

Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Barbora Hlavičková

**Syndrom demence u klientů jako specifický fenomén v řízení pracovníků  
v přímé péči, v terénní sociální službě.**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2021

### **Prohlášení**

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

V Praze dne 6. července 2021

Barbora Hlavičková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Mgr. Petru Vrzáčkovi, který byl vedoucím mé diplomové práce, dále moc děkuji mému manželovi a mým dětem, za jejich podporu a trpělivost, kterou se mnou měli v čase, kdy jsem diplomovou práci psala. V neposlední řadě je na místě vyjádřit díky všem respondentům, kteří byli ochotni se účastnit výzkumu.

## **Abstrakt**

Diplomová práce pojednává o dopadu onemocnění syndromem demence u klientů sociální terénní služby na pracovníky v přímé péči. V práci jsou propojeny dvě teoretické roviny, které jsou s tématem v úzkém vztahu. Jedná se v první řadě o rovinu samotného onemocnění syndromem demence a okolností, které souvisí s péčí o nemocného člověka. Druhá rovina se zabývá tématem řízení týmu pracovníků v přímé péči, se zacílením do terénní sociální služby. Výzkum v sekvenční variantě umožnil akcentovat momenty, které jsou specifické v péči o klienty se syndromem demence v domácím prostředí. Záměrem bylo pojmenování zátěžových momentů, které s sebou práce s danou cílovou skupinou v domácím prostředí nese. V jádru respondenty zmiňovaných zátěží se podařilo najít jako společný jmenovatel stres, plynoucí z nepředvídatelnosti situace. Jde o nepředvídatelnost danou onemocněním klienta v podmínkách domácího prostředí, ve kterém je klient zvyklý sám rozhodovat, a to navzdory zhoršené kognici. V další úrovni stojí pak stres plynoucí z nejasné odpovědnosti za obsah služby. Pracovník musí být schopen flexibilně přecházet z role, která je více řídící, do role, kdy službu řídí klient, a to často v rámci jedné služby (časově v rámci hodin) a u jednoho klienta s onemocněním demence. Popsaná zátěž, která ze služby u klienta se syndromem demence v domácím prostředí plyne, vykazuje rysy specifičnosti. Její znalost je podstatná pro dobré řízení výkonu pracovníků v přímé péči v daném typu sociální služby. Respondenti sami ve svých výpovědích pojmenovali své potřeby. Propojení teoretických rovin s výsledkem výzkumu dává manažerovi týmu sociální terénní služby vodítko, jak nastavit systém podpory pracovníků v přímé péči a jak ošetřit služby u klienta s demencí, aby mohla být snížena míra stresu z nepředvídatelného u pracovníků v přímé péči.

## **Klíčová slova**

Syndrom demence, terénní sociální služba, pracovník v přímé péči, neformální pečující, kognitivní funkce, řízení týmu, osobní asistence, náročnost práce, zátěž, motivace, specifická zátěž, podpora.

## **Abstract**

The diploma thesis deals with the impact of dementia syndrome in clients of social field service on workers in direct care. The thesis connects two theoretical levels, which are closely related to the topic. This is primarily the level of the disease itself with dementia syndrome and the circumstances associated with caring for a sick person. The second level deals with the topic of managing a team of workers in direct care, with a focus on field social services. The research in the sequential variant made it possible to emphasize the moments that are specific in the care of clients with dementia syndrome in the home environment. The intention was to name the stress moments that come with working with a given target group in the home environment. At the core of the pressures mentioned by the respondents, the stress resulting from the unpredictability of the situation was found as a common denominator. It is unpredictability, given the client's illness, in the conditions of the home environment, in which the client is used to making his own decisions, despite the worsened cognition.

At the next level is the stress resulting from unclear responsibility for the content of the service. The employee must be able to flexibly move from a role that is more managerial to a role where the service is managed by the client, often within one service (within hours) and in one client with dementia. The described burden, which arises from the service of a client with dementia syndrome in the home environment, shows features of specificity. Its knowledge is essential for good management of the performance of workers in direct care in a given type of social service. Respondents themselves named their needs in their statements. Linking theoretical levels with research results gives the social field service team manager guidance on how to set up a direct care support system and how to treat services for a client with dementia so that unpredictable stress levels can be reduced for direct care workers.

## **Keywords**

Dementia syndrome, field social service, direct care worker, informal caregiver, cognitive function, team management, personal assistance, work intensity, workload, motivation, specific workload, support

## Obsah

1	Úvod.....	9
2	Syndrom demence .....	11
2.1	Význam pojmu demence.....	11
2.2	Procesy v mozku a jeho zdravé stárnutí.....	11
2.3	Definice syndromu demence.....	13
2.4	Kognitivní funkce .....	14
2.4.1	Paměť, jako základní předpoklad pro porozumění sobě a světu .....	14
2.5	Řeč a jazyk.....	16
2.5.1	Exekutivní (řídící) funkce.....	16
2.5.2	Zrakově – prostorové funkce.....	16
2.5.3	Gnostické funkce .....	17
2.6	Mírná kognitivní choroba (Mild Cognitive Impairment).....	17
2.7	Co předchází rozvinutí syndromu demence.....	17
2.8	Přehled nemocí, v jejichž důsledku se rozvíjí syndrom demence.....	18
2.8.1	Alzheimerova choroba.....	18
2.8.2	Vaskulární demence .....	18
2.8.3	Demence při Parkinsonově chorobě a demence s Lewyho tělísky.....	19
2.8.4	Frontotemporální lobární degenerace.....	19
2.8.5	Poškození mozku v důsledku jiných procesů.....	20
2.9	Rizikové faktory rozvoje syndromu demence .....	20
2.10	Diagnostika .....	20
2.11	Syndrom demence jako terminální stav .....	21
2.12	Fáze syndromu demence.....	21
2.13	Péče zaměřená na člověka a strategie P-PA-IA .....	24
3	Financování sociálních služeb.....	26
3.1	Ekonomický pohled na péči doma či v instituci .....	28
3.2	Neformální a formální pečující .....	29
3.3	Home care – terénní, zdravotní služba.....	31
3.4	Profesionální sociální terénní služby .....	31
3.5	Case management .....	32

4	Řízení týmu .....	34
	4.1 Manažerské dovednosti.....	34
	4.2 Leadership.....	36
	4.3 Styly řízení týmu.....	37
	4.4 Manažerské činnosti.....	38
	4.4.1 Plánování .....	38
	4.4.2 Organizování .....	40
	4.4.3 Rozhodování a odpovědnost.....	41
	4.4.4 Kontrola.....	41
	4.4.5 Komunikace.....	42
	4.4.6 Delegování.....	43
	4.4.7 Motivování .....	44
	4.4.8 Dávání zpětné vazby.....	47
	4.5 Osobní rozvoj zaměstnanců .....	48
	4.5.1 Plány osobního rozvoje .....	48
	4.5.2 Supervize .....	48
	4.6 Etický rozměr v řízení sociální služby.....	49
	4.6.1 Etické rozhodování .....	50
5	Shrnutí teoretické části práce .....	53
6	Empirická část .....	54
	6.1 Charakteristika organizace.....	54
	6.1.1 Sociální služba osobní asistence.....	55
	6.1.2 Způsob týmové spolupráce – před pandemií covid-19.....	55
	6.1.3 Způsob týmové spolupráce – při pandemii covid-19 .....	56
	6.2 Teoretické ukotvení problematiky .....	57
	6.3 Výzkumné otázky .....	59
	6.4 Stanovené cíle .....	60
	6.5 Výzkumné paradigma .....	60
	6.6 Pozicionalita.....	61
	6.7 Metodologie .....	61
	6.8 Vzorkování.....	62
	6.9 Metody analýzy vytvořených dat – kvantitativní část výzkumu .....	62
	6.9.1 Hodnocení náročnosti práce dle délky praxe.....	63

6.9.2	Hodnocení náročnosti práce, rozděleno podle profesí .....	63
6.9.3	Specifická zátěž v terénní službě.....	64
6.9.4	Specifická zátěž u klienta se syndromem demence.....	65
6.9.5	Přehled – porovnání definované zátěže v jednotlivých oblastech.....	67
6.9.6	Porovnání definované zátěže v jednotlivých oblastech dle profesí.....	68
6.10	Metody analýzy – kvalitativní část výzkumu .....	77
6.10.1	Výzkumný vzorek .....	78
6.10.2	Sběr dat.....	78
6.10.3	Třídění dat .....	80
6.10.4	Interpretace získaných dat.....	83
6.10.5	Souhrn výsledků.....	89
6.10.6	Doporučení vyplývající z výsledků výzkumu.....	92
7	Závěr.....	93
8	Seznam literatury.....	95
9	Přílohy .....	100
9.1	Dotazník.....	100
9.2	Projekt diplomové práce .....	103



# 1 Úvod

Před více než 15 lety, jsem v pozici pečovatelky poprvé zažila setkání pohledů s nemocným člověkem se syndromem demence. V očích nemocného jsem vnímala absenci, otázky, zmatek, obavu – jako by mysl nemocného byla jinde, jako by „nebyla doma“. Tato zkušenost pro mě byla iniciačním zážitkem v zájmu o pochopení syndromu demence, v zájmu o pochopení zákonitostí, které vedou k tak komplexní proměně nemocného. Často si od té doby kladu otázky po podstatě osobnosti člověka, smyslu, a přesahu lidského života. Má dlouhodobá zkušenost s péčí o osoby se syndromem demence mi ukázala, že stejně tak, jako je vztah mezi lidmi tvořen oboustranně, jejich vzájemnou interakcí, tak zmatení a samota, kterou prožívá nemocný člověk je okolnost, kterou v podobné míře zažívá také ten, kdo mu péči poskytuje. Oba jsou spolu v prazvláštní situaci vzájemného nechápání, udivení, často pohoršení, skryté či projevené agrese. Syndrom demence se stále více stává společenským „tématem“. Přesto bývají neformální pečující na péči o nemocného nezřídká sami. Jsme sice svědky zvyšující se podpory pečujících osob, většinou příbuzných, jde však převážně o edukaci, nikoliv o navýšení kapacit terénních služeb. Chybí praktická pomoc. Jsem hluboce přesvědčena, že dobrá péče o lidi se syndromem demence vyžaduje zcela individualizovaný přístup, ideálně v domácích podmínkách, kde nemocný člověk žil ještě v době, než se nemoc začala projevovat. Individuální přístup v domácích podmínkách dokáže poskytnout terénní sociální služba.

Během mé mnohaleté pracovní praxe s vedením týmu v organizaci, která poskytuje odbornou sociální péči v domácím prostředí u klientů se syndromem demence, jsem dospěla k poznání, že laičtí pečující, obdobně jako pečující profesionálové, potřebují specifickou pomoc. Nároky na ně kladené, potřebují ustát ve zdraví a dobré psychické kondici. Narůstající počet klientů terénních sociálních služeb, kteří trpí tímto onemocněním, s sebou přináší výzvy pro management organizací, jak se postarat o pracovníky v přímé péči, aby dokázali svou práci u nemocných syndromem demence vykonávat dobře, kvalitně a způsobem, který respektuje důstojnost klienta a jeho individualitu.

Touto prací prozkoumávám téma syndromu demence v kontextu řízení týmu profesionálních pečovatelů, kteří poskytují péči v domácnostech nemocných demencí. Východiskem mé diplomové práce je teoretická rovina, ve které čerpám informace jak

z knižních publikací, tak z výzkumných a odborných článků. Popisují v ní faktory, které vedou k rozvinutí syndromu demence. Cílem této práce není popsat syndrom demence v jeho biochemických zákonitostech či lékařské terminologii. V určité chvíli proto opouštím samotné onemocnění a soustředím se na formy pomoci a péče. Jednou z forem, která nabízí účinnou pomoc a napomáhá v péči o člověka se syndromem demence, je terénní sociální služba. Konkrétní pomoc přichází v podobě služeb, které usnadňují zvládnání běžných každodenních úkonů péče o vlastní osobu a prodlužují dobu, po kterou nemocný může zůstat ve svém domácím prostředí. Namátkou zmíním: pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a mnohé další úkony, které vykonávají pracovníci v přímé péči. Kapitoly, které navazují na popis syndromu demence, jsou proto tematicky zaměřeny na řízení týmu pracovníků v přímé péči, z pozice managementu.

V praktické části nejprve představuji kontext organizace, ve které pracuji a kde jsem také realizovala výzkum. Na dalších stránkách poté popisuji provedení a výsledky sekvenčního výzkumu, ve kterém jsem zjišťovala míru a povahu pracovní zátěže pracovníků v přímé péči. S ohledem na to, že se postupně mění skladba klientů v této konkrétní terénní službě směrem k nárůstu počtu klientů se syndromem demence, bylo mým cílem v pozici vedoucího znát, zmapovat a dobře porozumět zátěži, kterou pracovníci v přímé péči u klientů s demencí v domácnostech zažívají. Závěry výzkumu v dané organizaci mají potenciál dát základ k vytvoření systému podpory, který pomůže profesionálním pečovatelům dobře zvládat nároky specifické služby u klientů se syndromem demence.

## 2 Syndrom demence

Samotný termín demence je laickou veřejností chápán jako samostatně stojící onemocnění, které se se stářím pojí. Pro dobré porozumění složitosti projevů nemoci a důvodům pro rozvoj syndromu je účelné poukázat na fakt, že syndrom znamená soubor příznaků, které jsou ve svém součtu důsledkem rozličných patologických procesů, které se odehrávají v mozku nemocného. Jednotlivé nemoci, které vedou k rozvoji syndromu demence, budou popsány v následujících podkapitolách. Za významné považuji předeslat, že syndrom demence není odbornou veřejností považován za jeden z přirozených příznaků stáří. Tento všeobecně panující omyl se snaží vědecká obec naopak vyvrátit. V následujícím textu také zmíním mírnou kognitivní poruchu, která sice může značit rozvíjející se syndrom demence, ale neplatí to tak ve všech případech. Diferenciace je významná především pro způsob poskytování péče, neboť projevy a potřeby člověka se syndromem demence a člověka s mírnou kognitivní poruchou se liší.

### 2.1 Význam pojmu demence

Pojem „demence“ původně vychází z latinského slova *mens* (mysl), kde předpona *de* vyjadřuje absenci (bez). Demence tedy v doslovném významovém chápání znamená „bez myslí“ (BUIJSSEN, 2006, s. 13). V počátečních fázích nemoci by se mohlo zdát, že spíše než mysl, je zasažena všípivost a nemocným že nechybí schopnost vlastního úsudku. Nejprve bývá zasažena krátkodobá paměť, postupně má nemocný potíže s řečí, orientací, spíše jako by žil v přítomném okamžiku. Jak nemoc postupuje, stále více se stav klienta blíží stavu, ve kterém mysl tak, jak jí rozumíme, již přítomna není (HUEMER, 2012).

### 2.2 Procesy v mozku a jeho zdravé stárnutí

Lidský život není nekonečný a stejně tak není nekonečné ani dělení buněk, které naše tělo tvoří. Naše kůže i naše orgány stárnou. Stejně jako ostatní buňky, stárnou i buňky nervové. Zdravé buňky našeho těla mají schopnost se dělit, a každá z nových buněk obsahuje opět naší jedinečnou genetickou informaci. Schopnost dělení buněk není však nekonečná. Hayflickův limit<sup>1</sup> uvádí, že každá buňka má omezený počet možných dělení, limit uvádí 50 možných dělení. Mechanismus, který měří, kolik dělení má již buňka za sebou a zda se

---

<sup>1</sup> Hayflickův limit stanovuje **maximální počet dělení**, kterým prochází buňka před svým zánikem. Lidské fibroblasty v kultuře se mohou dělit maximálně 50–70krát, poté stárnou a hynou.

může ještě dělit, mají na starosti volné konce chromozomů, zvané telomery. Při dělení se chromozomy nekopírují s telomerami až do úplného konce, každá další buněčná generace má o něco kratší telomeru. Ve chvíli, kdy telomery zcela zmizí, je buňce zabráněno dělit se a dojde k buněčné smrti. V této souvislosti je velice zajímavé, že Hayflickův limit neplatí pro rakovinné buňky (ZELENKA, 2012). Kromě tohoto limitu, který má v sobě zahrnutou definitivu stejně jako život lidský, hrají ve stárnutí a změnách buněk roli další okolnosti. Podstatnou okolností, která zkracuje buněčný život, je přítomnost volných kyslíkových radikálů v buňce, jako vedlejší produkt činnosti mitochondrií. Volné kyslíkové radikály, které obsahují nepárový elektron, se pohybují volně v buňce a navazují se na jiné molekuly, čímž narušují jejich činnost či tvar, nebo zcela zničí jejich funkci. S rostoucím věkem mitochondrie produkují stále více odpadu – volných kyslíkových radikálů, tím dochází k významně velkému počtu narušených molekul, které se hromadí v buňce jako buněčný odpad. Schopnost buňky zbavovat se vlastního odpadu se s věkem také snižuje, a tak častěji ve vyšším věku dochází k narušení správné funkce buňky či k jejímu odumření (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 76–81).

