

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

ŽIVOT A PRÁCE V DOMOVĚ PRO SENIORY
KVALITATIVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE
Magisterská diplomová práce

Obor studia: Sociologie

Autor: Bc. Martina Veletová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Život a práce v domově pro seniory. Kvalitativní případová studie*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.

Podpis

Poděkování

Mé poděkování patří paní Doc. PhDr. Daně Sýkorové, Ph.D., za odborné a vstřícné vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady při zpracování mé magisterské diplomové práce. Ráda bych poděkovala své rodině a přátelům za jejich podporu na mé studijní cestě. Poděkování také patří vedení, personálu, klientům a rodinným příslušníkům vybraného Domova pro seniory za poskytnutí cenných údajů.

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Martina Veletová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociologie
Obor obhajoby práce:	Sociologie
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Život a práce v domově pro seniory. Kvalitativní případová studie
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá zachycením každodennosti vybraného Domova pro seniory ve specifické celosvětové situaci epidemie COVID-19. Zaměřuje se na sociální praktiky a s nimi spjatá pravidla mezi zaměstnanci a klienty, a zjišťuje, jak se změnily v kontextu epidemie. Práce je složena z teoretické a metodické části. Teoretická část se zabývá pojmy vztahujícími se k tématu práce. Jedná se o význam staří, životní čas seniorů, komunikaci ve stáří, vztah seniorů k moderním komunikačním technologiím, význam seniorů v rodině a naopak, pomoc a podporu ve stáří, domovy pro seniory a s nimi spjaté specifické sociální interakce, čas a umírání v domovech pro seniory a vymezení epidemie COVID-19 ve spojení se seniory, i se sociálními pobytovými službami. Metodická část popisuje fáze výzkumu. Téma práce je zpracováno formou kvalitativní případové studie konkrétního Domova pro seniory, která je designována jako studie etnografická. Metodou sběru dat jsou semistrukturované rozhovory, zúčastněné pozorování a terénní deník. Semistrukturované rozhovory byly realizovány se zaměstnanci a klienty Domova a s rodinnými příslušníky klientů. Analýza získaných dat je založena na otevřeném a axiálním kódování dle metody zakotvené teorie. Výsledky výzkumu zobrazují, že zaměstnanci a klienti společně vytvářejí sociální realitu Domova na</p>

	<p>základě dodržování interních protiepidemických opatření Domova. Situace v kontextu protiepidemických opatření je aktéry definována jako ochrana klientů coby rizikové skupiny, ale i jako omezení klientů a personálu. Celá situace je zvládána tím, že personál je v interakci s klienty nositelem mnoha rolí. V rámci omezení či zákazu kontaktů klientů s jejich rodinami jsou využívány komunikační technologie, jako jsou mobilní telefony, i tablety s aplikací Skype. Rodinní příslušníci protiepidemická opatření respektují, protože jsou si vědomi, že klienti patří k rizikové skupině. Fyzický kontakt se seniorem rodinám ale chybí. Důsledkem protiepidemických opatření – zejména důsledkem opatření v podobě omezení či zákazu návštěv byl dopad na psychickou pohodu klientů a snížení jejich komunikačních schopností. Domov se také potýkal s nákazou COVID-19. Důsledkem nakažení je snížení počtu klientů v rámci úmrtí, zároveň na základě této události došlo ke stmelení personálu.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>epidemie COVID-19, domov pro seniory, protiepidemická opatření, ošetřovatelé, klienti, rodinní příslušníci, sociální interakce, moderní komunikační technologie</p>
<p>Title of Thesis:</p>	<p>Living and Working in the Home for the Elderly/Retirement Home. Qualitative Case Study</p>
<p>Annotation:</p>	<p>This diploma thesis deals with the capture of the everyday life of selected Home for the Elderly during the global world epidemic of COVID-19. It focuses on social practices and related rules between employees and clients, and it also identifies how they have changed in the context of the epidemic. The work consists of the theoretical and the methodological part. The theoretical part deals with concepts related to the topic of the paper. These are the importance of the old age, the meaning of subjective time for seniors, communication in old age, the relationship between seniors and modern communication technologies, the significance of seniors in the family and vice versa, help and support in old age, homes for the elderly and related</p>

specific social interactions, the meaning of time and passing away in homes for seniors and the definition of the COVID-19 epidemic in connection with seniors, as well as social residential services. The methodological part describes the research phases. The topic of the thesis is elaborated in the form of a qualitative case study of specific Home for the Elderly designed as an ethnographic study. The data collection was retrieved with the methods of semi-structured interviews, participant observation and a field diary. The semi-structured interviews were conducted with the employees and clients of the Home as well as with the family members of the clients. The analysis of the obtained data is based on open and axial coding according to the method of the grounded theory. The research results show that employees and clients together create the social reality of the Home on the basis of the observance of the Home's internal anti-epidemic measures. The situation in the context of anti-epidemic measures is defined by the participants as the protection of clients as a risk group, but also as a restriction of clients and staff. The whole situation is handled by the fact that the staff plays many roles in the interaction with the clients. Communication technologies, such as mobile phones and tablets with Skype application, are used to limit or prohibit clients' contacts with their families. Family members respect anti-epidemic measures being aware that clients belong to a risk group. However, the families lack the physical contact with their senior. The consequence of the anti-epidemic measures - especially the consequence of the restricted visitation measures - had an impact on the psychological well-being of the clients as well as on a reduction in their communication skills. Moreover, the Home struggled with the COVID-19 infection. Consequently, the number of clients decreased due to COVID-19 death toll. At the same time, however, it seems that the event built a closer rapport among the staff.

Keywords:	epidemic COVID-19, the home for the elderly, anti-epidemic measures, nurses, clients, family members, social interactions, modern communication technologies
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1 Ukázka scénáře rozhovoru Příloha č. 2 Ukázka rozhovoru, kódování a kategorizování Příloha č. 3 Terénní fotografie
Počet literatury a zdrojů:	45
Rozsah práce:	88 s. (157 922 znaků s mezerami)

Obsah

Anotace	4
Obsah	8
Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Význam stáří aneb „stáří není nemoc“	12
1.1 Význam životního času pro seniory	14
2 Komunikace ve stáří.....	16
2.1 Senioři a moderní komunikační technologie.....	17
3 Senioři v rodině, aneb význam rodiny pro seniora	19
4 Pomoc a podpora ve stáří.....	20
5 Domovy pro seniory	22
5.1 Zajištění každodenní péče.....	23
5.2 Sociální interakce.....	25
5.2.1 „My a oni“	26
5.2.2 Senioři a rodina.....	28
5.2.3 Personál a rodina	29
5.3 Čas v domově pro seniory	31
5.4 Umírání a smrt v domově pro seniory	32
6 Epidemie COVID-19	34
6.1 COVID-19 a senioři	35
6.2 Protiepidemická vládní opatření na poli pobytových zařízení	36
EMPIRICKÁ ČÁST.....	40
7 Cíl práce, výzkumné otázky, volba výzkumného přístupu.....	40
7.1 Případová studie, etnografický terénní výzkum	41
7.2 Výzkumný soubor, metody výběru KP, organizace sběru dat.....	43
7.2.1 Představení Domova pro seniory.....	44
7.3 Analýza dat: metoda zakotvené teorie.....	46
8 Výsledky výzkumu	49
8.1 Celosvětová epidemie COVID-19	49
8.2 Strategie ochraňující klienty – protiepidemická opatření.....	51

8.2.1 Rodinné vazby	60
8.2.2 Vnímání času.....	62
8.3 Uzavření Domova	63
8.4 Důsledky zákazu návštěv	64
8.5 Role personálu	65
8.6 Komunikační technologie	67
8.6.1 Tradiční technologie.....	68
8.6.2 Moderní technologie.....	69
8.7 Kontaktování z okna.....	71
8.8 Návštěvy za plexisklem.....	72
8.9 Rodinný postoj.....	74
8.10 Nakažení COVIDEM-19	76
8.10.1 Důsledky COVIDU-19 na oddělení	82
8.11 Post-covidový čas	84
Diskuse.....	86
Závěr	92
Seznam literatury	96
Přílohy	101
Příloha č. 1 Ukázka scénáře rozhovoru	101
Příloha č. 2 Ukázka rozhovoru, kódování, kategorizování.....	104
Příloha č. 3 Terénní fotografie.....	120

Úvod

Tato diplomová práce se snaží porozumět prostřednictvím samotných sociálních aktérů každodennosti vybraného Domova pro seniory v době celosvětové epidemie COVID-19. Uvedené téma je s ohledem na vzniklou celosvětovou epidemii v roce 2019 velmi aktuální. Na zhoršující se epidemiologickou situaci státy reagovaly vydáváním protiepidemických opatření, která měla zmírnit šíření výskytu viru COVID-19. Vláda České republiky vyhlásila v roce 2020–2021 dva nouzové stavy. Pro upřesnění, první nouzový stav byl vyhlášen 12. března 2020 do 17. května 2020, druhý nouzový stav byl od 5. října 2020 do 11. dubna 2021. Nouzové stavy provázelo zpřísnění i rozvolňování právě platných protiepidemických opatření. Pro veřejnost znamenala epidemie a s ní vyhlášené nouzové stavy sociální izolaci, strach o nejbližší a změnu dosavadního životního způsobu. Protiepidemická opatření zasáhla i do chodu zařízení sociálních služeb, kam mj. patří domovy pro seniory. Zavedená protiepidemická opatření s sebou zřejmě přinesla změny sociální interakce uvnitř ale i vně těchto zařízení.

Na základě výše uvedených důvodů je zpracována tato diplomová práce, která si klade za cíl: *„Zachytit každodennost vybraného Domova pro seniory – sociální praktiky a s nimi spjatá pravidla, tj. interakci a transakce mezi zaměstnanci a klienty a neformální, implicitně nebo explicitně vyjednávané principy uplatňované v interakcích. Zjistit, jak se změnily ve specifické situaci epidemie COVID-19.“* V práci jsou stanoveny tyto výzkumné otázky: Jak zaměstnanci a klienti společně vytvářejí sociální realitu Domova? Jak definují situaci v kontextu protiepidemických opatření a jak interpretují důsledky těchto opatření? Jakými způsoby, podle jakých pravidel zvládají tuto situaci? Jak se vyrovnávají zejména s omezením či zákazem kontaktů klientů s jejich rodinami? Jak interpretují/zvládají tato omezení příbuzní klientů?

Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretickou část tvoří 6 kapitol. První kapitola vymezuje význam staří a s ním spjatý životní čas seniorů. Druhá kapitola se zabývá komunikací ve stáří, kam patří i využívání moderních komunikačních technologií seniory. Třetí kapitola definuje význam seniorů v rodině a naopak. Čtvrtá kapitola odkazuje na pomoc a podporu ve stáří. Pátá kapitola popisuje domovy pro seniory, specifické sociální interakce, které v nich existují a dále popisuje čas a umírání v domovech pro seniory. Poslední kapitola pojednává o epidemii COVID-19 ve spojení se seniory, i se sociálními pobytovými službami.

Empirická část popisuje samotné fáze výzkumu. S ohledem na definovaný cíl a výzkumné otázky byl použit kvalitativní typ výzkumu. Konkrétně se jedná o kvalitativní případovou studii vybraného Domova pro seniory, která byla designována jako studie etnografická, protože jsem měla coby brigádnice a později dobrovolnice vstup do výzkumného terénu. Hlavní metodou získávání dat byl semistrukturovaný rozhovor, zúčastněné pozorování a terénní deník. Semistrukturované rozhovory byly realizovány s 15 zaměstnanci, 9 klienty a 6 rodinnými příslušníky. Analýza získaných dat byla založena na otevřeném a axiálním kódování dle metody zakotvené teorie.

Vybrané téma patří v dosavadním zpracování k novým a zatím ne zcela probádaným tématům. Tato práce by svým poznáním chtěla přispět k již vzniklým kvalitativním či kvantitativním výzkumům, které byly uskutečněny např. formou bakalářských prací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Význam stáří aneb „stáří není nemoc“

Kapitolu o stáří uvedu příznačnými slovy Haškovcové (2010, s. 9): „*Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří.*“ Tato slova naznačují, jak autorka dodává dále, že stáří je spravedlivou jistotou, která čeká nás všechny (tamtéž, s. 16). Význam „této jistoty“ představím ve světle gerontosociologickém. Podle Petruska a jeho kolegů (1996, s. 347) je gerontosociologie, resp. sociologie stáří či sociální gerontologie, jednou z aplikovaných sociologických disciplín. Stáří a stárnutí jsou v jejím rámci definovány jako sociální kategorie, jejichž obsah závisí na společenském a kulturním kontextu.¹

Stáří vymezuje např. Sýkorová (2007, s. 47) jako: „... *sociální konstrukci, ať už jde o určení jeho počátku – mezního věku, očekávání vztažených k lidem označeným za staré, či o způsoby zacházení s nimi.*“ Stáří je výsledkem komplexního a dynamického procesu stárnutí, které zahrnuje současně biologické, psychologické, a sociální změny (tamtéž, s. 47). Změny způsobené stářím jsou viditelné, jak jsem již naznačila, v rovině tělesné, psychické i sociální. Mezi tělesné projevy stáří patří snižování výšky, zvyšování hmotnosti, změny postoje a chůze, ubývání svalové hmoty a síly, snižování smyslového vnímání (Kalvach, 2004, s. 99-101), ale i zajišťování menšího přívodu kyslíku dýchací soustavou (Kutnohorská & Plisková, 2017, s. 17). Rizikovým faktorem ve stáří

¹ Gerontosociologie se speciálně zabývá problematikou starých lidí ve společnosti, mezi zkoumané otázky patří rodinné soužití starých lidí, jejich seberealizace, samoty, otázky sociální a zdravotnické péče atd. (tamtéž, s. 347). Spolu s Ortem (2008, s. 8) podotýkám, že společně s dalšími sociálními a medicínskými vědami představuje konglomerát vědeckých poznatků.

je také postupné ubývání samostatnosti a narůstání nesoběstačnosti, nicméně „...stáří není nemoc.“ (Topinková, 2005 citována in Dvořáčková, 2012, s. 76).

Stáří je vyzdvihováno nejčastěji chronologicky a obvykle se člení na střední nebo těž zralý věk (od 45–59 let), vyšší věk, rané stáří nebo třetí věk (60–74 let), stařecký věk či čtvrtý věk (75–89 let) a dlouhověkost a pokračující čtvrtý věk (90 let a výše) (Haškovcová, 2010, s. 20; Rychtaříková, 2002). Stanovení stáří na základě chronologického věku je velmi problematické, protože: „... jedinci zejména ve třetím věku disponují značnými, aktivovatelnými fyzickými a kognitivními rezervami.“ (Sýkorová, 2007, s. 47). Jinými slovy, věk staršího člověka neříká nic o soběstačnosti, ani o jeho zdravotním stavu (Dvořáčková, 2012, s. 11).

K chronologickému určení věku se váže problematika ageismu, kterou bych nerada upozadila, protože ageismus nepostihuje „jen“ seniory, ale např. i pracovníky vykonávající psychicky a fyzicky náročnou práci v domovech pro seniory. Ageismus obecně znamená diskriminování lidí na základě jejich věku. Jedná se nejen o znehodnocování postavení seniorů ve společnosti, ale i o omezení jejich sociálních rolí či snižování jejich životních šancí (Sýkorová, 2007, s. 50). S ageismem se pojí fakt, že zdravotní a sociální péči o seniory je připisována nízká prestiž, profese v tomto odvětví jsou ohodnoceny nedostačujícími platy (Haškovcová, 1990 citována in Sýkorová, 2007, s. 51). Tuto kapitolu ukončím vlastní metaforou: stáří vnímám jako cílovou zastávku, do které směřuje a plyne náš životní čas. Na životní čas seniorů se na dalších řádkách zaměřím.

1.1 Význam životního času pro seniory

Následující má interakce s babičkou dokresluje, že každý vnímáme plynutí času jinak: „*To je dlouho, co jsem Tě neviděla... Ale babi, vždyť jsme se viděly naposledy minulý týden.*“ (vlastní poznámky). Jak udává Hinck (2007, s. 35), prožitý čas je jedinci interpretovaný – může být vnímán tak, že minuty se táhnou, ale roky letí. Uvědomění a sledování sebe samotných v čase je podstatnou součástí při sebepoznávání jednotlivců (Neisser, 1988 citován in Gabrian a kol., 2017, s. 351). Čas má tedy dva aspekty, a to fyzický a metafyzický (Reichenbach & Mathers, 1959; Way & Green, 1940 citováni in Strumpf, 1987, s. 202). Podle Strumpf (1987, s. 202) fyzický čas je objektivní, zahrnující rychlost a trvání, naopak metafyzický čas je subjektivní čas jednotlivce. Dále pojednám právě o subjektivním čase jednotlivce, tj. prožitém čase, resp. zkušenostním čase či temporalitě. Všechna tato uvedená synonyma použítá Hinckem (2007, s. 35) hovoří o průběhu událostí ve světě člověka. Temporalita patří spolu s žitým prostorem, žitým tělem a žitým vztahům ke způsobům, jak my všichni prožíváme svůj život (Heidegger, 1996; Van Manen, 1990 citováni in Hinck, 2007, s. 35).²

Významem subjektivního času u starších lidí se zabývala např. fenomenologická studie Hincka (2007). Popisuje, jak prolínání minulosti, přítomnosti a budoucnosti utváří jedince žijícího ve světě. Tato studie ukazuje prožité zkušenosti 19 lidí ve věku 85 let. Žitý čas těchto seniorů je zvýznamněn tím, že každodenní současný život účastníků studie je utvářen osobní, ale i světovou historií a jejich situováním v sociálním světě na konci života je

² Mezi základní způsoby prožívání času patří časová perspektiva, tedy pojetí minulosti, přítomnosti a budoucnosti; dále výpočet a odhad času a také vědomí času – jedná se o subjektivní dojem, že čas plyne rychle, pomalu nebo právě stojí na místě (Strumpf, 1987, s. 202).

ovlivňováno tím, jak se vztahují k mladým lidem. Dále účastníci uznávají a přijímají na konci života nejistou budoucnost a omezenou životnost, zároveň se dívají na budoucnost s nadějí v nové dny, ale také se připravují na konec života tím, že předávají materiální věci či vzpomínky mladším generacím, zanechané dědictví představuje prožitý čas jich samotných (Hinck, 2007, s. 36–40).

Literaturu o subjektivní časové zkušenosti u starších osob shrnul Strumpf (1987, s. 201-202). Při zkoumání vztahu mezi stárnutím a zkušeností času definoval několik ovlivňujících faktorů, mezi které patří věk, blížící se smrt, emoční stav, výhled do budoucnosti a hodnota spojená s časem (tamtéž, s. 202). Dle mého názoru, tyto nastíněné faktory vykreslují složitost subjektivního vnímání času jednotlivcem. V této studii mě zaujala myšlenka týkající se srovnání způsobu prožívání času mezi institucionalizovanými a neinstitucionalizovanými nebo mezi zdravými a nemocnými jedinci. Ve většině případů ti, kteří byli institucionalizovaní či nemocní, vnímali čas jako pomalu plynoucí na rozdíl od těch, kteří byli neinstitucionalizovaní či zdraví. Zároveň ti, kteří byli institucionalizovaní či nemocní, tak zažívali menší spokojenost se životem a měli snížené sebevědomí (Fink, 1957; Comalli a kol., 1965; Lawton, 1977; Miller & Lieberman, 1965 citováni in Strumpf, 1987, s. 203–204). Upozorním na fakt, že prostředí hraje důležitou roli v plánování budoucnosti staršími lidmi. Křivohlavý (2002, s. 143) udává: *„Ti, kteří žijí doma v rodině, a ti, kteří žijí relativně šťastně, mají více plánů do budoucnosti nežli ti, kteří žijí v domovech důchodců, a ti, kteří prožívají své stáří nepříliš šťastně.“*

V této souvislosti lze uvést i autory, kteří se zabývali konzistentním prediktorem duševní pohody a zdraví ve střední a pozdní dospělosti, kterým byly subjektivní časové koncepty (Gabrian a kol., 2017, s. 356). Například pozitivní subjektivní vnímání času, tj. rozšířený pozitivní pohled na minulost, budoucnost a příznivé hodnocení přítomnosti bylo spojeno s vyšší pohodou a

lepším fyzickým zdravím, zatímco negativní subjektivní vnímání času bylo spojeno s nižší úrovní zdraví a pohody (tamtéž, s. 350). V problematice stáří je také důležitá komunikace ve stáří.

2 Komunikace ve stáří

Problematika komunikace ve stáří, jinými slovy komunikace se stářím, je mi blízká z brigády, kde na každé směně komunikuji s klienty. Někdy je komunikace snadná a společně se zasmějeme, jindy je to ale velmi složité. Pokládala jsem si často otázku, v čem spočívá složitost? Jack s jeho kolegy (2019, s. 13) udávají, že složitost komunikace se starší osobou může být obtížná kvůli účinkům stárnutí, včetně ztráty sluchu a zraku. Zmínění autoři kladou důraz zejména na efektivní komunikaci se seniorem. Neefektivní komunikace může vést nejen v ošetrovatelské praxi k tomu, že se senioři budou cítit bezmocně (tamtéž, s. 1). Z tohoto důvodu je nutné přistupovat ke starším lidem jednotlivě a podle toho přizpůsobovat komunikaci (tamtéž, s. 1). Pokud je komunikace efektivní, tak se starší lidé cítí být naopak respektováni (tamtéž, s. 13). Také Kutnohorská a Plisková (2017, s. 23) zdůrazňují, že základem vztahu mezi ošetřovatelem a klientem je dobrá komunikace.³

Se stárnutím se mění komunikační dovednosti kvůli změnám fyzického zdraví, ale i kognitivnímu poklesu (Yorkston a kol., 2010, s. 2). Zhoršuje se krátkodobá paměť, takže starý člověk si hůře pamatuje nové události, dále může disponovat sníženou nápaditostí či je labilnější v emocích

³ Ostatně, mezilidská komunikace je shledávána jako kritický nástroj pro přizpůsobení se životu. Tento nástroj spojuje lidi s prostředím (Kaakinen, 1995 citován in Yorkston a kol., 2010, s. 1).

(Kutnohorská & Plisková, 2017, s. 16). Také se mohou vyskytovat změny smyslového vnímání, jako je špatný zrak či nedoslýchavost (tamtéž, s. 24). Poruchy komunikace tvoří různorodou skupinu stavů, které se liší závažností, ale i výskytem, a tak mohou omezovat výdrž, pohyblivost, ale i poznávací schopnosti (Yorkston a kol., 2010, s. 1). V rámci poruch komunikace se mezi staršími a mladšími osobami mohou objevit komunikační problémy, protože příslušníci mladé generace bývají netrpěliví (Kutnohorská & Plisková, 2017, s. 25). Při komunikaci se starými lidmi by mělo zúčastněným stranám být vidět do tváře, je důležité hovořit pomalu, zřetelně a nahlas (tamtéž, s. 27–31).

Navzdory potížím, které v komunikaci se starší osobou mohou nastat, osobně shledávám i pozitivní prvky. S odkazem na zmíněné autorky lze uvést, že senioři disponují trpělivostí, soudností a rozvahou (tamtéž, s. 17). Dle mého názoru, všechny tyto prvky mají pro mladou či střední generaci veliký přínos, zejména v současné poněkud rychlé době. Uvedu, že do komunikace ve stáří patří i komunikace seniorů pomocí moderních komunikačních technologií.

2.1 Senioři a moderní komunikační technologie

Jak uvádí Slavík (2014, s. 227), do kategorie moderních komunikačních technologií se řadí zejména mobilní telefony a počítače. Autor dodává, že díky těmto technologiím se může zlepšit kvalita života seniorů (tamtéž, s. 227). Slavík ale upozorňuje na fakt, že právě senioři jsou skupinou, která s velkými obtížemi může zvládat různé funkce na zařízení (tamtéž, s. 229). Senioři podléhají tzv. digitálnímu vyloučení, jsou skupinou, která z řady příčin nemůže využívat moderní technologie (tamtéž, s. 229). Mezi determinanty přijetí a využívání nových komunikačních technologií staršími

lidmi patří postojové, funkční a fyzické faktory (Barnard a kol., 2013; Neves a kol., 2013; Tsai a kol., 2015 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237). K postojovým faktorům se řadí zájem, vnímaná užitečnost technologie, důvěra v technologii a subjektivní vnímání opírající se o věk, jako např.: „...*jsem příliš starý na technologie*“ (Neves & Amaro, 2012; Vroman a kol., 2015 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237). K funkčním faktorům lze řadit přístup, vzdělání, digitální dovednosti, ale také problémy s použitelností, designem a velikostí technologie (Neves a kol., 2015; Tsai a kol., 2015 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237). Fyzické faktory zahrnují zdravotní omezení jako je snížená obratnost (Czaja & Lee, 2007 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237), ale i změny ve vidění, jako je zhoršená schopnost zaostřovat na různé vzdálenosti či posun ve vnímání barev, dále dochází ke slábnutí sluchu (Kutnohorská & Plisková, 2017, s. 19). Pokud ale pomineme všechny výše uvedené faktory, tak výhodou internetu pro seniora je socializace a vytváření sociálních sítí, což seniorovi zabraňuje pocitům osamění (Van Watering, 2005 citován in Slavík, 2014, s. 232). Toto platí zejména pro seniory, kteří mají problémy s mobilitou, nebo kteří bydlí daleko od svých rodin (Slavík, 2014, s. 233).

V domově pro seniory často zařizují spojení rodiny s klientem přes tablet. Tato pro mě „jednoduchá“ záležitost znamená pro klienta velký problém. Přitom, jak Vaportzis s kolegy (2017, s. 2) píšou, tablety disponují menší složitostí oproti jiným technologiím, protože obsahují dotykové rozhraní. Tento autor s jeho kolegy (2017, s. 1–2) realizovali kvalitativní výzkum u 18 seniorů ve věku 65–75 let s cílem porozumět obeznámenosti starších lidí obecně s technologiemi, včetně tabletů, a také porozumět tomu, jaké překážky jim ve využívání brání. Účastníci byli rozděleni do dvou skupin. Jedna skupina měla zkušenosti s počítači a druhá ne. Žádný účastník neměl zkušenost s tabletem. Výsledky z tohoto výzkumu naznačují, že senioři chtěli přijmout nové technologie a byli ochotni učit se pomocí tabletu,

ale vyjadřovali obavy z nedostatku či jasných informací a znalostí, poukazovali na finanční náklady pořízení tabletu a zdravotní omezení, či pocity nedostatečnosti a skepticismu ohledně používání tabletů a technologií obecně (Vaportzis a kol., 2017, s. 1–2). Pokud zmíním opět svou zkušenost, tak ti klienti v domově pro seniory, kteří komunikují pomocí tabletu se svou rodinou, jsou velmi šťastni. Je evidentní, že senioři připisují velký význam rodině. Na toto téma se zaměřím v další kapitole.

3 Senioři v rodině, aneb význam rodiny pro seniora

„Rodinu“ představím s odkazem na Ayooba (2020): Rodina je považována za nejvýznamnější primární skupinu ve společnosti. V současné době, ve vyspělých zemích, většina seniorů žije odděleně od rodin svých dětí (Ayoob, 2020, s. 32–33). Nicméně široká rodina poskytuje zásadní sociální síť pro seniora a vztah, který udržuje s rodinou, má přímý dopad na jeho celkovou kvalitu života (LeVine, 2021; Ratana, 2019). Ti senioři, kteří mají silné pouto se svou rodinou žijí déle než ti, kteří nedisponují příznivými vztahy s rodinou, či jsou osamoceni. Zároveň kladný vztah mezi rodinou a seniorem působí na jeho duševní zdraví. Rodinná náklonnost snižuje pocity deprese a mnohdy přispívá i k vyšší úrovni kognitivních funkcí u staršího člověka. Interakce s rodinou stimuluje mozkovou aktivitu – senior během konverzace s rodinou využívá jak krátkodobou, tak i dlouhodobou paměť a také si rozšiřuje slovní zásobu. Význam rodiny je tedy vtisknut do fyzického, i psychického zdraví staršího člověka (LeVine, 2021; Ratana, 2019). Ratana (tamtéž) zmiňuje, že osamělost vede k vyššímu riziku vzniku zdravotních problémů, i deprese.

Vohralíková a Rabušic (2004) vyzdvihují fakt, že rodina je výrazným referenčním rámcem života seniorů. Podle autorů rodina zastává i důležitou

roli v případě nesoběstačnosti seniora. Rodina nesoběstačnému seniorovi může pomáhat psychicky, fyzicky, i hmotně (Vohralíková & Rabušic, 2004 citováni in Dvořáčková, 2012, s. 55). Současně se zaměřím na význam, či roli seniora pro rodinu. Jak udává Ayoob (2020, s. 33), soužití se seniory může být zátěží i příležitostí, jak si obohatit svůj život o cenné zkušenosti. Ztotožňuji se slovy Orta (2004, s. 26), že senior v roli prarodiče je nejen garantem v udržování tradic, nositelem výchovy, ale i „spojencem“ vnoučat. Jak uvádí Haškovcová (2010, s. 287), v Čechách prarodiče vypomáhají s výchovou vnoučat a finančně podporují rodiče svých vnoučat. Jsem zastáncem toho, aby senioři nebyli vystavováni pocitu zbytečnosti, který vede k psychologickým problémům, jak o tom hovoří Dvořáčková (2012, s. 11). Podle autorky může u seniorů v rámci zanedbání sociálních kontaktů dojít až k sociální izolaci (Dvořáčková, 2012, s. 11). Haškovcová (2010, s. 285) poukazuje na snahu seniorů setrvat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí. Když se ale zdraví nebo kondice seniora začne zhoršovat, je nutné zajistit pomoc.

