

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Mgr. Karolína Hrdá

Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Matěj Lejsal

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 19. června 2016

.....

Karolína Hrdá

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svým blízkým za veškerou podporu, které se mi v průběhu psaní diplomové práce dostalo. Dále vedoucímu této práce Mgr. Ing. Matěji Lejsalovi za podnětné diskuze, které pomohly k zformování tématu i obsahu práce, také za trpělivost a rychlost zpětné vazby. Kolegům děkuji za ochotu ke sdílení i za upřímnost v rozhovorech.

Obsah

ABSTRAKT	7
ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1. PÉČE ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA	12
1.1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMU	12
1.2 TERMINOLOGIE UŽÍVANÁ V ZAHRANIČNÍ LITERATUŘE	14
1.3 VZTAH PŘÍSTUPU ZAMĚŘENÉHO NA ČLOVĚKA A INDIVIDUALIZACE	15
1.4 SCHÉMA KONCEPTU PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA	16
2. ČLOVĚK V CENTRU PÉČE.....	17
2.1 ČLOVĚK A LIDSTVÍ.....	18
2.2 PRVKY PŘÍSTUPU ZAMĚŘENÉHO NA ČLOVĚKA.....	20
2.3 PROJEVY PÉČE ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA	22
2.4 RODINA.....	25
2.5 SOUSEDSTVÍ A FYZICKÉ PROSTŘEDÍ PÉČE.....	25
3. ÚČASTNÍCI PŘÍMÉ PÉČE	29
3.1 VZTAHY MEZI ÚČASTNÍKY PÉČE.....	29
3.1.1 ROVNOVÁŽNÝ VZTAH.....	33
3.2 PŘEDPOKLADY PRO POSKYTOVÁNÍ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA NA ÚROVNI TÝMU	35
3.2.1 OSOBNÍ CHARAKTERISTIKY	35
3.2.2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	37

4. ZAJIŠŤOVATELÉ SLUŽBY	41
4.1 ČAS, VYBAVENÍ, VZDĚLÁNÍ	41
4.2 MANAGEMENT ORGANIZACE A VNITŘNÍ SLUŽBY	44
5. ODPOVÍDAJÍCÍ KULTURA ORGANIZACE	47
II. EMPIRICKÁ ČÁST	51
6. ÚVOD EMPIRICKÉ ČÁSTI.....	51
6.1 PŘEDSTAVENÍ RELEVANTNÍCH ASPEKTŮ PROSTŘEDÍ ZKOUMANÉ ORGANIZACE.....	51
6.2 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE JAKO PŘÍSTUP V DOSAHOVÁNÍ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA	52
6.3 BARIÉRY POSKYTOVÁNÍ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA – SHRUTÍ	56
7. METODOLOGIE	61
7.1 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	61
7.1.1 HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA	61
7.1.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	62
7.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A SBĚR DAT.....	63
7.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ	64
7.4 REFLEXE VLASTNÍHO PŮSOBENÍ V PŘEDMĚTNÉ ORGANIZACI.....	66
7.5 ETICKÉ ASPEKTY	67
7.6 ANALÝZA DAT	68
8. INTERPRETACE DAT	70
8.1 VIZE PÉČE	71
8.2 ŽIVOTNÍ PROSTOR.....	75
8.2.1 VÍTEJTE V ZAŘÍZENÍ.....	76
8.2.2 ALCHYMIE VZTAHŮ	77
8.2.3 PADESÁT KLIENTŮ, PADESÁT CHUTÍ.....	79

8.3	PROMĚNLIVOST KAPACITY PRACOVNÍKŮ PŘÍMÉ PÉČE.....	81
8.3.1	OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY PRACOVNÍKŮ.....	81
8.3.2	TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE.....	85
8.3.3	ZAVÁDĚNÍ PBM V ORGANIZACI.....	89
8.3.4	EFEKTIVNÍ PRÁCE S INFORMACEMI.....	94
8.3.5	NASTAVOVÁNÍ HRANIC.....	99
8.3.6	ZAJIŠTĚNÍ PÉČE.....	106
8.4	SUBKULTURA „KANCELÁŘÍ“.....	110
8.5	ZLATÁ KLEC.....	114
8.6	DISKUZE A SHRUTÍ.....	117
	ZÁVĚR.....	123
	SEZNAM UŽITÝCH ZDROJŮ.....	126
9.	SEZNAM PŘÍLOH.....	134
	PŘÍLOHA Č. 1 – PŘEHLED VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A SCÉNÁŘ ROZHOVORU.....	I
	PŘÍLOHA Č. 2 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM INFORMACÍ.....	II
	PŘÍLOHA Č. 3 – SOUHLAS S VÝZKUMEM V ORGANIZACI – VZOR.....	III
	PŘÍLOHA Č. 4 – PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	IV
	PŘÍLOHA Č. 5 – ŽÁDOST O ZMĚNU NÁZVU DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	XI

Abstrakt

Cílem předkládané diplomové práce je určení a popis překážek v dosahování péče zaměřené na člověka v konkrétním domově pro seniory. Za účelem jeho naplnění se autorka práce nejprve zabývá konceptualizací pojmu péče zaměřené na člověka, vzniklý rámec následně využívá pro provedení výzkumu v předmětné organizaci.

Teoretická část je rozčleněna do pěti kapitol. První kapitola se věnuje úvodu do konceptu péče zaměřené na člověka, vlastnímu vymezení pojmu a vztahu konceptu individualizace k péči zaměřené na člověka. Závěr kapitoly představuje schéma konceptu, které následně tvoří opěrnou strukturu pro kapitoly dva až pět. V nich autorka sleduje jednotlivé systémy, a to: příjemce péče, účastníky přímé péče a zajišťovatele služby, konec první části práce se pak věnuje odpovídající kultuře organizace.

Empirická část nabízí nejprve shrnutí teoretických východisek, tedy rámce pro následnou analýzu a interpretaci dat, představuje relevantní aspekty zkoumané organizace, zejména pak v současnosti implementovaný psychobiografický model péče, který je přístupem v dosažení péče zaměřené na člověka.

Empirická část dále pojednává o metodologii výzkumu. Pro dosažení cíle práce byly provedeny polostrukturované rozhovory s pracovníky zapojenými do přímé péče v rozsahu multidisciplinárního týmu. Rozhovory byly následně doslovně přepsány, pro určení a popis překážek byla využita tematická analýza. Na jejím základě vzešly čtyři tematické kategorie překážek, které autorka nazvala Životní prostor, Kapacita pracovníků zapojených do přímé péče, Subkultura „kanceláři“ a Zlatá klec.

Výsledky výzkumu ve všech aspektech odpovídají organizaci, která se nachází v přechodové fázi od institučního uspořádání k personalizované službě.

Klíčová slova

Péče zaměřená na člověka, člověk, senior/klient/obyvatel, psychobiografický model péče, vize péče, pracovníci přímé péče, tým, rodina, zařízení, domov pro seniory, překážky v dosahování péče zaměřené na člověka.

Abstract

The aim of this thesis is to identify and to describe barriers to the implementation of person-centered care in specific residential care facility for the elderly. For this purpose, the author firstly conceptualizes the concept of person-centered care. Consequently, she develops the Framework for conducting research.

The theoretical portion consists of five chapters. The first chapter focuses on the person-centered care concept introduction, then it describes the relationship between concepts 'individualization of care' and 'person-centered care'. In the conclusion of the first chapter, the Schema of the concept is introduced. The Schema visualizes the structure for chapters two to five. In those chapters, a description of the systems defined in the Schema is provided. Those are: Care Recipients, Direct Care Actors, and Service Providers. The end of the first part brings the topic of a suitable organizational culture.

The empirical portion firstly offers the summary of the theoretical background - so follows the Framework for the consequent analysis and data interpretation - then introduces relevant aspects within researched organization, particularly within organization currently implemented a psychobiographical model of care that is the approach to person-centered care.

The empirical portion also deals with the research methodology. To fulfill the main purpose, semi-structured interviews with direct care workers within the multidisciplinary team were conducted. For the purposes of identification and the barriers to person-centered care description the interviews were transcribed, afterwards analyzed by thematic analysis. Based upon these findings, four thematic categories emerged: Living Space, Capacity of the Direct Care Workers, Subculture of the 'Offices' and Golden Cage.

In all aspects of the results, the research reflected that the environment of the organization was in a transitory phase from an institutional setting to personalized services providing.

Keywords

Person-centered care, person, senior/client/resident, psychobiographical model of care, care vision, direct care workers, team, family, institution, residential care facility for the elderly, barriers to the implementation of the person-centered care.

Úvod

Vybírání tématu předkládané diplomové práce bylo zdlouhavé pro osobní cíle, které jsem si určila. Hledala jsem takové, které bude mít praktický přínos a zároveň bude neotřelé, a proto pro potenciální čtenáře i zajímavé. Z těchto důvodů jsem se rozhodla využít šance, která se mi naskytlá v mém současném působišti, kterým je domov pro seniory.

Dlouhodobou strategickou vizí zde je vybudování centra dlouhodobé péče, to však předpokládá péči zcela zaměřenou na člověka. Za vhodný přístup byl zvolen tzv. psychobiografický model. Z rozhovorů předcházejících výběru tématu diplomové práce, ale i z konkrétních interních dokumentů vyplývá, že se organizace nachází v tranzitorní fázi. Nosným tématem se ukázaly být **překážky, které brání dosažení péče zaměřené na člověka**, a tedy i naplnění vize. **Právě jejich určení a popis v konkrétní organizaci je cílem mé práce.** Tomuto účelu jsem i podřídila její strukturu.

V kontextu české literatury se koncept na člověka (případně klienta) orientované péče jen velmi málo objevuje, avšak ani v zahraniční literatuře nemá jednu jasnou definici. Tyto skutečnosti s sebou přinesly jisté výzvy pro dosažení cíle práce.

V první řadě se jednalo o potřebu uchopit tento koncept ze zahraničních zdrojů. Je však nutno podotknout, že termíny spojené s péčí zaměřenou na člověka a přístupem (viz kapitola 1), jsou v zahraniční literatuře zcela běžně a velmi hojně užívané a do značné míry se staly módními v různých politických dokumentech. Tím se koncept ještě rozostřil.

Pro terminologické uchopení pojednávaného konceptu jsem využila svého pobytu v zahraničí na studijním programu Erasmus+ v zimním semestru 2015/2016 a přístupu do velmi rozsáhlých elektronických zdrojů Katholieke Universiteit Leuven. Pokud v textu uvádím přímé citace zahraničních zdrojů, vždy se jedná pouze o mé vlastní překlady.

Z vybraných relevantních článků, statí a publikací jsem sestavila schéma, které tvoří vlastní osu teoretické části této práce. Vycházím přitom z teze, že má-li být v organizaci přítomna péče zaměřená na člověka, musí prostupovat všemi systémy a demonstrovat se v organizační kultuře (Manley et al., 2011). Systémy jsou uváděny dle blízkosti k primárnímu subjektu péče, tedy od obyvatele, přes zapojený multidisciplinární tým, po

management organizace. Ve smyslu výše definovaného cíle práce se zaměřuji pouze na mikro a mezo úroveň sociálního systému.

Postup dle schématu s sebou na jednu stranu nese jisté výhody, např. možnost struktury textu a přehlednosti. Na stranu druhou držení se struktury s sebou přináší jisté limity. Protože péče orientovaná na člověka prostupuje všemi systémy a jednotlivé procesy na sebe navazují, popis, o který se zde snažím, může budít dojem jisté nelogičnosti. Příkladem může být rozdělení rodiny do systému 1, kde se zabývám významem rodiny pro klienta a systému 2, kde se zabývám interakčním rámcem mezi systémy. Logika by přitom mohla napovídat o snaze popsat všechny aspekty týkající se rodiny v jednom úseku textu. Z mého pohledu snaha o popis jednotlivých systémů přináší více výhod, než nevýhod. Věřím proto, že mi čtenáři odpustí.

V první kapitole představuji základní obsah konceptu, stručně pojednávám o jeho historii a vysvětluji způsob výběru relevantních článků zahrnutých do analýzy. V závěru kapitoly uvádím do souvislosti péči individualizovanou a zaměřenou na člověka.

Druhou kapitolu věnuji příjemcům péče, konkrétně uživateli, jeho rodině a spolubydlící komunitě rezidenčního zařízení. Začínám popisem projevů péče zaměřené na člověka na úrovni systému č. 1. Postupně se věnuji každému z aktérů. Zdůrazňuji limity plynoucí z povahy sdíleného životního prostoru.

Třetí kapitola je věnována dalšímu systému, tedy aktérům zapojeným do přímé péče. Ve srovnání s kapitolou předcházející se více zabývám úrovní interakcí i předpokladům pro partnerskou spolupráci mezi všemi zúčastněnými. Podrobněji se zabývám nejen interakcemi mezi pracovníky přímé péče a rodinou, ale také předpokladům fungování multidisciplinárního týmu.

Ve čtvrté kapitole představuji poslední systém, pracovně nazvaný zajišťovatelé služby. Pojednávám zde roli managementu organizace a vnitřních služeb ve vztahu k pracovníkům zapojeným do přímé péče, také však jeho úlohu v definování mise, vize a strategie organizace s ohledem na poskytování péče zaměřené na člověka.

V závěrečné kapitole teoretické části se stručně zabývám odpovídající kulturou organizace, následně zakončuji shrnutím konceptu péče zaměřené na člověka.

V úvodu empirické části představuji předmětnou organizaci, blíže se věnuji zaváděnému psychobiografickému modelu péče. Před přistoupením k operacionalizaci výzkumné otázky a popisu metodologie výzkumu shrnuji z teorie vzešlé překážky v péči zaměřené na člověka.

Ve vlastní výzkumné části se zabývám popisem překážek z pohledu pracovníků přímé péči, a tedy naplnění výše definovaného cíle práce.

Závěr práce pak tvoří reflexe výstupu z teoretické i empirické části.

I. Teoretická část

1. Péče zaměřená na člověka

Kapitola 1 této práce je věnována péči zaměřené na člověka tak, jak jsem tento koncept poznala z dostupné literatury. Nejprve se zabývám vývojem pojmu, jeho obecným popisem a terminologií užívanou v zahraničních zdrojích. Představuji schéma vzniklé na základě jejich analýzy. Toho se potom přidržuji při popisu jednotlivých vrstev a procesů. Jelikož jsem si vědoma skutečnosti, že v české literatuře je běžné operovat s termínem individualizace, jedna z podkapitol je věnován popisům spojení péče individualizované a péče orientované na člověka/osobu a zároveň jejich vymezení pro účely této práce.

Jak již bylo výše uvedeno, koncept péče orientované na člověka není v české literatuře příliš používán, a pokud ano, jedná se povětšinou o překlady děl zahraničních autorů. Ani překladatelé sami neužívají jednotných termínů. Objevují se např. pojmy: péče orientovaná na člověka; péče orientovaná na osobu (či péče zaměřená na osobu); přístup zaměřený na člověka (Rogers, 1998; Nykl, 2012); na osobu zaměřený přístup (Tolan, 2006); péče orientovaná na klienta (Štegmanová, 2010) apod. Všechny těchto termínů využívám záměnně. Pro délku opisného tvaru se někdy omezeně při zcela jasném kontextu uchyluji k termínům personalizovaná péče či personalizovaný přístup. Zde poznamenávám, že jsem si vědoma jisté nepřesnosti, neboť se termínu běžně užívá v kontextu sociálních politik, tedy makro úrovni, nikoliv mikro a mezo úrovni péče, jako je tomu v případě této práce (viz např. QUIP, 2012, [online, cit. 27. 2. 2016]). Posledním pojmem tohoto typu, který lze v práci nalézt, je personalizace. Ten užívám v kontextu popisu procesu přeměny nastavení služby.

Pokud hovořím o uživatelích sociální služby domov pro seniory, vyžívám kromě obligátního označení klient i termínů obyvatel, rezident, soused, spolubydlící. Důvodem je mnou vnímaná potřeba zdůraznit jejich svébytnost.

1.1 Základní vymezení pojmu

Autorem pojmu přístup zaměřený na člověka (angl. person-centered approach) je psychoterapeut Carl Ransen Rogers, který tento termín poprvé použil na konci 60. let. Dlouhá léta byl používán zejména v rámci psychoterapie, později se rozšířil do příbuzných oborů, například školství, ale i do oblasti sociálních služeb, zejména práce s lidmi

s mentálním postižením. Byť se přenesením do jiných oblastí obsah pojmu proměnil, stále v něm zůstávají patrné základní složky, kterými jsou: empatie, úcta k osobnosti a opravdovost v prožívání (Pörtner, 2009). Více viz oddíl 2.2.1. Do oblasti péče o osoby s demencí termín přenesl Tom Kitwood až na počátku 90. let. Jeho práce se na tomto poli staly přelomovými, což lze vyčíst i z míry jeho citovanosti. Kromě rogersovského zaměření se na komunikaci, vztah a snahu o porozumění člověku, aplikoval i psychoanalytické postupy. Na konceptu se však projevil vliv i dalších iniciativ, např. validace Naomi Feil či Alternativy Eden (Brooker, 2004).

S postupem času se uvedený termín začal užívat jako synonymum pro nejvyšší kvalitu péče (př. Sjörgen et al., 2015; Edvardsson et al. 2010b) a jako takový se objevuje v různých strategických a politických dokumentech a prohlášeních (př. NHS England, [online, cit. 27. 2. 2016]). Veškeré definice se shodují na tom, že je třeba brát člověka jakožto hlavního a aktivního účastníka péče se všemi jeho hodnotami, preferencemi, možnostmi, schopnostmi i omezeními. Další parametry a procesy jsou závislé na kontextu (viz další kapitoly).

Přístup orientovaný na člověka je možné vnímat nejen jako vhodný pro praxi, ale do značné míry i jako filosofii stojící na hodnotovém základě humanistického odkazu. K centrálním hodnotám patří poznání, že každý člověk je nadán lidstvím, má vlastní historii a zaslouží si žít důstojně, být respektován a participovat na společenském životě. Péče zaměřená na člověka je potom vnímána jako holistická, tedy beroucí v potaz člověka v jeho bio-psycho-socio-spirituální jednotě (Guidelines for Care, [online, cit. 27. 2. 2016]). U její podstaty stojí, slovy Marlis Pörtner (2006, s. 15) „nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké mají možnosti.“

Je-li dosažení této podoby péče jakýmsi ideálem, o který je dobré usilovat, potom k němu vedou různé cesty (přístupy či strategie). Edvardsson et al. (2010b) hovoří o reminiscenci, validaci, prioritizaci osobní zkušenosti člověka a práci s biografií. V kontextu probíhající implementace psychobiografického modelu péče se ze všech přístupů podrobněji věnuji v podkapitole 6.2 pouze poslednímu jmenovanému.

Ve své hodnotové podobě lze přístup zaměřený na člověka považovat za velmi obecný. Mou snahou v následujících podkapitolách je přivést jej na organizační úroveň tak, aby jej bylo možné dále studovat v empirické části této práce.

1.2 Terminologie užívaná v zahraniční literatuře

Protože je koncept péče zaměřené na člověka či přístupu v české literatuře de facto nevyužívaný a nepopsaný (celkově jsem našla 4 relevantní publikace, vyjma graduačních prací), zato však hojně využíván v zahraničí, zaměřila jsem se zejména tímto směrem. Jak bylo řečeno výše, ani zde však není koncept jednoznačně uchopený (Epp, 2003), s nadsázkou se dá říci, že množství spojení a rozličných definic se dá najít tolik, v kolika různých prostředích a kontextech je termín využíván. Na záměnnost a přenositelnost konceptu upozorňují někteří z autorů (př. Pörtner, 2009; Brooker, 2004; Ross et al., 2015). Tak jsem našla anglické termíny jako: 'person-centred', 'person-centered', 'person-centeredness', 'client-centred', 'personhood' a na základě spojitostí i 'relation-centred', 'patient-centred', 'patient-centered', 'patient-centeredness'. Z hlediska kontextu i 'person-centred dementia care', či 'person-centred nursing'. I na základě tohoto zkráceného výčtu si lze představit, proč řada autorů žehrá na nedostatečnou definovanost a s tím související obtíže jako např. měřitelnost konceptu (Edvardsson et al., 2008; Edvardsson et al., 2010b). Na jednu stranu může být přílišná teoretičnost (Epp, 2003) na překážku v aplikaci modelu do praxe, na stranu druhou ovšem právě tato obecnost umožňuje velkou míru volnosti i kreativity ve zvoleném přístupu jak personalizace služby dosáhnout (např. Nolan et al., 2004; Edvardsson, 2010). Zaměřila jsem se na co největší rozptýl konceptu, v souvislosti s užitím zahraniční literatury to znamenalo zahrnout v určitém kontextu i angl. termíny 'patient-centred' a související, a to z několika důvodů.

Za prvé někteří autoři odkazovali k jejich záměnnosti v literatuře (např. Edvardsson et al., 2008). Dále pokud se objevoval v kontextu péče o seniory s demencí v různých typech zařízení v USA, Velké Británii a Švédsku, prakticky vždy se hovořilo o ošetrovatelské péči, tedy se využívala rétorika zdravotnická. Záleželo pak zejména na umístění geriatrické jednotky, popř. zařízení, zda bylo použito termínů typu 'person-centred' nebo 'patient-centred'. Přijala jsem tedy premisu, že záleží zejména na spojení starší člověk (ať už pacient, klient, rezident, člověk s demencí), pojmu '-centred' a související, abych dosáhla maximální možné obecnosti, aplikovatelnosti definice do různých prostředí v péči o seniory. V této souvislosti jsem nakonec rozšířila vyhledávání o pojem 'relation-centred', který byl taktéž zmiňován jako záměnný (Cook et al., 2015), případně jako více odpovídající pojetí (Nolan et al., 2004).

1.3 Vztah přístupu zaměřeného na člověka a individualizace

Vztah péče individualizované a na člověka zaměřené není zcela jasně vymezen. V zásadě jsem identifikovala dva typy vztahů. V prvním případě dochází až k záměnnosti pojmu, kdy se obsahově tyto de facto spojují (např. Cohen-Mansfield, Bester, 2006; Haškovcová, 2010).

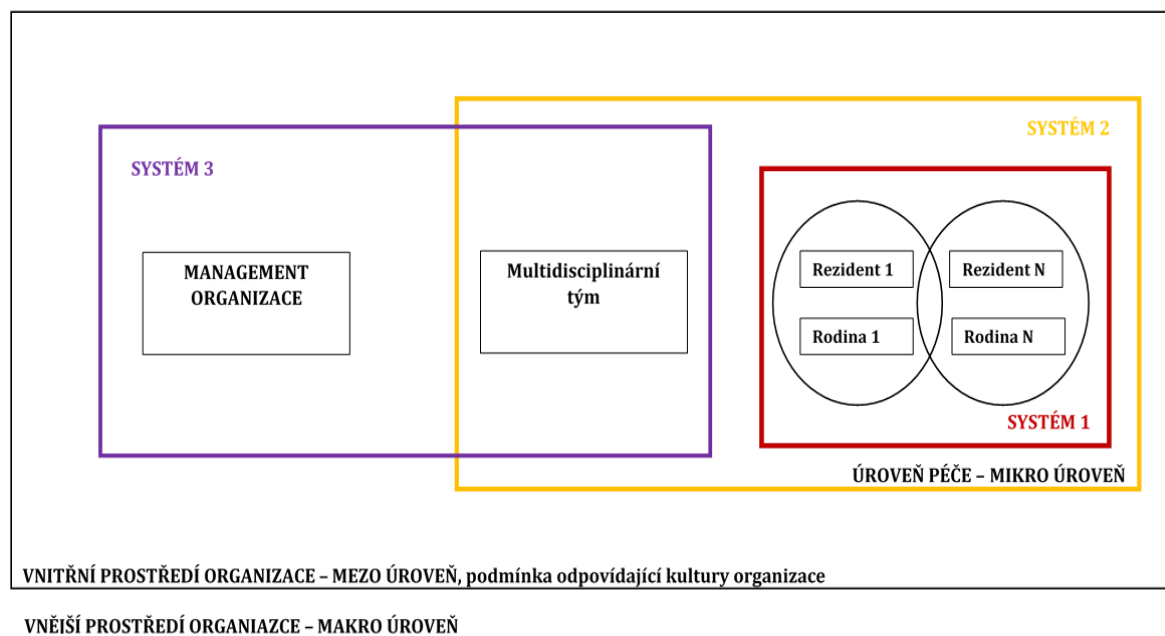
Při pohledu na prostředí přímé péče k makro úrovni na termíny personalizace a individualizace, lze mezi tyto termíny dokonce položit rovnítko, neboť: „Personalizace je variací individuálního případu. Odkazuje na individualizaci v netržním kontextu.“ (Spicker, 2013, s. 1260). Obdobně jako na mikro a mezo úrovni ani na té makro nejsou obsahy pojmu sjednocené, příkladem může být Made a Wood (2011), dle které je individualizace součástí personalizace, protože samotná individualizace je okleštěná o kontext prostředí.

Podobnou myšlenku lze nalézt i v prostředí péče, konkrétně pak např. u Brooker (2004). Ta ve svém článku představuje definici přístupu zaměřeného na člověka s demencí, který je tvořen uznáváním hodnoty člověka v ostatních lidech, individuálním hodnocením, schopností vidět svět z perspektivy osob s demencí a budováním podnětného sociálního prostředí. Právě práci s individuálním hodnocením spatřuje jako nejpraktičtější a také nejviditelnější součást své definice, neboť na ni navazuje plánování vycházející z aktuálních možností a schopností jedince. Varuje však, že se nelze zaměřit pouze na individualitu člověka, protože v tom případě by hrozilo převážení vidění nemoci člověka, spíše než člověka s demencí. Navíc, jak podotýkají Nolan et al. (2004) lidé existují jenom proto, že sebe definují v kontextu druhých osob.

Právě proto, že kvalitní vztah a potvrzování lidství vnímám ve shodě s mnohými autory jako zcela zásadní v péči o osoby s demencí (nejen), přikláním se v této práci k zahrnutí individualizace péče jako součásti obsahu péče zaměřené na člověka.

1.4 Schéma konceptu přístup zaměřený na člověka

Schéma č. 1 – Přístup zaměřený na člověka



Zdroj: Vlastní tvorba

2. Člověk v centru péče

Haškovcová (2010) ve své publikaci Fenomén stáří uvádí, že současná společnost je poznamenána polarizací obrazů věkových skupin. Zatímco mládí je připisována síla, zdraví, vytrvalost, produktivnost, stáří naopak neúčinnost, nemocnost, neproduktivnost. Obraz je dále hojně podporován médii. Tato polarizace a stereotypizace ve výkonově orientované společnosti s sebou nese celou řadu negativních důsledků. Jedním z nich je i snížení vnímané lidské hodnoty skupiny starších obyvatel. Důsledkem je pak i neochota k přiznávání základních lidských práv, např. důstojnosti, práva na sebeurčení, v extrémních případech dokonce i na život.

Řada seniorů, kteří bydlí v zařízení, kde pracují, trpí různými formami demence. Tyto jsou příznačné postupným oslabováním se mentálních kapacit, změnami v chování i postupným fyziologickým úpadkem. Pozorovatelům z vnějšku se může zdát, že člověk mizí (Pichaud, Thareauová, 1998). Co více, že se ztrácí to, co ho činilo člověkem, své atributy lidství.

Uvědomění si této skutečnosti mi umožnilo pochopit další rozměr přístupu. Totiž pokud v jeho základu stojí člověk, lidství, co to vlastně v jeho kontextu znamená? V odpovědi na tuto otázku jsem hledala takové myšlenky, úvahy, studie, které jsou schopny obsáhnout i právě osoby s demencí. Jim se věnuji v následujícím oddílu.

Po části o lidství přecházím na praktičtější téma projevů vlastní péče zaměřené na člověka. Kombinuji spolu náhledy pracovníka a klienta. Z pohledu obyvatele - jak by péče měla vypadat. Zde se při tom vracím k jedné z úvodních definic, která představuje péči zaměřenou na člověka jako nejkvalitnější. Ze strany pracovníka pak co by měl činit, jaký by měl být jeho přístup.

Jak uvádím výše, poslední dvě podkapitoly věnuji nejbližšímu sociálnímu okolí člověka. V první řadě rodině, která je v mnohém nejen důležitá pro obyvatele, ale i pro organizaci. V závěru obracím pozornost ke vztahům mezi spolubydlícími, respektive sousedy.

2.1 Člověk a lidství

Otázka, která prolíná současností, zní, kdy je osoba nadána lidstvím, tedy od jaké doby o ní můžeme hovořit jako o člověku (Buron, 2008). Každý z nás si se slovem člověk pojí určité atributy, ty určují, co je člověku vlastní, lidské. To, jaké znaky člověku přisuzuje, co je pro něj nedílnou součástí lidství, potom do značné míry ovlivňuje, jak se vztahuje k ostatním lidem, jak na ně reaguje (Hunter et al., 2013). Pokud tedy u druhého člověka pečující nenachází to, co vnímá jako klíčové pro svou definici lidství, péče tím je ovlivněna. Důsledkem pak může být depersonalizace, neschopnost vidět za bytostí člověka s příběhem, hodnotami, vírou, vztahy, zdravotním stavem a dalším, dochází k jeho redukci na pouhou biologickou jednotku. Zejména lidé trpící různými kognitivními poruchami, tedy i ti s demencí, jsou tímto ohroženi (Hunter et al., 2013).

Jak uvádí Zeiler, stavěje na Laitinenovi (2014, s. 132-135), lze rozeznat čtyři základní koncepty lidství v literatuře, každý z nich ovlivňuje způsob, jakým by se jedinec zastávající některý z těchto postojů vztahoval k lidem s demencí. Konkrétně se jedná o: monadickou kognitivně orientovanou koncepci lidství, smíšenou kognitivně orientovanou koncepci, dyadickou koncepci a monadickou tělesně orientovanou koncepci.

Monadická kognitivně orientovaná koncepc lidství staví na Lockovi, který lidství definuje skrze schopnost člověka myslet a reflektovat a uvědomovat si sebe samého. Tyto atributy jsou přenosné v čase, jak člověk stárne. Při vztažení této definice na osoby s demencí je zřejmé, že zejména v posledních fázích onemocnění jsou tyto kognitivní funkce poškozeny (Haškovcová, 2010). Pokud tedy člověk není schopen racionálního úsudku, není dle této koncepcie člověkem, ale bytostí či vyprázdněnou schránkou.

Smíšená kognitivně orientovaná koncepcie definuje lidství nejen na úrovni psychických schopností, sebeuvědomování se a prožívání, ale i na své vztahové síti. Nejen bytí samo o sobě, ale i to, že nás druzí vnímají a rozpoznávají jako lidskou bytost, nás činí lidmi. Koncepcie tvoří přechod mezi monadickou kognitivně orientovanou a dyadickou představou lidství, kterou rozebírám dále.

Dyadická koncepcie vychází z představy, že pouhé vzájemné vztahování se jeden k druhému je to, co nás činí lidmi. Statut člověčenství je nám dle těchto definic přisouzen druhými, není odvislý od kognitivních schopností, neboť interakce nemusí mít podobu slov,

ale i pohybových reakcí. Právě tato definice (stejně jako následující) dává prostor pro uchopení péče orientované na člověka u klientů s demencí. Do této kategorie lze zařadit i teorii Toma Kitwooda, který měl vliv právě na utváření přístupu orientovaného na člověka s demencí (Epp, 2013; Zeiler, 2014). Svou definici odvodil od vztahovosti, když říká (např. in McCormack, 2004, s. 33): „zaměření se na člověka znamená stav, který je jedné lidské bytosti propůjčen bytostí druhou v kontextu vztahu a společenského bytí.“ Na jednu stranu je z citace zřejmé, že tento náhled na lidství umožňuje zahrnout každého. Na druhou stranu, jak podotýká Zeiler (2014), pokud je na jednom člověku rozhodnout o lidství druhého, může tento status nejen vyzdvihnout svým jednáním a chováním, ale stejně tak ho i potlačit. Dá se říci, že tento náhled přesouvá uznávání lidství do oblasti morálních hodnot. Ve stejný okamžik však dává i člověku moc nad druhým. Zejména v oblasti sociálních a zdravotních služeb pak tento náhled vyvíjí tlak na osobnostní zralost pečujících, kteří si musí tuto skutečnost neustále uvědomovat. Jak je bohužel možné vidět v celé řadě ústavních zařízení, nerefléktované uplatňování moci převažuje. Ačkoliv není možné v běžném životě rozlišit, v rámci jaké koncepce jeden člověk přistupuje k druhému, tato alespoň nechává prostor pro změnu postoje pečujících osob na rozdíl od první a druhé. Spolu s poslední koncepcí podporuje myšlenku, že lidstvím je nadán každý z nás, a proto každý bez ohledu na svůj zdravotní stav je nadán lidskými právy, má svou hodnotu. Přístupy vedoucí k péči orientované na člověka operacionalizují právě tyto základy (viz dále).

Monadická tělesně orientovaná koncepce do značné míry navazuje na předcházející v úrovni tělesnosti interakcí. To, že je biologická schránka atributem lidství, na tom se shodne většina autorů (Buron, 2008). Rozdílnost tkví spíše ve významu, který jí přiřkládají, jak je patrné z předchozích odstavců.

Autoři postupující v rámci této koncepce věří, že veškeré interakce, senzomotorické reakce a pohybové vzorce, kterým jsme se naučili, se soustavně ukládají v paměti našich těl, také je však formují, zachytávají naši individualitu, to, kým jsme. I pokud vzhledem k onemocnění demencí uvádají kognitivní schopnosti, těla zůstávají, reflektují individualitu a prostřednictvím jejich lidé komunikují. Příkladem přístupu založeného na této koncepci je i validace Naomi Feil (ibid), která využívá prvků bazální stimulace (Sukupová, 2013).

Obdobně jako např. psychobiografický model péče se validace využívá u klientů trpících demencemi, v případě validace zejména alzheimerovského typu. V rámci této strategie pečující vstupuje do světa druhého člověka, potvrzuje jeho prožívání, vnímanou

realitu i osobnost. Tím pečující získává pochopení, vyjadřuje úctu a respekt, ustanovuje vztah. Stejně jako další přístupy i validace vede k uspokojování individuálních potřeb člověka na všech stupních Maslowovy pyramidy (ibid). Právě umožňovaná úroveň uspokojování individuálních potřeb vede ke zhodnocení kvality života a je tedy i měřítkem kvality poskytované péče (Štegmannová, 2010). Je-li péče orientovaná na člověka považována za péči nejvyšší kvality, jak bylo řečeno výše, má smysl se podívat na to, jakým způsobem prvky či vrstvy péče reagují na jedinečnost potřeb každého člověka, resp. z jakých základů, aspektů lidství vychází.

2.2 Prvky přístupu zaměřeného na člověka

Péče zaměřená na člověka je **péčí holistickou**, to znamená, že se soustředí na člověka jako na bio-psycho-socio-spirituální jednotu. Každá z těchto složek s sebou nese jisté potřeby, které člověk potřebuje uspokojit (McCormack, McCance, 2006). Spíše než o jednotlivé potřeby se jedná o jejich komplex, kdy jedna navazuje na druhou, někdy si i vzájemně odporují. I proto je složité je od sebe oddělit. Co dále dělá jejich saturování složitější, je to, že potřeby jsou uvědomované (zejm. na biologické, tělesné úrovni) i neuvědomované (člověk je schopen říci, že mu něco chybí, ale neví co). Mnohdy není vůbec jednoduché vlastní potřeby artikulovat, neřku-li pojmenovat, či říci jejich obsah (příkladem může být hledání smyslu života) (Říčan, 2009).

Nezákladnějším a zároveň nejznámějším rozdělením je Maslowova pyramida potřeb. Pyramida sestává z osmi stupňů. Lze ji rozdělit na tři základní bloky, a to potřeby biologické (např. hlad, jídlo, tišení bolesti apod.), sociální (např. láska, úcta, respekt, někam patřit – vše je naplňováno v interakcích) a potřeby seberealizace (např. potřeby porozumění, krásna, autonomie, smyslu života a naplnění transcendentna). Základním pravidlem je, že nemohou být uspokojeny skupiny potřeb na vyšších příčkách, dokud nejsou uspokojeny potřeby biologické (ibid). Předpokladem také je, že každý člověk je motivován k naplnění potřeb nejvyšších. Naplňování smyslu života pak, podle této logiky, umožňuje dojít i sebetranscendence. Ne každý má to štěstí, že smysl nalezne, nicméně by o to měl každý v životě usilovat (Frankl, 2006). Potřeby seberealizace jsou nejměkčími a jejich podoba se liší případ od případu. Mohou se nalézat třeba v potřebách sociálních. Striktní hierarchizace tedy neexistuje. Potřeby se pochopitelně proměňují i v průběhu života (Pichaud,

Thareauová, 1998). Obecně každý člověk spěje k jejich naplňování, jen toho dosahuje různými strategiemi.

Kvalitní péče je tedy taková, která zprostředkovává naplňování všech potřeb klienta a umožňuje mu tak vést kvalitní, plnohodnotný život.

Vrátím-li se k jedné z popisných definic péče zaměřené na člověka, je tato **tou nejkvalitnější**. Výše jsem zmínila úmysl začínat od člověka. V mikrosystému péče (systém č. 1) se tedy nyní nejprve věnuji představám klientů, rezidentů o kvalitě života, jak jsou dostupné z odborných zdrojů. Následně se obracím k tomu, jak by s ohledem na zjištění péče měla vypadat, co by do ní měli přinášet zaměstnanci organizací (jaké aktivity, prvky, postupy).

Z pohledu klienta je zcela na místě se ptát, co si pod kvalitou života v zařízení je možné představit. Přidržuji se zde subjektivního vymezení kvality života, známého pod zkratkou QOL (Dvořáčková, 2012). Dle WHO (WHO, [online, cit. 5. 3. 2016]), v sobě nese subjektivní náhled zhodnocení naplňovaných aspektů života v oblastech fyzické (nejen úroveň zdraví, ale i míra nezávislosti), psychologické (včetně složky spirituální) a sociální. Všechny tyto oblasti probíhají ve specifickém prostředí. Dimenze se vzájemně ovlivňují.

Zajímavou studii v tomto ohledu přináší Cooney et al. (2009) v rozhovorech s účastníky z řad obyvatel rezidenčních zařízení. Z jejich analýzy se ústředním tématem rozhovorů stala maximalizace vlastního potenciálu, která byla spojena s možností rozhodování o vlastní péči (tedy aspekt potřeby autonomie), s prostorem pro sebevyjádření v rovině spirituální, ale i fyzické ve smyslu ovlivnění prostředí. Ekologický aspekt se v analýze demonstroval v touze zachovávání, posilování či vytváření vazeb se svým prostředím, a to jak s rodinnými příslušníky a dalšími blízkými, tak s komunitou. Naplňování smyslu života se objevilo ve volání obyvatel po smysluplných aktivitách. Maximalizace vlastního potenciálu byla ovlivněna schopnostmi adaptace, životními zkušenostmi i mírou závislosti na druhých lidech. Vliv vnějšího prostředí (viz předchozí definice) zde mohl limitovat subjektivní ekologický aspekt, podstatnou měrou se na limitaci potenciálu projevila také vysoká fluktuace personálu.

Je patrné, že subjektivní kvalita života kopíruje výše zmíněnou pyramidu potřeb. Na možnosti jejich naplňování pak závisí prožívání smysluplnosti. Té však lze dosáhnout jen v prostředí, které budou obyvatelé pociťovat jako svůj domov (Cook et al., 2015).

Je tedy možné říci, že pocit „domáckosti“ v pobytovém zařízení náleží péči zaměřené na člověka, tedy té nejvyšší kvality. Ta je reprezentována životem **s péčí raději než v péči**. K podrobnějším výsledkům této brilantní studie založené na fenomenologické analýze narativních rozhovorů se budu i nadále vracet. Pracuje s protipóly kultury „staré“ a „nové“, jednotlivá témata pronikají do prvků všech tří systémů.

Nejinak je tomu i v další studii Cooney (2012), kdy obyvatelé jako zásadní prvky proto, aby mohli zařízení nazývat domovem, určují: možnost zachování kontinuity s předchozím životem v oblasti aktivit a denních rutin, sebeemanaci do prostředí instituce, mít dostatečné množství stimulů v každodenním pobývání v domově. Opět - vnímání domáckosti ovlivňuje dobrovolnost přesunu do zařízení, schopnost adaptace i očekávání a životní zkušenosti. Je tak zřetelný překryv s maximalizací potenciálu v kontextu kvality života, jak je uvedeno v Cooney (2012).

Po představení důležitosti uspokojování základních životních potřeb a jejich vztahu k péči zaměřené na člověka a ke konceptu kvality péče a pocitům domáckosti se přesouvám k popisu toho, jaké by měly být projevy personalizované péče.

2.3 Projevy péče zaměřené na člověka

V této části podávám přehled operacionalizace péče zaměřené na člověka, jak je možné ji pozorovat v dopadech na něj. K tématu jsem našla velké množství literatury z různých organizačních prostředí ošetrovatelské péče o seniory, např. z jednotky intenzivní péče, z domova pro seniory či ze specializovaného zařízení pro osoby s demencí. Jak jsem uváděla výše, čerpám zde nejen ze zdrojů zaměřených na člověka, ale i na pacienta, v souhrnu na konkrétní osobu. Takto široký záběr mi umožnil identifikovat centrální prvky a aktivity přístupu.

Jak jsem zmínila mnohokrát dříve, středobodem veškeré péče je člověk. Zcela elementárními pravidly péče je **znát klienta v jeho celosti** a **uznávat jeho jedinečnost** (např. Brooker, 2004; Cooney et al., 2009; McCormack, McCance, 2006). Vztah mezi těmito

dvěma základními pravidly je takový, že znalost klienta umožňuje uznávání jeho jedinečnosti, což následně podněcuje návazné aktivity péče.

Znalost klienta v celosti obnáší vědět, čeho si klient cení i kdo je pro něj důležitý. Jaké jsou jeho hodnoty, čemu věří i co mu dělá radost nebo co nemá rád, jaké jsou jeho zájmy (McCormack, McCance, 2006; Scholl et al. 2014), jaký smysl mu dává realita (McCormack, 2004; Brooker et al., 2003). To znamená respektovat jeho víru i kulturní prostředí, ze kterého pochází, i jak jej ovlivňuje (Guidelines for Care, [online, cit. 6. 3. 2016]) i jeho zdravotní stav a z něj vyplývající limity, možnosti i prognózy budoucího stavu. V péči o fyzickou stránku by měli pracovníci vědět, jak člověk reaguje na konkrétní úkony péče (McCormack, McCance, 2006), které mu jsou příjemné a které naopak ne, kdy je zvyklý je provádět a v jakém rozsahu, a tento postup respektovat. Žít v rezidenčním zařízení často předpokládá sníženou soběstačnost a s tím i potřebu určité pomoci s osobní hygienou. Pracovníci zařízení by měli umět toto téma smysluplně otevírat a pomáhat klientům vyrovnávat se se ztrátou fyzického soukromí.

Netýká se však pouze znalosti toho, co je pro člověka důležité nyní, ale i jakou má osobní historii, co ho utvářelo, na co je citlivý. Je nutné rozumět tak jeho osobnosti i vzorcům chování (Edvardsson et al., 2010a).