Světová zdravotnická organizace WHO zmiňuje ve zprávě z roku 2015, že neexistuje typický senior, stejně jako celý život tak i stáří je ryze individuální (WHO, 2015). Jsou však určité projevy, které prostě stáří provází. Jedním z nich je pokles svalové hmoty, zhoršování funkce kůže, zhoršování celkové imunity organismu. Co se týká kognitivních funkcí, je zcela obvyklé věkem podmíněné zhoršení sluchu a zraku (které lze ale kompenzovat pomůckami a v západním světě je to zcela běžné). Co se týká kognitivních funkcí i zde zdravé stárnutí přináší změny. Většina starších lidí si stěžuje na zhoršenou paměť. To, co však v průběhu přirozeného stárnutí dokáže lidský mozek kompenzovat, vede v případě propuknutí neurodegenerativního onemocnění k výraznému narušení mozku. Člověk přestává být soběstačný a stává se závislým, na pomoci druhé osoby (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 165). Zhoršená paměť může ukazovat na počátek nemoci, na mírnou kognitivní poruchu, nebo také na subjektivně zhoršené prožívání svého stáří (vliv můžou mít i sociální podmínky, mezilidské vztahy, přítomnost deprese atd.). V této souvislosti je na místě zmínit výzkumný koncept subjektivního kognitivního poklesu (Subjective Cognitive Decline), (CDCP, 2019), kdy senior sám na sobě vnímá změny, které však nejsou měřitelné diagnostickými metodami. Subjektivní hodnocení změn v kognitivních funkcích by nemělo být přehlíženo právě pro včasné odhalení začátků rozvoje neurodegenerativní choroby či mírné kognitivní poruchy. Přitom

platí, že nemusí vždy znamenat objektivní přítomnost nemoci (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 45).

### 2.3 Definice syndromu demence

Pro dobré porozumění pojmu demence by měla posloužit definice. Jak postupuje lékařská věda, tím více se o rozvoji syndromu demence dovídáme. Syndrom je z lékařského a vědeckého hlediska konkrétněji popsán. Definice se tím ale také prodlužují, ve snaze postihnout co nejlépe celkový obraz onemocnění. Tím se laické veřejnosti naopak podstata onemocnění zahaluje, není výjimkou slyšet lidi hovořit o stařecké senilitě, senilní demenci atp. Uvádím zde postupně čtyři definice.

První, z období před dvaceti lety, říká: „Demence je klinický syndrom charakterizovaný poklesem, až ztrátou intelektových schopností v důsledku organického postižení mozku, která je obvykle ireverzibilní a trvale progredující a nepříznivě ovlivňuje pracovní a sociální funkce pacienta“ (TOPINKOVÁ, 1999, s. 9).

Druhou, kterou zde uvádím, je aktuální definice Světové zdravotnické organizace: „Syndrom demence je způsobený onemocněním mozku, většinou chronické a progresivní povahy, při kterém dochází k porušení vyšších mozkových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, učení, jazyka a úsudku. Vědomí přitom nebývá ovlivněno. Snížení kognitivních funkcí bývá obvykle doprovázeno zhoršením emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace, které mohou v některých případech zhoršení kognitivních funkcí předcházet“ (KISVETROVÁ, 2020, s. 13).

Třetí pokus o definování syndromu demence jsem si vypůjčila z knihy, která se primárně zabývá onemocněním Alzheimerovou chorobou. Na syndrom demence autorky pohlíží v kauzalitě primární nemoci a jejích následků: „Syndrom demence, je z hlediska rozsáhlosti neuropatologických změn v mozku, nahlížen jako konečné stádium Alzheimerovy choroby. Z hlediska hloubky a rozsahu kognitivního deficitu je však nahlížen jako na stádium, v jehož rámci teprve dochází k plnému rozvoji příznaků“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 196).

Poslední definice, kterou odcituji, je svým zaměřením nejvíce popisná, s ohledem na projevy a důsledky nemoci. Na ní následně postavím další strukturu své práce: „Demence je závažné onemocnění mozku, které se projevuje poruchou paměti, myšlení, neschopností řešit problémy a nezvládnutím každodenních činností. V průběhu onemocnění často dochází ke zhoršování těchto příznaků. Demence bývá spojena s poruchami chování či nálady, s halucinacemi, bludy“ (BENEŠOVÁ, 2001, s. 3).

Z definic vyplývá, že syndrom demence postupně postihuje všechny základní okruhy lidského života. Jedná se o postižení kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života a naposled postižení, které se reprezentuje v behaviorálních a psychologických příznacích demence (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009, s. 22–23). Za důležité považují věnovat se v nadcházejícím oddíle kognitivním funkcím, zvláště proto, že další dva z výše zmiňovaných okruhů jsou zasaženy až jako důsledek zhoršení kognitivních funkcí. Bez porozumění tomu, co kognitivní funkce jsou a k čemu člověku slouží, není možné dobře rozumět dopadu, jaký má jejich deficit právě v oblasti denních aktivit a v oblasti chování a prožívání nemocného.

## 2.4 Kognitivní funkce

„Kognitivní (poznávací) funkce jsou označovány jako vyšší funkce mozku“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 31). Nižší funkce mozku, nekognitivní, jsou emoce, vnímání, pudy, osobnost (LUŽNÝ, 2012, s. 12). Prostřednictvím kognitivních funkcí je lidské prožívání v kontaktu s tím, co je okolo. Jejich prostřednictvím je okolní realita vztažena do života a psychiky každého člověka. Jedná se o jednotlivé, samostatné poznávací oblasti, kterými jsou: pozornost, paměť, řeč a jazyk. Dále jde o funkce exekutivní (řídící), zrakově-prostorové a gnostické funkce. Postižení těchto funkcí zcela zásadně mění prožívání, i chování člověka. Každá z vyjmenovaných oblastí si zaslouží pozornost v následujících podkapitolách.

### 2.4.1 Paměť, jako základní předpoklad pro porozumění sobě a světu

„Paměť je definována jako schopnost ukládat, uchovávat a vybavovat si informace“ (LUŽNÝ, 2012, s. 12). Podle zaměření naší pozornosti jsou pak informace ukládány do krátkodobé, nebo dlouhodobé paměti. Do krátkodobé paměti jsou ukládány spíše informace tzv. pracovní – jde o informace, které používáme v dané chvíli. Pokud však dojde k asociování informace s paměťovými stopami, které v mozku máme již vytvořené, informace je uložena do paměti dlouhodobé. Paměť je pak ještě konkrétněji dělena na tzv. epizodickou, sémantickou, autobiografickou, prostorovou a procedurální.

- paměť epizodická: do ní se ukládají vzpomínky na osobní zážitky, v kontextech a okolnostech za jakých se odehrávaly.
- paměť sémantická: zde jsou uložena fakta a znalosti o světě.

- paměť autobiografická: je zvláštní vztažením osobních zážitků na kontext historických událostí. Tato paměť specificky zapojuje naše životy do linearity běhu světa a je velmi významná pro chápání našeho života jako smysluplného.
- paměť prostorová: jak název napovídá, pomáhá nám v orientaci v prostoru, v místě.
- paměť procedurální: umožňuje vykonávání činností, bez zaměření pozornosti, automaticky. Jako jediný je tento druh paměti prost nutnosti vybavovat si (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 32–35).

Není výjimkou, když se v praxi setkáme s člověkem, u kterého diagnostika sice potvrdila syndrom demence, ale při rozhovoru s ním se nám nejeví jako člověk, který by byl nemocný. Používá odborných termínů, hovoří spisovně, odpovídá případně. V rozporu s tím jsou pak mimoděčné pohyby, pomlaskávání, dotýkání se obličeje a dalších částí těla. Naše paměť je náš životní zdroj, naše schopnost žít v souvislostech, ve vztazích, v lineárním vztahu toho, co bylo, je a bude. Jistě každý z nás zná ze své zkušenosti, že pokud si nedokázal nějakou vzpomínku vybavit, velice rychle se v mozku odehrál proces, díky kterému byla vzpomínka „domyšlena“ či „dotvořena“. Je to proces, který chápou jako téměř existenciálně důležitý, pomáhá nám držet si víru, že jsme stále v kontaktu s naším životním zdrojem – s pamětí. Pomáhá nám držet integritu našeho já, pomáhá nám v pocitu, že naše porozumění světu a jeho kauzalitám vyplývá ze zkušenosti, která byla tvořena objektivními událostmi. Ten samý proces se musí zákonitě odehrávat v mozku člověka, kde dochází k postupnému zahalování paměti mlhou.

Velmi vhodný a ilustrativní příměr je uveden v publikaci o demenci. Autor v ní přirovnává naši paměť k polici, na které jsou za sebou seřazeny naše vzpomínky, jak se nám ukládaly do paměti. Na nejzazších místech jsou ty vzpomínky, které pro nás měly silný emocionální náboj, na posledních místech pak vzpomínky nejmladší, „běžné“. Jak nemoc postupuje, nejprve jsou mazány vzpomínky poslední. Při aktuální konfrontaci s otázkou náš mozek aktivuje mechanismy, které vedou k tomu, že saháme po těch nejbližších nesmazaných vzpomínkách (BUIJSSEN, 2006, s. 19–40). To dobře vysvětluje, proč lidé, kteří se celý život věnovali intelektuální činnosti, dokážou velmi dobře „kamuflovat“ díry v krátkodobé paměti. Mají na polici více záznamů a trvá delší čas, než se onemocnění stane viditelné. V odborné terminologii se o tomto jevu hovoří jako o kognitivní rezervě<sup>2</sup>. Existují studie, které prokazují „že pro zvýšení kognitivní rezervy

<sup>2</sup> Individuální vlastnost konkrétního člověka, jeho odolnost vůči zhoršování kognitivních funkcí (HOLMEROVÁ, Case management v péči o lidi žijící s demencí, 2018).

má význam duševní činnost ať již pracovní nebo zábavná, ale též dostatečná fyzická aktivita“ (HOLMEROVÁ, 2018, s. 62). Postupný proces „mazání záznamů z paměti“ bude dále přiblížen v souvislosti s rozdělením progresu nemoci na její fáze. Cílem tohoto odskoku na téma paměť je především navození bližšího porozumění stěžejní okolnosti, kterou s sebou syndrom demence přináší. Postupnému ztrácení sebe a vlastních vazeb, skrze zamlžování paměti.

## **2.5 Řeč a jazyk**

Řeč a jazyk jsou naše komunikační kanály. Díky schopnosti uchopit konkrétní věc do slov a slovo vyřknout, a stejně tak díky schopnosti celý tento proces používat i opačně (skrze vyslovené slovo porozumím, co druhá osoba myslí) jsme schopni sdílet a navzájem si rozumět. Schopnost lidského mozku popsat abstraktní věci, pocity nebo i věci konkrétní pojmenovat a tomuto pojmu obecně stejně rozumět je téměř dech beroucí.

### **2.5.1 Exekutivní (řídící) funkce**

Díky těmto funkcím je člověk schopen si uvědomit cíl a naplánovat dílčí kroky k jeho dosažení. Je schopen pružně a efektivně reagovat, když se okolnosti změni a je třeba plán dosažení cíle pozměnit. Tyto funkce spolupracují s uloženými informacemi v paměťových stopách a využívají jich právě k efektivnímu dosažení cíle. „Řídící funkce jsou hybateli a vykonavateli lidské činnosti, a také rozhodují o tom, zda od cíle nebude ustoupeno ve chvíli, kdy se ukázal být nevhodným“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 37). Zapojení těchto funkcí je zcela nezbytné k úspěšnému provedení jakékoliv komplexní lidské aktivity, ať je to příprava pokrmu, návštěva známého či vyřízení záležitostí na úřadech.

### **2.5.2 Zrakově – prostorové funkce**

Tyto funkce jsou podstatné pro bezpečný pohyb člověka v prostoru. Díky nim člověk rozpozná a rozliší objekty, rozpozná lidskou tvář. „Zrakově – prostorové funkce umožňují člověku vnímání prostorových vztahů mezi objekty a také ve vztahu k vlastnímu tělu“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 38). Tyto funkce jsou podstatné pro schopnost najít cestu z jednoho místa do druhého, ať již v rámci bytu nebo ve velkém městě.



### **2.5.3 Gnostické funkce**

Gnostické funkce umožňují člověku rozpoznat předměty zrakem, hmatem či sluchem. Člověk gnostické funkce využívá automaticky. „Je to schopnost vidět, slyšet a cítit hmatem“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 38). Každá z nemocí, které vedou k rozvoji syndromu demence, má v projevech konkrétního nemocného individuální specifika. Řídící centra pro jednotlivé kognitivní funkce jsou totiž v mozku uložena na různých místech, posloupnost zhoršování jednotlivých kognitivních funkcí je tedy u každé z nemocí jiná. Je to dáno tím, že u každé z nemocí se patologický protein začne ukládat v jiné části mozku. Popisu tohoto procesu se budu věnovat v následujících kapitolách.

## **2.6 Mírná kognitivní choroba (Mild Cognitive Impairment)**

Mírná kognitivní porucha nijak zásadně neomezuje soběstačnost, ani nebrání v každodenních aktivitách nemocného. Zároveň je uváděno, že touto poruchou trpí přibližně pětina seniorů starších 65 let (HAUKE, 2017, s. 51). Nejde však již pouze o subjektivní prožívání, ale o pokles schopnosti kognitivních funkcí, který je měřitelný diagnostickými metodami. Výsledky jsou srovnány s normou stanovenou věkem a vzděláním člověka. Senior může s touto poruchou žít mnoho let a demence se nemusí rozvinout dokonce vůbec, zároveň však představuje vyšší riziko rozvinutí syndromu demence v následujících letech života. Mírná kognitivní porucha je chápána jako „součást kontinua mezi zdravým stárnutím a kognitivní poruchou, respektive demencí“ (HOLMEROVÁ, 2018, s. 66), ale není považována za samostatně stojící nemoc. „Může a nemusí být důsledkem některého z neurodegenerativních onemocnění, ale stejně tak může být důsledkem poruch spánku či jako vedlejší efekt některých léků, které se předepisují např. při problému s inkontinencí a dalšími“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 100).

## **2.7 Co předchází rozvinutí syndromu demence**

Syndrom demence, je důsledek poškození mozku. K nejčastějšímu poškození dochází v souvislosti s neurodegenerativními onemocněními nebo také vlivem poškození cévního zásobení mozku. „Tato neurodegenerativní onemocnění jsou zpravidla charakterizována tím, že se v mozku vytváří a ukládá patologický (chorobný) protein (bílkovina)“ (HAUKE, 2017, s. 27). U jednotlivých onemocnění dochází k ukládání proteinu v různých částech mozku. To má pak přímý dopad na postižení určitých konkrétních kognitivních funkcí

a vede k projevům, které pak nemoc reprezentují navenek. K ukládání bílkovin však může najednou docházet v různých částech mozku, proto je diferenciací a diagnóza obtížná a nejednoznačná<sup>3</sup>. Spolehlivá metoda, která by dokázala v dané chvíli zjistit míru poškození mozkové tkáně je v podstatě možná až při pitvě. „Demence je proto vždycky „pravděpodobná“ diagnóza“ (BUIJSSEN, 2006, s. 14). Diagnostiku též zhoršují další okolnosti, které souvisí s individuálními schopnostmi a charakteristikami každého nemocného, protože mozek má zázračnou schopnost deficitů v paměti po dlouhou dobu nahrazovat, suplovat a projevy nemoci se v individuálních kazuistikách po různě dlouhou dobu nemusí navenek téměř projevit (viz koncept kognitivní rezervy).

## **2.8 Přehled nemocí, v jejichž důsledku se rozvíjí syndrom demence**

### **2.8.1 Alzheimerova choroba**

Alzheimerova choroba je citována jako nejčastější příčina demence, „je zodpovědná asi za dvě třetiny všech případů demence“ (TOPINKOVÁ, 1999, s. 23). Specifické pro ni je, že se rozvíjí pomalu, zpočátku asymptomaticky. Toto období může trvat až 10 let, poté začíná docházet ke stále viditelnějším kognitivním deficitům. Ve spánkové a temenní oblasti mozku dochází k ukládání proteinů, v důsledku toho pak k úbytku neuronů a ke ztrátě jejich propojení (synapsí). Alzheimerova choroba je typická poruchou vstřípivosti a sníženou schopností plánovat a řešit problémy. „Postupně je postižena též orientace, soustředění, porozumění řeči. Soběstačnost se zhoršuje i v tzv. instrumentálních aktivitách a v základních sebeobslužných činnostech“ (HAUKE, 2017, s. 33).

Alzheimerova choroba je z mé zkušenosti velmi často v jejích začátcích okolím nemocného bagatelizována, je vnímána obecně jako stařecká zapomnětlivost. „Může se stát, že při prvních varovných symptomech nebudete mít ani stín podezření, že by se mohlo jednat právě o tuto patologii“ (REGNAULT, 2011, s. 15). Je to na škodu, protože včasná diagnostika by mohla být prospěšná pro nastavení potřebné péče a podpory nemocného a také s ohledem na podpůrné léky (kognitiva), které mohou progres nemoci velmi zpomalit a kvalitu života nemocného pomoci zachovat po delší dobu.

