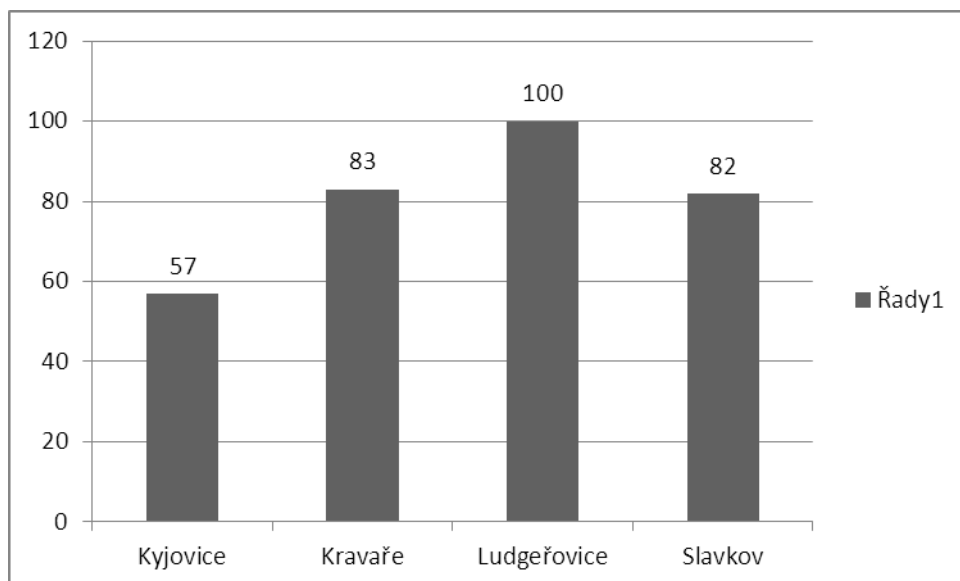


1. Graf č. 1: Výrok č. 1: „Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje“

V Ludgeřovicích všichni participanti výzkumu deklarovali, že je osobní modlitba uspokojuje. Překvapivým se jeví 71% nesouhlas u klientů v Kyjovicích, kdy odpovědi na ostatní výroky se pohybují v mnohem nižší hladině deklarované spirituality.

Výrok č. 3: „Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokiem.

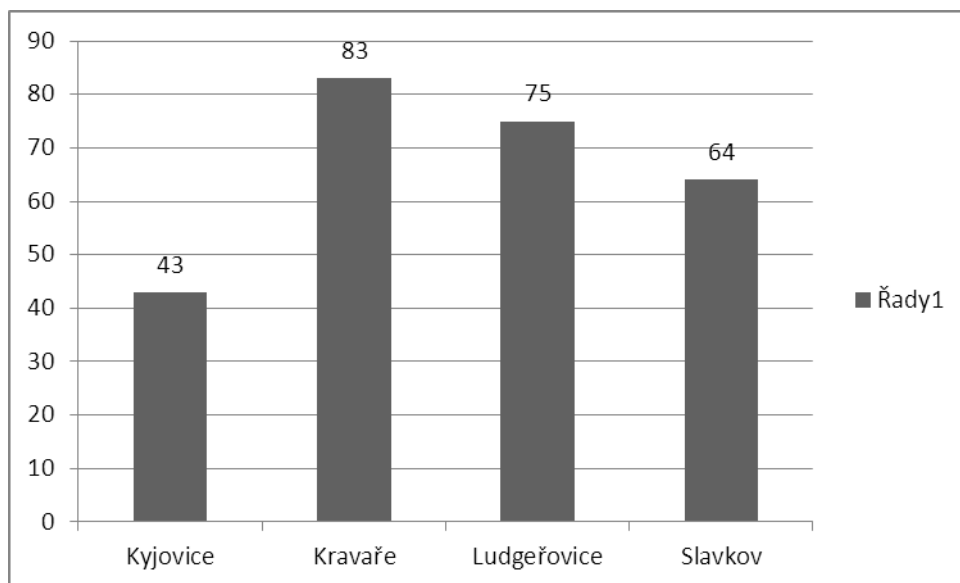


2. Graf č. 2: Výrok č. 3: „Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně“

Nepřekvapují vysoká procenta souhlasu v Ludgeřovicích a v Kravařích, která korespondují s výsledky odpovědí ostatních výroků zaměřených na duchovní potřeby. Klienti Seniorcentra ve Slavkově se prezentovali spíše jako pragmatici než osoby duchovně exponované a přesto dosáhli jen o jeden procentní bod méně než kravařští. Dle 82 % souhlasu s výše uvedeným výrokiem lze usoudit, že svou specifickou osobní víru má větší počet klientů, než je deklarováno a vyplývá z ostatních odpovědí.

Výrok č. 5: „Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.



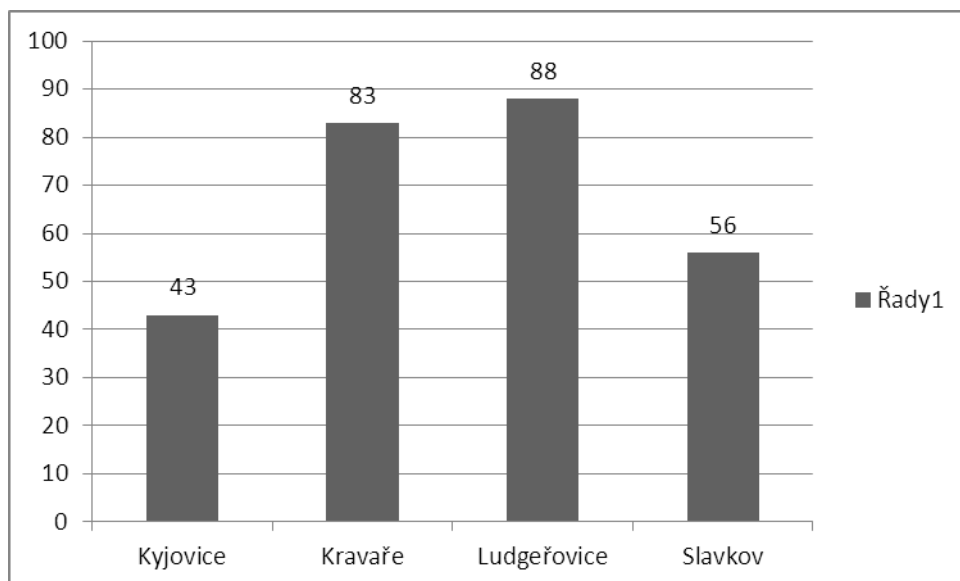
3. Graf č. 3: Výrok č. 5: „Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy“

V Kravařích naprostá většina věří, že Bůh se zajímá o jejich starosti, v Ludgeřovicích je to už jen 75 %, těsně nad polovinu se dostali s odpovědí slavkovští, v Kyjovicích zase větší polovina bere Boha jako neosobního.



Výrok č. 7: „Mám osobní smysluplný vztah s Bohem“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokiem.

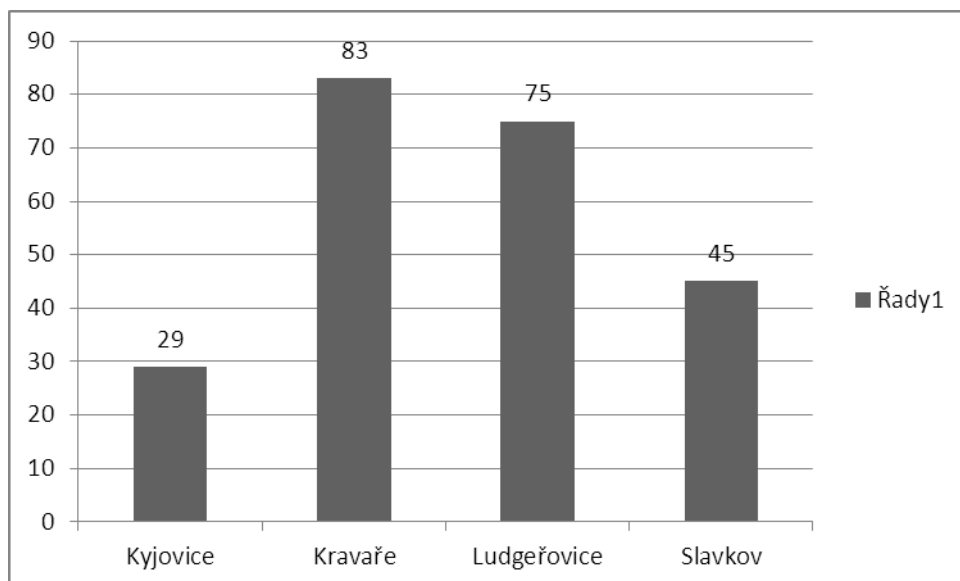


4. Graf č. 4: Výrok č. 7: „Mám osobní smysluplný vztah s Bohem“

Procenta vycházejí jinak než ve výroku č. 3, někteří respondenti pouze věří tomu, že je Bůh miluje, ale nyní se zalekli pojmu „osobní smysluplný vztah“.