Aby bylo možné člověka skutečně poznat, je důležité, aby pracovníci byli schopni tzv. jít s člověkem, rozumět mu a **akceptovat jeho vidění reality** (např. Brooker et al., 2004; McCormack, 2004). V podstatě se tak předpokládá vztah založený na aspektech, které popsal Rogers (1998), konkrétně hovoří o autentičnosti (nic nepředstírat, být sám sebou), empatii (porozumění a potvrzování pocitů druhého člověka) a akceptaci (přijetí druhého takový, jaký je). Dalšími aspekty vztahu se zabývám v následující kapitole.

Nestačí však znát člověka, důležité je zejména to, jak s touto znalostí zacházíme, jak s ní přistupujeme k člověku, jak **uznáváme jeho jedinečnost, jeho individualitu** (Edvardsson et al., 2010b).

Praktickou aplikací uznávání jedinečnosti, resp. individuality člověka, je práce s jeho potřebami, na které se zaměřujeme právě v návaznosti na znalost člověka (Brooker et al., 2004). Potřeby jsou soustavně hodnoceny a za zapojení všech aktérů v péči je plánováno jejich naplňování. Stanovují se takové cíle, kterých je člověk schopen dosáhnout a různými

způsoby je umožněno jejich naplňování. Jakkoliv se mohou zdát cíle malé, mají značný význam pro celkovou pohodu člověka (Edvardsson et al., 2010b; Ross et al., 2015). Může se jednat třeba o zprostředkování návštěvy divadla, úklid pokoje, upečení koláče, přijetí návštěvy apod. Brooker et al. (2004) specificky zdůrazňují důležitost pro klienty s demencí, zejména s ohledem na skutečnost, že u klientů s demencí se může medicínský aspekt nemoci dostat do popředí a upozadit samotného člověka. Je třeba pracovat s potřebami jednotlivce i respektovat životní rytmus seniora. Praktickým projevem je kupříkladu to, že senior chodí spát i vstává podle svých zvyklostí, nikoliv podle institučních hodin apod.

Aktivity, které jsou v souladu s cíli člověka, umožňují předcházet nudě, napomáhají uspokojení vyšších potřeb. V různých zařízeních se typicky objevuje nešvar svázení klientů na aktivity, vytváření hromadných zábav. Může se pak zdát, že veškeré aktivity jsou zde jenom pro přežití dne (Cook et al., 2015). Pracovníci by měli mít na paměti, že méně je někdy více. Někomu může vyhovovat účastnit se všech společenských aktivit, protože uvítá lidskou společnost, jiný si raději přečte knihu, nebo se podívá na televizi. Pokud je klient schopen jenom trochu vyjádřit své přání, třeba i jen v negativním slova smyslu, vždy by to mělo být respektováno. V případě, že člověk není schopen žádným způsobem dát najevo svou vůli, jako se tomu může stát u obyvatel v pokročilých stádiích demence, více než kdy jindy záleží na celostní znalosti klienta a zapojení jeho přirozených sociálních vazeb, kterým jsou rodina či přátelé. Aktivity by měly podporovat zachovávání schopností a dovedností seniora (Harmer, Orrell, 2008).

Aktivity jsou důležité i pro zachování kontinuity života ve chvílích, kdy člověk přichází do zařízení. Pokud je možné zajistit zachování rutinních zvyků člověka, např. vykonávání hygieny, návštěvy přátel apod., napomáhá to k pocitům jistoty a bezpečí, bytí jako doma. „Rozsah, po který si mohou účastníci (pozn. obyvatelé) uchovat své osobní návyky zrcadlí stupeň uplatňované kontroly jejich každodenního života (pozn. v zařízení) (Cooney, 2012, s. 191).“

Úroveň, po kterou mohou rezidenti uplatňovat kontrolu nad svým životem, předpokládá také zahrnutí do běžných rozhodovacích procesů s ohledem na poskytování péče v zařízení. Dále klade nároky na vztah mezi všemi účastníky v ní zapojenými, stejně jako na organizační uspořádání. Všem těmto aspektům se věnuji v kapitole č. 3.

Dále se ve stručnosti věnuji roli rodin ve vztahu ke klientům.

2.4 Rodina

Senior, který odchází do pobytového zařízení, z velké části mívá zachovány vazby s rodinnými příslušníky, případně s dalšími lidmi jemu blízkými. Důvody, které vedou k odchodu do zařízení, jsou mnohé, v zásadě však lze rozlišit větší či menší míru dobrovolnosti tohoto aktu. Ta se odrazí nejen na adaptaci seniora na nové místo působení, ale i ve vztahu k rodinným příslušníkům (Vágnerová, 2007). Sami rodinní příslušníci tuto situaci snášejí s různými pocity, často ambivalentními. Pokud senior odchází z prostředí, kde se o něj starala rodina, bývají u blízkých časté výčitky svědomí. S těmi musí umět organizace pracovat, neboť mnohdy předznamenávají jejich budoucí vzájemné vztahy i komunikaci mezi nimi (Thareauová, Pichaud, 1998). V každém případě znamená odchod do instituce zásah do způsobu života, který senior i jeho rodina doposud znala. Pro člověka, který se ocitá v novém prostředí, rodina zprostředkovává most s předchozím životem, tedy kontinuitu, která je potřebná, má-li se on cítit doma (Cooney, 2012). Rodina mu zprostředkovává pocity bezpečí, pohody i toho, někam patřit (Smebye, Kirkevold, 2013). Zapojení rodinných příslušníků má pozitivní dopad na celkovou pohodu seniora, kdy jsou tito aktivnější, lépe zvládají případné zdravotní a další obtíže (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013, [online, cit. 6. 3. 2016]). Jak podotýká Vágnerová (2007) pro seniory jsou dobré vztahy s rodinou důležité pro naplnění sociálních potřeb, a to do té míry, že jsou schopni si tyto vztahy idealizovat. Jsou-li vztahy mezi rodinou, příslušníkem i institucí dobré, má rodina jedinečnou možnost napomáhat dosažení péče zaměřené na člověka (Smebye, Kirkevold, 2013). Proto je však důležité, aby rodina byla vtahována do péče, a to na různých úrovních. Platí, že její působení by mělo být v organizaci tím výraznější, čím méně jsou o sobě jejich rodinní příslušníci schopni rozhodovat. Tato role pak v některých případech bývá posílena i tzv. institutem opatrovnictví. Jak podotýká Janečková s Nentvichovou Novotnou (2013, [online, cit. 6. 3. 2016]) role rodiny při vstupu seniora do zařízení by neměla končit, nýbrž pokračovat, neboť kromě péče rodina poskytuje důležitou emocionální kotvu, třeba i pocit naplnění a zprostředkovává kontakt s vnějším světem. Právě tato její úloha je pro člověka v zařízení zásadní.

2.5 Sousedství a fyzické prostředí péče

Přístup zaměřený na osobu do značné míry koresponduje s uvažováním o nejlepších cestách k uspokojování lidských potřeb. Pro člověka, který přichází do nového místa

bydliště, se extrémně důležitou stává potřeba získání jistoty a bezpečí. Jak se zmiňují výše, velmi tomu napomáhá práce s kontinuitou předchozího života. Mimo maximální možné míry zachovávání sociálních vazeb se tato týká i fyzického prostředí, do kterého se senior stěhuje. Že je fyzické prostředí pro člověka nesmírně důležité, potvrzuje celá řada výzkumů (např. Innes et al., 2011; Cook et al., 2015). Zde se zabýváme nejen materiálním zázemím, ale i lidmi, kteří společný prostor v zařízení sdílejí.

S potřebou získání pocitu bytí doma se pojí **vlastnění osobního prostoru**. Nejedná se nutně o jeho legální koupi, ale o osobitost, kterou většina lidí prostoru kolem sebe vtiskuje. Za účelem aplikace přístupu orientovaného na člověka a související podpory autonomie by zařízení mělo umožnit co nejvyšší možnou míru personalizace prostoru formou vybavení vlastním nábytkem, umožněním vymalování pokoje oblíbenou barvou, rozvěšením či vystavením předmětů osobní důležitosti a dalšími prostředky (Cooney, 2012; Edvardsson et al., 2008). Osobitost prostoru se navíc může stát i vděčným tématem k hovoru mezi rezidentem a pracovníkem, neboť předměty mívají pro člověka symbolickou hodnotu. Jsou spojením s milovanými lidmi, se vzpomínkami, s osobní historií. Zejména u lidí s demencí má takové prostředí uklidňující účinek (Innes et al., 2011). Na základě znalosti biografie klienta a souvztažných preferencí mohou i pracovníci přicházet s návrhy na vhodné doplňky.

Innes et al. (2011) zmiňují, že nejen vlastní prostředí pokojů obyvatel, ale i svůj prostor ve společném prostředí má velký význam. V paměti mi utkvělo několik konverzací mezi pracovníky domova pro seniory, kde působím, kdy uváděli, že se paní x a y hádaly o to, která z nich bude sedět na konkrétním místě v jídelně. Byť poslouchání podobných hovorů s sebou přináší často i úsměvné momenty, potvrzuje současně důležitost vymezení osobního prostoru. Ač se může zdát podobná neshoda na první pohled marginální, přináší důležitý vhled do světa obyvatel pobytových zařízení. Innes et al. (2011) doporučují i tato místa ve společných prostorách personalizovat. S uvedenou situací souvisí další dvě témata. Prvním je sdílení prostoru se spoluobyvateli, druhým jsou limity individualizace prostředí v pobytovém zařízení (téma související s uspořádáním prostředí péče rozebírám v následující podkapitole).

Je velký rozdíl, když člověk bydlí v bytě či domě a když přichází do pobytového zařízení. Jedním z těch nejzásadnějších je, že zatímco v původním místě bydliště měl do značné míry možnost rozhodnout se o množství sociálních kontaktů a s kým bude mluvit, v domově pro seniory je tato volba značně okleštěna (Cook et al., 2015). Člověk přichází do

prostředí, které mu je většinou cizí, a to včetně lidí, kteří zde pracují, či bydlí (Vágnerová, 2007). Jsou to **kontakty, které si člověk sám nevybírá** nebo by jejich společnost v domácím prostředí ani nevyhledával. Mívá navíc jen omezenou kontrolu toho, s kým bude sdílet společné prostory zařízení. Navíc pokud si uvědomuje zdravotní omezení ostatních obyvatel, mohou na něj tyto z různých důvodů působit tísnivě, a tak se stát překážkou v komunikaci. (Cook et al., 2015). V případě sdílených pokojů je intenzita kontaktů mnohem vyšší, a tudíž roste riziko potenciálních konfliktů týkajících se nejen vybavení pokojů, ale i třeba sledování oblíbeného televizního programu, poslechu hudby. Také různé zvyky spolubydlících mohou být velkým zdrojem napětí, počínaje spánkovým rytmem, přes hlasité hovory, po osobnostní nastavení i zdravotní stav. Rovněž různá četnost návštěv může být kamenem úrazu. Pokud vše nejde podle představ člověka, pak aktivuje své vyrovnávací strategie, které jsou u některých více, u některých méně úspěšné, frustrace však postupně může narůstat a celkově subjektivně znehodnocovat rezidentovo žití v domově. Zde mnohdy v relativně malém prostoru musí bydlet velké množství lidí. Je nutný nejen um pracovníků organizace, ale i velká dávka štěstí při výběru vhodných spoluobyvatel. Právě pro minimalizaci vzniku konfliktu by měli být do výběru, ať už spolubydlících, případně i spoluobyvatel, zapojeni i současní rezidenti. Přirozeně i přístup pracovníků, s jakým vstupují do interakcí mezi klienty, nabývá obzvláštní důležitosti. Kvalita vztahů mezi obyvateli domova se ve většině případů nikdy zcela nevyrovná těm s rodinou, nicméně přístup orientovaný na člověka může napomoci k vytvoření prostředí péče, ve kterém se budou obyvatelé cítit součástí komunity. K tomu přirozeně přispívá i architektura zařízení. Jak poukazuje Innes et al. (2011), pro obyvatele je důležitý nejen vlastní prostor pokojů, ale i prostory, kde je možné se setkávat s lidmi. Jsou-li prostory vhodně navrženy, plní svou úlohu v naplňování sociálních potřeb člověka.

Jak uvádím výše, v prostředí zařízení životní prostor sdílí mnoho osob, s někdy konfliktními představami a nároky. Lidé žijící pospolu si nemohou dovolit vše to, co by si přáli, a to nejen s ohledem **na technické vybavení zařízení**, ale i vzhledem k **ostatním spolubydlícím a obyvatelům**.

Prostor pro uplatňování **individualizovaných potřeb klientů je limitovaný, nelze uplatnit všechny potřeby všech obyvatel** (Haškovcová, 2010). Jako příklad uvádím chov domácích mazlíčků, který mnohdy nebývá možný z důvodu možných alergií obyvatel i pracovníků organizací nebo také respektování nočního klidu apod. Vlastní potřeby klientů

by však měly být předmětem společného hledání jejich uplatnění, a to mezi spolubydlícími, obyvateli i organizací. Je třeba respektovat, že tato omezení **vychází z přirozeného řádu**. Určitá byla i v původním bydlišti seniorů (typicky třeba pravidlo nočního klidu, svícení hlavním světlem v době spánku, stejně jako poslech hudby). Většina osob o pravidlech ve sdílených životních prostorech určitým způsobem vyjednávala. Pobytová zařízení jsou náročnější právě ve větším počtu osob prostor sdílejících, a tedy i určitý nedostatek soukromí (Cooney et al., 2009). Pokud člověk souhlasil s přestěhováním se do domova pro seniory, rozhodl se k účasti na životním prostoru, a to i s pravidly, která k tomu náleží. Jak se říká: moje svoboda končí tam, kde začíná svoboda ostatních. Domácí řády, které podobná pravidla obsahují, by však neměly být rigidní a být uplatňovány slepě, měly by vycházet z dohody mezi obyvateli. Právě variabilita, s jakou jsou hledány prostory k naplňování potřeb, vypovídá o míře přístupu zaměřeného na člověka. Příkladem takového vyjednávání může být např. dohoda mezi spolubydlícími o nesledování televizních programů na pokoji po desáté hodině večerní. Pokud však existuje přání jednoho z nich dívat se na pořad od jedenácti hodin večer, a je-li to v možnostech daného zařízení, může se senior dívat na pořad ve společenské místnosti zařízení, nebo si může pořídit tablet se sluchátky. Varianta řešení může být několik, zřídka kdy je jediná.

Na tom, zda a jak bude potřeba klienta uplatněna, se podílí celá řada faktorů. Kromě schopnosti spolubydlících se dohodnout a vyjít si vstříc, může vzejít požadavek směrem k zaměstnancům zařízení. To, jakým způsobem s takovým požadavkem zachází, mnoho vypovídá o kultuře organizace. V následující kapitole se i této problematice věnuji.

3. Účastníci přímé péče

V předchozí kapitole jsem se zabývala předmětným mikrosystémem péče, konkrétně klientovi přicházejícímu do zařízení, projevy péče orientované na člověka. Z tohoto pohledu jsem se věnovala i vztahu člověka k jeho přirozenému systému, tedy k rodině. V závěru kapitoly jsem přesunula svou pozornost k fyzickému prostředí péče. Ukázala jsem, že tak jako v původním přirozeném prostředí klienta ani v instituci nemůže existovat neomezené naplňování individuálních potřeb člověka, a to z důvodu sdílení společného životního prostoru, který je **plný interakcí**. Poukázala jsem také na to, že v přístupu zaměřeném na člověka jde o hledání cesty k uspokojení jeho individuálních potřeb v rámci tohoto prostoru. Pokud jsem se dosud více zaměřovala na to, jak by měla péče vypadat i na jakých hodnotách stojí, nyní se obracím k faktorům ovlivňujícím poskytování péče zaměřené na jedince.

Nejprve se zaměřím na povahu vztahu mezi aktéry péče, tedy obyvatelem, jeho rodinou a týmem pracovníků. Má-li být poskytovaná péče zaměřená na člověka, musí být do ní zapojeni všichni aktéři péče v partnerském vztahu. Na jeho podobu i podstatu se tedy zaměřím následně.

V druhé podkapitole odhlížím od klienta a přesouvám se na úroveň týmu, který poskytuje péči. Způsob jeho fungování totiž zcela zásadním způsobem ovlivňuje poskytování péče zaměřené na člověka. Nejprve se věnuji osobnostním charakteristikám pracovníků, dále tomu jak by měl multidisciplinární tým vypadat a co by měl zajišťovat. Tím také uzavírám tuto kapitolu.

3.1 Vztahy mezi účastníky péče

Jak jsem poznamenala dříve, člověka je třeba zvažovat i s jeho sociálními vazbami (Cooney et al., 2009), a to jak s těmi, se kterými do zařízení přichází, tj. rodinou a blízkými přáteli, tak s těmi, se kterými se zde nově setkává, tj. s pracovníky zapojenými v přímé péči. Do vzájemných interakcí vstupuje každý z aktérů s jinou výchozí pozicí, postojem, s rozdílnými očekáváními (Nolan et al., 2004). Ve výsledku tyto vlivy významně ovlivňují poskytovanou péči. Těm se budu dále věnovat. V systému 2 přitom rozeznávám tři základní

vazby, a to rodina-senior, pracovníci-senior, pracovníci-rodina. Tyto vazby se vzájemně ovlivňují.

Vztahu **rodina-senior** jsem se věnovala v předchozí kapitole, zejména pak nesporné důležitosti rodiny pro seniora a jejímu významu pro jeho celkovou pohodu a kvalitu života seniora v zařízení (zajištění kontinuity, umožněné naplňování potřeb transcendence, apod.). Možnost přispívání rodiny k péči je ovlivněno několika faktory. Velmi **záleží na tom, jaký vztah rodina se seniorem má**, zdaleka ne vždy lze označit vzájemné vztahy za bezproblémové či pozitivní, případně ne se všemi členy. Někdy se objevují i vztahy různým způsobem dysfunkční, či dokonce naplňující podstatu syndromu EAN.

Dalším faktorem je **zájem rodinných příslušníků o seniora** v rezidenčním zařízení. V to zahrnuji zájem o seniora ve vztahu k jeho pobytu v instituci (viz dále), tak **četnost a kvalitu interakcí s ním**. Svou roli v tom hraje i fyzická vzdálenost, časové možnosti a ochota rodinných příslušníků. Patří sem jejich schopnost vyrovnat se s postupnou změnou zdravotního stavu seniora. V souvislosti s progredujícím onemocněním demencí pak nejen se změnou charakterových rysů, ale i s tím, že je senior zejména v pozdějších stádiích onemocnění nemusí poznat (Haškovcová, 2010). Jak podotýká Matoušek (2005) po přestěhování se seniora do zařízení bývá trendem soustavné umenšování styků rodina-senior, může se tak zvětšovat pocit osamělosti, a tím se snižuje i celková spokojenost seniora. Pro poskytování péče zaměřené na člověka tedy i povaha vztahu senior-rodina tvoří výzvu.

Složitosti přidává také skutečnost, že rodina je vlastním systémem, s množstvím interakcí. Není jednodušou entitou, mezi jednotlivými blízkými existují různé vazby o rozdílné intenzitě a emočním náboji (Matoušek, 1993). Tedy i povaha vazeb jednotlivých členů k seniorovi bývá rozdílná, tak je i determinováno očekávání jednotlivých členů od zařízení. Vzájemné hovory mezi pracovníky a seniory mohou předurčovat i kvalitu vztahů mezi nimi. Jak jsem podotkla výše, závisí i na prostředí, ze kterého senioři do pobytového zařízení přichází a do jaké míry byli zapojeni jednotliví rodinní příslušníci.

V předchozí kapitole jsem se též věnovala interakcím mezi **pracovníkem a seniorem**, konkrétně pak projevům aplikace přístupu zaměřeného na člověka, tedy **funkční interakci**, která se zaměřuje na uspokojování individuálních potřeb člověka. Neméně důležitými jsou i **vztahové interakce**, tedy ty na úrovni člověk-člověk, které vznikají na bázi každodenních kontaktů, a jejichž podstatou je reciprocita, dostatek času a v důsledku i důvěra (Cook et al.,

2015; Ross et al., 2015). Tento typ vztahu je možné najít i mezi seniorem a ostatními spolubydlicími. Naplňuje funkci saturace sociálních potřeb prostřednictvím umožnění napojení se na komunitu a rozvíjení vazeb s ní (Cooney et al., 2009). Pro poskytování péče zaměřené na člověka jsou vztahové a funkční interakce neoddelitelné. Platí, že čím více funkčních interakcí probíhá, tím náročnější je dosažení odpovídající péče zaměřené na člověka je (McCormack, McCance, 2006). Ačkoliv by tomu tak být nemělo, stává se, že pracovníci mají oblíbenější, ale i méně oblíbené klienty. V případech neprofesionálního chování pracovníků mohou tyto být na překážku poskytování péče zaměřené na člověka, s konsekvantním dopadem pro kvalitu života obyvatel (Bužgová, Ivanová, [online, cit. 12. 3. 2016]).

Poslední vazbou, o které pojednávám, je **vazba mezi pracovníky a rodinou**. Jak uvádí Matoušek (2005), jedním z největších úkolů pro pracovníky přímé péče je vtahovat do ní rodiny. Pro budoucí spolupráci je výhodné s rodinou pracovat již před příchodem seniora do zařízení. Jak uvádím výše, přechod působí změnu funkce interakcí mezi seniorem a rodinou. Rodina by měla být srozuměna s tím, že zařízení není schopno nahradit její specifickou roli, kupříkladu emoční. Dále by jí mělo být jasně vysvětleno, co se od ní očekává, co je a co není v možnostech zařízení i jak je žádoucí, aby se rodina také zapojila (kupříkladu v péči, doprovodech apod.). Jasně vymezení a sdílená péče napomáhá budování vztahu (Bauer et al., 2014; Haesler et al., 2006).

V předchozí kapitole jsem zmínila roli rodiny, aby senior i v zařízení vnímal kontinuitu s předchozím životem. Ve vztahu k pracovníkům a poskytování péče orientované na člověka je důležitá také znalost biografie seniora a všeho, co s ní souvisí (Procházková, 2014), dále i hodnot a preferencí.

Protože senior bydlí v zařízení, pracovníci organizace přímo i nepřímo zasahují do vztahů mezi seniorem a rodinnými příslušníky a naopak. To s sebou přináší jisté **příležitosti i rizika**. Příležitostí je možnost až terapeutického působení na vztah mezi rodinou a seniorem díky zprostředkovávání a vysvětlování toho, co se s ním děje. V jeho důsledku se naskýtá i možnost většího vtažení do péče. Rizikem i výzvou je však skutečnost, že se pracovníci zapojení zejména do přímé péče stávají hromosvodem vztahů mezi rodinou, respektive rodinnými příslušníky a seniorem. Jak prohlásila jedna spolupracovnice, není nic neobvyklého, že očekávání, potřeby i názory členů rodiny jsou vzájemně neslučitelné. Pracovníci dostávající se do tohoto střetu se tak mohou ocitát v nezáviděníhodné situaci, kdy

se snaží vyhovět požadavkům obou stran, případně je určitým způsobem balancovat. Příkladem může být organizování návštěv tak, aby se členové rodiny, kteří jsou ve sporu, u seniora nepotkali.

I pokud jsou všichni rodinní příslušníci zajedno, výzvou se mohou stát i jejich očekávání péče. Ta mohou být pracovníky považována za nereálná či jinak zkreslená, čímž může kvalita vztahu rodina-pracovníci utrpět (Bauer et al., 2014). Typicky bývá komunikace s takovou rodinou označována jako problematická. V extrémním případě se vztahy mezi pracovníky a rodinou mohou trvale vychýlit, v jejich důsledku může dojít ke snížení kvality péče o seniora. Z této obavy proto některé rodiny rezignují na podávání jakékoliv zpětné vazby na péči (Pillemer et al., 2003).

Vztah mezi pracovníky organizace a rodinou ve vztahu k seniorovi lze označit za určitých podmínek jako boj o moc, o to, jaký náhled na péči bude převažovat (Haesler et al., 2006). Často se zde střetávají dva protipóly, a to odborný vs. laický (v našem prostředí dále plátce péče a poskytovatel služby). Pracovníci zde vystupují jakožto odborníci, kteří vědí, co je pro seniora nejlepší, a to i vzhledem ke skutečnosti, že právě od rodiny převzali péči o jeho blaho, rodina se jej vzdala, či ho do zařízení dokonce odložila (Matoušek, 1999). Na druhém protipólu se pak nachází rodina, která věří, že díky specifickému poutu rozumí seniorovi nejlépe, a proto by se podle ní měla péče o něj řídit. V našem prostředí může do vztahu intervenovat i otázka financí, tedy rodina může mít pocit, že péči z velké míry hradí, což ji opravňuje k určování si podmínek (vycházím z vlastní analýzy rozhovorů v organizačním archivu). Paradoxem tohoto uspořádání je, že v boji o obhajování zájmů seniora, může hlas jeho samotného zcela vypadnout.

Z výše naznačeného je možné si uvědomit křehkost vnitřního uspořádání vztahů uvnitř systému 2. V kterýkoliv okamžik se proto může rovnováha vychýlit na kteroukoliv stranu, přičemž senior závislý na podpoře druhých, je zde nejohroženějším účastníkem. Pro poskytování péče zaměřené na člověka je však zcela klíčovým udržování rovnováhy mezi všemi aktéry. V několika následujících odstavcích se tedy věnuji tomu, jak by mě rovnovážný vztah vypadat.

3.1.1 Rovnovázný vztah

Rovnovázným vztahem zde rozumím vztah spolupracující či partnerský. Je to vztah, ve kterém jsou brány v potaz nejen potřeby klientů, ale i pracovníků a rodinných příslušníků. Dá se tedy říci, že užívání přístupu zaměřeného na člověka se týká nejen pečovaného subjektu, ale všech aktérů v interakcích (např. Smebye, Kirkevold, 2013; Edvardsson et al., 2008). V základu takového vztahu stojí přesvědčení, že každý z aktérů by měl být rovnocenným partnerem v péči (Nolan et al., 2004). Přitom se respektují možnosti, schopnosti a dovednosti každého z nich. V interakcích zaměstnanců a rodiny to znamená, že oba jmenovaní aktéři akceptují znalosti druhého o klientovi a cení si jich a společně pracují na poskytování péče a zvyšování její kvality (Bauer et al., 2014). Haesler et al. (2006, s. 309) dodávají, že takové „sdílení zkušeností péče o rezidenty, poskytování emoční podpory a vzdělávání má pozitivní dopad na vztah s rodinnými příslušníky.“ Umožňuje totiž rodinným příslušníkům zprostředkovat pochopení náročnosti péče (Smebye, Kirkevold, 2013). Pokud senior přichází do zařízení z prostředí, kde se o něj starala rodina, mohou být rodinní příslušníci k tomuto tématu chápavější.

Je pochopitelné, že pokud mají být rodinní příslušníci vtahováni do péče, znamená to pro pracovníky vyšší nároky na předávání informací, budování vztahu s rodinami je potom vnímáno jako náročné na čas. Bauer et al. (2014) dodávají, že tomu tak skutečně může být, pokud se podaří rodinu zapojit dostatečně, mohou se pracovníkům takřikajíc uvolnit ruce pro rozvíjení vztahu s klientem, a tak i provádění péče zaměřené na člověka. Příkladem mohou být doprovodné činnosti k lékařům či pomoc se stravováním.

Je neoddiskutovatelné, že se kvalita mezilidských vztahů promítá do hodnocení úrovně poskytované služby (Cooney, 2012). Velmi důležitým atributem pro utváření plnohodnotného vztahu je vzájemná důvěra (Ross et al., 2015; Bauer et al., 2014), dále také reciprocita (Scholl et al., 2014).

Zajímavý koncept představuje Nolan et al. (2004), který péči zaměřenou na člověka zaměňuje za péči zaměřenou na vztah, protože právě ta zahrnuje procesy interpersonální i intrapersonální, které probíhají mezi všemi aktéry. Dle Nolana et al. (2004, s. 49) by měl každý z účastníků péče v rámci tohoto vztahu zažívat pocity: bezpečí, někam patření, provázanosti, účelu, dosažení vytyčených cílů a osobní důležitosti. Pro každého pracovníka, člena rodiny i seniora se jednotlivé pocity demonstrují v odlišných cílech.

Praktickým projevem partnerského vztahu je potom kromě výstupů uvedených výše (viz systém č. 1), tzv. **sdílené rozhodování** (např. McCormack, McCance, 2006; Ross et al., 2015; Scholl et al., 2014). Sdílené rozhodování předpokládá, že každý z účastníků péče má dostatek informací (Scholl et al., 2014), je brán ohled na jeho přání, hodnoty i potřeby (McCormack, McCance, 2006). V případě seniora žijícího v rezidenčním zařízení to znamená podpořit vyjádření jeho vůle a zajištění uplatnění autonomie a práva na sebeurčení. Taková podpora může nabývat **různého stupně účasti rezidentů, od pasivní po aktivní, v závislosti na úrovni zachovaných mentálních schopností jedince**. Minimální podmínkou pro péči zaměřenou na člověka je alespoň pasivní účast člověka na sdíleném rozhodování. Tou rozumím umožnění naplnění individuálních potřeb, tedy respektování vyjádření přání, kdy aktivita za prosazování práv seniora spočívá na dalších subjektech v partnerském trojúhelníku. Čím schopnější je člověk rozhodovat o sobě, tím samozřejmější by mělo být jeho zapojování do veškerého rozhodování, které se týká jeho osoby (vč. plánovacích porad) a sdíleného životního prostoru. Příkladem zapojení do rozhodování o tom, co se bude dít v životním prostoru (např. akce pro obyvatele, úpravy životních prostor apod.), mohou být např. pravidelná setkání obyvatel (Popham, Orrell, 2012). Platí, že čím aktivněji je jedinec schopen působit, tím pasivněji by měli vystupovat ostatní aktéři (tedy umožňovat žít podle představ a nebrat seniorům rozhodování). V každém případě přidává sdílené rozhodování novou dimenzi partnerskému přístupu. Předpokládá totiž, kromě jiného, i ochotu a schopnost opustit pozici moci a přijímat kompromisy, také však vysokou míru účasti na péči.

Poslední vazbou, kterou jsem prozatím nezmínila, **je vztah v rámci multidisciplinárního týmu**. Věnuji se mu v následující podkapitole. Rovněž se posouvám k organizačním procesům v rámci systému č. 2 a předpokladům pro poskytování péče zaměřené na člověka.

3.2 Předpoklady pro poskytování péče zaměřené na člověka na úrovni týmu

Týmem v systému č. 2 mám na mysli všechny pracovníky zapojené do přímé péče, přičemž se neomezují pouze na zaměstnance konkrétní organizace. V této podkapitole se zaměřuji na podmínky, které musí být naplněny na úrovni týmu proto, aby mohl poskytovat péči zaměřenou na člověka.

Ve zdrojové literatuře jsem v tomto směru identifikovala čtyři základní témata, konkrétně osobní charakteristiky, spolupráci v multidisciplinárním týmu, zdroje (čas, prostředky, vzdělávání) a kulturu organizace. Prvními dvěma jmenovanými se zabývám v této podkapitole.

Kultuře organizace potom náleží kapitola v závěru teoretické části této práce. Nicméně směrem k ní, respektive na adekvátní kontext, ve kterém může být péče zaměřená na člověka poskytována, odkazuji v průběhu následujících kapitol.

3.2.1 Osobní charakteristiky

V řadě studií jsou definovány charakteristiky pracovníků, které by měli mít, pokud má být v organizaci poskytována péče zaměřená na člověka. Přičemž tíha rozhodnutí za výběr takového člověka leží na odpovědných pracovnících (Kirkley et al., 2011). Podotýkám, že v drtivé většině případů odborné články hovoří o zdravotnickém personálu, nikoliv o pečovateli. Přesto se domnívám, že mohou v obecné rovině platit pro každého pracovníka.

Dle McCormack a McCance (2006, s. 476) by pracovníci měli být „kompetentní, mít rozvinuté mezilidské schopnosti, být oddáni práci, vykazovat jasnost v postojích a hodnotách a znát sebe.“ Lze říci, že jednotlivé charakteristiky pracovníka spolu velmi úzce souvisí, vytváří celistvý obrázek.

Kompetence v jeho náhledu zahrnují potřebné znalosti a dovednosti k péči. Havrdová (1999) v to zahrnuje i postoje a schopnost na základě znalostí a dovedností i jednat. Ve vztahu k péči zaměřené na člověka musí být hodnoty a postoje v souladu s možností ji poskytovat (Ross et al., 2015).

Očekává se tedy, že pracovník bude vidět člověka v druhé osobě, i když třeba trpí demencí. Jeho osobní pojetí lidství je tedy v souladu s dyadickou, případně monadickou tělesně orientovanou koncepcí, viz podkapitola 2.1. Bude **schopen a chtít** uplatňovat nároky vlastní profese a současně i pracovat v rámci přístupu zaměřeného na člověka, tj. aplikovat jej (prakticky viz podkapitola 2.2). Jak však podotýká McCormack, McCance (2006), znamená to i znát sebe samého a tuto praxi reflektovat (Havrdová, 1999; Scholl et al., 2014) a oplývat osobní zralostí (Ross et al., 2015). Za těchto podmínek může být navázán vztah člověka k člověku, jak jej zamýšlel Rogers (viz podkapitola 1.1).

O vzájemných interakcích i podmínkách navázání vztahu hovořím v podkapitole 3.1. Rozšiřující náhled podává Cooney (2012, s. 194), která se zaměřila na to, co znamená domov pro rezidenty. Ti zmiňují klíčové atributy, kterými jsou dostupnost, flexibilita a spolehlivost pro navázání lidského vztahu s pracovníky. Všechny tři požadované vlastnosti jsou jen částečně závislé na vůli pracovníka. Z velké míry závisí na organizačním kontextu, ve kterém je péče poskytována (viz dále). Právě ten má největší vliv na poskytování péče zaměřené na člověka v organizaci (např. West et al., 2005). Ve vztahu k pracovníkům tento zásadně zasahuje do vykonávání povinností v péči, kdy tito často musí brát v potaz nejen své postoje a hodnoty, ale také hodnoty organizační (Wood in McCormack, 2004; McCormack, McCance, 2006).

Kromě výše uvedeného by pracovníci měli mít i řadu dalších pozitivních vlastností. Scholl et al. (2014) jmenuje například respekt, schopnost budit důvěru, být soucitný, tolerantní, oddaný svému povolání apod. Tyto i mnohé další vlastnosti mohou být asociovány s charakteristikami požadovanými od kterékoliv z pomáhajících profesí.

Pokud jsem se dosud zabývala obecnými atributy jednotlivých pracovníků, v další části se stručně věnuji charakteristice multidisciplinárního týmu, více se zaměřuji na komunikaci uvnitř něj. Sleduji i další aspekty, které mají potenciál stát se překážkou v poskytování péče zaměřené na člověka.

3.2.2 Multidisciplinární tým

Výše jsem uvedla, jaké osobnostní charakteristiky by měli mít pracovníci zapojení do přímé péče. Byť je za poskytování kvalitní péče odpovědný každý jednotlivý pracovník, v pobytových zařízeních je tento do značné míry závislý na týmu přímé péče, ve kterém působí. Na této úrovni se zde týmu věnuji bez aspirace na vyčerpávající popisy, spíše pro zasazení do kontextu a poznání možných překážek v naplňování péče zaměřené na člověka.

Tým je skupinou osob, které spolupracují na naplnění určitého cíle či cílů, vyznačuje se vlastní skupinovou dynamikou. Členové mají mezi sebou rozvinuté vztahy, jsou na sobě vzájemně závislí a v rámci týmu zastávají své role, někdy i vícero (Hawkins, Shohet, 2000). Reeves et al. (2010, [online, cit. 14. 3. 2016]), dále uvádí, že tým má sdílenou identitu a za naplňování cílů či úkolů nesou jeho členové společnou odpovědnost. Konečný cíl by měl přispívat v naplnění vize organizace.

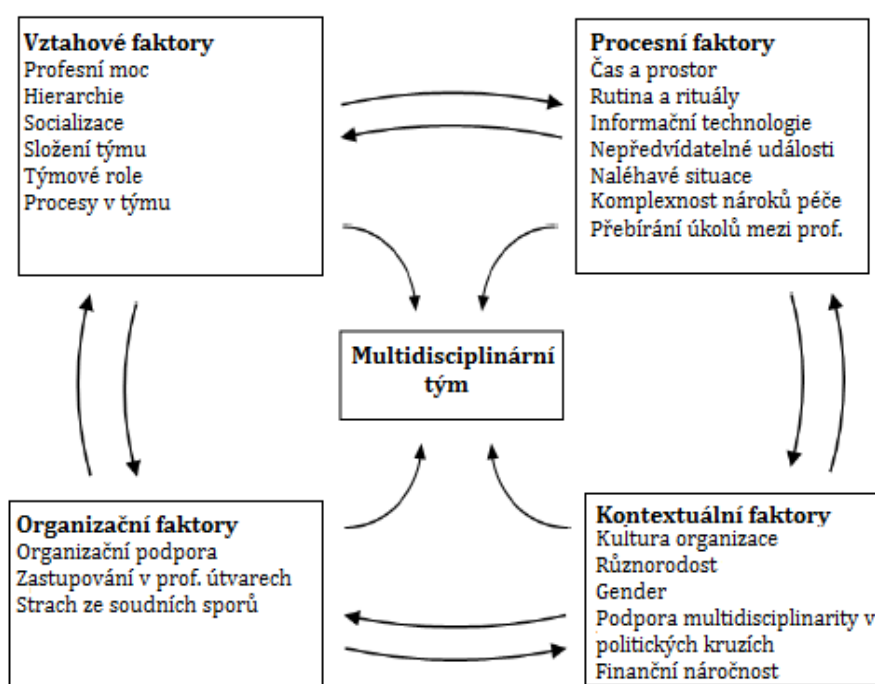
Každý jedinec v organizaci může být členem několika týmů, případně může plnit více rolí v rámci jednoho týmu. Ty by však přinejmenším měly být konzistentní.

V rámci systému č. 2, který jsem vymezila, je úkolem týmu v pobytovém zařízení zajišťovat individuální potřeby klienta v souladu s přístupem zaměřeným na člověka. Naskytá se však otázka, kdo patří mezi členy tohoto týmu. Definici, kterou jsem předložila, je velmi flexibilní. Z její povahy vyplývá, že členem týmu je každý, koho pracovníci uvnitř týmu za člena považují, kdo sdílí identitu (hodnoty, zvyky, vzorce), podílí se na naplnění cíle. V pobytových zařízeních se v týmech v naší zemi nejčastěji objevují pečovatelé a všeobecné sestry, dále přistupují sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci, nutriční terapeuti, případně lékaři a dobrovolníci. Pokud jdu do důsledků přístupu zaměřeného na člověka, pak by měl být součástí týmu i rezident, potažmo jeho rodina (Kodymová, 2015 [online, cit. 14. 3. 2016]). Kodymová říká (ibid, s. 41), že „pokud je to vhodné.“ Oponuji, že v ideálním (a patrně i idealistickém) případě by naopak zařízení mělo mít ve standardech jasně ošetřeno, za kterých podmínek seniora, potažmo jeho rodinu, do týmu nezahrne (přece jen znají svůj život nejlépe).

V domově pro seniory se tedy setkávají různé profese, přičemž každá naplňuje ve vztahu ke klientovi určitou roli. Z toho vyplývá, že i složení velikosti multidisciplinárního (či multioborového) týmu může být proměnlivé v závislosti na individuálních potřebách toho kterého seniora.

Zajímavý náhled na problematiku multioborové spolupráce přináší Reeves et al. (2010, s. 71-89, [online, cit. 14. 3. 2016]), kteří popisují na multidisciplinární týmy působící faktory (viz obrázek).

Obrázek č. 1 – Faktory působící na multidisciplinární tým



Přejato z: Reeves et al. (2010, s. 71)

Na základě výše uvedeného každý z faktorů znázorněných na schématu ovlivňuje i poskytování pojednávané péče. V textu se dále věnuji zejména faktorům vztahovým, které přímo ovlivňují dynamiku činností uvnitř týmu a jsou ve zdrojové literatuře nejvíce reflektovány. V průběhu mé podkapitoly svou pozornost obracím i k faktorům procesním. Faktory organizační a kontextuální (s výjimkou kultury organizace) jsou zachyceny v souvislostech, ve kterých je uvádí autoři do vnějšího prostředí organizace, případně jsou za hranicemi této práce (např. finanční náročnost péče), tedy je zde nezmiňuji.

Jak jsem podotkla v definici týmu, má každý jeho člen určité požadované, byť proměnlivé **složení**, jednotliví členové v něm uplatňují své zájmy, mají své potřeby. V týmu by měly být jasně **vymezeny role**, které každý vykonává, a to s **ohledem na svou odbornost** (ibid).

Právě v souvislosti s uplatňováním profesní odbornosti se objevuje několik témat, která souvisí s potenciálním zvyšováním napětí v multidisciplinárním týmu. Jedná se o **komplexnost nároků péče a otázku uplatňované moci i v souvislosti s hierarchizací** (ibid).

S postupem času se prohlubuje znalostní základna v každé z profesí, tím se přirozeně rozšiřují i její možnosti s ohledem na poskytovanou péči. Každá profese je přesvědčena o tom, že v rámci paradigmatu vlastní odbornosti může osobám pečovaným nabídnout to nejlepší. Dále některé profese z mého subjektivního¹ názoru oplývají větší celospolečenskou prestiží než jiné (v domovech typicky všeobecné sestry vs. pečovatelé). Za těchto podmínek namísto partnerské spolupráce, akceptace odbornosti všech zúčastněných a vytěžení maximálního prospěchu pro seniora může docházet ke střetu hodnot a zásad, způsobů práce, budování koalic a mocenským hrám, které mohou být podpořeny (ať už vědomě, či nevědomě) i ze strany vedení týmu, pokud je tento zástupcem určité profese (Atkinson et al. in Kodymová, 2015 [online, cit. 14. 3. 2016]), v jehož důsledku vše může vést ke zhoršování vztahů v týmu i k neefektivnosti v péči.

V pracovním týmu probíhá celá **řada procesů** (Reeves et al., 2010, s. 76-78) často zmiňovaných přímo v souvislosti s péčí zaměřenou na člověka, těmi jsou komunikace, důvěra a vzájemný respekt, emoce v týmu a vznikající konflikty, jeho stabilita a ochota v týmu pracovat. Má-li tým účinně fungovat, potom by **komunikace** v něm měla být efektivní (Ross et al., 2015), to jest, musí plnit svůj účel, kterým je porozumění mezi komunikačními partnery. Komuniké může být předáváno mnohými způsoby, a to ústně, elektronicky, případně písemnou formou (příkladem je i dokumentace) (Holá, 2006). Každý člen týmu by měl mít veškeré informace potřebné pro naplňování své role v týmu. Efektivní

¹ Žebříčky prestiže povolání, ve kterém by byli zahrnuti pečovatelé (nebo i sanitáři) a zdravotní sestry jsem v českém prostředí nedohledala. Stejná je situace i u profese sociálního pracovníka. Vzhledem ke skutečnosti, že v Doprovodném textu k pracovnímu dokumentu o sociálních pracovnících a profesní komoře (Sociální práce, [online, cit. 24. 3. 2016]) je jedním z cílů právě zvýšení prestiže sociální práce, je zarážející, že jsem nenalezla žádnou studii, která by právě o prestiži sociální práce pojednávala. Beru-li v úvahu profese a povolání, které se mohou setkat i v domově pro seniory, konkrétně všeobecné sestry a lékaře, je k dispozici zpráva Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR (CVVM, [online, cit. 24. 3. 2016]).

komunikace napomáhá v pozitivních interakcích, zlepšuje tedy celkové ladění týmu (Sjörger et al., 2015). Přestože efektivní komunikace není všelékem, její nedostatek má dopad na efektivitu týmu (Holá, 2006), může také vyvolávat negativní emoce a vést tak ke konfliktům v týmu.

