

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Pavλίna Chlupová

*Vliv hodnotových systémů a etického postoje na
angažovaný přístup ke klientům v sociální službě
poskytované podle Psychobiografického modelu péče*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D.

2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím uvedených zdrojů.

V Olomouci dne 23. 6. 2015

.....
Pavčina Chlupová

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat PhDr. Mirce Nečasové, Ph.D. za odborné a lidské vedení mé práce a za podnětné připomínky.

Děkuji také všem respondentkám, které se zapojily do výzkumu.

OBSAH:

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 STÁŘÍ – SENIORSKÝ VĚK.....	9
1.1 STÁRNUTÍ.....	10
2 SYNDROM DEMENCE.....	12
2.1 ZÁKLADNÍ KLINICKÉ PŘÍZNAKY DEMENCÍ.....	12
2.2 PÉČE O OSOBY S DEMENCÍ.....	15
3 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE.....	17
3.1 HISTORICKÝ KONTEXT MODELU.....	17
3.2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA MODELU.....	18
3.3 TECHNIKY VYUŽÍVANÉ PSYCHOBIOGRAFICKÝM MODELEM.....	19
3.3.1 Reminiscence.....	19
3.3.2 Validace.....	20
3.4 „NOVÝ“ ZPŮSOB PÉČE - PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PROFESORA ERWINA BŮHMA.....	21
3.5 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE A VNÍMAJÍCÍ POMÁHAJÍCÍ.....	22
4 POŽADAVKY NA PRACOVNÍKA V MODELU PÉČE PODLE PROF. E. BŮHMA.....	24
4.1 EMOČNÍ INTELIGENCE.....	24
4.1.1 Emoce.....	25
4.2 HODNOTY, VÝZNAMNÝ PILÍŘ PÉČE.....	26
4.2.1 Hodnoty a organizace poskytující péči.....	28
4.3 MOC V POMÁHAJÍCÍM VZTAHU.....	30
4.4 ANGAŽOVANOST.....	31
4.4.1 Angažovaný a neangažovaný pracovník.....	32
4.5 MOTIVACE PEČOVATELŮ.....	33
4.6 ETICKÁ PODPORA PRO PRACOVNÍKY.....	36
4.6.1 Etika a morálka.....	36
4.6.2 Autorita etiky.....	38
4.6.3 Etika a motivace pracovníků.....	39
4.6.4 Etický kodex.....	40
II. METODOLOGICKÁ ČÁST.....	42
5 CHÁPAJÍCÍ ROZHOVOR.....	42
5.1 PŘEDSTAVENÍ METODY.....	42
5.2 KRITIKA METODY.....	43
5.3 ETIKA VÝZKUMU.....	43

5.4	VALIDITA VÝZKUMU	44
5.5	KONSTRUKCE OBJEKTU A VÝZKUMNÉ NÁSTROJE.....	45
III.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	47
6	REALIZACE VÝZKUMU.....	47
7	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	48
8	PRACOVNÍ NÁSTROJ	50
9	PRÁCE S DATY	52
10	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	54
10.1	ANALÝZA ANGAŽOVANOSTI ZAMĚSTNANCŮ.....	54
10.1.1	Angažovanost, jak si ji představují respondenty	55
10.1.2	Zdroje frustrace a demotivace k angažovanému přístupu.....	57
10.1.3	Motivace k angažovanému přístupu	60
10.1.4	Souvislost mezi délkou praxe a motivací pracovníků.....	62
10.2	HODNOTOVÁ ORIENTACE.....	62
11	VÝZKUMNÝ ZÁVĚR A DISKUSE.....	65
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM ZDROJŮ	69
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74
	SEZNAM TABULEK A DIAGRAMŮ.....	74
	PŘÍLOHA Č. 1.....	75
	PŘÍLOHA Č. 2.....	81

Úvod

Psychobiografický model péče Prof. Erwina Böhma je zaměřen především na seniory, kteří mají změněné projevy chování, tedy na seniory se syndromem demence. Poskytování péče podle tohoto modelu klade na pracovníky zvýšené nároky v oblasti osobnostních předpokladů vztahujících se k jiným než verbálním způsobům komunikace. Komunikace jinými než verbálními kanály vyžaduje vnímavého a angažovaného pracovníka. Angažovaný pracovník zastává určité hodnoty, především nesnižující lidskou důstojnost.

K základním lidským hodnotám patří právě důstojnost. Jak píše Eva Rohanová a Iva Holmerová v díle Z. Havrdové (2010, s. 136): „V souvislosti s poskytováním zdravotní nebo sociální péče je potřeba přemýšlet více o lidech a jejich hodnotách než o výkonech. Perfektně provedený výkon je pro pečující mnohdy ukazatelem kvality poskytované péče, ale klient tento pocit nemusí sdílet, pro něj je mnohdy důležitější citlivý a individuální přístup, respektování potřeb, skutečnost, že je respektován.“

Motivací k mnou zvolené metodě chápatího rozhovoru byla fenomenologická studie, popisovaná Doc. RNDr. Janem Hendlem, CSc. Taková studie na počátku určuje směr zaměření výzkumu a širší definici sledovaného fenoménu. Výzkumná otázka vzniká v průběhu sběru dat a jejich analýzy jako snahy o porozumění výzkumníka pozorovanému fenoménu (Hendl, 2008, s. 126). Volbu metody také ovlivňuje osobnost vlastního výzkumníka, který preferuje jemu nejbližší způsoby a techniky sběru dat.

Nemohu opomenout skutečnost, že má práce byla ovlivněna magisterskou diplomovou prací Daniely Růžičkové z Masarykovy univerzity v Brně, která byla vypracována pod vedením Prof. PhDr. Libora Musila, CSc. Tématem práce bylo hledání významu myšlenky „*oborové kolektivní identity*“ pro sociální pracovníky v české společnosti.

Zdrojem pro mne bylo také téma motivačních systémů neziskové organizace s ohledem na potřeby zaměstnanců zpracované prací Mgr. Evy Kubáčkové. Při tvorbě a promýšlení své hypotézy mohu na její výsledky navázat. Uvádí, že v zájmu maximálního využití synergie je zásadní důkladně poznávat pracovníky a jejich základní motivy a potřeby, používat motivační teorie a propojovat je s motivací a s potřebami jednotlivých zaměstnanců i s možnostmi organizace jako celku (Kubáčková, 2010, s. 133).

Při tvorbě své práce jsem využívala závěry výzkumů PhDr. Zuzany Havrdové zabývající se kulturou zdravotnických a sociálních organizací a výzkumné práce, které provedla s kolektivem dalších autorů, ve kterých zkoumala hodnoty a organizační kulturu v prostředí sociálních a zdravotních služeb.

Cíl bakalářské práce:

Cílem bakalářské práce je zjištění vlivu hodnotových systémů a etických postojů na motivaci pracovníků v sociálních službách k angažovanému přístupu ke klientovi, kterým je senior se sníženou soběstačností. Zaujetí klientem je důležitým předpokladem poskytování sociální služby formou Psychobiografického modelu péče.

Target of Bachelor's Work:

The aim of the Thesis is to determine the influence of the value systems and ethical attitudes to motivation of workers in social services leads to a committed approach to a client who is a senior with worsened self-sufficiency. Preoccupation with client is an important prerequisite for the providing of social services through the Psychobiographical care model.

Hypotéza pro můj výzkum:

Hodnotové systémy a etické postoje pracovníků mohou ovlivňovat jejich angažovanost, tedy jejich zaujetí pro práci.

Péče o seniora se sníženou soběstačností vyžaduje komplexní zdravotně–sociální péči, což znamená, že v prostředí pobytových služeb se setkávají nejméně dvě dominantní profesní tradice s vlastním akcentem a prioritami. Jedna vyrůstá z medicíny, její historie a hodnot v přístupu k člověku, druhá ze sociální práce jako profese s vlastním odborným diskursem a prioritami (Havrdová, 2010, s. 43). Práce odborně zdatných pracovníků, kteří pečují o klientovo tělo na vysoké úrovni, může postrádat lidský rozměr, důsledkem je uspokojení fyziologických potřeb, ale potřeby vztahů a uznání hodnot klienta je zanedbáváno.

Bakalářskou práci jsem vypracovala metodou kvalitativního výzkumu.

I. Teoretická část

Moje práce se dotýká především pracovníků v sociální oblasti, kteří pracují se seniory. Pro nastínění atmosféry v institucionálních zařízeních představím životní období člověka, které je také jeho posledním vývojovým stadiem. Psychosociální vývoj člověka zpracovaný teorií E. H. Eriksona je obsažen v řadě modelů péče, a to také platí Psychobiografickém modelu péče podle E. Böhma.

Pro pochopení sociální práce jako péče o starého člověka je vhodné si osvětlit význam slova integrita. Jak uvádí ve své knize Erik H. Erikson (1999, s. 12): „Integrita zprostředkovává kontakt se světem, s věcmi a především s lidmi. Je to způsob života v dotyku a v dotknutelnosti (...). Bez dotyku není růstu, ve skutečnosti bez dotyku není možný život. Nezávislost je omyl.“

V další teoretické části své práce nastíním Psychobiografický model péče o seniory se syndromem demence, který v České republice představuje a do praxe zavádí PhDr. Eva Procházková na základě práce Prof. E. Böhma. Pokusím se představit nejdůležitější východiska tohoto modelu.

Dále se pak zaměřím na objasnění pojmu angažovaný a neangažovaný pracovník a na hodnoty, které ovlivňují motivaci k angažovanosti. Kapitola věnovaná etice má zdůraznit význam etických norem jako neopomenutelné opory pracovníků.

1 Stáří – seniorský věk

Etapa stáří je poslední vývojová etapa lidského života, stáří není konec života, tu přináší teprve smrt. Stáří je stejně důležitá etapa jako každá jiná a v tomto období jde především o co největší zachování pohybových dovedností a o rozvoj a růst psychosociální osobnosti. Období stáří trvá 30 – 40 let a je stejně dlouhé jako mládí a dospělost (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 11). Tato skutečnost z něj činí podstatnou část lidského života, proto si zaslouží pozornost a zájem nejen samotných seniorů, ale celé společnosti.

Podle odborníků Světové zdravotnické organizace (WHO) se rozlišují tyto kategorie vyššího věku:

45 – 59 let je střední, nebo též zralý věk;

60 – 74 let je vyšší věk, nebo také rané stáří;

75 – 89 je stařecký věk neboli senium (vlastní stáří);

90 let a výše označujeme jako dlouhověkost.

Stárnutí je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout, nejedná se o nemoc, ale o zákonitý proces, stárneme již od zrození (Haškovcová, 2002, s. 10). Historicky doložitelnými údaji je prodlužování průměrné délky života člověka. Jeho délka je podmíněna genetickými faktory a způsobem života vlastního jedince. O délce lidského života rozhodují životní podmínky, kterými jsou hygienické a stravovací návyky, životní prostředí a nemálo důležitým činitelem je vyspělost dnešní medicíny a sociální systémy zemí (Haškovcová, 2002, s. 11).

Ovšem atributem současné společnosti je tvrdý individualismus, který omezuje vytváření kvalitních vzájemných mezilidských vztahů. Vytrácí se historická role starých lidí a nová není dosud jednoznačně vytvořena. Poprvé v historii lidstva v jednom časovém úseku existují čtyři generace rodinných vztahů, které nemají ujasněné vzájemné role. Společenskou prestiž má mládí, krása, ladnost, síla a dokonalost. Seniorská populace osvobozuje své mladé od povinnosti ji podporovat, stát převzal na sebe některé rodinné funkce, střední generace necítí odpovědnost připravit se na své stáří a ani vést své děti k úctě ke stáří (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 13).

Objevil se nový termín ageismus, tedy diskriminace na základě věku. Dnešní generace je přesycena informacemi, které narušují pravidla lidské sounáležitosti, materiální potřeby převyšují duchovní hodnoty. Seniorům ubývá možností uspokojování potřeby

předávání informací z generace na generaci. Lidská touha po moci a úspěchu vytváří prostor pro změnu hodnotové orientace jednotlivců i společnosti, vytrácí se hodnota lidského setkání, prožitku a zážitku lidského společenství, hodnoty nezištné pomoci (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 13).

Historický model, kdy se o starého člověka starala jeho rodina a převzala za něj i ekonomickou odpovědnost, nebyl vždy založen na úctě a respektu ke stáří. Pokud úcta existovala, pak zpravidla vůči lidem starším, nikoliv starým. Vysloveně staří lidé byli obdivováni jen tehdy, když byli plně soběstační a nějakým způsobem výjimeční. Pokud stárnoucí a starý člověk jen trochu mohl, musel se podílet na ekonomických funkcích rodiny. V době, kdy pracovištěm bylo i jeho bydliště, se tato ekonomická funkce mohla spíše naplňovat. Díky průmyslové revoluci došlo k oddělení bydliště od pracoviště a lidé neschopni dodržet patřičné tempo výroby byli nuceni opustit pracoviště, důsledek těchto změn ve výrobní sféře je vytváření penzijního systému. Vývoj nebyl jednoduchý, přičemž sociální jev pensiování je typický až pro 20. století (Haškovcová, 2002, s. 16). Stáří jako poslední životní etapa není nemoc, ale v důsledku představy, že není užitečnou ekonomickou investicí, dochází k nedorozumění a k nepochopení ze strany ostatních věkových kategorií společnosti (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 14)

1.1 Stárnutí

Stárnutí je „*působení času na lidskou bytost*“ (definice Dr. F. Forettové, předsedkyně Fondation nationale de gerontologie – Národní gerontologické nadace). Fyzikální stárnutí přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkční, zpomalování a úbytek (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 25).

Hana Janečková uvádí, že věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce, tím i péče, se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Potřeba sociální práce se starými lidmi se soustředí na ty seniory, u kterých došlo následkem zhoršení zdravotního stavu k poklesu funkčních schopností a soběstačnosti, přičemž limity mohou pocházet z oblasti pohyblivosti, smyslového vnímání a kognitivních funkcí. Dochází ke snížení schopnosti člověka uspokojovat své potřeby, udržet kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý, tím dochází ke snižování kvality jeho života (Matoušek, 2005, s. 163 - 164).

Změny na počátku etapy stáří i v jeho průběhu přinášejí změny nejen biologické, ale souvisejí i s prožíváním a chováním seniora a jeho zařazením ve společnosti. Medicína stále nedoceňuje psychické problémy a hledá spíše orgánové potíže. Evidentní přitom je vliv psychosociální anamnézy na jednotlivce, proto je velmi důležité chápání stáří pohledem biopsychosociálním (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 22 -23).

A. Grún ve své knize o stáří hovoří o tom, jak umět stárnout a o tom, jak stáří přijmout. Přitom vyzdvihuje myšlenku odevzdávání. Odevzdávat se má člověk učit již od dětství, ve stáří pak postupně odevzdá svou vůli, aktivity, vlastní já a nakonec svůj vlastní život (Grún, 2009, s. 41). Pro odevzdávání se ovšem musí nejprve něco vytvořit, to je úkolem první poloviny života, ve druhé získané odevzdává. Kdo svolí k odevzdávání, zažije znovu lehkost (Grún, 2009, s. 44 – 45). Myšlenkou odevzdání si může starý člověk napomoci k přijetí své skutečnosti, svého stavu, své závislosti.

Erik H. Erikson používá pojem gerotranscendence, kdy popisuje stav starých lidí, kteří jej rozvinou a udrží si jej, jako stav, který odpovídá překročení sebe sama. Je to stav, kdy si člověk svobodně zvolí ústup do klidu a do ústraní. Ústup je svobodným zanecháním obvyklých závazků každodenních aktivit, je to vědomě zvolený ústup. Pokud má člověk to štěstí a ústup je jeho volbou, není vynucen fyzickými, psychickými nebo i společenskými omezeními, dochází u něj ke klidu a k přechodu od materiální a racionální vize do transcendentní kvality jeho osoby (Erikson, 1999, s. 117 – 119).

Vladimír Pidrman rozlišuje podle nastalých změn kognitivních funkcí tři stupně stárnutí - úspěšné, normální a patologické stárnutí. Úspěšné znamená, že jsou zachovány funkční schopnosti, kognice je neporušená, výkonnost je srovnatelná se středním věkem. Normální stárnutí znamená fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Jde o benigní stav zapomnětlivosti, kdy nedochází k progresi, člověk si stěžuje na drobné poruchy paměti. Patologické stárnutí odpovídá pojmu mírná kognitivní porucha a zahrnuje počínající stádia různých demencí a do těchto přechází (Pidrman, 2007, s. 24 – 25).

2 Syndrom demence

Demence je považována za syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Jsou narušeny vyšší korové funkce včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přičemž vědomí není zastřené (Pidrman, 2007, s. 9).

Roman Jiráček uvádí, že demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních, tedy poznávacích funkcí. Tyto funkce zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci s tímto prostředím, cílené chování. Jedná se o paměť, pozornost, vnímání, schopnost tvorby řeči a schopnost jejímu porozumění. Poruchy exekutivních funkcí, tedy motivace, plánování, provádění a zpětné hodnocení činnosti (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11).

S postižením kognitivních funkcí souvisí a navzájem se prolínají poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku a bdění označované také za behaviorální a psychologické příznaky demencí. Tyto společně ovlivňují aktivity denního života. Postižený člověk se stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici, ústavu sociální péče (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11).

Podle Romana Jiráčka rozlišujeme demence podle příčin, ale zároveň není možné určit přesně ostrou hranici mezi jednotlivými skupinami. Rozlišujeme demence, které jsou zapříčiněny atroficko-degenerativními procesy v mozku a demence symptomatické (sekundární). Dále rozlišujeme podskupinu vaskulární, které vzniká na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení a symptomatické ostatní demence (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 19).

Primárně degenerativní demenci nejčastěji představuje Alzheimerova nemoc, jak uvádí Pidrman, a to z 60% všech demencí. Sekundární a smíšená demence je nesourodou skupinou, na jejímž vzniku se podílí řada příčin. Jde např. o posttraumatickou demenci, demenci po různých infekcích, metabolickou při poruchách jater, ledvin, respiračního systému, demence při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsiích, při nedostatku vitamínů a v celé řadě dalších případů (Pidrman, 2007, s. 31).

2.1 Základní klinické příznaky demencí

Základními klinickými postiženími při demencích jsou okruhy týkající se postižení:

- kognitivních funkcí
- aktivit denního života
- a obsahující behaviorální a psychologické příznaky demence (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 22).

Ve většině případů demence začíná poruchou paměti, ale jsou případy, kdy je na počátku zjevná porucha v oblasti chování například u Pickovy choroby. Demence u Parkinsonovy choroby začíná většinou poruchou exekutivních funkcí, nemocní nejsou schopni plánovat a provést složitější úkony (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 22).

Dalšími příznaky objevujícími se úměrně ke stádiu nemoci jsou poruchy běžných, profesionálních a instrumentálních dovedností, například obsluha strojů, přístrojů, zařízení, nakládání s penězi. Postupující onemocnění přidává poruchy bazálních aktivit denního života jako je oblékání, udržování osobní hygieny a schopnosti jíst. U těžkých demencí se vyskytuje inkontinence moči i stolice. Nemocný je úplně odkázán na pomoc a péči okolí, tedy rodiny, profesionálních pečovatелů a institucionální péče (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 22).

Behaviorální a psychologické příznaky demence jsou nejobtížnějšími příznaky pro pacienta a jeho okolí. Poruchy chování mohou být různé, nejčastějšími jsou stavy neklidu (především u Alzheimerovy choroby). Neklid může být mírný nebo se projevuje až formou agitovanosti. Neklid má různé projevy od útěků z domova, agresivního chování, ničení věcí, jindy je to bezúčelné přenášení věcí, svlékání se, neadekvátní oblékání a podobně (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 23).