Výrok č. 9: „Od Boha nedostávám příliš osobní síly a podpory“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.

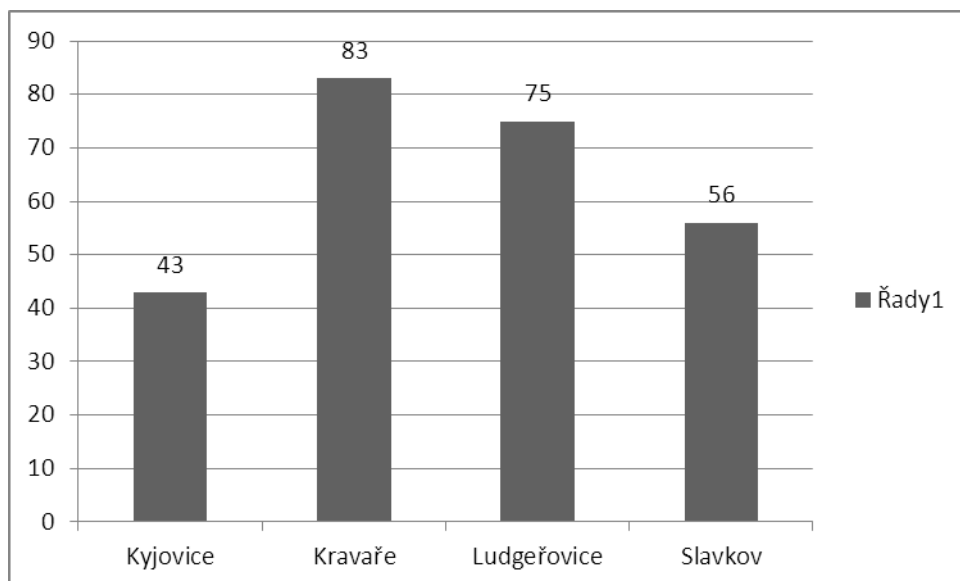


5. Graf č. 5: Výrok č. 9: „Od Boha nedostávám příliš osobní síly a podpory“

Procenta odpovědi v grafu se dají interpretovat tím způsobem, že respondenti dostávají sílu a podporu od Boha. Ne všichni věřící toto pocítují, převedeno na konkrétní počty to znamená v Kyjovicích dva participanti ze sedmi, ve Slavkově pět z jedenácti. Naopak shodně dva klienti z Ludgeřovic a z Kravař vyjádřili s výrokem souhlas.

Výrok č. 11: „Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokem.

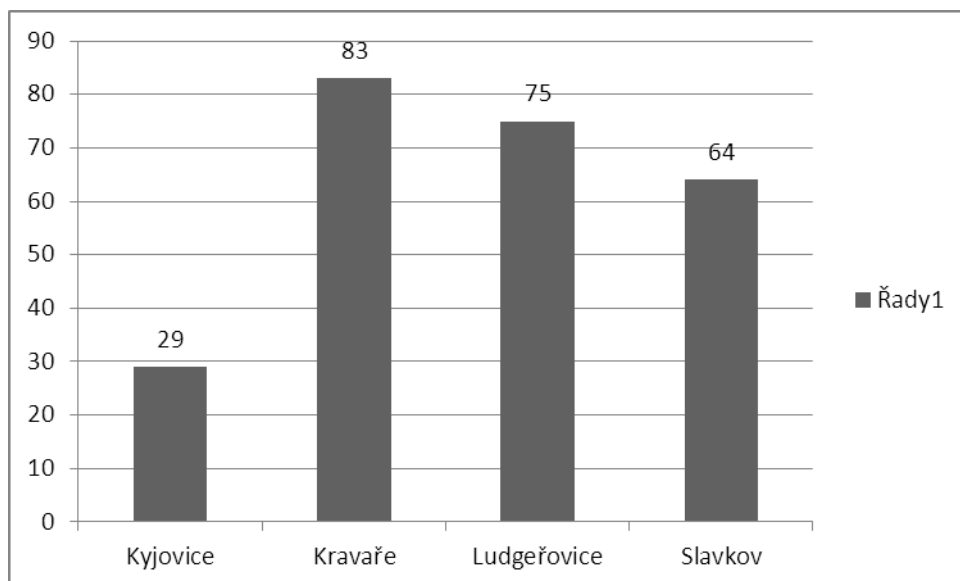


6. Graf č. 6: Výrok č. 11: „Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy“

Tento výrok postihuje stejnou problematiku jako výrok č. 5 a výsledky spolu korespondují. Vysoká míra vyjádřené naděje je v kongruenci s výši deklarované spirituality, grafy tuto skutečnost stvrzují.

Výrok č. 13: „Nemám osobní uspokojivý vztah s Bohem“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokiem.



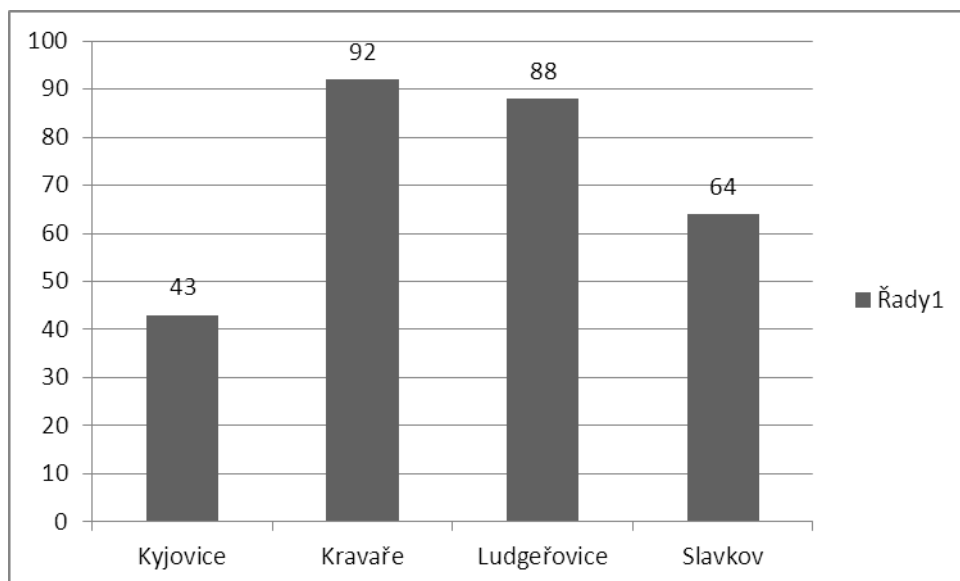
7. Graf č. 7: Výrok č. 13: „Nemám osobní uspokojivý vztah s Bohem“

Procentní hladina představuje souhlas respondentů, kteří o sobě prohlásili, že mají uspokojivý vztah s Bohem. Na tento ryze subjektivní pocit se dotazují i další výroky ze spirituální sekce.

Následuje baterie výroků (č. 15, 17 a 19) - jsou velice osobní, korelují s mírou religiozity. Nejnižší hodnoty nalezneme v kyjovickém zařízení, což plně koresponduje s celkovými výsledky šetření.

Výrok č. 15: „Díky vztahu s Bohem se necítím sám/sama“

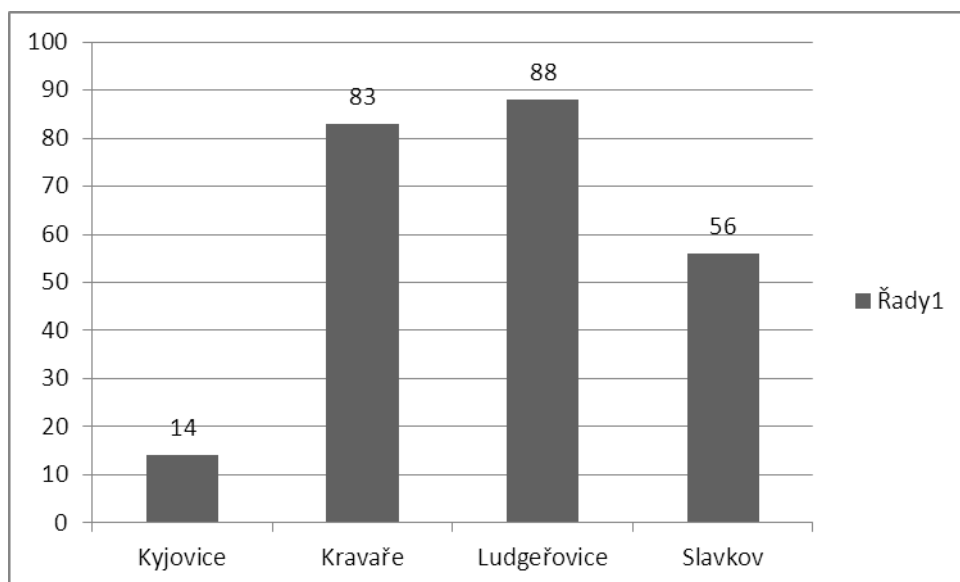
Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokem.