Nejen efektivní komunikace a podávání konstruktivní zpětné vazby, ale i osobnostní nastavení jednotlivých pracovníků a jejich ochota spolupracovat, vzájemný respekt a důvěra, to vše napomáhá k poskytování žádoucí péče (Scholl et al., 2014, s. 4; McCormack et al., 2010) a naopak. Pokud jeden či více podpůrných procesů neběží optimálně, dochází k neefektivitě v naplňování společného cíle multidisciplinárního týmu, což dále může vyústit v zvýšení napětí v týmu, zhoršení vztahů a pracovní atmosféry, s potenciálem navýšení fluktuace na pracovišti. To v důsledku vede k nemožnosti vytvoření lidského vztahu mezi seniorem a zaměstnancem, který je klíčovým hráčem pro schopnost poznávání klienta v celosti a aplikaci přístupu zaměřeného na člověka.

Nejen procesy probíhající v multidisciplinárním týmu, ale i zdroje, se kterými jeho členové pracují a které mají k dispozici, ovlivňují poskytování péče. Protože do značné míry je zajištění těchto zdrojů závislé na managementu organizace (a vnitřních službách), z povahy přináleží do systému č. 3, kterému se věnuji v další kapitole.

4. Zajišťovatelé služby

System č. 3 v této práci zahrnuje interakce mezi pracovníky přímé péče a managementem organizace, potažmo vnitřními službami. Roli managementu a vnitřních služeb ve vztahu k poskytování pojednávané péče vnímám ve dvou rovinách. Zaprvé funkci servisní ve prospěch pracovníků přímé péče, dále ve smyslu definování mise, vize. Oběma funkcím se postupně věnuji.

4.1 Čas, vybavení, vzdělání

Proto, aby pracovníci přímé péče mohli poskytovat péči zaměřenou na člověka, musí mít k dispozici zdroje. V literatuře se pak nejčastěji objevují čas, technické vybavení a vzdělání (např. West et al., 2005; Innes et al., 2011). Tyto pojmy dále uvádím do kontextu.

Výše jsem uvedla, že pro poskytování pojednávané péče jsou velmi důležité osobní charakteristiky. Ty se skládají z **komplexu utvářející Já**, tedy psychických vlastností osobnosti a psychických procesů a z kompetencí. Psychické vlastnosti osobnosti tvoří např. temperament, hodnoty a postoje, motivy. Psychické procesy pak zahrnují např. myšlení a vnímání (Nakonečný, 1995, s. 62). **Kompetence** pak stojí na tomto **Já** a zahrnují znalosti, dovednosti a schopnosti využít jich v praxi (viz výše). Oproti psychickým vlastnostem osobnosti, které jsou charakteristické svou relativní stálostí, a proto i obtížnou změnitelností (Nakonečný, 1995), **na oblast kompetencí** pro poskytování péče zaměřené na člověka může mít **organizace** podstatný **vliv**. Konkrétně v rovině umožnění získání specifických informací a nácviku praktických dovedností. Přičemž s ohledem na žádoucí model péče se jedná nejen o praktický nácvik pečovatelských a ošetrovatelských činností, ale i psychosociálních aspektů péče, tedy jakýsi návod jak poznávat člověka, jak k němu přistupovat, jak zacházet s jeho individuálními potřebami, jak zapojovat rodiny apod. (West et al., 2005; Brooker, 2004; Manley et al., 2011).

Péče přirozeně není jen konstrukt teoretický, ale probíhá ve fyzickém prostředí. Záleží tedy nejen na tom, kým pracovník je a co umí, zná a dovede, ale i na vybavení, které má k dispozici, a v jakém fyzickém prostředí péče probíhá a na počtu a složení zaměstnanců. **Fyzické vybavení** zahrnuje **vhodné prostory a vhodné pomůcky**.

Vhodné prostory jsou takové, které umožňují pohodlnou manipulaci s lidmi se sníženou schopností pohybu (tedy dostatek prostoru, vhodně umístěná madla, apod.). Z hlediska využívání životního prostoru musí organizace balancovat protichůdné hodnoty či představy, a to užítovost versus domácí prostředí, bezpečí versus pohodlí, vizi kontroly prostředí (Innes et al., 2011; West et al., 2005; Cook et al., 2015). Najít prostředí vyhovující všem může být i velmi náročný úkol, neboť mají-li se obyvatelé cítit jako doma, měli by mít možnost obklopit se známými věcmi, například nábytkem, koberci apod. Toto vybavení však může překážet v manipulaci s vozíkem v mnohdy stísněném prostoru či překážet při vysazování, krmení či přemisťování seniora. Může znesnadňovat úklid prostor, nesplňovat různé předpisy a nařízení o bezpečnosti a požární ochraně, hygienické normy, apod. Hledání vhodného řešení se tedy může stát skutečnou výzvou, zvláště pokud objekty, mnohdy historické, personalizaci prostředí právě nepodporují.

Jak uvádím výše i **vhodné pomůcky** jsou velmi důležité zejména z hlediska nejen šetření fyzických sil pečujícího personálu, ale mnohdy i úspory času. Měly by být dostupné místně (na daném oddělení) a v dostatečném počtu (West et al., 2005). Personál potřebuje být i instruován, jak má s pomůckami správně manipulovat, jinak může být jejich užívání kontraproduktivní (např. využití zvedáků apod.).

Časový aspekt se objevuje nejen v souvislosti s fyzickou podobou prostředí domova a využíváním pomůcek, ale i ve vztahu k počtu a složení pracovníků přímé péče (i organizace) a v základu samotného poskytování péče zaměřené na člověka (např. Edvardsson et al., 2010b; West et al., 2005; Cooney, 2012). Směr vlivu mezi časem poskytované péče a počtem zaměstnanců není zřejmý z mně dostupné literatury.

Objevuje se např. tvrzení, že **dostatek zaměstnanců** je nutný pro poskytování péče zaměřené na člověka (např. McCormack et al., 2010). Naskýtá se otázka, co vlastně dostatek zaměstnanců znamená. Ross et al. (2015) například zmiňují, že pro poskytování péče zaměřené na člověka musí mít pracovníci pocit, že nejsou neustále ve spěchu, tedy že nejsou přetížení. Pokud tomu tak není, tedy pokud pracovníci pociťují, že nemají dostatek času na to, aby se mohli smysluplně se věnovat jim svěřeným osobám, objevuje se u nich nárůst pracovní nespokojenosti (McCormack et al., 2010).

Vysvětlení je možné hledat za pomoci Herzbergovy dvoufaktorové teorie potřeb (Herzberg, 1968). Herzberg (ibid) zkoumal faktory ovlivňující pracovní spokojenost a na

základě výzkumu ji rozdělil na motivační faktory (rsp. motivátory) a tzv. hygienické faktory. Mezi hygienické faktory lze zařadit například vztahy s kolegy, také však pracovní prostředí, mzdu, či politiku organizace. Hygienické faktory jsou hlavní příčinou pracovní nespokojenosti. Naopak motivátory jsou zodpovědné za pracovní spokojenost. Lze je asociovat s vyššími potřebami, tedy například potřebou osobního růstu, smysluplnosti práce, danou zodpovědností za odvedenou práci a dalším (ibid, s. 59). V rámci tohoto vymezení je možné vysvětlit i příčinu fluktuace zaměstnanců, kdy v důsledku kombinace nevyhovujícího prostředí a mnohdy i politiky organizací, ve spojitosti s nedostatečným finančním ohodnocením a někdy i nevstřícnými pracovními vztahy dochází ke kumulativnímu efektu ústíciemu v pracovní nespokojenost i podílení se na vzniku syndromu vyhoření, ve výsledku eskalující do odchodu ze zaměstnání. Třebaže i zaměstnanci nalézají uspokojení za samotné přímé práce, nacházejí v ní smysl (motivátory), efekt hygienických faktorů v určitý okamžik převáží, neboť motivátory nenabývají dostatečné síly. Výsledek by se dal shrnout vyjádřením, které slýchám v hovoru s nespokojenými pracovníky-srdcaři různých sociálních i zdravotních služeb: „Mám strašně rád/a práci s lidmi, neuvěřitelně mě naplňuje, rád/a vidím výsledek svého snažení, ale když vezmu v potaz ten plat, tu neochotu vyjít nám vstříc v tom, abych se mohl/a více věnovat klientům/pacientům, kdy zabírám čas zbytečným papírováním, kdy po nás vedení, které nám pracovníkům nerozumí, chce naprosto nesmyslné věci, říkám si, jestli to má tady vůbec smysl.“

Řada pracovníků i odchází. V některých zařízeních pak častěji než v jiných. A přitom právě stabilní sestava zaměstnanců je nesmírně důležitá pro možnost navázání důvěryplného vztahu s klienty, bez kterého by nebylo možné uvádět přístup zaměřený na člověka v život (Edvardsson et al., 2010b; Cook et al., 2015).

Když jsem se zmiňovala o nejednoznačnosti vlivu počtu personálu, bylo to proto, že existují výzkumy poukazující na skutečnost (McCormack et al., 2010; Hayajneh, Shehadeh, 2014), že využívání přístupu orientovaného na člověka má vliv na redukci pracovní zátěže a stresu. Také však umožňuje rozvoj konstruktivnějších způsobů komunikace a spolupráce, čímž se zvyšuje seniorův ceněná flexibilita u pracovníků (Edvardsson et al., 2009). Navíc se u pracovníků díky chápání a poznání potřeb klientů a jejich specifik zvyšuje jejich akceptace. Zaměstnanci jsou také vůči nim empatičtější a více zvládají nároky a pracovní stres péče. Na úrovni klienta se v zařízeních, kde je aplikována pojednávaná péče, se také seniorům daří lépe, zvládají více aktivit denního života, tedy se dále snižuje zátěž pečujících osob (Sjörger

et al., 2013). Ve směru Herzbergovy teorie výše vysvětlené se zdá, že přístup zaměřený na člověka snižuje nespokojenost s hygienickými faktory. Pracovníci mají subjektivně více času, protože jej účelněji využívají, jsou efektivnější v komunikaci, a tak jsou i vztahy mezi členy týmu lepší. V důsledku jsou také podpořeny motivátory, neboť větší flexibilita je nezbytně nutně podpořena vyšší zodpovědností rozhodovat o organizování vlastní práce, je také usnadněno dosahování smyslu a účelu pomáhajících profesí. Aby toho však mohlo být dosaženo, musí systém č. 3 zajišťovat určité funkce, jak uvádím dále.

4.2 Management organizace a vnitřní služby

Management organizace a pracovníci vnitřních služeb spolu s pracovníky zapojenými do přímé péče jsou součástí systému č. 3, který jsem souhrnně nazvala zajišťovatelé služby. Zatímco v předchozí kapitole jsem se věnovala vztahům pracovníci-senioři (potažmo rodiny), nyní se zaměřuji na ty mezi managementem (a vnitřními službami) a pracovníky přímé péče; konkrétně jaké služby by měl management zprostředkovávat pracovníkům v kontextu poskytování péče zaměřené na člověka.

První funkcí managementu a vnitřních služeb je, jak uvádím výše, **poskytování přímého servisu**, tedy dodávání podpůrných služeb pracovníkům přímé péče. Souhrnně čehokoliv, co jim napomáhá naplňovat jejich úlohu. V předchozích částech jsem zmiňovala několik procesů, které jsou důležité pro fungování a které z povahy věci vyžadují zapojení vyšších organizačních složek. Konkrétními příklady pak je zajištění zdrojů pro vykonávání jejich činnosti, tedy vybavení a úpravy fyzického prostředí péče, dostatku personálu, zajištění adekvátního vzdělávání, podpora schopností a dovedností (West et al., 2005).

S tím souvisí taková organizace času, která umožní naplnění v co nejvyšší míře činnostmi, pro které pracovníci přímé péče do služeb nastupují. To zahrnuje i snížení byrokratické zátěže na co nejnižší míru (Kirkley et al., 2011) a zprostředkování trávení hodnotného času s klienty. Pro tento účel by však měla být splněna i podmínka vlastní pohody (ve smyslu well-being) zaměstnanců. Ta může být podpořena např. možnostmi supervizí (Havrdová, Hajný et al., 2008) nebo třeba flexibilním uspořádáním pracovní doby, která umožňuje vyvážení pracovního a rodinného života (Cohen-Mansfield, Bester, 2006). Jeho nedílnou součástí je i zajištění financování chodu služby (Bauer et al., 2014) a všeho potřebného pro optimální fungování systému č. 2 (viz výše). Výsledky naplňování servisní

funkce managementu a vnitřních služeb se tedy netýkají pouze zaměstnanců, ale i klientů a jejich rodin.

Kromě technických aspektů by měl management zajišťovat i **implementaci péče** zaměřené na člověka a **všech procesů souvisejících** (Rokstad et al., 2015). Proto, aby mohla být péče poskytována, musí centrální hodnoty tak, jak jsou uvedeny v první kapitole, prostupovat celou organizací, všemi systémy (Kirkley et al., 2011). Úlohou managementu organizace je v tomto ohledu zajistit definování vize a její jasnou komunikaci a ukázat, jakým způsobem je možné ji naplnit (Kotter, 2000). To také obnáší, že vedoucí služby **rozumí** tomu, jak péče zaměřená na člověka vypadá, tj. jaké jsou její aspekty, projevy, co přináší, jakými kroky jí lze dosáhnout (Kirkley et al. 2011).

Z dosud uvedeného je zřejmé, že definice vize a její převedení do měřitelných a naplnitelných cílů je vzhledem k hodnotovému filosofickému základu konceptu činností nesmírně komplexní, a proto extrémně křehkou na implementaci. Zcela dosáhnout naplnění vize je v tomto ohledu nemožné, vždy zůstává prostor pro zlepšení. Právě proto je důležité, aby ti, kteří procesně dohlíží na zavádění modelu, přesně rozuměli nejen vybranému přístupu, ale i přesahující vizi, uměli v jejích intencích myslet, a tak i třeba vybraný přístup dále soustavně hodnotit a posouvat (Manley, McCormack, 2008). Platí přímá úměra, že čím lépe budou podstatě vize rozumět, tím více budou schopni zhodnotit prostory pro zlepšení, tím budou schopnější definovat konkrétní cíle a kroky k jejich naplnění, tím lépe budou schopni zprostředkovat porozumění pracovníkům přímé péče (Kirkley et al., 2011). Podotýkám, že k naplnění vize nevede pouze jediná cesta, nýbrž rovnocenných přístupů je několik (Pol-Grevelink et al., 2012).

Pokud je tedy za účelem dosažení vize vybrán vhodný přístup, vedoucí pracovníci mu rozumí a předávají ho dále, je zcela logickou podmínkou, že ho sami aplikují, jdou příkladem. Jak jsem poznamenala v podkapitole 2.2, na úrovni systémů 1 a 2 je centrální hodnotou znalost člověka v celosti a uznávání jeho jedinečnosti. Tak jako pracovníci zapojení v přímé péči aplikují přístup ve prospěch seniora, potažmo jeho rodiny, tak by vedoucí měli znát a uznávat pracovníky zapojené do přímé péče (Kitwood in Sjørgen et al., 2015). S tím, podobně jako na úrovni pracovník-klient, souvisí i požadavek zmocňování zaměstnanců a jejich zahrnutí do rozhodovacích procesů týkajících se poskytování péče klientům. Tímto aktem se v systému č. 3 rozvíjí vzájemná důvěra (Rokstad et al., 2015). Pokud management organizace nejen prosazuje, ale sám také následuje principy péče

zaměřené na člověka, pracovníci organizace snadněji dosahují kongruence hodnot s organizací, snadněji se s ní identifikují. Péče, kterou poskytují, je více zaměřená na člověka, je kvalitnější. Samotný přístup je pak zpětně přenášen ze systému 1, do systému č. 2 a 3 (Havrdová et al., 2010).

Pokud je ve všech systémech soustavně aplikován přístup zaměřený na člověka, potom je možné hovořit o personalizované službě s odpovídající kulturou organizace.

Protože věřím, že vykreslení takové kultury dá vhodný rámec celé teoretické části a zároveň i nabídne její shrnutí, poslední stručnou kapitolu věnuji tomuto účelu.

5. Odpovídající kultura organizace

Protože teoretickou část této práce pojmám tak, aby sloužila jako podklad pro část empirickou, konkrétně pro možnost kvalitní operacionalizace, stejně jako u předchozích kapitol i zde se nejprve vymezují k užitým termínům.

V případě organizační kultury bude mnou užitě vymezení se nesmírně, zároveň však také nezbytně redukcionistické. Vždyť způsoby, náhledy, jak k ní přistupovat, jak ji zkoumat i kriticky reflektovat, jsou nepřehledné. Mimo jiné závisí na výkladovém stanovisku, teoretické a metodologické vybavenosti toho kterého autora či výzkumníka (Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmannová a kol., 2011). S cílem zarámování teoretické části této práce je mnou užitá definice poplatná tomu, jak výše prezentuji péči zaměřenou na člověka, tedy i svoji reflexi konceptu na základě studia zejména zahraničních zdrojů. Nepřistupuji tedy k organizační kultuře kriticky, nýbrž účelově a s ohledem na popisovanou mikro a mezo úroveň péče.

Kotter (2000, s. 152) hovoří o podnikové kultuře, kterou stručně definuje jako „normy chování a hodnoty sdílené určitou skupinou lidí. **Normy** chování jsou obvyklé nebo převládající způsoby jednání ve skupině...sdílené **hodnoty** jsou důležité názory a cíle většiny lidí ve skupině, které vedou k formování skupinového chování a **přetrvávají v čase** navzdory změnám ve složení skupiny.“ Teze **obtížné měnitelnosti** hodnot a norem není příliš překvapivá, pokud uvážím paralelu s komplexem vlastního **Já**, jak je představeno výše. Jak píše Schein (2004), sdílené hodnoty a normy **vznikají na podkladě společné historie a procesu učení**, ve kterém organizace (všechny strukturní celky v ní) reagovaly určitým způsobem na konkrétní podnět. Pokud se konkrétní způsob řešení osvědčil, potom se stal vzorcem, opakováním normou, zvnitřněním hodnotou, což implikovalo následné řešení. Schein (ibid) definuje určité **znaky kultury**, mezi řádky vyslovuje její všudypřítomnost, všeprostopustnost, neuvědomovanost a nereflektovanost. Výrok typu „tohle je prostě způsob, jakým tady věci děláme“ (uvedený např. v Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmannová, 2011) je myslím výmluvným zástupcem výše uvedeného.

Vybraná definice popisuje organizační kulturu jako něco, co sdílí skupina lidí. Nejen organizace, ale mají ji i nižší strukturní celky. Bělohlávek (1996) hovoří o organizační subkultuře. Tu mohou sdílet lidé stejné profese, případně rozdílných organizačních struktur.

V prostředí pobytového zařízení jsem se výše zmiňovala o rozdílech v hodnotách a normách pečovatелů, sociálních pracovníků a zdravotních sester. Shrnujícím výrokem může být: „ty sociální (zdravotní) to mají úplně jinak hozený“.

Nejen profese, ale také pracovníci týmu, např. daného oddělení, mohou mít (a mívají) jinou kulturu. To je možné pocítit například ve chvíli, kdy stabilní pracovník jednoho týmu přichází v důsledku personálního výpadku na oddělení druhé, zástupné prohlášení může znít: „tam to bylo ale úplně divný“, případně „ta atmosféra je tam jiná“.

Tyto a podobné poznámky jsem i v organizaci, kde pracuji, zaslechla mnohokrát. V různých referenčních rámcích vypovídají o primárních neshodách, ať už v hodnotách, přesvědčeních, normách, zvycích a dalších attributech. Tedy i v rámci jedné organizace mohou být subkultury v nesouladu, dokonce až v konfliktu a celkovou organizační kulturu tak oslabovat (Bělohlávek, 1996). Naopak když silná organizační kultura jasně deklaruje hodnoty a očekávané normy chování, zastává i regulační funkci, pak není třeba mnoha nařízení a pokynů (ibid, s. 108).

Slabší organizační kulturu bych očekávala právě tam, kde jsou zařízení v přechodové fázi, v proudu změny, přičemž nesoulad může vznikat v kterékoliv organizační struktuře nebo třeba i ve více strukturách současně.

Z výše uvedeného vyplývá, že je-li strategickým cílem organizace dosažení personalizace služby, naplnění cíle bude dosaženo v okamžiku, kdy organizační kulturu bude možné prohlásit za silnou. Rámec personalizace navíc buduje základnu pro dosažení HCHP (high commitment, high performance) organizace (její parametry in Beer, 2009).

Proto, aby bylo možné označit službu za personalizovanou, musí být v každém okamžiku pozorovatelné určité projevy, a plněny konkrétní podmínky v různých systémech a strukturách.

Jasně by měla být definována mise, vize i strategie (Kotter, 2000). Za předpokladu, že cílem organizace je dosažení poskytování péče zaměřené na člověka, znamená to, že každý

jednotlivý pracovník, včetně vedoucích a pracovníků z vnitřních služeb, musí danému konceptu rozumět a musí vědět, jakým způsobem ho bude dosahováno. To znamená, že pracovníci nejen znají, ale také umí aplikovat principy přístupu. Je respektován podíl každého jednotlivého zaměstnance organizace na doručování péče, je tedy přinejmenším v tomto ohledu zahrnován do rozhodovacích procesů organizace. Pracovníci jsou zmocňováni, přístup k nim je spravedlivý.

Je tedy jasné, jakým způsobem se přistupuje ke klientům. Každý z pracovníků přímé péče se opírá o základní hodnoty přístupu, přistupuje ke každému jako k člověku, v tomto ohledu jej za něj i považuje, získaných znalostí využívá k naplňování individuálních potřeb klienta v kontextu jeho života ve sdíleném životním prostoru zařízení. Je ceněna nezastupitelná role, kterou rodina hraje v životě seniorů. Zaměstnanci organizace se snaží co nejvíce zapojovat rodiny do péče a podporovat i další přirozené kontakty člověka. Senior, případně jeho rodina (kde je to potřebné), jsou aktivními účastníky rozhodovacích procesů v jeho životě. Je respektován životní rytmus každého obyvatele, jeho potřeby. Flexibilita v organizační rutině převažuje nad dodržovaným pořadím úkolů (Cohen-Mansfield, Bester, 2006). Klient je podporován v péči o sebe v maximální možné míře. K právům rozhodovat o vlastním životě přirozeně náleží i respektování neúčastnit se kterékoliv z aktivit.

Sdílený životní prostor s sebou přináší řadu výzev, mimo jiné nedostatek soukromí, omezení v možnosti vybavit si všechny prostory dle vlastního uvážení (nábytek může být například příliš objemný), nutnost respektovat obývání daného prostoru dalšími lidmi. Právo nad utvářením vlastního prostředí by však mělo zůstat obyvatelům.

Ke každému člověku v zařízení musí být přistupováno jako k člověku. Je respektována jeho důstojnost i všechna lidská práva. Jakékoliv omezení a změny by měly být předmětem vyjednávání. Ty, které se týkají života všech obyvatel, potom s komunitou obyvatel, potažmo s jejich rodinami.

Všeobecnou snahou by mělo být, aby se klienti v zařízení cítili „jako doma“. K tomu napomáhají vhodně vybavené interiéry, osobní předměty, možnost přijímat návštěvníky, nemít potřebu se dovolovat a mnoho dalšího.

Pro dosažení těchto výsledků je z organizačního hlediska nutný dobře fungující multidisciplinární tým založený na partnerské spolupráci a efektivní komunikaci, včetně

vypracovaných postupů pro předávání informací, zaznamenávání do dokumentace a mnoho dalšího.

Organizačně by jakákoliv forma předávání informací měla být smysluplná a ospravedlnitelná. Papíry vyplňované pro papíry se mohou v opačném případě stát jednou z mnoha překážek v poskytování služby.

I když jsou splněny veškeré podmínky popsané výše, pokud nejsou dostatečné zdroje, transformační projekt hrozí selháním. Snad nejtypičtějšími překážkami se stává nedostatek personálu, adekvátního vybavení a finančních prostředků na zajištění sociální služby.

V závěru teoretické části dodávám, že celý koncept je založen na vztahu člověka k člověku. A to nejen pracovníků k seniorům a jejich rodinám, ale i pracovníci k pracovníkům, pracovníci k rodinám. Proto je třeba uznat a respektovat, že všichni aktéři v systémech výše uvedených mají své potřeby. Jsou-li naplňovány na všech úrovních, je připraven vhodný základ pro poskytování kvalitní služby.

Po představení teoretických východisek této práce nyní přistupuji k části empirické.

II. Empirická část

6. Úvod empirické části

V této kapitole se věnuji širšímu rámci pro konání výzkumu, konkrétně specifickému prostředí zkoumané organizace a zde právě zaváděnému psychobiografickému modelu péče. V závěru úvodní kapitoly představuji shrnutí konceptu péče zaměřené na člověka, na který jsem se zaměřila v teoretické části této práce.

6.1 Představení relevantních aspektů prostředí zkoumané organizace

S ohledem na zachování anonymity organizace nikde neuvádím její název, označení oddělení ani jména pracovníků. Zkoumaná organizace provozuje, kromě jiného, sociální službu domov pro seniory. Právě jeho prostředí je ústředním bodem zájmu výzkumu, proto se v následujících několika řádcích omezím výhradně na jeho specifika.

Uvedený domov pro seniory je registrován jako sociální služba dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Ke konci roku 2015 zde přebývalo 49 obyvatel (tři na jednolůžkových pokojích, zbylí na pokojích dvoulůžkových). Přibližně 75% potřebuje pomoc se zvládnutím šesti a více základních životních potřeb, v rozsahu uvedeném ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Cca 70% klientů trpí některou z forem demencí (přibližně 25% z celkového počtu klientů pak těžkou demencí).

V době zakončení výzkumu (viz podkapitola 7.2) byla služba v domově poskytována na třech odděleních o přibližně stejném počtu klientů, přičemž dvě byla v těsné blízkosti na jednom patře (modré a zelené), jedno na patře druhém (žluté). Žluté oddělení bylo od ostatních zcela geograficky odděleno, oproti zbývajícím oddělením byl tým zde relativně stabilní, dle interních informací také nejdále v zavádění psychobiografického modelu péče (dále jen PBM).

Každé oddělení řídí staniční sestra. Na jednotlivých odděleních se nachází místnost pro nejužší tým sestávající ze všeobecných sester a pracovníků v sociálních službách - pečovatelů, společně se setkávají dvakrát denně při hlášeních v rámci předávání služby, při ranních hlášeních se k nim připojují přidělení pracovníci rehabilitace a ergoterapeutky. Jedenkrát měsíčně se setkávají na poradě týmu.

Do každodenní péče se zapojují i další odbornosti, konkrétně sociální pracovnice a nutriční terapeutka se účastní ranního hlášení některého z týmů, informace ze zbývajících získávají ze zápisů, případně ústně v průběhu dne. Děni v týmech je jedenkrát týdně probíráno na poradě sociálních a zdravotních služeb. Přítomni jsou zástupci všech odborností přímé péče, vedoucí domova pro seniory, v proměnlivém složení se přidávají metodici, vedoucí projektů a koordinátorka dobrovolníků.

Každá z odborností má vlastní prostory a svou vedoucí.

V souvislosti s PBM dále probíhají tzv. multiporady, na kterých se vždy rozebírá problematika konkrétního klienta. Na poradě jsou zastoupeny vždy všechny odbornosti, které se do péče o konkrétního klienta zapojují.

Kromě výše uvedených odborností se na péči podílí též dobrovolníci, externě najímaní lékaři v odbornostech gerontologie a gerontopsychiatrie a ošetřující (praktický) lékař seniorů, na vyžádání též duchovní. Tito aktéři se neúčastní pravidelných porad, nejsou tedy ustanovenými členy multidisciplinárních týmů Domova.

V současnosti implementovaný PBM je jedním ze specifíků této organizace, formuje prostředí poskytované péče. Protože se jedná o přístup k dosahování péče zaměřené na člověka, jeho popis je obzvláště důležitý právě pro tuto práci. Proto se mu podrobněji věnuji v následující podkapitole.

6.2 Psychobiografický model péče jako přístup v dosahování péče zaměřené na člověka

Různé přístupy vedou k témuž cíli, kterým je v této práci poskytování péče zaměřené na člověka. V případě organizace, ve které pracuji, je v současné době implementován psychobiografický model péče (dále jen PBM). Vybrán byl zejména proto, že je vhodný při práci s lidmi s různými formami demencí, kteří do organizace přichází. Deklarované cíle PBM jsou mnohé, dá se ale říci, že tím nejjobecnějším je zlepšení stavu seniora prostřednictvím jeho reaktivace, další uváděné cíle závislé na tomto primárním, jsou de facto logickými výstupy (Böhm, 2015). Autorem PBM je profesor Erwin Böhm, původní profesí zdravotní bratr s praxí na gerontopsychiatrické jednotce (Procházková, 2014).

Jak sám autor uvádí, vlastní název je poněkud zavádějící, neboť modely jsou dle něj velmi statické a uzavřené, PBM považuje za dynamickou systémovou teorii. Ze studia východisek mohu soudit, že tato je velmi inkluzivní, obrací se v ní totiž k mnohým teoriím,

kteře zásadně ovlivnily psychiatrii, např. k teorii o vrstvách osobnosti, psychosomatice, imprintingu a copingu, smyslu života, teoriím věnujícím se ovlivnitelnosti prostředím a k dalším (Böhm, 2015). V následujících odstavcích představuji tento model s ohledem na schéma uvedené v teoretické části. Konkrétně se věnuji specifickému pojetí člověka, které je úhelným kamenem celého PBM, stejně jako vztahu pečujícího a seniora, tedy systému č. 2.

Böhm (2015, s. 29) posuzuje své pojetí člověka a světa ze čtyř různých pohledů, a to: „thymopsychicky, noopsychicky, biograficky, jakož i s jeho důsledky pro péči.“

1. **Thymopsýcha** odpovídá vrstvě osobnosti „ono“. Zahrnuje naučené emocionální a instinktivní reakce na podněty, které jsou člověku nějakým způsobem biograficky známé. Vyžaduje okamžité uspokojování potřeb bez regulačního mechanismu, který vytváří vnitřní strážce „nadjá“. U člověka se formuje nejdříve, různí autoři udávají až hranici do šesti let věku, copingové mechanismy thymopsýchy prosvítají tím více, čím vyšší je stupeň regrese člověka. V Böhmově pojetí odpovídají kořenům a kmeni člověka.

2. **Noopsýcha** je obsažena v kognitivním zpracovávání světa na aktivních úrovních „já“ a „nadjá“. Vyvíjí se v průběhu formování osobnosti prostřednictvím podnětů a impulsů, které je člověk v každém okamžiku svého života schopen vědomě vnímat a zpracovávat, určují smysl životu. I z ní pocházejí různé copingové mechanismy formované od dětství až do dospělosti. Podle stupně regrese člověka s demencí budou aktivněji vystupovat právě ty formované ve specifických etapách. Formování psychické dynamiky a příslušných mechanismů probíhá cca do dvaceti pěti let života. Tento věk je považován za nejčasnější vrchol psychodynamické kapacity, tedy určité „hotovosti“ člověka, dosažení jeho vlastní dospělosti. K té společensky patří i určitý stupeň úcty (Böhm, 2015). Od tohoto věku se odvíjí **tzv. princip normality** (Procházková, 2014), o němž pojednávám dále. Vlastní regrese související s progredující demencí znamená návrat z doby kolem tohoto věku.

Tzv. princip normality využívá zástupných symbolických rovin tohoto věku. Protože člověk je nejen individualitou (jedinečnou bytostí) s vlastní biografií, ale funguje v určitém společenském prostředí, tak i tzv. kolektivní biografii (také však tzv. regionální), je třeba vzít v úvahu. Společensky nese s sebou doba, až do dosažení vývojové dospělosti, v té době ve společnosti uznávané hodnoty, normy. Předpokládá se, že hodnoty a normy jsou ve větší, či menší míře přítomné v podstatě každé osobnosti. Každá generace se něčím vyznačovala. Není totiž možné, aby člověk existoval bez kontextu, byť se od něj může vědomě distancovat (Procházková, 2014). Celý rámec, tedy historie, společenský kontext, normy, hodnoty, vše

až do dosažení doby vlastní dospělosti by tedy mělo být v instituci studováno, zohledňováno, pochopeno a aplikováno.

Nejzjevnější formou aplikace tzv. principu normality je **fyzické prostředí instituce**. Její vnitřní vybavení by mělo odpovídat principu normality současných obyvatel. Zejména pro klienty na cestě regrese mohou vhodně zvolené fyzické prvky přinášet uklidnění, neboť jsou jim něčím povědomé.

I vybavení pokojů vlastními předměty, které jsou člověku dobře známé, označení dveří symboly, které přináší pocit „jako doma“, tedy i spojitě jistoty a bezpečí, napomáhá, jak jsem zmínila v podkapitole 2. 5, k adaptaci seniora na prostředí zařízení. Poznávám, že v každém případě by rozhodnutí o úpravě vlastního pokoje či alespoň jeho části mělo náležet samotnému obyvateli. Zejména s respektem k tomu, že např. v zařízení, ve kterém pracuji, ne každý klient trpí demencí.

Jakékoliv pokoušení se o přizpůsobení prostředí instituce samozřejmě znamená, že pečující musí přemýšlet o tom, kdo v instituci bydlí, kdo sdílí její životní prostor. V kontextu PBM viz následující třetí a čtvrtý bod Böhmova pojetí člověka a světa.

3. Beru-li v úvahu klasifikaci uvedenou v podkapitole 2.1, je Böhm zastáncem monadické tělesně orientované koncepce lidství. Člověk je sám sebou, nicméně podstatou lidství je i **navazování vztahů** a sdílení prožívaných okamžiků. Pro Böhma je vztah člověka k člověku nedílnou součástí péče. Stejně jako se rozvíjí osobnost člověka, vrstvy jeho duše, buduje se i jeho vztahování se k druhým. Přitom Böhm (2015, s. 32), vycházející z Fenze, rozeznává čtyři úrovně, a to: „já pro sebe, já proti tobě, já a ty, já pro tebe.“ S postupnou regresí člověka (Böhm zde rozeznává sedm stupňů) se bude proměňovat i jeho vzájemný vztah s osobami pečujícími.

4. V **kontextu péče** je třeba zohledňovat právě svébytnost každého člověka, který nějakým způsobem interaguje se svým okolím a aktivně jej tak utváří, má potřebu být někým, a tak být i vnímán.

A pozor! Vše se týká každého jednotlivého aktéra péče.

Poslední čtyři body udávají základ PBM, který dále shrnuji a spojuji s teoretickými východisky této práce.

Duše každého člověka je tedy tvořena z vrstev, které se formují na podkladě životních zkušeností. Na jejich podkladě si člověk buduje určité vyrovnávací mechanismy. Nejprve se vyvíjí thymopsýcha, zodpovědná za emocionalitu, následně noopsýcha, racionální složka

vlastního já. Každá vjem, který je pro člověka v průběhu vývoje relevantní, který on vztahuje k sobě, stává se součástí jeho biografie, jeho životního příběhu. V průběhu rozvoje osobnosti se člověk učí nějak se chovat k ostatním lidem (viz výše), ovlivňuje jej také společenský kontext dané doby s určitými hodnotami, normami, stínem historických událostí apod.

Ovšem nejen klienti v zařízeních, ale také osoby pečující jsou prosáknuti vlastním duchem doby, s určitým vžitým folklórem, který bývá v mnohých případech velmi vzdálen hodnotám předchozích generací.

Pokud je jak senior, tak osoba pečující na úrovni zapojování noopsýchy, kdy jsou stále přítomné regulační mechanismy „nadjá“, je porozumění mezi komunikačními partnery snazší. Ve chvíli, kdy se u klienta progreduje demence, postupuje po regresních stupních. Böhm (2015) jich určil celkem sedm, přičemž každému z nich přisuzuje určité emocionální interakční roviny.

Od třetího stupně, který odpovídá v regresi mezi dvanácti a osmnácti lety, začínají více vyvstávat thymopsychické copingy. Senior může začít reagovat na určité podněty zcela nevysvětlitelně. Do popředí se opět dostávají potřeby, které tehdy byly člověku vlastní a volají po uspokojení. Stejně jako tento, každý další regresní stupeň s sebou nese specifické potřeby. Aby byla péče smysluplná, musí pečující rozumět tomu, jaké podněty vyvolávají emocionální reakce, jak uspokojit potřeby, které se objevují a které to vlastně jsou. V případě každého jedince jsou přirozeně jiné (ibid).

Právě proto je důležité sbírat thymopsychickou biografii a umět s ní pracovat (Procházková, 2014). Ve chvíli, kdy se objeví neočekávané chování, právě v řádně sebraném a zpracovaném vlastním **příběhu** člověka je možné hledat odpovědi. V opačném případě dochází k neporozumění mezi seniorem a osobou pečující, které v důsledku může vést k podstatně rychlejší regresi klienta, neadekvátním reakcím pečujícího personálu, péči, která je zaměřená pouze na somatické projevy související užívání léků k utlumení klientů a k neschopnosti navázat vztah se seniorem (Böhm, 2015). Přitom právě ten stojí v základu péče zaměřené na člověka.

Cílem PBM je „reaktivace duše starého člověka“ (ibid, s. 78). Pečující personál se snaží u seniora probudit chuť k životu za pomoci psychobiografických obsahů, kterými jsou „příběhy, folklorní situace, morální otisky a coping.“ Pracuje tedy s Já člověka, které dlí v jiné době se vším, co k tomu náleží. Proto se vybírají vhodné podněty, kupříkladu **aktivity** odpovídající seniorově biografii. **Péče se podřizuje zvyklostem člověka, nikoliv naopak.**

Tím se aktivity stávají smysluplné (viz podkapitola 2.3). Jak píše Procházková (2014) u seniorů se daří zpomalit postup demence, někdy dokonce ji i zvrátit (ve smyslu návratu o stupeň či dva zpět), byť i dočasně.

Potkání se na určité emocionální interakční rovině přirozeně znamená i přizpůsobení se úrovni člověka, a to včetně jazykových i dalších komunikačních prostředků, například dotyků (Böhm, 2015). Jen vhodný (přiměřený) způsob interakce má naději na reaktivaci duše člověka.

Jak je z výše uvedeného patrné, aplikace modelu se stává skutečnou výzvou a má potenciál přinášet pozitivní výsledky, a tedy i satisfakci. Poskytuje možnost poskytovat holistickou, a tedy přesahující péči. Vyžaduje vysokou míru invence ze strany pracovníků zapojených do přímé péče. Má-li být model aplikován, organizace vlastní pracovní doby musí být do značné míry **flexibilní**. Vlastní získávání kvalitního biografického materiálu navíc vyžaduje aktivní budování vztahu se seniorem, potažmo i jeho rodinou. Ta je partnerem v péči (viz podkapitola 3.1).

Protože každý člověk má svou vlastní biografii a reaguje jen na určité podněty, je důležité, aby se v péči setkávalo **více profesionálů z různých oborů**. Každý z nich totiž přispívá vlastním unikátním pohledem, všímá si jiných detailů v chování. Cílem je získat co nejobjektivnější náhled na stav konkrétního klienta a zabývat se možnými způsoby jeho aktivace či reaktivace. Přístup vyžaduje pracovníky, kteří vědí, co mají sledovat, umí pracovat v rámci přístupu, znají sebe, své potřeby i psychobiografické obsahy (ibid). Dále předpokládá spolupráci v multidisciplinárním týmu i rozvinutý systém sdílení informací v něm, a to včetně smysluplně vedené dokumentace (více viz podkapitola 3.2).

Po představení základů psychobiografického modelu péče nyní postupuji k dalšímu shrnutí, tentokrát k vymezení překážek vzešlých z doposud popsaných teoretických východisek.

6.3 Bariéry poskytování péče zaměřené na člověka – shrnutí

Pro celkovou přehlednost uvádím shrnutí teoretických východisek rozdělených dle systémů. Pochopitelně jakýkoliv popis, a tedy i redukce reality vede nezbytně k nedokonalostem. Řada z procesů dále uvedených z povahy věci může náležet do více systémů. Nabízené shrnutí právě proto považuji spíše za ilustrativní.

Systém	Překážka	Výrok pracovníka
Mikrosystém péče	Neznalost PBM	<ul style="list-style-type: none"> • Nevím, k čemu je PBM dobrý, je to zbytečnost. • Nevím, jaké jsou základní principy PBM • Nevím k čemu PBM směřuje (co by mělo být jeho výstupem). • Práce s biografií mi bere čas. • Nevím, jak mám splnit úkoly, které se ke mně dostávají.
	Neschopnost vidět člověka v klientech	<ul style="list-style-type: none"> • Podle mě to nejsou úplně lidi, když nevnímají. Kde není intelekt, není člověk. • Nevěřím, že jim můžeme dát cokoliv jiného, než zajistit základní biologické potřeby.
	Nerespektování jedinečnosti člověka	<ul style="list-style-type: none"> • Nezáleží na tom, kdo člověk byl nebo je. • Jeho zvyklosti nejsou důležité. • Nezáleží, na kterou aktivitu člověka vezmeme. • Neexistují výjimky v nastaveném rozvrhu hodin. • Za každou cenu musím splnit výkon v určenou dobu (pití, vysazení, převaz) nebo určeném množství (jídlo, tekutiny). Je za všech okolností důležitější, než člověk. • Nezáleží na přání seniora.
	Negativní postoj k ind. plánování/neschopnost práce s ním	<ul style="list-style-type: none"> • Individuální plány jsou naprosto zbytečné, nedělají žádný rozdíl. • S individuálním plánem nepracuji, nevím jak. • IP jsou výmysly shora.
	Volání po kontrole	<ul style="list-style-type: none"> • Klienti nemají nárok si vyskakovat nebo cokoliv chtít. • Nemají právo rozhodovat o tom, co a jak se s nimi bude dít. • Klienti nemají právo si stěžovat. • Udělám výkon, kdy se to hodí mně.
	Neschopnost/nezájem navázat vztah se seniorem	<ul style="list-style-type: none"> • Nedokážu si k nim najít vztah. • Nechci, aby mi na nich záleželo. • Zajímají mě výkony, ne neperspektivní lidi. • Chci si tady oddělat svých 12 hodin a jít domů.