Poruchy kontaktu s realitou, jako jsou bludy (obviňuje okolí z okradání) a halucinace (nemocný vidí nepřítomné osoby), jsou projevy psychotických příznaků nemoci. V rámci poruch chování dochází k značnému nestabilnímu emočnímu prožívání nemocných osob. Časté jsou nekontrolovatelné afekty vzteku, smutku a pláče, velmi častá je také deprese. Příznakem, kterým nemocný vyčerpává také své okolí, je porucha spánku. Jde o nespavost, přílišnou spavost, ale především o spánkovou inverzi, kdy dochází k posunu doby usínání a vstávání nemocného až výměně denní doby (v noci bdění, ve dne spánek) (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 23 - 24).

Poruchy chování ve stáří znamenají menší či větší hloubku demence, ovšem jejich intenzita není v přímé souvislosti s poškozením intelektu. Vladimír Pidrman uvádí šest zásad, které je nutno vést v patrnosti při hodnocení takto změněného chování.

1. Poruchy chování znamenají daleko větší stres pro pacienta, jeho rodinu a ošetřovatele než vlastní narušení kognitivních funkcí či samostatnosti. Nejméně 25 % stresových faktorů pečovateli mají původ v těchto poruchách chování.
2. Poruchy chování prohlubují vnímání deficitu nemocného a vedou k zanedbávání péče o kognitivní funkce nemocného.
3. Výskyt poruch chování je častým důvodem pro institucionální péči o nemocného, znamená také zhoršení prognózy onemocnění.
4. Existuje spojitost mezi výskytem poruch chování nemocných a agresivitou personálu vůči seniorům. Může toto vyplývat z frustrace, kterou trpí ošetřovatelé, pokud se poruchy dále rozvíjejí i přes jimi poskytované zvýšení péče ošetřovaným.
5. Charakter poruch chování se v průběhu onemocnění mění a existuje vztah mezi biochemickými a patologickými změnami nemocného – dehydratace, bolest, jiná onemocnění, zranění.
6. Poruchy chování jsou do jisté míry léčitelné.

Vlastní poruchy chování, agitovanost a agresivita se nejčastěji vyskytují ve středním stádiu, částečně pak při přechodu středního do těžkého stádia nemoci. Je možné předpokládat, že výskyt agitovanosti až agresivity se objeví u 80 % nemocných tohoto stádia. Poruchy spánku se týkají zpravidla 50 % nemocných Alzheimerovou chorobou. Depresivní nálada bývá zaznamenána již v časnějším stádiích nemoci a nemocný může mít až morbidní komentáře a suicidální myšlenky. S depresí lze počítat u 30 – 40 % nemocných. Úzkosti a fobie se objevují u poloviny nemocných a především vyjadřují strach, že zůstanou osamoceni. Poruchy chování bývají nápadné, neboť jde o změny v chování, které jsou příbuznými častěji identifikovány než poruchy paměti, které pečující přehlížejí a nepovažují je za patologické (Pidrman, 2007, s. 79 – 80).

Při výskytu poruch chování nemocných syndromem demence je nutno přihlížet jak k osobnostním charakterovým vlastnostem osoby před vypuknutím onemocnění, tak k její schopnosti zvládnání stresů a zátěže. Obecně se osobnost stává karikaturou sebe sama.

K sociálním faktorům, které mají značný vliv na projevy problémového chování nemocných, řadíme, prostředí ve kterém se jedinec nachází a vztahy s okolím a s pečovateli. Pacienti s kognitivním narušením jsou velmi senzitivní na sociální prostředí. Jakákoliv změna v jejich okolí (materiální, personální) je vysokým rizikem pro rozvoj poruch chování (Pidrman, 2007, s. 88).

Nejlepším způsobem, jak porozumět chování jiného člověka, je pokus představit si sebe na jeho místě. Pokud toto učiníme dostatečně pečlivě, můžeme v chování této osoby rozpoznat snahu vypořádat se s určitými okolnostmi vnějšího prostředí, které již nemocnému přestaly dávat smysl. Setká-li se pečovatel s problematickým chováním anebo s jednáním těžko pochopitelným a rozpozná-li, že toto chování je reakcí na dané okolnosti, může snahou o změnu okolností změnit chování nemocného. Úsilí pečovatele bude směřovat k řízení situace, ne osoby. Je nutno mít na mysli, že jedinec s kognitivní poruchou je dospělou osobou s dospělými reakcemi a jako každý dospělý bude příznivěji reagovat na vedení než řízení (Zgola, 2003, s. 19 - 20). Řízení druhé osoby se dotýká jeho důstojnosti.

Člověk s demencí nebo s těžkým postižením, který je závislý na okolí, si již nemůže svou důstojnost tak vydobývat a udržovat, jako v období před onemocněním. Na pečujícím okolí je, aby ji u něj obnovovalo, probouzelo, dávalo mu ji pocítit svým přístupem a jednáním. Za důstojnost člověka s demencí jsou zodpovědní ostatní, jeho důstojnost se stává jejich důstojností (Funk, 2014, s. 65).

2.2 Péče o osoby s demencí

Osoba postižená demencí se na pečovateli stává závislou a to nejen fyzicky, ale i emocionálně. Postižený člověk potřebuje, aby mu okolí a lidé nacházející se v jeho blízkosti vytvářeli pocit bezpečí a sebeúcty. Nemocný člověk se nemůže přizpůsobit rozporuplnostem, nedorozuměním a opomenutím, která jsou součástí běžné lidské interakce. Vzhledem k nedostatku vhledu, deformaci vstupních i výstupních informací, se osoba s demencí nedokáže s pečovatelem dohodnout na budování jejich vztahu, proto je veškerá odpovědnost za jeho utváření na pečovateli. Vztahem je myšleno spojení mezi pečovatelem a klientem, ve kterém pečovatel směřuje k zabezpečení základních lidských potřeb. K těmto přísluší zajištění fyzického a emocionálního bezpečí. Zajištění kontroly k vyjádření se nemocného k nakládání s jeho věcmi, osobou, časem a prostorem. Zajištění určité příslušnosti do kolektivu, což znamená, že člověk má naplněnu potřebu sociálního kontaktu. Pečující si musí být vědom, že i když nemocný nereaguje, není vyloučeno, že nevnímá city, které jsou mu proječovány a že v něm nevyvolávají odezvu (Zgola, 2003, s. 15 – 16).

Demence je vždy ohrožením osobní identity, práce se vzpomínkami a biografií může dlouhodobě zmírnit proces regrese a napomoci nemocnému zlepšit jeho kvalitu života. Poskytování péče v Psychobiografickém modelu si zakládá na faktu, že se jedná o soubor činností, které se zaměřují především na udržení osobní identity klienta. (Procházková, 2014, s. 20).

Osobní identita znamená orientaci vlastní osobou, tzn., že konkrétní osoba si potřebuje umět dlouhodobě zodpovědět základní otázky: „*Kdo jsem?*“, „*Kdo ještě jsem?*“, „*Kdo ještě jsem v poznání a cítění?*“ Rozumová složka je postupně kvalitativně devastována symptomy demence, ale srdce a schopnost cítění demence nepostihuje (Procházková, 2014, s. 94).

Výše uvedené můžeme chápat jako komunikační kanály, kanál kognitivní, který při onemocnění syndromem demence postupně ztrácí na významu a kanál emoční, který přetrvává a je prostorem pro dorozumívání se nemocného s jeho okolím. Tento prostor neboli emoční inteligence, patří v práci všech pracovníků, a to nejen v přímé péči, ale ve všech pomáhajících profesích, k důležitým pracovním nástrojům.

Hana Janečková poukazuje na potřebu specializované péče o člověka s demencí. Tato péče, je natolik náročná, že vyžaduje speciální kvalifikaci pracovníků a chráněné, optimálně architektonicky upravené prostředí. Hlavním kritériem pro volbu specializovaného oddělení pro osoby se syndromem demence vždy musí být podpora důstojnosti těchto osob, spokojenost, pocit zvládnutí a úspěchu v každodenním životě (Matoušek, 2005, s. 183).

Pečující si musí uvědomovat, že cokoli udělá a nemocný to může vidět nebo slyšet může tyto informace registrovat. I když osoba není schopna porozumět jednotlivým slovům a gestům, rozeznává z tónu hlasu a řeči těla řadu sdělení, která může pochopit. Tato sdělení musí vyjadřovat respekt a úctu vůči nemocné osobě, a tím podporovat pozitivní vzájemný vztah (Zgola, 2003, s. 30).

Péče o osoby se syndromem demence klade na pomáhající personál značné nároky z oblasti emoční inteligence a instinktu pro zachování lidské důstojnosti každého jedince. Zde se prolíná etická rovina s rovinou čistě technické pracovní činnosti.

3 Psychobiografický model péče

Biografie klienta využívaná při dlouhodobém pečování o klienta seniora napomáhá zkvalitňovat přímou péči a především má velký význam, pokud se jedná o klienta trpícího syndromem demence.

3.1 Historický kontext modelu

Historicky lze vznik psychobiografického modelu datovat do 70. let 20. století. Vznikají první odborné práce autora E. Böhma, zdůrazňující význam životního příběhu klienta pro poskytování individuální péče. Objem biografických údajů má přímou souvislost s humanismem a s holistickou filozofií péče. Nejde zde o samoučelný sběr dat a informací, ale o využití údajů k plánování péče o klienta. Hlavním cílem je podpora sebepečce, co nejvyšší soběstačnost klienta a jeho co nejlepší adaptace na změněné životní podmínky (Procházková, 2014, s. 17 - 18).

Model obohatily i další ošetrovatelské modely a teorie. Významné místo zaujímá již od počátku koncept validace Naomi Feil, který se zaměřuje na techniky komunikace. Další vlivnou technikou využívanou v rámci modelu je reminiscence. (Procházková, 2014, s. 18).

Od 80. let je využíván strukturovaný ošetrovatelský model zaměřený na aktivity denního života, a to především aktivita zvládání zátěžových situací a koncept bazální stimulace založený na principu mapování sensorických stop pro stimulaci smyslových orgánů, oba také ve své podstatě pracující s biografií klienta (Procházková, 2014, s. 18).

Psychobiografický model péče je založen na pilířích teorií v dílech E. H. Eriksona a V. E. Frankla. Zaměřují se na uspokojení potřeby pochopení a uzavření života člověka nacházejícího se v posledním vývojovém stádiu. E. H. Erikson se zabývá životním cyklem člověka a V. E. Frankl jeho smyslem. K teoriím, které také obohatily východiska modelu, patří také práce S. Freuda, C. G. Junga a A. Adlera (Procházková, 2010, (2), s. 22).

Devadesátá léta vnesla do modelu potřebu struktury dokumentace práce, reagující především na nové německé zákony a zdůrazňující potřebu kvalitně poskytované péče. Ve stejném období se rozvíjejí ošetrovatelské modely založené na emocionálních prožitcích, které ovlivňují nejen klienty, ale také obohacují pečující osoby. Modely

zdůrazňují kreativní přístupy k tvorbě inovačních postojů v péči, přičemž tyto musí respektovat biografii klienta. Vnímání klienta v jeho životních rolích vyžaduje od personálu vysokou míru angažovanosti (Procházková, 2014, s. 18 - 21).

Psychobiografický model je mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model v současnosti nejvíce využíván v německy mluvících zemích v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické péče (Procházková, 2014, s. 33).

3.2 Teoretická východiska modelu

Psychobiografický model péče E. Böhma čerpá z učení S. Freuda, C. G. Junga, A. Adlera, A. Maslowa, C. R. Rogerse, E. H. Eriksona a V. E. Frankla.

Jednotlivé fáze demence (E. Böhmu uvádí stupně regrese) kopírují vývojová stádia člověka, která popisuje E. H. Erikson, ale vývoj má takzvaný zpětný chod. Vývojová stádia obsahují životní úkol, který má člověk vyřešit a který ho má přenést do stádia následujícího. E. H. Erikson rozlišuje osm stádií vývoje člověka, kdy jeho posledním úkolem je vyrovnání se s bilancí svého života, přijetí života takového, jaký je a byl a přijetím jeho konečnosti (Procházková, 2014, s. 37).

Hlubinná psychologie S. Freuda poukazuje na tělesné potřeby, intenzivně ovlivňující psychické potřeby jedince. E. Böhmu rozpracoval ve svém modelu potřebu poznání libosti a nelibosti prožívané osobou v nižších stádiích regrese pro empatické pochopení fáze regrese, ve které se klient nachází (Procházková, 2014, s. 35).

Poznatky C. G. Junga z oblasti kolektivního nevědomí se v Psychobiografickém modelu objevují jako historická a regionální biografie. A. Adler klade důraz na téma sounáležitosti, E. Böhmu ji zapracovává do kontextu zmapování vztahů důležitých pro klienta v jeho prožitém životě. Na klienta zaměřená psychoterapie C. R. Rogerse ovlivnila model tím, jak je člověk přijímán druhými, přijímá sám sebe a tím si pomáhá v procesu sebepoznání, a to právě na základě biografie. Součástí modelu je také teorie potřeb A. Maslowa, kterou E. Böhmu využívá pro motivaci seniora, aby měl zájem o péči a vnímal kontinuitu svého života, a to především v institucionálně poskytované péči. E. Böhmu do péče o seniory integruje význam životního smyslu pro člověka, které ve svém díle zpracoval V. E. Frankl a motivuje tím seniory k smysluplné tvorbě, smysluplným zážitkům a k postojům ke svému životnímu příběhu jako k hodnotě, která má svůj smysl (Procházková, 2014, s. 37 - 38).

3.3 Techniky využívané Psychobiografickým modelem

Při práci s biografií klienta se mění vztah mezi pečujícím a seniorem. Vztah je plný emocí, tedy plný života, nejedná se o pouhé fráze, které vytvářejí bariéry v komunikaci (Procházková, 2014, s. 23).

Psychobiografický model využívá především techniky, které se zajímají o historii klienta a zaměřují se na emoční prožívání této minulosti. Smyslem a účelem práce s biografií je posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity, redukce negativních emocí, strachu, neklidu a beznaděje (Procházková, 2014, s. 22).

Nejčastěji využívanými technikami při práci s osobami se syndromem demence jsou reminiscence, validace, bazální a smyslová stimulace.

3.3.1 Reminiscence

Vlastní pojem reminiscence (z lat. reminiscere) znamená vzpomínku, ohlas, úvahu vycházející ze vzpomínky (Janečková, Vacková, 2010, s. 21).

Reminiscenční terapií je označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, o prožitých událostech a zkušenostech. Pro vybavení si vzpomínek se využívají dobové předměty, filmy, fotografie, ale také aktivity jako je zpěv, recitace, předčítání, rozhovory (Janečková, Vacková, 2010, 21 – 22).

Práce se vzpomínkami je možná a velmi vhodná i v péči o člověka s demencí. Zvýrazňuje to, co bylo pro tohoto člověka významné a důležité. Ukazuje, čím v životě byl a co dokázal. Vzpomínky uvolňují jeho emoce, tvořivé síly a uchované schopnosti. Vzpomínky, které se v mysli člověka s demencí objeví, jsou pro něho radostnou zkušeností, stejně jako pro většinu z nás. Alespoň na chvíli jej totiž propojí s jeho vlastním životem a stanou se kotvou, o kterou se může zachytit. Totéž platí i pro jeho blízkého, který o něj pečuje. Vzpomínky pomáhají sblížení a v péči jsou motivujícím prvkem. Představují příležitosti, které mohou pečující dobře využít pro zpestření tohoto náročného období, jako prevenci předčasného vyhoření nebo jako podnětu pro společnou cestu¹.

¹ Diakonie ČCE [on - line]. Dostupné 23. 7. 2014 z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/naucne-texty/zkuste-reminiscenci/>

Práce se vzpomínkami pro člověka s demencí poukazuje na jeho silné stránky, což má velký význam pro jeho sebehodnocení (Janečková, Vacková, 2010, s. 100).

Skupinová reminiscenční práce má význam pro každého jejího člena. Člověk má ve skupině určitou roli, získává určitou moc a kontrolu, dostává se mu prožitku respektu, ocenění, solidarity. Významný je také prožitek radosti, který může člověk s demencí zažít i přesto, že je jeho schopnost dělat věci limitována. Důležitou úlohu při koordinování činnosti má pracovník, který citlivě rozpoznává schopnosti členů skupiny a podněcuje je pro zastávání určitých rolí. Je vhodné, aby role dávala osobě důstojné místo ve skupině, aby se člověk cítil ve své roli dobře, bezpečně, aby se v ní cítil oceňován (Janečková, Vacková, 2010, s. 102 -103).

Psychobiografický model zahrnuje základy reminiscenční terapie, zapojuje je při aktivitách běžného dne, jako je vaření, pečení, úklid apod., a také je využívá k propojení s bazální a smyslovou stimulací. Vzpomínky aktivizují emoční život klienta a hlavním cílem pak je, jak uvádí E. Procházková, udržení emoční stability klienta, a to zajištěním základní potřeby, kterou je potřeba bezpečí (Procházková, 2010, (3) s. 14 - 16, (6 - 7) s. 22 - 23).

3.3.2 Validace

Validace neboli hodnocení, potvrzení platnosti, je spíše filozofickým přístupem k člověku s demencí, než jen pouhou pracovní metodou. Za její zakladatelku je považována sociální pracovnice Naomi Feil. Správné hodnocení emocionální příčiny chování osoby s demencí, nalezení, přehodnocení a zpracování nevyřešených emočních prožitků a situací z minulosti v podstatě znamená uznání jedinečné osobnosti nemocného s demencí (Malíková, 2011, s. 239).

Validační přístup je vysoce morální podporou a formou pomoci osobě s demencí k vyřešení, přijmutí a uzavření svého života tak, aby člověk mohl důstojně dožít a důstojně odejít z tohoto světa (Malíková, 2011, s. 245).

3.4 „Nový“ způsob péče - Psychobiografický model profesora Erwina Böhma

Informace o poskytování péče „novým“ způsobem a o nárocích kladených na zaměstnance mohou zpětně působit na další rozvoj či stagnaci zařízení (finance, personální záležitosti, zájemci o službu atd.).

Zavádění nového způsobu péče podle Prof. E. Böhma je způsob sice „nový“, ve své podstatě jde ale o způsob historicky navazující na předinstitucionální péči o seniory. Navazuje na přirozené prostředí člověka, ve kterém žil před životní etapou seniora. Zároveň jde o metodu, kdy se využívá přirozené schopnosti klienta o sebe pečovat, a to i u osob se syndromem demence. Význam pro co nejdříve zachování této schopnosti má prostředí, které ovlivňuje psychickou pohodu či nestabilitu člověka, a to jak klienta, tak i zaměstnance.

Pro poskytování péče o seniory podle Psychobiografického modelu je nezbytná vysoká míra angažovanosti personálu. Etická dimenze tohoto přístupu ke starému člověku je ústředním mottem poskytování péče. Pro tuto je důležité uvědomění si, že původním zdrojem pro naše veškeré konání a životní motivaci je energie lidské duše, jak cituje PhDr. Procházková (2010, (6 – 7), s. 23) Prof. E. Böhma: „...jde o elan vital.“ Tato energie je hybnou silou celého člověka a důvodem k tomu, aby se i senior s projevy syndromů demence aktivně zapojoval do péče o svou osobu a prožíval poslední fázi svého života jako plnohodnotnou a smysluplnou.