8. Graf č. 8: Výrok č. 15: „Díky vztahu s Bohem se necítím sám/sama“

Výrok č. 17: „Nejvíce se cítím naplněný/á, když jsem v úzkém spojení s Bohem“

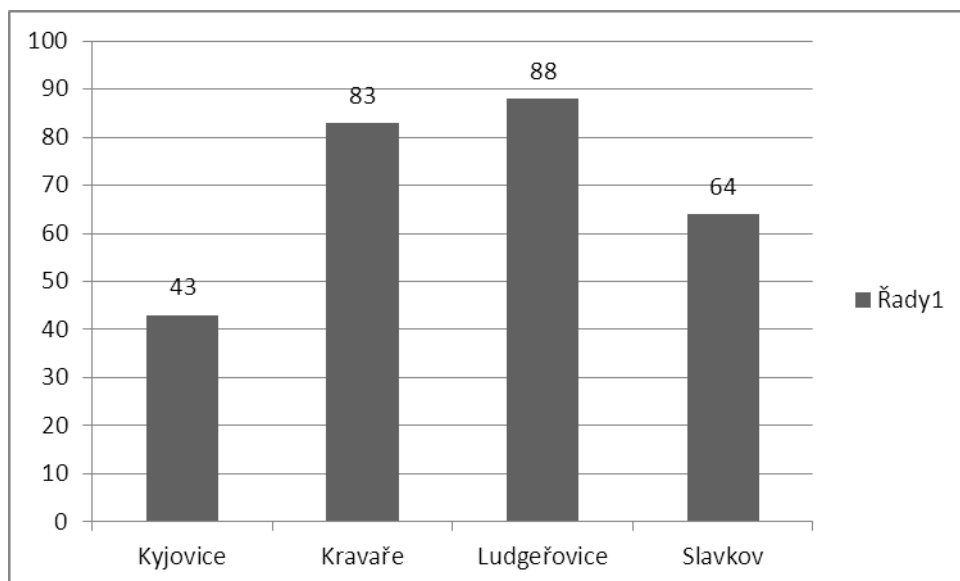
Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokem.



9. Graf č. 9: Výrok č. 17: „Nejvíce se cítím naplněný/á, když jsem v úzkém spojení s Bohem“

Výrok č. 19: „Můj vztah s Bohem přispívá k mému pocitu životní spokojenosti“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokem.

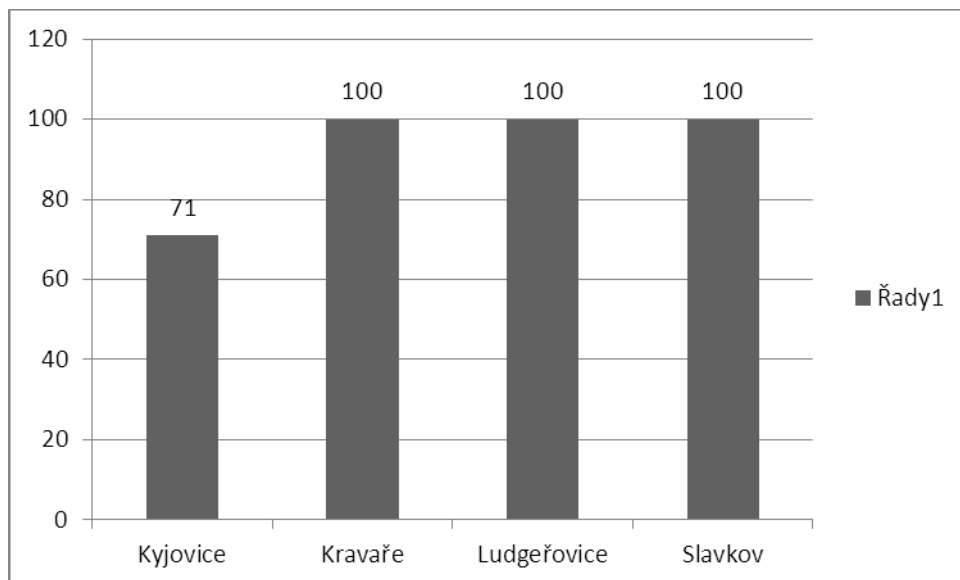


10. Graf č. 10: Výrok č. 19: „Můj vztah s Bohem přispívá k mému pocitu životní spokojenosti“

### 3.4.3 Existenciální blok

Výrok č. 2: „Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel/přišla a kam směřuji“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.

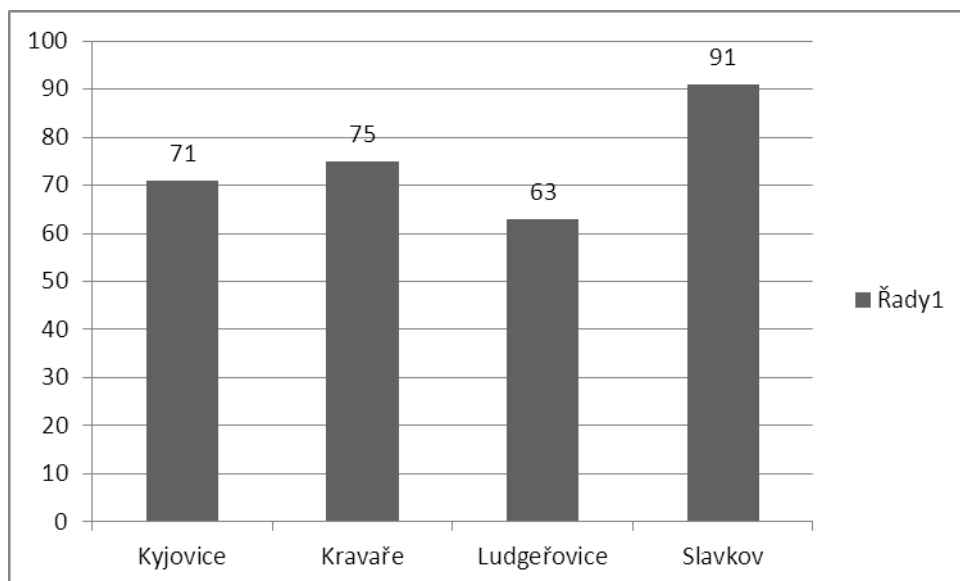


11. Graf č. 11: Výrok č. 2: „Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel/přišla a kam směřuji“

Celkem jednoznačný výsledek – pouze dva respondenti z Kyjovic měli pocit, že není tak úplně zřejmé, kdo jsou a kam směřují.

Výrok č. 4: „Mám pocit, že život je pozitivní zkušenost“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokem.



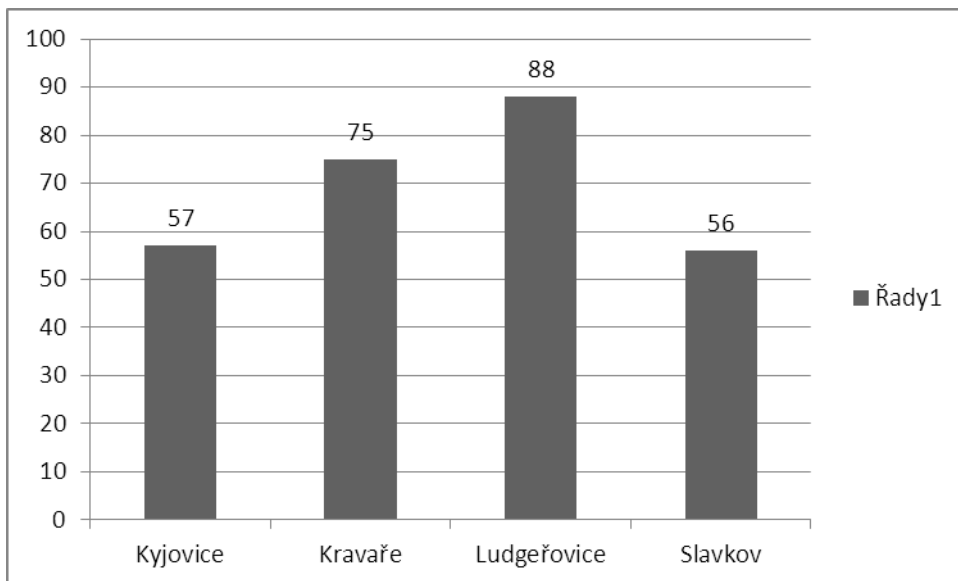
12. Graf č. 12: Výrok č. 4: „Mám pocit, že život je pozitivní zkušenost“

Respondenti ze Slavkova dávali přednost pozitivistickým pojmům před spirituálními. Kyjovické odpovědi se jen málo liší od kravařského výsledku a pouze větší polovina klientů z Ludgeřovic má pocit, že život je kladná zkušenost.



Výrok č. 6: „Dělám si starosti ohledně své budoucnosti“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.