	<p>Nepodporování kontaktů</p> <p>Nerespektování soukromí</p> <p>Nepodporování vtiskávání osobitosti prostředí</p> <p>Nevyhovující prostředí</p> <p>Nevyhovující vztahy se spolubydlícím</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální vazby člověka nejsou důležité. • Je zbytečné klepat na dveře. • Jsou to pokoje domova, ne klientů. • Je lepší, když mají všichni stejné vybavení pokojů. • Nepřemýšlíme o tom, koho kam posadíme. Nezáleží na tom. • Ani při nejlepší vůli nemohu zajistit soukromí. • Prostor pokojů je dispozičně naprosto nevyhovující pro péči. • Senioři nemají žádné prostory pro společné setkávání. • Spolubydlící se nesnesou, dělají si naschvály, zneprjemňují si život a není snaha s tím cokoliv dělat.
<p>Aktéři přímé péče</p>	<p>Nepřijímání rodiny</p> <p>Neefektivní komunikace v týmu</p> <p>Špatná atmosféra v týmu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rodina by se vůbec neměla do péče míchat. • Rodiny nerozumí, co tady děláme (my jsme odborníci). • My jediní bychom měli rozhodovat o tom, co s klientem bude. Rodiny se práva vzdaly v okamžiku, kdy odložily seniora do zařízení. • Rodiny se musí ohlásit, když přijdou. • Všechny rodiny jsou obtížné. • Je povinností rodin nás poslouchat, podrobit se rozhodnutí. • Rodiny si nesmí stěžovat. • Mezi rodinami nejsou rozdíly – všechny jsou a priori špatné. • S rodinami komunikujeme jen tehdy, pokud je to nezbytně nutné. • Nedostane se ke mně spousta informací; potřeboval/a bych jich více. • Ztrácím přehled o dění. • Dokumentace je zmatečná, nepřehledná, konzumující čas. • Předávání informací je neefektivní/spousta z nich vůbec nepotřebuji vědět. • Multidisciplinární porady jsou ztrátou času. • Vztahy mezi pracovníky jsou vyhrocené; lidsky si tady nenesdeme.

	<p>Není partnerská spolupráce/neefektivní spolupráce</p> <p>Nespokojenost/marnost</p> <p>Nedostatečné charakteristiky OS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necítím se tady dobře. • Nejsem tu ceněn/a. • Každý si tu hraje na sebe. • Některé profese mají navrch/dívají se na nás shora. • Nejsou jasně rozdělené kompetence, nevím, co je mojí náplní práce. • Nejsou jasně rozdělené kompetence, nevím, na koho se vždy obrátit. • Není jasná hierarchie (nevím, komu podléhám). • Nemám představu, kdo patří do týmu, tedy nemohu využít zdroje. • Někteří spolupracovníci jsou nedosažitelní. • Rodina není součástí týmu. • Senior není součástí týmu. • Výrazně postrádám některou profesi. • Nemám možnost podílet se na jakémkoliv rozhodovacím procesu. • Všechny nápady jsou sice krásné, nic se tady ale neděje. • Chtěl/a bych tady prosadit nějaké věci pro klienty, ale to se nedá. • Neumím jednat s lidmi, není trpělivý/á, nezná sebe, nebudí důvěru – má nevyhovující osobnostní nastavení. • Neví, čeho chce dosáhnout. • Slova jako lidství, důstojnost, úcta, autonomie, soukromí jsou dle něj v praxi nenaplnitelné. Nemá smysl pokoušet se je zajistit. • Lidé jsou mu lhostejní. • Nemá předpoklady pro zvládnání nároků profese. • Pracovníci mají nedostatečné vzdělání (škola).
<p>Zajišťovatelé služby</p>	<p>Nedostatek času/nedostatek personálu/vysoká fluktuace</p> <p>Nemožnost organizovat si svůj čas</p> <p>Nedostatek znalostí a praktických dovedností/jejich nedostatečné sdílení</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I kdybych chtěl/a, nemůžu se zastavit na kus řeči s klienty/Není čas na nic jiného, než na základní úkony péče. • Lidé v organizaci se často mění. • Nemůžu ovlivnit organizaci vlastní pracovní doby. • Musím se podřídit organizační rutině. • Organizace neumožňuje se vzdělávat. • Organizace požaduje poskytování speciální péče, ale neproškolí v ní. • Většina pracovníků oddělení je bez praktických zkušeností.

		<ul style="list-style-type: none"> • Není podporováno sdílení zkušeností mezi pracovníky. Není na to vymezen prostor.
	Nedostatečné vybavení	<ul style="list-style-type: none"> • Nemám potřebné vybavení v dostatečném množství a kvalitě. • Musím si často půjčovat na jiném oddělení.
	Nedostatečné finanční zdroje	<ul style="list-style-type: none"> • Pociťuji, že organizace nemá dostatek zdrojů na běžný provoz.
	Nepociťovaná podpora	<ul style="list-style-type: none"> • Management nám nerozumí. • Management nemá tušení, co tady děláme. • Management nám nejde příkladem. • Nemám oporu ve vedení. Při zvažování rizik proto raději volím/e bezpečnou cestu. • Je nemyslitelné, abych se na management obrátila. • Ti nahoře se k nám chovají přezíravě.
	Byrokracie	<ul style="list-style-type: none"> • Na všechno je nějaký formulář. Je jich nesmyslné množství. Pro samé papírování nemám čas na lidi. • Mám pocit, že vyplňuji pořád nějaké formuláře jako šílený/á a pak tu akorát leží a nikdo je neřeší. Nedává to smysl.
	Nejasnost vize	<ul style="list-style-type: none"> • Nemám tušení, kam organizace směřuje, vize mi není jasná. • Nevím, jaká je moje role v naplnění vize. • Vize jsou jenom prázdná slova bez reálné snahy o to cokoliv změnit/splnit.

* výroky výše uvedené jsou hypotetické, použité spíše pro vysvětlení sloupce Překážky. V reálných rozhovorech se mohou některé z nich, popřípadě jejich obdoba objevit, a to i jako výrok druhých osob (např.: „Někdo řekl, že...“)

Po představení souhrnu překážek na podkladě teoretických východisek, přistupuji v kapitole číslo sedm k popisu metodologie výzkumné části.

7. Metodologie

Cílem této kapitoly je stručně a výstižně popsat design výzkumu, konkrétně popisují cíl výzkumu i výzkumné otázky i způsob získávání odpovědí na ně. Tj. se věnuji zdůvodnění užité výzkumné strategie, metodám sběru dat, výběru respondentů a reflexi vlastního působení v předmětné organizaci i etickým otázkám souvisejícím s prováděním výzkumu v organizaci.

7.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Jak jsem uvedla již v Úvodu, **cílem** diplomové práce, a tedy i empirické části, je **identifikovat a popsat překážky, které stojí v cestě k dosažení péče zaměřené na člověka v předmětné organizaci**. Z důvodů uvedených v podkapitole 7.3 (viz) se zaměřuji na **pohled pracovníků zapojených do přímé péče**.

Tomuto účelu jsem již podřídila teoretickou část této práce, kdy jsem pomocí literatury určila možné překážky ve třech systémech. Vlastní výzkum přináší obohacení teoretických východisek o pohled z prostředí konkrétní organizace.

Kapitoly 1 až 5 mi navíc umožnily formulovat dílčí výzkumné otázky, které dále představuji (scénář rozhovoru vzniklý v návaznosti na dílčí výzkumné otázky je k nalezení v Příloze č. 1). S postupem výzkumu, na základě průběžné analýzy, jsem dílčí výzkumné otázky upravovala tak, aby umožnily dosažení cíle výzkumu. Počínání je v souladu s Hendlem (2005). Obdobně jsem postupovala i v konstrukci scénáře rozhovoru. Dále tedy následuje jejich finální podoba.

Níže začínám formulací hlavní výzkumné otázky odpovídající cíli práce.

7.1.1 Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaké jsou bariéry v dosažení péče zaměřené na člověka v konkrétním zařízení?

Protože mě zajímá v této práci pouze mínění pracovníků zapojených do přímé péče, zdržuji se označení personalizace služby (viz úvod kapitoly jedna). Ambicí této práce není odhalit všechny bariéry. Kdyby se práce měla zaměřovat na tuto problematiku, nezbytně bych se musela v teoretických východiscích zabývat např. i financováním služby, právními aspekty či efektivitou komunikace na úrovni managementu a vnitřních služeb apod.

Jednotlivým konceptům, konkrétně dosažení péče zaměřené na člověka, překážkám v dosažení tohoto cíle i popisu konkrétního zařízení, včetně specifického přístupu, se věnuji v kapitolách 1 až 6 této práce (viz). Na jejich podkladě dále vyslovuji čtyři dílčí výzkumné otázky.

7.1.2 Dílčí výzkumné otázky

V teoretické části (podkapitola 1.2) jsem uvedla, že koncept personalizace služeb, případně péče zaměřené na člověka, není u nás příliš využívaný. Spíše se operuje s terminologií individualizace péče, která však je celkově do konceptu vřazena (viz podkapitola 1.1). Právě pro neukotvenost konceptu péče zaměřené na člověka jsem se rozhodla sledovat její vlastní projevy. Proto první otázka zní:

1. Jak pracovníci přímé péče interagují s klientem?

Odpověď na tuto otázku je klíčová při porozumění vzhledu pracovníka i v kontextu jeho profese. Příslušné otázky scénáře rozhovoru směřují k vlastní podstatě fenoménu.

2. Jak v péči aplikují PBM?

Protože je PBM (představen v podkapitole 6.2) přístupem v dosažení péče zaměřené na člověka, při hledání možných překážek se zaměřuji na jeho praktickou aplikaci do každodenní péče. To předpokládá i rozumět mu a být schopen reflektovat jeho užití.

Otázky jedna a dvě směřují na systém č. 1.

3. Jak je popisována spolupráce mezi aktéry přímé péče?

Otázka třetí má za cíl sledovat systém č. 3, s ohledem na péči zaměřenou na člověka, zapojování jednotlivých aktérů (včetně rodiny), spolupráci v týmu i mimo něj. Opět se soustředím na možné překážky, tentokrát v interakcích, vztazích i komunikaci.

4. Jak pracovníci přímé péče vnímají roli managementu organizace a vnitřních služeb?

Závěrečná otázka je zaměřena na systém č. 3, konkrétně jak vnímají pracovníci zapojení do přímé péče úlohu managementu organizace a vnitřních služeb (souhrnně v organizaci nazýváno „administrativa“ či „kanceláře“) v poskytování péče zaměřené na člověka, nakolik je pro ně v tomto ohledu důležitý a zda pro ně plní svou roli. Ve scénáři (viz Příloha č. 2) se svými dotazy explicitně zaměřuji pouze na servisní funkci organizace.

Téma úlohy managementu v implementaci přístupu a definování vize není v této práci středem mého zájmu. Z hlediska struktury scénáře, který jsem zkonstruovala tak, aby zajišťoval plynulost rozhovoru a současně sledoval indikátory přístupu zaměřeného na člověka, by otázky zaměřené na tyto funkce mohly působit rušivě. V rozhovorech se proto témata spojená s touto problematikou objevovala s menší frekvencí.

7.2 Výzkumná strategie a sběr dat

Povaha hlavní výzkumné otázky a potřeba jejího zjišťování v konkrétní organizaci předpokládá využití **kvalitativní výzkumné strategie** (Hendl, 2005).

Po zadání Projektu diplomové práce s určenou hlavní výzkumnou otázkou, před samotným studijním pobytem v zahraničí, jsem v srpnu 2015 provedla jeden nestrukturovaný rozhovor se všeobecnou sestrou pracující v domově. U přepsaného rozhovoru jsem následně provedla otevřené kódování, kódy jsem seskupila do kategorií. První rozhovor mi napomohl k zorientování se ve studovaném fenoménu.

Následně jsem při zpracování teoretických východisek své práce vlastní popis konceptu rozdělila dle úrovně sledovaných projevů péče zaměřené na člověka do jednotlivých systémů. S ohledem na hlavní výzkumnou otázku, potažmo dílčí výzkumné otázky i cíl práce, jsem za nejvhodnější metodu získávání dat zvolila rozhovor pomocí návodu (ibid).

Pro každý rozhovor jsem měla připravena hlavní témata (vzešlá z dílčích výzkumných otázek) i scénář rozhovoru. Mou snahou bylo, aby respondenti měli co největší prostor pro odpověď. Bylo-li to účelné pro hutnost dat ve smyslu odpovědí na výzkumné otázky, doptávala jsem se v průběhu vlastního interview.

Se souhlasem respondentů byly všechny rozhovory nahrávány na diktafon (etický aspekt výzkumu více viz podkapitola 7.5), následně doslovně přepsány, anonymizovány a analyzovány (postup viz podkapitola 7.6). Výpovědi užívané v interpretační části sledují vlastní tok řeči, jsou tedy bez gramatických úprav.

Rozhovory byly nahrávány v březnu a dubnu 2016, jejich délka se pohybovala v rozmezí od 30 minut do 83 minut. Celkový počet stran transkribovaného materiálu činí 300 normostran.

Respondenti byli vybíráni dle předem určeného klíče (viz dále).

7.3 Výběr respondentů

Přestože pro poskytování péče zaměřené na člověka jsou důležití všichni aktéři ze všech systémů, rozhodla jsem se pro účely této práce, s ohledem na její limitované možnosti, zaměřit se z organizačního hlediska na nejvíce exponovanou skupinu, totiž **pracovníky zapojené do přímé péče** (viz schéma v podkapitole 1.4).

Tito pracovníci přímo odpovídají za naplňování cílů organizace ve smyslu poskytování sociální služby, dále jsou nejvíce exponováni z hlediska počtu interakcí ze všech ostatních aktérů v celém prostředí organizace. Aktivně jednájí s klienty, jejich rodinami i managementem organizace (někteří pochopitelně častěji než jiní). Jejich úloha je náročná v balancování požadavků ostatních aktérů, které musí brát v potaz při poskytování služby. V podstatné míře nesou odpovědnost za její hladký průběh.

O pracovnících přímé péče v předmětné organizaci jsem se zmínila již v podkapitole 6.3. Zahrnuji mezi ně ty, jejichž primární náplní práce je být v každodenním kontaktu s klienty i jejich rodinami, kteří jsou zaměstnanci z hlediska pracovně právního a zároveň jsou pravidelně přítomní na tzv. multiporadách. V zařízení, kde působím, se konkrétně jedná o profese sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, nutriční terapeut, fyzioterapeut/pracovník rehabilitace, ergoterapeut, všeobecná sestra. Přiřazuji též staniční sestry, které jsou vedoucími týmů přímé péče a splňují i ostatní kritéria.

Z povahy výzkumné otázky jsem též potřebovala, aby informanti byli znalí organizační kultury i organizačních procesů, rozuměli hodnotám organizace, věděli, jak se „věci tady u nás dělají“. V případě respondentů jsem oslovila ty, kteří v organizaci pracují alespoň tři měsíce. Rozhodla jsem se tak kopírovat délku zkušební doby.

Mým původním záměrem bylo provést rozhovory se všeobecnou sestrou, pracovníkem v sociálních službách a staniční sestrou z každého jednoho oddělení (kromě modrého oddělení, kde staniční sestra byla příliš krátkou dobu), dále s nutriční terapeutkou, sociální pracovnící, ergoterapeutkou, pracovníkem rehabilitace.

V průběhu výzkumu v dubnu 2016 došlo ke strategickému rozhodnutí sloučit od začátku května původní tři oddělení, která v textu označuji jako žluté, modré a zelené, ve dvě (žluté a zelené). S reorganizací souvisí i celkové přeuspořádání týmů. Tak jako každá jiná významná organizační změna i tato s sebou nese velký emoční náboj. Od určitého bodu by pokračování ve výzkumu potenciálně uvedlo do psychické nepohody dotazované, pravděpodobně by i zkreslilo data ve smyslu zvýšené citlivosti na řadu indikátorů

sledovaných v rozhovoru. Mou ambicí bylo sledovat relativně stabilní pohled vzhledem ke zkoumanému fenoménu, aktuálnost změny v tomto směru zúžila zorný úhel řady pracovníků na nejpálčivější témata každodenního života (např. ztrátu celistvosti týmu, jiný systém práce, získání nových klientů a s tím související jejich neznalost s ohledem na ADŽ apod.). Za současného stavu se dokončení výzkumu v nejbližším měsíci stalo z mého pohledu reálně nemožným, proto jsem od jeho dokončení upustila.

Z původně plánovaných patnácti rozhovorů jsem jich nahrála třináct. Zbývající dva jsem zamýšlela nahrát se všeobecnou sestrou z později nejvíce exponovaného oddělení a s pečovatelem, který v nedávné době přešel z modrého oddělení na žluté.

Přestože věřím, že by jejich účast na výzkumu přinesla hodnotný náhled do určitých dílčích aspektů (zejm. fáze implementace PBM v případě pečovatele), nezměnila by celkovou povahu výstupů. Proto i s nižším počtem respondentů mohou výsledky analýzy a interpretace označit za vnitřně konzistentní, a tak i vypovídající, a proto přínosné.

Výběr respondentů probíhal několika způsoby. Určité pracovníky a zástupce profesí jsem měla předem vytypované (sociální pracovníci, staniční sestry, nutriční terapeutka), další jsem oslovila po konzultaci s vedoucími oddělení. Hledala jsem takové všeobecné sestry a pracovníky v sociálních službách, kteří jsou reprezentanty organizační kultury i takové, které se dle mínění staničních sester vymykají, nejsou však úplným extrémem ve smyslu modelu tzv. socialistické sestry (viz oddíl 8.3.1). Vlastní interpretační část tedy zachycuje většinový pohled na překážky v dosažení péče zaměřené na člověka uvnitř organizace. U rehabilitačních pracovníků a ergoterapeutek jsem se dohodla s prvním člověkem v příslušné kanceláři, pokud tento splnil výše uvedená kritéria.

Pro shrnutí uvádím tabulku respondentů.

Profese	Jméno
Pracovník v sociálních službách	Anna
Pracovník v sociálních službách	Bára
Pracovník v sociálních službách	Cecílie
Pracovník v sociálních službách	Dagmar
Nutriční terapeut	Emilie
Pracovník rehabilitace	Františka
Ergoterapeut	Gabriela
Všeobecná sestra	Hana
Všeobecná sestra	Iva
Všeobecná sestra	Jiřina
Staniční sestra	Kamila
Bez souhlasu s uvedením	Lenka
Bez souhlasu s uvedením	Marta

Skutečnost provádění výzkumu v organizaci, ve které pracuji, má své zjevné výhody, ale i nevýhody, k nimž se dále vyjadřuji.

7.4 Reflexe vlastního působení v předmětné organizaci

Ve zkoumaném zařízení pracuji v různých pozicích a s různou intenzitou přibližně rok a půl. Přicházím do kontaktu se zaměstnanci na všech organizačních úrovních. Sama sebe mohu označit za insidera, jsem sžita s kulturou organizace. Od určitého okamžiku se moje vlastní mluva proměnila z „tam v tom domově pro seniory“ na „tam u nás“. Zcela jistě se proměnil můj náhled na probíhající procesy. Pokud jsem dříve nevěděla, na koho se obrátit s konkrétními záležitostmi (někdy i komplexními), později jsem se naučila myslet v rámci běžných struktur a přicházet s vlastními řešeními.

Snad největší zjevnou výhodou být insiderem je důkladné seznámení se s chodem organizace na bázi vzájemného sdílení založeného na určité formě důvěry. Z pohledu této diplomové práce se tak otevírá možnost zajít do větších podrobností, které by se výzkumníkovi z vnějšku nemusely otevřít.

Nevýhodou je ztráta určité citlivosti k „divnostem“, tedy k věcem, které na první pohled nedávají smysl, mohou být neefektivní, a to i s dopady na poskytování péče zaměřené na člověka. Související je i možná až už vědomá či nevědomá kolegiální slepota. Dále také nevyslovení záležitostí, o kterých spolupracovník předpokládá, že je znám.

Podotýkám, že nepracuji v přímé péči, tedy alespoň s ohledem na sledovaný koncept, může být i tzv. „slepota“ menším rizikem pro získávání kvalitních dat. Z pohledu výzkumníka je samozřejmostí snaha o co nejpřesnější zachycení všech aspektů, silných i slabých stránek. Bez jejich popsání bych nemohla dosáhnout cíle své práce.

Při práci s riziky napomohlo i jejich prosté zvědomení, jejich reflexe v průběhu rozhovoru, kdy jsem se snažila na výpovědi nazírat co nejobektivněji. Vzhledem ke skutečnosti, že jsem součástí administrativního úseku, kolegové ochotně popisovali veškeré úkony a procesy probíhající v přímé péči do nejmenších podrobností. Částečně na tuto skutečnost odpovídá míra odloučení „kanceláři“ a vlastní přímé péče, o které mmj. pojednávám v kapitole Interpretace dat.

Právě proto, že výzkum provádím mezi spolupracovníky, jsem si více než vědoma rizika narušení důvěry v případě nedodržení určitých etických zásad v jeho průběhu. Těm se tedy věnuji dále.

7.5 Etické aspekty

Etika provádění výzkumů v sociálních vědách není jasně stanovená, řídí se obecnými principy (Švaříček, Šed'ová, 2007). Za základ též mohou sloužit etické kodexy jednotlivých profesí, kterými se příslušný výzkumník cítí být vázán, v mém případě se jedná o Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR (2006, [online, cit. 28. 3. 2016]).

Mým primárním cílem je ochránit informanty, kteří se rozhodli participovat na výzkumu. To znamená zachovat v každém případě důvěrnost sděleného, seznámit je s postupem výzkumu a nakládáním s daty - tj. s jejich nahráváním, přepisem, anonymizací. Se způsobem jejich využití pro účely diplomové práce i s jejich archivací, s možnostmi případného využití za účelem dalších výzkumných aktivit, poskytnutím třetím osobám

a s možností kdykoliv stáhnout své rozhodnutí na výzkumu participovat. Účastníkům byla nabídnuta možnost zaslání přeepsaného rozhovoru.

Za tímto účelem jsem připravila Informovaný souhlas účastníka výzkumu, vzor je k nalezení v Příloze č. 2. S Informovaným souhlasem jsem vždy seznámila respondentku před započítím rozhovoru, v závěru jsem jí předložila Informovaný souhlas k vyplnění. Originál jsem oscanovala a následně jej vrátila informantce.

K nahlédnutí v Příloze č. 3 se nachází též vzor Souhlasu s výzkumem v organizaci. Stejně jako v prvním případě i zde jsem originál Souhlasu oscanovala a následně jej nechala organizaci k založení.

Při samotné interpretaci dat jsem se zaměřila na co nejmenší identifikovatelnost jednotlivých účastníků, spíše jsem se snažila vybírat výroky ilustrativní, a to za účelem popsání objevivších se témat.

Vlastnímu popisu postupu analýzy se věnuji v následující podkapitole.

7.6 Analýza dat

Při výběru vhodného způsobu analýzy dat jsem měla na mysli vlastní cíl výzkumu, kterým je identifikace a popis překážek v dosažení péče zaměřené na člověka v konkrétním zařízení. V zásadě mi tedy jde o rozpoznání (a následný popis) vzorců narušujících dosažení ideální podoby péče zaměřené na člověka. Proto jsem se rozhodla pro využití **tematické analýzy dat**.

Tematická analýza je metodologicky značně neukotvená, to znamená, že neexistují pevně stanovené postupy při jejím využívání (Boyatzis, 1998). Autoři se ani jednotně neshodují v jejím zařazení. Někteří ji považují za samostatnou metodu (Braun, Clarke, 2006), jiní za přístup (Bryman, 2012) či dokonce za postup v analýze dat (Boyatzis, 1998).

Smyslem tematické analýzy je nalezení pravidelností, struktur v datech (např. Braun, Clarke, 2006). Tyto vzorce autoři nazývají tématy. Pro Brymana (2012) se obdobnými způsoby hledají vzorce v datech i u většiny dalších kvalitativních přístupů k analýze dat, jako např. v zakotvené teorii či kvalitativní obsahové analýze. V tomto náhledu je tematická analýza bazálem velké části analytických přístupů. Pro Boyatzise (1998) nejen těch kvalitativních, ale i kvantitativních.

Stejně jako u dalších kvalitativních přístupů i v tematické analýze probíhá kódování. Pro každého autora je vztah kódů a tématu rozdílný (Bryman, 2012). Pro některé z nich jsou

kódy totéž co témata, pro jiné jsou témata de facto dimenzemi kategorií (např. Boyatzis). Tímto způsobem je také využívám ve své práci (stejně jako Braun, Clarke, 2006), **kódy jsou podřazeny tématům.**

K analýze jsem přistoupila s předem připravenými širokými kategoriemi (viz Boyatzis, 1998), kopírujícími ústřední fokus jednotlivých systémů. V souladu s metodologickým postupem (ibid) jsem v průběhu analýzy ověřovala obsah jednotlivých tematických kategorií, následně jsem jednotlivá témata (tedy jejich obsah a následně i jejich názvy) modifikovala.

Výstupem tematické analýzy je detailní popis každého z vnitřně konzistentních témat, respektive tematických kategorií.

V následující kapitole již přistupuji k samotné interpretaci dat. V jejím závěru reflektuji zjištění s ohledem na teoretická východiska této práce.

8. Interpretace dat

Proto, aby bylo možné určit překážky v dosahování péče zaměřené na člověka, nejprve jsem se zaměřila na to, jakých podob nabývá vize péče v předmětné organizaci, tedy jak je vize popisována a nakolik odpovídá v teoretických východiscích představenému konceptu. Současně mi pohled na ni umožnil získat představu o kýženém standardu v organizaci. Jak ukáží dále, péči zaměřenou na člověka je ve zkoumané organizaci možné ztotožnit s péčí nejvyšší kvality.

Analýza a následná interpretace dat mi zároveň umožnila posunout představený koncept více do reality žitého světa instituce. Pokud jsem v teoretické části (podkapitola 2.5) uváděla, že sdílení životního prostoru s sebou přináší jistá omezení, výzkum v prostředí konkrétního zařízení mi umožnil velmi podrobně nahlédnout na komplexnost této problematiky. Z tohoto kontextu vyplynuly i základní parametrické odlišnosti mezi životem doma a v zařízení. Zejména v podkapitolách 8.1 a 8.5 se jim věnuji podrobněji.

Na základě popisu představ o péči (viz podkapitola 8.1) jsem identifikovala tři základní tematické kategorie, které lze označit za překážky v dosahování péče nejvyšší kvality, konkrétně se jedná o témata: **Životní prostor, Proměnlivost kapacity pracovníků přímé péče, Subkultura „kanceláří“**.

Čtvrté téma, které jsem pojmenovala **Zlatá klec** je specifickým rizikem v uplatňování odborností pracovníků při péči o obyvatele. V příslušné podkapitole 8.5 poukazuji na křehkost hranice mezi životem v péči a životem s péčí.

Téma limitované kapacity vykristalizovalo na základě nalezení vzorce mikromodelu péče při určování kulturně sdílené představy o realisticky dosažitelné ideální péči, respektive vztahů mezi poskytováním bazálu a kýženého standardního nadstandardu péče. V následující podkapitole 8. 1 tento mikromodel rozebírám.

Protože byly rozhovory vedeny v jedné organizaci, promluvy respondentek na stejné téma v mnohých případech nabývají shodných obsahových dimenzí. Proto výroky, které uvádím, jsou spíše ilustračně zástupnými. Pokud tedy jmenuji či užívám výpověď pouze jedné z informantek neznamená to, že se u dalších obsahově shodná výpověď neobjevila. Postupuji tak v souladu se zásadou, že cílem kvalitativního výzkumu není demonstrovat kvantitu na populaci jedinců, ale celou šíři zkoumaného jevu (Disman, 2011, s. 304).

8.1 Vize péče

Výpovědi respondentek o cílech péče v zařízení, tedy o vizi péče, jsou do určité míry **podmíněny vlastním profesním zázemím** té které informantky. U některých je potom sepětí patrnější, příkladem může být ergoterapeutka Gabriela: „*znát toho klienta, od A až do Z a naplňovat jeho potřeby, ať už hygienický nebo z mé role spíš ty jakoby duchovní nebo aktivizační.*“, nebo třeba zdravotní sestra Jiřina: „*co nejdýl zachovat sebezpečí, nebo soběstačnost klienta, aby si co nejvíc věcí udělal sám, a když už pak dojde ke zhoršení psychického, nebo zdravotního stavu, tak mu prostě zkvalitnit život, že člověk zajistí doktory a prostě tohleto.*“

Nejen vlastní profese, ale i zaměření na **oddělení, na kterém informantky pracují**, se může odrazit v popisu dosahované péče. Vysoká shoda v akcentování určitých prvků potom vypovídá i o kultuře daného pracoviště. Jev je patrný zejména u respondentek ze žlutého oddělení, které kladou důraz na potřebu zachování sebezpečí. Výše jsem uvedla výrok Jiřiny, příkladem může dát i Cecílie: „*...snažíme se, i když je to pro nás daleko rychlejší těm klientům nepomáhat nadbytečně, jo, což znamená snažit se nedělat věci, který oni zvládnou...pokud se nají, nají se třeba rukama, tak je to pořád pro nás ještě v pořádku.*“ Míra chtění zachovat úroveň sebezpečí klienta znamená nejen obětovat mu čas, ale také respektovat způsob a úroveň zvládnutí úkonu zejména s vědomím toho, že pokud by pracovník činil úkony sám, mohl by je mít rychleji a navíc kvalitněji provedené (Cecílie). Na žlutém oddělení je narativ **zachovávané sebezpečí** natolik významným, že je označován za jeden z **indikátorů** při popisu **kvalitní péče**: „*A má obava je z toho, že budeme muset trochu jakoby snížit ten standard, který teda nechci snižovat...že nebude ochoten ten pečovatel zachovávat tu soběstačnost a že to radši udělá za toho klienta. Jo rozumíš, že to budu mít rychlejc, nebudu tak ve stresu, ale MNĚ se to nebude líbit.*“ (Kamila). Mezi respondentkami z dalších oddělení jsem takto silný prvek (ve smyslu sdíleného slovníku) nenalezla.

Výpovědi dalších informantek o cílech péče zapadají do konceptu péče zaměřené na člověka, jak je tento koncept uveden v teoretických východiscích této práce. Příkladem může být prohlášení Emilie: „*Že ten člověk není pacient jako kus na posteli, ale že je to člověk - partner. Člověk, který má nějakou historii, nějaký život a žije...pro nás to znamená, že ta péče musí být hodně individuální.*“ Individuální péče v sobě snoubí několik úrovní týkajících se různých aspektů péče o člověka v zařízení. Odpovídá na otázky, co individuální péče

obnáší z hlediska organizace péče, a jakými kroky jí je v kontextu sledovaného zařízení dosahováno.

Pohled organizace může být zastoupen vyjádřením Ivy: „*Jsme tady pro lidi a ne lidi pro nás, ti klienti, takže my, my jsme ta složka, co se má přizpůsobit, ne oni.*“ S obdobným vyjádřením přichází i další pracovnice, např. Hana: „*Ty toho klienta musíš poznat a děláš tu péči tak, abys splnila potřeby a představy toho klienta. Nikoliv představy a potřeby té instituce...*“ V těchto dvou úryvcích zaznávají dva základní úkoly k **dosažení vize péče**, tj. **poznání klienta a naplnění jeho potřeb**.

Poznání klienta je úhelným kamenem péče. V případě sledovaného zařízení k tomu slouží práce s biografií. Její zjišťování v zařízení umožňuje poznat: „*kdo (klient) je, kde byl, kam jde a odkud přichází.*“ (Hana), také však: „*na co byl zvyklej, jaký měl rituály...*“ (Cecílie), „*...jaký byly ty jeho koníčky, jaký měl v životě preference, co ho naopak netěšilo...*“ (Marta) „*...jakým stylem jsou třeba zvyklí provádět hygienu, že jo, takovýhle úplně běžný úkony.*“ (Dagmar). „*...že ten člověk pozná, jaký i ty osobnosti byli v mládí, že byli třeba samotáři, některý vyhledávali velkou společnost...*“ (Jiřina). „*Tady ten člověk má možnost poznat i výkyvy biografie. Nejenom, jak a proč se takhle dneska chovají v některých situacích, proč vyžadují tohle. Ne tohle.*“ (Lenka). Veškeré zpracovávání biografie potom umožňuje navázat pracovníkům vztah, v jehož základu stojí vzájemná důvěra (např. Františka). Poznání biografie také umožňuje více si člověka vážít (Bára). Součástí zpracovávané biografie jsou také listy aktivit denního života (dále jen ADŽ), které popisují: „*...v minulosti, v současnosti, a ještě v tom, jak třeba něco vylepšovat. Jako takový ty základní věci, který toho klienta obklopujou. To znamená, jak saturovat jeho potřeby, co se týče jídla, pití, oblíkání. Co má rád, kdy se koupal, jak probíhá hygiena...No a to vlastně by každý pečovatel měl o všech těch klientech na oddělení si pročíst a vědět, jo, co teda k snídani, co k obědu, že jo, co rád pije, co nedělá rád, co si rád oblíká, jestli je samostatnej, jestli teda hygiena se provádí u umyvadla nebo na posteli, nebo v koupelně, jestli je sám nebo s dopomocí pečovatele. To si všechno právě musejí ti pečovatelé načíst, aby věděli, jak mají přistupovat k těm jednotlivým klientům.*“ (Bára). Právě na základě zpracovaných ADŽ je potom péče organizována, neboť přirozeně každý z klientů má svůj denní rytmus, jeho obvyklé rituály jsou jiné. Přínos zjišťování biografie do života klientů je mnohý. U klientů s demencí např. dodává pocit jistoty a bezpečí, protože: „*...oni přece vědí, co bude následovat a oni jakoby lépe reagují, nebojí se, je tam vzájemná důvěra a ty klienti potom jenom kvetou.*“ (Kamila). Tedy stimuly umožňují nabízet a vybírat vhodné aktivity

(např. Kamila, Lenka, Marta). V případě psychického zhoršení klienta umožní hledat takové podněty, které ho budou motivovat (Jiřina). Díky vztahu ke klientovi je také snazší reagovat na výkyvy nálad i na jemná zhoršení zdravotního stavu (Lenka). Péče se znalostí klienta umožňuje podporovat důstojnost, a tak i lidství člověka, zprostředkovávat takové aktivity, které seniorovi umožní cítit: „*Že není jako nikde odložené, aby měl pocit nějaký užitečnosti...*“ (Dagmar) Tedy umožnit seniorovi seberealizovat se a udržet si tak sebehodnotu.

Péče je tedy navázána na **potřeby** konkrétního klienta, jsou respektovány jeho preference, zvyky a rituály. Důraz je kladen na maximální možnou kontinuitu s předchozím životem. Jak poznamenala Hana: „*Nejsou ty lidi nucený se, když to řeknu blbě, na starý kolena prostě učit něco novýho a získávat nový stereotypy*“ Výrok lze shrnout slovy Ivy: „*...aby měl (člověk) tu volnost, a aby se pečovalo o něj tak, jak předtím žil.*“

Navazujícím motivem, který se velmi často ve vyprávění opakoval, je umožnit seniorům, aby se **cítili jako doma** (např. Dagmar, Iva, Kamila). Na každém z oddělení je však kolem dvaceti klientů a při snaze o naplnění potřeb za současného dodržování všech rituálů je vyžadována enormní míra flexibility v organizační rutině. Nároky jsou kladeny nejen na organizování péče oddělení (např. Kamila), ale i na vlastní spolupráci týmu (viz následující podkapitola) a nároky na dovednosti pracovníků (ibid). Pracovnice shodně uvádějí, že vyjít vstříc všem požadavkům někdy zkrátka není možné, jak ukáží v různých kontextech v podkapitolách 8.2 a 8.3. Zařízení naráží **kapacitně a prostorově** na hranice možností. Právě i kvůli těmto limitům jen pro malý počet klientů je dle názoru pracovníků zařízení skutečným domovem. Jak podotýká Kamila: „*Oni musí přijmout fakt, že tady nikdy nebudou doma. To, že oni potom přijmou fakt, že se tady cítí dobře, tak to je jenom balzám na duši aa takový jakože ano, asi to děláme správně. Už se tady cítí JAKO doma. Oni ti neřeknou, že jsou tady doma. Nebo. Málokdo ti to řekne. To musí být klient, který už tu rodinu nemá, nebo dlouho s ní nežije...*“ Z tohoto náhledu je tedy cílem kvalitní péče, aby klient **dosahoval celkové životní pohody** (ve smyslu well-being). K tomu přirozeně náleží i péče o potřeby všech složek člověka, tedy biologické, duševní, společenské a duchovní.

Respondentky explicitně popisovaly **naplňování potřeb dle Maslova**: „*...pro mě je /název organizace/ nebo značka, nebo myšlenka toho, že je tam ta nadstavba, že se nemyslí jenom na to základní pečování, ale je tam ještě to navíc, ten přesah, ta péče do dalších úrovní.*“ (Anna). Iva ve stejném duchu dodává: „*...tak by to neměl být prostě jen ten základ, ale mělo by to být ten vrchol, poskytnout jim i ty koníčky, volnej čas, dát jim rozvinout nějak,*

jo, dobře, mají svůj věk, ale to neznamená, že by měli jít po schodech dolů (myšleno dle Böhma).“ Další informantky směřování k naplnění všech potřeb v tomto smyslu jednoznačně potvrzují. Zdůrazňují také důležitost navázání vzájemného vztahu (např. Bára, Jiřina či Františka).

V souhrnu standard péče ve smyslu směřování za naplněním vize je v organizaci velmi jasně definován. Jedná se o takovou péči, která umožňuje naplnění nejen základních potřeb biologických ve smyslu jídlo-teplo-hygiena, **tedy bazálu**, ale i **nadstavby** ve smyslu naplnění potřeb sociálních, duševních i duchovních pro dosažení celkové pohody seniora. Každý pracovník pak k tomuto cíli přispívá svým dílem, svou odborností, která do jisté míry formuje jeho osobní náhled na cíl péče. Za srovnání s teoretickými východiskem lze deklarovanou **obecnou vizi péče prohlásit za personalizovanou**.

Vize určuje i kvalitu péče. Slovy Marty: *„...kvalitní péče pro nás je právě o tom, že každému tomu člověku jsme schopný poskytnout to, co potřebuje. Aaa jsme schopni to poskytnout s ohledem na to, jak on si to přeje... že jsme schopní toho klienta dát na toaletu kdykoliv si přeje, vysadíme ho z lůžka na vozík, jí v tý jídelně, nejí v tom lůžku vlastně každý den. To je ta kvalita tý péče. Že jsou nabízený ty aktivity...“* Ukázala jsem také, že tuto rámcovou představu o kvalitě péče doplňují specifické prvky jednotlivých pracovišť. V případě informantek hovořím např. o podpoře sebepéče a subkultuře žlutého oddělení.

Cestou za naplněním vize péče je pak práce s biografií klienta, která umožňuje poznat klienta s jeho zvyky a rituály i zájmy a koníčky. Zpracovávání biografie též umožňuje navázat hlubší lidský vztah, zpřítomňuje pracovníkům hodnotu člověka, což se zpětně promítá do péče.

Sdílená a poměrně jasně deklarovaná vize péče svědčí o kultuře organizace, o tom, co je v organizaci obvyklé. V tomto případě je vypovídající např. výrok Emilie k práci s biografií: *„Protože já jsem přišla už v okamžiku, kdy byla část lidí, nebo byly staniční sestry proškolený. A já jsem přišla k tomu, že se tady tímhle způsobem těm lidem pečuje, o ty lidi pečuje. Takže mně to přijde normální.“* Jiným úhlem pohledu na normy je též formulace toho, **co je v organizaci standardem**. Potvrzením tohoto je i výrok Báry: *„K tomu, co se tady požaduje pro péči o klienta. Když máte minimálně třikrát třeba čtyřikrát denně vytáhnout z postele pána, který váží osmdesát pět, devadesát kilo....potom jsou tady klienti, kteří už vůbec nejsou orientovaní, taky se z tý postele vyndávají. To je všechno hrozná zátěž sice tady zvedáky, ale na to zase není ten čas, aby se třeba oddělení /modré/ tam má*

ještě vlastně nerovnosti terénu...“ Výpověď podává jiný náhled na totéž, co pronesla Marta, totiž ukazuje na určitý, prozatím nepodkročený, standard. Přivádí však také k myšlence, že v této podkapitole popsaná vize je ideálním optimem, **kterého se snaží pracovníci dosáhnout.**

Z tohoto pohledu je dosahování péče zaměřené na člověka soustavným procesem posunu od zajištění základní bazální péče po péči ideální personalizovanou. Je tedy také zřejmé, že se na cestě za tímto cílem objevují ve zkoumané organizaci různé překážky rozličné povahy, kterým se věnuji v následujících podkapitolách, přičemž začínám Životním prostorem.

8.2 Životní prostor

Pokud hovořím o životním prostoru, mám na mysli prostředí, ve kterém klienti společně žijí a ve kterém je jim poskytována péče. V podkapitole 6.1 jsem zmínila kapacitu zařízení. Senioři v naprosté většině případů nežijí v zařízení na jednolůžkových pokojích, nýbrž pokoje společně sdílí. Stejně tak tomu je i v případě dalších prostor.

Jistě nepřekvapím, když řeknu, že **prostředí**, ve kterém péče probíhá, je tím **nejhmatatelnějším a nejstabilnějším faktorem**, který působí na poskytování péče zaměřené na člověka v zařízení. Je stále přítomným limitem, se kterým všichni zajišťovatelé péče musí počítat, také však s ním pracovat. Nyní podotýkám, že i když do poskytování péče zaměřené na člověka vkládá prostředí, resp. sdílený životní prostor jasné limity, neznamená to, že by kvůli tomu služba nemohla být personalizovaná. Prostředím péče se „jen“ významně zintenzivňuje náročnost dosažení vize. Pravděpodobně se také zvyšují nároky na zapojení dalších zdrojů.

Jinými slovy, dosahování personalizované péče v nevhodném prostředí bude ve výsledku dražší, než v tom dobře uzpůsobeném, bude pravděpodobně vyžadovat i zapojení více zdrojů. Příkladem může být již zmíněné sledování pořadů ve společenské místnosti. Pokud by klient byl na pokoji sám, nemusel by se přemístit. Pokud navíc senior potřebuje dopomoc v oblasti mobility, znamená to aktuální kapacitní vytížení pracovníka, který nemůže v ten okamžik být k dispozici nikomu dalšímu. Souhrn takto „vyblokované“ kapacity konkrétního dne může při počtu přibližně dvaceti klientů na oddělení znamenat nutnost zaměstnat dalšího pracovníka pro zachování kýženého standardu. Dosáhnout personalizace péče tedy **teoreticky** lze v jakémkoliv zařízení. Pozorovatelům z vnějšku se bude to vhodně uzpůsobené prostředí zdát velmi pravděpodobně komfortnější.

Životní prostor sdílený více osobami s sebou pochopitelně přináší i další výzvy. Proto se věnuji těm, o kterých hovořily pracovnice přímé péče ve zkoumaném zařízení. Především, že tato podkapitola vytváří základ pro uchopení a porozumění proměnlivé kapacitě v poskytování péče nad tzv. bazál, o které pojednávám v další podkapitole.

8.2.1 Vítejte v zařízení

Fyzické sdílení prostoru s sebou přináší určité výzvy jak při bydlení na pokojích, tak i např. při řešení zasedacího pořádku ve společenských prostorách. Právě těmto omezením se v tomto oddílu věnuji.