Pojetí péče podle tohoto modelu se zaměřuje především na člověka jako na subjekt, který si za všech okolností zachovává svou důstojnost, která mu nemůže být nikým a nikdy snížena ani odejmuta. Pečující personál se snaží o rehabilitaci psychiky tohoto starého člověka, podporuje ho v rozhýbávání emoční stránky osobnosti, což má v důsledku vliv na tělesnou rehabilitaci a rozhýbání celého jeho těla. Můžeme uvažovat o souvislosti mezi emocemi, myšlenkou a vlastní tělesnou aktivitou.

Při využívání Psychobiografického modelu v péči hledáme pevné opěrné body k orientaci nemocných, hledáme něco, co je pro člověka typické a co mu pomůže zachytit se a zpomalit jeho pád v nemoci. Zde se využívá práce s rodinou, s historií člověka a s tím, co pro něj bylo důležité. Pro zjišťování různých aspektů musí být pečovatel dostatečně odborně připraven a zároveň musí projevovat angažovaný přístup

ke klientu i jeho blízkému okolí, které je zde představováno jeho rodinou, přáteli a jinými blízkými osobami.

3.5 Psychobiografický model péče a vnímající pomáhající

Na pečující personál je kladen velký důraz k angažovanosti pro vnímání klientů jako spoluúčastníků ve vztahu, který je jádrem vlastního pomáhajícího procesu. PhDr. E. Procházková uvádí, že ve vztahu mezi klientem a pracovníkem instituce jde o otevřenost, respekt, vstřícnost a zájem o klientovu minulost s jeho zážitky a způsoby překonávání zátěžových situací (Procházková, 2010 (3), s. 14). Zde se odráží etický aspekt Psychobiografického modelu, ve kterém mají psychické potřeby svou opodstatněnou prioritu a biografie tvoří stěžejní informační materiál pro tvorbu plánů péče (Procházková, 2010 (3), s. 14).

Opustíme-li model naší moderní společnosti zaměřené na výkon a kognitivní vnímání světa, ocitáme se ve světě, který otevírá další dimenze lidského vnímání. Tím je zde myšleno především emocionální vnímání, které verbální komunikaci používá jako méně významný kanál pro dorozumívání a porozumění si navzájem, spíše než pro přenos informací.

Jak uvádí PhDr. Eva Procházková, při vnímání péče jako rozhýbání psychiky klienta i personálu dochází k odkrytí zdrojů, které nejsou dostatečně využívány. Zároveň staví poskytování péče o klienty především se syndromy demence na principech lidskosti a důstojnosti (Procházková, 2010, (6 - 7) s. 22). Rozhýbáním psychiky je zde myšleno emoční zcitlivění pro vnímání člověka člověkem.

Eva Procházková na stránkách vzdělávací instituce Ebin také uvádí, že psychobiografický model poskytuje péči aktivizující, podporující pozitivní potenciál klienta a vnímá klienta jako osobnost, která prožívá životní fázi stáří. Nemoc je sekundární, prioritní je pocit pohody klienta, který má změněné způsoby chování (Procházková, Ebin, nedatováno)².

Prvořadým úkolem pomáhajícího personálu je tedy pomáhat a uvědomovat si svou odpovědnost za působení na jiného člověka.

² PROCHÁZKOVÁ E. Vzdělávací instituce Ebin [on-line]. Dostupné 19. 3. 2014. z <http://ebin.cz/texty/uloha-osetrovatelstvi/>

Papež Benedikt XVI. (2006, s. 46 – 47) ve své encyklice *Deus caritas est* zdůraznil význam způsobu poskytování odborné péče. Uvádí zde: „Pokud se jedná o službu prokazovanou trpícím, je v první řadě třeba dbát na odbornou kompetenci. Pomáhající musejí být formováni takovým způsobem, aby uměli vykonat dobře, co je třeba, a aby dokázali pokračovat v příslušné péči. Odborná kompetence je první a základní předpoklad, ale sama o sobě nestačí. Jedná se totiž o lidské bytosti, které vždy potřebují něco víc nežli pouze technicky správně prováděnou péči. Potřebují lidskost. Potřebují pozorné srdce.“

4 Požadavky na pracovníka v modelu péče podle Prof. E. Böhma

4.1 Emoční inteligence

Péče o osoby se sníženou schopností vyjadřovat verbálně své potřeby klade na personál zvýšené požadavky v oblasti identifikace těchto potřeb, a tím umožnění jejich naplnění. Deprivace a frustrace v uspokojování potřeb osob se sníženou kognitivní schopností je spouštěčem projevů chování těchto osob, které okolí pociťuje jako problémové. V Psychobiografickém modelu péče je kladen důraz na rozpoznání těchto potřeb komunikačními kanály, které se málo opírají o vlastní verbální sdělení, ale více vycházejí z emočního ladění osob se změněnými projevy chování. Mezi profesní předpoklady a kompetence pracovníka poskytujícího péči dle modelu Prof. Böhma patří emoční inteligence, která napomáhá při vzájemné komunikaci mezi klientem a pracovníkem.

Emoční inteligence označovaná jako IE nebo EI či EQ, jak uvádí E. Malíková (2011, s. 289): „...vyjadřuje úroveň schopnosti jedince nakládat se svými emocemi a v životě je častěji důležitější než obecná inteligence. Jde o uplatnění velkého citu v různých situacích, jejich vnímání, předvídání reakcí a problémů, citlivé zasahování do situací a minimalizace stávajících a budoucích problémů. Většinou platí, že čím má jedinec vyšší emoční inteligenci, tím se mu lépe daří zvládat nejen běžné, ale i mimořádné a náročné životní situace.“

Emoční inteligence byla dříve považována za neměnnou, jejíž hodnota je dána již při narození. Dnešní náhled na problematiku ukazuje, že tato není konstantní, ale že je možné ji rozvíjet a zlepšovat při osobnostním rozvoji (Malíková, 2011, s. 289).

Emoční stabilitu pracovníků ovlivňuje také jejich nespokojenost zapříčiněná frustrací a deprivací jejich potřeb, která může ústít až do zlosti na ostatní lidi, a to jako konkretizovaná nebo celková hostilita. Kvalita a stupeň uspokojování nejdůležitějších citových potřeb je zdrojem životní spokojenosti nebo opakem nespokojenosti (Šimek, 1995, s. 186). Do kvality práce pracovníků v pomáhajících profesích se promítá uvědomění si svých osobních potřeb a způsob a možnost jejich naplňování.

Frankl ve své knize uvádí myšlenku, že ve skutečnosti člověk není bytost tlačena jen pudy, ale také tažená hodnotami. Pro uskutečnění hodnot se člověk rozhoduje svobodně a s pocitem zodpovědnosti, což nemá nic společného s pudovostí, z toho tedy vyplývá, že člověk může mít své emoce pod kontrolou (Frankl, 2007, s. 38). Hodnotová orientace je premisou také v kontextu s profesní etikou a etickým rozhodováním v pomáhající praxi, kdy se promítá do používání všech technik a modelů péče.

Vztah pracovníků pomáhající organizace ke klientům, jejich rodinným příslušníkům, pracovníků k sobě navzájem i k organizaci jako k zaměstnavateli je prostoupený emocemi, které ovlivňují každého zúčastněného. Významnou roli hrají v prožívání těchto vztahů podle I. Slaměníka takzvané sociální emoce, nejčastějšími jsou rozpaky, stud, vina, žárlivost a láska (Slaměnik, 2011, s. 154). Tyto mají vždy i svou etickou rovinu, tedy ovlivňují rozhodování svého nositele a konkrétně pro Psychobiografický model péče jsou velmi cenným komunikačním prostředkem.

4.1.1 Emoce

Emoce vymezuje I. Slaměnik jako uvědomované pocity různého ladění, které vyjadřují vztah člověka k událostem přicházejícím z vnějšího prostředí, ale také ze vztahu k sobě samému a jsou spojeny s různou mírou fyziologické aktivizace. Funkcí emocí je připravit organismus k jednání. Intenzita emocí je různá, odráží intenzitu důležitosti situace nebo události pro jedince. Vnitřní prožitky se mohou vně projevit jako mimika, gesta, hlasové změny a jiné. Emoce, jak dále I. Slaměnik zdůrazňuje, mají podstatnou roli v sociálních vztazích (Slaměnik, 2011, s. 12). Emoce jsou tedy uvědomované prožitky libé či nelibé.

I. Slaměnik ve své práci dělí emoce na základní – jednoduché a sociální – složité, ovšem obě kategorie jsou kulturně podmíněné a nelze je jednoznačně kategorizovat. K základním emocím může náležet radost, vztek, úzkost, strach, smutek. K sociálním pak například žárlivost, vina, lítost, stud, rozpaky, znechucení, sympatie a velmi složitá emoce – láska (Slaměnik, 2011, s. 48 – 55, 154).

Prosociální chování je důležitým prvkem a předpokladem pro angažovanost pracovníků. Regulační vliv emocí je patrný především u kladných emocí (nálad) pracovníků, člověk s pozitivními emocemi pomůže s větší pravděpodobností než člověk, který se necítí dobře nebo prožívá negativní emoce (Slaměnik, 2011, s. 55 – 56). Využití práce s emocemi, s jejich zdůrazněním nebo potlačením, je v péči o osoby se

syndromem demence, neboli podle Psychobiografického modelu se změněnými projevy chování, základem také pro mnohé techniky, které jsou přímo založeny na evokaci emočně významných prožitků.

4.2 Hodnoty, významný pilíř péče

Hodnotová orientace každého zaměstnance, ale také každého klienta, ovlivňuje jejich vzájemný vztah. Při hodnocení důsledků jejich vztahu je prioritní princip humánnosti a zákonnosti. Lidská důstojnost a morální práva jsou tedy brány jako hodnoty, společně s odpovědností, spravedlností, mravní povinností a tolerancí. Souvztažnost hodnot a etiky můžeme vnímat v lidských interakcích v jejich důsledcích, kdy se má člověk rozhodovat a brát odpovědnost za své činy. Podle Gluchmana je možné tuto interakci označovat jako etiku sociálních důsledků, která je zároveň etikou hodnot (Gluchman, 2011, s. 26).

Hodnotou A. Mátel označuje vše, čeho si ceníme, vážíme, co považujeme za důležité (Mátel, 2012, s. 89). Hodnotu si můžeme také představit jako něco hmatatelnějšího, jako materiální, hmotný statek, nějakou věc, ne(movitost). Ve vztazích sociální práce - pomáhající činnost - kontakt s druhým člověkem, si lze pod pojmem hodnota představit určitý cíl. Cílem je smysluplný vztah. J. Křivohlavý (2006, s. 50) uvádí: „...když si něčeho nevážím, tak to, co se s tím děje, není pro mne moc smysluplné. Platí zřejmě i opak - tam, kde někdo považuje něco za smysluplné, tam to naznačuje, že cíl má pro něj velkou hodnotu.“

Pro poskytování péče podle Psychobiografického modelu péče o osoby s demencí lze využít pojetí respektu jako významné hodnoty, které nabízí J. Kutnohorská, ta svou knihou oslovuje především zdravotní sestry, ale mnohé myšlenky je možné využít i pro sociální oblast a její pracovníky. J. Kutnohorská (2007, s. 38) uvádí: „Sestra (pro sociální oblast pracovník) pohlíží na pacienta (v sociální oblasti klienta) jako na člověka, který by se měl respektovat (respektovat se má vždy). Jako obhájce musí sestra (sociální pracovník, klíčový pracovník ...) nejprve zvážit základní lidské hodnoty pacienta (klienta) a pak jednat na ochranu jeho lidské důstojnosti, soukromí a rozhodnutí. Když pacient (klient) není schopen vlastního rozhodování, obhájce jeho pohodu tak, jak byla definována před jeho nemocí jeho osobou, tak jak ji definují členové jeho rodiny nebo jeho zástupci v rozhodování“

Vnímáme-li péči především jako vytváření vztahů mezi pečujícím a klientem, pak respekt ke klientům je základním hodnotovým konceptem platným pro pracovníky v pomáhající profesi. Jak dále uvádí ve své stati M. Nečasová (2004b, s. 40): „...od respektu ke klientovi se odvíjejí další profesní hodnoty, jako je například individuální přístup, akceptace klienta, sebeurčení klienta, dodržování diskrétnosti. Existuje konsenzus v rámci profesní etiky, co se týče základních hodnotových konceptů, jejich filozofických zdrojů a ideálů. V praxi se však jejich konkrétní aplikace na péči o klienta mohou různit. Pojetí respektu je ovlivněno jednak tím, jak je respekt chápán v rámci pomáhající profese, ale také tím, jaké jsou osobní hodnoty každého pracovníka.“

Hodnoty lze také různě třídit, uspořádat, a to podle různých hledisek. Tak například Tomáš Sedláček (2012, s. 25) ekonom, filosof a také pedagog rozlišuje měkké a tvrdé hodnoty. „...vnitřní pocit, že bychom neměli znečišťovat výhled, krajinu, estetiku reklamou. Tento pocit je nehmataelný, měkký. Zážitek z výhledu, který nemá cenovku. Naopak reklama, materialismus, zisk, to je tvrdá síla, to je hodnota, která cenu má, a to tvrdou, nesmlouvavou. Pokud se něco vyčíslí, mění se to v tvrdý argument. Co vyčíslit nejde, je měkké. A prohrává, aniž by se vůbec začalo hrát.“

Hodnoty se vyvíjely v kontextu historického vývoje lidské společnosti. Mluvíme-li o hodnotách v péči o osoby se ztrátou soběstačnosti z důvodu věku či nemoci, můžeme říci, že základem pro vznik systému péče byla a je křesťanská láska k bližnímu. Ve vývoji hodnot v péči o tyto osoby je možné sledovat posun od materiálního zabezpečení (záchrana prostého života, poskytnutí přístřeší a stravy), k důrazu na zachování hodnoty zdraví (ošetřování nemocných, péče o umírající, komunitní péče) a sociální pomoci (od domovského práva, důchodové a sociální zabezpečení až k dnešnímu konceptu kvality života). Kvalita života úzce souvisí s lidskými potřebami a s jejich mírou uspokojování v rovinách bio-psycho-sociálně-spirituální (Havrdová, 2010, s. 52 - 53).

Čtyřstranný pohled na lidské potřeby je uveden v zásadním dokumentu Unesco – Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (19 October 2005), kde je v preambuli uvedeno, že lidská individualita má biologické, psychologické, sociální a duchovní dimenze³.

³ UNESCO – Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (19 October 2005). „Also bearing in mind that a person's identity includes biological, psychological, social, cultural and spiritual dimensions.“ [on-line].

Dostupné 14. 1. 2015 z: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf>

Pokud vezmeme v potaz péči o seniory, tyto dimenze jsou již součástí některých ošetrovatelských plánů, zatím především využívaných v zahraničí, ale v současné době se již toto vnímání širšího pohledu na lidskou osobu a propojení začíná projevovat i v přístupech snažících se pozvednout kvalitu péče v prostředí České republiky. V Psychobiografickém modelu péče o seniory jsou tyto dimenze zahrnuty a vzájemně se propojují.

Hodnoty jsou obecně definovány v publikacích o etice, s níž jsou nedílně spjaty. Téma hodnot je zpracováno v mnoha českých i zahraničních titulech, a to především ve spojení se oblastí sociální práce. Jak uvádí Jana Švandlerová podle Bowlese a kol., v publikaci Zuzany Havrdové (2010, s. 168): „Vzhledem k faktu, že neexistuje obecně platný a uznávaný seznam hodnot, je nutné, pokud hovoříme o hodnotách a etických principech, se opírat o etický kodex, který hodnoty a etické principy uspořádává.“

Etickým kodexem se zabývá kapitola v závěru teoretické části práce.

4.2.1 Hodnoty a organizace poskytující péči

Nejen individuální hodnotové systémy pracovníků se promítají do vztahů ke klientům, ale také hodnotová orientace neboli kultura celé organizace formuje své pracovníky do poloh, kdy je jejich angažovanost povzbuzována či potlačována.

Z. Havrdová (2010, s. 86 – 87) ve své studii zaměřené na hodnoty v sociálních službách uvádí:

„Hodnoty a jejich systémy jsou osvojovány a předávány sociálním učením. Po přijetí jedincem za vlastní se stávají rezistentní vůči změnám a již zabudované hodnotové rámce si jedinec ve většině případů pečlivě brání. Pokud tedy uvažujeme o změně způsobů poskytované péče a to v kvalitativním měřítku, znamená to většinou přebudování již stávajících hodnotových systémů, jde vlastně o resocializaci pracovníků, kteří v organizacích již delší dobu pracují, nebo těch, kteří dosavadní způsob práce přijali za vlastní. Proměna jejich hodnot je významným zásahem do jejich osobní integrity, což může u dospělého člověka vyvolávat úzkost a odpor.“

L. Musil chápe kulturu organizace ze dvou poloh, za první jako řadu okolností, které ovlivňují přístup pracovníků ke klientům a za druhé jako vztahy, které pracovníky spojují do akceschopného kolektivu (Musil, 2004, s. 19).

Hodnotová orientace, tedy kultura organizace, vytváří prostředí, ve kterém se pracovníci pohybují a na něž odpovídají svým pojetím a způsobem péče. Zuzana Havrdová ve své práci používá typologii organizační kultury podle Hawkinse a Shoheta, kteří jich rozlišují šest typů. Pět z popsaných je chápáno jako dysfunkčních a jen jeden je podle autorů funkční (Havrdová, 2011, s. 22).

Jedná se o tyto typy:

1. kultura osobní patologie – problémy pocházejí od jednotlivců
2. byrokratická kultura – vysoké nároky na výkon a nízké na vztahy
3. kultura „hlídej si záda“ – snadno obětuje jednotlivce
4. krizová kultura – permanentní vytváření krizí
5. aditivní kultura – závislé jednání v organizaci převládá
6. kultura učící se a rozvojová – charakteristická vysokou kongruencí mezi zájmy organizace a zájmy pracovníků.

Havrdová také uvádí závěry výzkumu Beddoeové, kde shrnuje i kritické postřehy pracovníků k učící se a rozvojové kultuře, která může pod záminkou dalšího vzdělávání pracovníky demotivovat tím, že honbou za určitým počtem kreditů či odučených hodin může docházet ke ztrátě smyslu vlastního učení a jejich vlastního rozvoje. Důsledkem je, že se pracovníci cítí zpředmětněni a zneužiti pro administrativní výkazy a manažerské praktiky. Zdravě vyváženou variantu učící se a rozvojové kultury vidí opět Beddoeová především ve vyšší participaci pracovníků i nižšího managementu na dění uvnitř organizace a také k uznávání emocionálních nároků práce pracovníků (Havrdová, 2011, s. 23 - 24).

Protikladem kultury osobní patologie, tedy obviňování a vyvolávání studu je podle Beddoeové kultura kolektivní odpovědnosti za chyby a kultura spolupráce. Workoholickou kulturu doporučuje nahradit kulturou založenou na vyrovnanosti pracovního života a zplnomocňování, spolupráci při rozhodování a na reflexi. Jediný typ „správné“ kultury tedy Beddoeová nahradila subkulturami, které nejsou v rozporu s typem „učení a rozvojem“, ale varují před jejich idealizací a totalizací (Havrdová, 2011, s. 23).