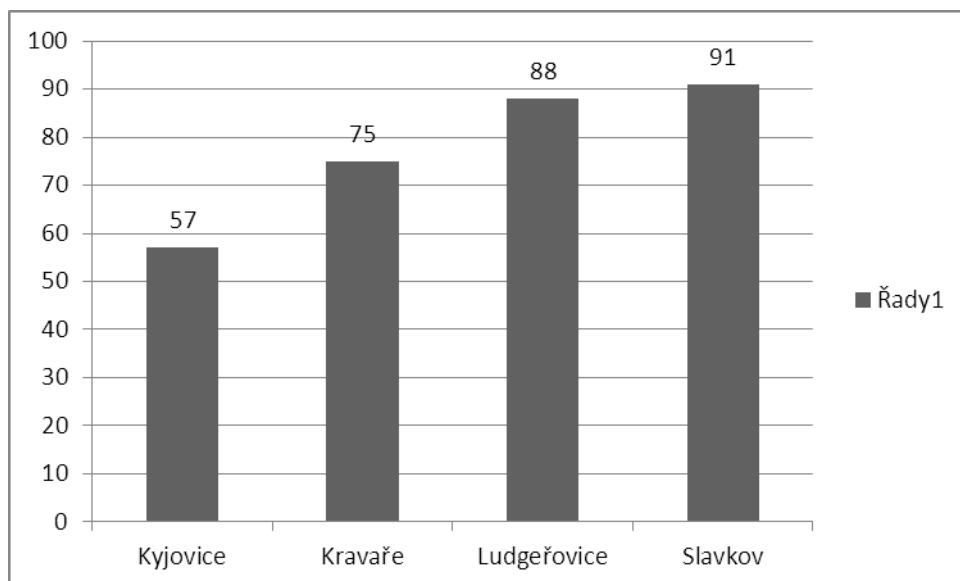


13. Graf č. 13: Výrok č. 6: „Dělám si starosti ohledně své budoucnosti“

V Kravařích a Ludgeřovicích si nadpoloviční většina už starosti nepřipouští, ve Slavkově a Kyjovicích je to přesně naopak.

Výrok č. 8: „Cítím se opravdu naplněný/á a spokojený/á se svým životem“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokem.

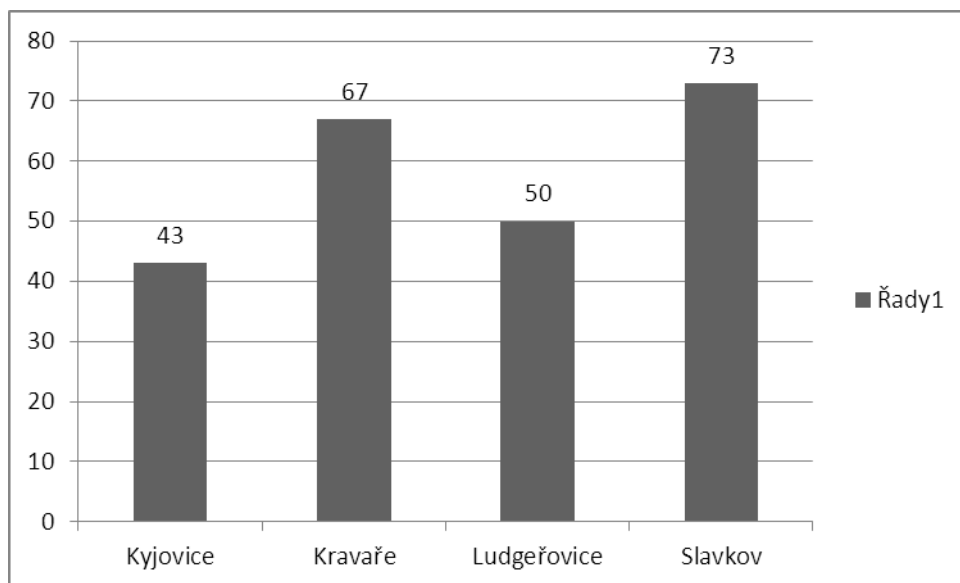


14. Graf č. 14: Výrok č. 8: „Cítím se opravdu naplněný/á a spokojený/á se svým životem“

Ve Slavkově a Ludgeřovicích velmi vysoká procenta spokojenosti, 75 % v Kravařích a mírná nadpoloviční většina v Kyjovicích se cítí spokojena se svým životem.

Výrok č. 10: „Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokem.

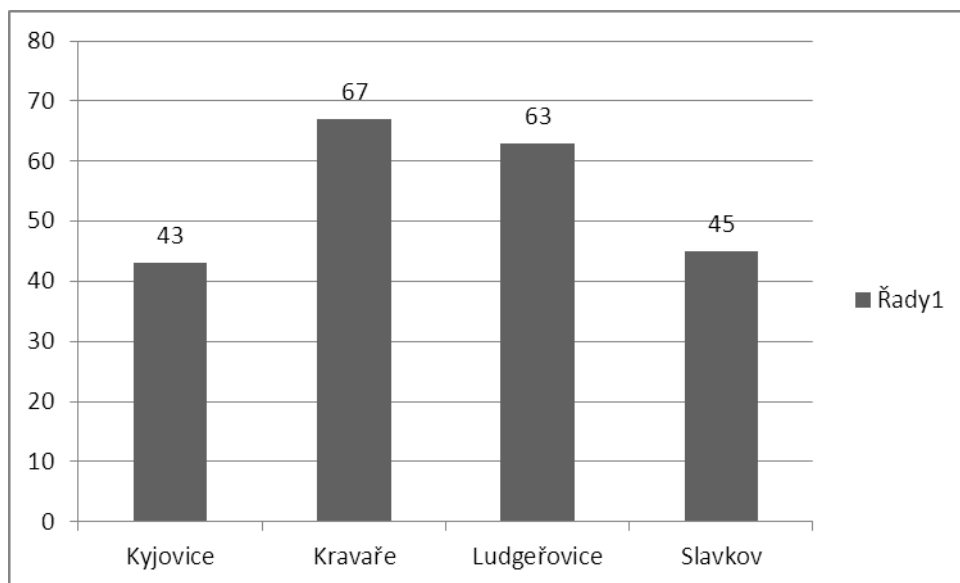


15. Graf č. 15: Výrok č. 10: „Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá“

Vysoké procento souhlasu ve Slavkově koreluje s vysokým procentem dosaženým v předcházejícím výroku. V ostatních zařízeních se procenta dostala na nižší hodnoty.

Výrok č. 12: „Mnoho radosti v životě nezažívám“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.

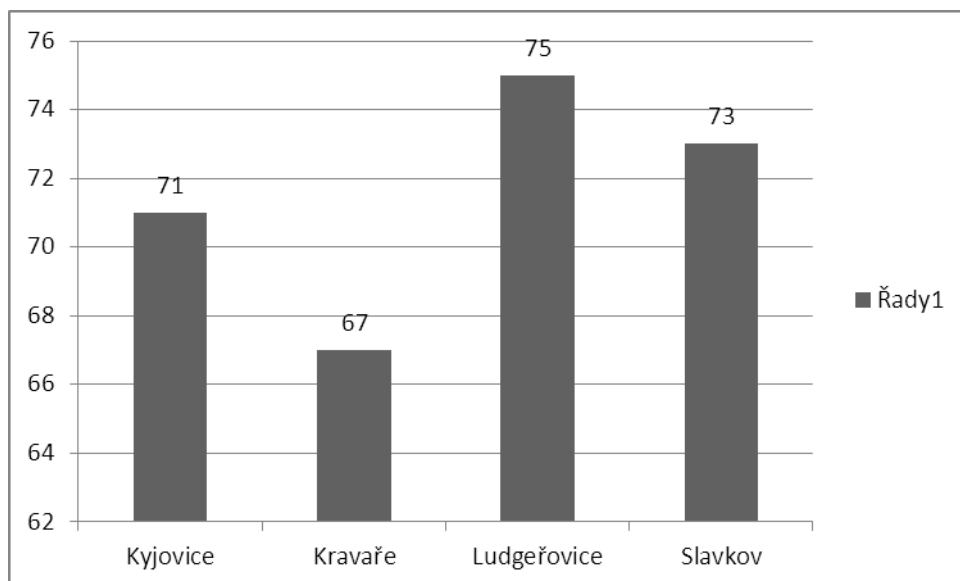


16. Graf č. 16: Výrok č. 12: „Mnoho radosti v životě nezažívám“

V Kyjovicích a ve Slavkově více než polovina, v Kravařích a v Ludgeřovicích menší polovina respondentů má pocit, že v životě nezažívá mnoho radosti.

Výrok č. 14: „Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokiem.