4 Pomoc a podpora ve stáří

V této části nastíním péči o seniora. Existují „dva způsoby“, kterými lze zajistit péči o seniora: péče vykonávaná rodinnými příslušníky, tedy v rodinném prostředí a péče institucionální. Haškovcová (2010, s. 285) poukazuje na to, že: „... každý člověk je rád doma.“ Dle mého názoru, „být doma“ znamená žít ve svém přirozeném prostředí, kde člověka obklopují jeho osobní věci a vzpomínky. Haškovcová (2010, s. 285) podotýká, že starý člověk by měl co nejdéle zůstat ve své domácnosti – tedy v místě, kde mj. prožil lásku, zklamání, životní úspěchy ale i neúspěchy. Zvrat ale přichází v tu chvíli, kdy senior potřebuje pomoc, jelikož ztrácí soběstačnost (tamtéž, s. 285). Jak autorka

dodává, tak potřebnou pomoc seniorovi, který ztrácí soběstačnost, by měla zajistit zejména rodina (tamtéž, s. 285). Ztotožňuji se s autorkou, že pro některé rodiny se jeví volba péče o seniora doma jako snadná, jinde ale jako komplikovaná či třeba také nedostupná záležitost (tamtéž, s. 285). Na základě vlastních zkušeností mohu potvrdit výrok Haškovcové (2010, s. 297), že péče o nesoběstačného seniora v jeho přirozeném prostředí a v kruhu nejbližších je fyzicky, ale i psychicky náročná, přičemž psychická zátěž je pečovateli snášena hůře než ta fyzická.

Dostáváme se k bodu, který je z hlediska tématu diplomové práce významný. Pokud rodina z jakýchkoliv důvodů nezvládá nebo nemůže zajistit péči o nesoběstačného seniora v jeho přirozeném prostředí, lze využít sociálních pobytových zařízení (Nešporová a kol., 2008 citováni in Dvořáčková, 2012, s. 80). Pobytové sociální zařízení poskytuje sociální služby. Sociální služby jsou zaštiťovány zákonem č. 108/2006 Sb. Podle § 1 tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osobě“) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1). Sociální služby poskytují vedle služeb pobytových i služby ambulantní či terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (tamtéž, § 33).

Mezi zařízení sociálních služeb patří např. centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory (tamtéž, § 34). Dodávám, že existuje rozdíl mezi domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem. Jak uvádí Haškovcová (2010, s. 237), domovy se zvláštním režimem jsou určeny především pro seniory, kteří trpí duševním onemocněním či některou formou demence. V České republice je

největší profesní organizací sdružující poskytovatele sociálních služeb Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS) sdružující více než 965 organizací a 2 334 registrovaných služeb (APSS, 2015, s. 2). Jak můžeme vidět, sociální služby mají široké pole působnosti. V následující kapitole pojednávám konkrétně o domovech pro seniory.

5 Domovy pro seniory

Podle zákona č. 108/2006 Sb., 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. V domovech pro seniory je poskytováno ubytování, strava, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 49).

Jak uvádí Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015, s. 19), tak uživatelům těchto pobytových zařízení je poskytována ošetrovatelská a rehabilitační péče, kdy významný je dostatečný počet pracovníků v přímé péči, protože tento fakt ovlivňuje celkovou kvalitu služby. Počet pracovníků je určen počtem uživatelů podle stupně příspěvku na péči (tamtéž, s. 19). V domově pro seniory se můžeme setkat tedy s pracovníky v přímé péči, ale i se sociální pracovníci, která mj. ulehčuje seniorovi adaptaci na institucionální prostředí, uskutečňuje sociálně-poradenskou práci, zprostředkovává kontakty seniorům s rodinou i se společenským prostředím, pomáhá při

uplatňování práv, oprávněných zájmů či při obstarávání osobních záležitostí (Hrozenská, 2008, s. 74–75).

Dále se můžeme v domově pro seniory setkat s aktivizačními pracovníky či terapeuty. Aktivizační pracovníci se soustředí na činnost zaměřenou na kvalitu života uživatele sociální služby podporující jeho bio-psycho-sociální kondici. Jedná se o metody, techniky a programy, jako kulturní a společenské akce, výlety, trénování paměti, bohoslužby a jiné (APSS, 2015, s. 11–13). Z vlastní zkušenosti ze tří domovů pro seniory vím, že se pobytová zařízení mohou lišit. Toto tvrzení dokládá např. Gubrium (1997, s. 23), který upozornil na odlišnosti v kvalitě poskytované péče, počtu klientů apod. – jedná se o sociálně diferencované a organizované světy (Gubrium, 1997, s. 23). Domovy pro seniory zajišťují každodenní péči o seniory.

5.1 Zajištění každodenní péče

Zajištění každodenní péče v domovech pro seniory se vztahuje k pevně dané struktuře dne, tedy je časově stanovené poskytování hygieny a zdravotní péče, podávání jednotlivých jídel a nabízení aktivizačních činností. Tato časová struktura určuje průběh dne, ale i týdne (Petrová Kafková, 2020, s. 60). Jinými slovy, jedná se o rutinní prostředí, které podléhá řádu chodu domova. Gubrium (1997, s. 123) specifikuje práci v domovech pro seniory jako práci rutinní v tom slova smyslu, že zaměstnanci dodržují pravidelnost průběhu pracovních směn. Klientům poskytuje péči na oddělení ošetřovatelský tým, který se skládá ze staniční sestry, zdravotní sestry a různého počtu pracovníků v přímé péči neboli ošetřovatelů (tamtéž, s. 3). Tento autor na základě své etnografické studie udává, že činnosti personálu podléhají jisté hierarchizaci a kategorizaci. Staniční sestra dohlíží na práci

ošetřovatelů, deleguje na ně pracovní úkoly a provádí administrativní úkoly týkající se oddělení. Zdravotní sestra dohlíží na léčbu klientů a distribuci léků klientům a ošetřující personál zajišťuje celodenní péči o klienty, jako je dopomoc na toaletu, podávání stravy klientům, polohování klientů na lůžku, oblékání klientů či poskytování hygieny (tamtéž, s. 3). Ošetřovatelé neposkytují zdravotní péči klientům, ta je v rukou zdravotní sestry, ale často jsou ošetřovatelé nápomocní při čištění otevřených ran peroxidem vodíku, či při výměně převazů (tamtéž, s. 134–136). Shledávám za důležité to, co probíhá podle Gubriuma (1997) „nad chodem oddělení“: Členové administrativního personálu tráví málo nebo žádný čas na odděleních, obvykle se nachází v kancelářích. To vede k tomu, že tento personál je z velké části izolován od složitostí, které existují v sociálním světě klientů (tamtéž, s. 3 a 122).

V této části primárně čerpám od Gubriuma (1997), který na základě své etnografické studie popisuje každodenní chod domova pro seniory. Každý den začíná probouzením klientů v brzkých ranních hodinách. Probouzení podléhá časové sekvenci, aby všichni klienti byli připraveni zhruba ve stejnou dobu na snídani. Takže nejdříve jsou probouzeni nesoběstační klienti, kteří potřebují při ranní hygieně rozsáhlou pomoc, a soběstační klienti jsou probouzeni jako poslední (tamtéž, s. 125). Každému klientovi je poskytována taková úroveň ošetřovatelské péče, kterou potřebuje (tamtéž, s. 5). Zároveň každý den probíhá ranní koupel u naplánované skupinky klientů tak, aby během celého týdne byli vykoupáni všichni klienti (tamtéž, s. 139). Probouzení klientů se vztahuje k ranní hygieně (tamtéž, s. 126). Ošetřovatelé při ranní hygieně také upravují lůžko klienta (tamtéž, s. 136). Po ranní hygieně následuje podávání snídaně v jídelně, ale i na klientských pokojích (tamtéž, s. 129). Nesoběstačným klientům dopomáhá při podávání stravy ošetřující personál (tamtéž, s. 133–134).

V průběhu dne ošetřovatelé dopomáhají klientům na toaletu (tamtéž, s. 137), doprovázejí je na lékařské prohlídky k lékařům, aktivizují je. Noční směny zahrnují kontrolu inkontinenčních pomůcek u klientů, či pomoc na toaletu (tamtéž, s. 141). S Haškovcovou dodávám, že do každodenní péče v domově pro seniory patří i poskytování doprovodných služeb jako kadeřníků a holičů, či pedikúry a manikúry (Haškovcová, 2010, s. 237). Ač se chod domova pro seniory může jevit jakkoliv svazující, Petrová Kafková dokládá i opak (2020, s. 62): *„Den se neodehrává rámován jen inkontinenčními pomůckami, chodítka, naslouchátka a dalšími kompenzačními pomůckami. Je možné v něm najít uspokojení a radost. Jaroslava se těší ze čtení knih, Sofie z toho, že si zaseje do truhlíku pažitku...“*. Jinými slovy, i v rutinním prostředí se lze těšit z drobností (tamtéž, s. 62). Typickým potěšením je jídlo (tamtéž, s. 62). I když, jak podotýká Petrová Kafková (2020, s. 65), v domovech pro seniory, kde je servírovaná jednotná strava, je těžké *„dát si něco navíc“*. Klienti, kteří si zvládnou dojít nakoupit sami, to mají snadnější (tamtéž, s. 65).

Tuto podkapitolu lze shrnout spolu s Gubriumem (1997): Do každodenního života v domovech s pečovatelskou službou patří intimní sociální vazby, oslavy malých úspěchů, bolestné ztráty, nuda, spiknutí, důvěra, naděje, láska, ale i zoufalství. Jinými slovy, v domově pro seniory se vyskytují všechny složitosti, ke kterým dochází, když skupina lidí společně tráví každodenní život (Gubrium, 1997, s. XI). Současně se zaměřím na existující sociální vazby v domovech pro seniory.

5.2 Sociální interakce

Ještě než se začnou rozvíjet sociální interakce v domově pro seniory, je důležitá situace, kterou prochází klient při svém vstupu do bytového zařízení. Gubrium (1997, s. 83–84) popisuje, že klienta pohltí zármutek

z přetrhání vazeb se svým přirozeným prostředím. Klient zažívá stav tzv. rozbití domova. Tento stav znamená ztrátu jeho známého způsobu života, jako je zmíněná ztráta druhých lidí, známých domácích předmětů, ale i ztráta sebe samotného (tamtéž, s. 85–86). I poté nemusí být vnější vztahy s okolím zcela přerušeny (tamtéž, s. 90), pokud se domov pro seniory nenachází na vzdáleném místě (Bitzan & Kruzich, 1990, s. 385). Klienti si střeží vazby s rodinou, či obnovují své vztahy s vnějším světem prostřednictvím docházení do města. Mezi sebou mají klienti také vazby, jako je přátelství, ale i vyhýbání se. Dále klienti udržují v různé míře kontakty s ošetrovatelským personálem (Gubrium, 1997, s. 83–84). Právě tyto vyřčené interakce sledávám v této práci za podstatné. Roberts a Bowers (2015, s. 57) dodávají, že sociální podpora a sociální vztahy jsou zásadní pro kvalitu života seniorů v pečovatelském domě. V další kapitole se podíváme na vztahy, které mohou být mezi klienty a personálem, mezi samotnými klienty, ale i mezi klienty a rodinou, či rodinou a personálem.

5.2.1 „My a oni“

Pod spojením „my a oni“ bych se pokusila zachytit vztahy mezi dvěma skupinami, které spolu každodenně v domově pro seniory interagují: klienti a personál. Zároveň sem řadím i vztahy probíhající mezi samotnými klienty. Gubrium (1997, s. 104) hovoří o vztahu mezi klienty a personálem jako o skrytých vztazích s vnějším světem. Kahana s kolegy (1985) podotýká, že vazby mezi personálem a klienty nejsou citově zabarvené (Kahana a kol., 1985 citováni in Bitzan & Kruzich, 1990, s. 386), protože absence citové blízkosti mezi těmito dvěma skupinami je dána na základě přijatých norem v poskytování péče (Noelker & Poulshock, 1984 citováni in Bitzan & Kruzich, 1990, s. 386). Gubrium (1997) uvádí, že klienti udržují kontakty s personálem

v různé míře, přičemž je zohledněno i genderové hledisko – tedy klientky mají častější vztahy s personálem než klienti. Ostatně, Bitzan a Kruzich (1990, s. 389) podotýkají, že klienti jsou oproti klientkám v domovech pro seniory v početní menšině.

Opět uvedu studie, které se zabývají vztahy mezi zaměstnanci a klienty. Roberts a Bowers (2015, s. 57) uskutečnili kvalitativní výzkum s cílem prozkoumat způsoby, kterými si klienti rozvíjejí vztahy mezi sebou a mezi zaměstnanci. Bylo dotazováno celkem 15 kognitivně intaktních obyvatel pečovatelských domů. Studie ukázala, že klienti si vytvořili vztahy s dalšími klienty a zaměstnanci jako nezamýšlený důsledek pobývání v pečovatelském domě (tamtéž, s. 57). Osobní vztahy navázané v domovech pro seniory zkoumal ve své studii na 16 rezidentech a čtyřech zaměstnancích Gutiérrez s jeho kolegy (2012, s. 13). Tato studie zjistila, že intenzivnější a přátelštější vztahy byly upevňovány mezi klienty s podobnou úrovní sociálního, ekonomického nebo vzdělanostního postavení. A vztahy mezi ošetřovateli a klienty byly určovány kombinací emocionálního pouta, který vzniká mezi nimi, a úrovní autority, kterou klienti vnímají u ošetřovatelů (Gutiérrez a kol., 2012, s. 21).

Jak udává Gubrium (1997, s. 84), na každém oddělení jsou jak přátelské skupiny klientů, tak klienti, kteří se vzájemně vyhýbají. Zároveň existují místa, jako je jídelna, která k sobě neosobně vztahuje klienty (tamtéž, s. 84). Drageset (2004) zmiňuje fakt, že společenská angažovanost klientů zabraňuje vyššímu riziku deprese, osamělosti a dalších negativních následků (Drageset, 2004 citován in Roberts & Bowers, 2015, s. 58), a že společensky angažovaní klienti mají nižší úmrtnost (Kiely & Flacker, 2003 citováni in Roberts & Bowers, 2015, s. 58). Mohu doložit zkušeností z domova pro seniory, že i samotářsky orientovaný klient je rád a potěšen, když s ním personál pohovoří. Dodávám ale, že personál nemůže nahradit rodinné vazby.

5.2.2 Senioři a rodina

Pro klienty v domově pro seniory je vztah s rodinou nejdůležitějším vztahem. Tvoří vazbu s vnějším světem, která má přednost před veškerými jinými vazbami (Gubrium, 1997, s. 91). Klientův vztah s vnějším světem je známkou prestiže, protože to ostatním klientům ukazuje, že nebyl rodinou ani přáteli opuštěn (tamtéž, s. 96–97). Jak uvádí Bitzan a Kruzich (1990, s. 389) mezi nejčastější návštěvníky klientů patří děti a frekvence návštěv se odvíjí od jejich blízkosti k domovu s pečovatelskou službou. Autoři ale dodávají, že frekvence pravidelných návštěv se časem ze strany rodiny snižuje (tamtéž, s. 389).⁴ Nelze ale opomíjet faktory, které ovlivňují schopnost člověka interagovat s ostatními. Mezi ně patří psychický stav a sluch (Bitzan & Kruzich, 1990, s. 389). Klienti udržují vztah s vnějším světem pomocí mobilních telefonů, ať už soukromých, které mají u sebe na pokoji, či pomocí veřejného mobilu, který poskytují ošetřovatelé – jak tomu bylo v zařízení zkoumaném Gubriumm (1997, s. 92–93). Veřejný telefon byl k dispozici každému klientovi, který o něj požádal. Však je zde i řada faktorů, které znemožňují volání s vnějším světem, např. čas personálu, či (ne)schopnost klienta (tamtéž, s. 93).

Autor ve své etnografické studii hovoří o dalších typech vazby klientů s vnějším světem, kterými jsou návštěvy u příbuzných či přátel nebo nakupování. Ty opět dokazují prestiž klienta (tamtéž, s. 99). Klienti, kteří nemají vlastní návštěvy, udržují vazby s vnějším světem prostřednictvím návštěvníků jiných klientů. Příkladem izolovaného klienta od vnějších vazeb je ten, který je omezen jen na činnosti každodenního chodu domova pro seniory, jako je podávání stravy, spánek a hygiena (tamtéž, s. 105-107).

⁴ Interakce s dětmi a jejich rodinami působí pozitivně na osobní pohodu seniorů, zabraňuje pocitu osamělosti a sociální izolaci a přináší seniorům do života nová témata prostřednictvím komunikace (Horáková a kol., 2014, s. 267).

Nicméně spojení s vnějším světem může zprostředkovat sociální vazba s ošetřovateli, kteří mají kontakty se známými klientů. Klienti nejvíce touží vědět, co se děje doma (tamtéž, s. 90–91).

5.2.3 Personál a rodina

V domovech pro seniory lze spatřit vztah mezi ošetřovatelským personálem a rodinnými příslušníky. Vyzdvihnu dvě studie, které se tímto tématem zabývaly. Studie, kterou uskutečnil Jang (2020, s. 1) byla provedena s 35 účastníky, ze kterých bylo 25 zaměstnanců zařízení a deset rodinných příslušníků. Tato studie dospěla k sedmi atributům interakce, které jsou mezi personálem a rodinou. Zahrnovaly důvěryhodný vztah, sdílení informací, sdílené rozhodování, odbornou způsobilost, vyjednávání, zapojení do péče a sdílenou odpovědnost (Jang, 2020, s. 1). Jak uvádí Wiggins (2008), důvěryhodný vztah umožňuje rodinám mluvit s personálem o jejich obavách v rámci péče o jejich klienta a také usnadňuje stanovení reálných cílů souvisejících s péčí (Wiggins, 2008 citován in Jang, 2020, s. 7). Sdílení informací znamená, že zatímco rodina poskytuje o svém příbuzném informace, jako jsou jeho preference či potřeby péče, tak naopak personál disponuje ošetřovatelskými zkušenostmi (Gallant a kol., 2002; Robinson a kol., 2007 citováni in Jang, 2020, s. 7). Sdílené rozhodování spočívá v tom, že rodina a personál nacházejí řešení v péči o seniora společně (Jang, 2020, s. 8). Odborná způsobilost nebo také profesionální kompetence zahrnuje schopnost poskytovat péči, která odpovídá specifickým potřebám jednotlivců (tamtéž, s. 8). Prvkem vyjednávání se myslí spolupráce zaměstnanců a rodiny při sestavování plánů péče o seniora a projednávání rodinných rolí v rezidentní péči (Hook, 2006 citován in Jang, 2020, s. 8).

Za velmi důležitý prvek interakce sledávám zapojení do péče. Jedná se o proces, v němž rodina, ale i zaměstnanci slouží jako poskytovatelé emocionální podpory a pomoci klientům při přizpůsobování se zařízení (Coyne & Cowley, 2007 citováni in Jang, 2020, s. 8). Podle mého názoru, právě sdílná odpovědnost je nejpodstatnějším prvkem, na kterém stojí vztah personálu a rodiny. Tento proces se týká sdílení společných cílů péče a upřímného zájmu o stav klienta obou zúčastněných stran (Jang, 2020, s. 8). Jang definoval na základě své studie vztah mezi zaměstnanci a rodinou jako nepřetržitý dynamický proces propojený interpersonálními a enviromentálními faktory (Jang, 2020, s. 11). Jinými slovy, jedná se o kooperativní vztah zahrnující sdílení ošetrovatelských znalostí a informací o stavu klienta, vhodné vyjednávání rolí, zapojení obou stran do poskytování péče (tamtéž, s. 11).

Studie Utleye-Smithe a jeho kolegů (2009, s. 1) se zabývá „druhou stranou mince“: zaměstnanci popisovali interakce mezi nimi a rodinnými příslušníky jako problematické, časově náročné a obtížné. Zároveň byly identifikovány strategie, které by při důsledné implementaci pozitivně ovlivnily interakci mezi nimi (Utley-Smith, 2009, s. 1). Produktivní strategie v interakci mezi personálem a rodinou byly zmíněny výše ve studii Janga (2020). Studie Utleye-Smithe a jeho kolegů (2009) ukázala, jak důležité jsou sociální vztahy pro kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních, o kterých píšou Roberts a Bowers (2015, s. 57). Dle mého názoru, pro kvalitu života seniorů v domovech pro seniory je podstatné i to, jak tráví čas. Na tuto problematiku se zaměřím na řádkách níže.

5.3 Čas v domově pro seniory

Položila jsem si otázku, jak klienti tráví čas v domově pro seniory? Když jdu po chodbách v domově pro seniory a nahlížím do pokojů, tak povětšinou klienti spí nebo se dívají na televizi či poslouchají svá rádia, chystají se na aktivizační program či očekávanou návštěvu. Toto téma opět představím s odkazem na Gubriuma (1997). Jak píše tento autor, klienti dělí svůj den na tři časové úseky. Ráno shledávají za nejrušivější část dne, odpoledne je pro ně nejdelší částí dne, a nakonec večer je časem od večere do uložení ke spánku (tamtéž, s. 161). „Mezitím se čas táhne.“ (Gubrium, 1997, s. 162). Klienti považovali každý den za téměř stejný (tamtéž, s. 162). Jakými způsoby tedy trávili čas? Ti, kteří nebyli na terapii, či na společenské akci, většinou seděli – povídali si, podřimovali, četli si, zabývali se ručními pracemi, sledovali druhé (tamtéž, s. 159). Sledování mělo dvě formy: sociální a individuální. Sociální sledování bylo uskutečněno shromažďujícími se klienty na veřejných místech domova, jako jsou židle před vchodem do domova. V rámci tohoto shromáždění účastníci soustředili svou pozornost na objekty či události, které náležitě hodnotili (tamtéž, s. 180). Naopak individuální sledování probíhalo u klientů, kteří byli na lůžku. Tito klienti trávili čas sledováním toho, co viděli a slyšeli svými otevřenými dveřmi (tamtéž, s. 183).

Klienti, kteří nechtěli jen „sedět“, volali na ošetřovatele jako někoho, kdo jim ukrátí chvilku času (tamtéž, s. 160). Dále si čas krátili čekáním na jídlo (tamtéž, s. 172-174) nebo se procházeli po domově, či po venku, většinou v naplánovaném čase v doprovodu ošetřovatele či jiných klientů (tamtéž, s. 175-177). Hodně času jim ukrátil spánek (tamtéž, s. 178). Klienti trávili svůj čas i konverzacemi s dalšími klienty. Konverzace zahrnovaly rysy každodenního života, jako jsou životy jejich dětí a vnoučat, hodnocení jídla a svěřování se s jejich současnými bolestmi (tamtéž, s. 184). V konverzacích

nechyběly ani rozhovory o personálu, jak ty pozitivní, tak ty negativní (tamtéž, s. 185). Mezi poslední příklad trávení času, o kterém autor píše, byla aktivizace seniorů, která je prováděna aktivizačním pracovníkem. Jedná se o různá cvičení, či diskusní setkávání atd. (tamtéž, s. 188). Aktivizační pracovník společně s rehabilitačním pracovníkem ovlivňuje kvalitu stárnutí klientů tím, že kladou důraz na přiměřenou pohybovou zátěž klientů, která je pro ně prospěšná. Ostatně, nedostatek pohybu ovlivňuje zdravotní stav klientů, ale i jejich soběstačnost (Bunc a kol., 2014, s. 187). Uvedu ještě jednu aktivitu, kterou je sledování televize. Ostlund (2009) uvedl, že sledování televize poskytuje starším lidem důležité spojení s vnějším světem, podporuje jejich propojenost se společností a utváří strukturu dne. Sledování televize tedy není negativní ani pasivní činností. Ti klienti, kteří rádi sledují televizi by proto měli tuto příležitost mít (Ostlund, 2009 citován in Donovan a kol., 2014, s. 4). Čas v domově pro seniory ve všech případech směřuje k jedné mezní události, kterou je umírání a smrt.

5.4 Umírání a smrt v domově pro seniory

Toto téma nepatří k těm, které jsou preferované v mezilidských konverzacích. Přiznám se, že v domově pro seniory ho slýchám zejména od klientů. Někteří si smrt přejí, jiní se jí bojí. Ale i ti, kteří si smrt přejí a stále o ni mluví, když se jim zhorší zdravotní stav, začnou se jí bát a respektovat ji. To evokuje myšlenku, že ač si člověk myslí, že je na smrt připraven, připraven není. Haškovcová (2010, s. 317) píše, že lidé přirozeně smrt popírají, a současně se v jistých chvílích nad svým konečným osudem zamýšlejí. Ale nejvíce je smrt očekávaná ve čtvrtém věku, který už nemá pokračování (tamtéž, s. 316). Staří lidé se často obávají způsobu umírání – zda to bude doma nebo v nemocnici, zda budou sami nebo s někým (tamtéž, s. 317). Slovy Haškovcové (2010,

s. 316): „Většina lidí touží po „něžné“ smrti ve spánku. Šťastně a spokojeně usnout, nic zlého netušit a docela obyčejně a prostě se ráno „pouze“ neproбудit. Opustit život a neprožívat svízelné útrapy žádné nemoci.“ Smrt ovšem může být tragická, tichá, dramatická, náhlá nebo ohlašovaná (tamtéž, s. 319). Jak udává Dvořáčková (2012, s. 35), obecně platí, že člověk by neměl umírat sám.

Vymětal (2003, s. 272) zmiňuje významnost strachu ze smrti blízkých lidí. Tato skutečnost se v této diplomové práci týká strachu rodinných příslušníků o jejich seniory v domově pro seniory. Autor píše: „Tam, kde je velice těsná až symbiotická vazba, stává se na dlouhou dobu pro pozůstalého vlastní život zbytečným, prázdným, protože ztrácí smysl.“ (Vymětal, 2003, s. 272). Umírání nám blízkých lidí bývá spojováno s vlastní bezmocností a nejistotou (tamtéž, s. 272). Buriánek (2001, s. 107-108) uvádí zákonitost v reagování na vážné situace, jako je i umírání a smrt. Jedná se o fáze popření či zlehčení situace („Mně/jemu se to stát přece nemůže.“), odpor, protest („Proč zrovna já/on – ona?“), smlouvání s osudem, deprese, smíření a přijetí faktu (Buriánek, 2001, s. 107-108 citován in Dvořáčková, 2012, s. 37).

Ve vyspělých zemích, včetně České republiky, zemře cca 80 % lidí v institucích (Haškovcová, 2010, s. 319). Domovy pro seniory jsou charakteristické tím, že v nich lidé prožívají poslední fázi svého života. Tedy umírání a smrt jsou zde podle Gubriuma (1997, s. 197) běžnými situacemi. Klienti si jsou vědomi, že zemřou, jen neznají dobu úmrtí (tamtéž, s. 198), umírání klientů patří do rutinní práce personálu na oddělení (tamtéž, s. 203-204). Gubrium (1997) ve své studii rozlišuje soběstačnější „klienty“ a „pacienty“ odkázané na péči ošetřovatelů. Klienti očekávají pravděpodobnější úmrtí u pacientů než u sebe samotných (tamtéž, s. 201). Tyto dvě skupiny bydlí na jiných patrech zařízení. Klienti, kteří vstoupí do prostoru, kde se nachází pacienti, jsou opatrní, protože tento prostor je spojen se smrtí (tamtéž, s. 201). Domov pro seniory představuje jakýsi „koloběh“ –

personál/ošetřovatelé si zvyknou na klienta, ten jednoho dne zemře a po něm se na lůžku objeví klient nový atd. Od roku 2020 se úmrtí v domovech pro seniory stala čtenější – kvůli epidemii COVID-19.

6 Epidemie COVID-19

Nejdříve naznačím kontext epidemie a následně se budu zabývat epidemií COVID-19 u seniorů a v domovech pro seniory. Nemoc, která byla způsobena koronavirem, byla 11. února 2020 pojmenována jako COVID-19, o měsíc později, již byla rozšířena ve 114 zemích s počtem obětí přesahujícím čtyři tisíce. Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila situaci pandemie (Casella a kol., 2020 citováni in Hasmanová Marhánková, 2021, s. 144). Na počátku března 2020 se objevily první případy i v České republice (Hasmanová Marhánková, 2021, s. 144), v oblasti sociálních služeb byl COVID-19 poprvé potvrzen dne 30. března 2020 v Centru sociální pomoci Litoměřice (Horecký & Švehlová, 2021, s. 7). WHO označila za rizikovou skupinu osoby starší 60 let (WHO, 2020), tj. lidi, u nichž je pravděpodobnější multimorbidita a oslabená imunita (Hasmanová Marhánková, 2021, s. 147). Kvůli vyšší míře úmrtnosti u lidí starších 60 let a u lidí s již existujícími zdravotními potížemi (Cevik a kol., 2020 citováni in Hasmanová Marhánková, 2021, s. 144), přistoupila většina zemí k zásadním epidemiologickým opatřením, které byly zaměřeny na omezení sociálního kontaktu mezi lidmi.