Kultura organizace je úzce spjata s kvalitou péče. Indikátorem pro její měření jsou standardy kvality. Jelikož je potřeba standardy aplikovat na všechny druhy služeb jsou principy zde obsažené formulovány obecně a je na každém poskytovateli, aby vydefinoval, co konkrétně v daném zařízení znamenají. Konkretizaci abstraktních

pojmu s hodnotovým a etickým nábojem, jako je důstojnost, kvalita života nebo autonomie, je možné dosáhnout individuálním přístupem ke klientům, se stanovením si cílů na základě znalostí předchozího života klienta i jeho současných potřeb, jejich realizací a přehodnocováním v procesu individuálního plánování (Havrdová, Štechmanová, Šafr a kol., 2011, s. 72). Zákonem stanovené požadavky na plánování služby nelze kvalitně naplnit bez aktivního zapojení pracovníků, bez jejich angažovaného přístupu k poskytování péče.

Podstata a smysl standardů kvality spočívá v podpoře osobního růstu a nezávislosti uživatele, ale také v podpoře zaměstnanců a ve vytváření co nejpříznivějších podmínek pro poskytování služby. Při záměru docílit změny v přístupu ke klientům do polohy „nové kultury“ orientované na klienta vyvstává otázka, jakou roli v této změně přístupu ke klientovi hraje kontext organizační kultury (Havrdová, Štechmanová, Šafr a kol., 2011, s. 73).

4.3 Moc v pomáhajícím vztahu

Moc člověka nad tím druhým se podobá klíčům, které ten druhý drží a je na jeho vůli, zda dveře otevře. Moc hledá užitnou hodnotu věci, opakem je láska, které jde o důstojnost člověka (Frankl, 2007, s. 50).

Setkání s druhým člověkem nám vkládá kus jeho života do našich rukou, jak uvádějí Henriksen a Vetlesen (2000, s. 201): „De facto se naše životy křížují a propojují. Jak vystupujeme v kontaktu s klienty, ...kolegy, jaký postoj zaujímáme při hovoru, to vše signalizuje způsob naší péče v situaci, kdy jsou v našich rukou, když jsou nám vydáni.“

Lucie Smutková a Martin Smutek velmi pěkně zpracovali problematiku moci ve své práci. Na první pohled by se mohlo zdát, že zabývat se problematikou mocenských vztahů mezi pracovníkem a klientem v takovém oboru lidské činnosti, jako je sociální práce, není opodstatněné. Vždyť sama povaha tohoto oboru spočívá na principech rovnosti a solidarity se znevýhodněnými za účelem posílení jejich plnoprávného zapojení se do společnosti. Stejně jako na kterémkoli jiném poli lidské činnosti zde vstupuje do hry velké množství nejrůznějších faktorů, které způsobují převahu moci na jedné straně – na straně sociálního pracovníka. Klient je bezmocný tím, že něco potřebuje, pomáhající je mocný tím, že pomáhá (Smutek, Kappl, 2006, s. 466).

Hranici pomoci si lze připodobnit jako snahu o vytvoření rovnovážného vztahu mezi klienty a personálem. Pro omezené zdroje je každá ze zúčastněných stran donucená přistupovat na určité kompromisy při respektování hlavního cíle. Ten je obsažen v Zákonu o sociálních službách č. 108/ 2006 Sb. a je jím předcházení či řešení sociálně nepříznivé situace osob. Tato činnost musí být poskytována tak, aby zachovávala vždy lidskou důstojnost, musí být poskytována v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovým způsobem, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108/ 2006 Sb.).

Moc také můžeme vztahovat k integritě již zmíněné Eriksonem. Pokud mám nad klientem moc v zařízeních sociálních služeb, ve většině případů rozhoduji, co se bude dít s jeho osobou, jak bude trávit čas, jak a co bude jíst, jak bude vypadat jeho den, zda si udělám čas a věnuji mu ze svého života určitou část. Při práci s osobami, které nemají dostatečně fundovaný náhled na svou situaci, osobu ani čas, osoby u kterých nemoc zastírá tento náhled, je otázka moci člověka nad člověkem velmi aktuální a otevřená.

Lidé v sociálních zařízeních se nacházejí v omezeném prostoru, kde si uspokojují své potřeby s větší či s menší úspěšností. Toto uspokojování souvisí také se způsoby projevoování těchto svých potřeb. Jak uvádí PhDr. Hynek Jůn (2010, s. 12): „... toto uspokojování se může projevoovat nevhodným chováním klientů.“

Klienti se svým chováním snaží dosáhnout uspokojení svých potřeb a zaměstnancům jde v podstatě o stejný cíl, také si uspokojit své potřeby – splnit úkol, kterým je péče o svěřené osoby. Třetí plochou se stává rozdílný pohled na způsoby dosažení tohoto cíle, kterým je pocit klidu a pohody (Jůn, 2010, s. 12).

Rozdílné představy o splnění cíle ústí do složitých situací, ve kterých se musí především pracovník rozhodovat, zda a jak bude postupovat. Každá taková situace nese etický náboj, a jak uvádějí Henriksen a Vetlesen (2000, s. 205): „... stojíme- li před složitou situací a máme se rozhodovat, a to také v případě rozhodování za druhého, nikdy nestojíme v neutrálním poli, vždy jsme aktéry na poli morálním. Znamená to, že náš vztah s druhými lidmi má vždy etickou dimenzi, je vždy z etické látky.“

4.4 Angažovanost

V současném světě jsme stále více obklopeni technikou, civilizací, umělým světem. Příroda rychle mizí, včetně „přírody“, která je obsažena v samotném žití života, to je

v citech, kontaktu s tělem, ve spontánnosti. Variantou kontaktu s přírodou je pomáhání, jde tedy o kontakt s životem a jeho podporou (Kopřiva, 2006, s. 17).

4.4.1 Angažovaný a neangažovaný pracovník

Na angažovanosti pracovníků, neboli na zaujetí, závisí také důstojnost člověka. Jak dále uvádí Karel Funk (2014, s. 64): „...zaujatý člověk si se seniorem vyměňuje názory, naslouchá mu, vnímá jeho pocity. Dává najevo úctu k vnitřnímu bohatství a pestrosti životních prožitků svého protějšku. Takového rozeznáme i podle výrazu očí a modulace a intonace hlasu, ten není rutinní, bezmyšlenkovitý, monotónní, naučený, ale každá věta je citově zbarvená, oživená.“

Člověk nezaujatý, tedy neangažovaný, žije dvěma životy. První život probíhá v zaměstnání, jde o rutinní a úřednické chování, chladné, bez emočního zbarvení, druhý nastává ve volných chvílích (Kopřiva, 2006, s. 17). Takový člověk pocítuje stavy rozpolcenosti, rozdvojenosti, něco ho trhá, je nespokojený, stále hledá, jak by svému žití dodal smysluplnosti, hledá stále nové zážitky, rozšiřuje své majetky, ale pocít štěstí se nedostavuje, stále ho něco někam pohání, někam dál a výš.

J. Šimek (1995, s. 165) se zamýšlí nad otázkou: „Jak má vypadat ideální člověk? Má veškerou svou energii věnovat druhým nebo má jít jen za svými cíli?“ Odpovídá úvahou, která vychází z výzkumů moderních věd o člověku. Tyto dokládají, že společnost, jejíž členové si přestanou vzájemně pomáhat, zaniká, ale upozorňuje zároveň na to, že když chce jedinec pomáhat, musí mít sám dost sil a musí mít alespoň základní pudové potřeby naplněny (Šimek, 1995, s. 165).

Realizace potřeb ve společnosti konkurenčních jedinců a zároveň zohlednění potřeb ostatních zakládá dialektický vztah zdravé sobeckosti a konkurenceschopnosti, kdy je jedinec zároveň soupeřem ostatním, ale zároveň ví, že pokud bude potřebovat, bude o něj postaráno. Nabízí se otázka, jaká je hranice a zda se dá vůbec vymezit zdravá sobeckost a konkurenceschopnost k zajištění svého vlastního života (Šimek, 1995, s. 166).

Šimek (1995, s. 172) ve své knize potřebnost rozdílností v nastavení hranic vysvětluje slovy: „Svět lidí se neobejde bez jedinců, kteří pomáhají svým spoluobčanům, ale ani bez těch, kteří jdou tvrdě za svými cíly a objevují nové přírodní zákonitosti, vynalézají nové stroje, probíjovávají užitečné myšlenky.“ Odhalení a pochopení svých

předpokladů pro určitou práci může mnohým ulehčit pochopení své orientace v životě a přispět k jeho plnohodnotnosti a ke spokojenosti se sebou samým.

Podle Šimka za své skutky každý člověk očekává odměnu, tou může být přímý materiální zisk, ale také těžko měřitelný dobrý pocit z vykonaného. Při vykonání určitého skutku, kdy člověk neočekává přímý hmotný prospěch, se uplatňuje v životním postoji jakási „lehkost“ a hravost. Hrou jsou také záliby, koníčky, sport, ale za hru lze také považovat celý lidský život, protože do něj mnohé vkládáme, aniž umíme odhadnout konečný výsledek. K tomuto umění hravosti patří i schopnost přistoupit na riziko prohry a neočekávání návratu vložených nákladů. Člověk, který umí druhým věnovat něco ze svého majetku a ze své energie jen tak, ze své hravosti a z radosti ze života, pociťuje emocionální uspokojení (Šimek, 1995, s. 173).

Hravost přerůstá v altruismus a angažovanost. Angažovaný pracovník má zajisté zájem o své okolí a zajímá ho, jaký „produkt“ vytváří. Tím je myšlena určitá rezonance ve vztazích. Jak uvádí opět J. Šimek i zdánlivé maličkosti jako je úsměv, prokázaná nezištná služba, podporuje i v druhých sklon k podobným akcím. Tak může angažovaný pracovník ovlivňovat atmosféru v organizaci a také podle J. Šimka může být podnětem k vzniku řetězové reakce tzv. řetězení (Šimek 1995, s. 172).

Angažovanému pracovníkovi je ziskem emoční ladění a účast na klientově životě. Darem je možnost účasti na životě toho druhého, aktivizací jeho změn. Postoje sobectví či altruismu zajisté velmi ovlivňují motivaci člověka k práci, pro pomáhající profesi to platí o to více, že člověk pracuje s mocí nad druhými, na něm závislími.

4.5 Motivace pečovatелů

Práce pracovníků v sociálních službách se neobejde bez vzájemné spolupráce, která se odehrává v určitém pracovním kolektivu, který v ideálním případě vytváří spolupracující tým. Takový tým má určité znaky, například podle N. Hayese má dobrý tým jasné vědomí sebe samého jako zvláštní skupiny, ale jeho členové jsou zároveň schopni vstupovat do pozitivních interakcí s ostatními lidmi v podniku či instituce. Tým lidí, kteří spolupracují, dokáže více než ti samí jedinci pracující samostatně (Hayes, 2005, s. 25).

Základem týmové práce je vzájemný respekt jeho členů k sobě navzájem a také respekt managementu ke svým podřízeným. Zavedené manažerské praktiky, které tradičně

předpokládají, že manažer ví vše nejlépe a že bude řídit práci na oddělení nejlépe, jsou překážkou pro podporu tvorby týmového způsobu práce. Změna od centrálně řízené struktury ke struktuře orientované na týmy obnáší zásadní změnu od sledování a kontroly pracovníků k respektování a důvěře. Dále Hayes (2005, s. 37) uvádí: „Je třeba opustit názor, že lidi je nutné bedlivě sledovat a kontrolovat a že nejspíš zneužijí jakékoliv svobody, které se jim dostane, a místo toho přijmout myšlenku, že odpovědnost a autonomie, kterou lidé dostanou, je povede k odpovědnosti a autonomii: když se jim bude důvěřovat, stanou se z nich důvěryhodní lidé.“

Pro práci podle Psychobiografického modelu péče je nepostradatelná spolupráce jednotlivých pracovníků, ta může mít formu skupinové nebo týmové spolupráce, kdy druhá forma je pro dosažení vysokých cílů cennější. N. Hayes uvádí jako nejdůležitější rozdíl mezi skupinou a týmem skutečnost, že tým tvoří lidé aktivně spolupracující na dosažení svých cílů, kdežto skupina je tvořena osobami, které dělají jen svou práci. Jednotliví členové týmu se svým přínosem vzájemně doplňují, zatímco ve skupině jsou její členové převážně zaměnitelní. Tým se od pracovní skupiny liší v tom, že se zaměřuje především na úkol a je složen z jedinců s různými, ale doplňujícími se znalostmi a dovednostmi (Hayes, 2005, s. 58 - 60).

Pro vznik dobrého týmu má nemalý význam role vůdce týmu. Vůdce disponuje mocí, kterou určuje směr ve skupině a týmu. Motivování pracovníků ke zvýšení pracovního výkonu, ke zvýšení kvality práce a také k angažovanosti využívá vůdce svou moc, které je legitimním nositelem (Hayes, 2005, s. 92 -93).

Hlavní typy moci v podnicích a institucích lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří moc, která závisí na pozici jednotlivce v podniku či instituci, patří sem moc odměňovací, moc legitimní, nátlaková a informační. Druhou skupinou je moc pramenící z osobnostních rysů jednotlivce, patří sem moc expertní, referenční, přesvědčovací a charisma. Studie věnované moci na pracovišti odhalily, že moc odměňovací, legitimní a nátlaková jsou nejméně účinné, buď nemají žádný vliv nebo je jejich vliv na chování lidí v práci či jejich spokojenost negativní. Moc expertní a referenční vede obvykle k pozitivním výsledkům, lidé se více zapojují do pracovního procesu (Hayes, 2005, s. 92 - 93).

Tabulka č. 1

Typy moci:

Odměňovací moc	moc, která pramení ze schopnosti ovládat zdroje a odměny podniku či organizace, jako jsou platy a prémie
Nátlaková moc	moc, která pramení z ovládnutí postihů či trestů, jako jsou různé důtky či zproštění funkce
Legitimní moc	moc, která pramení z postavení dané osoby v rámci organizace a která ji staví do pozice autority
Referenční moc	moc, která pramení z oblíbenosti u podřízených či jejich respektu vůči dané osobě
Expertní moc	moc, kterou získává člověk jako uznávaný odborník na určitou oblast či dovednost
Informační moc	moc, která pramení z kontroly nad zdroji informací a pohybem informací v organizaci
Přesvědčovací moc	moc, která pramení ze schopnosti přesvědčit ostatní o určitém průběhu činnosti či rozhodnutí
Charisma	moc, která pramení z osobní přitažlivosti a schopnosti přenášet určitou dynamiku na ostatní lidi tak, že s danou osobou rádi spolupracují a pomáhají jí k dosažení jejích cílů

Zdroj: Nicky Hayes dle Shackleton (1995; otištěno se svolením Thomson Learning)

Moc je nástrojem k utváření a formování pracovníků. Jak je zřejmé z tabulky č. 1 nositeli moci jsou vůdci, kteří formují pracovníky do poloh více či méně angažovaných. Rozeznáváme dvě polarizace vůdcovství, první skupina je přesvědčena, že lidé potřebují k podávání požadovaného výkonu kontrolu a přísná pravidla, protože jsou ve své podstatě líní a nespolehliví. Druhá skupina oponuje, že lidé jsou ve své podstatě vnitřně motivováni, chtějí pracovat, a je-li jejich práce oceňována, pracují tvrdě a bez donucení (Hayes, 2005, s. 89 -90).

Jak dále píše Hayes (2005, s. 89): „Tato přesvědčení se neomezují jen na pracovní vztah, ale jsou součástí mnohem širší diskuse o lidské povaze, která je základem

politických, vzdělávacích a sociálních praktik v západní společnosti. V praxi se však tato přesvědčení mění v sebenaplňující proroctví.“

Lidé jsou velmi citliví na neverbální signály v každodenní interakci, výsledkem je jejich naplnění očekávání od svého vůdce (manažera). Takzvané sebenaplňující proroctví je tak naplněno. Manažeři, kteří svým pracovníkům nevěří, jim dávají nevědomě najevo svůj skepticismus, pracovníci se na oplátku nesnaží chovat důvěryhodně a pracovní úkoly se nedaří plnit dle očekávání. Opakem je pak stav, kdy manažeři svým pracovníkům věří. Věří, že se pracovní úkol v požadované kvalitě vykoná, dávají tak signály, kterými pracovníky motivují a povzbuzují k jeho splnění (Hayes, 2005, s. 87).

Pro motivaci pracovníků mají nemalý účinek systémy odměn a trestů využívaných manažery v organizacích. Jejich dopad na vlastní práci je prokazatelný. Odměňovat žádoucí chování je podle psychologů účinnější než trestat nežádoucí chování. Systémy odměňování jsou srozumitelnou zpětnou vazbou, která lidem sděluje, co je žádoucí, opakem pak tresty takové informace nepodávají a navíc tresty znemožňují lidem pracovat efektivněji z důvodu emocí, jako jsou úzkosti, strach, zlost či rebelantství, které vyvolávají. Účinným způsobem osobní motivace jednotlivců v týmu je jejich individuální hodnocení, které naplňuje potřebu každého člověka, a to je potřeba uznání a ocenění (Hayes, 2005, s. 126).

4.6 Etická podpora pro pracovníky

4.6.1 Etika a morálka

Etika je filozofická praktická disciplína. Etika z řeckého slova „*ethos*“, v češtině znamená „*zvyk, obyčej, mrav*“. Předpokladem etiky je člověk, jako svobodná a rozumná bytost, schopná svobodné a rozumné volby jako podmínky pro morální odpovědnost (Kutnohorská, 2007, s. 11).

Vývoj etiky je totožný s vývojem filozofie, hlavní zásluhu na vzniku etiky jako vědy o jednání lidí ve společnosti má zejména řecký filosof Aristoteles. V průběhu dějin etika kopíruje různé filozofické směry a jejím předmětem je morálka. Mravné, tedy ctnostné je tedy vše, co vede k lepšímu životu na tomto světě (Jankovský, 2003, s. 21).

Latinské slovo „*mos – mores*“ znamenající v češtině „*mrav, zvyk, obyčej, způsob*“ v původním slova smyslu znamená vůli, tu která je člověku uložena autoritou, kterou

jsou především zákony a předpisy. Morálka hodnotí jednání člověka z hlediska dobra a zla (Jankovský, 2003, s. 24).

Etika je pak praktickou filosofickou disciplínou, je to věda o správném způsobu života, o morálce, hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla a srovnává jej se svědomím člověka (Jankovský, 2003, s. 21 - 22).

J. Kutnohorská (2007, s. 12) morálku definuje: „...jako určující veličinu pro společensky žádoucí a nežádoucí jednání člověka, které usměrňuje chování člověka ve společnosti. Je to vlastně schopnost rozeznávat dobré od zlého,... tak se vytvářejí mravní vztahy, což jsou postoje jedince k sobě i k ostatním lidem... Morálka v ošetrovatelství (můžeme chápat také v sociálních službách) je to, co se dotýká dobra a prospěchu nebo škody a ublížení nemocnému.“

Etiku je možné přiblížit také z křesťanského úhlu pohledu, a to jeho chápáním zkušeností, že osoba je vyjádřena v myšlence Božího dítěte. Důstojnost osoby je být synem a dcerou. Pojem osoby, který svým významem směřuje především k jedinečnosti a nezaměnitelnosti člověka, má v podstatě biblicko-teologické kořeny (Špiner, 2004, s. 21).

Cílem křesťanské etiky je pokora, jak uvádí D. Špiner, člověk si uvědomí, čím je on sám jako obyvatel planety, a že planeta je jen zrnko prachu v kosmických prostorech. Osobní ambice jsou pak eliminovány tímto vědomím pokory. Jak dále Špiner (2004, s. 107) píše: „...v kosmu je člověk skutečným nic a na druhé straně se i s touto částičkou počítá, má své místo, má svůj smysl.“ Skutečná pokora není pozlátkem, kterým se můžeme ozdobit, a nesnižuje lidskou důstojnost. Pravá pokora je vlastně velikostí člověka (Špiner 2004: 108).