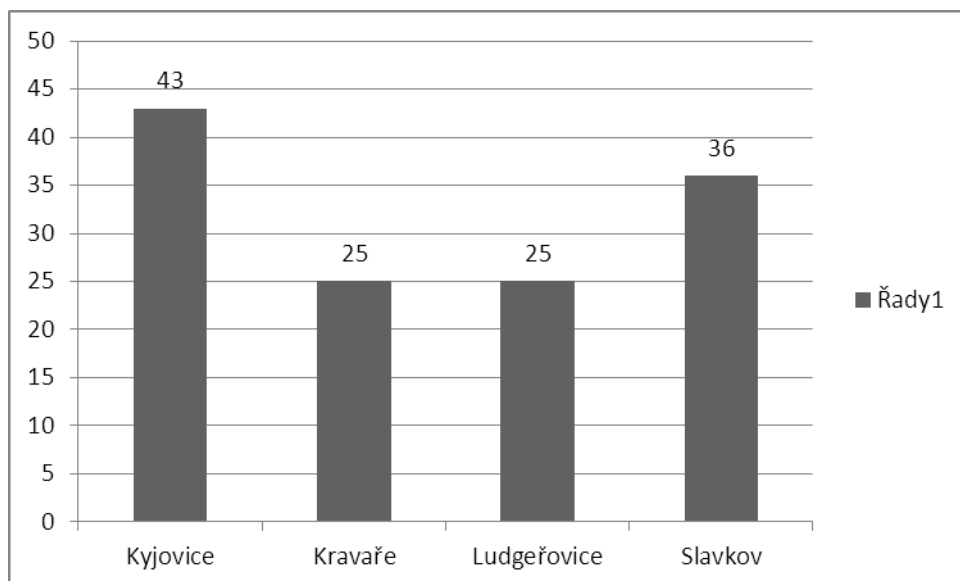


Graf č. 17: Výrok č. 14: „Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit“

Výrok řeší podobnou záležitost jako výrok č. 10, procenta se změnila jen u Kyjovic a Ludgeřovic.

Výrok č. 16: „Mám pocit, že život je plný rozporů a smutku“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.

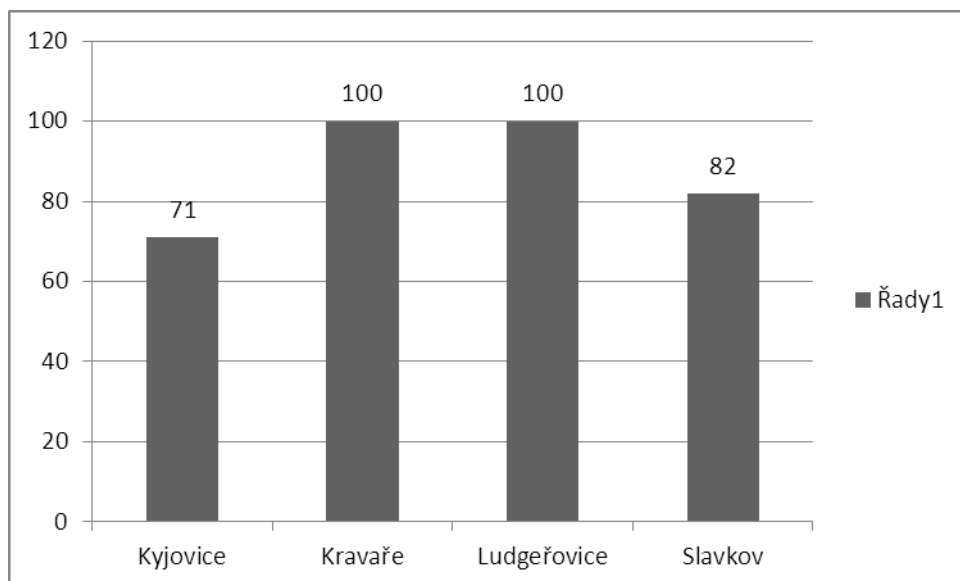


18. Graf č. 18: Výrok č. 16: „Mám pocit, že život je plný rozporů a smutku“

S výrokem souhlasili respondenti ze všech zařízení, nesouhlas vyjádřili pouze v malém procentu odpovědí.

Výrok č. 18: „Život nemá příliš smysl“

Hodnoty představují procenta nesouhlasu s daným výrokem.

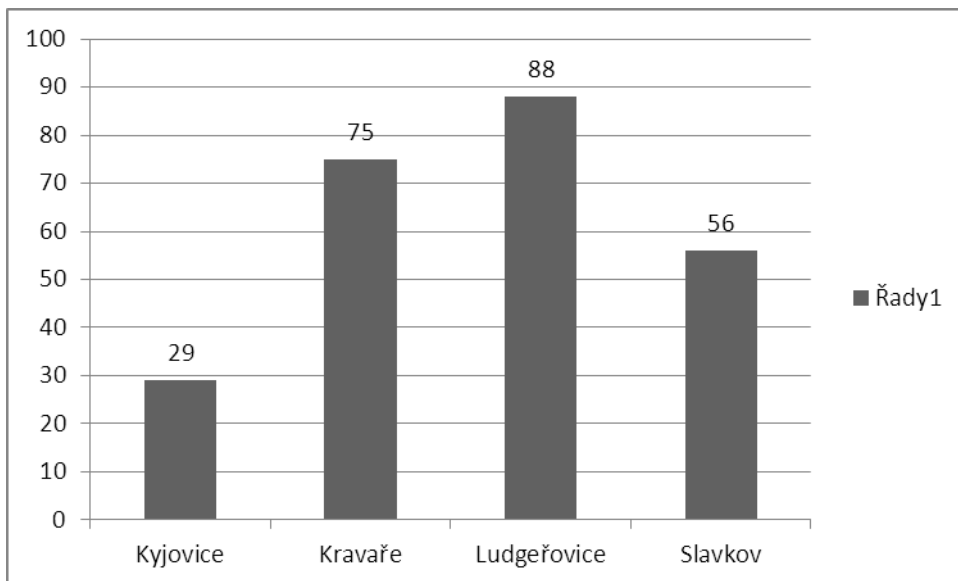


19. Graf č. 19: Výrok č. 18: „Život nemá příliš smysl“

Všichni respondenti z Kravař a Ludgeřovic jsou přesvědčeni o tom, že život má smysl, v ostatních dvou zařízeních je vyjádření souhlasu také vysoké.

Výrok č. 20: „Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života“

Hodnoty představují procenta souhlasu s daným výrokiem.



20. Graf č. 20: Výrok č. 20: „Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života“

Ludgeřovice a Kravaře mají poměrně vysoká procenta souhlasu, ve Slavkově je to jen polovina a v Kyjovicích pouze třetina respondentů, kteří věří v reálný cíl svého života.



### 3.5 Celkové výsledky

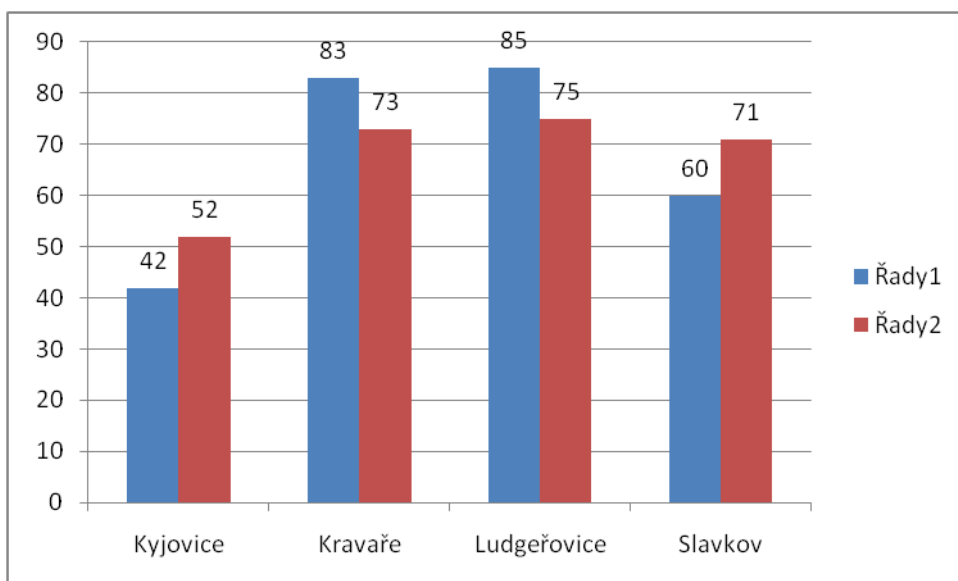
	Spirituální blok SWBS	Existenciální blok SWBS	Celkové skóre
Ludgeřovice	85 %	75 %	<b>80 %</b>
Kravaře	83 %	73 %	<b>78 %</b>
Slavkov	60 %	71 %	<b>66 %</b>
Kyjovice	42 %	52 %	<b>47 %</b>

21. Tabulka č. 1: Celkové výsledky šetření hladiny well-being

V tabulce jsou pro větší přehlednost zpracovány celkové výsledky hladiny well-being. V Ludgeřovicích (církvní zřizovatel) a v Kravařích (zřizovatel Město Kravaře) je hladina ve spirituálním bloku SWBS vyšší než v existenciálním. Ve Slavkově (zřizovatel Obec Slavkov) a v Kyjovicích (zřizovatel Moravskoslezský kraj) je tomu naopak.