### **2.8.2 Vaskulární demence**

Vaskulární demence je v odborné literatuře uváděna, jako druhá nejčastější příčina syndromu demence. Oproti Alzheimerově chorobě je typická náhlým nástupem. Často se

---

<sup>3</sup> Srov. (HAUKE, 2017, s. 28)

jedná o opakované cévní mozkové příhody, které mají za důsledek vícečetné postižení cévního zásobení mozku. „Dochází ke skokovému zhoršení kognitivních funkcí, přibližně 3–6 měsíců po prodělání cévní mozkové příhody“ (TOPINKOVÁ, 1999, s. 30). Zhoršování stavu nemocného se děje při této variantě spíše nárazově, skokově, často právě v důsledku další proběhlé cévní mozkové příhody. Bývá postižena zejména mozková kůra, ale „mohou být postiženy také jiné struktury mozku, což vede k velké variabilitě klinického obrazu a průběhu (HAUKE, 2017, s. 34).

Z vlastní zkušenosti vím, že tato forma vytváří specifický stres pro nemocného a také pro jeho blízké právě svým skokovým nástupem a střídáním s obdobími, která vypadají, že se situace zlepšuje. Nemocný bývá často emočně nevyvážený, trpí depresemi a pokud nejsou dobře a cíleně nasazena antidepresiva, často dochází k odmítání příjmu potravy, případně běžných denních aktivit. To ve svém důsledku kvalitu života nemocného ještě snižuje.

### **2.8.3 Demence při Parkinsonově chorobě a demence s Lewyho tělísky**

Také u těchto dvou onemocnění dochází k ukládání a hromadění patologické bílkoviny v mozku, konkrétně v podkorových oblastech bazálních ganglií a v mozkové kůře. „Jedná se vlastně o jedno onemocnění s různou progresí. Jestliže dojde nejprve k poškození bazálních ganglií, rozvíjí se Parkinsonova choroba“ (HAUKE, 2017, s. 35). U Parkinsonovy choroby se nemusí demence vždy rozvinout. Pokud se tak však stane, je diagnostika zhoršená o to, že projevy demence jsou často skryty za typické projevy Parkinsonovy choroby – ztuhlost, třes, zhoršenou artikulaci. V případě demence s Lewyho tělísky jsou v začátcích typické zrakové halucinace, stav nemocného se rychle mění a kolísá. Projevy ve formě zhoršené mobility či třesu nastupují až později.

### **2.8.4 Frontotemporální lobární degenerace**

Tato varianta onemocnění se často projevuje změnami chování nemocného, které mohou vést k hospitalizaci. „Již na počátku choroby dochází k nápadné proměně osobnosti, změně charakteru a vystupování. Ubývá spontaneity i zájmů“ (LUŽNÝ, 2012, s. 57). Typické pro tuto variantu je, že se objevuje spíše v mladším věku (do 65 let). Je typické právě projevy, které překračují společenské normy (zvýšená agresivita, společensky nevhodné sexuální chování). To činí péči o takto nemocného obzvláště obtížnou.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Viz (MENŠÍKOVÁ, TUČKOVÁ, KAŇOVSKÝ, 2016).

### **2.8.5 Poškození mozku v důsledku jiných procesů**

Pro úplnost je zapotřebí dodat, že k poškození mozkové kůry může dojít i dalšími procesy s návazným rozvojem syndromu demence. Může se jednat o vrozené poškození mozku nebo může jít o důsledek akutní otravy, úrazu či o následky infekčních onemocnění. „Porucha kognitivních funkcí může být rovněž následkem závažných somatických i metabolických onemocnění, ale i vážných psychických chorob“ (HOLMEROVÁ, 2018, s. 45).

## **2.9 Rizikové faktory rozvoje syndromu demence**

Holmerová uvádí, že v České republice nyní žije na 170 tisíc osob s demencí. V celé Evropě pak na 9 milionů nemocných a do roku 2040 se očekává více než 15 milionů nemocných s demencí (HOLMEROVÁ, 2018, s. 44). Ve zprávě Lancetovy komise je uvedeno, že počet lidí s demencí stoupá. Předpovědi budoucích trendů prevalence demence se liší v závislosti na základních předpokladech a geografické oblasti, ale obecně naznačují podstatné zvýšení celkové prevalence související se stárnutím populace (LIVINGSTONE, 2020). Ve zprávě z roku 2017 popsala Komise model životního cyklu potenciálně upravitelných rizik demence (LIVINGSTONE, 2017). Jako rizikové faktory uvádí obezitu a hypertenzi ve středním věku, které předpovídají budoucí demenci. Zajímavostí je, že stejně jako váha, tak krevní tlak obvykle v pozdějším věku u pacientů s demencí nebo s rozvojem demence klesají. Ve zmiňované zprávě z roku 2017 *Lancetova Komise pro prevenci demence, intervenci a model péče o životní styl*, definovala devět faktorů, které zvyšují riziko rozvoje nemoci (nižší vzdělání, hypertenze, sluchové postižení, kouření, obezita, deprese, fyzická nečinnost, cukrovka a méně častý sociální kontakt). Nové důkazy citované ve zprávě té samé komise z roku 2020 podporují přidání tří upravitelných rizikových faktorů – nadměrné konzumace alkoholu, poranění hlavy a znečištění ovzduší (LIVINGSTONE, 2020).

## **2.10 Diagnostika**

Doba, po kterou nemoc progreduje, je nestejná a včasná diagnostika přináší naději oddálení nástupu pokročilejších stádií nemoci, které jsou pro péči po všech stránkách náročnější. Holmerová uvádí, že 40 % hospitalizovaných starších lidí má nějakou formu demence, i když demence nebývá primární důvod pro hospitalizaci (HOLMEROVÁ, 2018, s. 68). To ukazuje, v jak malé míře se daří včasnou diagnostikou případy onemocnění odhalovat.

Zpráva britské organizace, která dává doporučení k postupům při poskytování zdravotní a sociální péče, definuje „case finding“ jako strategii vyhledávání a funkčního vyšetřování lidí, kteří jsou rizikovou skupinou pro dané onemocnění (NICE, 2018). V podmínkách ČR se zdá být logické, že prvotní diagnózu sdělí praktický lékař, který by své pacienty měl znát. V praxi se spíše setkávám s tím, že pacient i příbuzní dlouhou dobu tápou a ve chvíli, kdy se rozhodnou k návštěvě odborného lékaře, došlo již k rozvoji syndromu demence.

## **2.11 Syndrom demence jako terminální stav**

Jak již bylo řečeno, syndrom demence je terminální onemocnění, neléčitelné a život zkracující. V této optice je na místě zmínit paliativní péči, ke které se přistupuje zatím převážně u osob s onkologickým onemocněním, kde léčba již není možná. Paliativní péče nastupuje, když končí fáze lékařského „boje o zdraví“ který s nemocí svádí lékaři. Její idea spočívá v léčbě symptomů bolesti, aby kvalita života zůstala po co nejdelší dobu a v co nejvyšší možné míře zachována. Tento přístup, který hledí na život realisticky a neutápí se v ideálu zdraví, umožní pacientovi prožívat život v aktuální situaci v jeho maximální možné plnosti. Paliativní přístup by bylo více než vhodné uplatňovat u pacientů se syndromem demence. Ve stejném duchu hovoří i zpráva NICE, ve kterém je explicitně poukazováno na nutnost zahájit přístup paliativní péče přímo po diagnostikování syndromu demence (NICE, 2018). Velkou inspirací je v tomto směru přístup zaměřený na člověka a strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA (HOLMEROVÁ, 2014), kterým se budu podrobněji věnovat v jedné z dalších podkapitol. Nyní bych však ráda navázala popisem stádií syndromu demence, kde se zaměřím primárně na projevy a potřeby nemocných osob.

## **2.12 Fáze syndromu demence**

Ve chvíli, kdy mírná kognitivní porucha již viditelně naruší schopnost člověka zajistit péči o sebe sama, nastává teprve čas, aby se situace, ve které se pacient nachází, označila termínem syndrom demence. Nemoc dále postupuje a jsou rozlišována jednotlivá stadia onemocnění. Rozlišení těchto fází je významné jak pro nasazení vhodné medikace, tak pro nastavení způsobu péče o nemocného člověka a jeho podpory. Neméně významné je toto rozlišení též pro edukaci příbuzných nemocného, kteří jsou často neformálními pečujícími, na nichž leží největší břímě péče.

### ***První fáze – lehká demence***

Tato fáze, první a nejlehčí, pokud je náš pohled vztažen na nutnost podpory nemocného, většinou nijak zásadně nenutí k úpravám bytu či prostředí. „Člověk je schopen většinu úkonů zvládat sám, je stále soběstačný, může žít doma, aniž by potřeboval zvláštní opatření, potřebuje jen občasný dohled“ (HAUKE, 2017, s. 59). Nemocný je schopen si ohlídat své základní fungování a harmonogram dne. Je velmi vhodné, aby takový člověk zůstal v prostředí, které zná a neměnil bydliště. Právě dlouhodobá paměť mu umožňuje dobré fungování v systému a podmínkách, které jsou stejné, nezměněné. V tomto stádiu onemocnění je pro nemocného obtížné vyznat se v úředních dokumentech, jednat s úřady, bankami, na poště apod. Může se stát, že bude zapomínat připravovat si léky ve správných dávkách. Také mu může činit problém používání elektrických spotřebičů, ale nikoliv proto, že by to nemocný neuměl, ale že zapomene, že něco zapnul, a odejde. Významné je zmínit, že člověk v této fázi onemocnění by již neměl řídit automobil. Manuálně to sice stále dokáže, ale jeho pozornost a schopnost rychle reagovat je zhoršená. Objevuje se také velmi často deprese, která u nemocných může vést k poruchám příjmu potravy, k odmítání pomoci.

### ***Druhá fáze – středně těžké demence***

Prohlubováním kognitivního deficitu se nemocný přesune do druhé fáze ve chvíli, kdy již není schopen samostatně organizovat činnosti během dne. „Je narušena dlouhodobá paměť, je narušeno užívání a porozumění jazyka, nemocnému činí obtíž vyjádřit slovy své přání a těžce rozumí složitějším větám. „Pro poškození zrakově-prostorové kognitivní funkce má problém s orientací i ve známém prostoru, ve vlastním bytě“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 200). Také se začíná objevovat potíže s rozpoznáváním známých tváří. V této fázi již nemocný není schopen ovládat elektronické přístroje, není schopen vyhodnotit rizika a často vůbec neví, k čemu přístroj slouží. Typickým příkladem je užívání mikrovlnné trouby či rychlovarné konvice. Nezřídka se tudíž stává, že si nemocný vodu ohřívá v hrnci nebo rychlovarnou konci staví na sporák a mikrovlnná trouba slouží jako další skříňka na různé poklady. Nemocný také již není schopen zajistit si osobní hygienu, mnohdy jí odmítá, podobně jako může odmítat výměnu oblečení. Při jídle nepoužívá vidličku a nůž, snižuje se schopnost dodržovat pravidla stolování. Přítomna je také téměř ve všech případech inkontinence moči a stolice, nemocný není schopen sám použít inkontinenční pomůcky. Z výše uvedeného je zřejmé, že osoba ve fázi středně těžké

demence již potřebuje 24hodinovou péči. V této fázi se mohou projevit poruchy chování, ztráta schopnosti kontrolovat vlastní emoce. „Mohou být také přítomny bludy, halucinace, agitovanost, agresivita“ (HAUKE, 2017, s. 56). Vždy je třeba myslet na medikaci a její vedlejší účinky, které mohou některé z těchto projevů iniciovat.

Člověk v tomto stádiu onemocnění si přestává uvědomovat tíži své situace. Na druhou stranu se pečujícím osobám čím dál častěji stává, že blízká osoba se jim „někam ztrácí“, zřídka dochází k „potkání se“ s dříve známou osobností nemocného. Z vlastní pracovní zkušenosti vím, že v této fázi začínají pociťovat větší psychickou zátěž pečující osoby. Dostávají se u nich pocity, že pečují už jen o fyzické tělo svého blízkého, ale jeho osobnost zmizela.

### ***Třetí fáze – těžká demence***

Stádium těžké demence je typické nutností 24hodinové péče, která zatím v podmínkách České republiky probíhá většinou v pobytové službě. Člověk ve stádiu těžké demence neví, kdo je, kde je, zda má či nemá něco dělat. Neví, jak říct, co neví. Vnímá fyzické pohodlí či nepohodlí a na to reaguje. „Většinou je schopen artikulovat, ale slova jsou zkomolená a pečujícím osobám nedávají smysl. Nemocný vnímá a reaguje na tón hlasu, zájem, dotyky a také na naladění pečující osoby“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 203). Moje pracovní zkušenost mi ukázala, že v této fázi nemocný velmi často zamění pečující osobu za svou matku, babičku. Jako by se cítil být znovu dítětem. V jeho paměti byly zřejmě smazány záznamy z celého dospělého života a nemocný pracuje se vzpomínkami z dětství. To bývá pro pečující osobu další těžká rána. Nezřídka se blízcí pečující snaží nemocného přesvědčit, upamatovat ho, připomenout mu, že oni jsou přece jeho děti. Přidružují se závažné problémy s mobilitou. Nemocní většinou již nechodí nebo jsou při chůzi velmi nestabilní. Jsou přítomny časté pády, pokud agitovanost vede ke snaze o samostatný pohyb. Postupně se objevují poruchy příjmu potravy v důsledku potíží při polykání. Závěr života pak nemocný tráví upoután na lůžku. Je kompletně závislý na celkové péči o jeho osobu. Tato fáze onemocnění může trvat různě dlouho. Pokud je péče poskytována doma, je nezbytné, aby se pečující osoby střídaly. Pokud se již životní cesta nemocného chýlí ke konci a jsou přítomny bolesti, nejpozději v tuto chvíli se doporučuje zahájit spolupráci s paliativní službou. „Nemocný tráví poslední týdny svého života na lůžku v poloze plodu, ve které život též opouští“ (HAUKE, 2017, s. 56).

## 2.13 Péče zaměřená na člověka a strategie P-PA-IA

Péče zaměřená na člověka (Person-centered care) je přístup, který vychází z humanistického směru Carla Rogerse<sup>5</sup>. Středobodem tohoto přístupu je filozofický náhled na lidské vztahování se k sobě navzájem, zaměření se na vztah a na reálné možnosti a mantinely druhého člověka, na přijetí bez posuzování. Důraz na jeho vnitřní zdroje. Rogers tento přístup uplatňoval v psychoterapii a přeneseně se stal inspirací k přístupu ke klientům i v dalších oborech pomáhajících profesí. Bohužel je někdy tento přístup redukován na tezi, která říká, že „klient je expert na svůj život“. To může, zvláště v sociální práci, vést k nepřijatelné míře rezignace ze strany sociálního pracovníka. Zvláště v práci s lidmi se syndromem demence je nutné dobře rozumět, v čem klient expert na svůj život ještě je a v čem už ne.

V prvním stádiu syndromu demence, potřebuje nemocný primárně podporu. Proto je způsob péče ukryt pod písmenem „P“. V této fázi ještě nedošlo k zasažení schopnosti úsudku a osobnost je stále ve své plnosti zachována, proto by nemocní měli mít možnost se rozhodnout, jak si přejí, aby byla nastavena další péče o jejich osobu. K tomu, aby se mohli odpovědně rozhodnout, však potřebují znát diagnózu a rozumět tomu jaké další fáze nemoci přijdou. K tomu všemu je právě potřeba podpora. Jak právní, tak i psychologická podpora je v této fázi stěžejní.

V následné fázi syndromu demence již nemocný není schopen řídit si aktivity běžného dne, potřebuje jednotlivé činnosti naplánovat, naprogramovat. Proto je vhodný přístup pomoci schován pod písmeny „PA“ – plánované aktivity. V tomto období se zviditelňuje potřeba pomoci pečujícím v péči o nemocného. Neformální pečující většinou oslovují profesionální sociální služby a zahajují sdílenou péči, případně začnou využívat ambulantní služby, např. denní stacionáře. Nejen laičtí pečující ale také profesionálové v tomto stádiu nemoci potřebují dobře rozumět syndromu demence. Péče o nemocného začíná být mnohem náročnější, proto je vhodné hledat způsob podpory jak pro neformální pečující, tak také pro pečující profesionály.

Individualizované aktivity. Tento výraz je skryt pro písmena „IA“. Nemocní v nejtěžším stádiu syndromu demence potřebují zcela individuální péči, odvislou od jejich individuálních potřeb a také jejich povahy. Pacienti nyní neprofitují z denních aktivit a držet strukturu dne je čím dál obtížnější. Nemocní v této fázi již nejsou schopni hovořit

---

<sup>5</sup> C. R. Rogers – americký psycholog a psychoterapeut, patřil mezi nejvýznamnější představitele humanistické psychologie.



o svých fyzických obtížích, nejsou schopni je ani rozpoznat. Zažívaná fyzická nepohoda se projevuje chováním, které bývá označováno za problémové. A pokud tomuto označení rozumíme tak, že pacient zažívá problém, a nikoliv že on je problémem, umožní nám to hledat konkrétní důvody takového chování. Zcela individualizovaná péče je v této fázi nezbytná, pokud je naším ideálem udržet u nemocného co nejdéle kvalitu života na co možná nejvyšší úrovni (HOLMEROVÁ, 2014).