Jak jsem zmínila v podkapitole 6.1, klienti povětšinou bydlí na vícelůžkových pokojích. To s sebou přirozeně nese nutnost uzpůsobení prostoru pokoje tak, aby vyhovoval oběma (všem) spolubydlícím. V každém případě je však tento prostor omezený, třebaže primární snahou je, aby každý z klientů měl **svůj** prostor, jak vysvětluje např. Jiřina či Marta: *„...vlastně na každém pokoji má klient svůj vlastní koutek, kterej má vybavenej předmětma většinou ze svého původního domova. Nebo předměty, který měl rád. Většinou jsou to fotografie, poličky, nějaký takový drobný dekorace. Často si nosí svoje křeslo, na kterým rádi seděli. Podporujeme i třeba ložní prádlo, nebo takovýhle věci, ty jsou takový docela důležitý detaily. Protože oni potom v tý posteli tráví hodně času, tak tam je takový to hlavní útočiště...“* Je tedy kladen důraz na možnost uzpůsobení životního prostoru kolem klienta. Nicméně počet věcí, které klient může mít v pokoji je limitovaný. Jak říká Jiřina: *„Nejsou v cizim, jo a tady je pak otázka. Nábytek ano, ale v jakém množství. Stálo by, že kdyby sem dali sedačky, já nevím skříně a ledničku, jo a prostě když na ten malej prostor, tak to prostě nejde. To by to tam měla zařízený, to by spala před pokojem, to jako ne.“* Jak Jiřina dále dodává, je třeba také rovnoměrně vyvažovat využití prostoru mezi spolubydlícími: *„...ta, co tam je jako první, tak ta má výhodu, ale zase je to rozdělený půl na půl. Neměla by zasahovat do celého pokoje...“* Z uvedeného výroku je také patrné, že užíváním pokoje, pokud je klient v pokoji ubytován jako první, se objevuje určitá forma mentálního vlastnictví prostoru pokoje. To se následovně promítá do vztahů mezi klienty, jak potvrzuje i Gabriela: *„...A často se stane, že ten, který už tam je, trošičku má pocit, že to je jeho pokoj. A ten novej je, je...přistěhovalec a trošičku to tam zavání malinko tou šikanou.“* Právě vztahům se více věnuji v následujícím oddílu.

Intenzivní sdílení společného prostoru s sebou také přináší výzvy pro soukromí. Zejména pak skutečnost, že životní prostor sdílí lidé, kteří se vzájemně neznají, navíc společně tráví *„...i ty nejintimnější chvíle.“* (Kamila). Otázka soukromí se dále objevuje

i v kontextu odposlechnutých rozhovorů: „...*jak zavřeme dveře, tak pak slyšíš ten rachot. Jak si tam nadávaj a jedna řve víc, než ta druhá. A je to slyšet za těma dveřma a mně asi fakt nezbyde nic jinýho, než poslouchat.*“ (Jiřina) **Prostory zařízení**, a v některých případech i kapacitní možnosti pracovníků, jak ukazují v následující podkapitole, **zkrátka někdy neumožňují dostatečné soukromí**, přestože exponovaní jsou mnohdy situacím přítomni jen nechtěně.

Spolužití v zařízení se pak netýká jen pokojů obyvatel, ale i společenských místností, jídelen. I samotný zasedací pořádek a čas svozu klientů je ovlivněn prostorovými možnostmi dané místnosti, přičemž se sledují jak preference obyvatel, tak i potřeby personálu z hlediska prostoru pro poskytovanou podporu při stravování. Technicky se může stát, že právě **potřeba obslužnosti převáží nad preferencí klienta**.

Je tedy zřejmé, že sdílení životního prostoru není jednoduchou záležitostí a je třeba sledovat mnoho aspektů, má-li být soužití úspěšné; jim se věnuji v následujícím oddíle. Jak také zmiňuji, ne vždy se vše daří.

8.2.2 Alchymie vztahů

Každý obyvatel domova je osobností. To znamená, že má své zvyky, rituály, určité povahové vlastnosti, také však různý zdravotní stav, v to zahrnující i nejrůznější omezení fyzického i psychického charakteru. Jak řada z respondentek podotýká (např. Kamila, Emilie, Jiřina, Marta a další), to vše je třeba mít neustále na zřeteli, a to již v době příjmu seniora do zařízení: „...*když jako, že jo, kolegyně, sociální a myslím stanice, myslím, když dělají sociální šetření, tak se snažej vybrat lidi, aby spolu nějak mohli žít. Tak ono to tak prostě v praxi nefunguje. Takže i když se ti dva lidi k sobě hoděj, že jsou podobnýho věku, podobnýho hendikepu, vzdělání, prostředí, rodin, úplně všeho, co vidíš, tak nakonec se ti stane, že se k sobě nastěhujou. První den se na sebe zářivě usmívají a druhý den se hádají do krve...*“ Jak v tomto případě Emilie sděluje i při nejlepší vůli, tedy zahrnutí dostatečného množství aspektů do zvažování, nelze vždy určit, zda bude soužití možné. I přesto, že jsou zájemce o pobyt a současný obyvatel seznámeni již před nástupem, charakterové vlastnosti člověka je však velmi těžké odhadnout: „*No, takže já si myslím, že se oťukaj, řeknou si dobrý den, dobrý den, usmějou se a oni si pak myslej, že to končí a prostě za týden, nebo za 14 dní ta paní přijde jako na příjem a pak teprve začínaj takový ty, že jedna je panovačná, jo, druhá je taková, že se nechce bavit, jo...a pak už je pozdě, jo, protože přímo je ten pokoj a pak už jiný místo není jo, že bysme rozdělili a dali třeba k někomu jinýmu...musej zvyknout na jedno místo a nemůžeme s nima tady šaškovat jak škatulata, batulata, jako, to prostě*

nejde...“ (Jiřina) Krátká návštěva před samotným příjmem není pro vzájemné poznání se dostatečná. V případě domova, kde působím, vybírají spolubydlící pracovníci, klienti jsou do tohoto procesu zapojeni víceméně formálně. K tomu Kamila dodává: „...oni najednou jsou v pokoji s někým, kdo je jim představen. Oni vědí, kdo to bude, ale oni s ním nevyrostali, nemají s ním žádné společné zážitky a teď najednou s ním mají trávit čas?“ **Právě znalost druhého**, založená na společných zážitcích je něco, co je typické pro rodinu, tedy přirozený systém člověka, ale čeho se v **zařízení nedostává. Zvyky, rituály i přání**, které jedinec má a které se jeho blízcí naučili tolerovat, **se zde najednou mohou stát nepřekonatelnou překážkou v soužití**. Pracovníci pak často působí jako mediátoři vztahů mezi spolubydlícími s cílem dosáhnout alespoň nekonfliktního spolubydlení, součástí je i nastavování pravidel, jak uvádí např. Gabriela: „*Takže tohle se těm klientům se snažíme vysvětlovat, i těm rodinám, pokud jsou lidi dva na pokoji, tak by měli dodržovat to, že toho druhého nebudou rušit tím, že třeba za jedním přijde deset členů rodiny a jsou na pokoji. Prostě když přijdou, tak si toho klienta vezmou někam jinam. Tak aby prostě nebyl ani jeden, ani druhý v nějakém mínusu. Prostě musí se nějak jakoby tolerovat, což pro někoho může být náročný...Jako v každém věku si myslím, že když jsou dva lidi někdo se o ně stará, takže učení se tolerance i, i snažíme se působit, aby byli tolerantní mezi sebou i ty senioři, někdy je to těžký jim to vysvětlit, že sice tady bydleli první, ale že musej se chovat prostě slušně k tomu druhému člověku.*“ Snahou pak je respektovat vzájemné vztahy i při zasedacím pořádku, kde je snaha neposazovat vedle sebe seniory, kteří se nemají rádi (Marta). V užitém výseku Gabriely lze sledovat i další fenomény související s bydlením v zařízení.

Z hlediska pravidel vzájemného soužití je to prosazování respektu jednoho vůči druhému, přičemž v tomto případě intervenují pracovníci zapojení do přímé péče, kteří klientům, ale i jejich rodinám připomínají, že v pokoji, potažmo v domově, nežijí sami. Vystupují jako **garanti práv všech zúčastněných**, intervenují ve prospěch rovného přístupu (poukazuje také např. Emilie). V zájmu zachování pohody přistupují ke klientům **rovně** na základě **vlastního zhodnocení** jejich potřeb: „*Samozřejmě pravidlo, že prostě ti, co nemluvej, tak jsou na tom prakticky, že jo, nejhůř, protože ti si nemůžou. Jako preferujeme ty lidi, kteří jako si nemůžou o tu pomoc říct a snažíme se začínat u nich, protože ti, co můžou, co můžou mluvit se vždycky ozvou. Vždycky si zazvoněj a vždycky si řeknou, kdežto ty lidi, kteří jsou na tom tak, že už prostě si nemůžou nic říct, tak jako o to se snažíme jako vyvážit jim to, tím, teda prostě se třeba u nich tráví víc času, než u těch, ale zase vlastně ti, co se, co si kompenzují tím, že ten čas mají rozloženej přes ten den, protože k nim jdeme.*“

Oni si ten čas vyžádají, prostě si ho sami určej, kdežto tihleti vlastně lidi jsou tak trošku jako nedá se říct, že jsou jako znevýhodnění. No jsou znevýhodnění, protože se nemůžou ozvat, ale jako prostě snažíme se prostě dodržovat to pravidlo...“ (Cecílie). Do jisté míry tak limitují možnosti jednoho, či druhého spolubydlícího či spolužijícího, ať už např. v případě, který uvádí Gabriela, tedy prosbou o přesunutí velkých návštěv mimo pokoj nebo v případě vyvažování handicapů. Nutno podotknout, že tato **limitace je v zájmu organizačních a kapacitních možností uměle vytvořená, neboť při životě mimo zdi zařízení každý člověk měl přístup k jiným zdrojům**. Fakticky tak lze říci, že pracovníci bilancují veškeré aspekty života všech spolužijících, od kognitivních poruch, přes nedostatek času tráveného s rodinou, po přístup k aktivitám. Jak jsem uvedla v teoretických východiscích, vždy je třeba zahrnout do zvažování všechny aktéry, kteří se péče účastní, tedy pečující i rodiny a blízké seniorů. **Oproti domácímu prostředí je zde systém vztahů mnohem komplexnější a z hlediska intenzity kontaktů ve sdíleném prostoru také výrazně náchylnější ke vzniku konfliktních situací**. Násobí se kumulativní efekt vzájemných očekávání a představ u osob zapojených v péči spolu s koeficientem pro počet osob pokoj a další prostory sdílejících. Vše zde uvedené pak souvisí s vyvažováním těchto představ a očekávání v souladu s kapacitními možnostmi zajišťovatelů péče, tedy s nastavováním hranic, kterému se věnuji v následující podkapitole v samostatném oddílu.

Než se však později zaměřím na procesní aspekt nastavování hranic uvnitř i vně organizace, pro ucelený obraz v následujícím oddílu ukazuji, jak v každodenní praxi vypadá snaha o současné uspokojování různorodých potřeb klientů.

8.2.3 Padesát klientů, padesát chutí

Za účelem poskytování co nejvíce individualizované péče je péče na odděleních různě uspořádaná do menších jednotek, skupin, přičemž každé skupině je přidělen jeden pečovatel. Dbá se na to, aby z hlediska náročnosti péče byly skupiny vyvážené, tj., aby každý pečovatel měl klienty jak náročnější, tak ty méně náročné za současného vyvážení zvyků a rituálů jednotlivých obyvatel (jako např. doba hygieny, doba vstávání a spánku, účast na aktivitách). Z hlediska praktického zajištění chodu oddělení při zachování péče, která zohledňuje navyklý každodenní běh života klientů, to dle Kamily znamená: „...*konkrétně u nás, u mě na oddělení je to o kostičkách a každý den skládáš puzzle*.“ Z hlediska organizace péče je vyžadována vysoká míra flexibility, protože zdravotní stav obyvatel je velmi proměnlivý. Kamila pak akcentuje, že změněný zdravotní stav jednoho klienta by neměl ovlivnit navyklý

způsob života seniora druhého. Primární snaha je vedena tímto směrem. Jsou zde tedy jasně přítomné limity toho, co je možné.

Zatímco jsou pracovníci oddělení schopni za určitých podmínek (viz také další podkapitola) přizpůsobit se zvykům klienta, je vůle balancovat změněný zdravotní stav klientů tak, aby tento v co nejmenší míře ovlivnil spolužijící, míra flexibility vzhledem k **aktuálním** potřebám se zdá nižší, a to i z hlediska priorit v péči. Jak uvádí Kamila: „*Můžeš sebelépe skládat puzzle a kostičky, ale přes to, přese všechno, těch klientů je x, y a když on projeví přání, že teď se koupat nechci, ano, my respektujem, ale on třeba by se chtěl vykoupat večer, ale večer on třeba má rituál někdo jiný a on se tam potom nevejde, že prostě i je to jakoby náročný, a ne vždycky, ač máš SEBEVĚTŠÍ snahu, jde to přání splnit.*“ Obdobný příklad s prováděním hygieny dává i Dagmar, přičemž akcentuje **fázi následného hledání řešení a vyjednávání**, které v těchto případech nastupuje.

Snad nejvýmluvnějším příkladem pro sledování vyrovnávání se s rozdílnými přáními s ohledem na jejich zajištění je stravování a výživa, jak uvádí Emilie: „*Spousta těch věcí se dá individualizovat, ale opravdu podle toho, co ten člověk potřebuje, na co je zvyklej. Některý ty věci úplně nejdou. Nejde to úplně v kontextu toho, že těch lidí máš padesát... Máš prostě padesát lidí, padesát chutí, padesát zvyklostí, takže se. Čím víc máš informací, tak tím líp můžeš vyhovět „univerzálně všem“, ale nemůže to být hned.*“ Přičemž Emilie dále v promluvě poukazuje na dva další podstatné aspekty, kterým je odborná stránka péče o člověka v zařízení (konkrétně nutnost zajištění určitého řádu pro hygienu stravování), o které pojednávám v podkapitole Zlatá klec. Dalším je pak nutnost zachování alespoň minimálního režimu pro každodenní běh organizace. Tento aspekt pak úzce souvisí s kapacitou (viz následující podkapitola).

Přestože je snaha o poskytování péče vysoce individualizované, nelze vyhovět chutím všech. Právě strava se ve vyprávění respondentek objevila velmi často. Nejen v souvislosti se snahou vyhovět chutím, ale také s dietními omezeními, přičemž i různé diety se mohou stát příčinou sporů, snad až závisti: „*... a zase si ty lidi sesadit tak, aby neměli různý diety, protože jaktože ona má tohle. Já jsem to nedostala. To jsou prostě ty, to jsou místa nejčastějších konfliktů prostě, co se týče těchhle těch věcí.*“ Cecílie explicitně dodává, že obdobně jako u stravy i u dalších aktivit je možné sledovat stejný vzorec: „*Já jsem byla na procházce. Řekne jedna paní u stolu, protože je, je ten den volnějc, někdo z pečovateli se sebere, jde se s ní projít, a okamžitě následujou zvonky po obědě, proč já jsem nebyla na vycházce?*“

Praktických strategií vyrovnávání se s tím, že pracovníci nemohou uspokojit veškeré potřeby při každodenní péči, že jsou kapacity pro poskytování péče nad tzv. bazál limitované, je celá řada. Již jsem zmínila vyjednávání s klientem (Dagmar, např. ale také Emilie či Kamila), dále se ale objevují i prosby po zatajení před ostatními spoluobyteli: „...*my jsme vlastně už dospěli tak daleko, že jsme ty paní, která jako je prostě v pohodě, orientovaná, řekli, nechlubte se tím, že chodíte na vycházky. Jo, protože není tady ta kapacita...*“ (Cecílie), také však snaha o rovnoměrné rozložení času. V neposlední řadě také požadavky k dobrovolníkům na **zapojení se směřované na rodinu**. Zde se však **bez výjimky respondentky shodují, že záleží vždy na konkrétní rodině jak moc je schopna a ochotna se do péče zapojit**. Druhou stranou mince je, stejně jako v předchozích případech, **kapacita pracovníků přímé péče, v tomto případě k budování vztahu a práci s rodinou**. I této problematice se věnuji v následující podkapitole.

8.3 Proměnlivost kapacity pracovníků přímé péče

Jak jsem uvedla v úvodu této kapitoly, vize organizace pro poskytování péče klientům je personalizovaná, formuje kulturu organizace, a tak i prostředí péče. Zvoleným přístupem k dosahování vize pak je psychobiografický model péče, který je v současnosti v organizaci implementován. Poukázala jsem také na skutečnost, že každodenní situace je spíše charakteristická snahou o dosahování nadstandardu (rsp. kýženého standardu) než jeho kontinuálním naplňováním. Jedním z důvodů – překážek – je, kromě jiného, proměnlivá kapacita pracovníků přímé péče. Ta způsobuje suboptimálnost v dosahování péče zaměřené na člověka v zařízení. Jinými slovy existuje řada faktorů, které ovlivňují možnost poskytování péče v takové kvalitě, která by odpovídala stejnému počtu pracovníků, kdyby dále zmíněné faktory nepůsobily. V následující podkapitole se těmto faktorům věnuji, zejména pak osobnostním charakteristikám pracovníků, týmové spolupráci, vnímání psychobiografického modelu péče, efektivní komunikaci, vyjednávání o hranicích, v závěru i zajištění potřebných zdrojů (technických i lidských). Poznávám, že první tři jmenovaná sub-témata jsou vzájemně úzce provázaná, z logiky věci spadají pod týmovou spolupráci. Považuji je však ve výpovědích za natolik významná, že je popisuji v samostatných oddílech.

8.3.1 Osobnostní charakteristiky pracovníků

Péče poskytovaná ve standardu, o který pracovníci usilují, předpokládá určité charakteristiky, které by tito měli mít. V rozhovorech se k nim respondentky vyjadřovaly, přičemž při jejich popisu často zaznívalo, že v zařízení pracují i takoví zaměstnanci, kteří

potřebných kvalit nedosahují. I z těchto prohlášení lze usuzovat o převládající kultuře organizace, neboť výroky o charakteristikách ideálního a chtěného pracovníka (pro srovnání viz oddíl 3.2.1) a tzv. socialistické sestry (in vivo kód) nabývaly mezi informantkami vysoké míry shody. V mnohých aspektech se dají označit za protipóly, proto se oběma de facto krajním polohám dále věnuji.

Pro ideálního pracovníka je práce povoláním, je ho možné označit za tzv. srdcaře (Gabriela). Anna dále pokračuje: *„Tohle není práce, kterou můžu dělat jako práci. To můžu jít mejt nádobí. Tam je úplně jedno, s jakou myšlenkou, tam přijdu. Můžu mýt nádobí, nebo skládat v obchodě zboží do regálu, ale tohle je člověk. A já v tu chvíli tam potřebuju vědět, že jednáme všichni s lidma jako s lidma.“* Z výpovědi je patrné, že být požadovaným pracovníkem zahrnuje vnímat klienta, jako člověka jako s takovým s ním i jednat. Dalšími respondentkami je předpokládána i vysoká angažovanost, aktivní přemýšlení o klientech a jejich preferencích: *„Oni fakt najdou něco, že vědí, že by se týhle paní mohlo líbit a oni jí to prostě přinesou...je vidět, že člověk na toho klienta myslí jako nad rámec nějakýho svýho od-do.“* (Hana)

Ideální pracovník je lidský (Hana), schopný se vcítit do klienta, je tedy empatický (např. Cecílie, Bára, Iva). S lidmi rád pracuje, má k nim vztah (např. Hana). S tím se pojí i to, že **chce** s klienty aktivně trávit čas, např. si s nimi povídat (Emilie). Jak jsem uváděla v podkapitole 8.1, měl by usilovat o uspokojení vyšších, nejen základních biologických potřeb klientů.

Ve výpovědích se objevoval i požadavek na celkový zájem o seniorskou problematiku, tedy **nárok nejen na lidskou, ale i na profesní angažovanost** (Gabriela). V případě Gabriely (ale i např. Báry) se též objevuje prvek cenění si zkušeností seniorů a hodnoty jejich života. Pracovník by měl být motivován pracovat s cílovou skupinou seniorů (Lenka), předpokladem proto jsou i zkušenosti, ať už osobní nebo profesní se seniory (např. Bárou, Gabrielou, Cecílií). Důležitost zkušeností vyzdvihují zejména proto, že takoví zájemci o zaměstnání *„si umí představit toho svého člověka, o kterýho se starali a mají, mají k těm lidem, prostě dívají se na ně jinak. Mají k nim prostě jinej vztah.“* (Cecílie). Nezřídka je pak zkušenost svázána s věkem, s postupným sžíváním se se staršími lidmi, jak Cecílie dále dodává: *„...čím je člověk starší, tak si uvědomuje, že i jeho bolejí klouby, že i jeho zlobějí děti, i prostě to, a že vlastně tohleto my máme s těma lidma společný.“* Také však zkušenost intenzivní péče o děti, byla pro odpovídající představu brána Bárou za relevantní. Profesní hledisko, tedy důraz na znalosti a dovednosti pracovníků, a to jak pečovatelů, tak

zdravotních sester zmínila Hana a Emilie. Právě Emiliiny výroky k očekáváním považuji za velmi výmluvné: „...*Naše očekávání jsou strašně vysoký, že tím, že nemáme doktora, tak my potřebujeme sestry, který ne, že si jdou odpočinout do důchod'áku ...potřebujeme sestry, který jsou naprosto samostantý, nebojí se tady být samy bez toho doktora...Takže sháníme odborně i jako osobnostně prostě silný sestry...*“ Kromě výše uvedených obecných požadavků na pracovníky Emilie k pečovatelům dodává: „...*i prostě pečovatelé mají nějaký druh dokumentace. Podílejí se na sbírání těch dat, který taky nějak zapisují. K tomu mají svoje věci, že čtečkují výkony, a tak, takže oni toho mají docela dost...No, a obecně zodpovědnost. Prostě zodpovídají si za to, že ty věci probíhají tak, jak mají u toho klienta...je to obrovský prostor pro to, aby pečovatel tady byl opravdu kolega, aby nebyl výkonná síla. Na druhou stranu ne úplně každému to jako vyhovuje.*“

Mnohem častěji se rámec odborností objevil v kontextu týmové spolupráce, jak ji popisují v následujícím oddílu.

Kromě výše uvedených charakterových vlastností a postojů by měl **ideální pracovník splňovat i další požadavky**. V první řadě by měl být **fyzicky zdatný** (např. Bára, Iva), protože péče je v tomto ohledu enormně náročná. Již dříve jsem uvedla Bářin výrok, kdy je běžné, že pracovníci až několikrát denně manipulují s klienty, kteří váží osmdesát i sto kilogramů, přičemž pomůcky jsou sice obecně dostupné, nicméně míra jejich využívání vzhledem k časovým možnostem není stoprocentní. Pracovník, který není fyzicky zdatný, potom i kdyby byl tzv. srdcařem, zkrátka nevydrží, jak podotýká Iva, tito pracovníci se musí: „...*vytrénovat časem, nebo odejdou.*“

Kromě charakteru, optimálně zkušeností a fyzické zdatnosti pak lze z výpovědí definovat i **schopnosti a dovednosti**, které by měl pracovník mít. Do určitého stupně tyto pak souvisí s úrovní péče, jejíž poskytování ovlivňuje zaváděný psychobiografický model péče.

Z řečeného v podkapitolách 8.1 a 8.2 je zřejmé, že snaha o zachování rituálu a zvyklostí klienta, spolu se standardem v zachování sebepéče klade vysoké nároky na organizaci péče (viz Kamila). Přitom nejen samotný tým, ale i každý jednotlivý pracovník musí být **schopen organizace práce**. Zdaleka ne všem se potom této schopnosti dostává. Za všechny (např. Cecílii, Hanu) uvádím výrok Kamily: „...*protože lidé dokážou spoustu věcí vymyslet, ale nedokáží to propojit, navázat a zorganizovat. Ne každý má organizační schopnosti a prostě on vymyslí spoustu umm. Nebo zná přání klienta, vymyslí i jak ho splnit, ale už nevymyslí kdy ho splnit a kde vzít ten čas a prostor.*“ Pomoci zorganizovat čas pak

leží na staniční sestře i mezi kolegy navzájem. V organizaci péče jsou totiž skryty i další úrovně, o nichž hovořím v dalších oddílech.

Stejně tak se podrobněji zabývám překážkami ve vnímání a současném naplňování psychobiografického modelu péče. Na tomto místě považuji za relevantní zmínit, že **ideální pracovník by měl být ztotožněn s myšlenkou práce dle modelu** (v aktuální fázi práce s biografií), měl by model chápat, umět pracovat s biografií, organizovat si čas péče o klienty, efektivně s klientem plánovat a znalosti o něm využívat (Kamila). V opačném případě může až nenaplňovat standard péče (např. Emilie, Iva). Je zřejmé, že model pak klade řadu nároků i na inteligenční kapacity pracovníků, přičemž, jak podotýká Emilie: *„A občas se vyskytne kolega, který na to prostě mentálně nestačí, což jako u těchto profesí se prostě občas taky stane, že ten člověk je schopnej. Je pracovitej, schopnej chodit do práce pravidelně, ale některý ty věci prostě nepochopí.“* Vyžadovány jsou však také **technické dovednosti**, a to zejména při zpracovávání biografie a listů ADŽ (viz podrobněji oddíl Efektivní předávání informací), které ne vždy pracovníci mají. Se sběrem biografie pak souvisí i určitá úroveň **emoční připravenosti**, jak reflektuje Dagmar: *„Nemáme úplně jakoby nějaký terapeutický to, že jako my třeba nemusím odhadnout, na co se ptát nemáme. Ten člověk může mít někde nějaký bolavý místo. A jako pro nás tohle je, jako takovej trošku tanec na minovém poli... Takže jako je to náročný pro nás i psychicky jakoby.“* I schopnost poznávat lidi a mít citlivost k jejich trápení (opět souvisí s empatií) je nárokem kladeným na ideálního pracovníka.

Na základě výše popsaného je možné rekonstruovat **model tzv. socialistické sestry** (rozšířeně jakéhokoliv pracovníka) a přesněji tak ukázat, co snižuje kapacitu pro poskytování kýženého standardu péče na odděleních. Pro základní představu o tzv. socialistické sestře použiji výrok Emilie: *„To je taková, která pracuje stylem, že jsou tady pro mě, abych já měl co nejmíň práce. Když já půjdu dělat třeba převazy, budou všichni v pozoru a i takový lidi se tady občas vyskytnou, i když teda naprosto minimum. Vzhledem k tomu, že se vždycky vybírají zaměstnanci, který by měli být prostě dobrý... Pak jsou pečovatelé, kteří nejsou sice socialistická sestra, ale je to taky tak prostě. Přebalej, nakrměj, udělaj všechny tyto věci, ale to, že by si měly s tím klientem povídat je taky velká překážka. Takovýhle člověk taky není prostě úplně vhodný.“* Obecně tedy existují pracovníci, kteří nenaplňují představy, ačkoliv jich dle Emilie není mnoho. Emiliino vyprávění doplňuje Gabriela: *„...že tu práci dělaj jako stroje. Že v tom nemají to, nemají úplně to srdíčko, nejsou tady úplně jako, že by tu chtěli nějak vydržet, nějakou delší dobu, je to prostě pro ně pracovní*

vyplnění nějaký mezifáze. *To chápu, jako někdy, někdy fakt jakoby člověk potřebuje práci a třeba na trhu není něco, co by si jinýho vybral, ale právě tohle mi přijde škoda...*“ Tito pracovníci tedy pracují bez ohledu na zvyky a rituály klientů. Zaměřují se čistě na úkony, případně na splnění ordinací (Hana), jsou neochotní (Cecílie), práci vykonávají bez přemýšlení, mechanicky, nechápou či odmítají model, nepracují dle ADŽ: „...protože i když ty ADŽ máme, tak nechci být ošklivá, tak spousta holek podle nich nejede... Ulehčují si práci, je to pro ně zátěž. Je jednodušší fakt vzít lavor, vodu, žínku, ručník. Umyju, nezajímá mě to. Převlíknu, vozejk, tralala, jít dál.“ Snahou je takřikajíc si odpracovat své a jít domů. Z vyprávění pak vyplývá, že tito pracovníci se objevují mezi pečovateli i zdravotními sestrami, z hlediska četnosti ve vyprávění je jev častější u sester než u pečovatelů. Do značné míry je zde patrná závislost na pracovní náplni zdravotních sester a míře jejich zapojení do práce s biografií, jak uvádím v následujícím oddílu. Svou **roli hraje i forma pracovní smlouvy**, přičemž informantkami byli explicitně zmiňováni zaměstnanci pracující na dohodu o provedení práce (**tzv. dohodáři**). Jak podotýká Dagmar: „*Mám prostě pocit, že jak tady máme ty kmenový sestřičky, tak ony ty klienty samozřejmě hodně dobře znají, jako my. Takže to je takový prostě jiný, no. A ti dohodáři, jak sem prostě jdou jenom třeba jednou za měsíc, tak jako přijde mi, že to mají tak jako. Nevím, jak to říct. Víc na háku.*“ Limitovaná doba, kterou tzv. dohodáři s klienty tráví, tedy potenciálně vede k neochotě, možná i nemožnosti klienty více poznat, navázat s nimi vztah, nasát kulturu pracoviště, i ochota převzít zodpovědnost v péči o člověka je výrazně nižší, přestože je klíčovou. V důsledku i klientům může být poskytována méně kvalitní péče. Rozdílná je i motivace, kdy tzv. dohodáři spíše chodí proto, aby si přivydělali (Hana). Naplňují tak spíše podstatu tzv. socialistických sester. Dagmar (ale také např. Hana) dodává, že týmová spolupráce s tímto typem pracovníků je náročná, jak mmj. dále rozebírám v následujícím oddílu.

8.3.2 Týmová spolupráce

Z hlediska poskytování péče zaměřené na člověka je nejexponovanější jednotkou tým přímé péče. Má-li být pak být poskytována péče dosahující kýženého standardu, tým by měl být funkční. Slovy Ivy: „*Když je pohoda v týmu, tak to vnímají i ti lidi na oddělení. Jo, a třeba miň zvoněj, ale když je nervózní tým, tak ty lidi to vycítěj, jo, prostě to se najede na nějakou vlnu, a ty lidi zvoněj, kolabujou, je jim špatně, nic se nestíhá. Takže dobrej tým, to je prostě základ všeho.*“

Jak jsem předeslala v podkapitole 6.1, zařízení mělo v době provádění výzkumu tři oddělení, na každém z nich tým vykazoval jinou míru soudržnosti i úroveň funkčnosti. Právě

díky této skutečnosti se mi podařilo identifikovat takové aspekty a situace ze spolupráce týmů, které znesnadňují jejich optimální fungování. Mám za to, že i současná reorganizace, kdy z původně tří oddělení vznikla oddělení dvě (žluté a zelené), nemění podstatu zjištěného, spíše se domnívám, že dále popsané úrovně, ve kterých dochází k třením, budou s menší stabilitou týmů přirozeně výraznější. Vycházím tak z výpovědí respondentek, které za velmi podstatnou, ne-li nejdůležitější podmínku pro funkčnost týmů, označily dlouhodobou stabilitu personálu oddělení (více viz závěrečná podkapitola této části).

První z výše zmíněných podmínek lze vystihnout slovy „**vycházet si vstříc**“, přičemž důraz bez ohledu na příslušnost k oddělení respondentky kladly na to, že každý člen týmu musí nejen splnit svůj díl práce, ale být zde také pro své kolegy na směně, jak shrnuje Dagmar: „*samozřejmě neexistuje to, aby si každá šel na svém píse, písečku. I když máme rozdělené skupiny. Pomáháme si, protože prostě tak, jinak to nejde.*“ Obdobný příklad podává také Jiřina, která ukazuje, že ne vždy jsou pracovníci k těmto krokům ochotní: „*...ted' přijdou nějaký nový lidi a ted' přijdou s nějakýma móresama...Běž udělat tohle. A to není můj pokoj, jo, to není moje klientka, jo? Takže vysvětluješ, co to je týmová práce, jo ale nějak to prostě některý lidi nechápou, jo?*“ Na výroku Jiřiny o móresech nových pracovníků pak lze doložit i převládající kulturu daného pracoviště, která se odráží v tlaku vyvíjeném na nově příchozí ve smyslu přijetí hodnot, vize péče, a tak i způsobu práce, která s tímto úzce souvisí. Pokud pak pracovník nepřijme kulturu pracoviště přímé péče za svou, utváří se prostor pro vznik nepohody v týmu. Narušuje se pak primární požadavek pro funkční tým, kterým je následování společného cíle, jak Anna zdůraznila: „*... potřebuju ten tým, vědět to, že všichni máme společný zájem, společný cíl, že se můžeme domlouvat, a že to umíme.*“

V požadavku „**vycházet si vstříc**“ zaznívá i volání **vzájemné pomoci v týmu, která** zahrnuje faktickou připravenost k činnosti, jak je z předchozích výroků patrné, dále však předpokládá také **kolegialitu** ve smyslu **myšlení na druhého při plánování své práce**, organizování si své práce spolu s ním. Právě tento bod byl předmětem až rozhořčení některých pracovníků, jak je možné vidět např. u Ivy: „*Pro mě je to hodně, když mi holky večer přijdou říct, Hele, pan ... má oteklý nohy. Jasně, v osm hodin večer nic neudělám, tady tu informaci je třeba mi říct dřív...A oni pak přijdou večer: Udělej s tím něco. Já s tím nic neudělám, když zrovna předávám noční služby. Nebo když předávám tu vazbu nebo když mi řeknou: Paní má defekt. Tos mi nemohla říct? Už to mohlo být dávno ošetřený.*“ Při péči o klienta se v domově setkává mnoho osob s různými odbornostmi a má-li vše běžet hladce tak, aby klient měl tu nejlepší možnou péči, je potřeba intenzivně spolu komunikovat

a **společně** ji plánovat. Jak podotýká Anna, vždy záleží na každém jednotlivém pracovníkovi, nakolik je on ochotný a schopný vyjednávat o pořadí úkonů u klienta, a to takovým způsobem, aby si pracovníci nepřekáželi. Platí, že s množstvím kontaktů rostou i nároky na spolupráci, nejvíce potom mezi pečovateli a zdravotními sestrami, protože tito se ze všech odborností dostávají do styku s klienty nejčastěji. Pro představu o chtěném průběhu péče uvádím výrok Kamily: „...*aby to (pozn. péče) na sebe navazovalo a ten klient byl v pohodě. Aby umm..nejdříve nepřišla sestřička, neudělala převaz a následně, aby se on myl. Ne. Nejdříve on se bude mýt a pak se udělá převaz.*“ Že právě tato souhra profesí je oříškem, potvrzují respondentky bez ohledu na oddělení, na kterém působí. Na určité rezervy v provázanosti vzájemné spolupráce pak ukazuje také Hana: „*Tak některý mi to řekli, že na to nejsou zvyklí, že by se sestry zajímaly.*“ Jinými slovy, aby sestry zasahovaly do práce pečovatelů a naopak. Existuje tedy i určitá **profesní hrdość**, vymezené pole působnosti té které profese, která má potenciál ztížit vzájemnou spolupráci. V této souvislosti se v rozhovorech objevilo i téma **hierarchizace profesí** (k tématu také viz oddíl 3.2.2). Na této úrovni se pak objevil **ve výpovědích největší nesoulad**, který odráží potenciální místa vzniku tzv. komunikačního šumu. **V týmech není jasné, jaké je postavení těchto dvou profesí vůči sobě.** Základní otázka by mohla znít: **Jsou pečovatelé partneři v péči, nebo podřízení zdravotních sester?** I mezi pracovníky stejné profese nacházíme ne zcela kompatibilní výpovědi. Pro příklad uvádím sdělení Kamily a Hany.

„*Mám tu mladou zdravotní sestřičku, která je úžasná, ale ne všichni pečovatelé k ní mají respekt, který by k ní měli mít...že tam není respektování toho, že je nadřízená.*“
(Kamila)

„*Jsou tam třecí plochy, ale je to prostě podle mě, že ty holky mají prostě debilně daný ten pocit, že. Mně to teda vadí jakoby všeobecně, takový ten, že já jsem nad těma pečovatelama. A to prostě jako nejde... Že tady není úplně taková ta týmovost...A je to tak i daný, že třeba vím, že mi je, že mi říkala nadřízená jako, abych doho, jakoby dohlídla na ty, na ty pečovatele, jo, takže ti to dá jakoby ten pocit, že jseš jakoby nad nima, když na ně máš dohlížet, jo.*“ (Hana)

Tedy na jednu stranu je autorita dávána a je očekáváno, že bude uplatňována, na stranu druhou může být její přijímání odmítnuto, jako je tomu u Hany. V dalších případech, i pokud je autorita dána, může se stát, že nebude mezi pečovateli předaná **pravomoc respektována**, jak lze číst v Kamilině příspěvku. Svou váhu má i skutečnost, kterou dále popisuje Hana: „...*přesilovka jsou... máš dejme tomu, tři, tři pečovatele a jednu sestru, že jo, takže jako ty,*

když nebudeš s těma lidma, tak ta směna je taková docela osamělá jako.“ Tedy samotný prostý fakt vyššího počtu pečovatelů než zdravotních sester může povzbudit ke spolupráci, také však vyvolávat tlak na uplatnění pravomoci kvůli pocitu oslabení zdravotních sester vůči pečovatelům. Podporou v tomto postoji také může být rozdílné vzdělání zdravotních sester a pečovatelů, kdy v průměru mají sestry vyšší vzdělání.

Souhrnně je možné říci, že názor na postavení pečovatelů vůči zdravotním sestřám se liší dle subjektivního názoru toho kterého pracovníka. Někteří zdůrazňují důležitost pečovatelů a volají po možnosti jejich prosazení (např. Gabriela, Emilie, Dagmar), další o sestřách uvažují jako o nadřízených pečovatelů (např. Kamila).

Do diskuze o postavení vstupují i další faktory, které aktuální nazírání ovlivňují. Jedním z nich je **vnímané vyšší postavení** zdravotních sester vůči pečovatelům ostatními aktéry, a to jak rodinou, tak zejména **klienty**. Jak uvádí Iva: „...*jako pečovatelka jsem s těma lidma byla víc. Jo, věděla jsem jejich nechci říct úplně problémy, ale takový ty strasti, že i lidi se mi svěřovali. A najednou jsem pro ně taková jakási autorita, jo, že i někteří klienti mě třeba vypustili z hlavy... A jenom to je: děkuju, prosím.*“ Vnímaná autorita se pak projevuje i v ochotě klientů reagovat na požadavky od zdravotní sestry spíše než pečovatele. Vysvětlení pak podává Gabriela, když říká: „*Hlavně ti pečovatelé v tomhle mají nevýhodu, že jsou takoví jako běžní. Že ne všichni, ne všichni jsou tak jako poslechnutý od těch klientů.*“ Pečovatelé tedy mají punc obyčejnosti, všednodennosti, dle Gabriely v tomto ohledu „doplácí“ na to, že zasahují do intimity klientů. Dá se říci, že **autoritu u klientů vyměňují za možnost navázání hlubšího vztahu**. V případě, že potřebují, aby klient učinil úkon, který je nutný, ale učinit ho nechce (např. polknutí léků), obrací se na členy týmu, kteří mají díky nižší míře kontaktů vyšší autoritu. V tomto ohledu se tak paradoxně utvrzuje podřízené postavení pečovatelů vůči dalším odbornostem v týmu. V souhrnu tedy záleží i na tom, **jak** každý člen týmu přímé péče reflektuje roli pečovatele.

Pokud sleduji spolupráci v týmu s ohledem na autoritu, záleží také na složení každé jednotlivé směny. **Má-li proběhnout směna hladce, někdo musí směnu vést.** Z Kamiliny výše uvedené výpovědi pak přirozené vedení směny se nemusí shodovat s tím, komu je vedení předáno. Dále Kamila (potvrzuje i Iva) dodává: „...*oni tři tahouni v práci nedělaj dobrotu, protože se seštěkají s tím, že každý chce, aby bylo po jeho. Ale když jsou správně seskládaní a jeden je tahoun, druhý je takový, jakože pracuje svědomitě a ten třetí je o tom, že nikdy nezorganizuje nic, ale je dobrý, tak ta směna je výborná, jo. A je to o tom, že já v podstatě teďkon jsem najednou postavena do situace, že jsou ve službě, byť jsou každý*

jedinečný a užasný, tak jsou tři, který ani jeden z nich nepodrží směnu, není vůdčí typ...“

Do funkčnosti týmů v každodenním provozu se tak promítají i osobnosti jednotlivých pečujících a dostupnost pracovníků pro sestavení ideálně vyvážených směn. Pokud v současnosti organizace řeší soustavný nedostatek pracovníků, variabilita na této úrovni se snižuje, a tak i potenciálně celková pohoda v týmu. Počet zaměstnanců je pak navyšován i z řad tzv. dohodářů při riziku, že tito znají klienty méně než stabilní kmenoví pracovníci a spolupráce s nimi je proto na směně náročná v tom ohledu, že je nižší možná míra spolehnutí se na ně (viz Dagmar).

Poslední důležitou identifikovanou podmínkou pro funkčnost týmu je **práce s osobnostmi pracovníků a emocemi v týmu**. Úhelným kamenem je pak **důvěra** mezi spolupracovníky (viz Dagmar k zapojení tzv. dohodářů) související s potřebou **zajištění emočního bezpečí na pracovišti** (Kamila, Lenka). Lenka k tomuto podotýká: *„Bezpečně, že. Já vím, že když nestihá, že to řekne. Já vím, že když on to má na starosti, takže to fakt udělá. Já vím, že když bude potřebovat pomoc, že přijde. Že neodmítne mi pomoc... Že když něco udělá u mého klienta, že buď to zapíše nebo mi to řekne. A vím, že ten klient je opečovanej, je spokojenej, je napitej, je napolohovanej. Věnuje se mu, i když tam nejsem já. ..Tak to si myslím, že jakoby ten pocit toho bezpečí, že můžu důvěřovat, že to, co dělám, udělá minimálně tak dobře, jako bych to byl já.“* V takto bezpečném prostředí je pak možné být zcela upřímný a otevřený, dávat konstruktivní zpětnou vazbu, která je přijímána (Jiřina, Kamila). Nezbytným předpokladem proto však je stabilizace týmu, která se ukazuje jako velmi důležitá i pro práci s biografií, jak ukazují v oddílu 8.3.6. Protože práce s biografií je klíčovou pro dosahování vize péče i pro naplnění dlouhodobých strategických cílů organizace, v následujícím oddílu se právě možným překážkám při zavádění PBM věnuji.