Mezi opatření patřil i zákaz návštěv ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociální péče (Hasmanová Marhánková, 2021, s. 144). Sociální kontakt byl vnímán jako forma ohrožení a jako zásadní riziko pro starší lidi (tamtéž, s. 150-151). Mezi závažné dopady této pandemie včetně zemřelých osob, kdy celkový počet obětí v České republice k 6. srpnu 2021 dosáhl 30 363

osob, z toho v pobytových sociálních službách to bylo 3 418 osob (Horecký & Švehlová, 2021, s. 12), dále patří odepření zdravotní péče nesouvisející s COVIDEM-19, nárůst chudoby a nezaměstnanosti, dopad na duševní zdraví, zanedbávání a zneužívání v ústavech a v pečovatelských zařízeních (United Nations, 2020, s. 2). Dále byla odhalena dlouhodobá míra podfinancování v sektoru poskytování péče starším lidem (United Nations, 2020, s. 13; Hasmanová Marhánková, 2021, s. 159). V kapitole o stáří jsem se o této problematice zmiňovala, proto zde vyzdvihnu nezměrný význam sociálních služeb s odkazem na Hasmanovou Marhánkovou (2021, s. 159): *„Tato pandemie zviditelnila klíčovou roli péče v našich životech i práci, kterou lidé v sektoru zdravotnictví a sociálních služeb vyžívají. Nechala nás pocítit obavu z toho, co by se mohlo stát, kdyby se péče nedostávalo. Není možné oceňovat zaměstnance / zaměstnankyně v sociálních službách podprůměrnou mzdou...“*

6.1 COVID-19 a senioři

Jak již bylo uvedeno na řádkách výše, za rizikovou skupinu byla označena skupina osob starších 60 let (WHO, 2020), která se stala jednou z hlavních cílových skupin protiepidemických opatření. Ovšem Hasmanová Marhánková (2021, s. 144), o kterou se v této kapitole hlavně opírám, zdůrazňuje, že *„chronologický věk ani stáří nejsou diagnóza“* (tamtéž, s. 146). COVID-19 postihuje lidi různého věku, zdravotní omezení, která zvyšují riziko jeho těžkého průběhu COVIDU-19, nemusejí zažívat jen lidé vyššího věku (tamtéž, s. 146-147). Jak Hasmanová Marhánková (2021, s. 154) dodává, informace, že závažný průběh této nemoci a případné umírání se týká častěji starších lidí, byla klíčovým nástrojem „uklidňování“ veřejnosti. Tomu mělo napomoci i „nerovnoměrné zobrazování úmrtí,“ tj. úmrtí starších lidí byla jednoduše spočítána a statisticky zaznamenána, zatímco úmrtí mladších osob

byla podrobně zachycena osobními příběhy (Fraser a kol., 2020. s. 693). Podle Hasmanové Marhánkové (2021, s. 154): „Skutečnost, že nemoc nenarušuje chronologii života a smrti, je v tomto ohledu zásadním aspektem pro pochopení diskurzů, které usilovaly o to, včlenit tuto situaci nové formy ohrožení do reality našich životů tak, aby se stala nejen srozumitelnou, ale i přijatelnou.“ Pokládám otázku, jaký dopad mělo zdůrazňování fatálního ohrožení starších lidí na seniory, jejich rodiny či personál domovů pro seniory. Dle mého názoru, média jistou část společnosti uklidnila, naopak jinou část znejistila. Hasmanová Marhánková hovoří o prohlubování ageismu ve společnosti (tamtéž, s. 147).

6.2 Protiepidemická vládní opatření na poli pobytových zařízení

Od října 2020 bylo nakaženo celkem 36 560 osob v sociálních službách, z toho bylo 22 696 klientů pobytových sociálních služeb a 13 864 zaměstnanců všech sociálních služeb (údaje ke 4. květnu 2021) (Horecký & Švehlová, 2021, s. 7). Na základě zhoršující se epidemiologické situace přistoupila vláda ČR k restriktivním opatřením, mezi které patřilo i uzavření zařízení sociálních služeb v době 10. 3. 2020 – 25. 5. 2020, 9. 10. – 25. 10. 2020, 25. 10. 2020 – 3. 11. 2020, 20. 11. 2020 – 5. 12. 2020 (tamtéž, s. 8). Uzavření tak trvalo 136 dnů a šlo o jedno z nejdelších období na světě, zahrnuje 539 domovů pro seniory s celkovou kapacitou 36 896 klientů. Myslím, že situaci nejlépe vystihuje konkrétní příběh: „Pandemie skutečně překvapila. Přinesla nárok vypořádat se s rychlými změnami, se zákazy a omezeními ze dne na den, s vlastním strachem. Proní emoce – obavy a nejistota z neznámého – však rychle vystřídal strach o klienty a vědomí, že teď jsme ještě potřebnější než kdy jindy, a to v terénní i pobytové službě. Byli jsme těmi, kdo nahrazovali klientům sociální kontakty, zprostředkovávali jsme

desítky telefonátů a videohovorů.“ (Heřmanská, 2021 citována in Horecký & Švehlová, 2021, s. 29-30).

Míra rozsahu protiepidemických opatření nejen v pobytových sociálních službách se měnila – zpřísnovala, ale i rozvolňovala – podle momentální situace. Pro představu vybírám z vládních usnesení: 12. března 2020 byl vyhlášen první nouzový stav na území České republiky. Mezi prvními kroky, které vláda podnikla, byla mimo jiné veřejná zakázka na centralizovaný nákup dezinfekčních prostředků a zákaz školní docházky, který se dotknul rodičů zaměstnaných v sociálních službách. Dne 16. března 2020 bylo příjemcům sociálních služeb zakázáno vycházet mimo areál zařízení poskytujících sociální služby. 23. března 2020 bylo vládou nařízeno zajištění nezbytné péče o děti ve věku od 3 do 10 let, jejichž zákonní zástupci jsou zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb. 30. března 2020 byl nařízen zákaz návštěv osob v zřízeních sociálních služeb, s výjimkami uživatelů v terminálním stádiu nevy léčitelného onemocnění. Od 30. března 2020 bylo nařízeno všem poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb vyčlenit prostory s lůžkovou kapacitou pro oddělení osob, u kterých se prokázalo onemocnění COVID-19, a zřetelně tyto prostory označit. Dále museli pravidelně sledovat zdravotní stav osob, kterým jsou v jejich zařízeních poskytovány služby, tj. měřit tělesnou teplotu a sledovat příznaky respiračního onemocnění, a v případě podezření na onemocnění COVID-19 tyto osoby izolovat a ihned kontaktovat příslušný orgán ochrany veřejného zdraví, a stanovit hygienicko-epidemiologická opatření. Také jim bylo nařízeno, aby přijímali osoby za účelem poskytování sociálních služeb v jejich zařízeních až poté, co podstoupí vyšetření na přítomnost koronaviru s negativním výsledkem a tyto přijaté osoby byly po dobu 14 dnů od přijetí umístěny do samostatného pokoje.

Od 14. dubna 2020 byli pracovníci v sociálních službách povinni v případě přímého kontaktu s osobou, u které bylo potvrzeno onemocnění COVID-19, informovat o tom svého zaměstnavatele. 7. května 2020 byl schválen plán rozvolnění opatření přijatých v souvislosti s řešením pandemie v oblasti sociálních služeb. Od 25. května 2020 platila v sociálních službách tato nařízení: každá osoba navštěvující klienta byla dotazována na symptomy onemocnění COVID-19 formou dotazníku. Osobě navštěvující klienta byla změřena teplota. Návštěvy probíhaly ve venkovních prostorách zařízení nebo v jednolůžkových pokojích, či v místnosti vyčleněné pro tento účel. Od 5. října 2020 byl vyhlášen nouzový stav podruhé (VLÁDA ČR, 2020 – převzato a zkráceno z vládních usnesení). Ač se nejedná o naprosto všechna protiepidemická opatření v sociálních službách, shledávám jako výše uvedená opatření za velmi důležitá, neboť se musela odrazit v chodu domovů pro seniory a ovlivnit všechny „zúčastněné“. Důležitým bodem bylo také očkování: k 26. červenci 2021 bylo naočkováno 92,3 % seniorů v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem a 60-65 % zaměstnanců (Horecký & Švehlová, 2021, s. 16).

Vrátím se k zákazu návštěv klientů v domově pro seniory. Sociální izolace klientů měla velký dopad na jejich psychickou pohodu (Horecký & Švehlová, 2021, s. 9). Negativní dopad sociální izolace v pozdějším věku na fyzické a psychické zdraví a zvýšení rizika předčasného úmrtí zmínili i autoři citovaní Hasmanovou Marhánkovou (2021), např. Courtin a Knapp, 2015 (s. 150), Holt-Lunstad a kol., 2015 a Read a kol., 2019 (s. 157). V době epidemie se jednalo jak o dobrovolnou, tak i o nedobrovolnou izolaci seniorů. O dobrovolnou izolaci šlo v tom smyslu, že senioři byli doma z obavy před nákazou. Nedobrovolná izolace seniorů byla dána uzavřením či omezením fungování služeb (Hasmanová Marhánková, 2021, s. 157). V rámci nutného fyzického distancování měl být starším lidem umožněn přístup k digitálním

technologiím, jak zmínily United Nations (2020, s. 3). Na základě fyzického distancování epidemie zřejmě umožnila zviditelnit i význam a potřebu mezigeneračních vazeb (Hasmanová Marhánková, 2021, s. 151). Epidemie COVID-19 také ukázala jinou tvář smrti, protože nebylo možné využít běžné mechanismy sociální podpory a rituálů, pomocí kterých by se dalo se smrtí blízkých snáze vyrovnat, a protože bolest z jejich ztráty blízkého byla umocňována stresem z nestálé situace (Carr a kol., 2020 citováni in Hasmanová Marhánková, 2021, s. 159).

Jedná se o veliké a neprobádané téma, a Richardson a jeho kolegové (2020, s. 2) nabádají „svět“ k realizaci kvalitativního výzkumu, který by zachytil zkušenosti seniorů, pečovatелů a rodin s COVIDEM-19 a jeho důsledky. O výzkum menšího rozsahu jsem se pokusila ve své diplomové práci.

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Cíl práce, výzkumné otázky, volba výzkumného přístupu

Epidemie COVID-19 ovlivnila v důsledku vydávaných protiepidemických opatření každodenní fungování pobytových sociálních zařízení pro seniory. Zřejmě s sebou i přineslo změny sociální interakce a transakcí uvnitř i vně zařízení. Sociální izolace a dlouhodobý zákaz osobních kontaktů klientů s příbuznými mohou prohloubit osamělost seniorů a její negativní důsledky. V této diplomové práci jsem si tedy kladla za cíl: *1. zachytit každodennost vybraného Domova pro seniory – sociální praktiky a s nimi spjatá pravidla, tj. interakci a transakce mezi zaměstnanci a klienty a neformální, implicitně nebo explicitně vyjednávané principy uplatňované v interakcích, a 2. zjistit, jak se změnily ve specifické situaci epidemie COVID-19.*

Stanovila jsem tyto výzkumné otázky: Jak zaměstnanci a klienti společně vytvářejí sociální realitu Domova? Jak definují situaci v kontextu protiepidemických opatření a jak interpretují důsledky těchto opatření? Jakými způsoby, podle jakých pravidel zvládají tuto situaci? Jak se vyrovnávají zejména s omezením či zákazem kontaktů klientů s jejich rodinami? Jak interpretují/zvládají tato omezení příbuzní klientů?

S cílem *porozumět* této situaci a zodpovědět uvedené výzkumné otázky byl zvolen etnografický výzkum v kontextu kvalitativní případové studie.

7.1 Případová studie, etnografický terénní výzkum

Miovský (2006, s. 94) pojednává o tom, že případová studie je jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v kvalitativním přístupu. V popředí zájmu stojí případ, kterým je objekt výzkumníkovy zájmu (tamtéž, s. 94). V mém výzkumu byla případem organizace – vybraný Domov pro seniory⁵, resp. sociální skupina, tj. personál, klienti a rodinní příslušníci. Hendl (1999) vymezuje několik variant případové studie, kam patří mj. i případová studie sociálních skupin (Hendl, 1999, s. 50-51 citován in Miovský, 2006, s. 95). Ve svém výzkumu pracuji s pojetím případové studie sociálních skupin, protože uvedená strategie disponuje širokým aplikačním prostorem, tedy vyhovuje vzhledem k mojí potřebě zkoumat určitou skupinu osob: „... majících určité specifické vzájemné vazby, kde je velmi důležité sledovat vývoj vztahů v dané skupině, vývoj vztahů této skupiny vůči jiným skupinám či částem společnosti.“ (Miovský, 2006, s. 95–96).

V diplomové práci je případová studie designována jako studie etnografická, protože jsem ve vybraném Domově pro seniory pracovala v lednu – únoru 2021 jako brigádnice na covidovém 1. a 3. oddělení a následně od května do prosince 2021 jako dobrovolnice. Jednalo se o terénní výzkum, tj. Miovský (2006, s. 103) udává, že terénní výzkum tvoří s případovou studií „zlatý základ“ kvalitativního přístupu. Terénní výzkum je definován jako výzkum v přirozeném prostředí, jímž byl právě vybraný Domov pro seniory.

V rámci metod sběru dat jsem zvolila semistrukturovaný rozhovor, jehož jádro tvořily čtyři okruhy témat (viz Příloha č. 1). Pro lepší pochopení zkoumanému problému jsem využila v průběhu realizace rozhovorů i doplňující témata či otázky. K nahrávání rozhovorů jsem používala diktafon

⁵ Vybrané pobytové zařízení v práci nazývám a označuji, jako: *Domov pro seniory*, zkráceně *Domov*.

a záznamový arch pro zachycení osobních údajů o komunikačních partnerech a partnerkách. Sběr rozhovorů probíhal od května 2021 do prosince 2021, dohromady bylo realizováno 28 rozhovorů přímo v terénu.

Další metodou sběru dat bylo zúčastněné pozorování. Jak udává Disman (2002, s. 305), v rámci zúčastněného pozorování existují čtyři stupně výzkumníkova ztotožnění se s prostředím, jako je: úplný pozorovatel, pozorovatel jako participant, participant jako pozorovatel či úplný pozorovatel (tamtéž, s. 305). Osobně jsem v rámci zúčastněného pozorování v Domově byla v roli participanta jako pozorovatele. Znamenalo to, že jsem v pracovních směnách coby dobrovolnice plně participovala na dění v Domově, zároveň jsem o sobě zaměstnancům a klientům Domova netajila, že realizuji výzkum.

V terénu jsem realizovala pracovní směny v roli dobrovolnice na základě mého volného času – tedy jsem se vždy s vedoucí 1. a 3. oddělení domluvila, v jaký den se na oddělení dostavím. Pracovní směny probíhaly tak, že jsem v domluvený den přišla ráno na šestou hodinu na oddělení, poté jsem se s ošetřujícím personálem účastnila ranní hygieny a podávání snídaně klientům. V dopoledních hodinách jsem realizovala rozhovory s komunikačními partnery. Když jsem nerealizovala rozhovory, tak jsem se účastnila aktivizačních programů s klienty, či jsem jinak pomáhala na oddělení (např. při roznosu osobního prádla klientům). V průběhu směn jsem si všímala podnětů, které jsem po každé pracovní směně zapisovala do terénního deníku. Směny jsem realizovala jak ranní – osmihodinové, tak i denní – dvanáctihodinové (terénní poznámky).

Poslední metodou pro získávání dat byl již zmíněný terénní deník. Terénní deník je určitý chronologický záznam toho, co vše se děje ve zkoumaném prostředí, i v samotném pozorovateli (Loffland & Loffland, 1984 citováni in Disman, 2002, s. 312). V rámci diplomové práce byly napsány 3

terénní deníky – jeden deník jsem psala coby brigádnice z covidového 1. a 3. oddělení v Domově v lednu až únoru 2021; druhý deník psala moje maminka, která pracuje na 2. oddělení Domova na pozici ošetřovatelky; a třetí deník jsem psala já, když jsem docházela do Domova v roli dobrovolnice na 1. a 3. oddělení Domova od května do prosince 2021. Do terénního deníku jsem zaznamenávala průběhy realizovaných pracovních směn s pořízenými terénními fotografiemi. Zároveň jsem do deníku zanesla sekundární zdroje dat v podobě doplňujících údajů pro případnou lepší orientaci se ve výzkumném problému. Jednalo se o „Pokyny ke koronaviru“, jimiž byla protiepidemická opatření vydávána panem ředitelem Domova – pořizovala jsem fotografie těchto opatření.

7.2 Výzkumný soubor, metody výběru KP, organizace sběru dat

V této diplomové práci jsou zkoumaným souborem lidé z Domova, tj. zaměstnanci a klienti vybraného Domova pro seniory a rodinní příslušníci klientů. Jedná se o heterogenní vzorek. V rámci výzkumu jsem uskutečnila rozhovory s osloveným personálem 1. a 3. patra a s klienty, kteří byli kognitivně schopní a souhlasili. Věkové rozmezí zúčastněných klientů bylo od 59–89 let. Zároveň jsem od své mamky, která pracuje v Domově, získala kontakt na rodinné příslušníky klientů. Jak jsem uvedla výše, dohromady bylo realizováno 28 rozhovorů – z toho bylo 14 rozhovorů s personálem 1. a 3. oddělení, jeden rozhovor s ošetřovatelkou z 2. patra, devět rozhovorů s klienty (z toho je sedm rozhovorů s klienty z 1. a 3. patra a dva rozhovory s klienty z 2. patra) a čtyři rozhovory s rodinnými příslušníky, z toho jeden rozhovor byl tzv. skupinový, tedy byl nahrán se třemi komunikačními partnerkami najednou. Uvedený výzkumný soubor byl vybrán účelově, aby reprezentoval výzkumný problém (viz Disman, 2002). V průběhu výzkumu

jsem se také opírala o techniku sněhové koule, která spočívala v tom, že mi komunikační partneři z řad zaměstnanců předávali kontakty na rodinné příslušníky klientů.

Současně zmíním kontext, který vedl k psaní diplomové práce v nejmenovaném Domově pro seniory. V lednu 2021 jsem se brigádně dostala do Domova pro seniory, kde se na 1. a 3. oddělení objevil COVID-19. Protože zde onemocněl personál, neváhala jsem pomoci. Po zkušenostech na covidovém oddělení mi paní docentka Sýkorová pomohla oslovit pana ředitele daného Domova s tím, zda bych uvnitř směla realizovat výzkum – pan ředitel souhlasil. Od května 2021 do prosince 2021 jsem začala docházet do daného Domova v roli dobrovolnice na 1. a 3. oddělení – jak na denní, tak ranní směny. Výběr těchto oddělení byl z toho důvodu, že jsem dané prostředí již znala a orientovala se v něm. Roli dobrovolnice jsem zvolila proto, abych směla participovat na každodenním chodu Domova, ale zároveň abych nebyla limitována pracovním řádem, když jsem v průběhu směn realizovala rozhovory přímo v terénu (terénní poznámky).

7.2.1 Představení Domova pro seniory

Současně představím vybraný Domov pro seniory. Tento Domov má dvě od sebe vzdálené budovy ve městě. Celý komplex dohromady disponuje kapacitou pro 190 klientů.⁶ V první budově se nachází ředitelství a správa. V této budově jsem realizovala na 1. a 3. oddělení výzkum – z tohoto důvodu budu dále popisovat pouze první budovu. Tato budova má čtyři podlaží – v přízemí jsou umístěny domovní služby, jako je kuchyň, prádelna a ředitelství. Dále je zde 1. patro s 15 pokoji pro klienty, 2. patro s 15 pokoji pro klienty a 3.

⁶ Informace o počtu klientů je z webových stránek Domova – z důvodu anonymity Domova tyto stránky necituji.

patro s pěti pokoji pro klienty. Budova má jedno schodiště, které prostupuje všemi patry a dva výtahy – jeden osobní a druhý nákladní.

1. a 2. patro tvoří dlouhá chodba, ve které jsou umístěné klientské pokoje, toalety, koupelna. Na každém z těchto oddělení se uprostřed nachází pracovní přímé péče a od ní vzdálená ordinace. Na jednom konci chodby se nachází společenská místnost, na druhém konci je jídelna pro klienty. Pokoje jsou během dne otevřené, a tak klienti pozorují, co se na patře děje. Na každém patře se nachází dvou, tří a čtyřlůžkové pokoje. Co se týče vybavení pokojů, tak každý pokoj disponuje podle počtu klientů polohovatelnými lůžky, křesly, nočními stolky a skříněmi. Ve většině pokojích lze najít osobní věci klientů, jako jsou např. rádia, televize, či fotografie. 3. patro také tvoří dlouhá chodba – jsou zde pokoje pro klienty, toalety, koupelna a reminiscenční (tzv. vzpomínková) místnost, kde probíhá aktivizace klientů. Na 1. a 2. patře bydlí klienti, kteří potřebují celodenní a rozsáhlou péči. Naopak na 3. patře žijí soběstačnější klienti. Mezi klienty převažují ženy. Kolem Domova je velká zahrada, kde nechybí altán k odpočinku klientů, či k pořádání venkovních akcí. Zdůrazním důležitou skutečnost, Domov podléhá jednomu vedení, tedy všechna protiepidemická opatření, která byla vydávána v Domově, platila pro celý komplex.⁷

⁷ Uvedu, že Domovu pro seniory se změnil vlastník a celý komplex se podle plánů v březnu 2022 přestěhoval do jiného místa ve městě.

7.3 Analýza dat: metoda zakotvené teorie

Při analýze dat jsem postupovala metodou zakotvené teorie od Glasera a Strausse. Strauss a Corbin (1999, s. 14) definují metodu zakotvené teorie takto: *„Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů.“* Při výzkumu jsem začala zkoumanou oblastí, ve které jsem nechala bez předjímání vynořit to, co bylo pro daný fenomén významné. Výhodou metody zakotvené teorie pro můj výzkum je její schopnost sdružovat data získaná odlišným způsobem, jako jsou výše uvedené rozhovory, pozorování a terénní deník (viz Miovský, 2006, s. 226). V zakotvené teorii je důležité udržovat rovnováhu mezi vědou a tvořivostí, jak o tom píšou Strauss a Corbin (1999, s. 17-18). Snažila jsem se pečlivě dodržet metodologické postupy zakotvené teorie, aby byly splněny požadavky, jako je validita, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost kritičnost a ověřitelnost.

V rámci zakotvené teorie byla použita výběrová strategie vzorkování v podobě teoretického výběru. Glaser a Strauss definují teoretický výběr jako: *„Proces sběru dat s cílem vytvořit teorii, ve kterém výzkumník současně sbírá data, kóduje a analyzuje je, rozhoduje, kde sbírat další data tak, aby mohl rozvíjet vynořující se teorii.“* (Glaser & Strauss, 1967, s. 45 citováni in Disman, 2002, s. 300). Uvedu, že tento proces je kontrolován vynořující se teorií – tedy sběr dat v mém výzkumu probíhal tak dlouho, dokud nedošlo k tzv. teoretické saturaci neboli teoretickému nasycení. Jinými slovy, žádná nová informace v mém výzkumu nevedla k dalším změnám (viz Disman, 2002, s. 300-301).

Představím popis postupu analýzy v diplomové práci. Zmíním, pro dosažení určité hloubky teorie jsem přepsala všech 28 realizovaných

rozhovorů. V rámci utajení identity komunikačních partnerů došlo k jejich anonymizaci. Všechna jména či příjmení jsou náhodně vymyšlena. Zaměstnance jsem pojmenovala vymyšlenými křestními jmény a klienty a rodinné příslušníky jsem označila příjmením.⁸ Po doslovném přepsání všech rozhovorů, následovalo kódování. Strauss a Corbin (1999, s. 39) píšou: *„Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby.“* Existují tři typy kódování – otevřené, axiální a selektivní (tamtéž, s. 40). V této diplomové práci pracuji s otevřeným a axiálním kódováním. Otevřené kódování je první fází analýzy, ve které jde o označování a kategorizaci pojmů (tamtéž, s. 43).

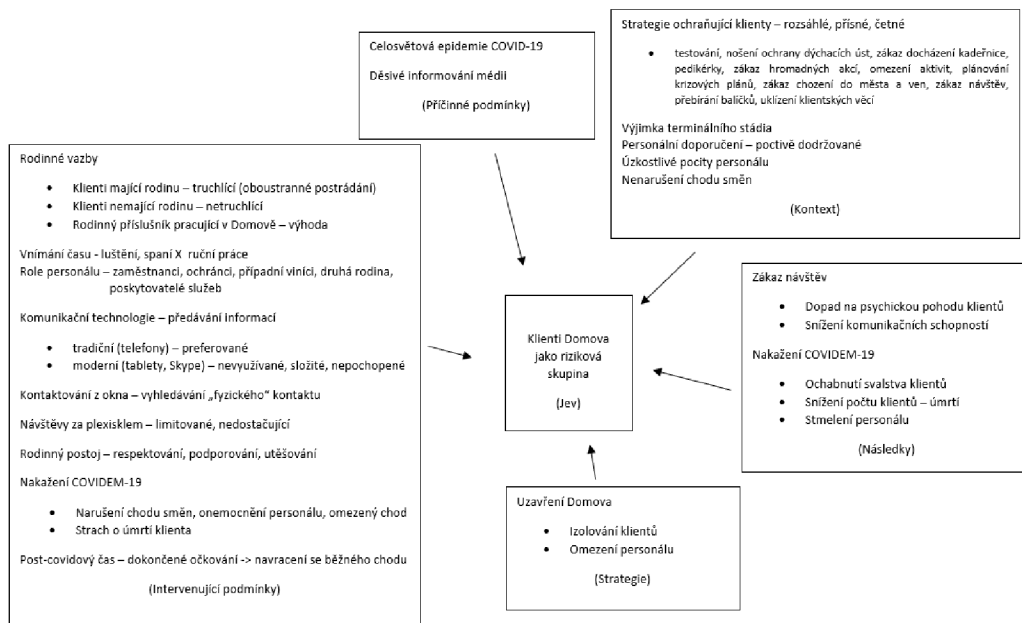
Otevřené kódování probíhalo tak, že jsem si kódy zapisovala barevně ručně na papír do sloupců podle jejich podobnosti a zpětně jsem je přepisovala do Wordu pod daný rozhovor, kde jsou kódy i zachyceny na odpovídajícím řádku. Barevné sloupce znázorňovaly kategorie. Těmito kategoriím jsem na základě otázky „O čem to je?“ vtiskla pojmenování.⁹ Strauss a Corbin (1999, s. 47-48) uvádějí, že v rámci otevřeného kódování se určují vlastnosti a dimenze kategorií. V rámci kategorizování jsem tedy u každé kategorie identifikovala její subkategorie a všímala si jejich vlastností a dimenzí. Ukázka přepsaného rozhovoru s kódy a kategoriemi je zachycena v příloze č. 2. V průběhu analýzy jsem si kladla otázky typu: „Kdo? Kdy? Kde? Co? Jak? Kolik? A Proč?“, které jsou důležité pro analýzu, jak Strauss a Corbin dodávají (1999, s. 55). Otázky mi pomohly udržovat rovnováhu mezi tvořivostí a realitou zkoumaného jevu. Všechny kategorie a hypotézy jsem přímo ověřovala v získaných datech.

⁸ Použití vymyšlených osobních jmen pro personál jsem volila na základě toho, že si s personálem tykám. Naopak s klienty a rodinnými příslušníky si vykám, proto jsem u těchto skupin zvolila vymyšlená příjmení.

⁹ Při pročitání kódů v zatím nepojmenovaných kategoriích jsem některé kódy musela přeřadit pod jinou kategorii.

Nalezené a pojmenované kategorie v každém rozhovoru jsem seskupila do jednoho wordového dokumentu. Při jejich pročítání jsem hledala podobnosti a odlišnosti mezi nimi. Kategorie byly kategorizovány do obecnějších kategorií, které byly uváděny do paradigmatického modelu. Probíhalo tedy axiální kódování. Jak Strauss a Corbin (1999, s. 71) píšou, v rámci axiálního kódování jsou údaje po otevřeném kódování nově uspořádány na základě vytváření spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. Subkategorie jsou vztahovány ke svým kategoriím pomocí paradigmatického modelu (tamtéž, s. 72). V axiálním kódování je pozornost zaměřena na určení kategorie (jevu) pomocí příčinných podmínek, kontextu tohoto jevu, strategií jednání a interakce, pomocí nichž je zvládán a následků těchto strategií (tamtéž, s. 71). Na základě analýzy vznikl přiložený paradigmatický model, kde jevem jsou „Klienti Domova jako riziková skupina.“

Dodám, při interpretaci jsem postupovala „ručně“ podle rad Konopáska (2005, s. 85-95). V každém rozhovoru jsem vybírala úryvky, ty poté seskupovala do hromádek úryvků, které zachycovaly výzkumný problém na základě vzniklých vztahů mezi kategoriemi.