Velice inspirativní přístup České alzheimerovské společnosti nabízí nehodnotící pomoc. Takovou, která pracuje s maximálním možným potenciálem nemocného v každé z fází syndromu demence. Zároveň se nebojí pojmenovat limity klienta v každé z fází nemoci, které jsou dány právě specifíkem onemocnění. Toto pojetí péče o člověka se syndromem demence v sobě skrývá dva významné komponenty, kterým bych se ráda věnovala v dalších kapitolách. Prvním z nich jsou ekonomické možnosti rodiny, případně společnosti vyplývající ze sociální politiky daného státu. Druhým významným komponentem takového typu péče je téma osob, které poskytují péči. Bývají to často neformální pečující (osoby blízké, příbuzní, partneři nemocného) nebo jsou to profesionální pečovatelé či ošetřovatelé (nejčastěji zaměstnanci sociálních či zdravotních služeb). Toto téma obsahuje také otázku edukace pečujících, protože realizace přístupu České alzheimerovské společnosti je možná pouze ve chvíli, kdy jí pečující osoby znají a jsou schopni jí uplatňovat. A to bez ohledu na to, zda jsou to profesionálové či laičtí pečující. Vzdělávání, edukace pečujících osob, způsob jejich podpory je druhým významným momentem.

### 3 Financování sociálních služeb

Rozsáhlá problematika financování sociálních a zdravotních služeb svou šíří přesahuje možnosti i téma této práce. Současně však není možné tento aspekt v péči o člověka se syndromem demence vynechat, protože finanční zdroje mají přímý dopad na možnosti a limity poskytované péče. Z těchto důvodů stručně popíšu systém financování sociálních služeb v ČR.

Před rokem 1989 byla sociální péče poskytována téměř výhradně institucionální formou. V následujících letech se na pozadí společenských změn otevřelo téma, jak se společnost vztahuje k lidem, kteří z nějakého důvodu nedokážou naplňovat představu o „normálním životě“. Po dlouhé době byly najednou vidět domovy plné lidí s postižením, seniorů. Společnost se začala ptát, jak tito lidé žijí svůj život a zda jsou jejich základní lidská práva naplňována. Od té doby se vedl v rámci tehdejšího Československa dialog, jakou formou zakotvit, aby si i tito zranitelní lidé mohli individuálně volit a rozhodovat o svém životě. Byl zahájen dialog v praxi sociální práce, jehož cílem byla snaha pomoci klientovi v hledání jeho individuální životní cesty, i přes nepříznivé podmínky jeho života. Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a metodickým pokynem definované standardy kvality v sociálních službách tuto tendenci stvrdily jasným požadavkem. „Pokud jde o smysl zákona o sociálních službách, měli bychom si uvědomit, že sleduje především dva základní cíle: jednak samozřejmě zabezpečení sociální péče, a pak nápravu deformovaných právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb, a především jejich uživateli“ (ČÁMSKÝ, SEMBDNER, KRUTILOVÁ, 2011, s. 16). Každý z poskytovatelů sociální služby je povinen vypracovat k jednotlivým bodům standardu svůj způsob, jak kvalitu v daném bodě naplní. Tím se standardy měly stát nepodkročitelnou hranicí, měly být zárukou, že služba je poskytována dobře, v zájmu uživatele/klienta.

V souvislosti s tendencí přenést volbu péče o svou osobu a s ní spjatou odpovědnost za svůj život na občany, došlo také ke změně ve způsobu financování služeb. Uvedením v platnost zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., stát opustil „paternalisticko-direktivní praxi a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli“ (ČÁMSKÝ, SEMBDNER, KRUTILOVÁ, 2011, s. 16). Příspěvek na péči se stal nástrojem nastolení rovnosti postavení mezi potřebnými a těmi, kteří jim pomáhají, ať jsou to rodinní pečující nebo profesionální služby. Příspěvek na péči přiznává stát potřebnému na základě posouzení jeho schopnosti péče o sebe sama. „Příspěvek na péči je poskytován

těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu při zajištění soběstačnosti“ (MATOUŠEK, 2011, s. 69). Žadatel pak sám s penězi hospodaří a sjednává si službu dle své individuální potřeby a své volby. Tato dávka se přiznává ve 4 stupních dle míry závislosti na pomoci druhé osoby. V průběhu dvaceti let od vzniku zákona faktická finanční výše u jednotlivých stupňů dosáhla změn. V červnu roku 2021 činí příspěvek na péči v nejvyšším stupni 19 600 Kč/měsíc a je přiznáván osobám, které žijí v domácnosti. Pro osoby, které žijí v instituci, činí nejvyšší stupeň částku 13 200 Kč/měsíc a příspěvek automaticky dostává zařízení sociální péče. Existuje zde předpoklad, že klient se svobodně rozhodl pro daný typ zařízení a pak již nemá možnost s příspěvkem disponovat, neboť odpovědnost za péči o jeho osobu přebírá instituce. V souvislosti s reálnou výší příspěvku na péči zde uvádím iniciativu poskytovatelů osobní asistence, kteří navrhují zavést pátý, nejvyšší stupeň příspěvku na péči, který by lépe odpovídal finančním nárokům vyplývajícím z nutnosti často celodenní péče.<sup>6</sup> V lednu 2022 by měla vejít v planost novela zákona o soc. službách, ve které se mimo jiné počítá i s úpravou výše příspěvku na péči, ale také s úpravou ceny hodiny přímé péče, kterou bude klient platit. Nyní je cenový strop stanoven ve výši 130 Kč/hod. Kromě příspěvku na péči na úhradu profesionální sociální péče slouží dotace z MPSV a další granty vypisované kraji či městskými částmi, které mají poskytovatelům dorovnat reálnou cenu péče.

Komplikace ve financování způsobuje poměrně striktní oddělení sociální a zdravotní péče. Zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění, úhrady za zdravotní péči jdou zdravotní pojišťovně. Pokud žije nemocný v domácnosti, je taková zdravotní péče indikována ošetřujícím lékařem, který také zajišťuje uhrazení péče zdravotní pojišťovnou. Pokud je klient umístěn v zařízení, bývá situace ohledně financování poměrně složitá. Nezřídka dochází k hospitalizacím osob potřebných péče, které by mohly žít v pobytových zařízeních sociálních služeb. Jejich péče je pak hrazena ze zdravotního pojištění. V ČR existuje systém léčeben dlouhodobě nemocných, které do určité míry suplují institucionální péči sociálního typu. Hrazení péče jde však ze zdravotního pojištění. Problematika je to velmi složitá, marně se hledá přemostění mezi sociálními a zdravotními službami. A to přesto, že logika věci by nabádala k co největší snaze o propojení, jak financí, tak úkonů, které jednotlivé služby mohou poskytnout. Absence tohoto průniku je zvláště zřetelná v péči o nemocné syndromem demence, kteří potřebují využívat oba typy

---

<sup>6</sup> <https://patystupen.cz/>

péče, ale často se jim dostává pouze jednoho či druhého, případně žádného. Analýza vývoje počtu pacientů domácí zdravotní péče, hospitalizovaných pacientů a klientů pobytových zařízení sociálních služeb v letech 2000–2016 ukázala, že nevzrostl počet pacientů starších 65 let v domácí zdravotní péči, a to přesto, že za tu dobu vzrostlo v populaci procento osob starších 65 let. Naopak se výrazně zvýšil počet hospitalizací u pacientů starších 65 let, také narostlo číslo vyjadřující počet klientů pobytových zařízení sociálních služeb, a také počet neuspokojených žádostí o tyto služby (HOLMEROVÁ & DOSTÁLOVÁ, 2018).

### **3.1 Ekonomický pohled na péči doma či v instituci**

Nabízí se otázka, zda je z ekonomického hlediska v případě seniorů se syndromem demence domácí péče výhodnější, než péče v instituci – např. v domově seniorů nebo domově se zvláštním režimem. Často se setkávám s představou neformálních pečujících, že péče o nemocného se syndromem demence bude doma levnější. Nelze však paušálně říct, která z variant je finančně výhodnější. Má zkušenost je taková, že vždy záleží na konkrétní potřebě péče, která je ryze individuální. Velký vliv na cenu péče má však jednoznačně stádium syndromu demence, ve kterém se senior právě nachází. Diskusi na toto téma, proč poskytovat péči lidem se syndromem demence v domácím prostředí, zajímavě doplňuje výzkum, který na problém hledí právě z ekonomického hlediska. Vychází z přístupu „Balance of care“<sup>7</sup>. Tato studie „rovnováhy péče“ byla aplikována na péči u osob se syndromem demence, u kterých bylo posuzováno 5 klíčových proměnných:

1. stupeň kognitivního deficitu,
2. závislost na pomoci v úkonech denní potřeby,
3. problémové chování,
4. břemeno pro příbuzné,
5. životní situace související s možností samostatného bydlení.

Jednalo se o výzkum provedený na území Německa. V jeho závěru bylo namodelováno, že ve skupině osob s projevy syndromu demence ve střední fázi, které jsou přijímány do ústavní péče, by dobře nastavená podpora profesionální terénní služby dokázala prodloužit dobu, po kterou může osoba se syndromem demence zůstat ve svém přirozeném prostředí. Výsledkem výzkumu je také zjištění, že domácí péče dokázala přinést finanční úspory.

---

<sup>7</sup> Jedná se o snahu optimalizovat struktury využívání a podmínek zdravotního a sociálního systému, aniž by bylo nutné plánovat rozšíření finančních zdrojů (TUCKER et al., 2008).

Výsledek naznačuje, že pokud by byla určité skupině osob se syndromem demence, poskytnuta péče v domácím prostředí, a ne péče ústavní, ročně by to znamenalo v konkrétní skupině takto nemocných osob uspořenou přibližně polovinu částky, která je vynakládána na ústavní péči (BRODA et al., 2019). Ke stejnému závěru dospěl též výzkum, který se zaměřil na cenu péče o člověka se syndromem demence v ČR. Mimo jiné z něj vyplývají zjištění, že průměrný měsíční náklad na péči o osobu se syndromem demence v domácím prostředí činí 1 970 eur (HOLMEROVÁ, 2017). Přičemž autoři výzkumu upozorňují na problematiku neformálních pečujících, kteří často péči vykonávají „zdarma“ a cena za jejich práci tedy není zahrnuta do celkové ceny.

Tyto výzkumy mají značnou relevanci v pohledu na finanční aspekty péče o osobu se syndromem demence v domácím prostředí. V první řadě akcentují nutnost variability péče a s tím souvisejících finančních nároků na péči v různých fázích nemoci. A druhou velmi významnou okolností je, že vyvracejí mýtus, že péče doma je za všech okolností levnější. Považuji to za zajímavý moment v příběhu deinstitucionalizace. Nepotvrzuje se argument, který staví na kauzalitě: deinstitucionalizace vede k úspoře veřejných prostředků. V některých případech tomu tak být může, v jiných nikoliv. Deinstitucionalizace nevede kauzálně k finanční úspoře, ale vede k přístupu, kterým se honosí dobrý hospodář. Efektivní využití svěřených peněz tak, aby cena za služby byla nejnižší možná, se zachováním kvality života člověka a jeho důstojnosti v plnosti celé jeho osobnosti. Deinstitucionalizace se v této optice zdá být cestou k rovnováze mezi ekonomickými zájmy společnosti a filozoficko-etickým pohledem na člověka jako na autonomní, svobodnou lidskou bytost, která má svou důstojnost a svá práva.

### **3.2 Neformální a formální pečující**

Nemocný člověk, který se ocitá v první fázi onemocnění, potřebuje péči, na kterou většinou stačí neformální pečující, zvláště pokud žijí s nemocným ve společné domácnosti. Bohužel není výjimkou, že nemoc není v této fázi dobře rozpoznána a nemocnému se nedostává takového pochopení a péče jakou by potřeboval. Nerozpoznání syndromu demence v raném stádiu bohužel vede také k promrhání šance, aby se nemocný vědomě rozhodl o tom, jakou péči by si přál v dalších fázích onemocnění. Tam již nebude schopen úsudku a měl by o tom vědět. Neformální pečující jsou často v nepohodě, mají pocit, že jim nemocný dělá naschvály, dochází k rozladám a jejich vztah se začíná narušovat. O nutnosti včasné diagnostiky pro optimální nastavení péče, ale také podpory neformálním

pečujícím, hovoří Holmerová, která uvádí, že téměř 40 % pečujících osob o lidi se syndromem demence trpí depresí nebo úzkostmi (HOLMEROVÁ, 2018, s. 99–104). Přejdem do dalšího stádia nemoci, kdy pečující osoby musí být přítomny ve větší míře, často celodenně, dochází k akceleraci a růstu deprese, vzájemné rozladěnosti, někdy též agresivity. Holmerová uvádí řadu studií, které dokládají význam podpory pečujících osob. „Demence, je komplexní situací, která vyžaduje nejen zdravotní, ale také sociální péči a další služby, které by měly být přizpůsobeny potřebám daného člověka, a to včetně kulturních zvyklostí, osobních preferencí a priorit a měly by rovněž zahrnovat podporu rodinných pečujících“ (HOLMEROVÁ, 2018, s. 63). Ukazuje dále na to, že dostatečná podpora neformálních pečujících dokáže prodloužit život v důstojném prostředí nemocného, v domácím prostředí. Hovoří o nutnosti psychologické podpory, poradenství, spolupráce s profesionálními terénními službami a edukaci v porozumění syndromu demence.

Nepřehlédnutelným rizikem je také špatné zacházení se seniory, které může být způsobeno vyčerpaností neformálních pečujících. Kombinace neformální a profesionální péče o osoby se syndromem demence v domácím prostředí je žádoucí. Profitují z ní jak nemocné osoby, tak jejich blízcí. Ve stejném duchu hovoří také výzkumy z celého světa. Např. výzkum zabývající se potřebami pečujících osob ve venkovských komunitách v USA dokládá, že pečující osoby postrádají podporu ze stran profesionálních terénních služeb (GIBSON et al., 2019). Situace v USA je v tomto směru výrazně jiná než v Evropě, nicméně závěr je obdobný. Rodinné systémy, které pečují o osobu se syndromem demence, pomoc od profesionálů potřebují. Pokud ji nedostávají, hledají alternativní cesty. Můžou jimi být neformální podpůrné skupiny v rámci církví či komunit. Cílená profesionální pomoc jim však chybí.

K identifikaci potřeb pečujících osob a potřeb osob se syndromem demence přispívá výzkumný článek zabývající se formami vhodné intervence, které pomůžou rodinnému systému v domácím prostředí po co nejdelší dobu zvládnout péči o nemocnou osobu (RAPAPORT et al., 2020). Zmiňuje důležitost profesionální podpory ve smyslu zajištění bezpečí (kompenzační pomůcky), ale hovoří také o nutnosti podporovat rodinný systém v udržování kontaktů a napojení na neformální komunitu. Zmiňuje opět nutnost profesionální podpory ve smyslu poskytování péče o osobu nemocnou.

### **3.3 Home care – terénní, zdravotní služba**

Domácí zdravotní služba je další důležitou komponentou v péči o osoby se syndromem demence v domácím prostředí. Jak již bylo zmíněno výše, tuto péči indikuje praktický lékař a zajišťují jí kvalifikované, zkušené zdravotní sestry, které mají takové vzdělání, umožňující jim pracovat samostatně. „Zdravotní sestry se zaměřují na kontrolu zdravotního stavu, podávají léky, aplikují injekci a provádějí odběry biologického materiálu, měří krevní tlak, či provádějí převazy. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou“ (ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, MARKOVÁ, 2019, s. 336).

### **3.4 Profesionální sociální terénní služby**

V České republice existují dva typy terénních sociálních služeb. Jedná se o pečovatelskou službu a službu osobní asistence. „U nás je pečovatelská služba většinou zřizována obcemi, výjimečně i nestátními neziskovými organizacemi“ (MATOUŠEK, 2011, s. 101). Pečovatelská služba má zákonem omezenou pracovní dobu, respektive neumožňuje poskytovat 24hodinové služby u klientů. Péče je pak v této formě služby zpravidla domlouvána na „úkon“. V praxi většinou pečovatelská služba zajišťuje svým klientům dovožky obědů, pomoc s hygienou, podáním stravy. Pečovatelská služba je ve své většině v obcích zřizována v domě s pečovatelskou službou a pracovníci v přímé péči mají primárně za úkol postarat se o klienty, kteří jsou obyvateli domu.

Osobní asistence je služba, která je poskytována po domluvě s klientem nikoliv na úkon, ale na vymezený čas. Je s klientem domluveno, v jakém čase mu bude osobní asistentka k dispozici, rámcově je též dopředu domluveno, co bude obsahem dané služby, klient však sám volí, podle svého aktuálního rozpoložení a potřeby, jakou společnou aktivitou bude služba naplněna. Služba má vymezenou cílovou skupinu – vymezení věkem a typem potřeby, tato informace je součástí registrace sociální služby na MPSV. Služba osobní asistence doplněna službou pečovatelskou má potenciál vytvořit vhodnou podporu pro nemocného se syndromem demence v domácím prostředí. Osobní asistence může službu poskytovat až 24 hodin denně, což koresponduje s potřebami nemocných se syndromem demence. Chystaná novela zákona o sociálních službách, která je nyní v připomínkovém řízení, obsahuje v tomto směru změnu, která má vést ke sloučení pečovatelské a asistenční služby na jeden typ služby.