8.3.3 Zavádění PBM v organizaci

Jak jsem již uvedla dříve, psychobiografický model péče je v organizaci právě zaváděn. Dle interně zveřejněného strategického plánu jeho plné implementace má být dosaženo do roku 2020, naplnění cíle je potom spojeno s certifikací pracoviště. Do současnosti již zařízení ušlo kus cesty z ryze institucionálního nastavení, které je typické pro nemocnice a tradiční ústavy, ve kterých se pacient/klient přizpůsobuje zařízení. Aktuálně se dostalo do fáze, kdy všichni klienti mají zpracovanou biografii a pracuje se s tím, aby byly zachovávány jejich zvyky a rituály. Určitá forma dřívějšího řádu, který jsem již popsala, stále zůstává v organizaci patrný. Zařízení je schopno služby personalizovat v současnosti jen do takové míry, dokud se všichni klienti přidržují svých rituálů. Přání nad tento rámec

jsou schopni naplňovat jen v omezené míře dle aktuálních kapacit pracovníků, které se proměňují v závislosti na různých faktorech (některé z nich jsem již popsala, jiným se budu věnovat později) a dostupnosti dalších zdrojů (dobrovolníci, zapojení rodiny apod.).

Jak jsem uvedla v teoretické části (podkapitola 4.2), pokud má být kterýkoliv model úspěšně pěstován (termín užitý Emilií), musí mu všichni pracovníci **rozumět**, tj. vědět, proč se postupuje těmito postupy, proč se pracuje tímto konkrétním způsobem a ne jiným. Dále musí mít pracovníci dostatečné **znalosti a dovednosti**, také **prostor pro jejich využívání**. Důležitou podmínkou také je, aby pracovníci **chtěli** s modelem pracovat. Tyto úrovně jsou přirozeně propojené, proto se zaměřuji na popis témat a kde je to relevantní, kotvím je k tomuto základnímu vzorci.

Na úrovni osobního přístupu pracovníků se jako důležitá objevuje **kongruence profesních hodnot**, tj., aby každá profese mohla s modelem souznít, najít si v něm oporu ve vztahu ke každodenní činnosti, kterou vykonávají. Na úrovni týmu pak **zapojení pracovníků do práce** s biografiemi. Na jedné nebo druhé úrovni se pak zejména zástupkyně dvou profesí vymykaly.

Pracovnice rehabilitace Františka říká: „...asi nemůžu pochopit, protože já když jsem pracovala v terénu, tak jsme se učili ty lidi jsme potřebovali naučit tím, že oni byli sami doma zatím. A chodili ven, tak jsme je museli naučit žít v realitě této, co je teď. A ne jakoby je vracet zpátky, tak s tímhle tím úplně jako nesouhlasím, protože mám tu zkušenost jinou.“ V jejím případě se objevuje nesoulad na úrovni „tady a teď“ s „tam a tehdy“, kdy z pohledu profese byla zvyklá upínat se na teď a klienty ve své péči v ní aktivizovat. Její strategií pro vyrovnání se s modelem je hledání prvků modelu, které jsou využitelné v její profesi. V dalších promluvách je pak nachází také v úpravách prostředí. Dalším mechanismem pak je srovnávání prostředí péče s ohledem na její předchozí zkušenosti, kdy poznamenává, že zatímco v domácím prostředí potřebovala, aby klienti reagovali na aktuální podněty (jak co funguje), v zařízení jsou částečně chráněni před okolním světem. Upravené prostředí pak slouží jako zprostředkovatel klidu a bezpečí, není potřeba jim tolik zpřítomňovat realitu okolního světa, neboť se relativně málo často dostávají zcela mimo zařízení. Františčinu chápání biografie tak prochází soustavným bilancováním, které však méně motivovaný člověk nemusí být ochoten podstupovat.

Zdravotní sestry souhrnně reflektovaly, že nejsou žádným způsobem cíleně do modelu zapojeny, jak podotkla Hana: „,,Tam je ten průšvih, že tam to probíhá na úrovni

těch pečovatelů. A hrozně málo jsou do toho zapojeny ty sestry, že jo. A takže pokud ty jako sestra se jakoby o to nezajímáš, tak, tak si myslím, že ty sestry o tom moc nemají ánung, jo... “ S biografií nepracují, nejsou zapojovány do žádných aktivit, náplň jejich práce sestává čistě z vykonávání ordinací v určitém sledu. K zapojení do modelu Iva uvedla: „ Co to pro mě přináší z pozice zdravotní sestry? Z pozice zdravotní sestry? To je těžký, no. Ted’. Asi to bude znít blbě, ale nevím...Jako z pečovatele bych ti řekla z fleku. Ten rytmus dne, určitý rutiny, návyky, vyhovět klientovi. To všechno jo, ale to jakoby není sesterská práce.“

To, nakolik potom práci s biografií respektují, chtějí ji využívat, **záleží čistě na jejich osobním přístupu, nasazení, ochotě zjišťovat si informace od pečovatelů.** Sestry mají svou oddělenou dokumentaci, systém zapisování, na pročitání pečovatelské dokumentace nemají kapacity a tak jsou odkázány na ranní hlášení (Hana). Ne každá zdravotní sestra je pak logicky natolik modelu nakloněná, jak podotýká Jiřina: *„Jsou tací, kteří jsou nadšení...já to v tý hlavě nemám, tam jsem se ještě nedopracovala, takže na ně koukám, jak na blázny. Ale tak asi jo, asi to tak má bejt. Tak je nechávám dýchat, ať si to dělaj, ale nesměj jako zanedbat péči u ostatních lidí.“* Jiřina sleduje cíle své profese, dokud model nepřekáží naplňování povinností z jejího pohledu, nezasahuje. I jemu přiznává užitečnost při aktivizaci klientů, kterým se zdravotní stav s postupující demencí zhoršuje. Model, resp. práce s biografií, nabývá pro ni druhotné důležitosti, snadno se tak může dostat (a někdy také dostává) do sporu s pečovateli, pro které je práce s biografií **až na prvním místě.** Dopad pro týmovou spolupráci je zřejmý, potenciálně vzrůstá napětí. V souvislosti s implementací modelu se objevuje ještě jeden paradox – **tak, jak probíhá implementace modelu, je váha za jeho naplňování v mikrotýmu přímé péče (pečovatelé a zdravotní sestry) vložena na bedra pečovatelů. Při nejasném postavení zdravotních sester vůči pečovatelům (ad hierarchizace viz předchozí oddíl) reálně hrozí riziko, že prosazování zdravotní stránky a splnění indikací bude převažovat nad uspokojováním individuálních potřeb klientů ve směru práce s biografií.** Šance se ještě zvýší, pokud zdravotní sestra model není ochotna akceptovat, trvá na nadřazenosti vůči pečovatelům, naplňuje prototyp tzv. socialistické sestry, jak je uveden v oddílu 8.3.1. Ani **poloha „alespoň nepřekážet“ není optimální,** neboť neumožňuje využití kreativního potenciálu všech pracovníků v týmu, ani objektivní zhodnocení důležitosti splněného rituálu, vyslání reaktivizačního impulzu či naplnění jiné potřeby. **Limituje se tak potenciální přínos pro klienta, kterého by mohlo být dosaženo, pokud by pracovníci jednali ve shodě s prioritami péče.** Plná implementace modelu nad rámec práce s biografií by se tak mohla stát o mnoho náročnější, ne-li nemožnou.

Dosud jsem zmínila konkrétní dvě profese. Ostatních pracovníků se samozřejmě práce s biografií také týká, opět platí pro ni stejné podmínky jako v předchozím případě (tj. znát, umět, chtít, moci). Měřítkem, nakolik je pracovník s prací s biografií (a souvisejícími listy ADŽ) ztotožněn, nakolik jí umí využít, důležitá je jeho znalost o klientovi, jak Kamila dále podotýká: „...*kteřehokoliv pečovatele na oddělení se zeptáš, tak on by o tom svém klientovi na oddělení měl vědět spoustu informací. A tím, že je neví, tak teda ale je to o tom, že teda stále ještě bohužel je to jenom papír pro papír (pozn. list ADŽ), který tam nemusí být.*“ Jinými slovy lze říci, že úroveň práce s biografií a s dodržováním zvyklostí se různí v závislosti na každém jednotlivém pracovníkovi. Výrok potvrzuje i Iva, která uvádí, že pro některé spolupracovníky je snazší nad biografií klienta nepřemýšlet a postupovat podle sebe.

Důvody nedostatečného využívání biografie při péči tedy mohou být různé – nesoulad s profesními hodnotami, nezapojení se do práce s biografií, a proto i nedostatečná motivace ji hlouběji integrovat do vlastního ošetřování, v některých případech dokonce mohou zaměstnanci práci s biografií apriori odmítat. Jak shodně podotýká několik respondentek, je snaha tyto pracovníky vůbec nepřijímat, přesto se objevují (viz model tzv. socialistické sestry), jejich působení zejména pak ve stavu dlouhodobého personálního oslabení může mít negativní dopad do soudržnosti týmu.

Kromě výše zmíněného se jako nosná objevila témata **vzdělávání** a **dostatku času** pro práci s biografií.

Pokud jsem v teoretických východiscích uváděla, že pro práci v rámci přístupu ke klientům je nutné, aby každý pracovník byl v přístupu řádně proškolen, z výpovědí je zřejmé, že tomu tak v organizaci není. Příčiny lze hledat ve vysoké **fluktuaci zaměstnanců**, o jejichž důsledcích se zmiňuji v oddílu 8.3.6.

Kromě samotné fluktuace pracovníků je možnost poskytnutí oficiálního vzdělávání ovlivněna i **množstvím kurzů vypsaných školitelem PBM** v daném roce. Může se tak stát, že příchozímu pracovníkovi se dostane školení i v delší době od nástupu (půlrok (např. Dagmar) až rok (např. Iva)). **Potřeba čistého získání znalostí** je přitom **jasně artikulovaná**: „*Vědět o tom víc.*“ (Anna). Organizace se proto pokouší reagovat interním vzděláváním v podobě krátkého jednodenního úvodu, které poskytne alespoň minimální rozhled. Jak sdělila Dagmar: „*A myslím si, že by ten člověk nově měl toto školení minimální, to šesti, osmihodinový absolvovat během prvního měsíce prostě. Dokavad' jako třeba má jako čas se rozhodnout, jestli to pro něj není moc náročný a tak, jakoby vlastně se s tím jako vnitřně*

ztotožnit a to, jako, že to by bylo určitě dobrý.“ I v případě poskytnutí oficiálního vzdělání **vždy** bude záležet na počtu pracovníků, které bude moci organizace v daný moment vyslat tak, aby nebylo ohroženo zajištění chodu provozu, popř. které bude schopna zaplatit. Oficiální vzdělávání se ve vyprávěních objevuje jako „otevirač očí“ (např. Jiřina, Emilie), který umožňuje změnu náhledu, někdy i přes něj skepticismus zůstává zachován (např. Bára).

Vzdělávání se pak týká nejen samotné práce s biografií, ale i **technických znalostí**, které jsou nutné pro její zpracování. Vyplňování různých formulářů, zpracovávání biografií a dalšího je vázáno na práci s počítačem. **Gramotnost pak byla různými respondentkami deklarována jako problematická** bránící kontinuitě v zaznamenávání, kdy ti, kteří jsou méně technicky zdatní, čekají na ty, kteří techniku ovládají (Jiřina).

Poslední identifikovanou překážkou pro zavádění biografie je její vnímaná **časová náročnost, a to v úrovni sběru dat a zpracování biografie, do jisté míry i péči dle ní s návazností na zátěž spojenou s vedením dokumentace.**

Samotné zpracování biografie vyžaduje množství času, jak na sepsání vlastní biografie, tak na získání informací potřebných pro péči samotnou, zjištění rituálů i každodenních zvyků, vzhledem k tomu, co má člověk rád a mnoho dalšího (viz podkapitola 8.1). Vlastní proces zpracovávání biografie i sběr dat není možné kontinuálně, jak Dagmar reflektuje, vykonávat v rámci běžné denní směny. Proto jsou v nyní v zařízení určené tzv. metodické dny, kdy mají pracovníci možnost upravovat vznikající dokumentaci, biografie zpracovávat, pročítat biografie klientů, sjednávat setkání s rodinou apod. Takto **vyčleněných dnů však není dostatek**, jak Dagmar poznamenává: „*Ale spíš to vidím na tom času jako, že tam to fakt jako ztroskotává. Já jsem tady skoro rok a metodický den jsem za celou dobu měla jeden...*“ Opět výrazně do plánování metodických dnů zasahuje nedostatek personálu v zařízení, **kdy zajištění vlastní péče o klienty má přednost před metodickou činností**, v některých případech i zapisování do dokumentace: „*...přeorganizování kostiček a o tom, že vysvětlení, že nebudou perzekuováni za to, že dnes nezapiší do dokumentace. Protože ta dokumentace v TOMHLE je ta poslední, i když ty informace jsou strašně cenný, tak v okamžiku, kdy chybí jedny ruce, nebo někdy i dvoje ruce, tak prostě ten klient je prvořadý.*“ (Kamila). Ve stejném duchu pak komentuje i Marta: „*...a myslím si, že celá biografie stojí a padá na počtu pracovníků. Že čím bude míň pracovníků v přímý péči, tak to nepůjde dělat vůbec, dejme tomu.*“ Počet pracovníků a zajištění péče za práce s biografií

jsou tedy spojené nádoby, vracím-li se k popisu úvodního rozdělení na péči bazální a standardní nadstandard.

Časová náročnost zpracování biografie se objevovala mezi respondentkami velmi často. V rozhovorech lze vysledovat celou škálu emocí. Některé informantky nutnost získávání informací obhajovaly, příkladem může být Kamila: „...*ty informace nejsou pro toho klienta, ty jsou pro nás. Pro nás mají být přínosem, aby se nám usnadnila práce a my jsme se nesnažili o nemožné. Jako, jo, a oni když to přijmou ne jako nutné zlo, ale jako pomoc pro ně, tak i s tím pracujou.*“ Další respondentky potřebu zapisování akceptují více (např. Iva), jiné méně (např. Jiřina či Bára) s poukazem na to, že veškeré zapisování je od vlastní péče zdržuje, pouze obírá o čas, který by jinak mohl být aktivně stráven s klienty.

Z výpovědí těchto respondentek pak vyplývá, že důležitou podmínkou pro akceptaci se stává porozumění tomu proč (a co) se do dokumentace zapisuje. Podmínku pak lze obecně i vztáhnout na veškeré úkony, které se s péčí dle biografie pojí. Za informantky uvádím alespoň výrok Jiřiny: „*No a pak jsme byli na tom školení, jako na toho Böhma a tohle, tak tam mi to trošku otevřelo oči, ale furt jako nejsem příznivec, jo, jako respektuju to, že to tady je zavedený, ale že bych byla jako happy, tak to ne, protože vidím, jak ty holky musej u těch klientů trávit víc času a víc sbírat těch informací, ted' to prostě nějak zpracovávat...*“ Jak uvádí dále Lenka a Iva je možné, že tato situace je částečně způsobena tím, že **pracovnice nevidí, k čemu jsou informace dobré a jaký mají pozitivní dopad z hlediska plánování péče, neznají nebo nereflektují dřívější její podobu.** K tomuto Lenka dodává: „*Já jim říkám, že dopoledne, že si to ani neuměj představit, jak vypadalo dopoledne na oddělení. Protože tam nebyla asistentka ergoterapie. Nebyl tam asistent rehabilitace. Veškerý aktivity byly skupinový. Byly rozdělený na dopoledne a odpoledne, takže třeba v deset, v jedenáct už probíhaly aktivity, a do toho se všichni koupali dopoledne. Ne všichni, ale jako podle rozpisu, ale nekoupalo se odpoledne, jo...*“ Přínosy práce s biografií jsou v tomto ohledu zřejmé, zátěž spojená s nutností je dokumentovat mě pak přivádí k dalšímu tématu, které se týká efektivního předávání informací.

8.3.4 Efektivní práce s informacemi

Jak ukáží v následujícím oddílu, práci s informacemi lze označit za velmi **neuspořádanou až živelnou (při pohledu zvenčí) a zahlcující**, informace se pak předávají nejen k biografii (viz předchozí oddíl), ale i ke každodenní péči o člověka (polohování, vylučování, stravování, vykonávání indikací lékaře apod.). **Cílem** předávání a zaznamenávání informací pak je umožnit systematickou péči o klienta takovým způsobem,

aby se každá profese multidisciplinárního týmu mohla realizovat, proto se musí i určité informace získávat. Pohled oproti předchozímu oddílu tedy rozšiřuji. Zde pak sleduji dvě základní formy předávání a získávání informací, a to **písemnou dokumentaci a ústní v různých podobách**. Přirozeně se tyto formy doplňují, ne vždy je proto mým úmyslem výroky oddělovat. Úrovně, na kterých je možné pojednat o efektivitě práce s informacemi, zahrnují **množství informací nutných k získání i předání a také způsob jejich předávání**.

O celku pak dává přehled např. Cecilie: *„Tak určitě je to prostě to ranní předávání. A je to vlastně, kde se věnujeme každému klientovi. A rekapitulují se ty dny, kdy my jsme tady nebyli, pokud přebíráme službu po dvou nebo po třech dnech, tak potřebujeme vědět, co se tady změnilo, co je jakoby kde nového. A protože se stává se to, že je prostě za dva, tři dny, se zhorší ten zdravotní stav natolik, že prostě ta péče o toho klienta je úplně jiná, takže pro nás je určitě stěžejní to e: ústní předávání těch informací, ale samozřejmě všechno zapisujeme i do dokumentace...“* Explicitně pak jmenuje **písemné zaznamenávání** do dokumentace a **ranní hlášení**, které je pracovníky považováno za nejdůležitější zdroj informací, jak podotýká Emilie: *„...účastí na těch hlášeních, jo, oni najednou vědí téměř všechno, co se s tím klientem děje...“*

Ranní hlášení nemá na odděleních jednotnou formu. Na žlutém oddělení je hodnoceno jako obsažnější a podstatně informativnější, také však delší, jak podotýká např. Marta: *„...na každém tom oddělení to hlášení vypadá jinak, tak vim, že když půjdu na oddělení /žluté/, tak vim, že bude tři čtvrtě hodiny, že se tam dozvim strašně moc informací. Na druhou stranu, když půjdu na hlášení na /zelené a modré oddělení/, tak se tam nedozvím skoro nic. To hlášení trvá 5, 10 minut a v podstatě se tam o klientech, co se týče biografie a vůbec jakoby celkově nedozvím, maximálně se tam dozvim o zdravotním stavu, kdo má opruzeniny, kdo jde ten den k lékaři, ale jakoby z těch dalších věcí...“* Právě **práce s biografií**, která je z hlediska péče zaměřené na člověka klíčovou, **není na modrém a zeleném oddělení** dle Marty zmiňována, předávané informace se omezují spíše na péči o fyzickou schránku. I to odráží míru, nakolik je to které oddělení v práci s biografií pokročilé, nakolik se práce s biografií stala normou na daném oddělení. Právě **na obsahu hlášení záleží**, má-li naplnit svůj cíl, jak uvádí Iva: *„V rámci hlášení ráno. Tam by se mělo předat co nejvíc informací, protože de facto, co se neřekne ráno při hlášení, kde je celý ten tým, a pak se to řekne někde nahoře, tak už o tom půlka týmu neví, a nemůže se jaksi ten požadavek splnit ve všech sférách.“* Ranní hlášení je čas, kdy se sejdou pracovníci z celého multidisciplinárního týmu, pečovatelé a zdravotní sestry z denní i noční směny, ergoterapeutky, pracovnice rehabilitace.

Další pracovnice mají limitovaný přístup vzhledem k jejich počtu. Sociální pracovnice zvládnou být maximálně na dvou odděleních (s reorganizací se jim tedy zlepšil přístup k informacím, podobně jako ergoterapeutkám a rehabilitačním pracovnícím před rokem, kdy byly více zapojeny do chodu oddělení (Gabriela)), nutriční terapeutka nemá možnost se účastnit, protože je jedinou zástupkyní své profese a v daný moment potřebuje být na hlášení týmu v kuchyni. Je tedy zcela závislá na zápisu z ranních hlášení. Dle jejích slov pak informace, které z tohoto důvodu nezachytí, získává různým způsobem, jak formálními tak neformálními cestami: „*No, a tím, že jsem tady sama, tak si tak jako běhám po baráku. Chodím se staničnima sestrama, tam se toho člověk dozví docela hodně. Chodím s nima na oběd, tam se taky toho člověk dozví docela hodně. No, tak, no. Všema možnýma kanálama. Kolikrát se dozvím věc, která je pro mě důležitá od ergoterapeuta, někdy taky od uklízečky, jindy od kuchyňky. A někdy mi to řekne vrátnej. Tak jako. Pak si to tam musí člověk nějak složit, aby se v tom mohl fungovat.*“ Z úryvku je pak zřejmé, že způsob získávání informací je nesmírně časově náročným procesem, kterému se snaží dát pro vykonávání profese nějaký řád. Dilem je pak **závislý na náhodě** (některé informace se dozví, jiné ne) **na formálních i na neformálních strukturách**.

Tím se dostávám od ranního hlášení **k získávání informací pro péči během dne**. Kromě již zmíněného ranního hlášení existují každodenní hlášení sester (zmiňuje např. Iva), dále hlášení při předávání noční směny.

Kromě těchto každodenních forem probíhají dále porady týmu (např. Marta) a multiporady, které se zabývají přímo prací s biografií a probíhají s frekvencí přibližně jedenkrát za čtrnáct dní. Vždy se probírá případ jednoho klienta, setkává se zde multidisciplinární tým v nejširší podobě (v rozhovorech byly zmiňovány okrajově). Dále se de facto ad hoc konají ještě individuální porady.

Z hlediska každodenního provozu je tedy ranní hlášení považováno za klíčové. Poté, co je pracovníci opustí, je jejich práce s informacemi ve fázi jejich získávání i předávání podstatně méně koordinovaná, jak uvádí např. Františka: „*...Protože ty informace jdou ráno na hlášení. Tak tam si je ještě napíšete, ale v momentně, kdy se rozlítete po baráku, tak už ta možnost si něco říct... “ ... „Já zatím si to všechno oběhám, když nevím, tak se takhle hodně naběhám...Ale samozřejmě když těch informací bude víc, tak už taky nedoběhám, no. Ale zatím se mi teda daří oběhat, vytelefonovat, prostě komunikovat, snažit se ty informace, pátrat, co jsem zapoměla. Zatím se mně daří. No. A holky v týmu ostatní, tak píšeme papírky, no. Prostě máme po kapsách spoustu papírků.*“ Opět velmi

záleží na systému toho kterého pracovníka, jak reflektuje Františka ve svém rozhovoru. V množství získávaných informací i těch, které je nutné předat, se pak snadno stává, že se některá informace vytratí.

Jak jsem již zmínila, informace k péči o klienty se předávají jak v ústní, tak v písemné podobě. Právě **písemná podoba je zdrojem častých nedorozumění, doručitelnost informace není kontrolovatelná**. Proto se někteří pracovníci uchylují i k dvojímu ověřování. Např. Františka pokračuje: „...*když já ještě potřebuju, aby ta rehabilitace nějakým způsobem probíhala jakoby odpoledne, forma chůze, aby se zachovala, tak musím spolupracovat s holkama, aby mi s tím člověkem těch pět minut pochodily... A to si předáváme ústně i písemně...A domluvíme to tak, aby to prostě probíhalo... (pozn. forma zda ústně či písemně) Ale není to tak jako nějak rozepsaný, já si je většinou oběhám všechny, jo, tak jak se měněj... Tak se snažím všechny v tom týdnu odchytit nebo v průběhu dnu a půl, aby ty informace měli.*“ Ne každý pracovník však má **vůli i kapacitu** na to, aby si ověřoval, že jeho pokyny pro péči jsou naplňovány. V souvislosti se zápisem do dokumentace a doručitelností informace, např. Bára dodává: „ *Někdy se to zapíše, někdy se to nezapíše. Někdy se ta informace předá, někdy se nepředá. Je toho pořád dost... A takhle, kdyby se to, kdyby se to „vždycky zapsalo“ to, co se stane, a kdyby se to hlavně před, ono se to ještě většinou zapíše, ale už se to asi většinou nepřečte. Spíš se to předává jako ústně, že jo. Ono je to i rychlejší...*“ Množství i typ informací, které je nutné sbírat a zapisovat na různá místa je nepřehledné, ať už z hlediska práce s biografií či se zápisem každodenního průběhu směny a věcí souvisejících. Právě proto pracovníci jednoznačně **preferují předávání informací ústní před písemným**, je rychlejší, v čase aktuální, pracovníci si jsou jisti, že druhá strana informaci přijala, je tedy kontrolovatelné. Tato hierarchie je také podpořena z hlediska řízení chodu oddělení v době, kdy jsou pracovníci v oslabení, jak uvedla Kamila.

V rámci rozhovorů pro diplomovou práci jsem neměla možnost vzhledem k rozsahu práce konkrétněji se zaměřit na přesnou povahu informací, které se vždy do dokumentace **musí zapsat**, a nakolik je právě tento typ zápisů kontrolován. Podrobné zkoumání by vydalo na samostatnou diplomovou práci. Přestože nemám zcela přesnou představu o typech zápisů, o vztahu k záznamům do dokumentace se informantky hojně zmiňovaly, dále tedy pracuji jen s výroky o písemné dokumentaci.

Písemná dokumentace je částečně v papírové a částečně i v elektronické podobě. Část **elektronické dokumentace** je jednak ve speciálním programu, kam se například nahrávají výkony zdravotní i ošetrovatelské (některé), část potom v oddělených složkách

v počítači jednotlivých oddělení (Marta). Ze zkušeností vím, že vlastní **papírovou dokumentaci** pro každého klienta si vede každá z profesí, v rámci rozhovorů pak respondentky explicitně zmiňovaly tu na oddělení, konkrétně pak pečovatelskou a zdravotní. Do zdravotní mohou zapisovat pouze zdravotničtí pracovníci, do ošetrovatelské/pečovatelské může nahlížet i zapisovat každý, jak zmínila např. Františka. Součástí pečovatelské/ošetrovatelské dokumentace jsou i formuláře související s prací s biografii, již zmíněná ADŽ.

Není těžké si představit, že tento **roztříštěný způsob vedení dokumentace s sebou přináší mnohá úskalí** (např. duplikace záznamů, nejasný systém zaznamenávání, nejasná oprávnění pro zaznamenávání, zkoumání identických informací na více místech, zapisování „zbytečných“ informací a naopak vypouštění určitých informací apod.). Protože v organizaci pracuji, měla jsem možnost poznat některá úskalí o něco podrobněji, zde se však omezím pouze na ty, které uváděly informantky.

Již částečně zaznělo např. od Bány, ale i Dagmar a Kamily, **některé informace se nedaří zaznamenávat**, protože se stává každý den řada věcí a na zápisy zkrátka není čas. V některých případech to může být kvůli **vysoké fluktuaci**, která znesnadňuje předávání toho, co je nutné do dokumentace zaznamenávat (Iva), svou roli může hrát i **nedůslednost či neochota** pracovníků (např. Lenka a Iva).

K únikům v zaznamenávání však může docházet i proto, že takové zápisy mohou být **považovány za zbytečné**. Jak reflektuje např. Iva, **řada informací se zaznamenává, aniž by pracovníci rozuměli proč**: *„Zvykli si, jako sestra mám taky tunu papírování, úplně nesmyslného, ale dělám to, protože musím, protože je to požadavek.“* Ptala jsem se proto i na to, co znamená mít **smysluplný papír**, a Iva odpovídá: *„Takovej papír, kterej jde třeba na pojišťovnu nebo třeba jde k vedení. Vyčtou se z toho nějaký záznamy, který se pak zpracujou. A jsou k něčemu užitečný, jo, ale máme tady spousta nebo ne spousta, třeba ty lékové listy, to je fakt ptákovina. Ale ještě který. Třeba psaní diet do restaurace. Ti klienti tady bydlí deset let, a my denně musíme do restaurace psát, kdo má jakou dietu.“* Konkrétně **Iva pak odhaduje množství takto „zbytečných“ papírů přibližně třicet procent**. Obecně administrativní zátěž je pracovníky vnímána velmi negativně, neboť jim bere čas, který by mohli aktivně strávit u klientů. Vrátím-li se k práci s biografii i ona je brána jako „žrout času“, zapadá do administrativní zátěže.

Téma, které pak spojuje práci s biografií, vedení dokumentace a multidisciplinární spolupráci je **roztržičnost dokumentace**. Protože si každý ve své dokumentaci vede vlastní záznamy, které mohou být považovány za zdržující a zbytečné, nemá ambici nahlížet do dokumentace jiné profese, jak explicitně zmiňuje např. Hana: „...protože jako jsem si vyplnila svoje papíry a ještě koukat někomu jinému do papírů a jeho záznamy, jako na to už jsem prostě neměla buňky...“ Jak dále Hana uvádí, vztahuje se to i na **formuláře biografie, které jsou součástí pečovatelské dokumentace**. Kromě jiného i kvůli **dělené dokumentaci jsou zdravotní sestry nepřímo udržovány v nezapojování se do modelu**. Dále tím, že každá profese má vlastní dokumentaci, **nepodporuje se ani meziprofesionální spolupráce**, přitom cílem by mělo být: „*Jeden klient, jedna společná dokumentace pro všechny lidi, co o toho klienta pečují.*“ (Hana) Potažmo stejný přístup k informacím, jejich smysluplné a přínosné (např. Hana) zaznamenávání, definovaný typ získávaných informací, jasné způsoby předávání atd., a tedy i efektivita při práci s nimi.

V souhrnu zjištění o efektivitě předávaných informací navazují na tvrzení uvedené v oddílu 3.2.2 a dále je rozvíjejí v kontextu zkoumané organizace.

V následujícím oddílu se již přesouvám k nastavování hranic, které je dalším faktorem působícím na možnou kapacitu pracovníků.

8.3.5 Nastavování hranic

V podkapitole 8.2 jsem ukázala, že sdílený životní prostor s sebou přináší řadu limitů, od omezeného soukromí a svobodě rozhodovat o celém prostoru kolem sebe, přes nutnost naučit se žít v jednom pokoji s (povětšinou) cizí osobou, se kterou nemá senior společnou minulost, za respektování zvyků spolubydlících a spolužijících, po omezené možnosti dosáhnout vždy takové úrovně volby, kterou by senior mohl mít ve svém přirozeném prostředí. Jak jsem uvedla v podkapitole 2.5, nejen senioři, ale i pracovníci přímé péče sdílí tento životní prostor. Jejich rolí potom je podporovat seniory v uspokojování jejich potřeb, umožnit jim žít důstojný a kvalitní život (rizika, která to s sebou nese, zmiňuji v následující podkapitole).

Jak uvádím v podkapitole 8.2. příchod do zařízení přináší pro seniora mnoho změn. Ačkoli se pracovníci snaží zachovávat rituály a zvyky v maximální možné míře, přesto je určitá forma přizpůsobení se klienta zařízení za současného uspořádání nevyhnutelná (a to i pokud hovořím o standardu zařízení, jak jsem jej definovala v podkapitole 8.1). Jak podotýká Emilie: „*Ti klienti prostě teďka žijou v zařízení. To se nedá nic dělat. Nejsou*

úplně jako ve svém domově, nestarají se o sebe sami, takže ten řád musí existovat z hlediska toho, že se tam střídá personál, a určitý věci nejsou časově posunutelný...prostě podávání léků, čistě takový ty jako zdravotnický výkony. Musej klapat v nějakým prostě časovým sledu už z hlediska třeba vykazování na pojišťovnu. Druhá věc je, že těch lidí máš prostě hodně. A není to tak, že bys měla jeden kus personálu na jeden kus klienta. Takže prostě vždycky to musí nějak klapat tak, aby se dala ta péče poskytnout rovnoměrně všem. “ V kapitole 2 jsem uvedla, že míru personalizace služby lze vymezit tím, nakolik je člověku umožněno uplatňovat svou vůli (za určitých okolností vůli jeho blízkých) v rozhodování o vlastním životě v zařízení za podmínky přijetí určitých omezení, která s sebou přináší sdílený životní prostor. Emilie pak poukazuje na dva aspekty specifické pro sledované **zařízení** (obecněji i pro jakýkoliv domov pro seniory v České republice), a sice to, že **klientům je zde, spolu s ubytováním, poskytována péče ve smyslu dopomoci při zvládnutí běžných denních činností a péče specializovaná** (zdravotní, nutriční, rehabilitační, ergoterapeutická apod.) – **tyto činnosti jsou součástí životního prostoru domova pro seniory**. Vlastní poskytování péče pak do určité míry intervenuje do možnosti člověka uspokojovat své potřeby v takové míře či formě, kterou by si mohl dopřát v domácím prostředí. Je omezením, které klient s příchodem do zařízení musí akceptovat. Úkony dopomoci nemohou vždy být poskytnuty okamžitě (slovy Emilie není jeden kus personálu na jednoho člověka), např. zdravotní výkony naopak předpokládají dodržování určitého řádu, třebaže přizpůsobeného klientovi, kdy se od jedince očekává, že výkony indikací strpí. Z výše uvedeného je zřejmé, že život seniora v zařízení se bude vždy týkat vyjednávání mezi všemi zúčastněnými aktéry – seniorem, pracovníky přímé péče, rodinou i spolubydlícími – toho, co je požadované ze strany seniorů a jejich rodin a možné ze strany pracovníků přímé péče a dalších zdrojů organizace. Právě prostřednictvím kapacity systému zajišťovatelů péče k uspokojování potřeb by měla být vedena jasně definovaná hranice, která by měla být důsledně dodržována, neboť její překračování stojí mnoho sil právě pracovníky přímé péče, ovlivňuje potenciálně klienty a vzájemné vztahy s jeho rodinou. Proto se na způsobu nastavování hranic v tomto oddílu zaměřuji, nejprve u pracovníků přímé péče vůči klientům, následně u pracovníků přímé péče vůči rodinám, poukazuji na možná místa vzniku konfliktů.

Ve chvíli, **klient přichází do zařízení**, počíná jeho adaptační období, které je charakteristické právě vzájemným zkoumáním. Klient zjišťuje, co všechno je možné, co to znamená bydlet v zařízení, pracovníci se pak seznamují s osobou i osobností, v čem potřebuje podporu, jaká je jeho biografie, jaká jsou jeho přání a potřeby. Klientovi je přidělen

klíčový pracovník, který je odpovědný za sbírání jeho biografie, také vede rozhovory s rodinou. Jedinci jsou nabízeny různé aktivity, kterých se může účastnit, sleduje se, co ho baví a zajímá, slovy Jiřiny: „*Ona si řekne třeba sama (pozn. klientka), jo že se nudí na pokoji, že by to. Takže prostě tomu necháváme volnej průběh, jo. A zase ne moc dlouho, aby vlastně..oni maj pak tendenci bejt jenom na tom pokoji, že už si tam zvykli a už nikam jinam nechtěj.*“ Sleduje se tedy i zapojení seniora do běžného života zařízení (tento konkrétní úryvek též zmiňuji v podkapitole 8.5 v souvislosti s rizikem přepečování).

Každý senior, stejně jako pečující se vyznačuje svou individualitou, povahou a představami o péči. Pečujícími pak byly explicitně zmíněny dvě krajní polohy typů klientů: „*...protože to může být člověk, který k sobě bude neustále volat o pomoc a poutat k sobě pozornost, viz paní /jméno klientky/, pak tu mám druhou klientku, která si nikdy neřekne.*“ (Kamila) Jedni jsou: „*...takový ty pokorný lidi, na nich je to i vidět to že si toho váže, že se jim někdo věnuje...*“ (Jiřina) druzí pak: „*...mají v povaze, že jsou obecně jako nespokojený nebo některý lidi mají i v povaze, že je baví nás trochu cepovat...*“ (Emilie). Marta pak shrnuje: „*...někdo to bere tak: já jsem tak rád, že mi pomůžete a někdo to bere tak: jsem tady, abyste mi sloužili. Si to tady platim, tu službu.*“ Samozřejmě obyvatelé nejsou buď a nebo, užitá polarizace však dává vhled do toho, s jakými požadavky se vypořádávají. (Jak je z posledního úryvku vidět, kvazi tržní mechanismy v sociálních službách prokazatelně intervenují, podrobněji se jim však v této práci z důvodu rozsahu nevěnuji). V návaznosti na **snahu o zachování rovného přístupu** jsou pak jedni podporováni v tom, aby své potřeby bez obav vyjádřili, druzí usměrňováni, aby nepřetěžovali kapacitu pracovníků. **Cílem** pro pracovníky je pak **nastavení péče**, „*...která je vlastně jako stejná jak pro personál, tak i pro klienta.*“ (Jiřina) To však přímo předpokládá **dva základní kroky prováděné v týmu přímé péče**. Prvním je určení, **jak vypadá taková péče**, kterou Jiřina popsala, druhým pak **zajištění stejného postupu vůči klientovi**.

K nastavování shodného postupu pak může docházet tehdy, pokud v péči objektivně (tedy na základě zhodnocení týmu) přichází situace, kdy není možné uspokojit v rámci stávajících kapacit vše, co by si klient přál. Jinými slovy přesahují-li požadavky klienta kapacitní možnosti týmu v tom smyslu, že se nadměrně vyčerpává personálu. Příklad uvádí Jiřina: „*...prostě každých 5 minut zvonila, tohleto, támhleto, tohleto mi odnese, pojd'te se mnou támhle pojd'te támhle. A pak jsme zjistili, že celej tým se na ní během hodiny třeba 10x vystřídal, jo. Tak jsme to začali nějak jako zjišťovat kolikrát se tam chodí, jako zmapovali jsme ten časovej úsek a pak jsme se jako domlouvali, že k tý klientce prostě bude chodit*

jenom jeden pečovatel, jo, aby se pak nestalo, že 4 pečovatelé šli srovnat budík na stole...“ Cílem uvedeného postupu je pak ochrana týmu před vyčerpáním a současně umožnění pečovat o další klienty na oddělení. Právě nastavování hranic je potom předmětem ranního hlášení (ale i supervizí), kde se bilancují názory všech členů týmu, hledá se ustálený názor (Jiřina).

Z rozhovorů lze soudit, že v obou výše uvedených krocích **dochází** při poskytování péče **k nesouladu**, neboť se i **přístupy jednotlivých pracovníků k filozofii péče liší**. Jinak vnímají přání a potřeby jednotlivého klienta, tedy to, jak by péče měla vypadat. Zatímco pro některé může být přání klienta chtít hygienu v jiném čase než jeho obvyklém bráno až úkorně (např. Jiřina), pro jiné je předmětem vyjednávání a přemýšlení o naplnění potřeby (např. Dagmar). Ne vždy tedy dochází k dodržování určených pravidel a právě rozdílné představy o péči se pak stávají potenciálním zdrojem napětí. Výrazně patrná je fluidita hranic, jejichž revize je vyvolávána v závislosti na přístupech pracovníků s ohledem na vnímanou kapacitu, revize pak není přijímána bez emocí.

Vysoká **plastičnost hranic**, přizpůsobování se každému případu se pak týká nejen vlastního poskytování péče, ale obecně i dalších subjektů, které do péče vstupují, zaměstnanců i rodin. Slovy Marty: *„...my neumíme striktně říct: my máme nějaká pravidla, my máme nějaký domácí řád, vy ho tímto porušujete a pokud ho budete porušovat, tak vám ukončíme pobyt...nebo naopak zase jako pokud nějakéj rodinnej příslušník by se rozhodl zasahovat natolik do tý péče, že nám to brání naší práci, tak zase říct: v tomhlectom tu zodpovědnost můžete převzít vy, ale v tomhlectom už ne. A bude to tak vždycky: ne jenom u paní x, ale i u paní y i u pana z.“* Marta dále dodává, že tato plastičnost je dána vysokou mírou úslužnosti za současné nedůslednosti v nastavování a dodržování pravidel i na hierarchicky vyšších úrovních. Zejména ve vztahu rodina – zařízení jsou projevy v rozhovorech výraznější, samotnému vztahu se pak věnují dále.

Ve vztahu **rodiny a zařízení** je možné sledovat dvě úrovně, a to očekávání pracovníků ze strany rodiny z hlediska zapojování se do péče a percepce každodenní reality vztahů s rodinami. **Zastřešujícím tématem obou úrovní pak je odpovědnost za péči o klienta.** Právě na tomto základním vymezení **se informantky neshodují**.

K odpovědnosti Marta uvádí: *„...Co je pro nás jednodušší a co chceme. Chceme si to my zjednodušit, nebo chceme my vést tu rodinu k zodpovědnosti? A samozřejmě každá rodina funguje jinak a jsou klienti, kteří žádnou rodinu nemají, tak tam potom zase je to víc*

na nás...když vezmu komplet celého klienta, tak my tady přebíráme třeba lehkou tu zdravotní zodpovědnost, péči o zdravotní stav, ten bereme komplet. Zase si ho možná někdy bereme až moc, že bychom ho nemuseli rodinám vysvětlovat, ale vlastně třeba odkázat na lékaře...“

Zůstanu-li pak u přebírání odpovědnosti za péči tak, jak ji uvedla Marta, existuje celá řada činností, ve kterých je spolupráce rodiny chtěná, i okruhy činností, ve kterých jsou zásahy rodiny **nežádoucí**, např. péče o zdravotní stav, včetně pečovatelských úkonů (např. Marta), zasahování do odborností pracovníků přímé péče, dále také chování, u kterého pracovníci mají pocit, že klientovi škodí (např. Marta, Kamila), případně omezuje práva klienta jiného (např. Kamila).

Určité úkony, např. donášení léčiv, jsou vědomě přebírány zařízením na základě zkušeností, kdy léky konkrétním seniorům v potřebném čase scházely (např. Marta). Z důvodu zajištění dostupnosti zdravotní péče je též preferováno převedení klienta na místního praktického lékaře. Jsou tedy úkony, u kterých je určitý krok či postup rodině doporučován.

Chtěná a předpokládaná spolupráce je pak např. v udržování vztahu s jejich rodinným příslušníkem (např. Emilie či Kamila) formou návštěv, donášení pokrmů (např. Jiřina), doprovody k lékařům, donášení hygienických potřeb (např. Marta), aktivním trávením volného času s klientem (např. Jiřina, Kamila či Gabriela), podílením se na péči ve smyslu dopomoci s krmením i oblékáním (např. Kamila), předpokládána je spolupráce na tvorbě biografie (např. Kamila, Dagmar, Cecílie a další). V souhrnu tedy spolupráce v činnostech běžného života v celém rozsahu, jinými slovy naplňování úloh v rozsahu odbornosti pečovatелů, avšak za předpokladu respektování jejich znalostí a dovedností v pečování, třeba polohování (např. Cecílie).

Koncept ideální rodiny pak doplňuje i živý zájem o to, jak se blízkému v domově daří, co potřebuje pro to, aby se mu dařilo lépe (např. Kamila). Vysoká míra chtěného zapojení pak je vyvažována zatížením stran množstvím chtěných informací o průběhu péče, jak dodává Marta.

Z výpovědí respondentek v souhrnu vyplývá, že **s příchodem klienta do domova pro seniory zařízení přebírá celkovou odpovědnost za péči o klienta a přizývá k aktivní spolupráci rodinu v určitých oblastech. Nikoliv naopak, kdy by zařízení pomáhalo rodině v péči.** Tím je pochopitelně okleštěna původní role rodiny, kdy zejména pokud členové rodiny o svého blízkého dlouho pečovali, mohou odebrání odpovědnosti vnímat

úcorně. Za současného pocitu viny, který se může u blízkých z různých důvodů projevovat, viz podkapitola 3.1, i vlastního přesvědčení o tom, co je pro jejich blízkého nejlepší a zasahování do oblastí odbornosti profesí, je připraveno podhoubí pro vznik konfliktů.