Obrázek 1 Paradigmatický model

8 Výsledky výzkumu

Analýza představující současně i interpretaci dat je členěna do kapitol podle vztahů mezi kategoriemi v paradigmatickém modelu.

8.1 Celosvětová epidemie COVID-19

Celosvětová epidemie COVID-19 znázorňuje příčinnou podmínku, která v rámci své závažnosti přispěla k označení seniorů jako rizikové skupiny. Vypuknutí epidemie COVID-19 ve světě znamenalo pro personál Domova strach z neznámého, zejména pak strach o klienty (směřující dovnitř), i strach o rodiny zaměstnanců (směřující ven). Nejistota z epidemie byla prohlubována další příčinnou podmínkou – a to intenzivním informováním médií.

No, tak v první řadě asi strach z neznámého, protože jsme si nikdo nedokázal jako představit, co to pro nás bude znamenat, když se to prostě, ehm, zavede sem. (Kateřina, R 22)¹⁰

No, bylo to takový strašlivý, děsivý prostě. Hlavně, když jako to bylo z toho jako, jak prostě z těch médií, a to všechno jo, takže to i působilo na nás a působilo to vlastně tady i na ty lidi. A měl tak jako člověk z toho strach, aby to tady, aby se to sem vlastně nezavleklo. My jsme měli i strach, že jo, protože máš rodiny nebo i vlastně, že jo babičku s dědama, takže spíš i z tohohle důvodu, abychom to jako nedonesli třeba domů nebo tak. Takže spíš takovej strach no a hroznej tlak z těch médií, protože furt tak jako mi to přišlo, že tak jako strašili ty lidi. Víš, takový to bylo takový jako až ne depresivní, ale stresující prostě, ta doba a to. (Simona, R 11)

Tak to byl asi únor 20, co jsem to začala tak nějak jakoby vnímat a říkala jsem si: „No tak nějaká třeba chřipčka nebo nebudu se s tím nějak stresovat nebo to.“ Ale pak jak třeba v těch zprávách nebo to, si člověk uvědomoval, že to asi není až tak dobrý, kor, když pak ty zprávy, když už to některej ten domov napadlo, tak už jsem si tak jako říkala, jak by to bylo tady jo a jak by jsme to všechno zvládali. (Lenka, R 10)

Celosvětové epidemie si všímali v televizi zejména schopnější klienti žijící na 3. oddělení v Domově.

Jo, ale ten Covid jako ze začátku samozřejmě jako to byla nějaká nová informace, ale ty lidi moc zprávy nesledují, takže to spíš bylo na ty trojce, kde byli ty schopnější. (Kateřina – zaměstnankyně, R 22)

Pro klienty, kteří byli schopni sledovat situaci, znamenala světová epidemie ve světle médií strach.

No, ani nemluvte. Ono stačí v televizi, slyšíte to tam od rána do večera a máte opravdu stažený pozadí. [...] Ale jak říkám, ta televize, pustila jste to, a to byl samej Covid. [...] Bylo to protivný. (pan Dvořák, R 23)

Covid jako, jak znám teda z prostředků jako těhletých rozhlasů a televize no, tak, že je to vošklivá nemoc a věřím tomu, i když jako říkají,

¹⁰ R 22 = rozhovor číslo 22 (výpovědi jsou uvedeny komunikačním partnerem s odkazem na číslo rozhovoru)

právě, když říkají, že kolik jich zemřelo nebo kolik jich to má, tak si myslím, že je to vošklivá nemoc a bála jsem se a bojím se, aby to semka nepřišlo, no, abychom byli všichni zdraví. (paní Zemanová, R 12)

Ale našli se i klienti, ve kterých epidemie obavy, strach nezbuzovala – brali ji jako “normální nemoc” (viz např. paní Lukášová, R 25). Klienti Domova byli v rámci celosvětové epidemie COVID-19 označeni za rizikovou skupinu na základě rozhodnutí vlád ve většině zemí (označení zvnějšku), např. z důvodu chronologického věku, u kterého je pravděpodobnější multimorbidita a oslabená imunita (jedná se o prohlubování ageismu ve společnosti – viz Hasmanová Marhánková, 2021). Klienti nevnímali sebe samotné jako za rizikovou skupinu.

A nechápali prostě proč to je a nechtěli to, jako jich se totiž nikdo nezeptal, jestli to chtějí. Jako vůbec jako – to zase nebyl problém toho, toho vedení, to byl problém vlastně té politiky, že jo. (paní Pokorná, vnučka klientky, R 24)

8.2 Strategie ochraňující klienty – protiepidemická opatření

Sociální realita Domova byla v době celosvětové epidemie COVID-19 vytvářena pomocí vydaných a dodržovaných protiepidemických opatření v Domově, která vycházela z vládních nařízení a nařízení Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Opatření se adaptovala na konkrétní podmínky Domova. Tato opatření byla jednotná pro všechna oddělení Domova.

Když to vlastně začalo, tak, ehm, začaly chodit opatření, ehm, který doporučovalo Ministerstvo zdravotnictví a na to návazně reagovala Asociace poskytovatelů sociálních služeb. [...] Takže ty vždycky poslali nějaký jakoby doporučení a podle toho vlastně, ehm, se nastavovali ty opatření v těch domovech pro seniory. [...] Ehm, u nás chodilo to panu ředitelovi – pan ředitel to předával paní vrchní, a ehm, co se týká opatření, tak si myslím, že to bylo ve spolupráci pana ředitele

nastavování opatření, a hlavně vrchní sestry. [...] Která, ehm, bych řekla, že ty oddělení zná, byla vlastně jako by pracovala v třísměnném provozu, pak dělala staniční, teď dělá vrchní, takže zná ty provozy, zná ty problémy nebo, co by se mohlo, takže v návaznosti s tím se podle toho ty opatření vlastně jako by upravovaly. (Kateřina, R 22)

Vydávání, předávání a přijetí protiepidemických opatření v Domově podléhalo hierarchickému toku od vedení Domova -> přes zaměstnance -> ke klientům. Vždy když došlo ke změně opatření, tak vedoucí oddělení předala informaci ústní formou personálu v jídelně. Dále byly změny písemně vyvěšeny na nástěnce uprostřed chodby, tedy si je klienti, kteří byli schopni sledovat informace, mohli přečíst. Personál zohledňoval stav klientů, proto méně schopným klientům vzniklé změny tlumočil.

Ano, na oddělení, kde vlastně vedoucí oddělení, ehm, vždycky informoval ten svůj tým, jak při jakýkoliv změně, když byla změna opatření. (Kateřina, R 22)

Takže on vždycky napsal nějakou směrnici, to se dalo na nástěnku. Co bylo srozumitelný klientům se buď tlumočilo, nebo ty schopnější si to mohli přečíst. (Dana, R 1)

Tak, každý den přibyl nějaký papír – na nástěnce. Každý den přišla vedoucí a něco jako přibylo. Kázali jsme se vzadu na jídelně – jako ta směna – kde nám teda jako vedoucí oddělení předávala to všechno, co přibylo, jak se máme dál chovat, co hrozí a čemu musíme předejít, takže si myslím, že ta informovanost byla ze všech stran dobrá. (René, R 2)

Strategie ochraňující klienty zahrnovaly např.: testování personálu; nošení právě platné ochrany dýchacích cest; zákaz služeb v podobě docházení kadeřnice a pedikérky do Domova; i zákaz hromadných akcí. Personál interpretoval např. testování či nošení roušek jako zátěž při vykonávání jejich práce. Zaměstnanci si byli vědomi práce s rizikovou skupinou, proto si na opatření zvykli.

Byla povinnost začít se testovat, takže to to, ze začátku to někomu bylo nepříjemný, ale postupem času jsme prostě všichni viděli, že tady máme tu rizikovou skupinu, takže všichni zaměstnanci se tomu jako by přizpůsobili a v uvozovkách si na to zvykli. (Kateřina, R 22)

Bylo to velice náročný, furt jsme je museli mít, nesměli jsme je sundat. (Marťa, R 4)

A teda nemohly sem kadeřnice, holička, oslavy narozenin se zrušily, nemohli sem ti muzikanti, jo, takže takový ty hromadný akce, to se všechno porušilo, no. (Lenka, R 10)

Omezeny byly i aktivizační programy pro klienty. Omezen byl zejména počet zúčastněných klientů na aktivizačním programu na pět lidí – tedy aktivizační pracovnice a čtyři klienti. Omezení počtu zúčastněných na aktivitách znamenalo zejména pro klienty ztrátu svého zvyku, návyku či tradice v podobě sdružování se s ostatními a trávení času v Domově aktivitami. Personál z toho důvodu přistoupil ke strategii střídání klientů na aktivitách, aby všichni měli stejné možnosti.

[...] ty skupinky byly omezený na čtyři lidi. Jo, že nás nesmělo bejt víc. Takže to bylo taky omezený no, aby se neshromažďovali lidi. [...] No, tak jsme se snažili ty lidi střídat, že jo, ale to byl taky takový jako trošku problém v tom, že nevysvětlíš jako někomu, že tam je skupinka, protože oni byli zvyklí tam jako chodit, no a teď jsi tam se čtyřma lidma a přijde další. No a je dost jako takový blbý prostě jako mu říct: „*Bohužel, běžte pryč, nemůžete tady bejt, musíme tu být jenom čtyři, no.*“ [...] Takže jsme se prostě snažili jeden den tyhle, druhý den zase jiný čtyři, no, aby se aspoň nějak trochu vystřídali. (Dana, R 1)

[...] když jsme cvičili nebo tak, tak třeba jsme cvičili jen čtyři, jo a ta cvičitelka s námi, jo, no a druhý den třeba zase vzala ty druhý, jo. (paní Macečková, R 17)

Byli jsme tam jenom třeba tři nebo čtyři a cvičili jsme. No tak, trochu se snažili nás zabavit, no. (paní Lukášová, R 25)

V rámci zhoršující se celosvětové epidemie se na poradách vedoucích pracovníků v Domově probíraly krizové plány, jako byla příprava na případný výskyt COVIDU-19 v Domově. Tyto plány zahrnovaly jak přespávání, tak střídání se skupin zaměstnanců v Domově. Pro zaměstnance znamenal krizový plán “rozhodnout se“, zda by byli ochotni pracovat ve zcela jiných pracovních podmínkách než v těch, na které jsou zvyklí. Z důvodu nedostatku prostoru v rámci případného přespávání zaměstnanců byly plány zrušeny.

V našem Domově pro seniory zasedal i krizový štáb, který byl jako složený z vedoucích pracovníků, kteří v dobrém úmyslu tak nějak jestli, když by tam ten koronavirus vtrhnul, tak abychom byli dosti jako připravení. [...] vlastně jsme byli psaní, kdo by tam zůstával na noc, na den, že by jsme tam i přespávali. Připravovali se i karimatky, nakupovali se různé matrace, abychom věděli, kde budeme asi spát, tak by jsme bejvali spali na společenský místnosti. Tak nějak, měli jsme strach. Bylo to hrozný, bylo to hrozný, ale to jsme ještě netušili, co nás čeká jako letos v únoru – v lednu a v únoru. (Marťa, R 4)

Byla taková udělaná listina, to bylo taky nějak z kraje udělaný, že se museli – nějak jako kdyby to tady vypuklo, tak, že by se chodili nějak na skupiny. [...] No, jenže potom to dopadlo tak, že oni vlastně nebyly na to ty prostory. (Simona, R 11)

Mezi další protiepidemická opatření patřily dezinfikované balíčky pro klienty od rodinných příslušníků. V rámci zamezení přenosu COVIDU-19 posílaly rodiny klientům balíčky s trvanlivými potravinami. Tyto balíčky byly odezinfikovány, a poté uzavřeny na čtyři dny v izolační místnosti, následně byly předány klientům. Balíčky, ve kterých směly být jen trvanlivé a vakuované potraviny, znamenaly pro klienty ztrátu “lepšího“ jídla -> klienti byli odkázáni pouze na místní kuchyň, neměli čím si přilepšit – potěšení z jídla bylo omezené. Zároveň přijmout balíček znamenalo pro klienta skutečnost, že na něj rodina myslí, že jim klient chybí.

[...] rodinní příslušníci si dole zazvonili, ošetřující personál tam došel to, co šlo odezinfikovat hned, tak jsme jim předali a to, co prostě nešlo, tak to šlo vlastně na třetí patro do uzamčeného pokoje, kde to bylo v izolaci čtyři dny, po čtyřech dnech se to vlastně jakoby odezinfikovalo a předalo teprve klientům. Takže to bylo omezený v tom, že jsme nepřebírali rychle se kazící potraviny, jogurty a takovýhle, protože na to jsme nebyli prostě zařízený, ale byly to prostě vyloženě věci, já nevím, sušenky, bonbóny a takovýhle, co bylo prostě jakoby zabalený a šlo to přímo odezinfikovat. [...] v té době jsme nepřijímali ani kytky. [...] Jo, protože třeba řezaný nebo to a odezinfikuj kytku, jo. [...] ale to jsme tím rodinným příslušníkům jako by vysvětlili nebo jsme jim prostě řekli: „*Heleďte, tak jim prostě kupte orchidej v krabičce, když už chcete kytičku, to pak odezinfikovat jde.*“ (Kateřina, R 22)

No, tak oni většinou přijela rodina, no, tak nám to předali, vid', dali jsme to nahoru a pak jsme přišli za tím dotyčným, tomu jsme řekli: „*Měli jste tady dceru, syna, poslal Vám balíček ...*“ Vysvětlili jsme situaci, že prostě to musí bejt v izolaci, pak, že to dostanou za ty čtyři dny – tak byli rádi, dyť oni si tady nic nekoupili, byli odkázáni akorát tady na kuchyň, že jo, takže oni pak byli rádi, když jsi jim ten balíček dala – já nevím, čokolády, bonbony cokoli. To pak jako jo, kolikrát i slzy ukápla. (Daniela, R 16)

[...] třeba i ty rodiny volaly: „*A chlebičky, víš, a řízky a takovýhle*“ ... jako, co ty lidi mají jako rádi, že jim chtěli třeba jako by přilepšit, aby to, ale prostě to jako by nešlo, no. (Simona, R 11)

Ano, posílala jsem balíčky každé, no každé asi třetí den nebo tak. [...] No, tak byly tam sušenky, pralinky a to, no. (paní Váchová, R 28)

To mi poslala dcera. To mi poslala asi dvakrát. [...] Ale velkej balík. Oni to vždycky přeženou. (pan Stříbrný, R 21)

V Domově jsou i klienti, kteří nepřijímali balíčky na základě toho, že nemají rodinu (viz kap. 8.2.1). Skutečnost v podobě “nemít rodinu” patří do intervenujících podmínek, která v tomto případě znesnadňovala klientovi situaci v kontextu protiepidemických opatření v Domově. Vzniklá skutečnost byla vyřešena u některých klientů přes domluvu s personálem, tedy bylo možné se dohodnout mezi klienty a personálem na nákupu – personál zastával roli druhé rodiny (viz kap. 8.4). Někteří klienti jsou ale zvyklí na to,

že nemají rodinu, proto nepřijímat balíčky neznamenal pro tyto klienty žádnou změnu oproti běžnému času, kdy nejsou v Domově protiepidemická opatření – nepřijímání balíčků interpretovali jako normalitu.

Až když se to uvolnilo, tak, že nám jako z personálu něco koupili. To teda, jak bych to řekl, já nevím třeba týhle ty sušenky nebo, co co se dalo dotýkat, že jo. Salám už ne. No takhle jako domluvit se dalo, ale to byla ta výhoda, že tady jsou ty, ten personál ochotnej, no. [...] ochotný byli bez problémů. Všechny. I pani vrchní. Všechny. (pan Dvořák, R 23)

Nebylo, nebylo... není, není. (pan Novák, R 20)

Ne, ne, ne, to já skoro nikoho nemám, vzdálený jako, tak jsem ani nic nečekala a bylo mi dobře. (paní Zemanová, R 12)

Někteří klienti měli výhodu v tom, že jejich příbuzní pracují v Domově a odezinfikované balíčky jim předávali osobně (viz kap. 8.2.1). Výhoda pracovní pozice je shledána jako intervenující podmínka, která usnadňovala situaci klientovi a jeho rodině v kontextu protiepidemických opatření.

K protiepidemickým opatřením patřil zákaz nakupování klienty, chození do města nebo ven. Klienti zvyklí na vnější kontakty mimo Domov interpretovali tento zákaz jako velmi náročný – postrádali svět mimo Domov.

No, že jo, tak nejdřív se to zavřelo, asi já nevím na tři měsíce – jsme nesměli do města, do parku jo, že jo. [...] No, to víte, bylo to pro nás hrozně náročný. Člověk zvyklej chodit ven, nemohl nikam, že jo, nemohl ani dolů, ani do parku, nic. (pan Dvořák, R 23)

Nejtěžejnějším protiepidemickým opatřením v Domově byl zákaz návštěv. Pro ty klienty, kteří jsou pravidelně zvyklí na návštěvy, mělo toto opatření dopad na jejich psychickou pohodu (viz kap. 8.3.1). V problematice zákazu návštěv je významná předchozí frekvence kontaktů klientů s jejich rodinami – ti klienti, kteří byli zvyklí na pravidelné návštěvy rodinnými příslušníky, prožívali odloučení intenzivněji než ti, kteří se s rodinami vídali

méně v normální době (bez celosvětové epidemie COVID-19). Pro rodiny znamenal zákaz návštěv postupné zvykání si a přizpůsobování se na nemožnost vídání svých klientů – rodiny postupně pochopily vážnost situace, zejména vážnost ochrany klientů jako rizikové skupiny. Klienti, kteří byli schopni telefonování se přizpůsobili ztrátě fyzického kontaktu s rodinami tím, že využívali komunikační technologie.

No, návštěvy, tam vlastně od toho března, kdy to začalo, tak my jsme měli zákaz. [...] ze začátku to ty rodinný příslušníci jako moc nechápali, ale pak většinou jako si volali, nebo se ptali hodně na zdravotní stav, takže jsme jim to vysvětlovali a musím teda říct, že vesměs to všichni chápali, že chápou, že je to riziková skupina, že pro to to prostě může bejt fatální a nemůžu říct, že by jako byl vyloženě někdo jako, že by byl rozčilenej, že to prostě není možný, no. (Kateřina, R 22)

[...] já bych řekla, že ty klienti, ehm, za prvý, jo některý ty, který mají návštěvu prostě třeba pravidelně, viz třeba paní Koudelková, tak ta to třeba snášela hodně špatně jo, ale třeba u těch klientů, kde třeba přijdou jednou za tejdén nebo to, tak ze začátku se jako ptali, takže jsme jim to vysvětlili a řekla bych, že oni se jako tomu přizpůsobili a vzhledem k tomu, že na tom oddělení ty návštěvy u nikoho neviděli, tak to prostě jako by tak brali. (Kateřina, R 22)

Ti, kterým to jako myslí a jsou v pohodě, vnímají, věděj, co se kde děje, tak samozřejmě byli z toho smutný, takový nesví – byli smutný, že neviděj nikoho, že jo, z rodin a podobně, ale zaplať pán bůh, že si mohli aspoň telefonovat, že jo, když k tomu teda byli schopný, no. (Libuška, R 8)

Tak jako, zase jako to bylo hrozně individuální. [...] a jinak jako oni, jak byli v kontaktu, tak i ty rodiny jim to jako vysvětlovaly, že až jako zase bude líp a takovýhle. (Kateřina, R 22)

Dále v Domově proběhlo na základě zhoršující se epidemiologické situace zpřísnění preventivních opatření, kdy bylo přistoupeno k tomu, že klientům byly sundány osobní věci z poliček a byly uklizeny klientům do skříní. Pro klienty, kteří byli schopni sledovat změny, znamenalo toto opatření ztrátu jim známých a osobních věcí – dočasnou ztrátu předmětů, které jim

připomínali vzpomínky (viz sundání obrázků). Pro personál toto opatření znamenalo ulehčení práce ve stěžejní intervenující podmínce v podobě výskytu COVID-19 na oddělení (viz kap. 8.8).

[...] takže se prostě dal příkaz, že ty fotky a všechno z těch poliček zmizí. [...] No a začlo se tady všechno vlastně vyklízet, všechno z těch poliček. Bylo teda možná dobrý, že u těch klientů na poličkách my jsme vlastně už nic neměli – preventivně se to teda dalo do pytlů a k nim tam do skříně, do nástavců, že kdyby náhodou, abychom toho jako by neměli moc. (Lenka, R 10)

No, jako, třeba jedna klientka jako blbě, protože si řekla: „*Jak já jako, to mi to dáte všechno pryč, teď kalendář...*“ Tak nakonec pak kalendář se teda nějak dohod, že můžou mít, protože vlastně to by úplně zapomněli jo jako, jo. (Lenka, R 10)

[...] co jsem tam měl na poličkách a obrázky a co, no jsem říkal: „*Hergot, hergot.*“ pan Dvořák, R 23)

No, tohle to bylo jakoby preventivní, kdyby se to tady náhodou vyskytlo a bylo to z toho důvodu kvůli hygieně, protože samozřejmě, kdyby na těch poličkách – oni to mělo právo, ale sama jsi to zažila, představ si, že by jsi přišla a čtyřikrát denně by jsi všechno sundávala, ostříkávala a vracela. (Kateřina, R 22)

Mimo výše uvedených opatření dostával personál od vedení Domova doporučení, jak by měl jednat, aby se zamezilo přenosu nákazy do Domova. Doporučení doporučovala personálu např. cestu z práce do práce, neshromažďování se. Zaměstnanci tato doporučení dodržovali z toho důvodu, že si byli vědomi práce s rizikovou skupinou – viz Nikola (R 6): „... *já si myslím, že když jsem se takhle bavila s kolegama, že opravdu jsme byli jako hodně poctiví.*“

No, my jsme měli doporučeno přímo od pana ředitele, tuším, že to bylo – nebyl to jako příkaz, ale bylo to jako doporučení, že se nemáme stýkat, máme jít prostě do práce – z práce, maximálně na nákup. Měli jsme omezit i jako kontakt prostě s kamarádama eště, než vůbec byly zavřeny nějaký hospody, tak prostě nechodit takhle nikam mezi lidi a snažit se zkrátka to sem nedostat, no. (Libuška, R 8)

Byli jsme teda poučení, že nikde se nemáme jakoby shlukovat, ani jako jenom v rámci té rodiny a třeba ani navštěvovat, že jo ty babičky, dědy a tohle to prostě a takový to bylo jako omezení i pro nás, že jo. (Simona, R 11)

Nekontaktovat se. Nekontaktovali jsme se s rodinou. To teda vopravdu jsme byli jenom z práce domů. Do obchodu, když se šlo, tak zase člověk měl strach, takže zase pořád všechno jako dodržovat a to bylo. (Boženka, R 5, podobně Josef, R 7)

Zaměstnanci uvedli, že vládní opatření např. v podobě zavedení distanční výuky a s ním spojený odchod rodičů dětí školou povinných na ošetrovné (OČR) – zejména u dětí ve věku do 10 let, nenarušilo chod pracovních směn v průběhu roku na oddělení. Jinými slovy, počet zaměstnanců na směnách byl stabilní a neměnicí se, nedošlo ke snížení počtu zaměstnanců z tohoto důvodu. Pro chod oddělení se jednalo o důležitou polehčující okolnost: moci zůstat v Domově a pracovat nad rámec. Chod směn v rámci snížení počtu zaměstnanců byl narušen až s nákazou COVID-19 na oddělení (viz kap. 8.8).

Když vlastně jako ten, když vlastně začal ten Covid jako obecně, ne jako tady v Domově, tak ty směny ne. My jsme vlastně všichni do té práce chodili, nebylo tady ani omezení, kdo měl třeba menší děti třeba ve škole, nebo, když pak ty školy zavřely a byla ta online výuka, tak si myslím, že tady to vůbec ten chod nenarušilo, že vlastně tady chodili všichni do práce, takže ty služby vlastně byly úplně v pohodě. (Lenka, R 10)

No, tady. Než to tady jako by vypuklo, tak to tady bylo normálně personálu, že jo, to tady to bylo prostě všechno v pohodě. (Simona, R 11)

8.2.1 Rodinné vazby

Mít či nemít vazbu s rodinou, bylo shledáno jako intervenující podmínka usnadňující, ale i znesnadňující situaci a strategie rodin a klientů (viz. kap 8.2). Jak bylo uvedeno výše, v Domově bydlí klienti, kteří mají rodinu, se kterou udržují vztahy, ale i klienti, kteří s rodinou vztahy nemají. Klienti, kteří mají dobrý vztah s rodinou, reagovali na zákaz návštěv truchlivě, protože přišli na základě zákazu návštěv o fyzický kontakt s ní.

No bylo to dost takový smutný. [...] Takový divný. Jste si říkala taky, že rodinu máte a nemůžete k nim, takže to jako bylo. (paní Osmíková, R 19)

A bylo nám líto, že nám za námi nemůžou příbuzný, no. (paní Lukášová, R 25)

Jak jsem uvedla výše, reakce na zákaz návštěv byly individuální. Ti klienti, kteří nemají rodinu, zákaz návštěv nevnímali. Zde lze hovořit o tom, že skutečnost v podobě „nemít rodinu“ patří k intervenující podmínce, která v tomto případě usnadňovala klientovi situaci v kontextu protiepidemických opatření v Domově. Klienti nemající rodinu netruchlili.

Pro mě to neznamenal vůbec nic, mně je to naprosto jedno, jestli jsou návštěvy nebo nejsou návštěvy, já jsem sama – já nikoho nemám, tak je mi to ehm, nikoho nečekám, třeba za onoho času za nějaký měsíc nebo to nějaký vzdálenější příbuznej jako přijde, ehm, z manželovy strany, z mý jako vůbec ne – sama děti jsme neměli. No, a tak ani jsem to nepocejtla. (paní Zemanová, R 12)

A mně to nevadilo, protože vím, že za mnou nikdo nepřijde, tak jsem si s tím hlavu vůbec nelámala. (pan Novák, R 20)

Výše jsem také zmínila, že v Domově jsou klienti, kteří měli výhodu v tom, že jejich příbuzní pracují v Domově, a tak klienti byli těmito rodinnými příslušníky navštěvováni.

No, tak já si myslím, že ty druhý to prodělávali hůř, protože já jsem, já jsem nikoho neočekávala, protože dcera za mnou chodila, jo a měla jsem, jako věděla jsem o všech, jak co a co a jak...takže jako mně to nechybělo. (paní Macečková, R 17)

[...] no, no, takže to jsem vždycky jako obvolala jako tu rodinu, a že jsem říkala: „*Zeitra jdu, ehm, do práce, takže dojdu za babičkou ...*“ [...] takže všichni mi řekli, co ji mám vyřídit, co ji mám dát, co by chtěla, takže jako zase takový ty zpětný vazby od ní, takže to takhle fungovalo prostě, že jsme se takhle domlouvali. Že já jsem byla takovou spojkou jako. (paní Pokorná, R 24)

Pro ty rodiny, které udržují vztahy se svými klienty byl zákaz návštěv zátěžovým. Rodiny považují klienty např. za mezigenerační spoj, mezník. Když rodina přišla na základě zákazu návštěv o fyzický kontakt s klientem, tak to pro ně znamenalo dočasnou ztrátu „*utužovacího rodinného bodu*“. Dále pro rodiny znamenal zákaz návštěv proměnu jejich volného času (viz kap. 8.2.2).

Špatný, sestřičko. Mladá říkala, že je to hrozný, když mě nemůžou vidět. Vnouček říkal: „*Tatko, když už budu moct za babičkou?*“ (paní Osmíková, R 19)

Tak ty tety moje a mamka, ty tam chodily každé den, musím říct, že opravdu tam za babičkou chodily denně a pro ty to bylo jako těžký jo, protože oni najednou, protože jsou to taky důchodkyně, že jo, protože jim je 76 let a oni najednou neměly co. Oni vždycky jako dopoledne si uvařily, uklidily a odpoledne šly za tou babičkou, že jo, kde se sešly zase všichni tři ty sestry a tam jako s tou babičkou strávily dvě, tři hodiny a pak zase si šly domů a pak už byla televize a pohoda a najednou to nebylo, jo. Takže to bylo takový jako i pro ně dost náročný, jo. (paní Pokorná, R 24)

V zákazu návštěv byla výjimka, v rámci, které mohla rodina či příbuzní za klientem. Jednalo se o situaci, kdy se klient nacházel v terminálním stádiu svého života, tedy na konci svého života. Výjimka v podobě terminálního stádia byla zahrnuta do opatření (viz. kap 8.2). Rozloučení se s klientem

probíhalo za dodržování hygienických opatření. Celosvětová epidemie COVID-19 a s ní přijatá opatření znamenala v této situaci pro rodiny neosobní, netradiční a nedůstojné rozloučení se s klientem.