Dohledy u klientů se syndromem demence, které zajišťuje právě osobní asistence, přinášejí velkou úlevu neformálním pečujícím. V rámci služby osobní asistence je vždy

poskytováno též sociální poradenství, které zajišťuje sociální pracovník organizace. Měl by být schopen provázet rodinu těžkou situací, pomáhat jim v hledání řešení komplikací, které s sebou nemoc nese. Tímto tématem se již dotýkám konceptu case managementu, tak jak o něm píše Holmerová, jako ideálu péče o člověka se syndromem demence a jeho rodinný systém.<sup>8</sup>

### 3.5 Case management

Case management vychází z celostního vyhodnocení potřeb „uskutečněného společně a v partnerské spolupráci s člověkem s demencí, jeho blízkými, pečujícími a příslušnými profesionály. Je počátkem cesty, která může vést ke zlepšení péče a kvality života lidí s demencí a jejich blízkých a rodin“ (HOLMEROVÁ, 2018, s. 12). Tento přístup se dá chápat jako koordinace péče, kde však koordinátor není vzdálen, ale je v aktivním kontaktu či vztahu s nemocným a jeho rodinnou sítí. Pro nemocného a jeho příbuzné je takový člověk partnerem, který je provází nemocí, navrhuje řešení, zná možnosti a aktivně je nabízí. Je to člověk dobře se orientující v samotném onemocnění, dokáže empaticky a citlivě přistupovat ke složitostem, které v rodinném systému nemoc způsobuje. Zároveň je však schopen autoritativně zavelet ve chvíli, kdy dochází ke změnám stavu nemocného a rodina váhá v dalším přístupu k řešení.

Zcela otevřeně je třeba říct, že zatím je tento přístup spíše ojedinělý. Více než ze strukturální podpory vyplývá tato činnost z osobního nastavení, osobního zájmu a vnitřní vyspělosti konkrétního sociálního pracovníka. Bohužel je také úspěšnost práce case managera odvislá od dobře fungující a existující sítě podpory terénních organizací. Dlouhodobým deficitem tohoto sektoru jsou stabilně plné kapacity terénních služeb, které neumožňují přijímat v časově krátkých termínech nové klienty. To jsou bohužel podmínky, které nepodporují iniciativu sociálních pracovníků, aby případy řešili komplexně a s využitím možností multidisciplinárních týmů. Sociální pracovník – case manager se často dostává do situace, kdy není schopen terénní službu pro klienta sehnat a rodině fakticky pomoci. Zkušenost neúspěchu, která se stále dokola opakuje, samozřejmě nevytváří pro case managera dobré vnitřní podmínky. Vystavuje ho frustraci, která může vést dříve či později k rezignaci.

Case manager nebo také koordinátor péče, má významně lepší podmínky pro svou práci, pokud je sám součástí týmu terénní služby, ideálně když tato služba integruje více

---

<sup>8</sup> Srov. (HOLMEROVÁ, 2018, s. 39- 41)



typů péče. Není výjimkou, že sociální pracovnice je v pozici koordinátora terénní služby. V takovém případě je součástí její práce zprostředkování faktické péče skrze pracovníky v přímé péči, práce personální a také práce s vnitřními zdroji pracovníků v přímé péči. Tomuto tématu se budu věnovat v dalším oddíle své práce.

## 4 Řízení týmu

Sociální služba se může z vnějšího pohledu zdát jako spolek nadšených lidí, kteří chtějí pomáhat. Terminologie ze světa businessu – management, personální řízení, strategické plánování, jako by do podmínek sociální služby nepatřila. Vnitřní procesy v sociálních organizacích však nejsou o tolik rozdílné oproti světu obchodu. Obdobně jako u komerčních služeb jsou pro sociální služby důležité finanční zdroje a do určité míry také vize nebo produkt, který není hmatatelný a lehce měřitelný. V následujících odstavcích představím roli vedoucího a jeho povinnosti, zaměřím se na práci s týmem v podmínkách sociální služby. To vše s akcentem na službu, která pracuje v terénu, v domácnostech klientů.

### 4.1 Manažerské dovednosti

Proč se ptát svých podřízených na otázku, co znamená být dobrým vedoucím? Pohled ze spodu na manažerskou roli je v něčem neúplný, ale zároveň velmi ostrý a myslím, že je pro každého vedoucího užitečné, občas si takové odpovědi poslechnout. Znat své podřízené a zajímat se o jejich názor, je totiž jedna z manažerských dovedností, proto je dobré se jich ptát a poslouchat jejich odpovědi. Přístup k řízení se v průběhu 20. století měnil, postupně se obohacoval o nové rozměry. Současné aspekty a trendy řízení ilustrativně popisuje Jo Owen<sup>9</sup>, od něhož použiji tři dimenze, které by měl člověk na vedoucí pozici ovládat, aby byl úspěšný.

#### *1. dimenze: IQ – racionální řízení*

- Takové řízení je vedeno vizí dosáhnout co největší produktivity za co nejnižší cenu. Všimá si odlišných schopností jednotlivých pracovníků a úkoly jim zadává ideálně dle jejich dispozic. Ne však proto, aby bylo pracovníkům dobře, ale proto, že pak jsou produktivnější. Stejně tak se hledí na přestávky v práci, jako na nutnou daň za následnou vysokou a méně chybovou produkci. „Různé typy lidí by měly dostávat práci různého typu, protože na správném místě budou produktivnější“ (OWEN, 2008, s. 17). Historicky tento přístup vychází z přístupu F. W. Taylora, který byl počátkem 20. století „otcem“ vědeckého řízení, na nějž navázal pak H. Ford. Ve své době byl tento přístup revoluční.

---

<sup>9</sup> Jo Owen je autor knih o leadershipu, sociální podnikatel. Je zakladatelem osmi charitativních organizací.

## **2. dimenze: EQ – emocionální řízení**

Tato dimenze řízení se postupně dostala do popředí v důsledku historických společenských změn. Pracovníci se stávali méně závislími na jedné firmě a jednom vedoucím. Přestalo být na pracovníky nahlíženo pouze jako na výrobní jednotky, byly jim přiznány další rozměry. Jako spotřebitelům a jako lidem, s jejich nápady, nadějemi, obavami. Konstrukt emoční inteligence poprvé do hloubky rozpracoval D. Goleman<sup>10</sup>, který identifikoval následující složky emoční inteligence: znalost sebe, sebeusměrňování, motivace, empatie a sociální dovednosti (ARMSTRONG, 2008, s. 32–33).

## **3. dimenze: PQ – politické řízení**

V této dimenzi se jedná o dispozici realizovat věci v rámci konkrétní firmy, organizace. Ale také v rámci společnosti, konkurence. „Organizace jsou vytvářeny kvůli konfliktům. Ve skutečnosti musí manažeři bojovat o omezený balík času, peněz a rozpočtu své organizace“ (OWEN, 2008, s. 18). Každá organizace existuje v určitém napětí přerozdělování zdrojů, prosazování vizí a plánů, souvisí s tím také změny, které jsou reakcí na situaci.

Jako jsou vedoucí pracovníci individuality ve smyslu osobnostním, tak také uplatňují různé manažerské styly řízení. Manažer by však měl být schopen do své práce integrovat všechny tři dimenze, měl by svou roli přijmout s určitou pokorou a vědomím, že je třeba se neustále učit, jak v dané roli dobře obstát.

Manažerská role je často svázána s představou autority nebo charismatického vůdce leadra (vedoucí, vůdce, z angl.). Ideální kombinací se zdá být dobré vyvážení formální a neformální autority, které se vedoucí těší. A to obzvláště v podmínkách sociálních služeb, kde je možnost využívání finančních stimulů pro práci podřízených spíše omezená. „Bez ohledu na to, na jaké úrovni vedení sociální pracovník působí, využívá mnohé manažerské techniky a opírá se o různé manažerské dovednosti“ (TAJANOVSKÁ, PLICKOVÁ, 2020, s. 26). Otázka charismatu, přirozené autority a leadrovství, je dle mého soudu v podmínkách sociální služby zajímavá. Proto se v následujících řádcích zaměřím na leadership a souvislosti s ním spojené.

---

<sup>10</sup> D. Goleman – americký psycholog, jeho kniha *Emoční inteligence* mění pohled na to, co znamená „být chytrý“. Goleman uvádí, že chápání lidské inteligence bylo dosud zúžené a že klíčová je schopnost empatie, sledování dlouhodobých cílů nebo umění domluvit se s ostatními. To souvisí s emoční inteligencí, která určuje, jak v životě budeme úspěšní a spokojeni.

## 4.2 Leadership

„Leader je osobou, která má přiměřené znalosti a schopnosti, aby vedla skupinu k dosažení cílů.“ (ADAIR, 2005, str. 92). V podmínkách sociální služby, kde je „řízení zaměřeno na lidské zdroje je vhodné uplatňovat kromě řízení, také vedení lidí“ (ARMSTRONG, 2008, s. 17), ve kterém hraje důležitou roli osobnost a charakter vedoucího pracovníka. Ke všeobecným vůdcovským rysům patří:

- nadšení,
- čestnost (míněno osobní vyzrálost, hodnotový systém v souladu se společenskými normami, důvěryhodnost),
- houževnatost,
- spravedlnost (rovné hodnocení podřízených nepředpojatý přístup vůči nim),
- vřelost (evidentní radost z výsledků práce, zájem o podřízené),
- skromnost (ve smyslu opaku arogance) (ADAIR, 2005).

Snaha po vědecktějším pochopení a popsání osobnosti leadera vedla k vytvoření pětifaktorového osobnostního inventáře (NEO Personality Inventory – Big Five). „Jedná se o metodu vytvořenou pro měření pěti obecných dimenzí osobnosti“ (HŘEBÍČKOVÁ, 2004, s. 7), jehož autory jsou Costa a McCrae<sup>11</sup>. Faktory, které jsou u vedoucích sledovány:

- míra neuroticismu (emoční stabilita),
- extroverze (míra extroverze a introverze),
- míra otevřenosti vůči zkušenosti,
- přívětivost,
- svědomitost.

Při opatrném podstoupení od sledovaných okruhů pětifaktorového osobnostního inventáře (Big Five) je vhodné položit si otázku, zda za úspěšného leadera je považován takový vedoucí, za nímž je vidět práce, nebo zda je za leadershipem spíše schopnost nadchnout podřízené, být „tahounem“. Případně, jaká kombinace těchto dvou rozměrů manažerské práce je ideální k tomu, aby byl člověk skutečným leaderem. Mně blízký je závěr autorů knihy zabývající se leadershipem. „Zdá se, že osobnostní rysy mají větší vliv na to, zda je

---

<sup>11</sup> Paul T. Costa, Jr. a Robert R. McCrae tvoří výzkumný tým, zabývající se osobnostními vlastnostmi člověka. Jejich model Big Five měl zásadní vliv na způsob hodnocení osobnosti, na teorii a výzkum. Vydali více než 250 publikací o osobnostních vlastnostech.

člověk vnímán jako leader nebo jako efektivní leader, než na to, jaký výkon ve své pozici podává“ (PROCHÁZKA, VACULÍK, SMUTNÝ, 2013, s. 40). Osobnostní rysy Big Five v ideálním vyváženém výsledku, dle výsledků studií, na které se autoři odkazují, nemají ani tolik za následek vysokou efektivitu leadera, ale jsou dobrými předpoklady pro to, aby byl vedoucí lidmi vnímán jako inspirační zdroj, tahoun. Aby ho přijali a chtěli následovat. Jedná se tedy o osobnostní dispozice, se kterými však musí umět daná osoba pracovat, tak, aby vedení pod jeho křídly přinášelo kýženou efektivitu.

Návodů, jak se stát dobrým leaderem, a seznamů kvalit, které musí leader mít, aby byl úspěšný, se nabízí dost. Za významné pokládám zjištění, že být považován za leadera je předpoklad, který může a nemusí být naplněn dobrými výsledky. Předpoklady pro leaderovství v kombinaci s reflektovanými a zvládnutými dimenzemi výkonu manažerské profese, pak vytvářejí potenciál pro efektivní manažerskou práci.

### 4.3 Styly řízení týmu

Styl řízení každého vedoucího vychází z jeho individuality, z jeho zkušeností a také ze schopnosti reflektovat vlastní limity a být si vědom svých vlastních oblastí pro rozvoj. Pro definování rozvojových oblastí je nezbytné vědět, jaké jsou vůbec alternativy, proto je vhodné, aby vedoucí pracovník znal různé styly řízení a uměl je do určité míry též flexibilně střídat. Jsou kupříkladu situace, které neumožňují uplatnit demokratický způsob řízení, i když vedoucí ve většině situací tenduje právě k tomuto stylu. Pak by měl být schopen vědomě použít jiný styl a dokázat v něm být autentický. Armstrong uvádí následující styly řízení v protichůdných extrémech:

***Charismatický/necharismatický*** – v případě charismatického vedení sází vedoucí při řízení na svou „auru“. Necharismatické vedení sází spíše na znalosti a zkušenosti. Jsou více chladní a analytičtí.

***Autokratický/demokratický*** – v tomto stylu vedení je předmětem otázka rozhodování. Autokratický vedoucí bude spíše tendovat k tomu, rozhodnutí činit sám. Demokratický spíše bude hledat cestu, jak podřízené přizvat k hledání společného řešení. Bude je podporovat v zapojení se do řešení problému.

***Umožňovatel/kontrolor*** – v tomto stylu vedení jde o způsob, jak podřízené přimět k tomu, aby úkoly plnili správně. Pohybujeme se zde na škále: inspirace k co nejlepšímu výkonu, nebo naopak absolutní kontrola nad vykonanou prací podřízených.

*Transakční/transformační* – tento styl vedení má v základu směnu – za dobře vykonanou práci přijde slíbená odměna. V tomto stylu vedení není práce „navíc“ okolnost, se kterou se počítá ani na straně vedoucího ani na straně pracovníka. Transformační styl vedení naopak pracuje spíše s inspirací podřízených a snahou motivovat je k co nejlepším výkonům. Odměna za provedenou práci je samozřejmou součástí, ale nestojí v motivaci podřízených na prvním místě (ARMSTRONG, 2008, s. 28–29).

Manažer by měl být schopen dle aktuální situace styly vedení vědomě používat. Měl by být zároveň schopen zvážit důsledky použitého stylu vedení na výkon podřízeného, ale také na práci celého týmu. Vedoucí musí být schopen každou akci, do které se pustí propojovat s cílem či vizí, kterou má organizace vytčenou. Pokud dojde k odpojení procesu řízení od vize, řízení se stává zmatečné a manažer přestává být vnímán jako kompetentní. Proces řízení pracovníků se děje prostřednictvím manažerských činností.

#### **4.4 Manažerské činnosti**

Manažerské činnosti se dějí průběžně, prolínají se. Aby aktivity, které manažer dělá, nebyly nahodilé, je potřeba, aby je znal a byl si vědom, jaké manažerské činnosti se v dané chvíli věnuje. Na pozadí tohoto uvědomění musí vždy stát kontext organizace a směr, který si organizace vytyčila jako cíl. Toto třídění činností mu pomáhá udržet strukturu a usadit se v dané činnosti, stává se také pak lépe srozumitelným pro své podřízené.

##### **4.4.1 Plánování**

V oblasti plánování hraje roli časový horizont, definování očekávaných výsledků a výběr vhodných prostředků k dosahování cíle. V podmínkách sociálních služeb stejně jako jinde jsou při plánování brány v úvahu tři úrovně:

- Plánování dlouhodobé, které se blíží spíše strategickému plánování a následuje vizi organizace.
- Střednědobé plány sociální služby pak více souvisí se zvyšováním kvality, zpravidla jde o plány do 5 let.
- Krátkodobé plány jsou spíše zaměřeny na klienty a naplňování jejich potřeb. Horizont bývá nejčastěji jeden rok. Součástí plánování je také vyhodnocování efektivity (TAJANOVSKÁ, PLICKOVÁ, 2020, s. 36).

Plánování směřuje vedoucí pracovníky k provazování současné situace s budoucností. Díky němu jsou, literárně řečeno, kormidelníky, kteří vědomě vedou svůj tým k vytčeným cílům. Vědomí cílů a jejich stanovování je nedílnou součástí plánování, bez nich by celá aktivita byla nahodilý soubor aktivit. Při stanovování cílů je často používaným nástrojem kritéria SMART, která pomáhají ověřit formální správnost cílů.

- **S** specifický (z angl. specific)  
Ukazuje na důležitost konkretizace cíle, vyjasnění, aby všichni zúčastnění chápali jeho podstatu.
- **M** měřitelný (z angl. measurable)  
Zdůrazňuje důležitost stanovení nástrojů pro vyhodnocení. Musí být možné říct si, do jaké míry se cíle podařilo dosáhnout.
- **A** akceptovaný (z angl. accepted)  
Cíl by měl být přijatelný, respektive tým ho musí být schopen brát za svůj. Pokud tomu tak není, těžko se pak v týmové spolupráci cíle dosahuje. Cíl by měl být zároveň také přijatelný po cílovou skupinu i klíčové sociální partnery.
- **R** reálný (z angl. realistic)  
Akcent je v tomto případě v reálné dosažitelnosti cíle. Nedosažitelný cíl není cílem, ale snem.
- **T** časově ohraničený (z angl. timed)  
Časový horizont, pomáhá reflektovat, v jaké fázi plnění cíle jsme, kolik času ještě zbývá. Může pomoci také v pozměnění cíle, pokud se ukazuje, že se proměnily vnější okolnosti a doba, kterou naplnění cíle zabere je příliš dlouhá na to, aby cíl měl pro organizaci předem stanovený efekt (TAJANOVSKÁ, PLICKOVÁ, 2020, s. 36–38).