Ty se v pečování dějí, jak vypráví např. Kamila případ paní /D/, kdy se klientka navrátila po hospitalizaci, za velkého úsilí se podařilo nastavit klientce vhodnou medikaci na bolest a úzkosti, klientka byla spokojená (přestože s kognitivním deficitem, tak také schopna vyjádřit své potřeby). Rodině se nastavená medikace nelíbila, smluvila se s různými lékaři na snížení medikace a klientka se v důsledku dostala opět do psychické nepohody. Z pohledu Kamily vyvolal zásah rodiny negativní emoce a pocity selhání, protože nebyla schopna zabránit poškození klientky. V tomto konkrétním případě se opět vrací téma nastavení a dodržování jasných pravidel vztahu, jak je popisuje Marta výše. Na druhou stranu paradoxně vzhledem k řešení medikace a obecněji úkonů indikovaných lékařem právě Marta zmiňuje: *„My nejsme, my nejsme zdravotnický zařízení, tady jsou zdravotní sestry, který prováděj to, co indikuje lékař, jo. A zároveň rodina, pokud by to chtěla změnit, tak by to neměla vyžadovat po naší zdravotní sestře, ani po pečovatelce, ale po tom lékaři. Což to už se zase rodině jako do takovýho dalšího konfliktu jít nechce.“* Na jednu stranu je tedy patrný zásah do medikace, který je brán velmi negativně staniční sestrou, na stranu druhou pokud chce rodina udělat něco jinak, má se obrátit na lékaře, jak poukázala Marta. I zde je tedy **patrný nesoulad v dohodě o postupu, a to i z pohledu různých profesí.**

V tomto případě pak prolíná i otázka, kdo je **odpovědný za prosazování práv a vůle klienta.** Respondentky **nesdílí na odpovědnost jednotný názor.** Tak např. Lenka uvádí: *„Já to vnímám jako, že ta rodina by měla být taky do jisté míry obhájcem toho klienta... A do jisté míry pro nás pomoc a podpora a my jim. A vlastně měli bysme se spolu podílet na tý celkový péči, a vědět o sobě a vědět o tom klientovi...“* Pro Lenku je to rodina, přiznává jí tak větší práva, než jak je tomu např. u Kamily, která vnímá obhajobu pohody klienta jako právo personálu. Zároveň podotýká, že se může stát, že: *„...ač je klient spokojený, on sám neudává žádné stížnosti, přání jsou mu plněna, je spokojen, tak přes to, přese všechno rodina se snaží zasahovat do péče.“* Ve výše uvedeném případě pak zejména schopnost klientky vyjádřit své přání byla brána jako důležitá. Martou je pak vnímáno, že: *„...v první řadě by se mělo respektovat to přání toho klienta, což mnohdy ty rodiny berou, že ony rozhodnou za toho klienta. Ale většina našich klientů je svéprávná a mělo by to být fakt jenom jakoby na nich.“* I otázka odpovědnosti za obhajování vlastního hlasu klienta je tak předmětem nejasností. Beru-li do důsledku tvrzení Marty o svéprávnosti klientů, případně i Kamilino

o schopnosti sdělit své potřeby a přání nade vší pochybnost (zde se však pouštím na tenký led s ohledem na progresi onemocnění demence a schopnost rozhodování), zdá se poněkud paradoxní, nakolik silně otázka zaznívá, když **tím, kdo by měl být obhájcem práv, je zejména senior sám**. V tomto nastavení si není tak těžké představit, že v zájmu toho nejlepšího pro klienta, senior sám z rozhodování vypadne (i to reflektuji v podkapitole Zlatá klec).

Do pocitu převažující odpovědnosti za péči pak dále **intervenují** vzájemné vztahy klient – rodina i míra zapojení rodin, která je velmi různá, dále také platby za péči, znalost klienta a aktuálních kapacit zajišťovatelů péče.

Jak jsem již uvedla v podkapitole 3.2, **vztahy rodin a jejich blízkých** v zařízení jsou různé, stejně tak i **míra zapojení rodin v péči**. Objevují se rodiny spolupracující v rozsahu ideálu, ale i ty, které se na péči nijak „...nepodílí, nepečují, aleee mají spoustu otázek...se snaží zasahovat do péče.“ (Kamila) Stejně jako v případě klientské typologie i zde se jedná o dvě krajní polohy, které dávají přehled o rozsahu. Velká část rodin se bude nacházet někde mezi nimi.

Čím menší pak je zapojení rodiny, tím vyšší bude pocit pracovníků z hlediska vlastní odpovědnosti (a tak i možnosti rozhodovat), neboť pečující znají klienta nejlépe, rozumí proměnám jeho aktuálního stavu i jeho možnostem, dovednostem a pravděpodobnému budoucímu vývoji, **stávají se nositelem aktuálních znalostí o klientovi**. S ohledem na toto vše pak mohou být jakékoliv zásahy do pečlivě nastavené každodenní péče velmi citlivé. Stejně jako v případě klientů i u rodin může intervenovat **otázka plateb za péči**, a tedy jisté nárokovosti na služby. I kvůli (nicméně nejen) výši příspěvků mohou mít rodiny **zkreslené představy** o tom, co je v zařízení možné z hlediska péče zajistit a co mohou požadovat. K tomu Jiřina podotkla: „Ze začátku to bylo tím, že prostě se jim slibovaly hory, doly. To není problém, tak maminku 5x denně vyvezeme. To není problém se mamince třeba na 3 hodiny věnovat. Oni to viděli teoreticky, ale už nikdo neviděl jako uvedení do praxe, že to prostě nejde. Nemůže s jednou klientkou 6x denně někde...zaprvé tady chybí jeden člověk, ta sestra pak nemůže už vůbec nikam, že jo, kdyby se něco dělo...“ Jak Jiřina podotýká, v čase došlo ke změně v tom ohledu, že je **snaha rodinám vysvětlovat** již při příjmu, co je a co není možné v pečování zajistit, tedy je preventivní posun směrem k šetření kapacit pracovníků. Přesto jak zdůrazňuje Kamila, je potřeba, aby z hlediska ošetření pohody pracovníků byla dána pravidla: „...že rodině můžem nabídnout tohle, tohle, tohle, ale v určité fázi už musíme říci, ale takhle ne, jo...Jasně, vim, kam mám postupovat a vim, že

tadyhle už prostě. Z toho leva nepůjde zase 40x doleva, ale že prostě tady vlevo už končím, že prostě už ne, protože v tu chvíli se vyvolá jednání, řízení a řekne se: podívejte, my děláme to, to, to, to. Přes to, přese všechno máte ty, ty, ty požadavky. Pro nás jsou ale v tu chvíli neúnosné, nesplnitelné, takže máme buďto: vezměte si domů, nebo přestaňte zasahovat.“

Z výše uvedeného je patrné, že v současné době je péče o klienty svázána s počátky snah o vyjasňování postavení mezi rodinou, klientem a domovem pro seniory, kdy v základu stojí otázka odpovědnosti za péči a od toho se odvíjející chápání vztahu rodiny a zařízení, kdy domov pro seniory poskytuje odborné služby péče o blízkého a převážně o něj pečuje, proto také je ve zkoumaném zařízení v tomto ohledu povětšinou sdílena představa o nadřazenosti zařízení rodině. Od rodiny je pak očekávána spolupráce. Oba aktéři jednají v nejlepším zájmu klienta, rizikem je ztráta seniorova vlastního hlasu. Hledání vzájemného sladění představ o péči je věcí soustavného vyjednávání, kdy zaznívá snaha vést jej ke kompromisu (např. Lenka, Marta a další). Z výpovědí vyplývá, že v současné době chybí jednotná pravidla, jakým způsobem a v jaké míře by měly být klienti a jejich rodiny do péče zapojováni tak, aby bylo zajištěno poskytování péče zaměřené na člověka (optimální stav viz oddíl 3.1.1).

Krátkou reflexi k zapojení klientů a jejich rodin podávám v podkapitole 8.5 a v diskuzi.

8.3.6 Zajištění péče

Posledním sub-tématem, které se váže ke kapacitě pracovníků, jsou **podmínky stran technického a personálního zajištění**, za kterých je péče poskytována. Z personálního zajištění se pak věnuji zejména nedostatku personálu a jeho fluktuaci a důsledkům, které s sebou tyto jevy nesou. Dále se zabývám podmínkami, které působí na personální zajištění a za kterých je pečováno, zejména pak náročností směnného provozu. V závěru oddílu popisují další zdroje, povětšinou technického charakteru (nejen) a které se ve vyprávěních respondentek zdály být méně naléhavé.

Z hlediska **personálního zajištění** výrazně vystupují dvě vzájemně úzce propojená témata, ke kterým patří **nedostatek personálu** pro splnění současné představy o standardu péče a **fluktuace personálu**. Jak jsem uvedla v podkapitole 4.1, zejména pro poskytování péče zaměřené na člověka jsou oba spolupůsobící faktory významnou překážkou v jejím poskytování. V následujících několika odstavcích se pak zaměřím na konkrétní projevy v dané organizaci tak, jak je informantky popsaly.

Za nedostatek z hlediska personálního obsazení lze označit stav, kdy je **počet pečujících ve směně nižší, než kolik by si pracovníci představovali pro optimální zajištění péče**, tedy dosahování kýženého standardu ve zkoumané organizaci, jak jsem jej popsala v podkapitole 8.1. K tomu Anna uvádí: „*Já bych pro sebe byla asi ráda, kdyby tady bylo víc lidí v rámci tý přímý péče už jenom proto, abych si dokázala s tím, nebo abych měla prostor si s těma lidma opravdu povídat, aby tam bylo (pozn. autorky To) něco navíc, což za současného stavu moc nejde, a že to kolikrát vidím, že by si lidi rádi povídali, ale já musím běžet udělat hygienu dalšímu...*“ Jak je z Anniny výpovědi zřejmé, chtěného standardu péče se v současnosti nedaří dosahovat. **Důvodů** pro výpadky pracovníků pak respondentky vyjmenovaly několik, z **technických uvnitř organizace** pak nemoci a dovolené (Cecílie), kdy z aktuálního, již tak nižšího než optimálního počtu pracovníci ještě ubývají.

Pracovnice (např. Gabriela a Emilie) však také reflektovaly **vliv vnějšího prostředí** na zajištění péče, konkrétně uváděly nedostatek pečovatelů i zdravotních sester v rámci celé republiky, slovy Emilie: „*Na druhou stranu teď je situace taková, co se týče zdravotnického personálu, tak ti lidi nejenom, že nejsou tady, ale oni jako neexistují. Oni nejsou nikde. Takže chtít si z nich ještě vybírat, je docela velké oříšek.*“ Beru-li v potaz chtěnou kvalitu pracovníků, která se zvyšuje úměrně k dosažení zajištění standardu (Gabriela), šance na nalezení vhodného adepta vzhledem k systémové „neexistenci“ zdravotních sester i dostatečně kvalitních pečovatelů se snižuje. Soustavný **personální podstav za současné touhy pracovníků** dosahovat standardu péče pak s sebou přináší řadu situací, se kterými se musí týmy přímé péče vyrovnávat.

V první řadě s sebou personální podstav nese velkou **míru nejistoty**, kdy pracovníci nevědí: „*Kdo přijde do práce. Jestli někdo nastoupí. Další neschopnost cokoliv, jestli mi nezruší dovolenou.*“ (Lenka). Výrok potvrzuje i Kamila a dále akcentuje dopady této nejistoty do poskytování péče, konkrétně do **zajištění směn**, kdy se snadno mohou ve směně objevit společně pracovníci, kteří nenaplnují atribut vedení z hlediska spolupráce (viz oddíl 8.3.2), což se pak projevuje ve snížené efektivitě při zabezpečování chodu oddělení (Kamila).

Kromě dopadu nejistoty na zajištění chodu oddělení se pak dále ve výpovědi Lenky v tématu plánování personálního obsazení směn objevuje i téma **rovnováhy osobního a pracovního života**, konkrétně pak v souvislosti s **náročností směnnosti**. Ta je u zdravotních sester a pečovatelů dána sloužením denních i nočních směn, z nichž každá trvá dvanáct hodin. V této souvislosti pak respondentky zmiňovaly nejen obtíže s udržením

pozornosti (Anna), ale i vstřícného postoje: „...*dvanáctihodinový směny jsou fakt náročný. Jak fyzicky, tak psychicky, protože soustředit se celou dobu jenom na to, aby ten klient, a že tohleto, byť by člověk se chtěl rozdat a chtěl to dělat sebelíp, tak je to fakt náročný, jo.*“ (Lenka) Jak potom Anna dodává, pokud člověk cítí únavu, je složité si uvědomit, že klient, který cokoliv potřebuje, to nedělá schválně. Slovy Bány výsledkem je, že: „...*lidi jsou fakt přetížení, a už se nikdo nemůže divit, že už nehledají pro klienty nějaký další zábavy.*“

Náročnost pokrytí směn při častých personálních výpadech pak vede k tomu, že jsou dny, kdy se do přímé péče o klienty zapojuje staniční sestra (Marta), v některých případech i vrchní sestra spolu s dalšími vedoucími, kteří přináleží přímé péči (Iva). Při častém opakování pak pracovníci v těchto pozicích nemohou vykonávat stanovené role a funkce, které jsou výhradně jim určeny. V konkrétním případě u staniční sestry pak může být výsledkem např. nenaplňování metodických činností různého druhu související s implementací modelu, efektivní koordinace všech aktérů zapojených v péči, proaktivní práce v personálních záležitostech (např. Marta), v důsledku čehož se tak snižuje kapacita staniční i celého oddělení při reagování na různé podněty, lidé se snadněji dostávají do emočních reakcí (např. Iva), čímž se zhoršuje atmosféra v týmu, na což nepříznivě reagují klienti, např. zhoršováním zdravotního stavu (např. Lenka či Iva).

V souhrnu tedy za soustavného vytižení ve směnném provozu, při dlouhotrvajícím podstavu pracovníků, s motivací dosahování standardu péče, při nedostatečném ošetřování týmu přímé péče a za působení dalších faktorů popsaných dříve v celé této podkapitole řada z pracovníků odchází (dle Herzbergovy teorie, viz podkapitola 4.1, hygienické faktory převážily nad motivátory).

Fluktuace, vlivem které se dále snižují počty pracovníků, a tak se zvyšuje zátěž na zbývající, je ve zkoumané organizaci v současné době vysoká, slovy Emilie: „*Sestry, u těch je to těžký a u pečovatelů taky, protože tam prostě jsou takový personální veletoce. A obecně v podstatě žádný personál už není, nemáme, takže všichni buď přicházejí, a nebo jsou zrovna na odchodu. Takže tam je to docela složitý. Za prvý lidi, kteří byli proškolený, perspektivní, tak už spousta z nich odešla. Přišli lidi, který třeba by byli i dobrý, ale ještě nejsou úplně proškolení. Druhá věc je, že jak není personál, tak na to v podstatě není ani čas. Ty lidi jsou neustále oslabení, takže se v tom docela blbě pěstuje nějaký model.*“ Tímto výrokem se zároveň dostávám k **dopadům vysoké fluktuace pracovníků na celkovou kapacitu** pro poskytování péče zaměřené na člověka. Jak již Emilie (a s ní např. i Cecílie či Gabriela)

zmínila, odchody stávajících pracovníků a příchod nových má vliv na **zaškolování pracovníků, práci s biografií i na kvalitu předávaných informací.**

Z hlediska zaškolování pracovníků se tedy soustavně mění počet pracovníků, kteří prošli oficiálními kurzy, jsou „proškolení“. Vzhledem k odchodům se pak výrazně snižuje celková dovednost pracovat v týmech s biografií, zapracování nového pracovníka je třeba věnovat čas (např. Lenka) i energii osoby, která zaškolování provádí (Cecilie). Po dobu, než se nový zaměstnanec zapracuje, se může klientovi dočasně snížit standard péče s ohledem na dodržování nuancí za využívání biografie v péči (Lenka), zhoršuje se i kvalita předávaných informací (Iva), zároveň se zvyšují nároky na spolupracovníky nově příchozího, má-li být standard zachován. **Počet pracovníků** je pak klíčovým pro udržení alespoň nějaké úrovně práce s biografií, jak však zmiňuje Marta: „*V tuhle chvíli je prioritou pokrejt směny a... myslím si, že celá biografie stojí a padá na počtu pracovníků. Že čím bude méně pracovníků v přímé péči, tak to nepůjde dělat vůbec, dejme tomu.*“ Např. Kamila, Lenka či Gabriela pak dodávají, že **dostatek pracovníků a jejich stabilní složení** jsou klíčem k postupování v implementaci psychobiografického modelu péče (v dohledné době byly např. zmiňovány tzv. supervizitace péče, předělání společných prostor apod.). Dokud však nebude stability dosaženo, šance na úspěšný postup v implementaci jen velmi malá. I když se podaří stabilizovat personál, je velmi pravděpodobné, že nějakou dobu potrvá, než pracovníci dosáhnou optimalizace potenciálu s ohledem na poskytování péče, a to z důvodu přítomnosti celkového vyčerpání, ke kterému Marta sdělila: „*...NECEJTÍ a už ani nejsou schopni DĚLAT, že to cetjtí.*“ Podle Marty se u některých pracovníků ztratil elán pro pečování, **popisované znaky odpovídají rozvíjejícímu se syndromu vyhoření.**

Hledisko **technického zajištění** péče bylo oproti tématům spojeným s personálním zajištěním relativně skromně popisováno, důvodem je zřejmě nižší míra palčivosti tématu oproti prvně jmenovanému. Identifikovala jsem tři základní vlastnosti subkategorie, a to nedostatky v **technickém zázemí, otázku financí a chybějící odborné kapacity.**

V případě **technického zázemí** informantky zmiňovaly technické nedostatky v úpravě prostředí, např. nevhodné překážky pro manipulaci s vozíkem (např. sjezdy, popř. rantlíky ve sprchách (Dagmar)), dále dostatek vhodných pomůcek pro přesun klientů, a to v takové podobě, aby byly snadno dostupné a daly se rychle použít (např. Bára). Jak zmínila Bára, za současného stavu někteří pracovníci raději přesouvají klienty vlastními silami, neboť využití technických prostředků je časově příliš náročné.

V souvislosti s vlastním personálním zázemím pro personál pak respondentky zmínily potřebu mít vlastní pečovatelské zázemí, kde by se dala v klidu zpracovávat dokumentace bez toho, aby byli rušeni (např. Cecílie), dále také **funkční techniku** - počítače i tiskárny.

Otázka financí se objevila mezi informantkami mnohokrát, spíše však na okraji zájmu, a jako součást další konverzace. To však neznamená, že finance nejsou důležité, naopak, mohou zabránit odchodu pracovníka. Jak připomíná Emilie: *„Ty týmy by si zasloužily, aby měly lepší platy. Pochopitelně. Na druhou stranu ono jako ani lepší plat ti jako nezajistí lepší práci z hlediska (nesr.) ti lidi tady, ti, který budeš chtít, ti tady vydržej, protože nebudou muset jít nikam kvůli tomu, že tam dostanou pětikilo navíc, což některý kolegové opravdu řešej takovýhle záležitosti.“* Ze struktury více vystupuje kontext toho kterého klienta, jasně pak důraz na pracovní prostředí (a tedy i odkaz na personální poměry).

Posledním zmiňovaným tématem byly tzv. **chybějící odbornosti**, konkrétně pak **psycholog**, který by sloužil jako podpora např. rodinám a při zvládání náročných situací (Gabriela), dále pak **dostupný lékař** (Iva), kterého by mohly zdravotní sestry konzultovat kdykoliv v případě potřeby. Mezi respondentkami se tak objevily i návrhy na vlastní zvyšování potenciálu multidisciplinárního týmu, kdy přibrání dalších odborností může odlehčit v nejčastěji řešených otázkách s dalšími aktéry v současném uspořádání.

V této podkapitole jsem se velmi podrobně věnovala kapacitě pracovníků pro poskytování péče zaměřené na člověka, ve zkoumané organizaci jsem identifikovala a popsala řadu překážek. Postupovala jsem od osobnostních charakteristik pracovníků přes týmovou spolupráci a spojitá témata předávání informací, nastavování hranic a zavádění psychobiografického modelu péče. V závěru kapitoly jsem se zaměřila na personální a technické zajištění služby. Z hlediska personálních parametrů pak zejména na otázky, které jsou v organizaci v současnosti palčivé, a to počet personálu a odpovídající kapacitu pracovníků.

V následující podkapitole se věnuji subkulturám v organizaci.

8.4 Subkultura „kanceláří“

V této podkapitole se zaměřuji na vymezování se pracovníků přímé péče vůči pracovníkům v administrativním zázemí organizace, sleduji tak předpoklady pro poskytování péče zaměřené na člověka, jak jsem je popsala v podkapitolách 4.1, 4.2 a kapitole 5. Velmi signifikantním bylo sdílené, lehce pejorativní označení **„kanceláře“**, užívané napříč celou skupinou respondentek. Vzhledem ke kontextu, v jakém informantky

o této skupině hovořily, se mi zdá označení velmi přiléhavé, reflektující současné naladění pracovníků přímé péče a zároveň faktickou vnímanou jejich odloučenost od poskytovatelů přímé péče. Ta nabývá takových rozměrů, že lze bez potíží hovořit o **dvou koexistujících subkulturách v jedné sociální službě domov pro seniory**. Dále vzájemný vztah fungující na bázi „oni“ vs. „my“ více popisují.

Každý z pracovníků přímé péče má jiné možnosti kontaktu s „kanceláři“. Platí, že čím více hodin přímé péče pracovníci klientům poskytují, tím nižší míru kontaktu mají. Pro některé z pracovníků přímé péče (např. Cecílie, Dagmar, Bára) jsou pak pracovníci administrativy prakticky nerozlišitelní, zahrnují obecně všechny, se kterými přichází do kontaktu nepříliš často, slovy Cecílie: „*Stává se, stává se, že se tady staví někdo, koho vůbec nevíme, kdo to je a co tady dělá, byť nám ten člověk sem přijde něco říkat, že teda už je tady x let takže opravdu tyhle věci, abych se přiznala, tak ze svého, tak v rámci moc jako nesleduju.*“ Dagmar k tomuto dodává: „*...mně přijde, že tyhle dvě o, jako, tyhle dvě sekce fungují totálně odděleně. Jako třeba já polovinu lidí z administrativy vůbec neznám a pak když sem jakoby ty lidi přijdou, tak kolikrát se i jako divím, kdo tady všechno jako dělá.*“ **Vzájemná neznalost** svědčí o nedostatku interakcí mezi těmito dvěma skupinami, o ztížené možnosti komunikace, která se může přenášet např. do komunikace vize, ale i běžných provozních záležitostí. **Nízká úroveň interakcí** dále pokládá základy nedorozumění, neboť **není přítomná přirozená důvěra**, která je založena na vzájemné znalosti interagujících stran, jak jsem poznamenala např. v oddílu 3.1.1. Pracovníci přímé péče pak v důsledku neznalosti nerozumí, co a proč který administrativní pracovník dělá. Za stavu, kdy jsou pracovníci přímé péče v dlouhodobém personálním nedostatku a noví kolegové přichází do administrativy, zvedá se snadno vlna nevole s obsahem „u nás nikdo není a oni přibírají?“ interakce se tak kvůli neznalosti dále ztěžují. V kontextu pracovního prostředí pak **znalost zahrnuje dvě úrovně**, které jsem označila jako „**od člověka k člověku**“ a „**od profese k profesi**“.

Na úrovni „**od člověka k člověku**“ je důležitá vzájemná **osobní znalost**, kdy pracovní prostředí moderuje požadavky obou stran. Jinými slovy respondentky vůči administrativním pracovníkům mají určitá očekávání. Pro některé je dostačující, pokud se např. pracovník administrativy (v popisovaném případě ředitel organizace) přihlásí k zaměstnanci mimo půdu organizace (Iva). Další požadují, aby „kanceláře“ znaly pracovníky přímé péče tak dobře, jako tito znají své klienty: „*No protože já mám pocit, že v domově našem, my známe už biografii všech klientů, ale o biografii svých zaměstnanců nevíme vůbec nic. A TA je*

strašně důležitá... A pak ten zaměstnanec může mít pocit, že je tady uplně nedůležitý, že tady nikoho nezajímá, A přitom kdyby byl saturovaný tím, že vím, znám, snažím se, ale ne vždycky to jde. Tak oni jsou schopni pochopit, že ne vždycky to jde.“ (Kamila). Cecílie i Jiřina pak jako shodný příklad uvádějí osobní vyjádření vděku za dlouhé a věrné služby v organizaci či gratulace k narozeninám. Z úst respondentek tak společně zaznívá **požadavek respektu**, kterého je ze strany „kanceláři“ pocíťován nedostatek. V tomto odstavci uvedené výroky pak odkazují k nedostatkům v péči o zaměstnance z pohledu teze o všeprostupnosti kultury péče zaměřené na člověka a jejího respektování a aplikování ve všech systémech, jak jsem uvedla v podkapitole 4.1 a kapitole 5.

Požadavek respektu se pak promítá i do úrovně „**od profese k profesi**“, jak podotýká např. Bára: *„Že jsem byla s jednou kolegyní, a říkala, že vlastně se na nás vedení dívá jako na lidi, kteří jsou takovej pól.“* Vyjádření vnitřně podobného typu se pak objevily i u řady dalších informantek (např. Emilie, Gabriela, Kamila), současně zaznívá i přesvědčení, že nedostatek respektu je dán neznalostí toho, co přímá péče obnáší. Spolu s tím informantky vyjadřovaly požadavek na zapojení se „kanceláři“ do péče: *„...dokud si to nevyzkouší, tak opravdu neví, o čem je řeč. Proto jsem říkala ten Bařiv systém, protože pak si člověk kolikrát říká, že ten management neví, která bije. Jo, že mají nereálný třeba představy.“* (Bára). **V závislosti na množství kontaktů a znalosti kolegů** pak další pracovnice specifikují, která skupina „kanceláři“ by se měla zapojit, např. pro Gabrielu je to oddělení fundraisingu: *„...protože oni jsou pro nás strašně důležitý lidi, kteří shání finance a zdroje nějaký a tak. A měli by to znát opravdu, když se, že je někdo vzbudí o půlnoci a oni by řekli, co se tady s tím klientem dělá od A do Z. By to měli fakt znát a ne, ne jenom tak jako něco povídat o čem nemají, nemají představu. To mi tady trošičku schází.“* Emilie pak poukazuje i na administrativní pracovníky, kteří se do péče zapojují a dodává: *„...tak to jsou asi dva lidi, který opravdu zůstali z těch, kteří pracujou komplexně a pracují i s klientama. No a jinak je to prostě izolovaná jednotka, zakódovaný dveře a tak.“* Odkazuje tak i na další fenomén, který souvisí s prostorovým oddělením administrativních částí od přímé péče, administrativa částečně leží za zakódovanými dveřmi, vytváří se tak i **fyzická bariéra propojení**. V návazném rozhovoru dodává, že většina z „kancelářských“ (ale i pracovníků, kteří se neúčastní přímé péče, např. kuchaři a uklízečky) nechápe model a jeho využití (důsledky viz podkapitola 4.2) i přes snahy o jejich vzdělávání. Kromě jiného je z výše uvedeného patrné, že s vyšší mírou propojení a vzájemné znalosti jsou pracovníci schopni jednotlivé

pracovníky rozlišovat. Od bezejmenných „kancelářských“ se dostávají ke konkrétním skupinám či osobám kolegů, lépe formulují očekávání a požadavky.

Směrem k administrativním pracovníkům v souvislosti s chtěným respektem zaznívá i požadavek po **uznávání klíčové role** přímé péče pro poskytování služby. Jinými slovy po respektování toho, že **pracovníci administrativy jsou tu pro podporu přímé péče, aby tato mohla naplňovat své funkce** ve smyslu služeb klientům a **ne naopak** (např. Kamila). Ve vztahu k tomuto lze identifikovat **různá očekávání**.

Nejprve to jsou **rychlé reakce na požadavky přímé péče**, byla uváděna např. funkčnost technického vybavení (např. Cecílie a Jiřina) a dostupnost adekvátních prostředků pro pečování (např. Eva). Jak Emilie uvádí: *„Je to daný tím, že vlastně péče a gastro jsou jediný nepřetržitý provoz, tam, když něco neudělaj, když jsi to měl udělat, tak to okamžitě praskne, bude z toho prostě průšvih velkej. Zatímco ty ostatní věci se dají úspěšně odkládat, tam prostě nevidím, no. Tam se jako nesplnili jsme, tak to neuteče. Nikdo mě nezastupuje, tak to nevadí.“* Potřeby, které zajišťuje přímá péče, jsou vnímány jako z povahy prioritní, neboť jejich nedostatek má dopad na péči o klienty, tedy vlastní naplňování vize služby. Emilie tak odkazuje k dalšímu aspektu rozdílnosti subkultur, kterým je **odlišné vnímání naléhavosti úkolů v týmech přímé péče a administrativy**, které dává prostor pro vznik nespokojenosti. Z pohledu pracovníků přímé péče pak vlastní práce „kanceláři“ může nabývat menší důležitosti, neboť lze činnosti odložit do doby další přítomnosti administrativního pracovníka. To v případě přímé péče možné není. Za celkové jejich vyčerpanosti se může vzájemné nepochopení dále stupňovat.

Dalším formulovaným očekáváním je **nastavení hranic**, např. formou postupů, kupříkladu ve vztahu vůči rodinám, jak podotkla Kamila: *„...v tom manuálu by mělo být, že rodině můžem nabídnout tohle, tohle, tohle, ale v určité fázi už musíme říci, ale takhle ne, jo. A kdyby to tam bylo zmapovaný, popsany, vydaný, tak já bych věděla, že v týhle a týhle fázi mám tuhle možnost...“* Jak však dále dodává Marta, jednotné **postupy v současnosti nejsou vnímány, že by byly nastaveny**, hranice se nedodržují.

Obecně **není vnímána dostatečná kontrola a zpětná vazba** s dopadem **do akceschopnosti** (např. Emilie) a **rozhodnosti organizace**. Tím, že nejsou jednotně nastavena pravidla a stanoveny jasné postupy, jejichž dodržování by bylo kontrolováno a vyžadováno (např. Marta), pracovníci přímé péče pocítují **nedostatečnou míru ochrany**, která dále podporuje pocit nejistoty v týmech přímé péče (např. Kamila).

Nedostatek kontroly a zpětné vazby je pak vnímán i v každodenním životě zaměstnance, např. ve vztahu ke kvalitnímu zaškolování a pravidelnému zhodnocování působení pracovníka v organizaci (např. Marta), což neumožňuje včas zachytit varovné signály, pokud se zaměstnanec rozhoduje odejít, případně snižuje možnost se zaměstnancem pracovat, nenaplnuje-li očekávaný standard v péči. Slovy Marty: „*A upřímně za tejdén se tu práci asi nenaučí nikdo.*“

V souhrnu pracovníci tedy volají po jasných rámcích a postupech, za jakých mají pečovat, chtějí přiměřenou kontrolu, rozhodne-li se něco, co je třeba udělat. Dále je zapotřebí zpětná vazba, že bylo zadaného cíle dosaženo (např. Emilie). V závěru pak rychlé a jasné rozhodnutí, řeknou-li si o něj. Současný pocit toho, že se tak neděje, může být dán i nedostatečnou kapacitou na úrovni managementu organizace.

Od podkapitoly věnované subkultuře kanceláří, ve které jsem zdůvodnila užití termínu subkultura a popsala její percepce pracovníky přímé péče spolu s identifikací vzájemných interakcí, ve kterých nedochází k naplnění očekávání vložených na administrativní pracovníky, se přesunuji k závěrečné, poněkud poeticky nazvané, podkapitole, která se věnuje riziku přepečování.

8.5 Zlatá klec

Rizikem Zlaté klece jsem nazvala přebírání odpovědnosti za klienta v jeho prospěch, zmínila jsem se o něm již v teoretických východiscích, např. v podkapitole 2.2, kdy se může v zařízení snadno stát, že místo toho, aby klient žil **s péčí**, žije **v péči**.

K tomuto riziku se pak v některé z podob, ať již přímým výrokem nebo odkazem, vyjadřuje sedm respondentek.

Přestože provedené rozhovory měly za ambici identifikovat překážky v dosahování péče zaměřené na člověka, reflexi vlastní praxe ne vždy bylo jednoduché získat, přestože jsem se systematicky doptávala na uvádění názorných příkladů, kde to bylo relevantní. Proto by v tomto konkrétním případě pro důkladné prozkoumání reálné praxe bylo přínosnější využít např. metody zúčastněného pozorování, případně evaluační metody DCM (Dementia Care Mapping (Williams, Rees, 1996)). Lze předpokládat, že by se za uskutečnění takových studií rozkryly podrobnosti, které lze z provedených rozhovorů pouze tušit, jak popisují dále.

Následující podkapitola navazuje na dosavadní dílčí zjištění, z jiného úhlu rozvíjím interakce mezi aktéry, kteří se zapojují do péče (viz také oddíly 3.1.1 a 8.3.5).

Již dříve jsem poukázala na skutečnost, že množství účastníků vstupujících do péče v zařízení je podstatně vyšší než v domácím prostředí. S touto skutečností kvůli komplexnosti vztahů se reálně zvyšuje riziko, že vůle klienta nedojde naplnění, protože jeho hlas zanikne v rozhovorech mezi rodinou a zařízením o převzetí zodpovědnosti za klientovo blaho. Oba aktéři si mohou v této situaci nárokovat paternalistické protektivní právo „já vím nejlépe“.

Stran zkoumaného zařízení je potom toto právo ukotveno v odbornostech všech pracovníků, kteří se na péči podílí, kdy jim **profesní odpovědnost velí v péči o klienta postupovat určitým způsobem**. Zejména u zdravotnických povolání byla tato odpovědnost reflektována. Např. Emilie uvedla: „*Z hlediska modelu můžeš mít klienta, který je celý život zvyklý jíst ráno něco, v poledne něco, večer něco. A nebo třeba jenom snídá, dá si ráno banánka, zapije to kávou a vypije ti, no, maximálně dečku vody k té kávě. Pak si dá klobásu, odpoledne nic, protože byl třeba celý den venku nebo v práci a večer si dá vlašák s rohlíkem. Tak to z hlediska nutriční péče není úplně optimální, z hlediska modelu, když ten klient je na to zvyklý a žil takhle, třeba takhle šedesát let, tak bysme mu to měli poskytnout a on by byl spokojenější. Takže já se snažím nějak vybalancovat v tom, aby ten klient byl spokojenější, a zároveň, abychom do něj nějakým způsobem dostali i něco, co potřebuju já.*“ Emilie tedy vědomě vstupuje do interakce s tím, že zasahuje do zvyklostí klientů v souladu s výkonem své profese, třebaže se snaží s klientem dojít konsenzu nad stravovacím režimem. Jak sama dále podotýká, paradox tohoto přístupu tkví v tom, že se klient dožil vysokého věku (průměrný věk v zařízení je přes 85 let) i bez expertních zásahů. Stejně dilema s profesní odpovědností pak reflektuje i Kamila: „*...ono to není o nucení, ale je to o tom, že ty máš zodpovědnost a umm svým způsobem ti zdravotníci, oni MUSÍ vykonat tu činnost. Oni prostě mají v pracovním, v typové pozici mají to, co mají udělat. A oni prostě se snaží respektovat. A není to o tom, že by někdo byl nucen. Nebo za použitý nějakého násilí, prostě nezajímá, umeju vás, ale..snaží se toho klienta navést na to, že by bylo dobré se třeba umýt.*“ V tomto případě se tedy zdravotníci **v zájmu zachování blaha klienta uchylují až k manipulacím**, aby byly naplněny cíle profese. Obdobně to reflektuje i ergoterapeutka Gabriela v případě nabídek aktivit klientům: „*Se mu (pozn. klientovi) nechce, tak třeba známe nějaký triky, ale tak aby jakoby to bylo dobrovolný ta jeho účast, že jeho, prostě je to o motivaci.*“ Právě **účast na různých aktivitách** se zdá být v zařízení až úzkostlivě sledována, nevyužívání nabízených služeb a aktivit může být bráno až jako zmařená šance pro klienta, např. Dagmar uvádí: „*...nenutíme, ale je to takový jako, že myslím si, že je to, pro toho klienta je to skoro*

škoda. Ale samozřejmě pokavad' se nechce účastnit, tak je to jeho rozhodnutí...jako samozřejmě nebudeme nikoho chodit, teda nutit nikoho chodit jako cvičit, když víme, že prostě jako se mu nechce. Ale to zase není úplně třeba naše záležitost. To řeší spíš rehabilitace.“ V ohledu účasti na různých aktivitách dostává každá profese svou šanci se realizovat. U některých pracovníků je potom účast na aktivitách měřítkem až kvality služby, zapojit by se měl každý, a to již v době svého zvykacího období. Jiřina k tomu dodává: „...hlavně je do ničeho nenutíme. Chce na oběd na pokoji, nebo na jídelnu, jo prostě zkusíme aktivitu, nabízíme, když prostě vidíš nezájem, tak nenutíme. Ona si řekne třeba sama, jo že se nudí na pokoji, že by to. Takže prostě tomu necháváme volnej průběh, jo. A zase ne moc dlouho, aby vlastně..oni maj pak tendenci bejt jenom na tom pokoji, že už si tam zvykli a už nikam jinam nechtěj. Takže vlastně den jim nabízíme něco...“ Stejně jako v dalších případech i zde je velmi jasně definovaný cíl s ohledem na zapojení se do aktivit. Možnost neúčastnění se nabízených aktivit, popř. účastnění se chodu dne není v zařízení bráno jako norma, jak potvrzuje Kamila i Marta. Ta dále dodává: „...a k těm aktivitám: možná trošku neumíme respektovat to...že někdo nechce nic. Někdo prostě řekne: já nechci jít na snídani, ja chci jíst na pokoji. A my si říkáme: ale to je špatně, že chce jíst na pokoji, to přece ne, on musí jíst na tý jídelně. Protože tak je to správný.“ **Není tedy zcela respektováno, že senior třeba nechce nic dělat, protože takové nastavení se zdá být v rozporu s představou o kvalitní péči dle zaměstnanců.** A to i přesto, že nicnedělání je ve společnosti zcela běžnou i vítanou činností. Stav může být podporován i modelem, který je zaměřen **právě** na hledání aktivit a činností, které mohou sloužit jako impulsy ke zpomalování postupu demence.

Jak zmiňuje Marta i Jiřina, je důležité zjistit, co za odmítáním účastnit se dění na životě zařízení stojí. Kromě vlastního rozhodnutí klienta se totiž mohou objevit i příznaky různých onemocnění, např. deprese. Pokud je nicnedělání vůlí klienta, mělo by být bez výhrad respektováno. Nemělo by se stávat, že ve snaze pečovat k dokonalosti vlastních představ o naplňování profese zmizí přání seniora, který by měl především rozhodovat o své péči, je-li toho jen trochu schopen, jak výroky v některých ohledech naznačují, např. v případě nabídek aktivit, kdy se může stát, že v dobré víře je klient přesvědčován k aktivitě, kterou tolik neocení, která však vždy, pokud se tak stane, bere čas několika pracovníků.

Není-li vyjádření vůle klienta kteroukoliv ze stran bráno jako relevantní, mohou se zbylí účastníci péče, tedy pečující v zařízení a rodina v názorech na péči střetávat, jak jsem popsala v oddílu 8.3.5 a přehlížet způsoby, kterými by mohlo být rozhodnutí klienta

podpořeno. Ty by měla rodina i zařízení vždy hledat. Jak jsem pak předeslala v podkapitole 3.1, jsou případy, kdy klient není schopen o sobě informovaně v různých záležitostech rozhodnout, v některých případech ani jakkoliv vyjádřit své přání. Umenšuje-li se takto kognitivní kapacita klienta, roste důležitost konsenzuálního partnerského postupu při rozhodování o péči.

V tomto ohledu je a bude trvale přítomným rizikem současné nastavení zařízení vůči rodině, která je zvána k aktivní spolupráci. Přitom respektuji výroky pracovníc o různých typech rodin, kdy některé z nich nemají zájem z různých důvodů podílet se na péči, případně žijí příliš daleko na to, aby jakýmkoliv způsobem mohly aktivně na ní participovat. Přesto v souvislosti s celkovou kapacitní vyčerpáním se otevírají otázky nakolik proaktivně je rodina zapojována do plánování a konzultací péče, jakým způsobem je s rodinou v tomto ohledu pracováno, které kroky jsou přesně činěny pro jejich větší zapojování a zda je dostatek prostoru věnován budování vzájemných vztahů.

Vlastní volání po nastavení jasných pravidel a hranic bude třeba velmi pečlivě zařazování výše uvedených rizik reflektovat. V zájmu zapojování rodin by proměnlivá kapacita pracovníků zařízení měla být přirozenému systému klienta známa, ve vztahu k tomu i jasně formulována očekávání směrem k němu a naopak. Překračují-li očekávání klientů anebo jejich příbuzných možnosti zařízení, měla by tato skutečnost být bezodkladně komunikována jak uvnitř, tak navenek. Pokud do nastavování pravidel vztahu nebudou klienti a jejich příbuzní zváni, lze očekávat posilování paternalistického postoje a uzavírání si možností k hledání řešení formou zapojování dalších zdrojů, které v důsledku mohou přispět k větší personalizaci služby.

V poslední podkapitole jsem zmínila poslední překážku, resp. riziko života v péči na místo s péčí. Soustředila jsem se na vliv vnímané profesní odpovědnosti na péči o klienta a jeho rozhodování o sobě. Dále jsem poukázala na možnou překážku stran prosazování vlastní vůle klienta s ohledem na představu personálu o kvalitní péči za využívání různých aktivit.

Dále se již přesunuji k závěrům empirické části a následně i celé práce.

8.6 Diskuze a shrnutí

V rámci empirické části této práce jsem aplikovala předem připravený systém kategorií, který vzešel během zpracovávání teoretických východisek péče zaměřené na člověka. Cílem bylo na základě široce pojatého koncepčního rámce určit a popsat překážky

v prostředí konkrétní organizace, kde v současnosti probíhá implementace přístupu k dosahování péče zaměřené na člověka, tzv. psychobiografického modelu péče (v aktuální fázi práce s biografií). Za tímto účelem jsem provedla rozhovory s vybranými pracovníky přímé péče (viz podkapitola 7.3), provedla tematickou analýzu a data interpretovala.

Při hledání základních struktur a pravidelností v datech během přeskupování vnitřní podoby původních tematických kategorií se jako významné ukázalo **téma kapacity pracovníků** přímé péče. Z povahy není tato tematická kategorie stabilní, nýbrž proměnlivá, má své teoretické maximum i minimum, děje se v konkrétním rámci. Tak jsem identifikovala dvě krajní kapacitní polohy poskytování péče, a to na úrovni tzv. bazálu a kýženého standardu (teoreticky se pak vynořila i dle pracovníků nereálná představa jeden pracovník na jednoho klienta). Zaměřila jsem se na vlastní popsání **vize péče**, kterou lze označit za personalizovanou v souladu s uvedenými teoretickými východisky. Cílem je poskytovat péči maximálně reagující na potřeby klienta za současného poznávání jeho jako člověka, jeho osobnosti, zvyků a rituálů, tedy zachovávání maximální možné kontinuity s jeho předchozím životem. Často užívaným narativem bylo umožnit žít **jako doma**. Prostředkem k dosažení této úrovně je právě implementovaný psychobiografický model péče. Shrnutím může být tvrzení, že péče je tím kvalitnější, čím lépe se dokáže přizpůsobit klientovu dosavadnímu životu v domácím prostředí a reaguje na jeho aktuální potřeby.