No, akorát se sem výjimečně pustili za těma lidma, o kterých vlastně se vědělo, že už jsou v tom terminálním stádiu, tak se sem ta rodina jako mohla pustit za nima. Museli se dát třeba na zvláštní pokoj a všichni museli bejt teda voblečení, takže chudáci ty lidi ani nevěděli, kdo přišel, ale jako rozloučili se jako no. Asi dva nebo tři případy tady byly. (Boženka, R 5)

8.2.2 Vnímání času

Vnímání času, popřípadě trávení času určitým způsobem patří k intervující podmínce, která usnadňovala situaci klientů Domova, když vše bylo omezeno, či zakázáno (viz kap. 8.2). Klienti trávili čas ležením, televizí, křížovkami a čtením. Klienti obvykle tráví čas v Domově uvedenými volnočasovými aktivitami, ale když byly zakázány návštěvy či omezeny aktivizační programy, tak to pro klienty znamenalo, že zmíněné aktivity vyhledávali ve větší míře. Klienti vnímali čas individuálně – někdo jako pomalu běžící, jiný rychle.

Ležel, když to ještě šlo, tak jsem byl tady s tou klientkou, že jo ... koukali jsme na televizi, luštili jsme křížovky, no. Debatovali tak nějak. (pan Dvořák, R 23)

Já koukám, když to běží, tak koukám. No, já jsem takovej lenoch, já rád spím. (pan Stříbrný, R 21)

Já luštím křížovky. A čtu, jo. Tak časopis, když tady nějaký je, nebo tak, no. A televize [...] No, mně to docela utíká – ten čas. (paní Macečková, R 17)

Jo, četla, to jsem toho přečetla právě hodně. (paní Osmíková, R 19)

No tak, bylo to dlouhý čas, no. [...] většinou jsem teda luštila. (paní Lukášová, R 25)

Čas se proměnil i rodinným příslušníkům, kteří nesměli z důvodu zákazu návštěv za svými klienty (viz kap. 8.2). Např. dcery klientek si našly ruční práce – znamenalo to pro ně způsob, jak si vyplnit či zkrátit čas uvolněný návštěvami.

Tak, já jsem paličkovala doma. No, našla jsem si ruční práce, tak i pletla jsem – pletu obvazy, tak jsem pletla taky. (paní Váchová, R 28)

No, každá máme zahrádku, tak jsme se věnovaly zahrádce. (paní Pavlová, R 26)

8.3 Uzavření Domova

Personál definoval situaci v kontextu protiepidemických opatření jako “uzavření Domova”; izolaci klientů; omezení jak klientů, tak personálu; zamezení styku; stres, strach, starost; či ochranu klientů. Uzavření Domova a s ním spojené izolování klientů je strategií jednání vyvinuté ke zvládnutí ochrany klientů Domova jako rizikové skupiny. Zaměstnanci si uvědomovali, že pracují s rizikovou skupinou a nechtěli být těmi, kteří by klienty ohrozili na jejich životech, proto jak bylo zmíněno výše – všichni dodržovali vydaná opatření a doporučení (viz kap. 8.2). Pro zaměstnance znamenala práce s rizikovou skupinou izolaci.

Hmm, tak je to uzavření toho Domova. (Boženka, R 5, podobně René, R 2) [...] vlastně veškerý, veškerý takový uzavření jako ne jenom těch klientů, ale i trošku teda nás, že jo, toho personálu. (Jolana, R 18) [...] takže vlastně člověk byl v takový separaci, prostě. Jsem se s nikým radši jako nestýkala. (Bára, R 3)

No a vlastně i takovou tu ještě větší izolovanost než normálně mají, že jo, protože tady funguje nějaký režim [...], když mohly být nějaký návštěvy nebo vlastně ti rodinní příslušníci si ty seniory mohli kdykoliv vyzvednout nebo prostě nějakým způsobem s nimi svým způsobem být a v době covidový se tohle jako by celý zavřelo. Vlastně pro jejich ochranu, aby se vlastně ten Covid nebo to se sem nedostalo, takže prostě ty rodinní příslušníci tím pádem byli jakoby vod těch seniorů

nebo senioři vod nich úplně odřízli. Ne úplně, ale prostě doopravdy ten styk byl na minimum, že jo. Fyzická přítomnost nebo fyzickej styk asi nebo fyzickej kontakt. (Josef, R 7)

Tak určitě to bylo nějaký zamezení styku – i našich, i nás jakoby pracovníků s jinou společností nebo tak, takže de facto sociální kontakty, který jsme my měli, tak de facto jsme doopravdy omezili na minimum nebo téměř se to zastavilo, no. (Josef, R 7)

Na druhou stranu zase jsem měl strach někam vyrazit, nebo někam jít, abych zase něco nepřinesl naopak zase do práce, protože je to zodpovědnost, že jo. Jako jsou to tady starý lidi v Domově a člověk jako – je to zodpovědnost, že jo. (René, R 2)

[...] stěžejní pracovní podmínky, strašný napětí, stres, obava, abych něco neudělala špatně, abych neporušila nějaký nařízení ředitele, nějaký opatření [...], aby se to potom tím vlivem nějak sem to sem do toho Domova nedostalo. (Karolína, R 9)

Klienti, kteří byli schopni sledovat dění v Domově i mimo něj (viz média), se snažili respektovat situaci v kontextu protiepidemických opatření v rámci ochrany sebe i druhých.

No... nemohl člověk nic proti tomu dělat. Za jedno to byly zákony udělaný na to a tak, že, že museli dodržovat tu bezpečnost – bezpečnost těch druhejch. (pan Maršík, R 13)

8.4 Důsledky zákazu návštěv

Důsledkem uzavření Domova, zejména pak důsledkem zákazu či omezení návštěv bylo snížení komunikačních schopností klientů, protože mezi nimi a jejich rodinou, či přáteli neprobíhal osobní fyzický kontakt (fyzický kontakt jako prostředek pro sdílení dotyků, vzpomínek).

Akorát co bych teda řekla, že, jak neměli ten kontakt jakoby s tou rodinou, jo, samozřejmě personál s nima promluví nebo to, ale dyť ty rodinný příslušníci přeci jenom jako, řekla bych, že ty lidi jako přestali jako míň mluvit, jo, jako komunikovat. [...] Jako personál si s nima popovídá chvíli nebo to, ale přeci jenom, když je tam ta rodina, tak

prostě ty rodinný vazby nebo prostě ty vzpomínky a tohle to, takže v tomhle tom si myslím, že je to jako by ovlivnilo, že jako ta potřeba si s někým popovídat, ale vyloženě s tím rodinným příslušníkem. Takže my jsme to teda řešili přes ten Skype, anebo přes ten telefon, ale ten přímý kontakt, je prostě přímý kontakt. (Kateřina, R 22)

Strašně se zhoršila jako co se týče tý komunikace vůbec jako. Ona před tím byla jako úplně téměř bych řekla normální, jakože a taková ta sociální izolace ji úplně poslala prostě, ehm. (paní Pokorná, R 24 – o zhoršení komunikace své babičky)

No a ona úplně jak, jako se s ní tolik nemluvílo, tak si myslím, že i ten mozek ji trochu jako otupěl. Že jsme s ní nemohly moc mluvit, že jo. (paní Beranová, R 26 – o zhoršení komunikace své maminky)

Dalším důsledkem zejména zákazu návštěv byl dopad na psychickou pohodu klientů. Dopad na psychickou pohodu klientů mělo i opatření v podobě zákazu nakupování, či docházení klienty do města, ven.

[...] To, já si myslím, že i psychicky, oni hodně strádali po těch rodinách. Oni, jak dali stop návštěvám, tak oni byli odkázáni jenom na telefony, což kolikrát ani ty lidi neslyšeli – s rodinami si moc nepromluvili, no, psychicky strádali prostě – konec návštěv, tak lidi šli psychicky úplně dolů. (Daniela, R 16)

[...] jo, takže jako docela se psychicky hodně jako rozjeli, jakože opravdu strádali jako. (Bára, R 3)

No, to víte, bylo to pro nás hrozně náročný. Člověk zvyklý chodit ven, nemohl nikam, že jo, nemohl ani dolů, ani do parku, nic. (pan Dvořák, R 23)

8.5 Role personálu

Zaměstnanci a klienti zvládali situaci v kontextu protiepidemických opatření (viz kap. 8.2) tím, že zaměstnanci převzali nespočet nových rolí, aby společně s klienty zvládli tuto situaci: *„...takže jsme fungovali fakt ve všech směrech, fakt ve všech! Ve všem prostě.“* (Nikola, R 6). Role personálu se jeví jako

intervenující podmínka utvářející situaci v kontextu opatření. Personál zastával tyto nové role: (a) role zaměstnanců v sociálních službách ...

No, pro ten personál si myslím, že to bylo i hlavně, ehm, změna v tom, že ehm, oni vlastně vzhledem k tomu, že dělají v sociálních službách a začali jako snižovat i ten sociální kontakt mimo tady to – jo nestýkali se tolik s kamarádama, opravdu se snažili jen ty úzké okruh nejbližších a jinak se jako tomuhle vyhejbalí z toho možného rizika, aby to sem prostě náhodou nezatáhli a nedostali to sami, že jo. (Kateřina, R 22)

(b)... role ochránců klientů před COVIDEM-19. Personál byl na sebe za ochranu klientů pyšný (viz kap. 8.2, 8.3). COVID-19 se ale na oddělení po roce chránění přece jen dostal (viz kap. 8.8).

Chránili jsme se celou dobu, my jsme dodržovali všechny možný protiepidemický nařízení, jak nařízení státem, že jsme chodili opravdu z práce do práce. (Marťa, R 4)

[...] to byl úplně jako zázrak, že jo, skoro. Jako v porovnání s jinýma domovama, nebo to, tak jsme vlastně rok fakt byli dobrý. (Dana, R 1)

Jenže potom jak to bylo víc a víc, tak prostě tomu už člověk nezabrání, vždyť to je jasný, že jo. (Nikola, R 6)

[...] vydrželi, ale neubránili. [...] Neubránili. Bránili, ale bohužel. (Daniela, R 16)

(c)... personál byl i druhou rodinou pro klienty, viz: „*My jsme byli prakticky jejich rodina v tu chvíli, no.*“ (Daniela, R 16)

(d)... dále byl personál poskytovateli služeb v podobě kadeřníků, pedikérů.

Zastával to ošetřující personál. Takže stříhání nehtů, holení to bylo při koupání. To dělala všechno přímá péče, a co se týká stříhání, tak když to byli třeba chlapi a bylo to mašinkou, tak to dělali klucí taky a pak myslím si, že Libuška, jak je jako vyučená. [...] Tak když u některých třeba zkrátit ofinu nebo to, tak to dělala i Libuška, no. Samozřejmě zadarmo, no. (Kateřina, R 22)

[...] tak já jsem říkal, že vypadám zarostlej a fousatej. [...] Říkala, že nepřijde (zákaz vstupu kadeřnicím do Domova) ... ale pak už se to nenechalo vydržet, tak tady sestřička mě ostříhala ... ostříhala ... oholil jsem se sám ... druhá zase mi ostříhala nehty na nohách, že jo... nebo víceméně všem, co to potřebovali a takže jsme jako zase, zase jak říkám sestry – ochotně bez problémů bez nějakýho toho, prostě je to něco navíc, služba, že jo. (pan Dvořák, R 23)

Klienti na personál vzhlíželi s poděkováním za vše, co pro ně zaměstnanci v době celosvětové epidemie vykonali. Klienti byli rádi, že “byl personál s nimi.” – viz: „*My jsme byli rádi jenom, když tady byli s námi, no.*“ (paní Lukášová, R 25). Klienti interpretovali práci personálu jako náročnou.

No, to si vzpomínám dobře, jak se o nás tady hezky starali. [...] Celej ten rok. Vopravdu to bylo pro sestřičky náročný. (paní Lukášová, R 25)

Oni se snažili moc. To jako zasluhujou velký poděkování. [...] Opravdu, všechna čest tomu personálu tady to. (paní Lukášová, R 25)

Ale jako ochotný byli bez problémů. Všechny. I pani vrchní. Všechny. (pan Dvořák, R 23)

8.6 Komunikační technologie

V rámci nemožnosti fyzického kontaktu mezi klienty a jejich rodinami bylo využito komunikačních technologií. Do komunikačních technologií patří jak tradiční technologie v podobě klientských mobilních telefonů či telefonu dostupného na oddělení, tak moderní technologie, kterými byly tablety umožňující online spojení klientů a rodin přes aplikaci Skype. Komunikační technologie se jeví jako intervenující podmínky usnadňující komunikační strategie klientů a rodin v kontextu protiepidemických opatření (viz kap. 8.2).

[...] tak vlastně byli v kontaktu přes telefon, nebo přes Skype, dopisy jim chodily, ale hodně to bylo teda jako přes ten telefon – buď, když měli svůj mobilní telefon a nebo to bylo i přes Domov a my jsme jim je dávali na ucho, a nebo přes ten Skype, což bylo, což si většinou jakoby

domlouvali se sociální pracovníci, ta tady nechala vzkaz a v deset hodin pani XY bude mít hovor přes Skype a aktivizační pracovníci to ve všední den zajišťovali. (Kateřina, R 22)

8.6.1 Tradiční technologie

Preferovanějším spojením klientů s rodinami byly mobilní telefony. Ti klienti, kteří disponují vlastními mobily a jsou schopni přes ně komunikovat, tak volali bez pomoci personálu. Naopak ti klienti, kteří mobilem nedisponují, si s rodinou volali přes telefon, který je dostupný na oddělení a který klientům ochotně předával ošetřující personál. „Slyšet se v telefonu“ s rodinou znamenalo pro zúčastněné strany emotivní spojení (viz pláč klientů ze stesku po rodinách). Zároveň personál měl kompetenci předávat informace rodinám o klientech, kteří nejsou schopni telefonování. Rodiny v tomto případě byly odkázány na informace od personálu.

Hm, jo ty klienti vlastně, co jsou schopný si ten mobil ovládat, takže rodina, rodiny si nima normálně byly v kontaktu vlastně s jejich mobilem. No a ty klienti, co už nebyli schopný s tou rodinou komunikovat, takže vlastně buď volali sestřičkám na ordinaci, nebo i sem k nám na inspekční pokoj a informovali se o tom: „*Jak to třeba maminka zvládá, jestli není z toho třeba nervózní, že je nevidí, ať ji vyřídíme, že prostě, že na ni myslí.*“ – jo dcera nebo tak. Nebo jsme jim vlastně i ten telefon donesli, snažili jsme se jim – jo těm, co to šlo, jako vysvětlit, že ta rodina volá, že o ně mají zájem. Byl samozřejmě i tak, že ty klienti brečeli, že prostě tu dceru nevidějí, když jsme se zmínili: „...*že volala dcera a pozdravuje Vás...*“, tak oni brečeli jak do telefonu, tak i klienti pak zase, když jsme ten telefon odnášeli, že jo. (Lenka, R 10)

[...] nebo třeba zavolali, třeba paní Janáková, která tady byla, tak jsme ji přišli říct, že ji přejou hodně zdraví, a že ji volá třeba dcera, a že ji všichni třeba pozdravují. (Simona, R 11)

Klienti, kteří disponují vlastním mobilem, volali s rodinou či přáteli podle časových možností rodinných příslušníků nebo přátel – klienti se

přizpůsobili jejich času. Frekvence volání klientů byla denní – viz: „S rodinou? Přes den.“ (paní Osmíková, R 19); 1krát týdně – viz: „No, prakticky každéj tejdén.“ (pan Dvořák, R 23), „Volám – jednou tejdě si volám. [...] to jsme domluvený prostě na jeden den v tejdnu jako, kterej den a v kolik hodin.“ (paní Zemanová, R 12 – volání s přáteli), „No, tak jednou za tejdén nebo dvakrát tak nejvíc.“ (paní Macečková, R 17 – volání s vnukem); či minimálně jednou za měsíc: „Jo, syn mi občas zavolá. [...] Málo, to je tak jednou za měsíc.“ (pan Stříbrný, R 21). Ve volání klientů s vnějším světem byly rozdíly podle příbuzenského vztahu a genderu (děti: syn X dcera, vnoučata, přátelé).

Někteří klienti ovládali svůj telefon bez problémů jako např. pan Dvořák (R 23) nebo paní Lukášová (R 25): „...bud' dcery volaly anebo já jim, no tak.“ Jiní klienti zvládli na svém mobile jen přijímat hovory, byli odkázáni na to, až jim druzí zavolají – viz: „Povídám, já tady ho mám u sebe, když zazvoní, tak dokážu ho akorát takhle zmačknout tohle tlačítko.“ (pan Maršík, R 13, podobně paní Macečková, R 17). Klienti si s rodinou nebo s přáteli po mobile předávali informace o dění uvnitř Domova, ale i mimo Domov. Sami zejména chtěli vědět, co se děje doma. „No, co je novýho, co se děje a tak dále. Co je tady, co je ve městě.“ (pan Dvořák, R 23); „No, já jsem se ptala, co děti, že jo – chodějí do školy a tak. No, on zase jak se mám tady, a tak jo. Tak běžně.“ (paní Macečková, R 17); „To ještě, že ten telefon byl, takže člověk přeci jako věděl, co a jak – oni se mnou.“ (paní Osmíková, R 19)

8.6.2 Moderní technologie

Aplikace Skype byla nainstalována na tablety, které zakoupilo vedení Domova na každé oddělení. „Pořízení tabletu“ personál interpretoval jako „novinku“ ve své práci, se kterou se na základě vzniklé situace museli naučit

a vzájemně si pomoci (tablet jako novinka pro personál, tak pro klienty – viz níže).

Vedení nakoupilo tablety, na každé patro se dostalo po tabletu a kolega zdatný v těhletech technologiích to všechno našteloval, takže když zavolá rodina, my už tam na tom tabletu tu rodinu vidíme a už jdeme k tomu klientovi, k tomu, ke kterému klientovi je to určeno a oni si spolu neomezeně dlouho mohou telefonovat, vidějí se, využívají si toho, mávají si. (Marťa, R 4)

Skype na oddělení využívaly 3 klientky: „*No tady u nás asi tři paní, no.*“ (Dana, R 1). Skypování bylo limitováno osobními kognitivními schopnostmi a fyzickými možnostmi klientů. „*No a s těma Skypama oni zase jsou horší v tom, že jak neslyšej, jak špatně viděj.*“ (Nikola, R 6), „*...většinou jako některý klienti s někým jako mluvili a ani pomalu nevěděli s kým mluvěj. No, někdo třeba zase jo, někdo třeba zase poznal rodinu.*“ (Radana, R 15). Personál interpretoval využívání tabletu se Skypem jako „náročné spojení“ pro rodiny s jejich klienty: „*asi i pro tu rodinu je to těžký je vidět a vědět, že jí nemůžeš chytit za ruku, ten kontakt tam prostě není, fyzickéj.*“ (Libuška, R 8).

Skype byl podle pracovníků pro klienty a klientky novinkou, vnímali ho jako složité, generační omezení: „*tak jim to nic nedává, protože už je to stará generace, že jo – to je něco pro nás, že jo.*“ (Nikola, R 6), „*... ale stejně to bylo pro ně zvláštní. Prostě, že jo, ty lidi, že jo, žijou úplně v jiný době – pro ně tahle ta technika je španělská vesnice.*“ (Radana, R 15). Nejjobsažněji vyjádřila Libuška (R 8) a René (R 2):

[...] hlavně podle mě, sami ty klienti nevěděli pořádně co to vůbec jako je – najednou před nima jako obrazovka, podle mě, podle mě jim pořádně ani nedocházelo, že je to nějaký mobilní telefon přes, kterej ... nebo nějakej tablet, přes kterej se vlastně viděli se svoji rodinou, že jo. Je to moderní technika na to prostě nejsou zvyklí. (Libuška, R 8)

Takže pro ty lidi, kterejm je dnes vosmdesát, devadesát let, tak to pro ně prostě, asi si myslím, že tady z toho oddělení nikdo nevěděl, co to je,

že najednou na malý obrazovce vidějí někoho svýho, a že hovořejí. Jako někdo byl samozřejmě rád, komu to myslí, když to takhle řeknu, tak byl rád, že se takhle vidějí, že jo, že nějaká možnost tu je – není to návštěva, ale je to rozhodně jako víc než se třeba jako jenom slyšet po tom telefonu. (René, R 2)

Samotní klienti přiznávali, že Skype na tabletu nevyužili proto, že je pro ně složitý, někteří zkusili a vzdali to, jiní se neodvážili ani zkusit: „...já, já prostě k tomu mám takovej nějaký to, takovej strach, protože, že bych to nevoládla.“ (paní Macečková, R 17), „No, to bylo takový – ani rozumět nebylo pořádně, a tak jsme to zrušili. [...] Využili jsme to jenom jednou na zkoušku.“ (paní Lukášová, R 25).

8.7 Kontaktování z okna

Personál interpretoval, že mobilní telefon ani Skype fyzický kontakt mezi klientem a rodinou zcela nenahradil: „...víš, protože ty telefony, ty ti nedají všechno, víš.“ (Nikola, R 6), a tak ošetřující personál umožnil klientům a jejich rodinám “kontakt z okna” – tento způsob kontaktování se s rodinami znamenal pro klienty radostné chvíle a chvíle ujištění, že je rodina v pořádku.

[...] tak jsem jí třeba tady vodvezla zrovna tady k tomu oknu a syn stál dole a říkám: „Tak si stoupněte tady pod okno.“ Otevřela jsem, i v zimě dávala jsem jí na sebe deku, aby se viděli – otevřela jsem jim okno a třeba 4 minuty spolu aspoň mluvili než, aby než nastydne, tak jenom na chvíli prostě, ale jenom, aby se viděli, protože ten telefon třeba používala furt s ním, protože ona byla schopná, ale ty voči - ten kontakt aspoň ho vidět, protože ona říkala: „Já jsem ráda, že ho vidím, že je vopravdu v pořádku, on mi to taky kolikrát do telefonu neřekne a to víš, Niki, jak to potom je, když to, když do telefonu Ti řekne to, abys byla klidná, jenže potom když ho vidím, tak jsem ráda, že vopravdu je v pořádku.“ (Nikola, R 6)

[...] ona byla taková, že dokad' mohla, tak třeba za ní přišel vnuk s vnučkama malinkejma, tak ona si tady vlezla k oknu a přes telefon se domlouvali, takže ona viděla vnuka, viděla vnučky, víš, tak se vždycky

tak jako povokřála hezky, to byla taková to, ale hrozně strádala.
(Daniela, R 16)

8.8 Návštěvy za plexisklem

Dalším příkladem, jak se Domov vyrovnal se ztrátou fyzického kontaktu klientů s rodinami, je umožnění návštěv klientů a jejich rodinám v přízemí Domova. "Návštěv za plexisklem" bylo umožněno v rámci rozvolnění protiepidemických opatření v průběhu roku 2020, např. 25. května 2020 ¹¹. Jedná se o intervenující podmínku, která usnadnila situaci rodin a klientů v kontextu protiepidemických opatření (viz kap. 8.2). Návštěvy probíhaly za protiepidemických opatření (časový limit 15 minut, prokázání bezinfekčnosti zúčastněných, plexisklo) – tato opatření byla rodinnými příslušníky interpretována jako přísná, protože eliminovala fyzický kontakt mezi nimi a klientem.

Průběh návštěv byl takový, že klient byl svezem ošetřujícím personálem z oddělení do přízemí v určitý domluvený čas, kde na něj čekala rodina. Rodina musela prokázat bezinfekčnost, aby ke klientovi směla. Návštěva probíhala přes plexisklo, aby byl zamezen případný přenos viru COVID-19 (eliminace fyzického kontaktu). Fyzický kontakt ve spojitosti s COVIDEM-19 znamenal případné ohrožení zdravotního stavu klienta. "Návštěvy za plexisklem" znamenaly pro personál pracovní povinnosti navíc – viz: *„... je to velice administrativně náročné – musí se to všechno zapsat, změřit teplota u každého přicházejícího.“* (Marťa, R 4).

Ty návštěvy probíhají následovně. Před dnem, kdy bude probíhat návštěva si musejí zarezervovat rezervační místo na facebookových stránkách Domova pro seniory. Na každou návštěvu je vyhrazeno patnáct minut. Návštěva se musí dostavit dvacet minut předem, pokud není očkovaná a ani nemá ... pokud nemá vakcinaci a

¹¹ Čerpáno ze sekundárních dat Domova – Pokyny ke koronaviru

neprodělali koronavirus. Dochází k testování – sestřička staniční dneska už je to vedoucí úseku, tak provede výtěr z nosohltanu, kdy vlastně rapid testem ona do patnácti až sedmnácti minut zjistí na testovacím proužku, jestli je návštěva schopná k připuštění k člověku, který ... ke klientovi, který bude návštěv očekávat už v suterénu. No, a když je vakcinovaný anebo prodělal koronavirus zpětně 180 dní, tak přinese pouze doklad od ošetřujícího lékaře, že prodělal Covid-19 anebo už má ukončené očkování, tak ten, ta návštěvu už se také netestuje ... (Marťa, R 4)

Návštěva probíhá přes plexisklo, kdy je klient přivezen jak z prvního patra, tak i z druhého patra [...], tak ho přivezou příslušné pracovnice dle harmonogramu časového, kterej dostáváme od sociálních pracovníků a prostě je to velice logisticky náročné, aby to všechno navazovalo, aby se lidi setkali s těma svejma nejbližšíma na co nejvyšší možnou jako dobu těch patnácti minut, aby opravdu jako se pohovořili, no. Všichni mají nasazené respirátory a návštěva může proběhnout za takových bezpečnostních opatřeních. (Marťa, R 4); No a po čtvrt hodině, bohužel zase je sestřička odveze nahoru a vrátí na pokoj, no. (Nikola, R 6)

Personál interpretoval, že při návštěvách za plexisklem docházelo k dojemným scénám mezi klienty a jejich rodinami na základě jejich dlouhodobého odloučení. Rodinní příslušníci toužili pohladit svého klienta, ale jak bylo výše uvedeno, fyzický kontakt jako případná hrozba byl eliminován, např.: „...*docházelo by i jako k tělesným kontaktům, ale toto se snažíme eliminovat, nabízíme návštěvám i rukavice, jako aby si třeba na tu babičku mohli sáhnout.*“ (Marťa, R 4). Dlouhodobé odloučení (nemožnost vidět své rodiny a hovořit s nimi) znamenalo pro klienty snížení komunikačních dovedností (viz kap. 8.3.1).

No, dochází ...eh ... k velmi dojemným jako situacím, no jsou rádi. [...] Oni je neviděli, že jo, kolik měsíců, takže prostě jsou rádi, no. (Marťa, R 4)

Jó, určitě pookřejou, jsou rádi, ale některý třeba přestali úplně jakoby mluvit – jako koukají na tu rodinu, že prostě je to takový asociální chování, protože prostě to trvalo strašně dlouho, no. (Bára, R 3)

[...] Já jsem byl tak nervózní, že jsem neuměl, nemohl ani odpovídat.
(pan Maršík, R 13)

Výše jsem uvedla, že návštěvy byly limitovány 15 minutami. Toto stanovené časové omezení bylo interpretováno personálem a klienty jako nedostačující pro komunikaci: „*No, nechali nás popovídat tu čtvrt hodinu, no. Když to byla krátká doba, abychom si pověděly všechno.*“ (paní Lukášová, R 25). Časové omezení nezohledňovalo stav klientů (např. pomalejší komunikace seniorů, poruchy sluchu).

No tak, protože je to krátká doba jakoby – nestačej si nic říct, a kor ty starý lidi, to víš, jak už jsou starší, tak je to pro ně strašně málo, blbě slyšej, tak zase se snažej, že jo se jim všechno opakuje třeba víckrát. Jo a za čtvrt hodiny si nic neřekneš s tou mámou nebo tátou, nebo strejdou.
(Nikola, R 6)

8.9 Rodinný postoj

Co se týče omezení fyzického kontaktu rodin s klienty v rámci všech opatření, tak personál interpretoval, že rodinní příslušníci si byli vědomi fyzického kontaktu jako případné hrozby pro klienty, proto opatření respektovali. “Respektování rodin” je shledáno jako intervenující podmínka usnadňující strategie v kontextu protiepidemických opatření (viz kap. 8.2). Pro rodiny celá situace znamenala “čekání” – čekání na změny v opatření, na “otevření Domova” a případné shledání klienta.

Jo, to víceméně respektovali všichni, že s tím byli smíření a věděli asi zaplať pán bůh, že nad tím takhle přemejšleli, že je to vlastně ochrana těch seniorů největší, jak může bejt – to omezení toho styku. (Josef, R 7)

Vyčkávej, co jim řekneme. Vždycky je odkazujeme na naše facebookové stránky, že se tam může měnit ze dne na den. (Marťa, R 4)

Rodinní příslušníci interpretovali "uzavření Domova" (viz kap. 8.3) jako postrádání fyzického kontaktu po klientovi, jako přetrhání vazeb s klientem – klienti jim chyběli. Rodiny se po telefonu staly podporou personálu Domova, či utěšovatelů svých klientů – viz: *„...dcery mi říkaly: „Musíš to vydržet, nám je to taky líto, ale nedá se nic dělat.“* (paní Lukášová, R 25). Stesk rodin a klientů byl oboustranný. Jak jsem zmínila výše, fyzický kontakt klientů a rodin byl nahrazen komunikačními technologiemi (viz kap. 8.5): *„Tak mamka vždycky vzala ten mobil a probíhalo to dobře velice, no. Akorát byla smutná, že jsem za ní nemohla.“* (paní Váchová, R 28).