Plánovací činnost vedoucích pracovníků, kromě stanovování cílů, zahrnuje také harmonogram činností a jejich návaznost. „Většina plánování, které manažer provádí, je prostě záležitostí systematického myšlení a používání zdravého rozumu“ (ARMSTRONG, 2008, s. 50). Vedoucí pracovník musí znát možnosti organizace v oblasti zdrojů (lidských, finančních, časových). Co je také velmi důležité a souvisí s vyhodnocováním efektivity – manažer musí vědět, jaký dopad bude mít splnění cíle na organizaci.

#### 4.4.2 Organizování

Organizování stojí jako protipól nahodilosti. Jak jsem uváděla v předchozí kapitole, plány mají různé časové horizonty, ale ke každému z cílů vede cesta skrze jednotlivé kroky. Organizování má za účel nastavit posloupnost kroků, které vedou k dosažení krátkodobých cílů. Pracuje také s dlouhodobými cíli, jako je např. udržení organizace v chodu. Organizování má za cíl „vyjasnit role, vztahy v té míře, v jaké je to v měnících se podmínkách možné“ (ARMSTRONG, 2008, s. 52). Organizování také znamená práci se strukturou, v kontextu konkrétní organizace. Zásadní je při organizování akcentovat důležitost vzájemné spolupráce a vzájemné provázanosti aktivit, které vedou k cíli jenom, pokud jsou synergické. „Úkolem sociálního pracovníka, jenž organizuje, je mít snahu o dosažení maximálního synergického efektu“ (TAJANOVSKÁ, PLICKOVÁ, 2020, s. 39). V podmínkách sociální služby je vhodné, aby si byl vedoucí pracovník vědom následujících kritérií:

- *Specializace pracovníků* – zahrnuje jak formální vzdělání, tak proces povinného vzdělávání, výcviky, stáže.
- *Zabezpečení pracovního procesu* – jaká kvalifikace pracovníků je potřebná k zabezpečení jednotlivých funkcí. Přidělení pracovníků k jednotlivým činnostem tak, aby bylo možné jednotlivé činnosti pak propojit ve společném zájmu dosažení cílů.
- *Čas* – rozdělení pracovníků do směn, stanovení času, potřebného pro splnění zadaného úkolu. Vymezit čas na přípravnou fázi, stanovit, jak dlouho má práce na splnění úkolu trvat.
- *Produkt* – jasné vědomí, co je produktem činnosti organizace. Znalost specifikací služby a uvádění činnosti organizace do kontextu jejích specifických podmínek.
- *Klient* – znalost potřeb a očekávání cílové skupiny, pro kterou je služba registrována.
- *Místo* – efektivní zacházení s přidělováním práce na jednotlivých pracovištích či do pracovních skupinek tak, aby nedocházelo ke zbytečným časovým ztrátám při přejezdech a přesunech zaměstnanců (TAJANOVSKÁ, PLICKOVÁ, 2020, s. 40).

Součástí organizování je také vymezení kompetencí a vztahů v rámci organizace, přehledné vymezení vztahů nadřízenosti, podřízenosti, a vymezení odpovědnosti jednotlivých složek týmu. K tomu velmi dobře slouží organigram, vizuální zakreslení kompetenčních vztahů v rámci organizace.



### 4.4.3 Rozhodování a odpovědnost

Volit z více variant tu nejlepší, může vypadat jako snadné. Nezřídka je ale vedoucí pracovník sociální služby nucen vybírat z variant, kde ani jedna není jednoznačně ideální. Proces rozhodování je sám o sobě stresující, a to také s ohledem na odpovědnost, kterou s sebou nese možnost volby. Nerozhodný vedoucí těžko dosahuje toho, aby se věci děly, jak je potřeba, a nerozhodnost v pozici vedoucího značí obavu z rizik, neochotu do rizika vstoupit. „Být rozhodný znamená, že musíte někdy podstupovat rizika“ (ARMSTRONG, 2008, s. 89). Proto je schopnost rozhodnout i v situacích nejistoty významná manažerská dovednost. „V zájmu usnadnění koloběhu rozhodování a také v zájmu úspory času vedoucího je vhodné rozdělit věci, které se mají rozhodovat na rutinní a specifické“ (TAJANOVSKÁ, PLICKOVÁ, 2020, s. 41).

- *Rutinní rozhodování* – zahrnuje otázky, které se opakují (můžou jimi být hranice služby či přidělování směn pracovníkům) v takových případech je vhodné zpracovat způsob rozhodování do standardu či vnitřní metodiky, tak aby vedoucím pracovníkům tato běžná rozhodování nezabírala příliš mnoho času.
- *Specifická rozhodnutí* – se ponejvíce týkají změn a inovací. V takovém případě se očekává zcela odpovědný manažerský přístup, který dokáže dobře zvážit rizika, výzvy a příležitosti s vědomím plné odpovědnosti za učiněné rozhodnutí.

### 4.4.4 Kontrola

Vedoucí sociální služby svým podřízeným zadává úkoly. Splnění jednoho úkolu v konkrétním daném případě je vlastně krátkodobým cílem a jako takový předpokládá následné vyhodnocení. Aby k hodnocení splnění úkolu mohlo dojít, musí proběhnout kontrola. Vedoucí pracovník díky kontrole plnění dílčích úkolů manévruje opět literárně řečeno „lod' k těm správným břehům“. „Aby mohli vůdci kontrolovat druhé, potřebují dát najevo sebekontrolu (ale nesmí zapomenout na to, že za určitých okolností mohou být hněv nebo sklíčenost logickou reakcí a jsou samy o sobě kontrolním mechanismem)“ (ADAIR, 2005). Pokud není úkol splněn dobře, má vedoucí možnost svým zásahem výsledek ovlivnit, či zadat nový úkol vedoucí k nápravě. Kontrola je stejně jako rozhodování takřka denním chlebem vedoucích pracovníků a podléhá jí jak splnění zadaných úkolů, tak také průběh plnění. Přidanou hodnotou provedení kontroly je zpětná vazba, kterou by měl dostat pracovník od vedoucího. Vedoucí má možnost tímto způsobem ovlivňovat nejen splnění úkolu, ale hodnocením dává najevo svůj vztah k podřízenému, svůj zájem. Správně

provedenou kontrolou také vedoucí pracovník pracuje preventivně proti vzniku budoucích problémů.

#### 4.4.5 Komunikace

Poskytování sociální služby je týmová záležitost, podílí se na něm řada profesí a mezi nimi musí proudit komunikace. Vedoucí pracovník, který chce tým nejen řídit, ale také vést, musí umět dobře komunikovat. Zvláště v podmínkách sociální služby je činnost vedoucího komunikací téměř prosycena. „Vedení lidí je pravděpodobně nejdůležitější část manažerské práce, přičemž k dobrému vedení potřebuje manažer své podřízené znát“ (TAJANOVSKÁ, PLICKOVÁ, 2020, s. 41) a musí si být vědom faktu, že výkonnost pracovníka je ovlivňována dvěma rozměry. Jedním je připravenost k výkonu a druhým pak schopnost takový výkon podat. K tomu je komunikace nezbytná. Drucker definuje v souvislosti s vedením týmu čtyři základní charakteristiky komunikace:

– komunikace znamená vnímání

Komunikace je vždy vedena od jednoho ke druhému. Pokud druhý neposlouchá, nejedná se o komunikaci, ale o monolog. „Tím, kdo komunikuje, je příjemce. Takzvaný komunikátor komunikaci vysílá. Ten pouze něco vyřkne. Nemá-li někoho, kdo ho slyší, k žádné komunikaci nedojde“ (DRUCKER, 2002, s. 221). Pokud máme za cíl s druhým komunikovat, dává smysl mluvit jeho jazykem, termíny, kterým rozumí a kterým rozumí stejně jako my. Vedoucí by si měl ověřovat, zda informace, které komunikuje je schopen jeho podřízený pochopit.

– komunikace znamená očekávání

Předjímání obsahu informací se dotýká niterné potřeby člověka udržet integritu svého světa, zasazovat vnější věci do kontextu vlastního chápání. Tak je každý z nových impulsů nejprve prověřen sítí vlastních očekávání. A jak uvádí Drucker, to, co neočekáváme, pravděpodobně vůbec nepřijmeme. Manažer by si měl být vědom tohoto limitu lidského vnímání. Vést v patrnosti, že se může stát, že to, co komunikuje, jeho podřízený neočekává. Musí tedy udělat něco, aby prolomil předočekávání, aby komunikovaný obsah mohl být slyšen, protože pak teprve může být přijatý.

– komunikace klade požadavky

Lidé si lépe zapamatují irelevantní informace než základ sdělení. Informace, které jsou jakoby navíc, totiž nekladou na příjemce žádný požadavek. Naproti tomu,

obsahem sdělení od vedoucího k podřízeným často nějaký nárok obsahuje, podřízení mají něco změnit či něco udělat. Vedoucí by si měl být vědom tohoto pravidla a znát jaké jsou hodnoty a motivační zdroje jeho podřízeného. Protože Podřízeným pomůže lépe si informaci zapamatovat, když se nějakým způsobem dotkne jejich vnitřních hodnot a vnitřních motivací. „Pokud komunikace odpovídá ambicím, hodnotám a cílům příjemce, je velice účinná“ (DRUCKER, 2002, s. 222). Vedoucí by se měl snažit komunikaci vést takovým způsobem, aby se těchto hodnot právě alespoň dotknul, tím založí větší šanci na zapamatování, přijetí a integrování komunikovaného podřízeným.

- komunikace a informace jsou dvě různé věci, jsou však na sobě závislé

Komunikace existuje ve vztahu a předpokládá oboustranné vnímání. Informace, jako taková, nemá se vztahem a vnímáním nic společného a její hodnota je tím vyšší, čím méně jsou v ní obsaženy očekávání, vjemy, emoce. Předávání informací v komunikaci předpokládá, že obě strany znají a stejně rozumějí kód (který obsahuje též emoce, očekávání, dojmy). Paradoxem je, že komunikace je platformou pro přenos informací, ale komunikace žádné „informace“ nepotřebuje, můžeme komunikovat pocity, vjemy, dojmy. „Nejdokonalejší komunikaci mohou tvořit pouze sdílené zkušenosti bez jakékoliv logiky, priority mají spíše vjemy, než informace“ (DRUCKER, 2002, s. 223). Jedná se o zcela zásadní odlišení, kterého by si měl být vedoucí vědom. Musí si být jistý, že kód pro porozumění informaci drží nejen on sám, ale také jeho podřízený.

#### **4.4.6 Delegování**

K delegování dochází „když jsou jedincům v zájmu dosažení určitých výsledků přidělovány povinnosti a úkoly, za něž jsou celkově odpovědní manažeři, ale které manažeři nemohou nebo nechtějí vykonávat sami“ (ARMSTRONG, 2008, s. 66). Manažer tím šetří svůj čas, který potřebuje k rozhodování nebo k úkolům, které musí udělat sám, a zároveň tím také umožňuje podřízeným rozšířit jejich dovedností. Delegování vede k většímu zapojení podřízených do řešení problému a také k jejich větší angažovanosti. Aby delegování bylo účinné, měl by vedoucí najít správnou rovnováhu mezi přílišným přidělováním úkolů a nedostatečným delegováním. Delegování do určité míry značí projevenou důvěru v to, že úkol podřízený dokáže splnit. Tato důvěra by se také měla reprezentovat v tom, že bude pracovníkovi přiznána též určitá míra samostatnosti

v procesu plnění úkolu. Samotné delegování může mít také různé stupně. Od situace, kdy manažer drží pevnou kontrolu i nad procesem plnění úkolu až po situaci, kdy je pracovníkovi dána volná ruka v tom, jaké nástroje použije k tomu, aby úkol dobře splnil. V situaci delegování je třeba podřízeným dobře vysvětlit následující okruhy:

- proč je potřeba tuto práci udělat,
- co se od nich očekává,
- do kdy je třeba úkol splnit,
- jaké jsou jejich pravomoci,
- jaké problémy nemají rozhodovat sami, ale přijít se poradit,
- zda manažer očekává průběžná hlášení – jak plnění úkolu pokračuje a v jaké frekvenci se tato hlášení budou odehrávat,
- zda bude manažer do řešení úkolu vstupovat,
- jakou pomoc či podporu dostanou podřízení k tomu, aby úkol zvládli (ARMSTRONG, 2008, s. 69).

Delegování není ulehčení práce manažera, je to spíše efektivnější nakládání s časem vedoucího. Každého vedoucího se tato činnost týká a postupně bude nucen se jí naučit. Zvláště v organizacích poskytujících sociální služby může být tato manažerská činnost někdy opomíjena. Vedoucí se může snažit zvládnout všechnu práci sám, možná i proto, aby obhájil svou pozici. Do určité míry to může být způsobeno osobní nezralostí, malou zkušeností, nebo také nezvládnutým time managementem. Nejčastěji se jedná o kombinaci více faktorů. Má zkušenost hovoří o tom, že delegování v realitě organizace, která poskytuje sociální služby, má rozměr též motivační. Pokud se vedoucí vnitřně pere s tím, zda svou práci může na někoho delegovat, může mu pomoci přeformulování smyslu delegování – nejde tolik o předání práce, jako o rozšíření pracovních obzorů pracovníka. Pokud má vedoucí pracovník na paměti, v jakých osobnostních limitech se jeho podřízený nachází (aby nedošlo k debaklu a vnitřní frustraci podřízeného, když úkol nedokáže splnit), je delegování činností motivační, podporující týmovost a spolupráci. Vedoucí tým pro sebe zároveň získává prostor, ve kterém se může věnovat činnostem, na které mu v původním systému dělby práce nezbýval čas.

#### **4.4.7 Motivování**

Motivování lidí je vlastně usměrňování jejich pracovního nasazení tak, aby to bylo v souladu s cíli organizace. Je to práce s vnitřními zdroji podřízených a je to činnost, které

se musí vedoucí pracovník věnovat. Díky vhodné motivační činnosti dokáže vedoucí pracovník nenásilně vytvořit pozitivní přístup podřízeného. „Manažeři mají významnou úlohu při využívání svých motivačních dovedností v úsilí přimět lidi, aby ze sebe vydávali to nejlepší“ (ARMSTRONG, 2008, s. 70). V práci s motivací se také odráží styl řízení vedoucího pracovníka a jeho osobní vyspělost. Práce s motivací podřízených v podmínkách sociální služby je velmi podstatná, proto v následujících řádcích uvedu několik významných akcentů, které je vhodné mít v práci s motivací na zřeteli:

### ***Motivace versus stimulace***

Aktivovat pozitivní přístup podřízených k plnění úkolu je možné dvojím způsobem. Stimulace zachází spíše s vnějšími podněty, jako je odměna za práci, konkrétní výhoda pro pracovníka. Jednoduše řečeno, jde o vnější kompenzaci „újm“ kterou může plnění úkolu být. Limitem stimulace je fakt, že ve chvíli, kdy přestaneme takto kompenzovat, upadá ochota a zájem podřízených činnost vykonávat. Platí zde také osvědčené pravidlo, že s jídlem roste chuť. A tak může odměna za práci ztratit svůj motivační efekt, přestože se její výše nezměnila. Neboli, odměna, která byla za danou činnost dostatečná před půl rokem, již po čase nemusí tuto roli plnit.

Motivace pracuje více s vnitřními pohnutkami a má tu obrovskou výhodu, že pokud má podřízený vnitřní zájem daný úkol splnit dobře, nepotřebuje být tolik odměňován zvnějšku. Složitostí pro vedoucího pracovníka, při práci s vnitřní motivací podřízených, je nutnost velmi dobře podřízené znát, a to proto, aby se úkolem „trefil“ do jeho motivačního pole. V ideálním případě dochází ke kombinování obou těchto akcentů motivace. Navzájem se posilují, a když v jednu chvíli slábnou efekt jednoho, může být více zdůrazněn nebo podpořen efekt druhého.

### ***Úkoly a motivace***

Tento akcent vychází z humanistického přístupu. Zdůrazňuje, že při zadávání úkolu je užitečné pracovat s individualitou pracovníka. Pro daný úkol, je vhodné hledat takového člověka, který se pro jeho splnění hodí. Je efektivnější hledat toho nejvhodnějšího pro daný úkol a dát si práci s vysvětlením úkolu tak, aby vysvětlení bylo na míru šité tomu, kdo ho může splnit, spíše než přizpůsobovat pracovníka úkolu.

### ***Motivační kotva***

V případě tohoto akcentu je zdůrazňována jakási bazální spokojenost či radost, pro kterou lidé svou práci dělají. Pokud je práce baví a dává jim smysl, jsou ochotni ledačos aktivně vykonat i nad rámec běžné pracovní činnosti. K práci s tímto akcentem může být užitečné průběžné hodnocení pracovníků, které slouží jako dobrý nástroj pojmenování pozitivních zdrojů a oblastí pro rozvoj pracovníka.

### ***Individuální citlivost k podnětům***

Jako jsme individuality v každé jiné oblasti, tak jsme různí i v tom, jak vnímáme podněty a jaké z nich pro sebe vyvozujeme důsledky. Při snaze o motivaci je vhodné mít na paměti tento rozměr jak u sebe, tak u toho druhého. Vedoucí by neměl předpokládat, že jeho podřízení budou vyhodnocovat situaci stejně jako on. Naopak je výhodné vědět, na které podněty je konkrétní člověk citlivý, jsou pro něj důležité nebo příjemné, jsou jeho vnitřní motivací, a s tím pak v motivační komunikaci vědomě pracovat.