V zařízení, které poskytuje služby největšímu počtu klientů – Kyjovice, celková kapacita 72 uživatelů zařízení – je hladina well-being nejmenší. Druhé největší zařízení – Kravaře, celková kapacita 48 uživatelů – má hodně vysokou hladinu pohody. Maximální počet uživatelů ve Slavkově (32) a v Ludgeřovicích (30) je téměř totožný, hladina well-being se liší – 66 % a 80 %.

Nízkou hladinu well-being v Kyjovicích může zapříčiňovat souběh několika faktorů: vysoký počet klientů, lokalizace zařízení mimo hlavní trasy s obtížnou dopravní obslužností a nižší akcent na oblast duchovních potřeb (mše svatě jedenkrát měsíčně, v ostatních zařízeních jedenkrát - popřípadě vícekrát – týdně). Ve zveřejněné výroční zprávě za rok 2013 ředitel Domova na Zámku konstatuje, že nevýhodou zařízení je špatná dopravní obslužnost, která komplikuje kontakt s veřejnými a společenskými institucemi a je překážkou při obsazování pracovních pozic a rozvoji dobrovolnictví (Domov na Zámku - Výroční zpráva 2013).



22. Graf č. 21: Celkové výše hladin spirituálního a existenciálního well-being

Ve zpracovaném grafu jsou znázorněny výše hladiny spirituálního (modrý sloupec) a existenciálního (červený sloupec) well-being.

### 3.6 Ověření hypotéz

Na závěr výzkumného šetření chci potvrdit či vyvrátit hypotézy, jejichž pravdivost jsem chtěla ověřit.

Hypotéza č. 1 zní: Výše hladiny spirituálního bloku škály SWB a typ zřizovatele sociálního pobytového zařízení spolu souvisí.

	Výše hladiny spirituálního bloku SWBS
Domov sv. Hedviky Kravaře	83 %
Domov sv. Mikuláše Ludgeřovice	85 %
Seniorcentrum Slavkov	60 %
Domov Na Zámku Kyjovice	42 %

23. Tabulka č. 2: Hypotéza č. 1

Vyhodnocení:

V zařízení s církevním zřizovatelem – ludgeřovickém Domově pro seniory sv. Mikuláše je výše hladiny spirituálního well-being nejvyšší, ale Domov sv. Hedviky v Kravařích, kde je zřizovatelem město, má hladinu jen o 2 procentní body nižší. V ostatních dvou zařízeních je hladina znatelně nižší, jeden zřizovatel je obec (Slavkov) a druhý Moravskoslezský kraj (Kyjovice).

Závěr:

V tomto případě musíme odmítnout předpokládanou hypotézu a potvrdit hypotézu alternativní: mezi typem zřizovatele sociálního pobytového zařízení a výši hladiny spirituálního well-being **není** statisticky významná souvislost.

Hypotéza č. 2 zní: Výše hladiny well-being a kapacita sociálního pobytového zařízení spolu souvisí.

	Výše hladiny SWBS	Počet uživatelů
Kravaře	78 %	48
Ludgeřovice	80 %	30
Slavkov	66 %	32
Kyjovice	47 %	72

24. Tabulka č. 3: Hypotéza č. 2

Vyhodnocení:

Kapacitně největší zařízení – Kyjovice má skutečně nejmenší hladinu well-being, to by dávalo za pravdu navržené hypotéze. Ovšem druhé největší zařízení – Kravaře mají naopak hladinu hodně vysokou. Zařízení ve Slavkově a v Ludgeřovicích - přes téměř identický počet uživatelů - mají rozdílnou hladinu well-being.

Závěr:

V tomto případě musíme znovu odmítnout předpokládanou hypotézu a potvrdit hypotézu alternativní: mezi kapacitou sociálního pobytového zařízení a výši hladiny well-being **není** statisticky významná souvislost.

Hypotéza č. 3 zní: Výše hladiny existenciálního bloku well-being a typ zřizovatele sociálního pobytového zařízení spolu nesouvisí.

	Výše hladiny existenciálního bloku SWBS
Domov pro seniory sv. Hedviky Kravaře	73 %
Domov pro seniory sv. Mikuláše Ludgeřovice	75 %
Seniorcentrum Slavkov	71 %
Domov Na Zámku Kyjovice	52 %

25. Tabulka č. 4: Hypotéza č. 3

Vyhodnocení:

Zařízení v Ludgeřovicích (zřizovatel Biskupství ostravsko-opavské) má nejvyšší hladinu existenciálního well-being, kravařské (příspěvková organizace Města Kravaře) jen o dva procentní body menší a v těsném sledu se 71 % je slavkovské zařízení (zřizovatel Obec Slavkov). Kyjovický domov (příspěvková organizace Moravskoslezského kraje) dosáhl 52 %, což je v jeho případě více než u hladiny spirituálního well-being. Hypotézu jsem postavila tímto způsobem, neboť existenciální otázky nejsou tak specifické jako spirituální. Proto jsem předpokládala, že odpovědi budou více podobné.

Závěr:

V tomto případě musíme potvrdit navrhovanou hypotézu a odmítnout hypotézu alternativní: mezi zřizovatelem pobytového zařízení a výši hladiny existenciálního well-being **není** statisticky významná souvislost.

### 3.7 Diskuze

V závěrečné části se chci vrátit k průběhu výzkumného šetření a poukázat na některé souvislosti a postřehy.

Výrok č. 1 – „Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje“ – s tímto výrokem - u dotazníku „startovacím“ – byl často problém, hodně respondentů požádalo o jeho zopakování. Je formulován negativně a respondentům občas nějakou dobu trvalo, než tuto skutečnost akceptovali.

Výrok č. 3 – „Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně“ - toto je silný výrok, jedna ze základních tezí křesťanské víry, parafráze onoho: „Bůh je láska; kdo zůstává v lásce, zůstává v Bohu a Bůh zůstává v něm“ (1 Jan 4,16). V papežské encyklice DEUS CARITAS EST nejvyšší pontifik Benedikt XVI. popisuje vyjádření křesťanského postoje v životě právě tím, že člověk uvěří v Boží lásku a tento fakt uznává a zařazuje do svého života, jednání a myšlení (Benedikt XVI., 2012, str. 5). S tímto výrokem projevilo souhlas mnohem více participantů, než by se dalo dle ostatních odpovědí čekat. Analogii nacházím v číslech Českého statistického ústavu, kdy v roce 2001 se za věřící se označuje pouze 32,2, % obyvatel, ale jen 14 % Čechů a Češek striktně tvrdí, že: „Bůh ani jiná nadpřirozená skutečnost neexistuje“. V současné České republice se spíše obecně nedůvěřuje tradičním organizovaným náboženským obcím, jednoznačně prohlásit ateismus za převažující není zcela pravdivé (ČSÚ. Náboženské vyznání obyvatelstva, 2003).

Výrok č. 5 – „Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy“ - při srovnání s odpověďmi na výrok č. 3 zjistíme, že ne všichni respondenti, kteří jsou přesvědčení o tom, že je Bůh miluje a záleží mu na nich, jsou ochotni důvěřovat tomu, že se Bůh zajímá o jejich každodenní problémy. Respondentka k odpovědi přidala komentář: „*Bůh má přece tolik starostí, proč by se zajímal zrovna o moje malichernosti?*“

Výrok č. 6 – „Dělám si starosti ohledně své budoucnosti“ - reakcí na výrok byla často zmiňována starost o to, aby ještě sloužilo zdraví, aby osoba byla dostatečně soběstačná. Několikrát zazněla i obava: „*Jenom, aby mi stačil důchod, co bych dělal, když si nezaplátím?*“ Úhrnem by se dalo konstatovat, že převažovaly starosti o zdraví a duševní sílu nad materiálními.

Protipólem byla určitá submise či fatalismus u respondentů, kteří reagovali větami typu: „*Já si už nemusím dělat starosti, nemám budoucnost, vždyť tady je konečná...*“

Třetí skupina respondentů vyjadřovala odpověďmi pocit vyrovnanosti – neměli starost o budoucnost, ale reakce nebyly rezignované, spíše byly odpovědi pronášeny s úlevou: „*Ne, starosti už ne. Svoje záležitosti jsem si vyrovnala a teď už je to všechno dobré!*“

Výrok č. 8 – „Cítím se opravdu naplněný a spokojený se svým životem“ - velice důležitý výrok existenciální části. Odpovědi neměly spojitost se spiritualitou, odvíjely se od povahy jednotlivců - každá osoba je založena optimisticky nebo pesimisticky. Klienti pobytových zařízení mají většinu života již za sebou a tento výrok hodnotí jejich život, je vyjádřením rekapitulace.

Výrok č. 10 – „Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá“ Tento výrok jsem neměla v oblibě – vícekrát mi bylo naznačeno, že výrok je nepříjemný, netaktní, možná i hloupý. Participant: „*No, kaj se asi može včil ubirat' Do hroba, no ni?!*“ Ale ne všichni respondenti to viděli tak špatně – procenta spokojenosti jsou poměrně vysoká, ač překvapuje pouze padesátiprocentní skóre v Ludgeřovicích.