Jednání jednotlivce a jeho dopady se zdají z pohledu velkého počtu individuálních osobností nevýznamnými, ale právě dnešní odcizenost člověka – jak uvádí J. Jankovský (2003, s. 10, 11): „...a to ve všech rovinách - tedy k sobě, druhým i k řádu bytí, který nás přesahuje, je jedním z typických atributů současnosti. Zdá se, že díky moderním technologiím může člověk téměř vše. Ovšem v tomto kontextu se objevuje množství etických problémů (...). Nesnadné je pak rozhodování v situacích, kdy je potřeba zaujetí zodpovědného postoje v rámci výkonu pomáhajících profesí, tedy v bezprostřední interakci s ostatními lidmi, respektive s osobami, které jsou v naší péči a za které jsme také v určité rovině odpovědny.“

Být mravní osobou znamená být mravně odpovědný za své činy. Všechny úkony péče mají tedy morální dopad, jsou jimi vztahy lidí, vztahy mezi jednotlivci, vztahy jednotlivce ke skupině a také jednotlivce k sobě samému (Kutnohorská, 2007, s. 11 - 12).

4.6.2 Autorita etiky

Etika je pro pomáhající profese normou, která je autoritativně odůvodněná. Autoritativně ji odůvodňují normy, kterými mohou být osoby, texty, tradice, právní řád nebo věda (Anzenbacher, 1994, s. 127).

Etika je osobní výzvou k zaujetí stanoviska, ke kultivaci úsudku, rozumu a moudrosti, k naslouchání, především v případě, když někdo jiný zastává odlišný názor (Henriksen a Vetlesen, 2000, s. 204).

Významnou etickou normou, která je základem legislativní soustavy v České republice a je stěžejním dokumentem, je Listina základních práv a svobod. Tato je součástí ústavního pořádku České republiky a je předpisem č. 2/1993 Sb.

Nejzákladnější, všeobecně uznávané hodnoty lidství vyjadřují lidská práva, která jsou nezadatelná, nezczizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. Potřeba zajistit lidská práva je univerzální, nezáleží na geografických hranicích. K etickým povinnostem patří chránit a respektovat zvláště lidskou důstojnost (Kutnohorská, 2007, s. 51).

Právo člověka na zachování jeho důstojnosti a základní právo na život jsou zakotvené v Listině základních práv a svobod, dále jen „Listině.“

O těchto právech hovoří například:

článek 1., kde je uvedeno, že lidé jsou svobodní a rovní si v důstojnosti i v právech

článek 5. zakotvuje, že způsobilost mít práva má každý

článek 6. zajišťuje všem právo na život a jeho ochranu, a to i před narozením

článek 7. obsahuje právo na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí a její omezení může nastat jen v případech stanovených zákonem. Také nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení.

Cesta k uznání všeobecných lidských práv byla dlouhá. Významnými historickými dokumenty byla Americká deklaráce nezávislosti z roku 1776 a Deklarace lidských a občanských práv ve Francii z roku 1779. Pro novodobou historii lidských práv jsou významnými dokumenty Všeobecná deklaráce lidských práv (OSN 1948), Evropská

úmluva o lidských právech a základních svobodách (1950), Evropská sociální charta (1961). Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (1966), Listina základních práv a svobod - Helsinská deklarace (1973). Proces aplikace lidských práv se neustále vyvíjí, vznikají nové oborové a regionální charty a úmluvy, kodexy a další významné dokumenty, například Zdraví pro všechny ve 21. století (1998), Charta práv dítěte, Etické kodexy ... (Kutnohorská, 2007, s. 51 - 52).

4.6.3 Etika a motivace pracovníků

Významným faktorem pro způsob vnímání situace pracovníkem je úroveň jeho morální citlivosti a schopnosti reflexe situace a sebereflexe a celkově zralost jeho osobnosti, ale také zkušenosti v rozhodování v morální oblasti, úroveň jeho znalostí, dovedností a povaha jeho praxe v rámci profese i mimo ni (Nečasová M., Dohnalová Z., Talašová R., 2010, s. 76).

Doc. Jindřich Šrajter (2012, s. 86), Dr. theol. zdůrazňuje v etice sociální práce ne vždy docenovaný význam individuálně etických motivací. „Etika v sociální práci a s ní spojený požadavek komplexnosti v sociální práci rozhodují bezesporu o kvalitě sociální práce. Tato kvalita se ovšem nedá, zdá se, předpokládat beztoho, aniž by se zohledňovaly všechny s tím spojené skutečnosti, mimo jiné kontext proměn etického paradigmatu, úroveň morálního vědomí jednotlivce a morální klima ve společnosti.“ Etická motivace a smysl pro mravní povinnost, oběť a sebeodříkání, tedy konfrontace s obtížemi, jsou předpokladem pro předcházení stavů povrchnosti v individuálních postojích, které podporují „odstup“ v nasazení pro druhého (Šrajter 2012: 86).

Princip komplexnosti jako významný prvek v sociální práci se projevuje v praxi jako důraz na holistický a mezioborový přístup. Pohled na člověka v jeho celistvosti, tedy holistický přístup, podporuje a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu a blaho člověka (Nečasová, 2004a, s. 31–34).

Morální odpovědnost v soukromém a v pracovním životě nejsou a nemají být dvě odlišné věci. Jak dále Henriksen a Vetlesen (2000, s. 52) uvádějí:

„...panuje těsná souvislost mezi morálním uvědomováním jedince jako člověka a způsobem, jakým vykonává své povolání. V etické perspektivě je nejdůležitější vědomí, že ten druhý není pouhý klient, ale člověk, který svým bytím apeluje na lidskost v nás samotných. ...v profesním i čistě osobním rámci vznikají morální relace

na základě sdíleného lidství.... Morální odpovědnost má tedy konstantní jádro, které je společné pro osobní jako i profesní svazky.“

Plně rozvinutá morální odpovědnost je u dospělého jedince, který je nositelem péče a odpovědnosti. Schopnost morální odpovědnosti prochází určitým vývojem od dětství, které je především příjemcem péče a odpovědnosti (Henriksen a Vetlesen 2000, s. 52).

Pro práci s klienty s demencí má význam uvědomění si, že u osob se sníženou rozhodovací schopností dochází také k jakési regresi morální odpovědnosti, taková osoba je více příjemcem péče a odpovědnosti než jejím nositelem. Vědomí této motivace chování klienta pracovníkům ozřejmuje jeho projevy a podporuje jeho pochopení.

Soustava etických principů a norem pro poskytování sociálních služeb je obsažena v etických kodexech. Sociální služba musí být poskytována v souladu s platnou legislativou a zároveň musí vycházet také z obecně platných etických principů. Etické zásady se vymezují vůči chování ke klientům, pro interpersonální vztahy a také pro vztahy mezi kolegy. Používání etických principů ve všech mezilidských vztazích by mělo být samozřejmostí (Malíková, 2011, s. 54).

4.6.4 Etický kodex

IFSW - International Federation of Social Workers, Mezinárodní federace sociálních pracovníků jako nadnárodní autorita pro pracovníky v jednotlivých zemích na svém valném shromáždění v Adelaide v Austrálii v říjnu 2004 přijala návrh mezinárodního etického kodexu sociálních pracovníků (viz Příloha č. 2). Tímto dokumentem dává spolu s IASSW – International Association of Schools of Social Work, Mezinárodní asociací škol sociální práce, najevo podporu sociálním pracovníkům na celém světě k reflexi jejich práce a k tomu, aby jejich rozhodnutí byla eticky podložená (Nečasová, 2004a, s. 31).

Pojem sociální práce upřesňuje rozsah a působnost činnosti sociálních pracovníků, nejnovější verzi definice, kterou vydala IFSW v červenci 2014 je tato citace:

„Sociální práce je akademická a profesní disciplína založená na praxi, která podporuje rozvoj společnosti, změny ve společnosti, sociální soudržnost a posiluje svobodu lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k odlišnostem jsou pro sociální práci klíčové. Podpořena teoriemi sociální práce, sociálních věd, humanitními i vlastním znalostmi se sociální práce zabývá lidmi

asubjekty zaměřenými na řešení životních problémů a zlepšování životních podmínek. Výše uvedená definice může být aplikována jak na celonárodní, tak na regionální úrovni.“⁴ (IFSW, 2014)

Členské země IFSW mezinárodní kodex začleňují do svých národních dokumentů, ve kterých zohledňují specifika dané země. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabyl účinnosti od 20. 5. 2006. Je složen z několika částí, a to z části obsahující etické zásady, dále pak z části o pravidlech etického chování sociálního pracovníka a z části o etických problémových okruzích (viz Příloha č. 1).

Hodnotové systémy pomáhajících profesí jsou zakotveny v etických kodexech, které spoluvytváří prostředí pro formaci pracovníka do polohy angažovaného a vnímavého člověka. Nelze důsledně oddělovat profesní a osobní stránku osobnosti při práci, kde je kladen značný důraz na vztah mezi klientem a pomáhajícím. Výsledkem takového emočně naplněného a eticky zabarveného konání je změna na obou stranách vztahu. Etický kodex může být využit jako opora ve vyhraněných situacích vzájemného působení jednotlivců, skupin, organizace a také k podpoře zaujetí postoje k celospolečenským jevům.

⁴ „Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing. The above definition may be amplified at national and/or regional levels”.IFSW [on - line]. Dostupné 5. 2. 2015 z: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>

II. Metodologická část

5 Chápající rozhovor

Pro svou práci jsem si vybrala metodu, kterou uvádí J. C. Kaufmann jako chápající rozhovor. Jsem si vědoma, že takto získaná data mohou být velmi ovlivněna osobou tazatele, jak uvádí J. C. Kaufmann (2010, s. 11): „Rozhovor je totiž metoda, která se zdá měkká, vlastně až příliš přístupná, a priori podezřelá.“ Chápající rozhovor je metoda málo rozšířená, ale zároveň svými východisky podobná řadě jiných metod. Čerpá například z techniky položeného rozhovoru. Pro zvolený cíl výzkumu je vhodnou alternativou pro získání dat týkajících se hodnotového systému dotazovaných.

Základy mé výzkumné práce odvozují z principů fenomenologického zkoumání, které si klade jako hlavní cíl popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina (Hendl, 2008, s. 126).

Předpokládám, že hodnotové preference se významně odráží v emocionálním prožívání empatického vztahu pomáhajících a potřebných.

Emoce ovšem jsou velmi těžce měřitelnou veličinou, kterou je možné na straně dotazovaného záměrně zastírat, ukrývat, fabulovat. Pro tazatele mohou být odpovědi velmi obtížné a těžko zařaditelné. Běžné odpovědi typu ano, ne, nevím, částečně apod., které se využívají v kvantitativním výzkumu, se k tématu emocí a hodnotového systému jeví jako málo vhodnými pro svou strohost a neobsažnost.

5.1 Představení metody

Osobní mínění nebývá ve svém celku homogenní. Názory na stejnou otázku mohou být rozmanité, dokonce protichůdné, ovlivněné úrovní vědomí dotazovaných. Každý rozhovor skýtá bezedné bohatství a nekonečnou komplexnost, která zdaleka nejde popsat vyčerpávajícím způsobem (Kaufmann, 2010, s. 24).

Tato skutečnost může být značnou překážkou při vyhodnocování získaných dat.

Má výzkumnická nezkušenost je pro mne zajisté handicapem, ale mohu také předpokládat, že nejsem zatížená teoretickými předpoklady takzvaných klasických modelů sběru dat.

Jak uvádí J. C. Kaufmann (2010, s. 27): „...v neosobním rozhovoru je problematika z největší části zformulována již v počáteční fázi a záznam rozhovoru slouží k verifikaci a sběru dat. Vzorek pro takový rozhovor by měl být pečlivě vybraný a reprezentativní, struktura otázek standardizovaná a neměnná. Závěrečná analýza se má co nejvíce držet dat a co nejméně interpretovat.“

Metoda chápacího rozhovoru obrací způsob konstruování objektu, vychází z terénu a následně vytváří teoretický model (Kaufmann, 2010, s. 27). Toto je také cílem této metody, zjištění tvorby sociálního hodnotového systému jedinců.

5.2 Kritika metody

Chápací rozhovor může působit neuspořádaným dojmem, ve srovnání se standardizovaným rozhovorem se zdá, že nástroje jsou neukotvené a že se přizpůsobují náladám výzkumníka, který si dovolí interpretovat materiál po svém (Kaufmann, 2010, s. 32).

Obhajobou pro využití metody kvalitativního výzkumu je skutečnost, že takzvané „silné modely výzkumů“, představované racionálními metodami, v podstatě omezují vlastní objevování. Kvalitativní výzkumník se snaží vytvořit určitou hypotézu na základě malého množství sesbíraných dat, která se ovšem snaží analyzovat do co největší možné hloubky.

Kvalitativní metody jsou určeny spíše pro pochopení, zachycení jednání, procesů a teoretických modelů než k systematickému popisu, měření či srovnání. Jde o obrácené pořadí, výzkum začíná v terénu a teoretická práce nabývá významu později, ale zároveň nejsou obě části od sebe odděleny (Kaufmann, 2010, s. 32).

5.3 Etika výzkumu

Při přípravě na vlastní terénní práci jsem se seznámila s několika body týkajícími se otázek etiky výzkumu.

Prvním bodem podle J. Hendla je otázka získání informovaného souhlasu. Tím je myšleno, že osoba, účastníci se studie, musí být nejdříve plně informována o důvodu, průběhu a využití výzkumu (Hendl, 2008, s. 153).

Dalším bodem je problematika svobody odmítnutí. Mohu předpokládat, že se při vlastních rozhovorech setkám s reakcemi, kdy mi dotazovaný odmítne z různých důvodů odpovědět na mé otázky. Analýza takové zkušenosti může být zahrnuta do výzkumu, může mít svůj skrytý význam.

Identitu účastníků je nutné zachovat skrytou, pro zachování anonymity budu ve své práci uvádět místo jmen jen označení respondentů velkými písmeny abecedy. Jak ovšem argumentuje J. Hendl, pouhé zachování anonymity není ideální, identitu lze někdy odhalit ze souvislostí. Na tento problém mohu ve svém výzkumu zajisté narážet a je nutné s ním pracovat tak, aby skutečná identita nebyla odhalitelná. J. Hendl nabízí řešení, například pozměněním určitých skutečností, pokud to nenaruší vyznění zprávy (Hendl, 2008, s. 153).

Zachování anonymity je ochranou respondentů, ale i vlastní výzkumník si musí být vědom možných rizik, která jej mohou zasáhnout. Tazatel se dotýká témat, která mají velmi často značnou váhu a mohou být také značně emočně nabitá.

Při rozhovoru může nastat stav, kdy se účastník více otevře a rozhovor se změní ve formu terapie, což posouvá roli výzkumníka k roli terapeuta, na takovou ale nemusí být připraven a ani vybaven. Znovu se potvrzuje zásada, jak uvádí J. Hendl, že je důležité řádné promyšlení a příprava při tvorbě otázek a cíle výzkumu a že výzkum nesmí ohrozit tělesné nebo psychické zdraví zkoumaných jedinců (Hendl, 2008, s. 154, 155).

5.4 Validita výzkumu

Vlastní validita výsledků se může ukázat až s postupem času a za pomoci dalších výzkumů prováděných s podobným zaměřením.

Než se dostane výsledkům výzkumu zveřejnění, prochází výzkumník vlastní autokontrolou, kdy si uvědomuje, co je v jeho výzkumu pevnou částí a co je velmi nestabilní.

Představy o pevnosti mohou být ovlivněny výzkumníkovým přesvědčením a nepodloženými tezemi. Pro zjištění platnosti výzkumu se dají využít určité nástroje, jedním z nich je modelová saturace. Jde o vynořování se modelů postupně na základě

pozorování, které se zpřesňují zjištěnými fakty a stabilizují tak vlastní validitu výsledků, jedná se o vnitřní nástroj kontroly (Kaufmann, 2010, s. 36).

Dalšími validizačními nástroji jsou statistiky a již zveřejněné výzkumy podobného tématu.

Je vhodné konfrontovat výsledky předešlých výzkumů a rozdíly využít pro testování a upřesnění modelů.

Vlastní vytváření statistik, přehledů a různých tabulek může vhodně doplnit vlastní výsledky, ale není to ten nejobjektivnější nástroj pro validizaci výzkumu.

Nemálo důležité je odkazování na autory, kteří se podobným tématem zabývají či zabývali. Klasické odkazování na odborné texty napomáhá k zmapování již známých skutečností.

Zajímavým validizačním prvkem je využití odkazování na citaci z rozhovorů. Jde o zpestření vlastní prezentace, zde je nutné zachovat patřičnou míru, aby nedocházelo k dlouhým a bezkontextním citacím.

Příhodný název pro ukotvení a nastavení určitých hranic a zároveň vytvoření si vhodného volného prostoru pro kvalitativní výzkum je výraz „zarámování výzkumu“. Jde o dostatečnou teoretickou přípravu s odkazy na předešlé výzkumy na podobná témata (Kaufmann, 2010, s. 38).

5.5 Konstrukce objektu a výzkumné nástroje

Konstrukce objektu začíná již při zvolení si tématu výzkumu. Téma se v první fázi velmi rozvine, proto je nutné si již v počátcích výzkumu vymezit hranice a stanovit meze své práce.

Tím může být jednotící princip, který se výzkumník pokusí dodržovat při vlastním bádání.

J. C. Kaufmann doporučuje výzkumníkům začátečnickům utvořit si před vstupem do vlastního terénu určitou představu, která jej terénem provede a uchrání zbloudění (Kaufmann, 2010, s. 42). Představou je myšleno vytvoření si určité hypotézy, jakési kostry, na kterou se bude materiál získaný při výzkumu zavěšovat a dle druhu třídit.

Podle pracovního postupu jsem si na počátku vytvořila kostru výzkumu, tedy jakousi předběžnou osnovu práce. Ta mne provede vlastní prací. Zajisté ji budu v průběhu práce upřesňovat a různě dotvářet.

Dalším nástrojem, který se při kvalitativním výzkumu využívá, je vzorek. Jak ovšem uvádí J. C. Kaufmann (2010, s. 52): „vzorek se pro kvalitativní výzkum příliš nehodí, protože je spojen s představou reprezentativnosti a stability. V případě chápacího rozhovoru je důležitější správně vybrat respondenty než vzorek.“

Ve své práci jsem institut zkušebního vzorku pro ověření svých schopností vést a řídit polostrukturovaný rozhovor využila, a to ze zkušeností získaných v průběhu předešlého studia. Při vedení rozhovoru s velmi angažovanou pracovnící azylového domu, která mi poskytla vhodnou průpravu se získáváním dat, jsem se naučila efektivněji využít daný časový limit a řídit směr rozhovoru k určitému cíli.

Stěžejním nástrojem při vlastním výzkumu jsou otázky. Metoda chápacího rozhovoru neupřednostňuje přesné pokládání připravených otázek, ale formu konverzace mezi výzkumníkem a dotazovanými. J. C. Kaufmann doporučuje předem si pečlivě a konkrétně vypracovat otázky na fiktivního respondenta, s těmito se dokonale obeznámit, případně se je naučit zpaměti.

Otázky na sebe mají logicky navazovat a výsledně mají být všechny koherentní.