### ***Dva motivační zdroje***

Tento akcent ukazuje na práci s odměnami a tresty. Vyvolat žádoucí reakci můžeme u člověka tím, že mu budeme něco dávat, nebo také tím, že mu budeme něco odebírat. Motivování pouze odměnami může vést k bezbřehým očekáváním podřízených a v důsledku může vést k jejich nespokojenosti. Zvyknout si na pravidelné odměny je snadné. Je vhodné hledat rovnováhu v odměňování a určité formě nejistoty, aby odměna dokázala plnit motivační účel.

### ***Hledání snadnějších alternativ***

Naší přirozenou snahou je plnit úkoly takovým způsobem, aby nás to stálo co nejmenší úsilí. V tomto akcentu hraje nutnost dobrého vysvětlení smyslu úkolu s provázáním do celkového cíle práce naší organizace. V případě sociální služby jde například o konkrétní úkony péče o druhou osobu, kdy to může vypadat, že poskytnout někomu pomoc s hygienou je dostačující zadání. Způsob, jakým bude tato péče poskytnuta, jak bude probíhat komunikace mezi klientem a pracovníkem, velmi ovlivní klientovo celkové prožívání poskytnuté pomoci. Pokud je cílem služby klient, který je spokojený a službě důvěřuje, je třeba tento úkon poskytovat právě skrze respektující profesionální vztah a též s pomocí slušné, laskavé komunikace. Cílem není vykoupání klient, ale klient, který se v péči služby cítí dobře, bezpečně a důstojně.

### ***Diagnostická triáda***

Analýza situací, kdy pracovník nedělá, co by měl, zpravidla ukazuje tři typy příčin. Buď to dělat nechce, nebo neumí, anebo nemůže. Práce s tím, aby pracovník chtěl činnost vykonat, vychází ze zjišťování, zda takovou práci vykonat umí a zda také může. V situaci sociální služby může péče o člověka v terminálním stádiu onemocnění znamenat pro tým velkou výzvu. Pokud pracovníci nemají zkušenost (neumí) tuto komplexní péči u lůžka provádět, nebo je děsí setkávání s člověkem na konci života, těžko budou pak motivováni takovou službu poskytovat dobře, beze strachu. Vyjádření pracovníka, že něco nechce dělat, je proto dobré pozorně prozkoumat. Často se odhalí, že právě neumí, nebo z nějakého důvodu nedokáže daný typ služby zvládnout.

### ***Zaměření na člověka***

Humanistický přístup je obsažen také v tomto akcentu. Staví do protipólu manipulaci a motivaci. Při manipulaci je myšleno spíše na zájmy okolí než na zájmy objektu manipulace. Zároveň je manipulace záležitostí, na kterou jsou lidé velmi citliví a brání se jí, vede k odporu. Motivace na druhou stranu myslí více na člověka, na kterého se snažíme působit, ovlivnit ho. Dobrá motivace dokáže akceptovat individualitu člověka a na jejím základě při snaze druhého ovlivnit pak staví. Toto pravidlo snad více než všechna ostatní patří do pomáhajících profesí (PLAMÍNEK, 2010, s. 14–25).

#### **4.4.8 Dávání zpětné vazby**

Nedílnou součástí práce vedoucího pracovníka je sledovat práci podřízených, a pokud jejich výkony nejsou v pořádku, iniciovat kroky k nápravě. Stejně tak je však součástí zpětné vazby ocenění kroků, které se pracovníkovi daří dělat správně. Ideální stav, kdy by každý měl sám v sobě zabudován systém hodnocení a sebereflexe je spíše iluzí, proto je tato činnost v řízení lidí nezbytná. Cílem zpětné vazby je tedy náprava, usměrnění, ale zpětná vazba je také podporou a mocným motivátorem, pokud manažer vyjadřuje uznání nebo ocenění. „Aby zpětná vazba nesla žádoucí efekt, musí být založena na zhodnocení faktů, ne na pocitech či soudech“ (ARMSTRONG, 2008, s. 71). Zpětná vazba by měla být součástí každodenní praxe vedoucího pracovníka, často spíše jako neformální záležitost, která má však svůj obrovský význam. Strukturálně by ale mělo docházet k pravidelnému formálnímu zhodnocování práce podřízených.

Formální hodnocení zaměstnanců je jednou z cest harmonizace definovaných strategických cílů a způsobů, jak jich dosáhnout. Stejně tak má hodnocení přímý vliv na

výkonnost zaměstnanců a má potenciál tuto výkonnost zvyšovat. Periodické hodnocení zaměstnance má také tu výhodu, že hodnotí jeho výkon komplexněji. Vyzdvihuje silné stránky pracovníka a stejně tak pojmenuje rozvojové oblasti. Formální zhodnocení musí být nutně provázáno s pracovní náplní konkrétního zaměstnance, ve které jsou formulována očekávání s danou pozicí spjatá. „Základními předpoklady, aby vedoucí dokázal hodnotit pracovní tým, který vede a řídí, je, že ví, co chce a umí to formulovat tak, aby mu ostatní rozuměli“ (TAJANOVSKÁ, SEDLÁKOVÁ, 2020, s. 280). Hodnocení se sice týká uplynulého období, ale mělo by vyhlížet také do budoucnosti. Neulpívat na jednotlivých konkrétních věcech, ale používat je jako příklady, na kterých ukazuje, jak je možné dosahovat dobrého výsledku.

## **4.5 Osobní rozvoj zaměstnanců**

### **4.5.1 Plány osobního rozvoje**

Vedoucí pracovník řídí pracovní výkon svých podřízených. „Prvořadým účelem řízení pracovního výkonu je rozvíjení, zlepšování výkonu. To je ten nejdůležitější vzdělávací a rozvojový aspekt řízení pracovního výkonu“ (ARMSTRONG, 2011, s. 267). Pokud se v rámci hodnocení podaří rozvinout v pracovníkovi zájem na tom se v nějaké oblasti zlepšit, jeho ochota k učení se novému pak přichází sama. Vyplývá to z potřeby osobního růstu, která je jednou z lidských potřeb, jak uvádí Maslowova pyramida potřeb<sup>12</sup>. Ideálním formátem pro rozvoj zaměstnanců jsou plány osobního rozvoje, které jsou provázány s pravidelnými hodnoceními. V situaci, kdy se podaří při hodnocení formulovat rozvojové oblasti pracovníka, může pak pracovník s pomocí organizace prohloubit své znalosti a dovednosti v konkrétních oblastech.

### **4.5.2 Supervize**

V podmínkách organizace poskytující sociální služby je významnou součástí rozvoje zaměstnanců také supervize. Bohužel dosud není zakotvena v zákoně povinnost organizace umožnit svým zaměstnancům práci pod supervizí. V chystané novele zákona o sociálních

---

<sup>12</sup> Americký psycholog A.Maslow seřadil potřeby do systému, známého jako Maslowova pyramida. První potřebu, označuje Maslow jako potřebu existence. Další čtyři potřeby jsou: potřeba seberealizace, uznání, bezpečí a jistoty, sounáležitosti a lásky a naposled fyziologické potřeby. Člověk musí alespoň částečně uspokojit potřebu na nižším stupni, aby mohl postupovat k uspokojování dalších.



službách však je supervize již definována jako samostatně stojící forma vzdělávání pracovníků, která bude povinná v konkrétním počtu hodin za časové období. Havrdová hovoří o supervizi jako o systematickém procesu, ve kterém jde o navázání vztahu a vytvoření atmosféry důvěry. Je odborně vedená a děje se prostřednictvím dialogu, jde tedy o interakci, ve které jsou supervizanti vedeni k reflexi. V supervizi musí však být „předmětem reflexe pracovní kontext a pracovní proces, s cílem poznat a pochopit, a tím se dostat k lepšímu přístupu ke klientům, kolegům či způsobům práce“ (HAVRDOVÁ, HAJNÝ, 2008, str. 21).

Supervizi jako způsob vzdělávání dospělých pak pojmenovává M. S. Knowles<sup>13</sup> jako „proces přenášení poznatků na základě předem připravených a uspořádaných obsahů. Proces pátrání či kladení otázek, řízený studentem, podněcovaný skupinou a naplněný vzájemností“ (HAVRDOVÁ, 1999, str. 27). V realitě sociální služby vzniká každodenně mnoho situací, které mají potenciál pracovní, potažmo osobnostně pracovníky rozvíjet. Supervizor má tu možnost pomoci pracovníkům měnit, jak se vztahují k tématům či problémům vznikajícím v pracovní realitě.

#### **4.6 Etický rozměr v řízení sociální služby**

Na pozici manažera sociální služby je nezřídka sociální pracovník, který je vázán etickým kodexem sociálních pracovníků. Zároveň se musí řídit zákony, profesními normami, předpisy a také standardy kvality. „Etický kodex je tvořen etickými zásadami a specifikuje pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu: ke klientovi, k zaměstnavateli, ke kolegům, k povolání a odbornosti, a ke společnosti. „Etická otázka vstoupí do naší práce jako překážka v okamžiku, kdy nastane situace, která hrozí důsledky, jež se hluboce dotýkají našich hodnot a zatěžují naše svědomí“ (ČÁSLAVA, 2020, s. 50). Právní normy a postupy a z nich odvozené standardy regulují poskytování sociální služby a zdálo by se, že dostatečně. V praxi poskytování sociální služby však poměrně často vznikají otázky, které ani značná právní regulace neumí zodpovědět. Jsou to otázky, které jsou ve své většině spojeny s osobní povahou sociální práce. Zcela specificky se dotýkají individuálních zájmů a potřeb klientů, které se mohou dostat do konfliktu jak se zákony nebo standardy, tak také s osobními hodnotami pracovníků.

---

<sup>13</sup> M. S. Knowles – americký pedagog pro dospělé, propagátor teorie andragogiky (učení dospělých). Je mu připisován zásadní vliv na rozvoj humanistické teorie učení a využívání kontraktů nebo plánů vytvořených žákem k vedení studijních zkušeností.

Sociální služba se v celé barevné životní realitě setkává se zvyklostmi, potřebami a nároky klientů. Zná dobře kontext jejich životních podmínek a často pak stojí před otázkou, jak následovat předpisy, profesní standardy, zákony, a přitom umožnit klientovi jeho individuální volbu. Respektovat jeho přání, které může být s předpisy v rozporu. Vedoucí pracovník je v této situaci tím, kdo nese odpovědnost za kvalitu služby. Praxe přináší etický konflikt a sociální pracovník v pozici vedoucího musí volit. Jeho úkolem je své podřízené dilematem provést. Odborná literatura hovoří o dvou typech praxe, ke které se sociální pracovníci v takových situacích uchylují. „Jedná se o praxi defenzivní a reflexivní“ (MATOUŠEK, 2008, s. 45).

### *defenzivní praxe*

Typické je následování předpisů a povinností definovaných zaměstnavatelem a zákonem. Pravidla a postupy pro co nejvíce situací jsou závazná a zbavují pracovníka odpovědnosti, a tím ho také omezují. Takový pracovník je sice chráněn, dělá vše podle pravidel, může se však stát, že ne vždy jedná v souladu s etickými principy sociální práce. Státní správa vede své pracovníky spíše k tomuto přístupu, sociální práce je v daném pojetí vnímána a realizována spíše jako úřední, byrokratická činnost.

### *reflexivní praxe*

Pracovník neuhýbá před nejistotou, kterou s sebou výkon sociální práce nese. Vědomě v této praxi čelí možnému konfliktu profesních hodnot, osobních hodnot a hodnot zaměstnavatele. Je schopen reflektovat praxi a integrovat konflikt hodnot jako součást své práce, je schopen nést odpovědnost za svá rozhodnutí.

Sociální pracovník ve vedoucí pozici by měl být schopen využívat oba typy přístupů. Rámce a pravidla usnadňují výkon řídicí pozice, a jsou v organizaci nezbytná. Praxe však přináší situace, které mohou vyžadovat postup, který se do rámce nevejde. Vedoucí pracovník by měl dokázat rámec také překročit a pravidla upravit, a to zvláště v případě etických dilemat. Je však povinen jednat odpovědně a nejprve důsledně zvážit východiska, normy a dopady pro klienta, podřízené a organizaci.

#### **4.6.1 Etické rozhodování**

Etika nebo také praktická filozofie je samostatně stojící obor lidského vědění. Opakovaně se v dějinách lidstva odehrávaly diskurzy na téma, jaké jednání je správné, co je měřítkem

a čím jsme vedeni v procesu rozhodování se. Ani zdaleka není možné pojmout celou širší problematiku v rámci této práce. Proto se více než na popis historického vývoje etického myšlení pokusím poukázat na praxi rozhodování v případě etických dilemat, na úrovni vedoucího pracovníka. Inspirací je mi v tomto kniha T. Schirrmachera, který říká: „Normy, zákazy a příkazy předem definují, jak má lidstvo jednat, avšak pouze v konkrétní situaci je člověk schopen postihnout, jaké řešení je nejlepší“ (SCHIRRMACHER, 2016, s. 46).

Schirrmacher vytvořil cenný model, jak postupovat v situaci etického dilematu, přičemž se nejedná o lineární proces, ale o proces cyklický, opakující se. Každá možnost řešení je posuzována optikou každého ze tří aspektů. Žádný z nich totiž nestojí bez vztahu k ostatním dvěma. Jedná se o následující aspekty:

- identifikace a aplikace právních a profesních norem, které souvisejí s řešeným problémem (zákony),
- hledání analogií s profesní zkušeností a příklady dobré praxe (rozum),
- prověřování variant naším svědomím (srdce), (ČÁSLAVA, 2020, s. 54).

Etickými dilematy v sociální práci a přístupu k nim se věnuje také F. Raemer<sup>14</sup> a doporučuje v praxi sociálních služeb následovat postup:

- identifikace etického dilematu,
- pojmenování, jaké hodnoty či povinnosti jsou v konfliktu,
- zvážení všech možných způsobů jednání, včetně pravděpodobných dopadů takového jednání jak pro zúčastněné, tak pro organizaci, či společnost,
- studium související legislativy a vnitřních předpisů či postupů (zda má již obdobná situace precedens),
- zvažování řešení v souvislosti s propojením etických principů do každé z uvažovaných alternativ. Identifikace a zvážení pozitiv a rizik každé z nich,
- výběr alternativy, prověření zvolené varianty, zda je v souladu s naším svědomím (MATOUŠEK, 2008, s. 48).

Velkými etickými dilematy by se měla zabývat skupina, o takových věcech by neměl rozhodovat jeden člověk. V praxi vedoucího sociální služby se však stává, že poradní sbor je personálně spíše chudší. Do diskuse nad dilematem je dobré přizvat členy týmu, podřízené, případně přenést otázku do týmové supervize, která může být vhodným

---

<sup>14</sup> Srov. (REAMER, 2006)

prostředím pro hlubokou diskusi, která se často může dotýkat velmi niterných oblastí lidské duše.

## 5 Shrnutí teoretické části práce

V úvodních kapitolách jsem popsala vývoj onemocnění u člověka s demencí, co nemoc provází, jaké jsou kognitivní funkce a co se stane, když člověk ztratí kontakt s vlastní pamětí. Věnovala jsem se též tématu financování péče a možnostem, okolnostem a úskalím jejího poskytování. V následné části diplomové práce jsem rozvinula téma týkající se managementu ve specifických podmínkách sociální služby. Dvě témata, která by se mohla zdát nesourodá, jsou v praxi úzce propojena. Jejich styčnou plochu představuje terénní sociální služba, ke které se vztahuje praktická část této práce. Sociální služba, která má na starosti zajištění péče o klienty – seniory v jejich domovech. S ohledem na cílovou skupinu služby a vysoký věk jejich klientů, využívají jen ojediněle její služby zdraví jedinci, většinou jsou zastoupeny různé komorbidity<sup>15</sup>. Syndrom demence je okolnost, která se čím dál častěji a silněji protlačuje do tématu řízení pracovníků v přímé péči. Klíčovými tématy jsou způsob motivace pracovníků a funkční způsob jejich podpory. Hledání vnitřních sil a odhodlání pracovníků svou práci dělat dobře, s ohledem na důstojnost klienta se syndromem demence, a to i přesto, že nejsou pod takovým dohledem jako jejich profesní kolegové v pobytových službách. To jsou akcenty, které vedoucí pracovník nesmí přehlížet.

---

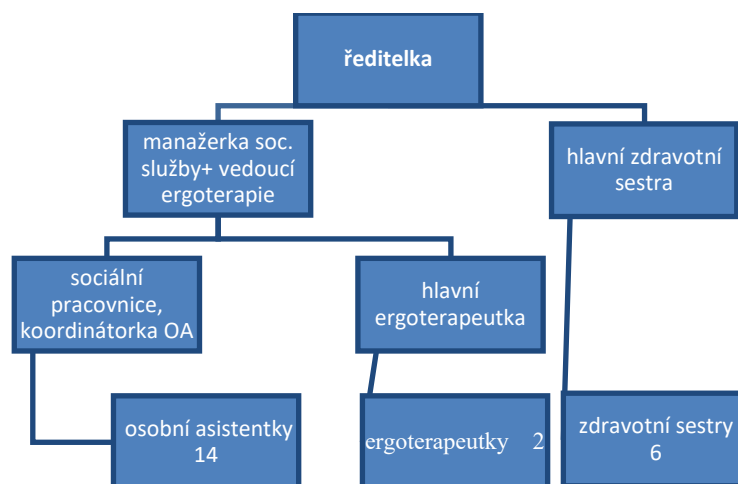
<sup>15</sup> Pozn: komorbidita představuje výskyt více onemocnění současně (souběžné onemocnění).