Hrozně. Když to uzavřeli, tak jsme nesměly, vo vůbec, za ní jít, nic jí poslat a ona nemá telefon, že jo, protože nemůže ho mít, ona by nerozuměla tomu a neslyší. (Beranová, R 26)

Jako bylo mi jich fakt líto, fakt těch rodin a telefonáty s nima, s tou rodinou, no a tak. Že bylo vidět na nich jako, že ti rodinní příslušníci se chtějí jakoby vyprávět, zároveň nám přáli vlastně, ať se držíme, ať to tady všechno zvládneme. (Karolína, R 9)

[...] z pohledu rodiny, ty z toho byli taky úplně semletý ty lidi prostě – dyť ty byli v čoudu prostě... a to všichni tady. (Daniela, R 16)

Já jsem říkala, že to bude lepší, že nás pustějí potom a taky, že nás potom pustili a teď jako jí navštěvuju každé den. (paní Váchová, R 28)

Na řádkách výše jsem také uvedla, že byli klienti, kteří nebyli schopni komunikování po mobile z důvodu špatného sluchu – v těchto případech volali rodiny na oddělení, či posílaly svým klientům dopisy. Zájem rodin o kontakt s klientem byl veliký.

Že vždycky to tam nechali jako dole sestřičkám, tak vždycky jí něco sepsaly, jo, co se za ten tejdén událo, jo, a tak opravdu jako, že každé tejdén tam, tam ten dopis nechávaly. (paní Pokorná, R 24 – o psaní dopisů své neslyšící babičce); Že jo, oni jí to ale zase museli přečíst, protože ona: *„Já to nevidím.“* (paní Potačová, R 26 – personál dopisy klientce četl)

Umožnění návštěv (viz kap. 8.6) bylo rodinami interpretováno jako emocemi nabitě shledání se s klientem po dlouhé době. Rodinní příslušníci poukazovali na eliminování fyzického kontaktu s klientem – znamenalo to pro ně neosobní, netradiční shledání se.

No, chtěla mě hladit – ruce ... To jsme nemohly. No, ale byla spokojená, no – viděla mě, tak byla spokojená. (paní Váchová, R 28)

Ona nás poznala, ona nás poznala, ale když jsme chtěly, to já vím, že to bylo, oni to měli nařízený taky v tom Domově, ale když jsme chtěly aspoň takhle ze strany ji něco říct, no zas sestřička zase, že to nesmíme. No pro nás to bylo hrozný. (paní Beranová, R 26)

Jako byla ráda, určitě, že jako brečela, když jsme vlastně přišli, tak to jako brečela. (paní Pokorná, R 24)

Tam jsme seděly, teď ona přes to sklo neslyšela vůbec, že jo, hrozný. (Beranová, R 26)

8.10 Nakažení COVIDEM-19

Intervenující podmínkou, která znesnadnila chod Domova v kontextu celé situace, je výskyt COVIDU-19 na 1. a 3. oddělení v lednu 2021. Nákaza znamenala pro personál zásadní mezník v jejich péči o klienty.

Pamatuji si teda i den. Byla to neděle (24. 1. 2021 – doplněno z R 22) – taková krásná, klidná neděle do dvou hodin, jo. Dopoledne se teda vlastně posílal klient se zhoršeným stavem do nemocnice, a takhle si tady sedíme, že jo, po obědě a pak jako telefon z nemocnice: „*Že teda jestli víme, že je klient pozitivní.*“ No a vlastně pak to začlo – telefonát staniční, ta vlastně přijela a začalo to – jak co bude. (Lenka, R 10)

My jsme tady teda to úplně jsme byly vyděšený z tý zprávy, a to a říkám: „*Ty vado, co se bude dít.*“ (Simona, R 11)

Personál interpretoval nákazu jako složitou a rozsáhlou skutečnost, v rámci, které oddělení bojovalo s onemocněním klientů, i personálu (ze 17 zaměstnanců jich 14 onemocnělo). „Onemocnění personálu“ znamenalo pro

oddělení krizi (odchod zaměstnanců do domácí karantény -> tedy početní pokles pracovníků na oddělení). Pomoc přišla v podobě třech pracovníků přímé péče z druhé budovy Domova a mě v roli brigádnice.

[...] takže mně tady pak zůstalo hrozně málo lidí, jo jako fakt jako, oni vlastně, ehm, já mám vlastně lidi, když počítám i aktivizační, tak mám vlastně na starosti sedmnáct, je nás sedmnáct a z toho, z těch sedmnácti, co tady jako by zůstalo a nemělo Covid, jsme byly vlastně akorát Simona, Dana a (citovaná KP). [...] jo, takže pak se to vlastně mi vrchní poslala z tý XY (druhý komplex) s tím, že se tam jako zeptali, kdo by byl ochoten a tam se vlastně ty tři holky nabídly, takže když ty šly za mnou a pak jsi byla ty jako by ta čtvrtá, no. (Kateřina, R 22)

[...] tak tady zůstala jenom nějaká doopravdy nejodolnější skupina lidí, která vlastně asi to nejtěžší tady vlastně měla na hrbu, přečkala a my potom, jak jsme se zase začali vracet, vracet po Covidu, tak se to jako by začalo lepší personálně. Ale myslím si, že ten první týden nebo prvních čtrnáct dní, než se začali vracet ty první personál, tak to asi, sama víš, že to bylo tady mazec, mazec asi největší no. (Josef, R 7)

Práce ve sníženém počtu pracovníků znamenala zejména zajištění nejdůležitější péče u klientů. COVID-19 znamenal pro personál nárůst pracovních povinností a dodržování hygienických postupů – tedy zvýšení náročnosti jejich práce.

No a když přišel ten Covid, byl to nášup, byl to doopravdy jakoby, jak bych to řekl ... jednou takovej nárůst prostě práce a věcí, který, který byly normální. Takže de facto veškerá ošetrovatelská činnost se se stáhla na zabezpečení těch nejdůležitějších věcí. (Josef, R 7)

Všechno trvalo, že jo, já nevím třeba krmení dvě hodiny, že jo. A teď lidi, jak byli takoví oslabení, že jo nebo to, tak jich bylo hodně, co se museli krmit, takže to bylo náročný – časově a psychicky, ale jinak to no. Člověk vlastně nikdy nic takovýho nezažil, takovou jakoby krizovou situaci, no. (Dana, R 1)

[...] znamenalo všechny obě patra otestovat a podle testů, jak vyšly antigenní testy, tak se postupovalo. Vzhledem k tomu, že nám myslím, že vyšlo poprvé šest, pět nebo šest pozitivních, ostatní byly negativní, takže my jsme postupovali v tom, že jestli, že se v tom pokoji objevil

Covid, my jsme je nestěhovali z toho pokoje, ale udělali jsme izolaci z celého pokoje. Takže se vlastně udělala, udělaly izolace, všude se připravily vozejky s ochrannými pomůckami, dezinfekce a tak dále, označilo se to a všechno se to teda zaevidovalo a byl to teda masakr. Takže všichni do ochranných obleků a už to prostě jelo, no. (Kateřina, R 22)

Při vypuknutí byli klienti bezpříznakoví, zhoršení zdravotních stavů přišlo po deseti dnech od nakažení. Personál interpretoval nákazu jako neodhadnutelnou a nepředvídatelnou.

Ze začátku, když to tady vypuklo, tak ty lidi byli bez-příznakový jako jo, nebo co jsme jim jako zjistili, když to bylo vlastně hned poprvý, tak ono jim nic nebylo, jo, pak třeba druhý, třetí den se jednorázově objevila jednou zvýšená teplota, jinak jim nic nebylo – říkám: „*No tak to bude dobrý, to jako přežijem.*“ Jenže nejhorší na tom bylo to, že uběhlo deset dní, kdy vlastně skončila ta nejvyšší doba jako by nakažlivosti, jo, kdy oni jsou vysoce infekční těch deset dnů, no a pak to prostě vlastně v uvozovkách začalo, že ty lidi začali mít prolapsy, začali bejt dušný a teprve nám začalo to pravý peklo. (Kateřina, R 22)

Pak opravdu to bylo hodně rychlý, že začal jeden za druhým teda, no, kdy potom ty lidi některý prostupně museli i vlastně odjet teda samozřejmě do nemocnice, no. (Jolana, R 18)

Výskyt COVIDU-19 na oddělení znamenal pro klienty zpřísnění jejich dosavadní izolace (viz kap. 8.2) – klienti museli být jenom na svých pokojích, aby se zamezilo šíření, např.: „*No a pak, když byla ta, když to sem přišlo, tak jsme byli zalezlí na pokoji.*“ (pan Dvořák, R 23). Pro některé klienty znamenala informace o přítomné nákaze zděšení, obavu a strach – individuálně vnímali vážnost situace.

[...] a klienti se nemohli stýkat ani mezi sebou, nemohli si chodit z pokoje do pokoje, nemohli chodit na jídelnu vlastně jak byli zvyklí na ten společnej kontakt vlastně s ostatními spolubydlícími – ne, prostě byli fakt jenom na tom pokoji. (Karolína, R 9)

[...] když to měla ta pani Čajkovská a to, tak se hrozně divila, proč ji to strkáme do toho nosu, tak, když jsi ji to řekla, že teda to tady je, tak úplně: „Eh!“ Víš, takový to – ten úlek, to zděšení: „A jak se to sem dostalo?“ Víš, takový prostě ty otázky od těch lidí, jenže spíš oni z toho měli taky strach, no. (Simona, R 11)

No, bála, celkem jsem se bála, abych to nedostala. No u někoho to jako probíhalo dost špatně. Někdo to snášel taky lepší. (paní Macečková, R 17)

Někteří klienti nákazu nezaznamenali.

Jsem to nezaznamenala, že by jako se mi jako více věnovali, že to mám, prostě jsem to nevnímala, jestli mám a myslím si, že jsem ho neměla. (paní Zemanová, R 12)

Jak bylo výše uvedeno, jednalo se o nárůst pracovních povinností na malý počet zaměstnanců. Poskytnout péči klientům ve stěžejních pracovních podmínkách znamenalo pro zbylý personál “být ochotný pomoci” v přímé péči (vypomáhali všichni včetně aktivizační pracovnice, či sociální pracovnice – propojení pracovních pozic). Náročnost práce znamenala pro personál dopad na jejich psychické a fyzické vyčerpání.

[...] tak jsem třeba i já jsem jim šla pomoci jako do té přímé péče, říkám: „Jako kancelář, papíry počká.“ (Karolína, R 9)

Kdo byl zdravější a měl ruce, nohy, tak prostě pracoval a o ty klienty se prostě staral. (René, R 2)

A v podstatě tady bylo víc i těch lidí, co se krmili, že jo, takže prostě jako byl to mazec. Myslím si, že jsme chodili vyčerpání, jak blázni domů. (Simona, R 11)

COVID-19 na oddělení znamenal pro personál “týmovost” a “sehranost”.

[...] tak jako fakt jsme se semkli i na to, že vy jste byly vlastně, vy čtyři cizí by se dalo říct v uvozovkách a pomohli jste nám, že jste se zajeli strašně dobře, a že to pak všechno strašně dobře fungovalo, i když to

bylo strašně samozřejmě pro všechny náročný, jak fyzicky, tak psychicky, ale dali jsme to, že jo. Ale byl to boj. (Nikola, R 6)

Vedoucí oddělení chválila ošetřující personál za vykonanou práci ve stěžejních pracovních podmínkách.

Jako fakt jste byli sehraní, to teda smekám a říkám, tohle to ještě kdybych musela jako by řídit ten vlastně jako tu přímou péči, kdo má, co dělat, rozdělovat a hlídat to – ne vy prostě jste od začátku, vždyť to víš sama, bylas tady jeden den a pak jsi jela jako fretka. (Kateřina, R 22)

Naopak ošetřující personál chválil vedoucí oddělení a vrchní sestru za jejich organizaci.

A jako myslím si, že jsme to taky zvládli jako díky tý vrchní a tý staniční [...], že to bylo všechno na bedrech vrchní, že kdyby vrchní tady prostě se staniční nebyly takový schopný, tak si myslím, že to tady dopadlo i jako hůř. (Simona, R 11)

Pracovat v této krizové situaci znamenalo pro personál “být v kontaktu” mezi sebou a předávat si informace – důležitost otevřené komunikace -> “snazší” překonání nákazy.

[...] co já musím, ehm, říct za to jsem teda hrozně ráda, tak za prvý za perfektně fungující tým, jako což já vím, že mám šikovný lidi nebo to a oni jsou tak jako by vycvičení a opravdu jako jste fungovali na první dobrou, prostě všichni všechno věděli, předávali jste si informace i mezi sebou ... a hlavně potom zajištění pomůcek, protože co se týká tohohle, tak jako za prvý vrchní fungovala na první dobrou, protože ta byla za dveřma a říkám: „*Já byla prostě stoprocentně vybavená, fungovaly jsme přes telefon, přes Skype, když jsem potřebovala do lékárny cokoli dokoupit – teploměry, já nevím, dezinfekce, cokoli prostě odběry a tohle to, takže jsme byly domluvený a tam ta spolupráce byla taky výborná.*“ Jo, protože, jak jsem nemohli opustit oddělení, že jo, takže v tomhle tom bych řekla, že tohle to fungovalo na jedničku, protože ještě kdyby v tomhle byl problém, tak je to daleko složitější, že jo. (Kateřina, R 22)

Personál interpretoval, že rodinní příslušníci reagovali na informaci o COVIDU-19 na oddělení individuálně – někteří podporovali personál, u jiných se objevily vyčítavé reakce. Pro rodiny znamenala informace o nákaze u jejich klientů “šok”.

Šok, šok, ale drželi nám palce všichni, vzpomínali na nás, volali nám hezký telefonáty, aby jsme se drželi, že na nás všichni jako myslují, no. (Martá, R 4)

Některý telefonáty jako třeba typu: „*Jak je možný, že se to sem třeba dostalo, že jo, prostě, když návštěvy jsou zakázaný, jo.*“ Takže některý zase nebyly pěkný. Jako každej na to reagoval jinak. (Karolína, R 9)

Rodiny interpretovaly výskyt COVIDU-19 na oddělení jako strach o svého klienta. Strach rodin z nákazy byl umocňován případným úmrtím klienta zejména v nejisté době, kdy nebyly možné běžné rituály v pohřbívání. Strach rodin z netradiční smrti byl prohlubován informacemi z médií, která šířila zejména úmrtí starších lidí (viz kap. 8.1).

Od mamky jsem se to dozvěděla a byla jsem z toho špatná, že to tady je. Měla jsem strach o mamku. No, aby vydržela a tak, no. (paní Váchová, R 28)

[...] ty dcery její, ty jako byly hodně špatný – ty prostě už svým způsobem ji pohřbívaly a už říkaly: „*Hele, ta to nedá, jako. To nemůže prostě ten člověk přežít.*“ (paní Pokorná, R 24)

A byl hroznej strach jakoby vůbec až se to stane, jakože se řešilo že opravdu, protože ty lidi umírali, jo. [...] Až umře... jo, že prostě, že se tam za ní ani nedostanem, a že se tam za ní nepodíváme, že nás tam nikdo nepustí a jak to bude probíhat. A to bylo takový, taková ta šílenost s tím pohřbíváním, že jo, to bylo jako. [...] ty dcery se bály jako no, ale zase protože byly vystrašený a viděly, co se děje, jo, že opravdu ráno pustíte televizi a tam z médií se valí, že lidi nebudou mít kam dávat, že budou někde strkat je do mrazáku na chodbě, a tak jo, takže to bylo jako šílený. Bylo to šílený pro nás, natož pro ty starý lidi. (paní Pokorná, R 24)

Samozřejmě, to nejvíc jsme se o ni bály, protože tam potom se to vyskytlo, takže já tady bydlím kousek a tady jsem viděla, jak přijížděly

ty sanity, jo, odjížděly to, to jsme viděly, co se děje, jo. Jsme říkaly: „Bože, aby to nebyla máma, no.“ (paní Pavlová, R 26)

8.10.1 Důsledky COVIDU-19 na oddělení

Důsledkem nakažení COVIDEM-19 byla skutečnost, že klientům ochablo svalstvo na základě zhoršujících se zdravotních stavů.

[...] mají ještě post-covidový prostě následky, že jo. Takže prostě zhoršená manipulace s nima jako, cokoliv jako. Nemají prostě tu svalovou hmotu žádnou, prostě jsou vyřízení. Nedokážou se sebe obsloužit, tak jak to bylo dřív. (Bára, R 3)

[...] a vlastně po tom Covidu my jsme u těch lidí jakoby v uvozovkách „začínali znova“. Jo, začínali prostě, aby zvládali jídlo sami a tam šlo hlavně o tu mobilitu, takže rehabilitovat, chodit a zaplať pán Bůh se nám daří. (Kateřina, R 22)

Zároveň vlivem COVIDU-19 zemřeli schopní klienti, tedy se snížil početní stav klientů na oddělení. Z cca 60 klientů zůstalo na oddělení 30 klientů (od počátku celosvětové epidemie do léta 2021). Personál interpretoval úmrtí schopných klientů jako pro ně nepochopitelnou skutečnost.

Ale před tím Covidem bylo asi nějakých kolem šedesáti asi zhruba a teď jsme na nějaké té třicítce, jo. Takže vopravdu hrozně špatný jo. (Nikola, R 6)

Teď jakoby máme docela podstav po tom Covidu – vlastně hodně, hodně nám tady zemřelo, aspoň nám tady na oddělení – zhruba tak kolem deseti lidí jako během chvíle, tak to bylo fakt zařizování – pozůstalosti, dědictví, předávání těch věcí těm rodinám, no. (Karolína, R 9)

No, průběh měli teda jako docela takový schopnější lidi, u kterých by se předpokládalo, že to bude dobrý, tak to bylo naopak jako právě špatný a jako hodně lidí tady zemřelo těch schopnejch. A takový ti, který zase byli neschopní, tak zase se z toho dostali, tak to je zajímavý, že jako nám odešlo hodně lidí, u kterých jsme si vůbec nemysleli. (Boženka, R5)

Ač jsou zaměstnanci na fenomén smrti v Domově jistým způsobem zvyklí, tak na uvedené početné umírání klientů v krátkém čase nebyl nikdo připraven. Úmrtí klientů znamenalo pro personál beznaděj a ztrátu pracovního smyslu. Personál interpretoval citové vazby ke klientům a naopak (jako druhá rodina).

Tak samozřejmě, člověk tady na to je jako nějakým způsobem připravenej nebo i zvyklej, ale ne v takový míře a v takový krátký době. (Dana, R 1)

Když tady umřelo těch dvanáct lidí, tak je to tady takový jako smutný, poloprázdný ... víš takový, tak přeci jenom, když tady s těma lidma nějakou dobu seš, tak né, že bys k nim měla úplně citovej vztah, ale je to takový, takový. [...] takže to pro mě bylo teda jako takovej jsem to viděla beznaděj – vůbec jsem nechápala smysl tý práce, víš takový to bylo smutný, no. (Simona, R 11)

[...] děláš tady 25 let, zvykneš si na ně a pak přijde něco, co přišlo a prostě ty lidi ti tady odcházejí úplně pod rukama ti odcházeli. (Daniela, R 16)

[...] víš co, já je беру jako druhou rodinu, jo, protože ty lidi vlastně to tady mají jako by na dožití a ty si k nim prostě chce, nechce vytvoříš vztah – k někomu větší, k někomu menší, ale prostě jako je to jakoby tvoje druhá rodina, protože ty lidi nikam neodcházejí, jsou tady jakoby na doživotí a vlastně je znáš, že jo, takže asi tohle to, říkám, ten výraz, ten strach prostě jak oni začali bejt dušný, že jo, samozřejmě nemohli dejchat nebo to: „*Pojedete do nemocnice*“ a ty rychlíci a prostě ji nevěděla, jak to s nima dopadne, i když jako většinou u většiny, že jo. (Kateřina, R 22)

Fenoménu smrti v Domově si všímali i klienti. Pro klienty, kteří žijí na 3. oddělení a patří k těm soběstačnějším, znamenalo 1. oddělení a s ním spojené úmrtí jiných klientů strach – viz: „*Tam to bylo čistě na do... čekárna na smrt.*“ (pan Maršík, R 13)

Ty lidi z tý trojky oni to tady viděj tady na tom prvním patře, že to je jakoby jejich poslední. (Simona, R 11)

Kladným důsledkem nákazy na oddělení bylo personálem interpretováno jejich stmelení.

Samozřejmě zase asi si myslím hodně velký takový, si myslím semknutí i toho, toho personálu. (Jolana, R 18)

Tak myslím si, že bylo kladný, že jsme se jako by docela stmelili, vlastně, že ty vazby třeba některý jako posílily, jo a, že jsme byli ochotný do toho jít, i když jsme třeba jako nemuseli. (Karolína, R 9)

8.11 Post-covidový čas

Po skončení COVIDU-19 na oddělení následoval tzv. post-covidový čas, ve kterém se v Domově čekalo na ukončení kompletního očkování. Ukončené očkování znamenalo návrt k "normálnímu" chodu Domova, čímž je myšleno umožnění návštěv na pokojích klientů, zlepšování zdravotních stavů klientů, ale i navracení aktivit s vícero klienty atd. – např.: „*Takže teď už vlastně se dělá úplně všechno tak, jak se dělá za normálního chodu vlastně, že jo, no – oddělení.*“ (Nikola, R 6). "Podstoupit očkování" znamenalo pro personál samozřejmost v rámci jejich práce (zodpovědnost práce). Dokončené očkování bylo intervenující podmínkou usnadňující situaci.

7. dubna 2021 proběhla první vakcinace klientů i nás, takže všichni jsme to vzali jako občanskou povinnost, že to prostě musíme mít. (Marťa, R 4)

V současné době se neustále řeší probíhání návštěv. Klienti jsou po očkování. [...] Po kompletním očkování – příští týden ve středu, budeme mít i čtrnáctidenní období po druhé vakcinaci. (období po vakcinaci skončilo 2. 6. 2021 – doplněno z poznámek) (Marťa, R 4)

Jo, určitě zlepšení. Fakt jako, myslím si, že jsou takový veselejší, že to tady jako víc ožilo. Teď se třeba pořádala jako i zahradní slavnost, tak tam byli s harmonikou. Jako fakt perfektní, myslím si, že to bylo už takový veselejší. (Karolína, R 9)

Kompletní očkování znamenalo “otevření Domova.” Klienti mohli domů za rodinou, či do města. Návrat do “normálního” chodu Domova znamenal pro klienty dlouho “očekávaný čas.”

Teď jsem nedávno jsem byla doma. Teď čtrnáct dní je to, co jsem byla doma. Ani se mi na zpátek nechtělo. (paní Osmíková, R 19)

Spíš potom, když se to otevřelo, tak to byl další šok. Já můžu ven! A teď najednou já můžu do zahrady, já se můžu podívat, jak kvetou stromy, já můžu se podívat, jestli bude nějaký ovoce.... Můžu se dojít podívat do města, zjistit co a jak...” (pan Dvořák, R 23)

Diskuse

Výsledky realizovaného výzkumu ukázaly, že sociální realita v Domově byla vytvářena na základě protiepidemických opatření, které vydávalo vedení Domova ve spojení s Ministerstvem zdravotnictví ČR a Asociací poskytovatelů sociálních služeb. Opatření v Domově byla vydána jako ochrana pro zde žijící klienty, protože Světová zdravotnická organizace na základě epidemie COVID-19 označila za rizikovou skupinu osoby starší 60 let (WHO, 2020). Klienti Domova se stali rizikovou skupinou, kterou tak vnímal personál, klienti sebe sami tak nevnímali. Mezi opatření patřilo: pravidelné testování zaměstnanců; nošení právě platné ochrany dýchacích cest; zákaz služeb v podobě docházení kadeřnice a pedikérky do Domova; zákaz hromadných akcí; omezení počtu osob na aktivizačních programech; přijímání, dezinfikování a izolování balíčků s trvanlivými potravinami od rodinných příslušníků pro klienty; zákaz docházení do města nebo ven klienty; ale i zákaz návštěv.

Přijatá opatření měla zamezit sociální kontakt, který by mohl klienty ohrozit. Jak píše Hasmanová Marhánková (2021, s. 150-151), veškerý sociální kontakt byl vnímán jako forma ohrožení a jako zásadní riziko pro starší lidi. Výsledky výzkumu dále uvedly, že počáteční strach při vypuknutí celosvětové epidemie byl v Domově podněcován médii, která zveřejňovala údaje o úmrtí zejména starších lidí. Hasmanová Marhánková (2021, s. 154) uvádí, informace, že závažný průběh této nemoci a případné umírání se týká častěji starších lidí, byla klíčovým nástrojem „uklidňování“ veřejnosti. Jinými slovy, výsledky výzkumu ukázaly, že tam, kde média jistou část společnosti uklidnila, naopak jinou znejistila. Média znejistila personál, klienty i rodinné příslušníky.

Data ukázala, že zaměstnanci Domova definovali situaci v kontextu protiepidemických opatření jako uzavření Domova; izolaci klientů; omezení jak klientů, tak personálu; stres, strach a starost; či ochranu klientů. Domov pro seniory izoloval klienty pro jejich ochranu. Na druhou stranu výsledky uvedly, že se jednalo o sice nedobrovolnou izolaci ze strany klientů, ale kterou klienti v rámci svých kognitivních možností respektovali, protože senioři v institucích přijímají pravidla tamního domovního řádu. O definování dobrovolné a nedobrovolné izolace píše Hasmanová Marhánková (2021, s. 157). O dobrovolnou izolaci šlo v tom smyslu, že senioři byli doma z obavy před nákazou. Nedobrovolná izolace seniorů byla dána uzavřením či omezením fungování služeb (tamtéž, s. 157).

Uzavření Domova, zejména pak dočasná ztráta fyzického kontaktu klientů s rodinami v rámci zákazu návštěv měla dopad na psychickou pohodu klientů. Odkazují se na Horeckého a Švehlovou (2021, s. 9), kteří potvrzují stejný důsledek sociální izolace klientů. Dalším důsledkem fyzického distancování od rodiny, či od vnějšího světa mimo Domov bylo snížení komunikačních schopností klientů, protože klienti najednou nemohli se svými blízkými mluvit v takové formě, jak byli zvyklí, než se Domov uzavřel. LeVine (2021) a Ratana (2019) v souvislosti s významem rodiny pro seniora podotýkají, že rodinná náklonnost mnohdy přispívá k vyšší úrovni kognitivních funkcí u staršího člověka. Interakce s rodinou stimuluje mozkovou aktivitu – senior během konverzace s rodinou využívá jak krátkodobou, tak i dlouhodobou paměť a také si rozšiřuje slovní zásobu (LeVine, 2021; Ratana, 2019).

Výsledky dále uvedly, že v rámci nemožnosti fyzického kontaktu mezi klienty a jejich rodinami bylo v Domově využito komunikačních technologií v podobě klientských mobilních telefonů, telefonu dostupného na oddělení, i tabletu umožňujícího online spojení klientů a rodin přes aplikaci Skype.

Preferovanějším spojením klientů s rodinami byly mobilní telefony. Klienti, kteří disponovali vlastními mobily a byli kognitivně a fyzicky schopni, volali bez pomoci personálu. Někteří klienti uvedli, že dokážou telefonní čísla vytočit i přijmout, jiní jen přijmout. Témata probíraná prostřednictvím mobilního telefonu mezi klienty a jejich rodinami byla o tom, co se děje doma (srov. viz Gubrium, 1997, s. 90-91). Ti klienti, kteří mobilem nedisponovali, s rodinou volali pomocí telefonu na oddělení, který klientům ochotně předával personál.

Data uvedla, že tablet s aplikací Skype byl využíván pouze třemi klientkami na oddělení. Skypování bylo limitováno opět kognitivními schopnostmi a fyzickými možnostmi klientů. Mezi fyzické faktory patřil klientův zhoršený sluch či zrak, i snížená obratnost. Zároveň byl tablet se Skypem klienty vnímán jako nová záležitost v rámci jejich věku, zacházení s ním se jim zdálo složité. Na příčiny, proč senioři nemohou využívat moderní technologie, poukazuje Slavík (2014, s. 229). Výsledky mého výzkumu v Domově potvrdily, že mezi determinanty přijetí a využívání nových komunikačních technologií staršími lidmi patří postojové, funkční a fyzické faktory (srov. viz Barnard a kol., 2013; Neves a kol., 2013; Tsai a kol., 2015 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237). Data mého výzkumu ukázala, že k postojovým faktorům se řadil klientův nezáměr, nedůvěra v technologii a subjektivní vnímání opírající se o věk, které zmiňoval personál v souvislosti s nevyužíváním tabletu klienty, např. slova mé komunikační partnerky: *„...žijou úplně v jiný době – pro ně tahle ta technika je španělská vesnice.“* (Radana, R 15) (srov. viz Neves & Amaro, 2012; Vroman a kol., 2015 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237). Má data dále uvedla, že k funkčním faktorům se řadily klientské digitální nedovednosti (srov. viz Neves a kol., 2015; Tsai a kol., 2015 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237). Data mého výzkumu ukázaly fyzické faktory, se kterými se potýkali klienti při využívání komunikačních

technologií – fyzické faktory zahrnovaly výše uvedená zdravotní omezení klientů, jako je jejich snížená obratnost (srov. viz Czaja & Lee, 2007 citováni in Neves a kol., 2018, s. 237), i zhoršující se vidění, či zhoršený sluch (srov. viz Kutnohorská & Plisková, 2017, s. 19).