V sadě otázek se má na počátku objevit lehčí tón, jde zde především o navození stavu důvěry a zároveň slouží k orientaci v daném tématu. Další otázky se mají týkat vlastního tématu, ale v průběhu výzkumu je možné jednotlivé otázky přizpůsobovat respondentu, jen ústřední nit by měla zůstat stálou. Nejlepší otázky nefigurují v žádném seznamu, ale musí vyplynout z toho, co říká respondent. Dobrou otázku je možné vymyslet jedině tak, že soustředěně nasloucháme a intenzivně přemýšlíme, zatímco respondent mluví. Vhodně je zde uvedeno, že je důležité cítit určitý rytmus a ten kontrolovat (Kaufmann, 2010, s. 58).

III. Empirická část

6 Realizace výzkumu

Výzkum provedený Ingrid Štegmannovou, Jiřím Šafrem a Zuzanou Havrdovou ve svých závěrech nastínil problematiku vzájemných vztahů mezi pracovníky, jejich vzájemného oceňování, vlivu oceňování samostatnosti pracovníků přímými vedoucími a zaujetím těchto pracovníků klientem, pro jeho poznávání jako osoby na základě vztahu a komunikace (Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmannová a kol., 2011, s. 103). Ve svém výzkumu jsem se pokusila zjistit vliv hodnotových systémů a etického postoje na pracovníky v sociálních službách pro zaujaté, čili angažované poskytování péče klientům se syndromem demence.

Výzkumnou část jsem rozdělila do pěti oddílů.

1. Výběr a oslovení respondentů, dohodnutí schůzky.
2. Promýšlení otázek a jejich formulace – pracovní nástroj.
3. Vedení rozhovorů a jejich audiozáznam.
4. Transkripce rozhovorů.
5. Analýza získaných dat.

7 Výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří jednotlivé dotazované osoby - respondenti. Jejich výběr jsem realizovala metodou záměrného účelového výběru (Miovský, 2006, s. 135). Jako kritérium jsem stanovila různou délku praxe v přímé péči. Mezi mnou oslovenými pracovníci je značný rozdíl v délce praxe, nejkratší je doba jednoho a půl roku, nejdelší je dvacet čtyři roky. Oslovila jsem pracovnice ze dvou oddělení, která sídlí v různých budovách. V jedné z těchto budov probíhá rekonstrukce, což mohlo částečně ovlivnit odpovědi oslovených respondentek.

Zařízení, ve kterém byl výzkum realizován, je evidovanou právnickou osobou zřízenou podle Zákona č. 2003/2002 Sb. o církvích a náboženských společnostech, jejímž zřizovatelem je Česká církev evangelická. Koncem roku 2012 zde byla zahájena realizace projektu s názvem Naše cesta ke klientovi = naše cesta k člověku, v rámci Programu švýcarsko – české spolupráce. Jedním ze základních pilířů realizace projektu jsou vzdělávací programy pro všechny pracovníky, kteří se účastní poskytování péče. Vzdělávání je zaměřené na zvýšení vnímavosti personálu k potřebám klientů především v oblasti emočního prožívání.

Mohla jsem předpokládat, že osoby, které pracují na pracovní pozici pracovníka v sociálních službách a které jsou zatížené svou preferencí určitého způsobu práce, se nemusejí se změnami ve filozofii poskytování péče plně identifikovat. Změny způsobu poskytování péče jsou dány nejen zákonnými úpravami, ale také specifikou samotné organizace. Společenské změny, které působí na kvalitu poskytované péče, se promítají do vlastní práce především procesy individualizace a profesionalizace, a tím i postavením člověka při poskytování sociálních služeb (Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmannová a kol., 2011, s. 67).

Výzkumný soubor tvořilo šest pracovníků s pracovním zařazením pracovníků v sociálních službách – pečovatel na oddělení domova pro seniory a pracovnic z oddělení domova se zvláštním režimem. Počáteční ostych a nedůvěra v průběhu chápatelického rozhovoru nahradila velmi otevřená komunikace, která obohatila obě strany. Kaufmann uvádí myšlenku, že dělat dobře chápatelický rozhovor je vzrušující práce nabitá informacemi, lidskostí a emocemi, která může výzkumníky také pěkně vyčerpat (Kaufmann, 2010, s. 57), tuto skutečnost jsem si v praxi ověřila.

V tabulce č. 2 uvádím délky praxí jednotlivých pracovníků.

Tabulka č. 2

Délka praxe respondentek

Respondentka	Délka praxe v letech
A	24
B	13,5
C	20
D	1,5
E	6
F	4

8 Pracovní nástroj

Mým pracovním nástrojem byl chápající rozhovor dle Kaufmanna. Připravila jsem si schéma otázek, které jsem rozčlenila do pěti okruhů.

První okruh měl zjistit míru angažovanosti pracovníků, jak si představují tu nejlepší praxi a zda se jí snaží přiblížit, tedy zda pracovníci mají představu, co je angažovanost neboli zaujetí pro práci. Druhým okruhem jsem zjišťovala případné bariéry angažovanosti pracovníků. Třetí okruh byl směřován do oblasti pocíťování smyslu, tedy smysluplnosti práce s osobami na konci jejich života. Čtvrtým okruhem jsem se zaměřila na význam spolupráce a vztahů na pracovišti pro podporu angažovaného přístupu ke klientům. Pátým okruhem jsem zjišťovala hodnotové orientace pracovníků. Jako hodnotový rámec jsem nabídla svým respondentkám pojmy, které vnímám jako významné hodnoty v pomáhajícím vztahu. Hodnotovou orientaci jsem si mapovala na základě otázek navazujících na hodnotový rámec.

Okruh č. 1:

a) Zjišťování míry angažovanosti pracovníka.

Jak si zaměstnanec představuje dobrého pečovatele?

Co si představuje pod pojmem dobrá praxe, dobrá péče?

Dovede si představit svůj ideální pracovní den?

b) Ověření angažovanosti pracovníka.

Jak se zajímá o nově přijímaného klienta (zdravotní stav, mobilita, komunikace, orientace, vztahy, zájmy, biografie...)? Co považuje za nejdůležitější?

Je možné praktické využití informací získaných z biografie klienta?

Okruh č. 2:

Zjišťování možných zdrojů frustrace a demotivace k angažovanému přístupu.

Jak se cítíte v práci?

Vykonáváte péči podle svých představ?

Co cítíte při příchodu do práce a co při odchodu?

Okruh č. 3:

Ztotožňování se s profesí a pocitování společenského ocenění.

Jak dlouho pracujete v oboru?

Co předcházelo zkušenosti pečovatele, proč jste začal pracovat jako pečovatel?

Jaké pocity prožíváte, když se představujete a uvádíte, že pracujete jako pečovatel v zařízení sociálních služeb?

Má na pocit uznání vliv region, firemní kultura, cítíte prestiž?

Okruh č. 4:

Týmová spolupráce a komunikace:

Jak se vám pracuje v současném kolektivu? Můžete požádat spolupracovníka o pomoc?

Jak se u toho cítíte?

Cítíte podporu od přímého nadřízeného?

Okruh č. 5:

Zjišťování hodnotové orientace pracovníků, okruh se skládá z několika částí.

Hodnotový rámec.

Co se skrývá pod pojmy úcta, důstojnost, empatie, holistický přístup, respekt k člověku, respektování soukromí, respektování studu, právo rozhodovat sám, neponižovat?

Hodnotové orientace.

Co je pro vás nejdůležitější?

Jaká je pro vás prioritní hodnota z výše nabízených hodnot?

Co je nejdůležitější podle vašeho názoru pro klienty?

Jak pohlížíte na své klienty?

Co vás zajímá v mimopracovním čase?

9 Práce s daty

Při získávání dat pro výzkum jsem pro fixaci použila dle doporučení Miovského audiozáznam rozhovorů na MP3 přehrávači (Miovský, 2006, s. 197). Respondentky byly s touto formou seznámeny a jen v jednom případě byla respondentka méně nakloněna této formě předání informací. Po vhodné komunikaci jsme problém odstranili s přihlédnutím k již zmíněné problematice etiky výzkumu. Respondentka byla ujistěna, že pokud se jí mé otázky budou zdát nevhodné, nemusí na všechny odpovídat. Tuto možnost respondentka ovšem nevyužila a podařilo se mi s ní nakonec navázat vstřícnou komunikaci.

Pro zachování anonymity jsem zvolila formu označení respondentek velkými písmeny abecedy.

Po prostudování části materiálů jsem dospěla k názoru, že budu ve své práci využívat kódování dat, které se objevuje v materiálu M. Miovského, a to pomocí tematických kódů. Ty jsem pak vyhodnocovala a přiřazovala do schématu (Miovský, 2006, s. 209).

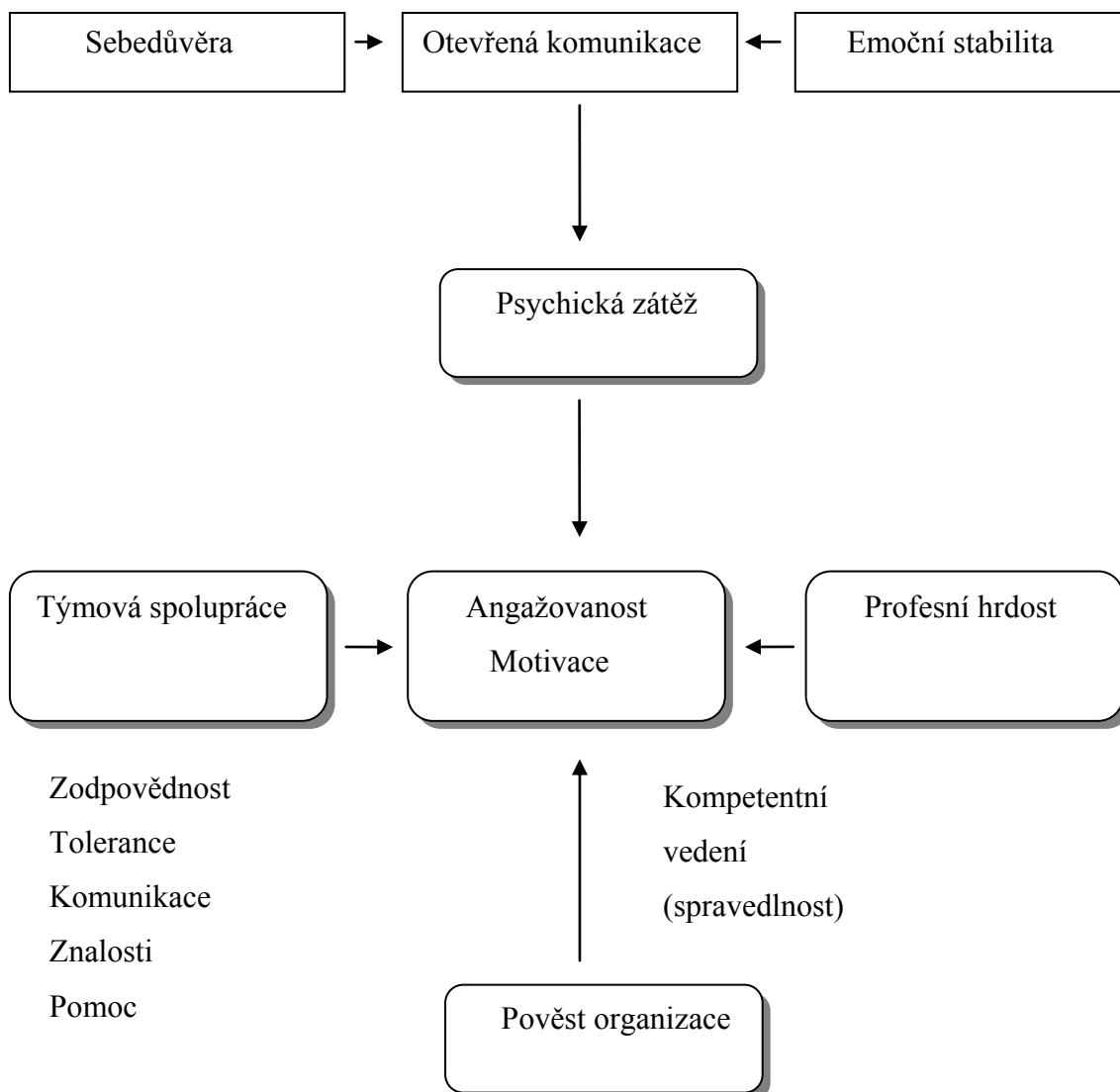
Také A. Strauss a J. Corbinová popisují kódování jako část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí studia údajů (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43).

Na počátku jsem provedla kódování významných skutečností z rozhovorů, po promýšlení možných souvislostí a spojitostí jsem provedla sekundární kódování již mimo poznámky v rozhovorech.

Dalším krokem bylo grafické zobrazení jevů v diagramu. Jak uvádějí autoři Strauss a Corbinová, diagramy jsou názorná zobrazení vztahů mezi pojmy (Strauss, Corbinová, 1999, s. 167).

Při zpracování mnou získaného materiálu jsem významné souvislosti mezi hodnotami, které se týkaly týmové spolupráce a pověsti organizace, znázornila v diagramu č.1.

Diagram č. 1. Výsledek kódování vztahů k angažovanosti.



10 Analýza a interpretace získaných dat

Vycházela jsem opět z M. Miovského a ke zpracování a analýze již redukováných dat jsem používala metodu zachycení vzorců (gestaltů). Po primárním kódování jsem vyhledávala opakující se vzorce a témata, která jsem pak přiřazovala k určité ose a hledala jsem podobnosti a zobecnění pro dané jevy (Mioviský, 2006, s. 222).

Při vyhodnocování rozhovorů se mi jako zlatá nit objevuje především téma vztahů mezi pracovníky, a to na vertikální a zároveň i na horizontální úrovni, viz diagram č.1. Rozpoznávala jsem chybějící vnitřní motivační faktory, představující předpoklad pro osobnostní růst pracovníků (Kubáčková, 2010, s. 132). Stejně jako uvádí své poznatky Mgr. Kubáčková, i já jsem zde shledávala problémy v poskytování efektivnějších forem komunikace při poskytování motivací k větší angažovanosti pracovníků.

Při zpracovávání výsledků výzkumu se odhalily různé hodnotové systémy. V určitých částech jsou si podobné, což přičítám působení hodnotového systému profese, ale v jednotlivostech se liší. Myšlenka legitimnosti hodnotových systémů otevírá další možnosti práce s pracovními kolektivy. Jak uvádí H. Kubelová, existence hodnotového systému neznámá, že vše, co je považováno za nesprávné (nelegitimní), pracovníci nedělají, ale že se nesprávné chování pokoušejí skrývat (Kubelová, 2009, s. 221). Z této úvahy pak plyne, že pokud své chování neskrývají (například svou hrubost, neúctu, netaktnost, apod.), je toto chování plně legitimní podle názoru komunikačních partnerů a tvoří obraz „kultury“ organizace společnosti.

Na tomto místě je vhodné přemýšlet o zneužití moci pracovníků nad klientem, který již nemá plně zachovalé funkční rozhodovací schopnosti. Nabízí se spojitost mezi hodnotovým systémem a etickým postojem pracovníků při předcházení zneužití moci nad závislým klientem.

10.1 Analýza angažovanosti zaměstnanců

Pomocí otázek jednotlivých okruhů jsem se pokusila zjistit míru angažovanosti pracovníků. Je ovšem otázkou, do jaké míry je v možnostech zaměstnanců vytvořit a především zachovat si stanovenou kulturu práce a nepodlehnout tlakům, přicházejícím z vnějšího prostředí. Tyto tlaky mohou být nejen v oblasti emočního prožívání

poskytování péče, ale také v oblasti ekonomické a strukturální, které se podílejí na tvorbě hodnotových systémů zaměstnanců.

Hana Francová a Veronika Záleská (2006, s. 143) se ve své stati „*O zvládnání početné klientely v ústavních zařízeních*“, publikované v souboru sociálních textů Martina Smutka a Miroslava Kappla, zamýšlejí nad významem personálního plánování: „Vytvoření reálné představy o požadované kvalitě a o kvalifikaci nezbytně nutných zaměstnanců k určenému časovému horizontu je podstatou personálního plánování. Definování nároků na personál by mělo navazovat na stanovení kapacity zařízení, identifikaci potřeb cílové skupiny uživatelů služeb a identifikaci specifických potřeb jednotlivých uživatelů služeb. Personální plán by měl být zpracován vedením zařízení ve spolupráci s pracovníky, kteří se věnují přímé práci s uživateli služeb.“

Organizace poskytovatelů sociálních služeb se doposud mnohem méně zabývají otázkou kultury ve své organizaci než organizace komerční, které kladou důraz na získání konkurenční výhody, a tím lepšího postavení na trhu. Je přitom zřejmé, že pochopení jejího významu má velkou a důležitou roli při nastavování systému řízení kvality. Vedoucí pracovníci mohou organizační kulturu sledovat a ovlivňovat tak, aby podpořili motivaci a pracovní výkon, potažmo angažovanost zaměstnanců (Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmannová a kol., 2011, s. 75).

10.1.1 Angažovanost, jak si ji představují respondentky

„...ale jde právě o to, naplnit dopolední a odpolední volný čas jako doma. To jsou ty různé aktivity, pečení, kroužky, různé terapie, když budeš mít na starosti skupinku šesti lidí, tak nebude problém se tak nastavit. Na to zpívání, pečení, cvičení to je práce, jak má vypadat a baví i kolektiv...“

...ideální den, že přijdeš z rodiny a žiješ v rodině druhé. Když něco děláš s radostí a baví tě to je to práce, která je poznat...“

...každý nemůže umět všechno, ale dělat to, co tě baví, a pak to baví i lidi a je to vidět i na nás, že to děláš s radostí, nejenom pro práci.“

(respondentka A)

„...pod pojmem dobrá praxe si představuji zkušenosti....“

... můj ideální pracovní den by neměl být delší než 7,5 hodiny...“

(respondentka F)

„...pečovatel se umí vcítit do lidí, do jejich potřeb. Je to zajímavé, ale pokud máš dobrý přístup, tak se Ti to vrátí na jejich chování.

... neměla by dělat vše v rychlosti a dělat více prací najednou. Důležité je, ať jsou lidé čisti a mají dostatek pití, nejen dostatek, ale že si ho mohou vzít nebo jim dáš napít....

...už svým věkem se umím do těch lidí vcítit, když se nemůžou sami najíst a napít, je to hodně zlý...“

(respondentka B)

„...měla by být empatická, mít příjemný hlas – ne pištící, to je důležité zrovna u těchto lidí, když ji uslyší lidé s demencí. Přijde do práce a promluví a lidé ji uslyší a začnou se usmívat – tak nějak zbystrí, usmějí se...“

(respondentka C)

„Toho, koho jsem viděla u příjmu, tak si pamatuji jako by to bylo dnes, jak se klient tvářil, jak se choval, co jsem o něm zjistila, což mi přijde zajímavé. Je to další šance nastavit něco hned od začátku. Je svolnější k tomu, abychom s ním pracovali podle biografie. Což ten klient, který je tu už několik let, tak to je složitější. Na mě nový klient působí energií, která mě nějaký čas dobíjí.“

(respondentka D)

„...odkud přichází, z domova, nemocnice, jiného zařízení, věk, soběstačnost, jeho rodina, koníčky.“

(respondentka E)

Otázky prvního okruhu měly napovědět, zda pracovnice tíhne k angažovanému či jen rutinnímu vykonávání profese. Pracovnice mají různé pojetí způsobu práce, obhajoba zvoleného souvisí s preferencí hodnot ve vlastním osobním životě. Lze také předpokládat, že do volby způsobu práce se promítají vlastní očekávání projevů chování jedinců při vzájemných interakcích, a to i vně pracovního prostředí. Vnímavost při prvním kontaktu s klientem a další ladění se na jeho potřeby indikuje vyšší zájem o práci a zde je známkou vyšší angažovanosti.