Výrok č. 11 „Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy“ - tento výrok lze vnímat i jako vyjádření naděje a víry, že člověk není na strasti a bolesti sám, že je někdo, kdo se zajímá a pomáhá. Pojem naděje se zabývá také Křivohlavý (2004, str. 12 - 58) v souvislosti s problematikou pozitivní psychologie. Naději definuje jako „důvěru či víru v něco příznivého“ a naznačuje spojení a blízkost tohoto výrazu s pojmy jako je víra, důvěra, přesvědčení. Křivohlavý zdůrazňuje vnímání naděje jako „pozitivní očekávání určitého cíle“.

Výrok č. 12 – „Mnoho radosti v životě nezažívám“ - dle reakcí zde spatřuji velkou souvislost se zdravotním stavem, který klienty omezuje v aktivitách, v přiznaném i nepřiznaném pocitu odloučení od rodného místa. A přesto zazněla i tato reakce: „*Já mám radost z každého dne, vždyť to je dar!*“

Křivohlavý (2004, str. 65 - 70) hovoří o radosti jako „vedlejším produktu smysluplného života a nadějně cesty k cíli“. Radost – jako klasický příklad kladné emoce - spoluvytváří optimální fungování člověka. Pozitivní emoce (radost, láska, zájem, potěšení) budují zdroje mentální síly.

Výrok č. 14 – „Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit“ - zvláštní je hodně nízké procento souhlasu v Kravařích, kde jinak procenta vyjádřené pohody byla hodně vysoká. Často mi bylo řečeno, že žádná budoucnost nečeká, proč by měli mít dobrý pocit z konce?

Výrok č. 16 – „Mám pocit, že život je plný rozporů a smutků“ - výrok se vymykal šablonám. Respondenti napříč celým spektrem vyjadřovali souhlas s tvrzením, že život je plný rozporů a smutků. Hladina spirituálního well-being mohla být vysoká či nízká a klienti bez rozdílu schvalovali toto vyjádření. Zpočátku jsem byla překvapena, klienti byli optimističtí, pak jsme došli k tomuto aktuálnímu výroku a tři čtvrtiny kravařských a ludgeřovických respondentů, nadpoloviční většina slavkovských a kyjovických souhlasily.

U tohoto výroku jsme se často zastavili, neboť respondenty výrok podnítil k tomu, aby začali vzpomínat na těžké chvílky ve svém životě. Tato reakce byla bezprostřední, dotazníky jsme vyplňovali v soukromí a respondenti mezi sebou o této zkušenosti nekomunikovali. Jako dokreslení situace přepisy z rozhovorů (kvůli autenticitě ponechávám v místním nářečí):

*„Já sem si mocej radošči něužila. Stavjali sme chalupu, měla sem tři džecka, chlop byl furt přeč na fuškách, já na všeko sama ...“*

*„My sme měli velku hospodarku, kravy, koně, roboty jak na kostele, od něvidim do něvidim, ja. Potym sme mušeli do družstva, muj chlop chodžil furt v gumakach až oněmocněl a mladý umřel. Synek uček do Německa, děvucha potym za nim a ja stara roba už něchčela a včil sem tu jak kul v ploče..“*

*„Ja, furt to bylo zle. Dyť ja sem se narodžil na flichtu, kerak moji tata s muter učekali před frontum. Po vojně šecko rozbite, za robotum sem jezdžil do Ostravy, s robum sme džecka něměli a tak sem včil hevaj, bo němožu byč doma sam...“*

Výrok č. 18 – Život nemá příliš smysl“ - komentáře k tomuto výroku se odvíjely od: „Ale jistěže, že má smysl“ nebo „Co je to za hlupota? Kaj tež něma smysel! Ma!.“ až k protiotázce: „A kdyby neměl žádný smysl, proč bychom tu byli?“ Souhlas s výrokem č. 18 vyjadřuje určitou rezignaci a v dotaznících byl pokaždé spojen s nízkou mírou spirituálního well-being.

Výrok č. 20 – „Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života“ - ne všichni respondenti, nesouhlasící s předcházejícím výrokem č. 18, byli přesvědčení o tom, že konkrétně jejich život má smysl. V reálných číslech pouze dva klienti kyjovického Domova Na Zámku byli přesvědčení o skutečném cíli svého života. Respondenti své postoje komentovali obdobně: „Jaký smysl života? Ted'? Vždyť to už je konec..“, nebo: „Já už žádný smysl nevidím, už mě nic nečeká ...“ Klientka ze zařízení z Kravař, která u každého výroku promýšlela své odpovědi, řekla: „Vite, já už němam nkeho, bylo nas doma jedenast a všecy moji bratři i sestry už su mrtví, němam džecka, ostala sem tudyk na tymhle svěče posledňa a něvim čemu?“

*Ale baj si myslim, že sem tu ostala, abych se za ty moje mile modlila a prosila za nich u Panenky Marie ...“* Paní byla upoutaná na lůžko, těžce pohyblivá, ale vyrovnaná, usměvavá a pozitivní.

Jako jeden z cílů práce bylo potvrzení nebo vyvrácení předpokládaných hypotéz. Data získaná ve výzkumném šetření byla zpracována a porovnána, dvě navrhované hypotézy byly vyvráceny a jedna byla potvrzena. Výše hladiny spirituálního well-being není závislá na typu zřizovatele ani na kapacitě zařízení. Určitou roli hraje celkové vedení a kultura v zařízeních, kdy v Ludgeřovicích a v Kravařích je tento styl hodně identický. Důležitým determinantem jsou samotní uživatelé. V převážné míře bývají klienty zařízení osoby, jejichž původní bydliště se nachází v blízkém okolí. Kravaře a Ludgeřovice jsou obce tzv. Hlučínska, které patří k nejvíce religiózním oblastem v České republice. Klienti v Seniorcentru většinou pocházejí z oblastí západně od Opavy (okolí Slavkova). Kultura a celková atmosféra ve slavkovském zařízení je velice obdobná jako v Kravařích a Ludgeřovicích, nicméně hladiny well-being se ukázaly jako odlišné. Studie, která by se zaměřila na prozkoumání této oblasti, by jistě mohla přinést další obohacující poznatky. Také provedení komparace míry spirituálního well-being a míry systémové otevřenosti zařízení se jeví jako zajímavé téma.

Limity a omezení provedeného výzkumného šetření – výběr respondentů byl limitován zdravotním stavem, jejich fyzickou a psychickou kondicí. Proto data nemohou být považována za vyčerpávající.



## Závěr

V diplomové práci jsem porovnávala hladinu spirituálního well-being v sociálních pobytových zařízeních pro seniory v okrese Opava. Vybrala jsem čtyři zařízení s odlišným zřizovatelem, zastoupeni byli profánní zřizovatelé – obec, město a kraj a jeden církevní zřizovatel - biskupství. Pomocí dotazníku SWBS jsem v průběhu výzkumných šetření sesbírala potřebná data. Výstupy z dotazníkového šetření jsem zpracovala do přehledných grafů. Z grafů lze vyčíst procentní vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu s jednotlivými výroky dotazníku. Výroky SWBS jsou rozděleny do dvou oblastí – spirituálního bloku a existenciálního bloku. Každou oblast lze vyhodnotit zvlášť a celkový výsledek poskytne údaj o výši spirituálního well-being v jednotlivých zařízeních.

Komparace výsledků přinesla zajímavá zjištění. Nepotvrdily se dvě předpokládané hypotézy – na výši hladiny SWB nemá vliv typ zřizovatele ani kapacita zařízení. Třetí hypotéza byla potvrzena, výše hladiny existenciálního WB není závislá na typu zřizovatele.

V závěrečné diskuzi jsem navrhla možné další směry výzkumu a poukázala na limity a omezení provedeného výzkumného šetření.

Výsledná hladina spirituálního well-being se u tří zařízení pohybuje na vysokých hodnotách. Svým uživatelům poskytují komplexní péči ve všech dimenzích lidských potřeb – fyzické, psychické, sociální i duchovní. Vedoucímu managementu těchto zařízení mohou výsledky sloužit jako osvědčení zavedeného stylu řízení a kultury v organizaci. Podobné instituce se zase mohou inspirovat z jejich zkušeností. Budoucím uživatelům a jejich blízkým mohou výsledky poskytnout určité vodítko při rozhodování.

Samotný výzkum byl časově i logisticky náročný, ale byl také velmi zajímavý a přinesl mnoho obohacujících momentů. Práce v sociálních pobytových zařízeních pro seniory je náročná a všem, kdo v domovech pracují s nadšením, trpělivostí a s otevřeným srdcem by měla patřit úcta a poděkování.