Z dat je patrné, že rodiny respektovaly omezení fyzického kontaktu s klienty v rámci všech opatření. Pro rodinné příslušníky klientů znamenala situace v kontextu protiepidemických opatření v Domově dobu “čekání” v tom smyslu, jak se opatření budou měnit a jaké kroky budou následovat. Rodiny se prostřednictvím telefonu staly podporou personálu Domova, “držely jim palce” – např. v situaci při výskytu COVIDU-19 na oddělení. Jednalo se o kooperativní vztah. Kooperativní vztah mezi personálem a rodinami definoval na základě své studie také Jang (2020, s. 11). Tento vztah zahrnuje sdílení ošetrovatelských znalostí a informací o stavu klienta, vhodné vyjednávání rolí, zapojení obou stran do poskytování péče (tamtéž, s. 11). Data mého výzkumu ukázala, že ač se rodina nezapojovala do péče, tak zastávala roli utěšovatelů klientů pomocí mobilního telefonu, přičemž se je snažila udržet při dobré mysli – tento prvek shledávám v péči o klienty za důležitý a významný. Zároveň výsledky výzkumu uvedly, že rodinní příslušníci, kteří mají dobrý vztah s klientem, postrádali fyzický kontakt s ním. Fyzický kontakt po klientovi postrádali jak děti klientů, tak i vnoučata klientů. Klient svou rodinu také postrádal. Oboustranné postrádání vedlo k tomu, jak uvedly výsledky, že rodiny a klienti využili kontaktu z okna, aby se alespoň na dálku viděli a zamávali si. Výzkum potvrdil, jak udává Hasmanová Marhánková (2021, s. 151), fyzické distancování za epidemie zviditelnilo význam a potřebu mezigeneračních vazeb.

Výsledky také ukázaly, že zaměstnanci a klienti zvládali a utvářeli situaci v kontextu protiepidemických opatření tím, že personál byl nositelem nových rolí v interakci s klienty. Personál zastával role – zaměstnanců

v sociálních službách; ochránců klientů před virem; poskytovatelů kadeřnických a pedikérských služeb; “druhé” rodiny klientů. Takto se definovali zaměstnanci, klienti k zaměstnancům vzhlíželi s poděkováním za jejich všestranné nasazení v péči o ně. Došlo k navázání jiných vztahů oproti těm, které v domovech pro seniory probíhají bez protiepidemických opatření. Kahana s kolegy (1985) podotýkají, že vazby mezi personálem a klienty nejsou citově zabarvené (Kahana a kol., 1985 citováni in Bitzan & Kruzich, 1990, s. 386), protože absence citové blízkosti mezi těmito dvěma skupinami je dána na základě přijatých norem v poskytování péče (Noelker & Poulshock, 1984 citováni in Bitzan & Kruzich, 1990, s. 386). Výsledky mého výzkumu potvrdily opak – mezi zaměstnanci a klienty vznikaly a posilovaly se značné citové vazby. Když v Domově byla nákaza COVID-19, tak personál pociťoval bezmoc a stesk z rychlého a početného umírání klientů, na které si zvykli a brali je jako „svoje“. V této souvislosti vstupuje do popředí fenoménem smrti v domovech pro seniory.

Podle Gubriuma (1997, s. 197) jsou umírání a smrt běžnými situacemi v domovech pro seniory, umírání klientů patří do rutinní práce personálu na oddělení (tamtéž, s. 203-204). Dle výsledků mého výzkumu, výskyt COVIDU-19 na 1. a 3. oddělení Domova přispěl ke zhoršení zdravotního stavu a urychlil smrt několika klientům. Mnoho rodin z tohoto důvodu nemohlo využít běžných rituálů v rozloučení se s klienty. Tento fakt uvádí Carr s jeho kolegy (2020), že v rámci epidemie nebylo možné využít běžné mechanismy sociální podpory a rituálů, pomocí kterých by se dalo se smrtí blízkých snáze vyrovnat, a zároveň jejich bolest ze ztráty blízkého byla umocňována stresem z nestálé situace (Carr a kol., 2020 citováni in Hasmanová Marhánková, 2021, s. 159).

Zjistili jsme také, že klienti z 3. patra měli strach z toho, aby se nedostali na 1. patro, které je známé tím, že jsou zde umístěni méně soběstační klienti – bylo by to pro ně známkou toho, že ztrácejí soběstačnost o svou osobu. Strach

klientů z 1. patra byl umocněn četným umíráním klientů na COVID-19, kteří pobývali právě na prvním patře. Na tento fakt poukazuje i Gubrium (1997), který ve své studii rozlišuje soběstačnější „klienty“ a „pacienty“ odkázané na péči ošetřovatelů. Klienti v Gubriumové studii očekávali pravděpodobnější úmrtí u pacientů než u sebe samotných (tamtéž, s. 201). Tyto dvě skupiny bydleli na jiných patrech zařízení. Klienti, kteří vstoupili do prostoru, kde se nacházeli pacienti, byli opatrní, protože tento prostor byl spojen se smrtí (tamtéž, s. 201).

Výsledky realizovaného výzkumu prokázaly velký význam sociálních služeb, který zdůraznila i Hasmanová Marhánková (2021, s. 159): *„Tato pandemie zviditelnila klíčovou roli péče v našich životech i práci, kterou lidé v sektoru zdravotnictví a sociálních služeb vyžívají.“*

Závěr

V diplomové práci jsem zachytila každodennost vybraného Domova pro seniory – sociální praktiky a s nimi spjatá pravidla, tj. interakci a transakce mezi zaměstnanci a klienty a neformální, implicitně nebo explicitně vyjednávané principy uplatňované v interakcích. Zjistila jsem, jak se změnily ve specifické situaci epidemie COVID-19. Tím bylo dosaženo vytýčených cílů a byly zodpovězeny výzkumné otázky.

Sociální realita Domova byla zaměstnanci a klienty vytvářena na základě interních protiepidemických opatření, i personálních doporučení, která byla vydávána vedením Domova pro seniory ve spojení s Ministerstvem zdravotnictví ČR a Asociací poskytovatelů sociálních služeb. Protiepidemická opatření byla zavedena s ohledem na rizikovou skupinu klientů Domova. Mezi opatření patřilo: pravidelné testování zaměstnanců; nošení ochrany dýchacích cest; zákaz služeb v podobě docházení kadeřnice a pedikérky do Domova; zákaz hromadných akcí; omezení počtu osob na aktivizačních programech; přijímání, dezinfikování a izolování balíčků s trvanlivými potravinami od rodinných příslušníků pro klienty; zákaz docházení do města nebo ven klienty; zákaz návštěv; ale i preventivní úklid osobních věcí klientů do šatních skříní v rámci zhoršující se epidemiologické situace.

Personál podléhal doporučením, jak by měl jednat na veřejnosti, aby se zamezilo přenosu COVIDU-19 do Domova. Mezi doporučení patřilo: nevystavování se shlukování lidí na veřejných místech, či omezení pohybu v podobě cest z práce – do práce. Opatření a doporučení byla komunikována po hierarchické linii řízení Domova (vedení Domova -> vedoucí oddělení -> ošetřující personál -> klienti) osobní a písemnou formou – včetně ohledu na zdravotní stav klientů. Každodennost Domova podléhala protiepidemickým opatřením, přičemž početní stav personálu byl na směnách stabilní a

nenarušen, např. personál neodcházel na ošetřovné (OČR) kvůli malým v době nařízené distanční výuky.

Personál definoval situaci v kontextu protiepidemických opatření jako: uzavření Domova; izolaci klientů i personálu; omezení v jejich mobilitě i v poskytování péče; stres, strach a starost; či ochranu klientů. Účelem uzavření Domova a s ním spojeného izolování klientů byla právě ochrana rizikové skupiny klientů – takto byla vnímána především personálem. Zaměstnanci deklarovali zodpovědnost své práce, která byla zvýznamněna zhoršující se celosvětovou epidemií COVID-19. Nechtěli být těmi, kteří by klienty ohrozili na jejich životech, proto všichni dodržovali vydaná opatření a doporučení. Klienti se v rámci svých kognitivních schopností snažili respektovat situaci. Důsledkem uzavření Domova, zejména důsledkem zákazu či omezení návštěv bylo snížení komunikačních schopností klientů, protože mezi nimi a jejich rodinou neprobíhal delší dobu osobní fyzický kontakt. Dalším důsledkem zákazu návštěv, i zákazu docházení na nákup či ven klienty byl dopad na jejich pociťovanou psychickou pohodu.

Domov se také potýkal s onemocněním COVID-19 klientů a personálu, přičemž důsledkem šíření nákazy bylo ochabnutí svalstva klientů, snížení počtu klientů v rámci jejich úmrtí. Zároveň důsledkem nákazy bylo i stmelení se personálu, protože si vzájemně ve stěžejní situaci pomáhali a byli pro sebe oporou. Zaměstnanci a klienti zvládali situaci v kontextu protiepidemických opatření tím, že personál vykonával činnosti, které dalece přesahovaly jejich formálně stanovené pracovní povinnosti. Klienti si byli vědomi všestranného nasazení personálu – viz personál jako: zaměstnanci v sociálních službách, ochránci klientů před virem, poskytovatelé kadeřnických a pedikérských služeb, druhá rodina.

V rámci nemožnosti fyzického kontaktu mezi klienty a jejich rodinami bylo využito komunikačních technologií v podobě klientských mobilních

telefonů, veřejného telefonu na oddělení pro klienty, kteří nedisponují vlastním mobilním telefonem a tabletu umožňujícího online spojení přes aplikaci Skype. Mobilní telefony byly shledány kognitivně a fyzicky schopnými klienty jako méně složitými oproti tabletu s aplikací Skype. Dále personál měl kompetenci k tomu, aby sděloval informace rodinám o klientech, kteří nebyli schopni komunikace. Tablet s aplikací Skype využívaly 3 klientky na oddělení. Skypování bylo limitováno fyzickými možnostmi a kognitivními schopnostmi klientů, jako je např. zhoršený zrak, sluch i nedůvěra v pro ně novou technologii. Obecně byl tablet se Skypem klienty shledáván jako složitý.

Moderní komunikační technologie nenahradily fyzický kontakt mezi klientem a rodinou, proto personál umožnil klientům a jejich rodinám kontakt z okna, v rámci, kterého probíhalo mávání si s rodinnými příslušníky. Při rozvolňování protiepidemických opatření bylo umožněno návštěv v Domově. Návštěvy probíhaly za přísných protiepidemických opatření v přízemí Domova. Byly limitovány časem, zároveň byl eliminován fyzický kontakt klientů a rodin tím, že mezi nimi bylo plexisklo. Personál uváděl, že rodiny respektovaly omezení fyzického kontaktu s klienty v rámci jejich ochrany. Rodinní příslušníci vyčkávali, jak se opatření v Domově budou vyvíjet. Rodinní příslušníci interpretovali uzavření Domova jako postrádání fyzického kontaktu po svém klientovi. Rodiny se po telefonu staly utěšovatelem svých klientů, i podporou personálu Domova. Jednalo se o kooperující interakce.

Skutečnost, že výsledky realizovaného výzkumu nemohou být generalizovány, je vyvážena hloubkou vzhledu do „fungování“ a sociálních vztahů v době epidemie COVID-19 ve vybraném Domově pro seniory.

Jak dobrovolnice jsem navázala důvěrné interakce s komunikačními partnery – dříve, než byl realizován samotný výzkum. Důvěrný vztah, který byl navázán mezi mnou, zaměstnanci a klienty, byl výhodou: pro komunikační partnery bylo téma citlivé, uvedli, že by o něm s nikým jiným

nechtěli otevřeně mluvit. Složitější však bylo, že jsem si musela dávat pozor na přílišné ztotožnění se s komunikačními partnery a Domovem, a dívat se na výzkumný problém pohledem výzkumníka.

Domnívám se, že realizovaný výzkum může přinést cenné poznatky do gerontosociologie. V dalším výzkumu by bylo zajímavé např. zaměřit se na možnosti, bariéry či strategie kombinace práce a rodiny u zaměstnanců pobytových zařízení, resp. na to, jak se vyrovnala zařízení sociálních pobytových služeb s protiepidemickými opatřeními v té situaci, když zaměstnanci měli děti mladší 10 let a museli s nimi být na ošetřovně (OČR).

Seznam literatury

- 1) APSS ČR. (2015). *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Citováno 13. února 2022. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL.pdf
- 2) Ayoob, S. (2020). Senior Citizens and Their Roles in Family and Household. *The Journal Of Politics And Law*, 13(2), 32.
- 3) Bitzan, J., & Kruzich, J. (1990). Interpersonal Relationships of Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 30(3), 385–390.
- 4) Bunc, V., Hráský, P., & Skalská, M. (2014). Pohybové aktivity seniorů – benefity a možná rizika. In H., Štěpánková (Eds.). *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. (s. 185–197). Charles University in Prague: Karolinum Press.
- 5) Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum.
- 6) Donovan, C., Stewart, C., McCloskey, R., & Donovan, A. (2014). How do residents spend their time in nursing homes?. *Canadian Nursing Homes*. 25, 13–17.
- 7) Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- 8) Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., & Bechard, L. a kol. (2020). Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us?. *Age and Ageing* 49(5), 692–695.
- 9) Gabrian, M., Dutt, A., & Wahl, H. (2017). Subjective Time Perceptions and Aging Well: A Review of Concepts and Empirical Research – A Mini-Review. *The Journal of Gerontology*, 63(4), 350–358.

- 10) Gubrium, J. (1997). *Living and Dying at Murray Manor*. Charlottesville/London: University Press of Virginia.
- 11) Gutiérrez, J., Linares-Abad, M., Grande, M., & Marín, D. (2012). The personal relationships that are established by residents of a nursing home. *Enfermería Global*, 11, 13–22.
- 12) Hasmanová Marhánková, J. (2021). Ageism, Age Divisions and Ageing in a Time of Crisis: Reflections on the Social Impact of the COVID-19 Pandemic. *Czech Sociological Review*, 57(2), 143–164.
- 13) Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- 14) Hinck, S. (2007). The Meaning of Time in Oldest-Old Age. *Holistic nursing practice*, 21(1), 35–41.
- 15) Horáková, K., Šujanová, A., & Vidovičová, L. (2014). Mezigenerační vztahy a programy pro jejich kultivaci – přínosy a rizika. In H., Štěpánková (Eds.). *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. (s. 265–283). Charles University in Prague, Karolinum Press.
- 16) Horecký, J., & Švehlová, A. (2021). *Pandemie Covidu-19 a sociální služby 2020-2021*. Citováno 13. února 2022. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/A4_FACT%20SHEETS%20PANDEMI E%20COVID-19.pdf
- 17) Hrozenská, M. (2008). *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiska*. Martin: Osveta.
- 18) Jack, K., Ridley, C., & Turner, S. (2019). Effective communication with older people. *Nursing Older People*, 31(4), 40–48.
- 19) Jang, H. (2020). Partnership between staff and family in long-term care facility: a hybrid concept analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 15(1), 1801179.
- 20) Kalvach, Z. (2004). Tělesné projevy stáří. In *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

- 21) Konopásek, Z. (2005). Co znamená interpretovat text?. In M., Miovský (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV. Vybrané aspekty teorie a praxe.* (s. 85-95). Olomouc: FF UP.
- 22) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci.* Praha: Grada Publishing.
- 23) Kutnohorská, J., & Plisková, B. (2017). *Komunikace a etické aspekty péče o seniory.* Citováno 13. února 2022. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/41578/Komunikace a eticke aspekty pece seniory 2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/41578/Komunikace_a_eticke_aspekty_pece_seniory_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 24) LeVine, A. (2021). The Importance of Family in a Senior's Life – Amanda Senior Care. Citováno 13. února 2022. Dostupné z: <https://www.amadaseniorcare.com/2020/03/the-importance-of-family-in-a-seniors-life/>
- 25) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada.
- 26) Neves, B., Waycott, J., & Malta, S. (2018). Old and afraid of new communication technologies? Reconceptualising and contesting the 'age-based digital divide.' *The Journal of Sociology*, 54(2), 236–248.
- 27) Ort, J. (2004). *Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí).* Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Pedagogická fakulta.
- 28) Petrová Kafková, M. (2017). *Neviditelní senioři a jejich každodennost: čtvrtý věk jako stárnutí s disabilitou.* Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. Sociologická řada.
- 29) Petrusek, M., Linhart, J., Vodáková, A., & Maříková, H. (1996). *Velký sociologický slovník.* Praha: Karolinum.
- 30) Ratana, A. (2019). The Importance of Family in a Senior's Life – Home Care Assistance. Citováno 13. února 2022. Dostupné z: <https://www.homecareassistancedenver.com/how-is-family-essential-in-the-lives-of-elderly-people/>

- 31) Roberts, T., & Bowers, B. (2015). How Nursing Home Residents Develop Relationships with Peers & Staff: A Grounded Theory Study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 57–67.
- 32) Rychtaříková, J. (2002). Úspěšné stárnutí – leitmotiv 21. století. *Demografie*, 44(1), 43–46.
- 33) Richardson, S., Carroll, C., Close, J., Gordon, A., O'Brien, J., Quinn, T. a kol. (2020). Research with older people in a world with COVID-19: identification of current and future priorities, challenges and opportunities. *Age and Ageing*, 49(6), 901–906.
- 34) Slavík, P. (2014). Komunikace seniorů s moderními technologiemi. In H., Štěpánková (Eds.). *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd.* (s. 227–283). Charles University in Prague, Karolinum Press.
- 35) Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Brno: Albert Boskovice.
- 36) Strumpf, N. (1987). Probing the temporal world of the elderly. *International Journal of Nursing Studies*, 24(3), 201–214.
- 37) Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie.* Praha: Sociologické nakladatelství.
- 38) UNITED NATIONS. (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons.* Citováno 13. února 2022. Dostupné z: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>
- 39) Utey-Smith, Q., Colón-Emeric, C., Lekan-Rutledge, D., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., a kol. (2009). The Nature of Staff – Family Interactions in Nursing Homes: Staff Perceptions. *Journal of aging studies*, 23(3), 168–177.

- 40) Vaportzis, E., Clausen, M., & Gow, A. (2017). Older Adults Perceptions of Technology and Barriers to Interacting with Tablet Computers: A Focus Group Study. *Frontiers in psychology*, 8, 1687.
- 41) VLÁDA ČR. (2020). *Vládní usnesení a odůvodnění s bojem proti epidemii – rok 2020*. Citováno 13. února 2022. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/vladni-usneseni-souvisejici-s-bojem-proti-epidemii-koronaviru---rok-2020-186999/>
- 42) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 43) WHO. (2020). *COVID-19 guidance on the care of specific populations, high-risk groups*. Citováno 13. února 2022. Dostupné z: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/technical-guidance/specific-populations-high-risk-groups>
- 44) Yorkston, K., Bourgeois, M., & Baylor, C. (2010). Communication and aging. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 21(2), 309–319.
- 45) ZÁKONY PRO LIDI. (2022). *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (zákon o sociálních službách)*. Citováno 13. února 2022. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Přílohy

Příloha č. 1 Ukázka scénáře rozhovoru

Život a práce v domově pro seniory. Kvalitativní případová studie

Veletová Martina

Navázání kontaktu tazatelky (T) s komunikačním partnerkou/partnerem (KP)

- 1) Představení se
 - a. Tazatelka se představí komunikačnímu partnerovi
- 2) Podání stručných informací o výzkumu KP:
 - a. Výzkum se zabývá každodenním životem v Domově pro seniory v době epidemie Covid – 19.
 - b. Výzkum je prováděn v rámci diplomové práce v oboru Sociologie na Katedře Sociologie, andragogiky a kulturní antropologie v Olomouci
 - c. Poukázání na aktuálnost tématu v současné době
- 3) Tazatelka informuje KP o průběhu rozhovoru
 - a. Poukázat na význam výpovědí KP v návaznosti na probíraná témata v rozhovoru -> každá výpověď KP je důležitá -> výpovědi pomohou zmapovat průběh každodennosti domova v epidemii Covid-19
 - b. Předložení informovaného souhlasu, vysvětlení nahrávání, důraz na anonymitu KP -> požádat o podpis informovaného souhlasu

Zapnutí diktafonu/nahrávání

Rozhovor

1) Úvod rozhovoru

- a. Tazatelka se snaží navodit důvěryhodnou atmosféru s KP
 - i. Tazatelka se zeptá, *jaký den má KP? Zda je KP po pracovní směně, či před ní? Jak se cítí KP v současnou chvíli?*
 - ii. Tazatelka reaguje na odpověď KP, zároveň tazatelka přichází s prvním okruhem rozhovoru zaměřeným na zmiňované téma

2) Okruhy rozhovoru

- a. První okruh = Epidemie Covid – 19 a domov pro seniory
 - i. *„Prosím, povězte mi, co se Vám všechno vybaví pod spojením epidemie Covid - 19 a domov pro seniory?“*
 - 1. Zde se pro tazatelku vynoří „pomocná“ témata, na které bude moci navázat později, pokud nejsou předem zahrnuta ve scénáři
- b. Druhý okruh = Protiepidemická opatření
 - i. *„Prosím, řekni/řekněte mi, co to znamenalo, když byla vydána v Domově protiepidemická opatření?“*
 - 1. Pokud by bylo třeba dozeptat se – co to znamenalo pro Domov, pro personál, pro klienty, pro rodinné příslušníky ...?
 - 2. Pokud by bylo třeba dozeptat se – jaká byla vydávána opatření? Popsat je...
- c. Třetí okruh = výskyt COVIDU-19 v Domově
 - i. *„Prosím, řekni/řekněte mi, co to znamenalo, když se na oddělení objevil COVID-19?“*
 - 1. Případně se dozeptat – co to znamenalo pro personál, pro klienty, pro rodinné příslušníky?

- d. Čtvrtý okruh rozhovoru = současná situace v Domově
 - i. Jistá žádost o doplnění – „*Prosím, řekni/řekněte mi, jaká je momentální situace v Domově?*“

Ukončení rozhovoru

- 1) Požádat o údaje o KP → předložit k vyplnění KARTU RESPONDENTA
- 2) Ukončit setkání: poděkovat za cenné informace

Příloha č. 2 Ukázka rozhovoru, kódování, kategorizování

Komunikační partner – přezdívka René (R 2)

Datum rozhovoru: 19. 05. 2021, nahrávka 24:35 minut

Tazatelka: Martina Veletová (zkratka MV)

O koho jde?

Muž, 41 let

Vzdělání: vyučení/střední škola bez maturity

Rodinný stav: ženatý

Společná domácnost: s životní partnerkou, s dětmi

Pracuje jako: PSS (pracovník v sociálních službách)

Průběh setkání

S tímto komunikačním partnerem jsem realizovala druhý rozhovor na poli Domova pro seniory. Rozhovor byl uskutečněn v dopoledních hodinách, kdy byl na oddělení čas a klid. S komunikačním partnerem jsme šli do společenské místnosti, aby nás nikdo nerušil. Rozhovor probíhal v poklidné atmosféře, kdy jsme seděli naproti sobě u stolu. Ve společenské místnosti je zhruba 7 stolů, okolo kterých jsou židle pro klienty, když se zde konají společenské akce, či jiné události, jako je hraní různých deskových her. Společenská místnost je oddělená od oddělení prosklenými dveřmi. Je velmi světlá, nechybí zde skříň, veliká okna a televize. Komunikační partner byl trochu nervózní z realizace rozhovoru, protože se mi svěřil, že nikdy takový rozhovor neposkytoval nikomu a že se bojí, že nebude umět odpovědět. Ujistila jsem ho, že žádná odpověď není špatně a nastínila jsem mu celý

výzkum. Komunikační partner mi podepsal informovaný souhlas a vyplnil kartu respondenta. Po celou dobu rozhovoru měl komunikační partner položené ruce na stole, se kterými gestikuloval a držel kopii informovaného souhlasu, která náležela jemu. Zmíním, že v půlce rozhovoru se probudili v místnosti papoušci v kleci a začali skřehotat. Rozhovor byl na základě tohoto faktu mírně narušen. Jen dodám, že jsme o papoušcích věděli již na začátku, že jsou v této místnosti ve voliére, ale také dodám, že přes voliéru je daný přehoz, na základě, kterého jsou papoušci potichu a nevydávají zvuky, bohužel v průběhu rozhovoru zvuky mírně vydávali.

1 **MV:** *Takže já Ti chci poděkovat, že jsme si na sebe udělali takhle čas. Chci*
2 *se Tě zeptat, jaký máš dneska den? Jsme tady spolu dneska v práci, tak?*

3 **René:** Jako jak se cejtím?

4 **MV:** *Hm, jak se cítíš, no?*

5 **René:** Docela dobře.

6 **MV:** *Jo?*

7 **René:** Hm.

8 **MV:** *A v práci všechno v pořádku?*

9 **René:** Zatím ano.

10 **MV:** *Hmm. A my teda se spolu budeme bavit vlastně o epidemii Covid právě*
11 *na území tohoto Domova pro seniory, a tak by mě zajímalo třeba, co*
12 *všechno se ti vybaví pod spojením Covid-19 a právě tento Domov pro*
13 *seniory? Co všechno se Ti vybaví?*

14 **René:** (nervózní přemýšlení a šustění s papírem, který komunikační partner
15 držel v ruce)

16 **MV:** *Když Ti dám takovouhle, položím otázku?*

17 **René:** Co všechno se mi vybaví?

18 **MV:** *Hm, co Tě napadne třeba?*

19 **René:** Tak asi **nepříjemnosti**.

20 **MV:** *V jakém smyslu?*

21 **René:** (přemýšlení)

22 **MV:** *Jestli bys to mohl rozvíst – ty nepříjemnosti?*

23 **René:** Tak asi **strach, aby si člověk jako, že jo, mám rodinu, mám děti, tak**
24 **jsme měl strach, abych něco nepřines domů jim, jo?** Na druhou stranu zase
25 jsem měl **strach někam vyrazit, nebo někam jít, abych zase něco nepřinesl**
26 **naopak zase do práce,** protože je **to zodpovědnost,** že jo. Jako jsou to tady
27 **starý lidi v Domově** a člověk jako – je to **zodpovědnost,** že jo. Takže proto ten
28 **strach,** proto takový obavy, že jo. A hlavně taky jsem se setkal s tím, že třeba
29 u příbuznejch třeba mojí ženy – **příbuznejch mojí ženy – příbuzný**
30 **nepochopili, že prostě nechceme přijet na návštěvu, jo?** Nebo ze mě udělali,
31 že jsem, že se toho bojím až moc, a že jsem jako takovej prostě. No udělali ze
32 mě prostě takovýho prostě, jak bych to měl jako nazvat, prostě, že jsem, že
33 jsem posera, když to tak řeknu, že to prostě, ale když jsem to jako
34 vysvětloval, že prostě to není, že bych se bál vo sebe, ale že **vlastně bojím vo**
35 **to, abych něco nepřines do práce,** že jo, protože potom budou všichni
36 **poukazovat na Tebe,** že jo anebo **Ty na to tady budeš koukat, jak ty lidi**
37 **prostě vodcházejí,** že jo.

38 **MV:** *Jo, jasný, no. Takže permanentní strach?*

39 **René:** Takže prostě asi takhle bych to vysvětlil proč.

40 **MV:** *Hm, a můžu se Tě zeptat, jestli si vzpomeneš, co se dělo zde v Domově,*

41 *když zde byla zavedena protiepidemická opatření, aby právě se jako*

42 *zamezilo tomu viru Covid? Jo? Aby se to sem nedostalo. Tak jestli, co*

43 *všechno Tě k tomu napadne?*

44 **René:** No, tak co mě napadne... Tak jako samozřejmě, že **se budova okamžitě**

45 **uzavřela**, takže jsme sem vlastně mohli jenom my zaměstnanci.

46 **MV:** *A můžu se jenom zeptat, když Ti do toho skáču, kdy se uzavřela ta*

47 *budova? Třeba na podzim, na jaře nebo? Jenom jestli Tě tak napadne.*

48 **René:** No, vlastně ... (přemýšlení) ... vlastně, hned jak vlastně to začlo bejt,

49 když se to tady do XY (jméno města, kde se Domov nachází) dostalo, no.

50 **MV:** *To bylo na konci srpna, no.*

51 **René:** No, asi tak, tak si myslím, že hned paní vrchní s nějakou další institucí,

52 která se tímhle tím zabývá, tak dostala povel, aby **prostě tu budovu zavřeli**.

53 Přesnej datum teď nevím, že jo, už je to přes rok, takže nevím

54 **MV:** *Jasně, to ne, to je jasný.*

55 **René:** Takže nevím, ale, myslím si, že, když se to dostalo sem do XY (opět

56 město), když byly prostě první případy, který tady jako byly hlášený, tak si

57 myslím, že jako dosti dosti rychle, jako jo. Kdysi jsme dělala na LDN tady

58 v XY (město) a tam, než třeba to zavřeli, třeba kvůli žloutence nebo já nevím,

59 když něco tam trvalo všechno, jako my zaměstnanci jsme jako říkali: „*Na co*

60 *čekají?*“ **Ale tady v Domově jako co se týče Covidu, tak si myslím, že to bylo**

61 **včas, tady jako.**

62 **MV:** *Takže se zavřelo a jak se třeba postupovalo pak dál, jestli si*

63 *vzpomeneš? Třeba na ty další opatření ...*

64 **René:** Přímo tady na oddělení?