Respondentky A, B, C, D, E mají představu o poskytování péče založené na hodnotách vztahu ke klientům, k vnímání potřeb osob nejen v oblasti fyziologického uspokojování. Respondentka F svou představou dané pracovní náplně a přesného určení povinností spíše odpovídá typu rutinního vykonávání pracovních povinností.

10.1.2 Zdroje frustrace a demotivace k angažovanému přístupu

Ve svém výzkumu jsem se velmi často setkala s nesouladem mezi kvalitou požadovanou a možností pracovníků tuto kvalitu vykonat. Na jedné straně pomyslných rozevírajících se nůžek si zaměstnanci uvědomují svůj význam při poskytování péče a snaží se tuto vykonávat v nejvyšší kvalitě, na straně druhé mají omezenou kapacitu svých fyzických i psychických sil.

Dalším výrazným faktorem, podílejícím se na poskytování péče pracovníci, je klima na pracovišti. Pracovnice jsou si vědomy, že při vlastní práci je nutná spolupráce. V případech, že v týmu je nezdravá atmosféra, která může ústít až do nevraživosti a osobního nepřátelství, se snižuje motivace pro vyšší angažovanost ke klientům. Dochází k řešení „svých“ problémů a klient ustupuje do pozadí.

„Když jsou na zaměstnance kladeny vysoké nároky, mnoho povinností, které odvádí od práce s klienty, nedostatek zaměstnanců a málo času, fyzické a psychické vyčerpání, což na smíšeném oddělení je. To je takové, kde jsou klienti s demencí, mentálním postižením, hendikepovaní klienti, vozíčkáři.“

(respondentka E)

„...kdyby bylo pracovníků tolik, jak má být, byla bych enormně spokojená.“

(respondentka A)

„A jak se cítím v práci? Jsem unavená z toho nepořádku a prachu při výměně oken. Snažím se o člověka pečovat co nejlépe, někdy mi vadí nedostatečně chráněné soukromí klienta při vykonávání biologických potřeb, ale z důvodu místa to většinou nijak vyřešit nejde.“

(respondentka D)

Respondentky v rozhovorech často projevovaly potřebu vytvoření příjemné atmosféry na pracovišti. V kolektivu, který je bezpečným prostředím ve smyslu umožnění otevřeného a neponižujícího prožívání svých emocí, vzniká prostor pro růst pracovníků, kteří mohou být svým klientům oporou ve zvládnutí celé řady emočních stavů, sloužících také jako zdroje informací o jejich potřebách.

„Pokud je dobrá nálada, tak dobře. Práci vykonávám tak nějak, jak to jde, dřív spíš s větší radostí, teď už spíš nějak to jde samo.“

Ovšem z nedávné zkušenosti, když jsme byli převedeni z oddělení na toto oddělení, tak jsem myslela o vánocích, že půjdu za psychiatrem, ať mi něco dá. To byl takový nedobrý kolektiv a nebyla pohoda, mysleli si, že jsme vzduch a pociťovali jsme ponížení.

Je pravda, že už jsme byli na tom pracovišti před tím dlouho a už jsme spoustu věcí neviděli, na to to bylo dobré. Teď je to lepší, už se kolektiv změnil a cítím se zase, že budu chodit do práce bez nějakých strachů, s kým pracuji.“

(respondentka C)

Vnější vlivem, který se odráží v prožívání frustrace, a tím demotivuje pracovníky od angažovaného pracovního ladění, je vnímání profese pečovatele. Veřejnost má různé představy o pomáhajících profesích a také se liší v názorech na zdůraznění preferencí v péči. Samotné pracovnice také nemají jednotnou představu o nejvhodněji zvoleném způsobu práce. Při výzkumu se utvořily dva hlavní tábory, jeden tvoří zastánci zdůrazňující uspokojování biologických potřeb a druhý stoupenci názoru o důležitosti prožitku a setkání dvou osob, tedy typ pracovníků kladoucích důraz na vztah.

„Uspokojuje mne, když jsou klienti v pohodě, čistí, napoložovaní, mají čisté povlečení, vše je tak, jak má být. Jsem v pohodě s kolegyní, se kterou je to v pořádku, s vedením, které nás neponižuje.“

(respondentka B)

„Při odchodu mám pocit dobře odvedené práce. Závisí to taky na tom, jak je v práci uklizeno, jak je tu čisto. Na vlastní práci má velký vliv prostředí – když je pěkné, je to příjemné.“

(respondentka B)

Při rozhovorech se objevila důležitost kladného emočního náboje v kolektivu, jako významného faktoru ovlivňující vlastní angažovanost při poskytování péče. Stabilita a pocit jistoty v týmové komunikaci, navozuje prostředí motivující další pracovníky pro otevřenější vnímání potřeb klienta. Zde se promítá význam jedince s určitým hodnotovým systémem, jímž může zasáhnout i další spolupracovníky. Pro modulaci týmu do angažovaných poloh je pochopení role vůdčí autority, která udává směr a může nastavovat hranice svým etickým postojem, důležitým bodem personálního managementu.

Není mi dobře, když cítím nervozitu, jsem ve špatném kolektivu, když nás vedení stále sleduje a hledá chyby.“

(respondentka B)

Prožitky smyslu práce a profesní hrdost se promítají do motivace pracovníků k angažovanému přístupu. Pracovnice, které pociťují profesní hrdost, ty, které se nestydí říci, že pracují jako pečovatelky, vidí v práci nejen fyzickou náročnost, ale především tvůrčí činnost naplňující jejich představy o smyslu.

Stejně jako D. Růžičková vnímám dělení pracovníků v přímé péči podle nacházení smyslu ve vykonávané práci. Jak uvádí D. Růžičková (2009, s. 36): „...dělení pracovníků dle jejich různé osobní motivace k sociální práci, a to buď na přesvědčeného pomáhajícího, nebo na člověka, jež sociální práci vykonává jako rutinní běžnou práci, která postrádá opravdový zájem o klienta a obecně snahu pomáhat“

Profesní identitu jsem se pokoušela odhalit otázkou o pocitech při představování svého zaměstnání nezávislé osobě. Tato část práce se mi jeví jako velmi významná pro zjištění stavu angažovanosti k práci a pro umožnění jejího dalšího posilování.

Výňatky z rozhovorů na téma profesní hrdost.

„...jsem na to hrdá, i když lidé mají o této práci předsudky. Jen jim řeknu, že v našem zařízení to není pravda. Ještě jsem neslyšela od svého okolí na náš Domov pro seniory nic dobrého, jen od rodin klientů přijde někdy pochvala a obdiv....“

(respondentka D)

„...zvědavost, jak na to budou reagovat oslovení, jestli je to překvapí nebo budou povoláním opovrhovat. Pocit smutku, že tato práce je stále finančně podhodnocena.“

(respondentka E)

„...ze začátku to bylo divný, teď už jsem si zvykla, tak se už nestydím. Teď mám i dobrý pocit, že pomáhám..., že budu pracovat a zde, to bych si nikdy nepředstavila. Nyní chápu, že pokud někdo dochází do práce jen pro peníze, tak to nemůže dělat, ta práce musí bavit. Mne naplňuje.“

(respondentka B)

„...práci pečovatelky nemůže dělat každý, mě to baví a jsem hrdá, pyšná. Vlastně ani nevím, jsem prostě pečovatelka.“

(respondentka E)

„...no podle toho, komu to říkám, když je to někdo známý, tak se cítím blbě. Jinak mě má práce moc baví. Když jsem nastoupila, máma se mě v těch prvních třech měsících ptala, jestli to budu dělat. Já ji říkala, že ani náhodou, no a dělám to dodnes – už za týden 20. rok. Tak jsem si k práci našla vztah.“

(respondentka C)

10.1.3 Motivace k angažovanému přístupu

Při kladení otázek svým respondentkám jsem se snažila nalézt motivace, které je vedly k přijetí zaměstnání v sociálních službách, konkrétně v přímé péči o klienty.

„Je to velmi náročné, ale nejsmysluplnější zaměstnání pro ženu. Přináší smysl a uspokojení, že člověk dělá něco smysluplného. Pečuje o biologické a duševní potřeby klienta, stává se pro leckdy osamělého starého člověka blízkým více než rodina, neboť s ním tráví část jeho života, utváří se vztahy klient – pečovatel.“

(respondentka E)

Možnou motivací pro respondentku A je zvýšení její sebeúcty a posílení sebevědomí prostřednictvím profesního vzdělávání.

„Když jsem sem nastoupila, měla jsem malé děti, a tak jsem hledala práci na ranní službu. Pracovala jsem tu 3 roky jako uklízečka, pak jsem zjistila, že by mě ta práce bavila, tak jsem si udělala sanitární kurz a začala pracovat jako sanitářka, pak pečovatelka. 1. února tu budu 24 roků a příští rok 25 let. Přála bych všem, aby byli takoví jako já ...

Dávám důraz na vzdělávání v oboru a jsem otevřená novým poznatkům....“

(respondentka A)

I u níže citované respondentky shledávám profesní vzdělávání jako posilující zdroj, který zvyšuje její sebeúctu.

„Jako pečovatelka pracuji pátým rokem a vlastně je to náhoda. Dříve jsem pracovala v nemocnici na centrálních operačních sálech jako sanitářka.“

(respondentka F)

„Jako pečovatelka 13,5 roku s tím, že jsem na nějaký čas přerušila z důvodu mého propuštění z nadbytečnosti.

Již jsem prošla hodně provozy. Nejdříve jako společnice, to bylo přes pracák, pak v denním stacionáři a v odlehčovací službě a naposledy na DZR. Je lepší, když projdeš všechno, nemám problém kdekoliv pracovat, poznám více pracovníků a netrpím tím, že by mne jen tak něco rozházelo. Taký provozní slepotou je člověk ohrožen...“

(respondentka B)

„Pracuji tu 19 let. Šla jsem sem pracovat a velmi mi vyhovovalo, že nemusím po příchodu domů přemýšlet, jestli jsem všechno udělala, jak měla, mám čistou hlavu, nemusela jsem se v noci budít, jestli jsem na něco nezapomněla.

Já jsem ale vždycky byla taková samaritánka. Všechny děti v okolí jsem odvozila a máma pracovala jako zdravotní sestra, tak jsem to asi podědila“

(respondentka C)

„Vyplýnulo to ze skutečností. Chtěla jsem pracovat v nemocnici, protože mě tato práce vždy lákala, pomáhat lidem. Je to moje životní poslání.“

(respondentka E)

10.1.4 Souvislost mezi délkou praxe a motivací pracovníků

Délka praxe, zde je myšlena doba zaměstnání na pracovní pozici pečovatelky (přímá obslužná péče), by mohla ovlivňovat angažovanost a motivaci k práci. Vztah mezi délkou pracovního poměru a angažovaností k práci se na základě zjištění z rozhovorů nepotvrdil. Pracovnice, která zde pracuje již 24 let, je na svou práci stále hrdá a vykonává ji s plným nasazením. Jiná pracovnice, která zde pracuje téměř 20 let, se cítí unavená a cítí, že v některých psychicky vypjatých situacích nemá dostatek sil na jejich překonávání, citují: *„...myslela jsem, že navštívím psychiatra“*.

Významnou oblastí kultury organizace, která je relevantní vztahem ke kvalitě poskytované péče, se dle Havrdové a kol. jeví týmová spolupráce (Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmannová a kol., 2011, s. 78). Ve svém výzkumu jsem respondentkám položila otázku o délce jejich pracovního poměru. Hledala jsem určitou vztahovost s profesní hrdostí a délkou tohoto poměru. Výsledkem je, že délka vlastní praxe nemá na motivaci pro angažovanost zásadní vliv. Vliv, který se při rozhovorech s respondentkami vynořil, je stav důvěry a otevřenosti pracovníků k sobě navzájem a vztahy panující mezi pracovníky a jejich přímými nadřízenými.

„...tak to si myslím, že takový ideál tvoří celý tým pečovatelek, protože každý má jiné nápady, vychytávky, jak tuhle práci dělat, aby byla co nejpohodlnější pro klienty a co nejlehčí pro pracovníky. Podle mě je přínos věkový rozdíl v týmu, každá se od sebe něco naučíme...“

(respondentka D)

10.2 Hodnotová orientace

Častým tématem, které se objevuje v literatuře, jak píše Jana Švadlenová, je v souvislosti s hodnotami neoddělitelnost osobnostních hodnot od profesních (Havrdová, 2010, s. 168).

Pro podkrytí hodnotových systémů pracovníků jsem použila otázky pátého okruhu. Při analýze jsem vnímala, že jednotlivé respondentky kladly důraz na mou nabídku hodnot (viz hodnotový rámeček okruhu otázek č. 5). Během rozhovorů se preference jednotlivých hodnot proměňovala a individualizovala se. Při hledání souvislostí mezi hodnotovým systémem pracovníků a jejich motivací jsem se setkala s možným vztahem mezi osobnostním typem pracovníka a jeho názorem na preference při poskytování péče.

Pracovnice, které spíše inklinují k vykonávání péče ve stylu pracovníka technicko-byrokratického typu, jsou spíše méně motivovány k angažovanému přístupu ke klientům. Takové pracovnice velmi dobře zvládají péči o fyziologické potřeby klienta, emočně více zabarveným potřebám nepřikládají důraz.

Pracovnice, které inklinují spíše k typu angažovaného pracovníka, se snaží nabízet uspokojování potřeb více zaměřených na trávení volného času klientů a jejich rozpořádání v oblasti emocí a psychiky.

„...při oslovení klienta mu již můžeme prokázat úctu k němu nebo taky ne, on cítí, jestli s ním jen pracujeme ...“

(respondentka E)

„...pokud se k lidem chováme tak, že respektujeme jejich soukromí například při osobní hygieně nebo při vyprazdňování a používáme závěsy nebo zástěny, aby se necítili jak ve výkladní skříni, určitě se cítí lépe a my jim dáváme najevo, že je neponižujeme...“

(respondentka D)

„...rozhodnout se už asi sami moc neumí, ale alespoň jim v tom pomůžeme. Tak například, že je pán schvácený, protože stále chodí až běhá po chodbě, pak dostane kolaps a voláme rychlou. Proto se ho snažím přesvědčit, ať si sedne, že si dáme třeba čaj nebo něco dobrého. Ono je to samo o sobě dost těžké rozhodnout, kdy ten člověk sám něco chce nebo se nemůže rozhodovat z důvodu nemoci...“

(respondentka F)

„...myslím si, že tady je pro lidi s demencí důstojnější prostředí než doma. Doma je málo prostoru, všude jsou většinou koberce, malé koupelny a plno jiných bariér. Člověk nemocný tam taky nemá to pochopení, jako u nás. Rodina ho vidí stále stejně a nechápu, proč dělá takový nepořádek a podobný věci...“

(respondentka B)

Na prvním místě respondentky jmenovaly hodnotu zdraví. Toto se dalo očekávat v kontextu s tím, že pracují s klienty, kteří zdraví nejsou. Za další důležité hodnoty pro klienty považují klid, dobré vztahy mezi sebou navzájem a také vztahy s jejich vlastní rodinou.

Rozporuplné postoje zastávaly pracovnice při určování nejvyšších hodnot organizace. Cítí nekongruenci s deklarovanými hodnotami organizace a vlastním způsobem práce s klienty. Jmenují ve většině případů skutečnosti, které se provádějí „...*tak, aby dobře vypadaly. Když jsou klienti v klidu a usměvaví, dovedou se se svou pečovatelkou domluvit a ta jim rozumí, to není dost průkazné. Je lepší, když se lidé napózují, aby bylo vidět, že je akce. Ale přece lidé s demencí nejsou na ukazování, nechme jim prožít ten jejich život....*“

(respondentka F)

Hodnotou nejvyšší, kterou mohu svým výzkumem odhalit, je úcta k člověku. Není rozhodující, zda se jedná o osobu poskytující péči nebo osobu péči přijímající. Tato hodnota se ve vzájemných interakcích představuje jako pokora před autoritou samotného *života*.

11 Výzkumný závěr a diskuse

Efektivní využívání lidských zdrojů a přiblížení se zvolenému poslání sociální služby, jejího poskytování se zachováním důstojnosti osoby, je oblastí, kde je vhodné využívání osobnostních předpokladů pracovníků.

Pro práci s těmito zdroji je vhodné volit způsob jejího plánování a řízení. Téma obohatila svou prací v časopisu Sociální práce / Sociálna práca již zmíněná Eva Kubáčková. Zaobírá se motivačním systémem organizace, který, jak píše Kubáčková (2010, s. 127) dle Kleibl a kol.: „...měl by být nastaven tak, aby vycházel vstříc potřebám pracovníka a současně ho dokázal stimulovat k co možná nejkvalitnějšímu pracovnímu výkonu. Je na každém vedoucím pracovníkovi a jeho odborné erudici, zkušenosti a tvořivých schopnostech, aby vybral a použil takové motivační metody, které budou odpovídat individualitě nejen každého pracovníka, ale i dané situaci.“

Pro organizaci, která se snaží poskytovat služby péče o seniory v duchu Psychobiografického modelu, je zajisté velkým přínosem zaměstnat pracovníky s vyšší mírou angažovanosti.

Především však se ekonomická situace nestátních neziskových organizací odráží ve velké fluktuaci pracovníků. Na pozici pracovníka v přímé péči je nahlíženo s určitými předsudky a není vždy dostatečně nejen ekonomicky, ale i společensky oceněna. Organizace sama má zajisté také možnosti se v očích veřejnosti zviditelnit a to jak v pozitivním, tak i v negativním světle. Také tento faktor ovlivňuje personální složení v zařízení. Tato skutečnost mne zaujala při vedených rozhovorech. V případech, kdy se pracovník s pracovní pozicí pečovatelky identifikoval, dochází k paradoxu, že jeho vlastní organizace jej demotivuje svým vnějším i vnitřním přístupem.

„Ještě jsem neslyšela od svého okolí na náš Domov pro seniory nic dobrého, jen od rodin klientů přijde někdy pochvala a obdiv.“

(respondentka D)

„Region má určitě vliv na věhlas zařízení v tomto kraji, pokud by toto zařízení mělo renomé, to je dobré jméno, tak by to byla prestiž. Tak to ale nevidím.“

(respondentka E)

Výzkum poukázal na hranice angažovanosti pracovníků. Při ztotožňování se pracovníka s kulturou organizace, ve které pracuje, existuje množství psaných i nepsaných zásad, týkajících se postupu při výkonu profese. Tato byrokratizace brání celkovému a celostnímu pohledu na člověka. Odstup nahrazuje vznik „normálních“ lidských reakcí (Henriksen, Vetlesen, 2000, s. 195).

V každé společnosti se musí alespoň v základních otázkách lidé shodnout, co je dobro a co zlo, co je pozitivní a co negativní, co je správné a co nesprávné (Kubelová, 2009, s. 221). Tím je tvořen hodnotový systém společnosti. Také každý člověk jako osobnost sám za sebe má svůj hodnotový systém, který v lepším případě nekoliduje se systémy ostatních lidí. Uvědomíme-li si tuto skutečnost, je vytvořen prostor pro formování hodnotového systému celé organizace. Systém je vlastně vyjádřen „firemní kulturou“, která zpětně působí na zúčastněné, ale je prezentací také navenek.

Jednotná kultura organizace, která je v podstatě její identitou a jejího přijetí pracovníkem, je postavená na nalezení smysluplnosti konání. Bez nalezení smyslu práce je ohrožena vlastní angažovanost pracovníků.