V těchto ohledech má však zařízení své limity jak prostorové, tak kapacitní.

Prostorové limity jsou pak reflektovány v tématu pojednávajícím o **životním prostoru**. Zatímco v domácím prostředí sdílí životní prostor vždy jen několik účastníků, zde se o něj dělí spolubydlící klienti a další obyvatelé zařízení. Každý, kdo do tohoto prostoru vstupuje, je jedinečný svou osobností, svou biografií, svými preferencemi a zájmy, svými omezeními různého charakteru. Za nějakým účelem obývají konkrétní životní prostor. Již samotné sdílení životního prostoru s sebou přináší určité výzvy, není totiž možné, aby všichni obyvatelé realizovali s ohledem na sdílený životní prostor veškeré své potřeby, limitované jsou také možnosti dosažení soukromí. Stejně jako v kterémkoliv jiném prostředí i zde platí pravidla dobrého sousedství. Život v zařízení se však ve většině případů netýká pouze spolubydlení seniorů, týká se i prostředí, ve kterém je jim poskytována péče pracovníky, a ti mají **své kapacity** ve vztahu k možnostem uspokojování veškerých potřeb klientů v chtěném standardu péče (tak jak souvisí s vizí péče).

Kapacity pracovníků jsou proměnlivé, na základě analýzy a následné interpretace dat lze říci, že v současnosti není dosahováno jejich maximálního potenciálu s ohledem na vizi péče, identifikovaná témata odpovídají faktorům působícím na kapacitu. Sledují-li sub-témata popisovaná v oddílech 8.3.1 až 8.3.6, resp. podkapitole 8.4, lze říci, že plné kapacity by bylo dosaženo, pokud by:

1. byli přijímáni pouze pracovníci, pro které je práce povoláním a kteří naplňují potřebné charakteristiky, tj. jsou lidsky i profesně angažovaní, emočně vyspělí, mají potřebné schopnosti a dovednosti (jsou inteligentní, fyzicky zdatní, schopni organizace práce, technicky zdatní), mají pozitivní vztah k modelu, jsou týmovými hráči
2. byla funkční spolupráce v týmech, pracovníci si vždy vycházeli vstřícně a podporovali se, vzájemně si věřili, všichni usilovali o stejný cíl, kterým je naplnění vize péče
3. byla vyjasněna struktura v týmech při poskytování péče, vždy s ohledem na partnerskou spolupráci
4. všichni pracovníci rozuměli, chtěli, uměli a pracovali s biografií, tj. byli proškolení a měli dostatek příležitostí k získávání znalostí, rozuměli, proč se užívají v praxi konkrétní postupy, uměli biografie využívat s ohledem na svou profesi, chtěli s biografií pracovat, byli zapojeni do práce s modelem, měli dostatek času na zpracování biografií a metodickou činnost a věděli, kam dále se bude vývoj ubírat
5. existoval efektivní systém pro získávání, uchovávání a předávání informací včetně optimalizace vedení dokumentace písemné, elektronické i ústního předávání informací
6. byla stanovena pravidla pro komunikaci kapacit pracovníků přímé péče, všichni pracovníci daná pravidla dodržovali a bez výjimek dle nich postupovali
7. pracovníci měli k dispozici veškeré technické vybavení včas a v požadované kvalitě
8. byli dostatečně finančně odměňováni
9. existovali další odborníci v multidisciplinárním týmu, kteří by mohli sejmout specifickou zátěž, a tak uvolnit kapacitu pracovníkům přímé péče
10. byl stabilní personál v takovém počtu, aby snaha o dosahování chtěné péče pro pracovníky nebyla nadměrně vyčerpávající
11. péče byla organizována takovým způsobem, který vyčerpávání snižuje, např. úpravami směnnosti
12. administrativní úsek naplňoval očekávání na něj kladená (viz dále)

Kontext každého z bodů je popsán napříč kapitolou 8. Jejich dlouhotrvající nenaplňování vede k sestupné spirále, kdy se v čase postupně kapacita pro dosahování vize péče umenšuje i pokud by počet pracovníků zůstal stejný.

Reverzně se lze domnívat, že pokud se budou plánovaně a postupně shora uvedené body naplňovat, vnitřní kapacita pracovníků se bude zvětšovat i přes jejich nižší počet (jak jsem však podotkla, je potřeba kalkulovat s jistou mírou vyčerpání).

Kromě proměnlivosti kapacity pracovníků jsem s ohledem na poskytování péče zaměřené na člověka identifikovala další dvě témata, která s dříve jmenovanými souvisí. Jsou jimi **subkultura „kanceláří“** v souvislosti s tezí o zapojení všech pracovníků do naplňování vize, dále pak krátké **reflexe** související s možnými posuny v péči zaměřené na člověka v rámci zařízení, v souvislosti s pocíťovanou mírou přítomných institučních prvků (tedy pracuji s **rizikem Zlaté klece**).

Tématu **subkultury „kanceláří“** jsem věnovala podkapitolu 8.4. Míra oddělenosti, která mezi úseky přímé péče a administrativy panuje, přivádí k otázce, zda mezi úseky neexistují různé představy o tom, jakým způsobem má být vize péče naplňována. Respektive jestli je vize péče a vize organizace v chápání v souladu. Zatímco pracovníky přímé péče je vize péče poměrně jasně deklarována, pracovníci vědí, čeho je žádoucí dosáhnout (viz podkapitola 8.1), co je vlastní vizí péče pro administrativní úsek, resp. jaká je praxe jejího naplňování, je otázkou.

Pokud bych sledovala logiku soustřednosti konceptu péče zaměřené na člověka, pak zatímco pracovníci přímé péče jsou zde pro obyvatele, lze souhlasit se stanoviskem respondentek, že administrativní pracovníci by měli výhradně naplňovat servisní funkci, aby tito mohli v bezpečném rámci naplňovat vlastní vizi. Na stranu druhou vlastní vize organizace je natolik volně formulovaná, že dává prostor pro mnohé výklady, z nichž zajištění servisní funkce je jen jednou z variant. Právě kvůli nestejnému porozumění mezi subkulturami může docházet k nejednotnosti postojů a směřování činností, a tak i ke vzniku napětí.

Vzhledem k tomu, že jsem v rámci svého výzkumu hovořila pouze s pracovníky přímé péče, nemohu si tuto hypotézu ověřit. Očekávání od „kanceláří“ formulovaná respondentkami pak hovořila jasně ve smyslu zkvalitnění servisních služeb administrativního úseku a podpory vytvoření bezpečného prostředí péče včetně deklarování jasného rámce poskytování služby a kontroly jeho dodržování, tedy naplnění výše

uvedeného bodu 12. Zjištění o odlišnosti subkultur pak v souhrnu reflektují transformační období, kterým organizace prochází (viz kapitola 5).

Vracím-li se na samotný začátek poskytování péče zaměřené na člověka, definované vize péče a snah o její dosahování a k výroku, že péče je tím kvalitnější, čím lépe se dokáže přizpůsobit klientovu dosavadnímu životu v domácím prostředí a reagovat na jeho aktuální potřeby, vede mě to k zamyšlení, kde jsou vlastně aktuální hranice poskytované služby.

Již v úvodu této práce jsem zmínila, že se organizace nachází v tranzitorní fázi, implementuje model. Z rozhovorů je tato mezifáze patrná, neboť se zařízení v rámci péče dostalo do bodu, kdy jsou zpracované biografie klientů, je snaha zachovávat jejich rituály a zvyklosti, nabízet vhodné aktivity. Jsou však stále **patrné prvky instituční kultury**.

V rámci péče je obecně uspokojována potřeba kontinuity života, tedy návaznost na minulost, je však patrná výrazně menší akceschopnost s ohledem na uspokojování potřeb současných, a to ve chvíli, kdy chce klient vybočit ze svých vlastních rituálů. Organizace se dostala do určité formy institucionalizace jiného řádu a učí se, jakým způsobem s požadavky tzv. nad plán zacházet.

Otevírají se varianty zapojování vnějších zdrojů, mezi nimi vyšší chtěná míra účasti rodiny na péči (ta se ve srovnání s lety předchozími, jak respondentky vypověděly, se zvyšuje), kdy se již při příjmu klienta do zařízení začíná ve vzájemném vztahu vymezovat, co je a co není v péči možné a jaká jsou vzájemná očekávání, dále se zintenzivňuje komunikace.

Přesto, jak jsem uvedla v závěru podkapitoly 8.5, zachytila u některých respondentek vnímanou nadřazenost vůči rodině s ohledem na přebírání zodpovědnosti za péči o klienta, která nereflktována, může vést k postupnému převládání názoru „my víme a známe lépe“, kdy tento pocit je dále podpořen profesní základnou pracovníků.

Specifikem žití v zařízení je právě poskytování péče odborníky, kdy každý z nich v souladu se svými profesními hodnotami uplatňuje vůči klientovi určitý přístup. Zejména u zdravotnických povolání je reflektováno přesvědčování k podstoupení procedur s tím, že odmítnutí je někdy ve větší, jindy v menší míře bráno jako zmařená šance. Podobný postup pak je možné vysledovat i u nabídky aktivit pro klienty, kterých je jim nabízeno velké množství. Ve chvílích, kdy se jich jedinec nechce účastnit, vyskytují se pochybnosti o tom, zda je péče poskytována správně.

Na druhou stranu požadavky nad rámec, jak jsem podotkla výše, mohou být brány jako rozmařilost, neboť naráží na kapacitní možnosti pracovníků. Právě soustavné hledání zdrojů spolu se snahou o vyšší míru zapojování rodin může být cestou, jak tyto požadavky zajistit a stát se flexibilnější, a tak i kvalitnější a více personalizovanou službou.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo určit a popsat překážky, které brání naplnění péče zaměřené na člověka ve zkoumaném domově pro seniory.

Za tímto účelem jsem v teoretické části podrobně rozebrala koncept péče zaměřené na člověka. Vycházela jsem přitom zejména ze zahraničních zdrojů, neboť přístup zaměřený na člověka v kontextu jeho využití v sociálních službách je v české literatuře jen skrovně pojednáván.

Pro popis jsem využila vlastního rámce tří systémů, které jsem pracovníě nazvala: příjemci péče, aktéři přímé péče a zajišťovatelé služby. V kapitolách dva až čtyři se podrobně věnuji jednotlivým systémům.

V kapitole dva se věnuji podstatě lidství a základním prvkům, které stojí v základech přístupu orientovaného na člověka, zaměřuji se na přitom jak na přirozený systém člověka, tedy rodinu a její roli pro seniora, tak na sdílení životního prostoru se spolubydlícími a spoluobyteli, věnuji se přitom výzvám, které s sebou toto spolužití nese.

V kapitole tři pak popisují interakce mezi účastníky (aktéry) přímé péče, konkrétněji se věnuji vztahům v trojúhelníku rodina-senior-zařízení, zmiňuji představu o vyváženém vztahu mezi těmito aktéry. Kapitulu pak zakončuji předpoklady pro poskytování péče zaměřené na člověka na úrovni týmu, věnuji se jak osobním charakteristikám pomáhajících profesionálů, tak spolupráci v multidisciplinárním týmu.

V kapitole čtyři poskytuji náhled na systém zajišťovatelů péče, zmiňuji specifické úlohy, které má management a vnitřní služby pro poskytování péče zaměřené na člověka, konkrétně pak zmiňuji funkci servisní a v definování vize. Podrobněji se též věnuji času, vzdělání a zdrojům, které spadají do klasického trojlístku, bez jejichž dostatku je péči orientovanou na člověka velmi obtížné realizovat.

V závěrečné kapitole teoretické části pak celý schematický rámec doplňuji popisem kulturních aspektů, které by měly být splněny, má-li být péče zaměřená na člověka v organizaci realizována.

Po rozsáhlém popisu konceptu péče zaměřené na člověka a připraveného teoretického rámce, na jehož podkladě jsem zformulovala hlavní i dílčí otázky a zkonstruovala scénář rozhovoru, jsem přistoupila k provedení vlastního výzkumu. Cíl výzkumu zůstal shodný pro celou diplomovou práci.

Celkem jsem uskutečnila třináct rozhovorů s pracovníky zapojenými do přímé péče, přičemž samotný sběr dat jsem přerušila dříve z důvodu rozsáhlých organizačních změn, jak reflektuji v sedmé kapitole. Za využití tématické analýzy, kterou jsem vybrala jako nejvhodnější metodu vzhledem k cíli výzkumu, data jsem nejprve rozebrala za pomoci předem připravených tematických rámců. S postupující analýzou se pak začal proměňovat obsah takto pojatých tematických kategorií, výsledným produktem je pak interpretace struktur vzešlých z analýzy (k nalezení v kapitole 8).

Celkem jsem identifikovala čtyři základní témata, a to téma Životní prostor, Proměnlivost kapacity pracovníků přímé péče, Subkulturu „kanceláří“ a riziko Zlaté kleci. V celé kapitole osm se pak jednotlivým tématům podrobně věnuji.

Právě téma kapacity pracovníků se ukázalo v rámci výzkumu jako velmi nosné, a přesto, že mým záměrem bylo pouze nalézt a popsat překážky v péči zaměřené na člověka ve zkoumaném zařízení, magnetická síla tohoto tématu (podkapitola 8.3) mi umožnila popsat funkční mikromodel dosahování péče zaměřené na člověka a v diskuzní části stanovit podmínky pro optimalizaci kapacit, bez jejichž naplnění se zařízení bude moci jen velmi těžko posunout směrem k personalizaci služby.

Zbývající témata pak reflektují výzvy při životě v zařízení (téma Životní prostor) a instituční povahu zařízení v transformaci (témata Zlatá klec a Subkultura „kanceláří“).

Právě podkapitola s názvem Životní prostor podává náhled na výzvy, se kterými se potýká každé obdobné zařízení vedeno snahou po naplnění kvalitativního požadavku obyvatel žít „jako doma“, kdy však od doma, tedy přirozeného prostředí, jak ukazují v interpretační části, instituce odlišují čtyři základní prvky:

1. Komplexnější síť vztahů, ve kterých dochází k vlastnímu vyjednávání o poskytování služeb
2. Poskytování péče výhradně školenými odborníky-profesionály
3. Počet pečujících na jednoho obyvatele menší než jedna
4. Zajištění rovného přístupu ke zdrojům pro všechny klienty

Tento mix pak s sebou při poskytování přináší specifické situace, které musí zařízení být schopno v každodenním chodu reflektovat a účinně se s nimi vyrovnávat, má-li poskytovat péči zaměřenou na člověka. Ať už se jedná o vlastní nastavení vztahů s rodinou nebo zachování lidského přístupu i při enormním zatížení nebo soustavném vyrovnávání snahy a hledání rovnováhy v nejednoduché spleti požadavků všech aktérů v péči.

Jak je patrné v podkapitole Zlatá klec, zařízení je schopno vyrovnávat se s těmito výzvami jen do určité míry, prostor pro posun zůstává v oblasti citlivé reflexe uplatňování expertních hledisek jak ve vztahu k rodinám, tak ke klientům.

Tak jako Zlatá klec ukazuje k reliktním tradičního modelu, kdy se klient přizpůsoboval zařízení, a tedy odkazuje na pokračující transformaci zařízení, tak dvě subkultury v zařízení tento proces potvrzují. Lze říci, že proces se bude chýlit ke konci v okamžiku, kdy bude možné hovořit o jedné kultuře organizace, kdy zařízení bude schopno reagovat i na aktuální požadavky klientů, třeba za využití dalších zdrojů a kdy bude respektovat nejen jejich přání, ale i rozhodnutí za současného hledání způsobů k prosazování jejich vůle. Cesta k naplnění vede skrz implementaci psychobiografického modelu péče za práce s kapacitami pracovníků i organizace.

Seznam užitých zdrojů

Publikace a odborné časopisy

1. BAUER, Michael, et al. Staff–Family Relationships in Residential Aged Care Facilities The Views of Residents’ Family Members and Care Staff. *Journal of Applied Gerontology*, 2014, **33**(5), 564-585.
2. BEATTIE, Wendy. Current challenges to providing personalized care in a long term care facility. *Leadership in Health Services*, 1998, **11**(2), 1-5.
3. BEER Michael. *High Commitment, High Performance: How to build a resilient organisation for sustained advantage*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009. Chapter 2, Pillars of high commitment, high performance organization, s. 19-49.
4. BĚLOHLÁVEK, František. *Organizační chování: Jak se každý den chovají spolupracovníci, nadřízení, podřízení, obchodní partneři či zákazníci*. Olomouc: Rubico, 1996. ISBN 80-85839-09-1.
5. BÖHM, Ervin. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, a. s., 2015. ISBN 978-80-204-3197-4.
6. BOYATZIS, Richard E. *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. London: Sage Publications, 1998.
7. BRAUN, Virginia, CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006, **3**(2), 77-101. ISSN 1478-0887.
8. BROOKER, Dawn. What is person-centred care in dementia?. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2004, **13**(2), 215-222.
9. BRYMAN, Alan. *Social Research Methods*. London: Oxford University Press, 2012. ISBN 978-0-19-958805-3.
10. BURON, Bill. Levels of personhood: A model for dementia care. *Geriatric Nursing*, 2008, **29**(5), 324-332.
11. BUŽGOVÁ, Radka, IVANOVÁ, Kateřina. Porušování lidských práv v rezidenčních zařízeních pro seniory. *KONTAKT – časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*, 2008, 10, 28-33. Dostupné z: <<http://casopis-zsfju.zsfju.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506145105651762.pdf>>.
12. COHEN-MANSFIELD, Jiska, BESTER, Allan. Flexibility as a management principle in dementia care: The Adards example. *The Gerontologist*, 2006, **46**(4), 540-544.

13. COOK, Glenda, THOMPSON, Juliana; REED, Jan. Re-conceptualising the status of residents in a care home: older people wanting to 'live with care'. *Ageing and Society*, 2015, **35**, 1587-1613.
14. COONEY, Adeline. 'Finding home': a grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 2012, **7**, 188-199.
15. COONEY, Adeline, MURPHY, Kathy, O'SHEA, Eamon. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, **65**(5), 1029-1038.
16. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
17. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
18. EDVARDSSON, David, et al. Development and initial testing of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 2010a, **22** (01), 101-108.
19. EDVARDSSON, David, FETHERSTONHAUGH, Deirdre, NAY, Rhonda. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of clinical nursing*, 2010b, **19**(17-18), 2611-2618.
20. EDVARDSSON, David, FETHERSTONHAUGH, Deirdre, NAY, Rhonda. The tool for understanding residents' needs as individual persons (TURNIP): construction and initial testing. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, **20**(19-20), 2890-2896.
21. EDVARDSSON, David, WINBLAD, Bengt, SANDMAN, Per-Olof. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 2008, **7**(4), 362-367.
22. EPP, Timothy D. Person-centred dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 2003, 14-19.
23. FINE, Michael D. Individualising care. The transformation of personal support in old age. *Ageing and Society*, 2013, **33**, 421-436.
24. FRANKL, Viktor. *A přesto říci životu ano: Psycholog prožívá koncentrační tábor*. 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 978-80-7192-866-9.

25. HAESLER, Emily, BAUER, Michael, NAY, Rhonda. Factors associated with constructive staff–family relationships in the care of older adults in the institutional setting. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2006, **4**, 288-336.
26. HARMER, Barbara J., ORRELL, Martin. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and Mental Health*, 2008, **12**(5), 548-558.
27. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
28. HAVRDOVÁ, Zuzana (ed.). *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.
29. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. 1. vyd. Praha: Osmium, 1999. 167 s. ISBN 80-902081-8-5.
30. HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin, et al. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
31. HAVRDOVÁ, Zuzana, ŠMÍDOVÁ, Olga, ŠAFR, Jiří, ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid a kol. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2011. ISBN 978-80-87398-15-9.
32. HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervision in the helping professions: an individual, group and organizational approach*. 2nd. ed. Open University Press, 2000. ISBN 0-335-20118-0.
33. HAYAJNEH, Ferial A., SHEHADEH, Anas. The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 2014, **20**, 438-445.
34. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
35. HERZBERG, Frederick. One more time: how do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 1968, **46**, 55-64.
36. HIGGS, Paul, GILLEARD, Chris. Interrogating personhood and dementia. *Aging & Mental Health*, 2015, 1-8.

37. HOLÁ, Jana. *Interní komunikace ve firmě*. Praha: BIZBOOKS, 2006. ISBN 978-80251-125-02.
38. HUGHES, Kate, MOORE, Steve. Quality of life versus quality of care: elderly people and their experience of care in South Australian residential facilities. *Practice*, 2012, **24**(5), 275-285.
39. HUNTER, Paulette V., et al. The Personhood in Dementia Questionnaire (PDQ): Establishing an association between beliefs about personhood and health providers' approaches to person-centred care. *Journal of Aging Studies*, 2013, **27**(3), 276-287.
40. INNES, Anthea, KELLY, Fiona, DINCARSLAN, Ozlem. Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value?. *Aging & Mental Health*, 2011, **15**(5), 548-556.
41. JANEČKOVÁ, Hana, NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce/Sociální práca*, 2013, **1**, 72-82. Dostupné z: < http://socialniprace.cz/soubory/cas_vol13_iss1-150407093434.pdf>.
42. KIRKLEY, Catherine, et al. The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. *Health & Social Care in the Community*, 2011, **19**(4), 438-448.
43. KODYMOVÁ, Pavla. Etika a multidisciplinární tým. *Sešit sociální práce*, 2015, **3**, 24-53. Dostupné z: < <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>>.
44. KOTTER, John P. *Vedení procesu změny: Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press, 2000. ISBN 80-7261-015-5.
45. MADE, Tailor, WOOD, Claudia. „Personalisation must work for those who need it most...“. London: Demos, 2011. ISBN 978-1-906693-83-1.
46. MANLEY, Kim et al. Person-centred care: principle of nursing practice D. *Nursing Standard*, 2011, **25**(31), 35-37.
47. MANLEY, Kim, MCCORMACK, Brendan. Person-centred care: Kim Manley and Brendan McCormack argue that person-centredness should inform attempts to measure the quality of care. *Nursing Management*, 2008, **15**(8), 12-13.
48. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
49. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8.
50. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: SLON (Sociologické nakladatelství), 1999. ISBN 80-85850-76-1.

51. MCCORMACK, Brendan, et al. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2010, **5**(2), 93-107.
52. MCCORMACK, Brendan. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 2004, **13**(3a), 31-38.
53. MCCORMACK, Brendan. Researching nursing practice: does person-centredness matter? 1. *Nursing Philosophy*, 2003, **4**(3), 179-188.
54. MCCORMACK, Brendan, MCCANCE, Tanya V. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, **56**(5), 472-479.
55. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd.. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0535-0.
56. NOLAN, Mike R., et al. Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 2004, **13**(3a), 45-53.
57. NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: Přístup zaměřený na člověka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4055-3.
58. PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
59. PILLEMER, Karl, et al. A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *The Gerontologist*, 2003, **43**(spec.iss. 2), 96-106.
60. POL-GREVELINK, A., JUKEMA, J. S., SMITS, C. H. M. Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2012, **27**, 219-229.
61. POPHAM, Carolyn, ORRELL, Martin. What matters for people with dementia in care homes?. *Aging & Mental Health*, 2012, **16**(2), 181-188.
62. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup: v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
63. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.
64. ROGERS, Carl R. *Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5.

65. ROKSTAD, Anne Marie Mork, et al. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 2015, **23**(1), 15-26.
66. ROSS, Helen, TOD, Angela Mary, CLARKE, Amanda. Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 2015, **24**(9-10), 1223-1233.
67. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. 3. vyd. dopl. a upr. Praha: Portál, 2009. 300 s. ISBN 978-80-7367-560-8.
68. SCHEIN, Edgar H. *Organizational Culture and Leadership*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
69. SCHOLL, Isabelle, et al. An Integrative Model of Patient-Centeredness - A Aystematic Review and Concept Analysis. *PloS One*, 2014, **9**(9), 1-9.
70. SJÖGREN, Karin, et al. Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 2013, **69**(10), 2196-2206.
71. SJÖGREN, Karin, et al. To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 2015, **24**(9-10), 1310-1319.
72. SMEBYE, Kari Lislerud, KIRKEVOLD, Marit. The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study. *BMC nursing*, 2013, **12**.
73. SPICKER, Paul. Personalisation falls short. *British Journal of Social Work*, 2013, **43**, 1259-1275.
74. SUKUPOVÁ, Michaela. *Validace podle Naomi Feil ® v geriatrické péči*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná, PhD.
75. ŠINDELÁŘOVÁ, Eva. *Význam komunikace ve vztahu k porovnání očekávání rodinných příslušníků klientů Domova pro seniory od poskytované péče s reálnou praxí*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií. Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucí práce Mgr. Ing. Matěj Lejsal.
76. ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid. *Zavádění standardů kvality v pobytových zařízeních pro seniory – etické aspekty*. Praha, 2012. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií. Školitel PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.
77. ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

78. TOLAN, Janet. *Na osobu zaměřený přístup: v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-146-8.
79. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
80. WEST, Elizabeth, BARRON, David N., REEVES, Rachel. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 2005, **14**(4), 435-443.
81. ZEILER, Kristin. A philosophical defense of the idea that we can hold each other in personhood: intercorporeal personhood in dementia care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2014, **17**, 131-141.

Elektronické zdroje

82. Doprovodný text k pracovnímu dokumentu odborného kolegia pro tvorbu věcného záměru zákona o sociálních pracovnících a profesní komoře (profesní zákon). Dostupné z: <
http://www.socialniproce.cz/soubory/Doprovodny_text_k_pracovnimu_dokumentu_pr_ofesni_zakon_FINAL.pdf>.
83. Guidelines for Care: Person-centered care of people with dementia living in care homes. Toronto, 2011: Alzheimer Society of Canada. Dostupné z: <
http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_e.pdf>.
84. NHS England. National action for local change: Our Declaration Person-centred care for long-term conditions. Dostupné z: < <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/nat-act-chang.pdf>>.
85. Prestiž povolání – červen 2013. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR. Dostupné z :<
http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7054/f3/eu130903.pdf>.
86. QUIP: Sdružení pro změnu. Zprostředkování podpory (brokerství) jako nástroj koordinace péče: případ sociálních služeb v Anglii. Dostupné z:
 <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003792.pdf?seek=1445282440>>
87. REEVES Scott, LEWIN, Simon, ESPIN, Sherry, ZWARENSTEIN, Merrick. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. Dostupné z: <
 <https://www.researchgate.net/profile/Scott_Reeves/publication/273794153_Interprofe>

[ssional Teamwork for Health and Social Care/links/550dc4e60cf2128741674b26.pdf](https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/550dc4e60cf2128741674b26.pdf).

88. Společnost sociálních pracovníků ČR. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. Dostupné z: < <http://sspcr.xf.cz/code.html> >.
89. WHOQOL. Measuring Quality of Life. World Health Organization, 1997. Dostupné z: < http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf >.

Zákony a vyhlášky

90. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
91. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

9. Seznam příloh

PŘÍLOHA Č. 1 – PŘEHLED VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A SCÉNÁŘ ROZHOVORU	I
PŘÍLOHA Č. 2 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM INFORMACÍ.....	II
PŘÍLOHA Č. 3 – SOUHLAS S VÝZKUMEM V ORGANIZACI – VZOR	III
PŘÍLOHA Č. 4 – PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	IV
PŘÍLOHA Č. 5 – ŽÁDOST O ZMĚNU NÁZVU DIPLOMOVÉ PRÁCE	XI

Příloha č. 1 – Přehled výzkumných otázek a scénář rozhovoru

Dále následuje shrnutí výzkumných otázek spolu s přiřazenými otázkami ve scénáři rozhovoru.

HVO: Jaké jsou bariéry v dosažení péče zaměřené na člověka v konkrétním zařízení?

Dílčí výzkumné otázky	Scénář rozhovoru
1. Jak pracovníci přímé péče interagují s klientem?	a) Co pro Vás obnáší pečovat o klienta zde v zařízení? (Co je tady podstatou péče?) b) Jak pracujete s potřebami klienta (Jak je určujete? Jak je naplňujete?)
2. Jak pracovníci přímé péče aplikují PBM?	c) Jak využíváte PBM? d) S jakými těžkostmi se s ohledem na PBM setkáváte?
3. Jak je popisována spolupráce mezi aktéry přímé péče?	e) Kteří kolegové (odbornosti) se podílí na přímé péči? f) Můžete popsat vzájemnou spolupráci? (s jakými těžkostmi se setkáváte?) g) Jaká je podle Vás role rodiny v péči? h) Jak je do péče zapojována?
4. Jak vnímají roli managementu a vnitřních služeb?	i) Koho považujete za součást „kanceláři“? j) V čem je pro Vás s ohledem na poskytování péče důležitý? k) Jak vnímáte, že naplňuje tuto roli (co Vám chybí, co naopak funguje)?

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s využitím informací

Tento informovaný souhlas se týká rozhovorů zaznamenaných za účelem zpracování diplomové práce s názvem „Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory.“

Cílem diplomové práce je identifikovat a popsat překážky, které brání v dosahování péče zaměřené na člověka v organizaci....., a to z pohledu pracovníků zapojených do přímé péče.

Rozhovory budou nahrávány na diktafon, následně doslovně přepsány a anonymizovány, to znamená, že účastník nebude na jejich základě určitelný. Pokud vypravěč udělí souhlas, bude uvedena typová pozice (např. všeobecná sestra, staniční sestra, pečovatel, pracovník rehabilitace).

V anonymizované podobě budou rozhovory archivovány. Možnosti využití anonymizovaných rozhovorů za účelem dalších výzkumných aktivit, stejně jako možnost zpřístupnit archiv dalším badatelům, je rovněž součástí tohoto souhlasu.

Diplomová práce bude zveřejněna v Repozitáři závěrečných prací Univerzity Karlovy.

Já,....., jsem dne.....poskytl/a rozhovor Mgr. Karolíně Hrdé, za účelem výše vymezeného výzkumu k diplomové práci.

Pro účely diplomové práce smí být tento rozhovor zpracován a archivován pouze v anonymizované podobě s:

- uvedením mé typové pozice
- bez uvedení mé typové pozice

Využití dat z archivu – zaškrtněte položku pouze v případě souhlasu:

- Souhlasím s tím, aby rozhovory byly použity k dalším výzkumným a publikačním aktivitám výše jmenované.
- Souhlasím s tím, aby data z archivu byla na požádání zpřístupněna dalším badatelům za účelem jejich výzkumných a publikačních aktivit. O vydání bude vyhotoven záznam obsahující identifikační a kontaktní údaje badatele.

V Praze dne.....

Podpis.....

Souhlas přijala Mgr. Karolína Hrdá

Podpis.....

Příloha č. 3 – Souhlas s výzkumem v organizaci – vzor

Souhlasím s tím, aby v organizaci....., jejíž jsem statutárním zástupcem, proběhl výzkum k diplomové práci s názvem Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory.

Výzkum provede diplomantka, Mgr. Karolína Hrdá, studentka Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích.

Cílem diplomové práce je identifikovat a popsat překážky, které brání dosažení poskytování péče zaměřené na člověka v předmětné organizaci. Za tímto účelem náleží výběr a oslovení jejích pracovníků autorce výše uvedené diplomové práce.

Jméno organizace je z důvodu její ochrany anonymizováno. Vlastní popis organizace a jejích aspektů bude před zveřejněním schválen statutárním zástupcem.

Diplomová práce bude zveřejněna v Repozitáři závěrečných prací Univerzity Karlovy.

V případě dalších publikačních činností, ve kterých by bylo užito výstupů předmětného výzkumu, bude organizace kontaktována.

V Praze dne

.....

ředitel

.....

Karolína Hrdá

Příloha č. 4 – Projekt diplomové práce

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Personalizace v kontextu péče o seniory v rezidenčním zařízení

Projekt diplomové práce

Jméno studující: Karolína Hrdá

Číslo studenta: 89868111

Katedra: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Rok imatrikulace na katedře: 2013

Úvod k tématu diplomové práce

Téma diplomové práce vykrystalizovalo na střetu možností, které mi nabízí mé zaměstnání v domově pro seniory a mých požadavků na výstupy diplomové práce. Těmi jsou praktická uplatnitelnost a zároveň možný přínos do oboru s ohledem na relativně nízkou prozkoumanost určité oblasti. Téma samotné jsem hledala poměrně dlouhou dobu, řada možností se otevřela v posledních měsících díky postupné formulaci dlouhodobé strategické vize, kdy organizace aspiruje na to stát se školicím zařízením v oblasti dlouhodobé péče. Cílem je dosažení naplnění všech lidských potřeb s ohledem na specifika křehkého stáří vyžadující dlouhodobou podporu (MPSV, 2010). S tím v organizaci souvisí rozvoj v řadě oblastí, mmj. paliativní péči a v práci dle psychobiografického modelu péče. Člověk – klient se zde dostává do středu pozornosti ve všech ohledech, nejen s aktuálními potřebami, ale i životním příběhem, zkušenostmi, zvyky i respektováním a naplňováním představ o vlastní budoucnosti (Epp, 2003). Přístup orientovaný na člověka – klienta (person-centred approach; v práci také užívaný termín personalizace či personalizovaná péče (person-centred care)) aplikovaný a pozorovatelný ve všech strukturách organizace považují za alfu i omegu naplnění strategického cíle; rozvoj v každé oblasti přispívá k hlubší personalizaci, která tyto oblasti zpětně ovlivňuje ve směru poskytování kvalitnější dlouhodobé péče seniorům v celém rozsahu jejich potřeb.

Jak je z naznačeného patrné, jedná se o kontinuální proces změny, který s sebou nese různé výzvy (Kotter, 2000). Mimo jiné se za klíčové ukazuje odhalení bariér, které personalizaci péče stojí v cestě – inkriminované oblasti je dále třeba rozvíjet (McCormack et al., 2010). Pro zjištění překážek a prostoru pro zdokonalení je velmi důležité poznat, jakých podob vlastně přístup orientovaný na člověka (person-centred approach) nabývá. Toho lze docílit jak studiem relevantní domácí i zahraniční literatury, tak přímým dotazováním se zaměstnanců. Výše naznačeným směrem také povedu svou diplomovou práci.

Předpokládaná struktura diplomové práce

Za hlavní výzkumnou otázku jsem si zvolila: **Jaké jsou bariéry v personalizaci poskytovaných služeb z pohledu pracovníků organizace?**

Vzhledem k očekávaným praktickým výstupům pro konkrétní zařízení je důležité zamýšlené kvalitativní šetření mezi pracovníky přímé péče, tj. pečovateli, zdravotními sestrami, pracovníky rehabilitace a sociálními pracovníky, dále doplněno předpokládaně i manažery organizace. Vést budu polostrukturované rozhovory, pro něž scénář rozhovoru zkonstruji na základě měřících nástrojů, např. Person-centred Nursing Index (PCNI tool), který zachycuje různé možné dimenze personalizované péče. (Slater, McCormack in McCormack et al., 2010) a který fakticky rozpracovává Ošetřovatelský na člověka zaměřený model péče (angl. personcentred nursing framework), ve kterém autoři (McCormack, McCance, 2006) definovali 4 základní koncepty/konstrukty personalizované péče, konkrétně: a) osobnostní předpoklady sester

b) prostředí, ve kterém je péče poskytována

c) způsob, jakým se péče děje

d) dosahování specifických výstupů, tj. vlastní projevy personalizace

Každý z uvedených bodů lze dále konceptualizovat, čemuž se budu věnovat v samotné teoretické části diplomové práce. Z výše uvedeného je patrné, že poskytování personalizované péče se týká každého v organizaci, klade značné nároky na osobnostní charakteristiky pracovníků, jejichž schopnosti je nutné neustále rozvíjet v citlivosti uvažování v kontextu každého jednotlivého klienta (Ross, Todd, Clarke, 2014), k čemuž v prostředí organizace, ve které pracuji je poplatný zvolený psychobiografický model péče. Jeho uplatňování však také vyžaduje stoprocentní podporu managementu, stejně jako jasně artikulovaný strategický cíl, k jehož naplňování cestu ukazují leadéři v organizacích (McCormack et al., 2010). V kontextu zkoumaného prostředí předpokládám, že nositelem této role jsou klíčoví pracovníci – pracovníci v sociálních službách, spíše než zdravotnický personál.

Jak jsem již podotkla, je uplatňování přístupu orientovaného na klienta dlouhodobým procesem. Bariéry navíc předpokládám v souvislosti s celospolečensky na území České republiky dlouhodobě působícím paternalistickým, funkčním modelem péče (Štegmánová,

2012), jehož vliv je stále patrný i ve sledovaném zařízení. Mé uvažování se ubírá směrem k hypoteticky pozorovatelnému střetu těchto dvou kulturně-organizačních protipólů, kdy je přichylování se k jedné či druhé „straně“ rozpoznatelné, a proto je možné s výslednými zjištěními operovat ve smyslu posilování žádoucích projevů a práci se slabými stránkami.

Prozatím jsem akcentovala spíše hledisko toho, co je třeba pro poskytování personalizované péče, tedy otevřené prostředí plné důvěry (Beck, Jakobsson, Edberg, 2014) a vzdělání pracovníci s odpovídajícími osobnostními předpoklady, kteří chtějí a znají poskytovat tuto péči. Přístup orientovaný na člověka/klienta by měl být uplatňován, zaváděn, pro dopady, které nabízí. Identifikovatelný je jeho přínos pro spokojenost pracovníků v prostředí organizace (Sjögren et al., 2014) díky tomu také do péče o klienty. Několik studií se věnuje právě pozitivním dopadům personalizace v péči o klienty s demencemi a seniory a práci s jejich přirozeným systémem, tj. rodinou (Sjögren et al., 2012).

Přístup orientovaný na člověka/klienta nabývá různých podob, má však shodný cíl, kterým je rozpoznávání člověka jako lidské bytosti se všemi jeho potřebami, touhami, hodnotami, zásadami a v tomto kontextu uspokojování jeho potřeb - úzce souvisejícím konstruktem, kterému se v práci budu věnovat, je individualizace v péči o klienta, která je nedílnou součástí takto poskytované péče (Štegmannová, 2012). Tomu musí být přizpůsobeno i prostředí a kultura organizace (McCormack, 2003). Na mikroúrovni interakcí klienta/pracovník dochází k neustálému vzájemnému ovlivňování. Nestačí pouze, aby byl přístup uplatňován v práci s klienty. Naprosto nezbytnou podmínkou je, aby se tak dělo i na úrovni zaměstnanců. Proto, aby mohl být přístup uplatňován a rozvíjen záleží na představách o něm všech v péči zúčastněných, tedy pracovníků přímé péče, rodiny i klientů samotných, jen tak bude poskytovaná kvalitní (Edvardsson, Deirdre Fetherstonhaugh, Nay, 2009). Na základě výše napsaného následuje shrnutí v podobě výzkumných otázek, užitých výzkumných metod a cílů diplomové práce.

Shrnutí

Se zaměstnanci domova povedu polostrukturované rozhovory, scénář pro první z nich bude konstruován s ohledem na baterie měřící hodnoty PCA, jak se objevují v zahraniční literatuře.

Analýzou polostrukturovaných rozhovorů budu hledat odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

Jaké jsou bariéry v personalizaci poskytovaných služeb z pohledu pracovníků organizace?

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku předpokládá nejprve teoretickou konceptualizaci pojmů, tj. personalizace poskytovaných služeb a bariéry v uplatňování přístupu orientovaného na člověka/klienta. Z výše naznačeného vyplývají i dílčí výzkumné otázky:

Jakých podob nabývá personalizace z pohledu zaměstnanců?

Do jaké míry jsou jejich představy naplňovány?

Nakolik vnímají prostředí pro uplatňování přístupu jako podpůrné?

Jak rozumí v kontextu personalizace péče strategickému směřování organizace?

Cílem je na základě provedené analýzy dat kvalitativní povahy za porovnání s koncepty teoretickými dát doporučení konkrétní organizaci ve směru podpory pokračování personalizace péče, a tak i umožnit naplnění strategických cílů organizace 2020.

Základní bibliografie

1. BECK, Ingela; JAKOBSSON, Ulf; EDBERG, Anna_Karin. Applying a palliative care approach in residential care: effects on nurse assistants' experiences of care provision and caring climate. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2014, 28.4: 830-841.
2. COWIE, Martin R. Person-centred care: more than just improving patient satisfaction?. *European heart journal*, 2011, ehr354.
3. EDVARDSSON, David; FETHERSTONHAUGH, Deirdre; NAY, Rhonda. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of clinical nursing*, 2010, 19.17_18: 2611-2618.
4. EDVARDSSON, David; FETHERSTONHAUGH, Deirdre; NAY, Rhonda. The Tool for Understanding Residents' Needs as Individual Persons (TURNIP): construction and initial testing. *Journal of clinical nursing*, 2011, 20.19_20: 2890-2896.
5. EPP, Timothy D. Person-centred dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 2003, 5.3: 14-19.
6. JANKOVSKÝ, Jiří, et al. *Etika pro pomáhající profese*. Triton, 2003.
7. LEHULUANTE, Abraraw; NILSSON, Anita; EDVARDSSON, David. The influence of a person-centred psychosocial unit climate on satisfaction with care and work. *Journal of nursing management*, 2012, 20.3: 319-325.
8. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
9. MCCORMACK B. , DEWING J. , BRESLIN L. , COYNE-NEVIN A. , KENNEDY K. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5, 2010, s. 93–107. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x
10. MCCORMACK, Brendan. Researching nursing practice: does person-centredness matter? 1. *Nursing Philosophy*, 2003, 4.3: 179-188.
11. MCCORMACK, Brendan; MCCANCE, Tanya V. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 2006, 56.5: 472-479.
12. ROSS, Helen; TOD, Angela Mary; CLARKE, Amanda. Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of clinical nursing*, 2015, 24.9-10: 1223-1233.

13. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J (2014) An Integrative Model of PatientCenteredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE* 9(9): e107828. doi:10.1371/journal.pone.0107828
14. SJÖGREN K ., LINDKVIST M. , SANDMAN P . -O. , ZINGMARK K . & EDVARDSSON D. Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2013, 2196–2206. doi: 10.1111/jan.12085
15. SJÖGREN, Karin, et al. To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of clinical nursing*, 2015, 24.9-10: 1310-1319.
16. ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid. *Zavádění standardů kvality v pobytových zařízeních pro seniory – etické aspekty*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií, 2012. Vedoucí dizertační práce PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Příloha č. 5 – Žádost o změnu názvu diplomové práce

ŽÁDOST O ZMĚNU NÁZVU DIPLOMOVÉ PRÁCE

Žádám o změnu názvu diplomové práce z „Personalizace v kontextu péče o seniory v rezidenčním zařízení” na „Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory” (angl. Person-centered Care in Residential Care Facility for the Elderly).

Obsah Projektu diplomové práce zůstává shodný.

Vedoucí práce se změnou názvu souhlasí.

V Praze dne 12. 4. 2016



Podpis diplomantky



Podpis vedoucího diplomové práce