Kvalita života se odvíjí od míry uspokojování všech dimenzí lidských potřeb. Spirituální pohoda označená jako čtvrtá dimenze, tvoří nedílnou součást lidské entity. V Páté knize Mojžíšově nalezneme úryvek, který tuto skutečnost potvrzuje:

„...nejen chlebem bude člověk živ, ale vším, co vychází z Hospodinových úst...“  
(Deuteronomium, 8,3).

## Abstrakt

Diplomová práce je věnována komparaci hladiny spirituálního well-being v domovech pro seniory. Teoretická část popisuje tři oblasti: sociální pobytová zařízení, senium a oblast well-being. Výzkumné šetření je provedeno ve čtyřech sociálních pobytových zařízeních pro seniory v okrese Opava, kdy zařízení mají odlišná specifika: zřizovatele, lokalitu, vnitřní kulturu. Data pro výzkum jsou získána pomocí dotazníku SWBS C.W. Ellisona a R.F. Paloutziana. Hladiny dosaženého spirituálního well-being jsou vzájemně komparovány. Výsledky šetření jsou podkladem poznatku, že výše spirituálního well-being není závislá na typu zřizovatele ani kapacitě zařízení.

## Abstract

This thesis deals with to the comparison of levels of spiritual well-being in retirement homes. The theoretical part describes three areas: boarding facilities, old age and the area of well-being. The survey is conducted in four social residential facilities for the elderly in the district of Opava, where the institutions have different specifics: founder, location, internal culture. Data for the research were obtained through a questionnaire certified SWB range C.W. Ellison and R.F. Paloutzian. Levels of attainment of spiritual well-being are mutually compared. The results of the investigation lay the foundations for the finding that the level of spiritual well-being isn't dependent on the type of establisher nor the capacity of the facility.

## Klíčová slova

sociální pobytová zařízení pro seniory; stáří; spirituální well-being

## Keywords

long-term-care social facilities of the elderly; old age; spiritual well-being

## Seznam zkratek

DS	domov pro seniory
CMTF	Cyrlometodějská teologická fakulta
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
SHS	Spiritual Health Scale
SQSS	Standardy kvality sociálních služeb
SWB	Spiritual Well-Being
SWBS	Spiritual Well-Being Scale
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

## Seznam literatury

- Bednář, M. (2012). *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Benedikt XVI. (2012). *Deus caritas est: Bůh je láska: encyklika nejvyššího pontifika Benedikta XVI.* 4. vyd. Překlad Ctirad Václav Pospíšil. Praha: Česká biskupská konference.
- Blatný, M. (2010). Osobní pohoda. In Blatný, M. a kolektiv (ed.): *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy* (s. 197 – 211). Praha: Grada Publishing.
- Cummins, R.A., Lau, A.L.D.(2006). Using health and subjective wellbeing for quality of life measurement: A review. In Bauld, L., Clarke, K. and Maltby, T. (Eds.). *Social Policy Review*, 18, (s. 165 – 192). Bristol: Policy Press.
- Disman, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.
- Dhar, N., Chaturvedi, S.K., Nandan, D. (2011). Spiritual Health Scale 2011: Defining and Measuring 4<sup>th</sup> Dimension of Health. *Indian J Community Med*, 36 (4), s. 275 – 282.
- Dragomirecká, E., Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11 (4), s. 330 – 340.
- Gruberová, B. (1998). *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- Hacklová, R. (2013). *Psychosociální aspekty religiozity a spirituality ve vztahu ke zdraví* (disertační práce). Praha: Karlova univerzita.
- Halečka, T. (2002). Kvalita života a jej ekologicko-environmentální rozmer. In *Kvalita života a ľudská práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. (s. 65 - 82). Prešov: FF Prešovskej univerzity.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří. (vyd. 2., podstatně přepracované a doplněné)*. Praha: Havlíček Brain Team.

Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie, aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. H., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., Zinnbauer, B. J.: Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 2000, s. 51 - 77.

Hnilicová, H., Bencko, V. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 2005, roč. 85, č. 11, s. 656 – 660.

Holczerová, V., Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing.

Holčík, J. (2014). Co má vliv na zdraví. In Čevela, R., Čeledová, L. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. (s. 71 – 81) Praha: Grada Publishing.

Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Kalvach, Z., Čevela, R., Čeledová, L. (2014). Stáří a stárnutí v současném světě. In Čevela, R., Čeledová, L. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. (s. 16 – 29) Praha: Grada Publishing.

Kalvach, Z., Onderková, A. (2006). *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén.

Kaufmann, J-C. (2010). *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

Křivohlavý, J. (2002). Víra a zdraví In Heller, D., Sobotková, I., Šturma, J. (Eds.), *Psychologické dny 2002: "Kořeny a vykořenění"*. (s. 55 – 66). Olomouc: Psychologický ústav AV ČR ve spolupráci s Českomoravskou psychologickou společností a Katedrou psychologie Filozofické fakulty UP v Olomouci.

Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.

Levinson, D.J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41 (1), s. 3 – 13.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing.

Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

MPSV (2003). *Bílá kniha v sociálních službách*. Konzultační dokument z roku 2003.

Nixon, A., Narayanasamy, A. (2010). The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (15 – 16), s. 2259 – 2370.

Ondrušová, J. (2008) Gerontologická problematika životní smysluplnosti. In Krahulcová, B., *Kontexty sociální a charitativní práce: sborník katedry psychosociálních věd a etiky*. (s. 161 – 166) Brno: L. Marek.

Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal and social psychology*, 69 (4), s. 719 – 727.

Říčan, P. (2004) *Cesta životem*. Praha: Portál.

Říčan, P. (2010) Spiritualita v centru struktury osobnosti In Blatný, M. a kolektiv (ed.): *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy* (s. 225 – 238). Praha: Grada Publishing.

Sulmasy, D.P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42 (3), s. 24 - 33.

Surynek, A. (2001). *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press.

Svatošová, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada publishing.

Šolcová, I., Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory In Hnilicová, H. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. (s. 21 – 33). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky

Švaříček, R., Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Tafferner, A. (2006). "Hört mir denn keiner zu?" Aufmerksame Präsenz als Zentrum einer spirituell sensiblen Sozialen Arbeit. In Krockauer, R. et al. *Theologie und soziale Arbeit: Handbuch für Studium, Weiterbildung und Beruf* (s. 116 – 124). München: Kösel.

Topinková, E. (2005) *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

Vávrová, S. (2009) Deinstitutionalizace pobytových sociálních služeb jako posun v kvalitě a dostupnosti. In Vávrová, S. a kol. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb* (s. 6 - 21). Zlín: Univerzita Tomáše Bati.

*Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Vyhláška č. 505/2006 v účinném znění.

*Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění

*Nový zákon. Text užívaný v českých liturgických knihách přeložený z řečtiny se stálým zřetelem k nové vulgátě*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitské nakladatelství, 2003.

## Internetové zdroje

Anon. (2012) Dr. Craig W. Ellison [on-line]. Dostupné 19.07.2014 z:

<http://www.legacy.com/obituaries/pressconnects/obituary.aspx?n=craig-w-ellison&pid=156657326>

Brotánková, Helena (2004). *Religiozita v České republice v církevních statistikách* [on-line]. Dostupné 04.07.2014 z: <http://www.teologicketexty.cz/casopis/2004-5/Religiozita-v-Ceske-republice-v-cirkevnych-statistikach.html>

ČSÚ (2003). *Náboženské vyznání obyvatelstva* [on-line]. Dostupné 28.06.2014 z: <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4110-03>.

Domov Na zámku (2014) [on-line]. Dostupné 05.07.2014 z: <http://www.domov-kyjovice.cz/poskytovane-sluzby.html>

Domov pro seniory sv. Hedviky – Kravaře (2014) [on-line]. Dostupné 05.07.2014 z: <http://www.dskravare.cz/>

Domov pro seniory sv. Mikuláše (2014) [on-line]. Dostupné 30.06.2014 z: <http://www.charitahlucin.cz/domov-sv-mikulase/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2006). Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb. [on-line]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky\\_odpovedi\\_22-rev3.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev3.pdf)

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky (2005). Přijetí zákona o sociálních službách [on-line]. Dostupné 01.07.2014 z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=4&t=1102>

Seniorcentrum Slavkov (2014) [on-line]. Dostupné 30.06.2014 z: <http://www.slavkov-u-opavy.cz/prispevkove-organizace-obce/domov-pro-seniory-seniorcentrum-slavkov/>

Welcome to the home of the Spiritual Well-Being Scale (2014) [on-line]. Dostupné 25.07.2014 z: <http://lifeadvance.com>

Westmont College (2014). R.F.Paloutzian [on-line]. Dostupné 20.07.2014 z: <http://www.westmont.edu/academics/departments/psychology/people/paloutzian.html>

WHO (1997).WHOQOL. Measuring Quality of Life [on-line]. Dostupné 27.10.2014 z: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

WHO (2011). Světová zdravotnická organizace [on-line]. Dostupné 15.09.2014 z: <http://www.who.cz/zaklinfo.html>

WHO (2014). What is "active ageing"? [on-line]. Dostupné 15.09.2014 z: [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/)