65 **MV:** *No, třeba – přímo tady na oddělení nebo přímo v Domově, prostě.*

66 **René:** Tak všechno to bylo **zpřísněný**, že jo, jako. Samozřejmě ochranný

67 pomůcky, rukavice, obleky jsme teda nenosili, protože zatím nebyl důvod,

68 nebylo důvodu jako zatím plašit nějak moc, protože se nic nevyskytlo a

69 hlavně, protože jsme byli **testovaní**, že jo – každých pět dní, nebo každé

70 pátej den, jestli si dobře vzpomínám, že to taky bylo po začátku. Jsme byli

71 testovaní, takže to bylo prostě **hlídaný**, jako no.

72 **MV:** *A takže jste jeli podle nějakých směrnic?*

73 **René:** Víceméně ano.

74 **MV:** *Hm.*

75 **René:** Víceméně ano. Tak, každěj den **příbyl nějaký papír – na nástěnce.**
76 Každěj den přišla vedoucí a něco jako příbylo. Kázali jsme se vzadu na
77 jídelně – jako ta směna – kde nám teda jako vedoucí oddělení předávala to
78 všechno, co příbylo, jak se máme dál chovat, co hrozí a čemu musíme
79 předejít, takže si myslím, že ta **informovanost byla ze všech stran dobrá.**
80 **MV: A co to třeba tyhle opatření znamenaly pro personál, jako? Říkals**
81 **zpřísnění, tak třeba nějaký strach?**
82 **René:** No, tak taky no, obavy, že jo, tak hlavně to **vysvětlit tomu klientovi,**
83 kterej vlastně, tady jsou lidi víceméně dosti jakoby, jak to mám říct – který
84 moc nevycházel ven, jsou dosti nemocný, jsou hodně jakoby na tom pokoji,
85 že jo – **jsou hodně taková izolovaní** – ta nemoc je izoluje, takže nemůžou,
86 nedostanou se na tu veřejnost tolik jako to, **takže vysvětlit to i tomu klientovi**
87 **hodně a** takže jako ... po všech stránkách to bylo najednou takový to. Že jo,
88 **strach v sobě,** že jo, a tak nějak, ale nemůžeš zase, aby na tobě to ten klient
89 zase poznal, že se něco děje, že jo ... zbytečně ho **stresovat nebo takhle,** že jo.
90 Bylo to tak jako ze všech stran, jak ze soukromí, tak prostě i z té strany tady
91 no.
92 **MV: Takže tlak.**
93 **René:** Takže tlak, no. Není to, není to jednoduchý, když člověk dělá
94 v takovymhle prostě, v **takovýhle pozici** prostě.
95 **MV: A můžu se Tě zeptat, co znamenala tato patření pro klienty třeba?**
96 **René:** No, tak určitě ...
97 **MV: Jak na vás jako reagovali, když jste s tím přišli? Jestli to respektovali**
98 **nebo jo? Po tom vysvětlení vašem.**
99 **René:** Tak, co si tak prvně vybavím, **tak začali se nosit roušky, takže nás**
100 **špatně poznávali. Nevěděli, kdo jsme,** pak si nás samozřejmě podle **hlasu a**
101 **to, tak to si nás pak otipovali pak.** Takže asi jako, že nás nepoznávali. No a
102 jinak snad jako v těch počátcích jako z jejich strany jako jsem neviděl, že by
103 jako – asi si to neuměli nijak jako, kdo jako kouká nějak na televizi, že jo, **tak**
104 **něco měl z televize,** nějaký informace a to, ale nějak si nemyslím, že ze strany
105 klienta.
106 **MV: A rodiny na to reagovali třeba jak? V rámci návštěv nebo?**
107 **René:** No, když potom přišlo k tomu, že se **návštěvy zakázaly,** že jo, tak
108 rodiny, no? **Volaly – hroznejch telefonátů, jo no.** No a každěj reagoval tak
109 nák po svém, no. Tak jak to je mezi lidma no... **někdo plašil,** někdo si to
110 nechal rozumně vysvětlit prostě, a hlavně my jsme: „*Podej informaci, když*
111 *sama nevíš, jak to bude. Jak to bude dlouho trvat, co se bude dít...*“ Jo, volali, jestli

112 už to tady máme, jo, nebo jak to tady je. Teď tady jsou dvě budovy, na jedný
113 budově to bohužel bylo, že se to tam bohužel dostalo, tak volali, jestli je to
114 tahle budova nebo druhá budova, jo – jak ten jejich příbuznej, jo jestli. No
115 bylo to takový, těch telefonátů bylo hodně, no. Že jsme si říkali: „Dyť my sem
116 snad budeme muset posadit jednoho člověka, dyť tady, aby seděl jeden u telefonu, dyť
117 my nemůžeme nic jako nic jinýho dělat, dyť to by člověk jen volal tady.“

118 **MV:** Jasný, a když třeba nešly tyhle návštěvy, tak mohli jste spojit jako
119 klienty s těma rodinama, třeba přes Skype, nebo?

120 **René:** Jo, jo, jo.

121 **MV:** Jo, bylo ta možnost?

122 **René:** Tak, ta možnost tady byla. To tady byly vyčleněný dvě kolegyně, který
123 to měly na starosti a přes sociální pracovníci, kdy budou a v kolik asi hodin,
124 aby trošičku to na sebe navazovalo, aby v tom nebyl nějaký chaos, takže to si
125 tak nějak daly vědět přes sociální pracovníci, kdy by se vozvali, aby to ...

126 **MV:** A klienti k tomu přistupovali jak? K těmhle jako technologiím nebo?

127 **René:** No ... nic moc, protože, že jo, jsou to lidi, pro který jsou to všechno
128 novinky. Mně je takhle čtyřicet, a i pro mě je to prostě, nejsem po tím, abych
129 byl prostě nějaký takovej jakože, že, že je nějaká nová věc a honem bych po
130 tím šel, že jo. Takže pro ty lidi, kterejm je dnes vosmdesát, devadesát let, tak
131 to pro ně prostě, asi si myslím, že tady z toho oddělení nikdo nevěděl, co to
132 je, že najednou na malý obrazovce vidějí někoho svýho, a že hovořejí. Jako
133 někdo byl samozřejmě rád, komu to myslí, když to takhle řeknu, tak byl rád,
134 že se takhle vidějí, že jo, že nějaká možnost tu je – není to návštěva, ale je to
135 rozhodně jako víc než se třeba jako jenom slyšet po tom telefonu. Každý
136 druhý málo slyší, že jo. Někdo neslyší skoro vůbec, takže jako, že se viděli
137 aspoň na tý malý obrazovce, jak já říkám, tak jako to pro ně bylo dobrý. No
138 ale spoustu lidí tomu třeba nerozumělo, že jo. Je tady taky nějaká demence,
139 ale to nevím, jestli vo tom můžu nějak úplně rozebírat, nebo to.

140 **MV:** Jestli chceš, nechceš, nebo jestli k tomu máš nějaký postřeh, tak můžeš,
141 nemusíš.

142 **René:** No, někdo tomu nerozuměl zkrátka, jo. Někoho to potěšilo, někoho
143 rozčílilo, protože taky to spojení taky se stalo ... (komunikační partner mi
144 naznačuje, že uvede citlivou informaci – do rozhovoru není přepsána)

145 **René:** Že jsem si zrovna na tohle vzpomněl.

146 **MV:** No, jasný, super, úplně super poznatek. A můžu se Tě zeptat, co
147 znamenala ta protiepidemická opatření pro průběh směn? Jestli nějak jako
148 ty směny...

149 **René:** No, tak. Vedoucí pracovníci měli za úkol vod vedení, jestli přímo od
150 ředitelem nebo celkově, že měli spousto porad, že jo, takže **když přišli**
151 **vedoucí z porady**, tak zase nám předali to, co se nás týká a tohle, tak, vo čem
152 teď to bylo?

153 **MV:** *Hm.*

154 **René:** Se omlouvám.

155 **MV:** *V pohodě. Jestli, co znamenala ta protiepidemická opatření právě pro*
156 *průběh směn? Jestli se ty směny nějak měnily nebo?*

157 **René:** Jo, to jsem chtěl říct, to jsem chtěl říct – že měli za úkol **naplánovat,**
158 **pokud by se to sem dostalo na oddělení,** tak měli za úkol jakoby... Hm... To
159 nějak přizpůsobit, aby prostě ... bylo spoustu návrhů, jo prostě – že se bude
160 chodit, že **budou všichni chodit na dvanáctky** prostě, na dvanáctihodinový
161 směny, jo a že se třeba **pojedou tři dny nebo čtyři dni** a pak se zase ta parta,
162 že se to prostě **rozdělí třeba na dvě poloviny – ten personál,** jo ... nás je tady,
163 já nevím asi devatenáct zaměstnanců, takže by se to rozdělilo na dvě
164 poloviny a čtyři dni by se jelo vkuse a pak by se zas čtyři dni bylo doma a
165 zase by jela ta **druhá polovina lidí, a že by jsme se jako nepotkávali,** jo – třeba
166 v šatně, abychom se ne to to, tak to byl takovej návrh prostě. Někdo udával
167 chodit celej tejden na dvanáctky, ale to zase my jsme říkali, že jestli to jako
168 přemýšlej, aby to vůbec člověk jako dal, ale jakoby vůbec, že se nám to zdálo
169 jako nesmysl, jo. Jako člověk měl kolikrát dva dni dvanáctku a byl tak
170 hotovej, že byl rád, že jeden den si vodpočinul a šel znova, je to záprah (zde
171 klient opět naznačuje citlivou informaci – neuvedla jsem ji zde) ... Nicméně,
172 když to teď shrnu, po tom roce, tak nakonec z těchle plánů, který teda asi
173 museli bejt – **něco se vypracovat muselo, že jo, nemohlo se to nechat jen tak**
174 **jako: „Až to bude, tak ...“** to jako nejde, že jo. Pokud to jde tak je potřeba se
175 zařídit, že jo, ale nakonec po tom roce a půl, když si to vezmu, pak se to sem
176 **nakonec dostalo** – na to oddělení a **třičtvrtě personálu vypadlo,** protože to
177 bohužel jako chytli, dostali, že jo. A takže najednou bylo po všech těchle
178 plánech a prostě kdo **měl ruce, tak prostě pracoval. Kdo byl zdravěj a měl**
179 **ruce, nohy, tak prostě pracoval a o ty klienty se prostě staral.** A já jsem tady
180 tedy první tejden nebyl, protože manželka bohužel vonemocněla dřív, než se
181 to sem eště dostalo, **takže já jsem tady v tom úplně největším tlaku, kerej**
182 **tady byla asi ten první tejden, když se tady na to přišlo, tak jsem tady teda**
183 **nebyl,** protože jsem musel bejt doma kvůli manželce, že jo, jsme měli nějakou
184 karanténu nařízenou, takže jsem tady ten první tejden nebyl. **Ale když teda**
185 **jsem pak už měli v pořádku testy a mohl jsem se vrátit do práce, tak eště**

186 pořád tady, ještě pořád to tady bylo. Jo, takže jsem si ještě tady zažil to
187 voblíkání a převlíkání a takový to nepříjemno, jo, strach a hodně lidí
188 nemocnejch, že jo, Některý už bohužel taky už to nedali, jo, takže jako. Něco
189 jsme si s kolegyní zavolali. Zavola jsem s kolegyní, s kterou docela jako
190 dobře vycházím, takže než jsme sem nastoupil, tak jsme si volali a ptal jsem
191 se, jak to tady je a tohle, abych už trošku přišel připravenej, a abych nebyl
192 v šoku. Jo, sice prostě v těch sociálních službách dělám osmnáct let, ale tohle
193 je pro mě něco novýho – to jsem nezažil, tak jsem byl rád, když mi řekla
194 prostě pár informací po telefonu. Staniční sestru jsem s tím nechtěl otravovat,
195 protože zase vím, že s tím měla spoustu práce, že i když jsme se na to
196 připravovali, tak potom, když to vypuklo a bylo to tak, jak to bylo a vypadlo
197 jí vlastně třičtvrtě personálu, takže jako, tu jsem s tím nechtěl zatěžovat, že
198 jsme věděl, že má spoustu vyřizování jinejch, a aby každému dávala
199 informace: „Hele je to tady takhle a takhle ...“ tak jsem prostě zavola kolegyni,
200 která tady ten první tejden byla, pak tedy taky chudák onemocněla, taky už
201 bal byla doma, ale byl jsem ji za těch prá vět, co mi řekla: „Hele je to takhle,
202 takhle. Jo tady se převlíkáme takhle to je, jo. Tyhlety a tyhlety lidi jsou prostě horší jo,
203 je to prostě. Ta péče je úplně prostě někde jinde, jo – prostě se to muselo jenom to
204 nejnutnější, protože, aby se to vůbec dalo, jako jo.“ Tak, jak říkám, abych to shrnul
205 a pořád to neomílal, prostě byl jsem ji za těch pár vět, co mi po telefonu řekla,
206 byl jsem ji vděčnej a vopadla ze mě trošku ta – co se bude dít nebo tohle a
207 tohle to, jo – už jsem sem přišel trošičku připravenej.

208 **MV:** *Hm, hm, ale stejně pak ta realita, že jo...*

209 **René:** Určitě, určitě, šok. Prostě přišel jsem do práce, že jo – už ze šatny se mě
210 ujmul kolega, řekl mi, jak se do čeho voblíkat – i to jsme měli už
211 natrénovaný, protože pani vrchní nám vytiskla i obrázky, jo, kdy a co
212 voblíkat, kdy a co svlíkat, v jakým pořadí jo. Takže trochu jsme připraveni,
213 nebo trochu, docela dost jsme byli připravený na to, že se to prostě může
214 stát, že se to asi prostě z 90 % stane, že se to prostě sem dostane, protože po
215 tom městě tady to šlo strašně rychle, ale vlastně my jsme to skoro rok udrželi,
216 takže vlastně my jsme snad byli poslední zařízení tady z kraje, kde to ještě
217 neměli.

218 **MV:** *Obdivuhodný, no.*

219 **René:** Takže my jsme jako vopravdu, sice samochvála smrdí, ale takhle o
220 přestávkách, když jsme se sešli, tak. Jo, a to jsem teda měl možná ještě teda
221 říct, když ses mě ptala, jak se nás to dotklo nebo tohle to, že jako jsme spolu
222 nemohli jít, že jsme museli bejt odděleně, že jo. Člověk vzpomíná, až když o

223 tom mluví, že vlastně tě napadnou další a další věci, že jo. Je to přes rok.
224 **MV:** *Jasně, jasně. A kde jste třeba jedli, jako nějak odděleně?*
225 **René:** *Jedli jsme na sesterně, ale střídali jsme se.* Za jedno nás bylo málo,
226 takže to nebyl takovej problém, abychom tam byly sami, protože zase, že jo,
227 tak byli na oddělení ostatní, tak jsme se nějak *domluvili mezi sebou, kdy,*
228 *kdo se půjde najíst a tak, tak nějak na domluvě no.* Jako v práci jsme byli tři
229 třeba, čtyři. Když už jsme byli čtyři, tak to už bylo něco.
230 **MV:** *A mluvíme o tom Covidu, že jo?*
231 **René:** Ano, ano. Takže jako jsme se takhle střídali jako no. *Na oběd se vlastně*
232 *do jídelny nechodilo, to nám chodilo jídlo, to nám personální jídlo chodilo*
233 *s klientským v oddělenejch nádobách a to jsme si nandali tady na oddělení a*
234 *taky jsme se u toho nějak vystřídali a potom po nějakým čas, když to trošku*
235 *pominulo, vlastně nikdo neměl příznaky z těch klientů, tak potom jsme se*
236 *vrátili zpátky do jídelny, ale tam už jsme seděli každej a vlastně je to do*
237 *dneška tak, že každej sedíme u svého stolu, prostě – že ty dva metry, nebo*
238 *jak je to předepsaný nebo nařízený, že tam je víc jak dva metry u těch stolů,*
239 *že prostě do dneška jíme takhle sami. Je to bez respirátorů, bez roušek.*
240 **MV:** *A můžu se ještě zeptat jenom jak třeba klienti vnímali ten vir nebo,*
241 *když už sem jsi přišel po tom, že jo tlaku, nebo to.*
242 **René:** No, nevím, jak to vnímali, ale jako byli *všichni unavení, byli všichni*
243 *unavení.* Moc nehovořili, spíš tak koukali. Asi jako my z těch obleků – nám
244 koukali jenom voči přes štít a přes brejle, tak oni zas tak koukali zase na nás.
245 No, jako *byli unavení,* bledounký všichni no. No a ty, co se z toho brzo
246 dostali, tak byli třeba čtrnáct dní dobrý a pak to na ně jakoby, takovej
247 *postcovidovej syndrom,* jak se tomu říká, no. Jo a jsou vlastně, jsou vlastně
248 špatný do dneška někteří. Jo, málokdo se z toho dostal úplně, aby byl jako fit.
249 Jo, i my sami zaměstnanci na sobě cejtíme takovou větší únavu – dřív se
250 unavíme, nevím prostě jako no. Snad to jako vovejde no. Neměli jsme čich,
251 chuť – mně samotnému se to třeba jako vrátilo až po měsíci a půl, skoro po
252 dvou měsících jako jo.
253 **MV:** *Handicap tohle, no.*
254 **René:** No, no.
255 **MV:** *A ještě se můžu zeptat, v současný době ty směny probíhají. Takže tys*
256 *říkal, že ty směny probíhaly normálně, že jo v těch protiepidemických*
257 *opatřeních, potom, že se to změnilo v Covidu, že jo, tam to nenutnější...*
258 **René:** Ano, ano.
259 **MV:** *A teď to probíhá jak stálej stav nebo jako normální stav?*

260 **René:** Já třeba, konkrétně já chodím na ranní směnu, a když jsem vlastně
261 nastoupil sem do toho, když se to tady vařilo, když to tak řeknu, když to
262 tady bylo fakt hodně, hodně, tak jsme ranní směny nesloužil – **sloužil jsem**
263 **dvanáctky. Jo, staniční mi vždycky napsala třeba čtyři, pět dní dopředu,**
264 **abych věděl, jak půjdu, ale tak ta ranní směna úplně vodpadla, jo, to se**
265 **nedalo** – to bych tady nebyl vůbec nic platnej. Když už jsem sem šel, tak jsem
266 už tady prostě ten celej den vodpracoval a druhej den zas, a pak třeba mi
267 dala zase další den volno vedoucí a zase prostě dva dny a teď už po tom
268 roce, když se ty lidi už tak jako, **že jo, dneska už jsme po druhým vočkování,**
269 **že jo.**

270 **MV: Jo, dneska jo, no.**

271 **René:** Takže už, dneska už vo tom mluvím skoro jako vo minulosti, i když to
272 tady prostě pořád jako je, že jo – né ta nákaza, **ale furt ten strach, že jo nebo**
273 **prostě furt ty lid prostě nejsou fit,** že jo, ale už vlastně prostě chodím, **prostě**
274 **na ranní směnu,** už prostě se to pomalinku vrací **do těch kolejí** a byl bych
275 rád, aby to tak bylo.

276 **MV: A průběh směn je tedy normální teď.**

277 **René:** Teď je normální. **Každej se vrátil na ty směny, jak byl zvykle chodit.**
278 Teď je to normální, a hlavně se všichni **vrátili po neschopenkách.** Jsou i
279 zaměstnanci, který s tím marodili třeba tři měsíce, jo, čtyři měsíce, takže nás
280 bylo furt málo jako. Ale teď vlastně poslední měsíce už jako jsou, musím to
281 zařukat... (řuká) ... **všichni v práci,** takže už se to vrátilo, už nejsme –
282 nechodím domů tak utahanej jako jsem chodil. Už toho na mě není tolik, jako
283 nečeká tady na tebe všechno práce prostě – už se vo to přeci jenom **podělíme**
284 a je to jiný no.

285 **MV: A počet klientů, ten se?**

286 **René:** Ten? No měli jsme přes čtyřicet klientů a teď jich máme 29. No jako, já
287 **nevím, asi jedenáct nebo dvanáct klientů zemřelo, no. Což jako a když to**
288 **řeknu, tak většinou hodně ty klienti, který byli hodně soběstačný – což pro**
289 **mě samotnýho, i pro kolegyně byl prostě hroznej šok, že ty lidi, který byli**
290 **hodně soběstačný, tak vlastně zemřeli, jo, prostě vodešli na ten Covid a lidi,**
291 **který byli voslabení, tak to většinou dali** - což je pro nás, pro mě pro lajka
292 takový nepochopitelný, že se říkalo v médiích a všade, že kdo je něčím
293 oslabenej, že ho to prostě jako skolí a tady vlastně u nás, mi to připadá, že
294 většina vodešla spíš těch schopnejch. Jo, ne všichni samozřejmě – když byl
295 někdo hodně nemocnej, tak to, ale i to mě hodně překvapilo jako.

296 **MV: A napadá tě ještě něco třeba k tomuhle tématu?**

297 **René:** Ani snad ne. Myslím si, že asi bych si vzpomněl, až už se o tom
298 nebudeme třeba bavit.

299 **MV:** *Jo, určitě, tak když si náhodou vzpomeneš ...*

300 **René:** Nebo doma ... (smích) ... až se mi to rozleží v hlavě, tak by mě třeba
301 napadly nějaký věci, který by třeba stály za to třeba.

302 **MV:** *Tak, když za to nějaký budou stát, tak to nahrajeme ještě dodatečně*
303 *třeba.*

304 **René:** Dobře, dobře.

305 **MV:** *Tak jo, tak ti moc děkuju za rozhovor a děkuju.*

306 **René:** Ano, rádo se stalo.

Přepis ručního kódování do tohoto souboru – kódy z rozhovoru

Nepříjemnosti	nepoznávání personálu
strachování se o nenakažení své rodiny	poznávání personálu podle hlasu
strachování se o nenakažení klientů	informování klientů z televize
zodpovědnost povolání	zakázání návštěv
poukázání na ohroženou skupinu	volání rodin na oddělení
strachování se	plašení rodin
strachování se přinesení Covidu do práce	tázání se rodin na Covid
nenavštěvování příbuzných personálem	tázání se rodin na příbuzné
poukázání na případného viníka	vyčlenění aktivizačních pracovníků na volání
obávání se zavinění	objednávání volání přes sociální pracovníci
okamžité uzavření Domova	předávání informací z porad
zpřísnění	plánování strategií na poradách
testování	chození všech na dvanáctky
hlídání testama	střídání se po 4 dvanáctkách
vyvěšování opatření na nástěnku	rozdělení se personálu na poloviny
informování personálu o jeho chování	nepotkávání se skupin zaměstnanců
vysvětlování situace klientům	vypracování strategických plánů
izolovanost klientů	neponechání Domova situaci
strach ošetřovatelů	roční odolávání Covidu
nestresování klientů situací	pýcha z odolávání proti Covidu
prvotní nošení roušek personálem	oddělené jezení personálu
	domlouvání se kolegů

- ➔ O čem to je? O ochraně ohrožené skupiny – ochrana pomocí protiepidemických opatření na poli Domova.
- ➔ KP zmiňuje druhy opatření = testování, plány proti COVIDU-19, neshlukování se
- ➔ Strach -> nescházel se s rodinou -> bál se
 - KP zmiňuje roli = viník -> bál se o zanešení COVIDU-19 (pozor!)

Kategorie	Opatření
Subkategorie	Izolování klientů; izolování personálu
Vlastnost	Uzavření Domova pro seniory
Dimenze	Usilovné, intenzivní izolování

Neznámost technologií – novinka

radost z možnosti skypování

nenahrazení přítomnosti rodiny

nedobré slyšení

vidění se s rodinami

neporozumění technologiím

potěšení technologiemi

- ➔ O čem to je? O nahrazení fyzického kontaktu komunikačními technologiemi – Skypem
- ➔ KP hovoří o limitech = nedobré slyšení, neporozumění – SKYPE (i radost ale)

Kategorie	Strategie nahrazující fyzický kontakt
Subkategorie	Moderní technologie – Skype
Vlastnost	Volání přes Skype
Dimenze	málo vyhledané, problémové, neznámé, složité, nenahrazující fyzický kontakt

Výskyt Covidu přes všechna

opatření

onemocnění ¾ personálu

postrádání personálu

starání se o klienty

onemocnění KP

vrácení se do Covidu

převlíkání se personálu

nepříjemno

strach

onemocnění klientů

zemření klientů

volání si s kolegy

připravování se na Covid z hovorů

s kolegyní

nepoznaná situace v sociálních

službách

nezažití podobné situace

předávání si informací s kolegy

nezatěžování staniční sestry

dotazy
 poskytování nejnutnější péče
 vděčnost za informace z oddělení
 natrénované oblékání z obrázků
 nechození personálu na jídelnu
 únava klientů
 post-covidový syndrom
 sloužení dvanáctek

plánování směn staniční
 zemření soběstačných klientů
 šokování personálu z umírání
 soběstačných klientů
 neumírání oslabených klientů

- ➔ O čem to je? O onemocnění 1. a 3. oddělení Covidem-19.
- ➔ KP byl při výskytu v karanténě -> až pak se vrátil do práce

Kategorie	Nakažení Covidem-19
1. Subkategorie	Nasazení pracovních sil
2. Subkategorie	Chybějící personál
3. Subkategorie	Izolování klientů
4. Subkategorie	Umírání schopných klientů
5. Subkategorie	Týmovost
6. Subkategorie	Organizování situace staniční a vrchní
7. Subkategorie	Zastávání nejdůležitější péče
8. subkategorie	Předávání informací
Vlastnost	Fyzické a psychické vyčerpání
Dimenze	Postupné, náročné, bezmocné

2. očkování

stálý strach

doznívání onemocnění u lidí

vrácení se ranních směn

navracení se do starých kolejí

návrat původního směňování

ukončení pracovních neschopností

nepostrádání personálu

podělení se o práci s ostatními

snížení počtu klientů

-> O čem to je? O postupném návratu do normálního chodu Domova -> po druhém očkování ... rozvolnění ... konečně volno?

Kategorie	„Normální stav“
Subkategorie	Navracení se
Vlastnost	Navracení se do běžného chodu
Dimenze	Postupné

Kategorie	Završení očkování
1. Subkategorie	Proočkování
2. Subkategorie	Normální chod Domova
Vlastnost	Proočkování Domova pro seniory
Dimenze	Očekávané, vysněné

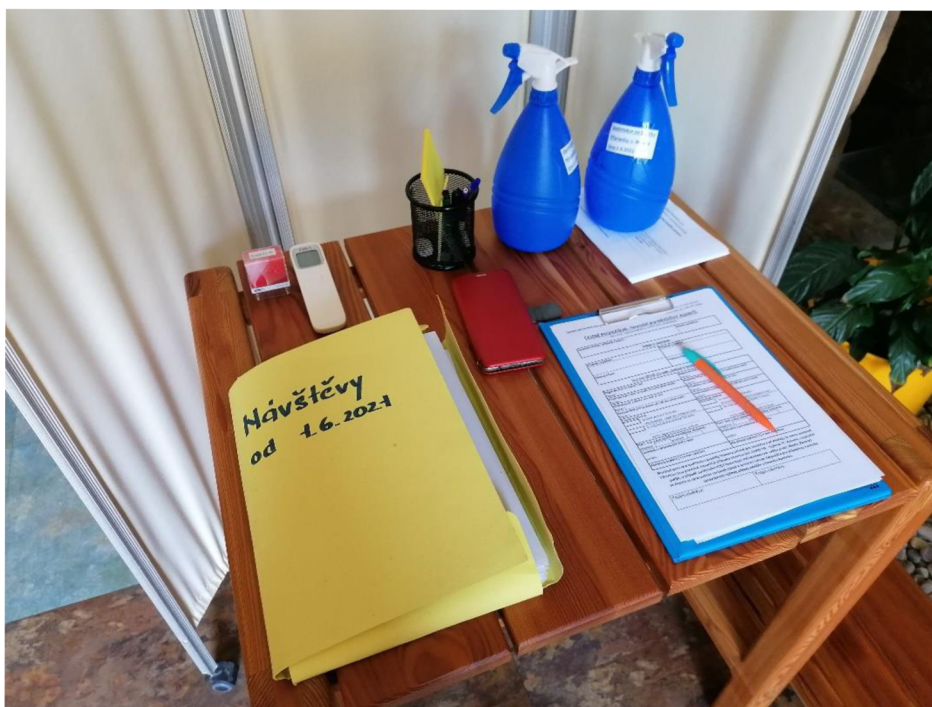
Příloha č. 3 Terénní fotografie



Obrázek 2 Covidové oddělení – čistá a špinavá zóna (31. 1. 2021)



Obrázek 3 Místo v přízemí pro návštěvy (27. 5. 2021)



Obrázek 4 Organizace návštěv (29. 6. 2021)



Obrázek 5 Tým 1. a 3. oddělení (8. 8. 2021)