Východiskem k angažovanému přístupu v profesi může být, jak uvádějí Henriksen a Vetlesen, osobnost vědomá si etické i morální dimenze profesní praxe, která se neschovává za druhé, neuhýbá svému dílu odpovědnosti za to, jak pracuje celé zařízení. To je možná jádro veškeré profesní etiky, kdy jde o to, jak jsme schopni nasadit svůj talent na pomoc těm, se kterými se na naší cestě setkáváme (Henriksen, Vetlesen, 2000, s. 199).

Hodnotové preference sledované skupiny pracovníků se liší méně, než jsem se na počátku domnívala. Vlastní práci se skupinou, především vlastní sběr dat formou chápajícího rozhovoru, vnímám jako velmi přínosnou pro vlastní respondentky i výzkumníka.

Respondentky se při odpovědích zamýšlely nad svými motivačními faktory, což je samotné směřuje do pozice motivovanějších a angažovanějších pracovníků.

Závěr

Výzkumná práce odkryla několik rovin, které souvisí s projevy angažovanosti při způsobu poskytování sociální služby se zaměřením především na službu domova se zvláštním režimem. Ten je podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Ve své výzkumné práci jsem se pokusila nastínit možnou souvislost a odhalit vliv hodnotových systémů pracovníků na jejich angažovaný postoj pro práci s osobami závislými na péči jiné osoby, především tedy osob s projevy syndromu demence.

Ve výzkumu jsem došla k závěru, že hodnotové systémy mají vliv na utváření postojů pracovní angažovanosti. Tato angažovanost je ovšem také ovlivněna vlivy přicházejícími z vnějšího prostředí a působícími na pracovníky a zároveň je ovlivněna postoji pracovníků k pocitu smysluplnosti vykonávané práce. Pokud pracovník nachází ve své pracovní angažovanosti smysl, vykonává svou práci s motivací zaobírat se uspokojováním nejen nejzákladnějších fyziologických, ale i vyšších psychických potřeb klienta.

Jak ve svém výzkumu uvádějí I. Štegmannová, J. Šafr a Z. Havrdová v souvislosti s požadavkem změny přístupu ke klientům, je podstatná nejen změna cíle služby, ale musí být podpořena i změnou celé organizační kultury. Velkou úlohu zde hrají hodnoty managementu a pracovníků, také spokojenost pracovníků s pracovním prostředím a nemalý vliv má povaha týmové spolupráce a komunikace (Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmannová a kol., 2011, s. 99).

Pracovník je tedy osoba, která má své hodnotové systémy a etické postoje, které se promítají do jeho práce, ale které mohou být působením autority například vedoucího vhodně formovány k zaujetí poloh směřujících k vyššímu zaujetí, tedy angažovanosti v péči. Takový pracovník je schopen vytvořit určitou formu vztahu, který péči obohacuje. Tento vztah ovlivňuje nejen klienta a pracovníka, ale přenáší se také do vztahu mezi organizací a její vnější okolí. Výsledkem je zájem o vlastní zařízení projevený veřejností, což má vliv také na financování vlastní služby a při získávání nových kvalitních zaměstnanců.

Ve svém výzkumu jsem se setkala se skutečností, že pracovníci mají velmi malé anebo žádné povědomí o existenci etických kodexů. Téměř ve všech případech se vyjadřují ve smyslu dostatečnosti standardů kvality. Znalost těchto standardů je ovšem ověřována

autoritativně a bez ověřování, zda pracovníci danému rozumí a zda je umějí používat v praxi. Otevírají se další možnosti využití seznamování pracovníků s etickými kodexy neformální cestou, a tím utváření jejich etických postojů, které se promítnou do zvýšeného zájmu o klienta, tedy se zvýší jejich angažovanost.

Pro organizace pečující o osoby se sníženými kognitivními funkcemi, je personální politika, která posiluje angažovanost svých zaměstnanců, velmi významným činitelem pro kvalitní poskytování deklarovaných služeb. Pro úspěšné praktické využití modelu péče o seniory podle Prof. E. Böhma roste význam pracovníka motivovaného do angažované, zaujaté polohy. Při vlastní každodenní práci s pracovníky lze tyto modulovat využitím vlivu vůdčích osobností, které se ztotožňují s hodnotami a zastávají etické postoje, které nesnižují lidskou důstojnost. Tato oblast se otevírá pro další výzkumné úkoly, které se mohou zaměřit na autority v pracovních týmech, na jejich možný vliv na angažovanost jednotlivých pracovníků.

Seznam zdrojů

Bibliografický seznam:

Anzenbacher, A. (1994). *Úvod do etiky*. Praha: Zvon, české katolické nakladatelství a vydavatelství, spol. s r. o.

Benedikt XVI. (2006). *Deus Caritas Est – Bůh je láska*. Praha: Paulínky.

Erikson, E. H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený. Doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Frankl, V. E. (2007). *Trpiaci člověk*. Bratislava: Lúč, vydavateľské družstvo

Funk, K. (2014). *Provázení stáří a umíráním aneb o prolínání obou světů*. Praha: Nakladatelství Malvern.

Gluchman, V. a kol., (2011). *Hodnoty v etike sociálnych dosledkov*. Prešov: Grafotlač.

Grún, A. (2009). *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Hayes, N. (2005). *Psychologie týmové práce*. Praha: Portál, s. r. o.

Haškovcová, H. (2002). *Manuálek sociální gerontologie. České ošetrovatelství praktická příručka pro sestry 10*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Havrdová, Z. (2010). *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích.

Havrdová, Z. (2011). *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.

Havrdová, Z., Šmídová, O., Šafr, J., Štegmannová, I., a kol. (2011). *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, s. r. o.

Henriksen, J., Vetlesen, O. (2000). *Blízké a vzdálené – etické teorie a principy práce s lidmi*. Boskovice: Nakladatelství František Šalé - Albert

Janečková, H., Vacková, M. (2010). *Reminiscence*. Praha: Portál, s. r. o.

Jankovský, J. (2003). *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.

Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., a kol. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Jůn, H. (2010). *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o.

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

Kleťová, D., Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, s.r.o.

Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Kubelová, H. (2009). *Sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kutnohorská, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Mátel, A., a kol. (2012). *Etika sociálnej práce*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
- Matoušek, O. (ed.). (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s. r. o.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Musil, L. (2004). *Ráda bych vám pomohla, ale...* Brno: Marek Zeman.
- Pidrman, V. (2007). *Demence*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Pichaud, C., Thareauová, I. (1998). *Soužití se starými lidmi*. Praha: Portál, s.r.o.
- Procházková, E. (2014). *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Vydavatelství Mladá fronta a. s.
- Sedláček, T., Orrell, D. (2012). Soumrak homo economicus – Rozhovor s Romanem Chlupatým. Praha: 65. pole.
- Smutek, M., Kappl, M., (eds.). (2006). Francová, H., Záleská, V. *Zvládání početné klientely v ústavních zařízeních*. Proměny klienta služeb sociální práce s. 142 - 153. Hradec Králové: Katedra sociální práce a sociální politiky, Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové

Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing , a. s.

Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

Šimek, J. (1995). *Lidské pudy a emoce – jak jim porozumět a jak s nimi žít*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, s.r.o.

Špiner, D. (2004). *Nástin křesťanské etiky a jejího významu v hledání smyslu života*. Olomouc: Univerzita Palackého

Zgola, J. M. (2003). *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Odborné časopisy:

Kubáčková, E. (2010). Motivační systém konkrétní neziskové organizace s ohledem na potřeby zaměstnanců. *Sociální práce / sociálna práca* č. 2, s. 124-137.

Nečasová, M. (2004a). Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy. *Sociální práce / Sociálna práca* č. 4, s. 31 - 34.

Nečasová, M. (2004b). Respekt ke klientům na praktickém příkladě kvality života seniorů v domově. *Sociální práce / sociálna práca* č. 4, 39 – 50.

Nečasová, M., Dohnalová, Z., Talašová, R. (2010). Využití vybraných etických teorií v praxi sociální práce. *Sociální práce / Sociálna práca* č. 3, s. 76 – 87.

Šrajer, J. (2012). Etika a požadavek komplexnosti v sociální práci. *Sociální práce / sociálna práca* č. 3, s. 81 – 88.

Internetové zdroje:

Diakonie ČCE [on - line]. Dostupné 23. 7. 2014 z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/naucne-texty/zkuste-reminiscenci/>

IFSW (nedatováno). Dostupné dne 5. 2. 2015 z: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>

Růžičková, D.(2009). *Význam myšlenky "oborové kolektivní identity" pro sociální pracovníky v české společnosti.* (Magisterská diplomová práce).

Brno: Masarykova universita v Brně. Dostupné dne 2. 10. 2013 z:

http://is.muni.cz/th/75162/fss_m/diplomova_prace_daniela_ruzickova.pdf

Procházková, E. (2010). *Psychobiografický model profesora Erwina Böhma.* Sociální služby 2010 (2), s. 22- 23, (3) s. 14-16, (4) s. 20 - 21, (6 – 7) s. 22- 23, (10) s. 26 – 27 [on - line].

Dostupné dne 30. 10. 2013 z: <http://socialnisluzby.eu/>

PROCHÁZKOVÁ E. Vzdělávací instituce Ebin [on-line]. Dostupné 19. 3. 2014. z <http://ebin.cz/texty/uloha-osetrovatelstvi/>

Šmahaj, J. (2012). *Motivace v systému regulace psychické činnosti.* [on - line].

Dostupné dne 19. 11. 2014 z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/?p=1397>

UNESCO – Universal Deklaration on Bioethics and Human Rights (19 October 2005).

[on - line]. Dostupné dne 14. 1. 2015 z:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf>

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 15. 2. 2014

Zákon o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností.

Zákon č. 3/2002 Sb. v účinném znění ke dni 22. 2. 2014

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Etický kodex sociálních pracovníků České republiky s. 75
Příloha č. 2 Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy s. 81
Příloha č. 3 Scénář rozhovorů s. 86

Seznam tabulek a diagramů

- Tabulka č. 1 Typy mocí s. 37
Tabulka č. 2 Délka praxe respondentek s. 50
Diagram č. 1 Výsledek vztahu kódování s angažovaností s. 54

Příloha č. 1

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postoje a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

kteří se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společnosti
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

kteří klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role, a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.
3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

Dostupný z: <http://sspcr.xf.cz/code.html>

Příloha č. 2

Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy

Návrh přijatý valným shromážděním IFSW (Mezinárodní federace sociálních pracovníků), Adelaide, Austrálie, 29. 9. – 1. 10. 2004

1. Úvod

Etické uvědomění je nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků. Schopnost a oddanost etickému jednání je základním aspektem kvality služby nabízené uživatelům služeb sociální práce.

IASSW a IFSW se věnují etice proto, aby podpořily diskuse a reflexi v oblasti etiky ve svých členských organizacích a u poskytovatelů péče, stejně jako ve školách sociální práce a mezi studenty sociální práce. Některé etické výzvy a problémy, se kterými se sociální pracovníci setkávají, jsou specifické pro určité země; jiné jsou obecné. IFSW chce tímto prohlášením, které se věnuje obecným principům, povzbudit sociální pracovníky na celém světě k tomu, aby reflektovali výzvy a dilemata, se kterými se setkávají, a aby jejich rozhodnutí, jak jednat v konkrétních případech, byla eticky podložena. Některé z těchto problémových oblastí zahrnují:

- skutečnost, že loajalita sociálních pracovníků se často ocitá ve střetu konfliktních zájmů,
- skutečnost, že sociální pracovníci působí zároveň jako pomocníci i kontroloři,
- konflikty mezi povinnostmi sociálních pracovníků chránit zájmy lidí, se kterými pracují, a požadavky společnosti na efektivitu a užitečnost,
- skutečnost, že zdroje ve společnosti jsou limitované.

Tento dokument začíná definicí sociální práce, kterou IFSW přijala na valné hromadě v Montrealu v Kanadě v červenci 2000, a potom společně s IASSW v Kodani v květnu 2001 (část 2).

Tato definice klade důraz na principy lidských práv a sociální spravedlnosti. Další část (3) odkazuje na různé deklarace a úmluvy o lidských právech, které jsou relevantní pro sociální práci. V části 4 pak následuje vyhlášení obecných etických principů patřících k dvěma širokým oblastem – lidským právům a důstojnosti a sociální spravedlnosti. V poslední části jsou uvedeny některé základní principy etického jednání v sociální

práci, o kterých se dá předpokládat, že budou dále rozpracovány, a to i v rozlišných normách a směrnících členských organizací IFSW.

2. Definice sociální práce

Definice sociální práce Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.

3. Mezinárodní konvence

Mezinárodní deklarace a úmluvy o lidských právech vytvářejí obecné standardy a poukazují na práva, která jsou globální společností akceptována. Dokumenty relevantní pro praxi sociální práce jsou:

- Všeobecná deklarace lidských práv
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech
- Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace
- Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen
- Úmluva o právech dítěte
- Úmluva původních domorodých obyvatel (ILO konvence 169)

4. Principy

4.1 Lidská práva a lidská důstojnost

Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu a blaho každého člověka.

To znamená:

1. Respektovat právo na sebeurčení – sociální pracovníci respektují a podporují právo lidí na provádění vlastních výběrů a rozhodnutí, nezávisle na jejich hodnotách a životních rozhodnutích, za předpokladu, že to neohrozí práva a legitimní zájmy druhých.

2. Podporovat právo na participaci – sociální pracovníci podporují plné zapojení a účast lidí, kteří používají jejich služby, takovými způsoby, aby mohli dosáhnout zmocnění ve všech aspektech rozhodování a jednání, které ovlivňuje jejich život.
3. Jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí – sociální pracovníci se zajímají o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usilují o rozpoznání všech aspektů života člověka.
4. Identifikovat a rozvinout silné stránky – sociální pracovníci se zaměřují na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit, a tak podporují jejich zmocnění.

4.2 Sociální spravedlnost

Sociální pracovníci mají povinnost podporovat sociální spravedlnost ve vztahu ke společnosti obecně i ve vztahu k lidem, se kterými pracují.

To znamená:

1. Čelit negativní diskriminaci – sociální pracovníci mají povinnost čelit negativní diskriminaci na základě takových charakteristik, jako jsou schopnosti, věk, kultura, rod nebo pohlaví, rodinný stav, socio- ekonomický status, politické názory, barva pleti nebo jiné fyzické charakteristiky, sexuální orientace nebo duchovní přesvědčení.
2. Uznat diverzitu – sociální pracovníci rozpoznávají a respektují etnickou a kulturní rozdílnost ve společnostech, kde pracují, berouce při tom v úvahu individuální, rodinné, skupinové a komunitní odlišnosti.
3. Spravedlivě distribuovat zdroje – sociální pracovníci zaručují, že zdroje, které mají k dispozici, jsou rozdělovány spravedlivě ve shodě s potřebami.
4. Čelit nespravedlivé politice a praktikám – sociální pracovníci mají povinnost upozorňovat své zaměstnavatele, tvůrce politik, politiky samotné a veřejnost na situace, kdy lidé žijí v chudobě, když zdroje nejsou adekvátní nebo když rozdělování zdrojů, politika a praxe jsou utlačující, nespravedlivé nebo škodlivé.
5. Pracovat na základě solidarity – sociální pracovníci mají povinnost čelit sociálním podmínkám, které přispívají k sociálnímu vyloučení, stigmatizaci nebo útisku, a pracovat pro sociální inkluzi.

5. Profesionální jednání

Národní členské organizace IFSW mají povinnost rozvíjet a pravidelně aktualizovat svoje vlastní etické normy nebo etické směrnice tak, aby byly konzistentní

s prohlášením IFSW. Národní organizace mají také povinnost informovat sociální pracovníky a vzdělavatele v sociální práci o těchto normách a směrnicích. Sociální pracovníci by měli jednat v souladu s etickým kodexem nebo směrnicemi, které platí v jejich zemi. Ty to budou obvykle zahrnovat detailnější pravidla v etické praxi specifická podle národního kontextu. Následující obecná doporučení pro profesionální jednání se týkají toho, že:

1. Od sociálních pracovníků se očekává, že budou rozvíjet a udržovat požadované dovednosti a kompetence v oblasti své práce.
2. Sociální pracovníci nedopustí, aby jejich dovednosti byly využity k nehumánním účelům, jako je například mučení nebo terorismus.
3. Sociální pracovníci jednají bezúhonným způsobem. To zahrnuje nezneužívání vztahu důvěry s lidmi, kteří užívají jejich služeb, rozeznávání hranice mezi osobním a profesním životem a nezneužívání svého postavení pro osobní obohacení nebo zisk.
4. Sociální pracovníci jednají s lidmi, kteří používají jejich služby, s účastí, empatií a péčí.
5. Sociální pracovníci nepodřizují potřeby a zájmy lidí, kteří užívají jejich služeb, svým vlastním potřebám a zájmům.
6. Sociální pracovníci mají povinnost učinit nezbytné kroky v profesionální i osobní péči o sebe na pracovišti i ve společnosti s cílem zajistit, aby byli schopni poskytovat odpovídající služby.
7. Sociální pracovníci zachovávají důvěrnost informací, které se týkají lidí užívajících jejich služby. Výjimky mohou být odůvodněny pouze na základě vyššího etického požadavku (jako je například ochrana života).
8. Sociální pracovníci vyžadují uznání toho, že jsou zodpovědní za své jednání vzhledem k lidem, se kterými pracují, vzhledem ke kolegům, zaměstnavatelům, profesní asociaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.
9. Sociální pracovníci mají povinnost spolupracovat se školami sociální práce, aby podpořili studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.
10. Sociální pracovníci iniciují a zapojují se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a jsou odpovědní za to, že jejich rozhodnutí budou eticky podložena.

11. Sociální pracovníci jsou připraveni uvést důvody svých rozhodnutí, založených na etickém rozvažování, a jsou odpovědni za svoje volby a jednání.

12. Sociální pracovníci pracují na vytváření takových podmínek ve svých zaměstnavatelských organizacích i ve své zemi, aby principy tohoto prohlášení i principy jejich národního kodexu (existuje-li) byly diskutovány, hodnoceny a prosazovány.

Přeložila Mirka Nečasová

Dostupný z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-4-090221132958.pdf>

Příloha č. 3

Scénář rozhovorů:

Co si představujete pod slovem pečovatel?

Jak by měl vypadat ideál tohoto slova – pojmu?

Co si představujete pod pojmem dobrá praxe?

Dovedete popsat svůj ideální pracovní den?

Jak si uspokojujete své potřeby, jaké to jsou?

Cítíte nějakou deprivaci?

Jak se cítíte v práci? Vykonáváte péči podle svých představ?

Jak se vám pracuje v současném kolektivu? Můžete požádat spolupracovníka o pomoc?

Jak se u toho cítíte?

Cítíte podporu od přímého nadřízeného?

Jak dlouho pracujete v oboru?

Co bylo před touto zkušeností, proč pracujete jako pečovatelka?

Co cítíte při příchodu do práce a co při odchodu?

Co Vás motivuje k práci?

Co se skrývá pod pojmy úcta, důstojnost, empatie, holistický přístup, respekt k člověku, respektování soukromí, respektování studu, právo rozhodovat sám, neponižovat?

Co je pro vás nejdůležitější?

Jaká je pro vás prioritní hodnota z výše nabízených hodnot?

Co je nejdůležitější podle vašeho názoru pro klienty?

Jak pohlížíte na své klienty?

Co vás zajímá v mimopracovním čase?

Jaké pocity zažíváte, když se představujete a uvádíte, že pracujete jako pečovatelka v zařízení sociálních služeb.

Má podle Vás vliv na pocity region, firemní kultura, je to prestiž?

Jak se zajímáte o nově přijímaného klienta?

Můžete říci cokoliv Vás napadá k tématu.....