## 6 Empirická část

Praktická část práce je založena na důkladném prozkoumání konkrétní registrované sociální a zdravotní služby, způsobu práce s pracovníky v přímé péči ve vztahení k předpokládané specifické zátěži, kterou s sebou poskytování péče v domácnostech klientů nese. Východiskem výzkumu je stručný popis samotné sociální služby a stanovení hypotézy o konkrétní zátěži, kterou pracovníci v přímé péči při službách zažívají. Stěžejním oddílem práce, je vyhodnocení kvantitativní části sekvenčního výzkumu a také hloubkových rozhovorů, které byly provedeny s 8 pracovníky v přímé péči. Výsledky výzkumu jsou vztaženy ke způsobu podpory, kterou pracovníci v přímé péči dostávají. Konečným a předpokládaným výsledkem této části je pojmenování co nejkonkrétnějších okruhů, které v organizaci absentují a následné navržení jejich implementace do způsobu řízení týmu pracovníků v sociálních službách v této konkrétní sociální službě. Výzkum v rámci organizace probíhal v období, které bylo poznamenáno opatřeními proti šíření nákazy nemocí covid-19. Během ztížených pracovních podmínek fungování organizace jsem byla postavena před situací, ve které se projevil nesoulad mezi dosavadními vnitřními metodikami řízení a vlastní aktuální skutečností v krizových podmínkách. Rozhodla jsem se tedy popsat obě reality, tu předchozí i tu současnou – krizovou.

### 6.1 Charakteristika organizace

Definovaným cílem organizace je podpořit život klientů služeb ve vlastním domácím prostředí co nejdéle, jak je vzhledem k jejich celkovému stavu možné a bezpečné. Služba je registrována pro cílovou skupinu senioři nad 65 let. Kromě sociální asistenční služby poskytuje organizace také home care a terénní ergoterapii. Organizace je řízena ředitelkou, a má dva úseky. Zdravotní úsek čítá 6 zdravotních sester a je veden hlavní zdravotní sestrou. Sociální úsek je tvořen asistenční sociální službou, spadá pod něj též úsek ergoterapie, který čítá 3 ergoterapeutky. Sociální úsek řídí manažerka sociálních služeb, která personálně vede ergoterapii a personálně i odborně pak celý úsek sociální asistenční služby. V sociálním úseku jsou dvě sociální pracovnice, z nichž jedna je vedoucí celého sociálního úseku. Společně s druhou sociální pracovnící koordinují 14 pracovníků v přímé péči (osobní asistentky). Pro přehlednost vkládám organigram organizace – viz obrázek č. 1.



Obr. č. 1: Organigram organizace (Zdroj: vlastní zpracování)

### 6.1.1 Sociální služba osobní asistence

Služba osobní asistence je registrována pro seniory nad 65 let věku, přičemž určitým specifikem je výrazně větší počet klientů s posttraumatickým stresovým syndromem, průměrný věk klientů je 90+. Většina klientů kombinuje více služeb v rámci organizace. Organizace oslavila 15 let své existence v roce 2019. Do roku 2007 měla registrovanou pečovatelskou službu, od 1. 1. 2007 přešla registrace na službu osobní asistence. Určitá část pracovníků v přímé péči v organizaci pracovala ještě v době, než došlo ke změně registrace. Činnosti organizace směřují k podpoře a maximální soběstačnosti klienta, aby mohl co nejdéle setrvat v přirozeném prostředí vlastní domácnosti. Veškeré činnosti jsou zaměřeny na posílení a podporu vlastních schopností klienta, kdy jsou kompenzovány pouze ty činnosti, které již klient opravdu není schopen ani částečně zvládnout. Filozofií přístupu k péči je podpora, nikoliv náhrada, což se odráží i v popisu služeb, které jsou nabízeny.

### 6.1.2 Způsob týmové spolupráce – před pandemií covid-19

Organizace měla vypracované standardy kvality, jak ukládá zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Probíhaly jejich pravidelné revize a aktualizace dle změn. V rámci vnitřní metodiky poskytování osobní asistence byly detailně vypracovány postupy pro různé krizové situace, které mohly být nejednoznačné. Například situace, kdy klient v domácnosti upadne, případně když nereaguje na zvonění a neotevívá dveře. Byl definován princip odpovědnosti, kam až sahá odpovědnost pracovníků v přímé péči. Pracovníci organizace se průběžně vzdělávali, témata profesního rozvoje byla variabilní,

některá byla pro celý tým, ale existovala také možnost vzdělávání dle individuálních preferencí a potřeb.

V době předcházející pandemii covid-19 probíhaly porady každý týden. V jejich první části byli přítomni pracovníci ze všech složek organizace, druhá část byla rozdělena po odbornostech. Osobní asistentky měly poradou společnou se sociální pracovníci a manažerkou sociálních služeb. Kromě pravidelných porad bývaly dle potřeby uspořádány klientské intervize. Ty probíhaly formou skupinové práce, kdy se pracovnice, které ke klientovi na službu docházejí, sešly v čase porady se sociální pracovníci. Diskutovaly situaci u klienta, dávaly dohromady všechny okolnosti příběhu, hledaly a nabízely ostatním své pohledy na životní situaci klienta. Pracovalo se na vzájemném posílení, formou sdílení a akcentování některých momentů. Například se hledalo to, co hezkého na službě u daného klienta každá z asistentek zažívá, pokud se jednalo o klienta „náročného“ v jeho požadavcích.

Celý tým kromě ředitelky pracoval pod supervizí. Každá z odborností měla jiného externího supervizora, jednalo se vždy o supervize týmové. Supervize osobní asistence probíhala 1x za 6 týdnů. Účastnilo se jí v průměru 12 osobních asistentek, s ohledem na pracovní neschopnosti a dovolené. Každá s osobních asistentek měla povinnost účastnit se supervize nejméně 4 x do roka. Časová dotace supervize byla 1,5 hodiny. Sociální pracovníce ani manažerka kvality se této supervize neúčastnily, pokud nebyly pozvány. S předchozím supervizorem byla ukončena spolupráce v září roku 2020. S ohledem na pandemii covid-19 a ztížené možnosti osobního setkávání se zaměstnanců na pracovišti nebyla dosud supervize pracovníků v přímé péči obnovena.

Hodnocení pracovníků v přímé péči probíhá pravidelně, každý rok, bez ohledu na pandemii covid-19. Osobní asistentky mají časový prostor dopředu vyplnit sebehodnotící dotazník, který slouží jako podklad k následnému zhodnocení a zpětné vazbě ze strany sociální pracovníce a manažerky sociálních služeb.

### **6.1.3 Způsob týmové spolupráce – při pandemii covid-19**

Doba překotných změn, která nastala v souvislosti s pandemií covid-19 na jaře a na podzim roku 2020, opakovaným vyhlášením nouzového stavu, ukázala nutnost přenastavit způsob komunikace v rámci týmu. Způsob poskytování podpory pracovníkům v přímé péči a postup předávání nutných informací musel pružně reagovat na nastalou situaci. Velkou výzvou, které se odhalila v jarním období 2020, bylo přenastavení způsobu předávání informací z „terénu“ vedoucím pracovnícům a zpět. Informování v rámci sociální služby



bylo již od založení organizace stále stejné – pravidelné porady a telefonáty jen v případě akutní situace. Neformální prostor pro předávání informací, vytvářelo časté setkávání se osobních asistentek (OA) v kanceláři, když si vyzvedávaly klíče od bytů klientů nebo psaly administrativu. Podstatnou roli také hrála stabilní přítomnost vždy alespoň jedné ze sociálních pracovníků v kanceláři. Bylo zcela běžné, že OA po příchodu ze služby u klienta přišly do kanceláře sociálních pracovníků osobně předat důležité informace o klientovi, jeho potřebách či změnách, které se u něj dějí. Situace, kdy ze dne na den tento neformální způsob přestal být možný, a porady musely být zrušeny vlivem epidemických opatření, vedla k potřebě vytvořit alternativní funkční platformu pro komunikaci napříč týmem.

Z rozhovorů s OA v průběhu léta 2020 vyšlo najevo, že se pracovníce na začátku pandemie cítily ve službě osamocené. Podpora každé z nich nebyla dostatečná a informace se nedařilo předávat uspokojivým způsobem. Proto byla v kontextu této situace vytvořena elektronická nástěnka, dostupná online z domova či kdekoliv z chytrého telefonu s datovým připojením). Jsou na ní shromažďovány všechny informace takovým způsobem, aby se k nim každý, kdo je potřebuje, mohl dostat. Porady týmu nebyly v době psaní této diplomové práce ještě obnoveny.

## 6.2 Teoretické ukotvení problematiky

Primárně se zaměřuji na syndrom demence a jeho vliv na prožívání práce osobními asistentkami. Zvláštností této konkrétní organizace je, že většina klientů služby, jsou osoby, které přežily holocaust (šoa).<sup>16</sup> Právě proto je kombinace traumatu přežití holocaustu a syndromu demence u klientů specifická. Chtěla jsem vědět, jaký vliv má kombinace těchto faktorů na podstatu tématu, kterému se chci ve výzkumu věnovat. Tato snaha mě vedla k pátrání po odborných článcích či výzkumech, které se již s tímto tématem potýkaly. Odborný článek (WEITZEL-POLZER, 2002), který se zabývá specifiky projevů syndromu demence u osob přeživších holocaust v pobytové službě, dokládá, že posttrauma skutečně projevy demence komplikuje. Pečující personál, který nemusí znát životní historii klienta, se díky tomu může dostat do složitých profesních situací. Tento výzkum se zabýval klienty v pobytové službě, což ho odlišuje od mé práce. Osobně se zabývám konkrétním typem zátěže, kterou pracovníci přímé péče v dané organizaci zažívají v péči o klienty žijící v domácím prostředí. Pobyt doma či v instituci je významná okolnost. U klientů se syndromem demence, kteří přežili holocaust, může pobyt v instituci

---

<sup>16</sup> Šoa – hebrejský výraz pro holocaust.

vyvolávat traumatizující vzpomínky ve vyšší míře než v domácích podmínkách. Nejsou vytrženi z prostředí, kde prožili část života, která není poznamenána traumatem.

Hledáním souvislostí mezi prožitou zkušeností holocaustu a přítomností syndromu demence ve stáří, se zabýval též výzkum, který pracuje se dvěma hypotézami. První je, že přeživší prokázali jakousi odolnost, která v mozku zakládá jejich schopnost ubránit se této nemoci, více než běžná populace. Druhá hypotéza tvrdí opak. Tedy, že prožitá zkušenost je činí zranitelnějšími. Výsledek výzkumu potvrzuje druhou hypotézu a to tu, že přeživší jsou náchylnější touto nemocí onemocnět (KODESH, 2019). Osobně si myslím, že specifickou komplikaci v poskytování péče u klienta se syndromem demence, přináší jakékoliv prožité životní trauma, v jehož důsledku se rozvinul posttraumatický stresový syndrom, nejen u přeživších šoa. Celé 20. století v Evropě, a zvláště v jejím východním bloku, těchto celospolečenských „příležitostí“ pro prožití traumatu vytvořilo velké množství. Jak jsem uvedla výše, syndrom demence se netýká jen klientů, kteří prožili holocaust. Dá se předpokládat, že jakékoliv prožité trauma se lidem trpícím syndromem demence do určité míry stává opět žitou realitou. S ohledem na to, že klienty služby nejsou výhradně osoby, které prošly holocaustem, jsem se rozhodla nehledat specifickou zátěž plynoucí z poskytování péče u pouze přeživších klientů trpících demencí.

Tématu výzkumu, který budu provádět v naší organizaci se blíží přehledový článek, který pomocí syntézy kvantitativních dat prozkoumával, jaké typy intervencí pomáhají profesionálním pečovatelům. Mělo jít o intervence, které měly pracovníky motivovat, aby poskytovali péči klientům se syndromem demence v souladu s přístupem péče zaměřené na člověka (PCC)<sup>17</sup>. V první řadě bylo v daném výzkumu popsáno, jaký typ podpory pečovatelům je realizován v různých typech zařízení. Terénní služba je také zastoupena, ale v menším počtu vzorků. Dále bylo popsáno, jaký dopad jednotlivé typy podpory měly na chování pečujících a způsob jakým péči poskytují (BLAKE et al., 2020). Výsledky tohoto výzkumu podporují a potvrzují můj předpoklad, že nejde v první řadě o dobré platové podmínky, ani o další materiální benefity. Závěr výzkumu říká, že profesionální pečující potřebují, aby se někdo zabýval tím, jakou zátěž ve své práci prožívají a pomáhal jim podporou, cílenou na jejich potřeby.

K samotnému praktickému využití výsledků mé diplomové práce jsem byla inspirována studií, která cílila na možnosti a omezení přenášení výzkumných výsledků do

---

<sup>17</sup> Person-centered care, vychází z humanismu, odkazuje na přístup zaměřený na člověka C. R. Rogerse.

praxe. Výzkum se tázal, jak je možné uskutečnit průnik mezi fundovanými vědeckými závěry a pracovní praxí pečujících profesionálů v oblasti péče o osoby se syndromem demence (EMILSSON, 2005). Výzkum dospěl k závěru, že profesionální pečovatelé spíše než teoretické, abstraktní a pro ně těžko uchopitelné závěry, využijí pro svou práci a podporu společné sdílení. Ideálně moderované člověkem, který problematice rozumí a dokáže reagovat na otázky a problémy každodenní praxe. Tímto směrem bych se také ráda vydala. Zjištěné závěry bych následně použila v rámci organizace, kde bude výzkum proveden. Tak, aby pracovníci v přímé péči dostávali ten typ podpory, který sami identifikovali a označili jako významný pro svou práci.

Praktickou část svého výzkumu jsem zaměřila obecněji, jako na klubko složitostí, které s sebou nese péče o osobu se syndromem demence v domácím prostředí. Ve kvantitativní části výzkumu jsem postupovala cestou pojmenování nejsložitějších momentů, které pracovníci v přímé péči při službách zažívají. Kvalitativní část výzkumu dává prostor pro to, aby se tato zátěž propojila se službou u klienta se syndromem demence. Případně došlo k prověření, zda posttraumatický stresový syndrom u klientů s demencí je okolnost, která opravdu specificky pracovníky zatěžuje.

### **6.3 Výzkumné otázky**

#### ***Výzkumný problém***

Jakou specifickou zátěž pro pracovníky v přímé péči v organizaci poskytující osobní asistenci lidem v seniorském věku s sebou nese poskytování osobní asistence v domácím prostředí klientům se syndromem demence?

#### ***Cíl výzkumu***

Prozkoumat a popsat specifika v oblasti pracovní zátěže pracovníků v přímé péči v konkrétní organizaci, kterou s sebou nese osobní asistence v domácnostech klientů s diagnostikovanou demencí.

#### ***Výzkumná otázka pro kvantitativní část výzkumu***

Jaké typy pracovní zátěže popisují a jak je navzájem mezi sebou porovnávají pracovníci, kteří docházejí poskytovat péči do domácností klientů v konkrétní organizaci?

### ***Hypotéza pro kvantitativní část výzkumu***

Poskytování péče klientům v konkrétní terénní zdravotní službě s registrovanou sociální službou vytváří pro pracovníky specifickou zátěž, kterou jsou schopni identifikovat. Pomocí škálování pak kvantifikovat velikost zátěže jednotlivých typů. V porovnání bude stát míra zátěže plynoucí z poskytování péče osobám se syndromem demence na vysokém stupni.

### ***Výzkumná otázka pro kvalitativní část výzkumu***

Jaká specifická zátěž pro pracovníky v přímé péči plyne z poskytování osobní asistence klientům se syndromem demence v jejich domácím prostředí?

## **6.4 Stanovené cíle**

Jde o výzkum smíšený, sekvenční, kdy v první fázi je aplikován kvantitativní přístup. V kontextu daného výzkumu, je fokus nejprve širší – zaměřen na všechny pracovníky organizace, kteří docházejí poskytovat péči do domácností klientů. Ve druhé, kvalitativní části je pak zúžen pouze na pracovníky přímé péče – osobní asistentky (OA). Součástí dotazníku byla též otázka, zde by byli respondenti ochotní se účastnit následných rozhovorů, pro druhou část výzkumu. Cílem první fáze byla především kvantifikace typů zátěže a pomocí škálování také kvantifikace velikosti zátěže ve srovnání daných typů. Cílem následných rozhovorů bylo popsání zátěže v konkrétních věcech, se kterými se osobní asistentky v domácnostech klientů s demencí setkávají. Důvodem, proč takové rozhovory dělat, je v první řadě potřeba zmapovat, jaké těžkosti musí osobní asistentky v terénu řešit (popis zátěže). Výsledek by měl posloužit vedoucí služby k lepší orientaci a zacílení podpory a vzdělávání, rozvoji kompetencí pracovníků v přímé péči. Přestože se jedná o výzkum realizovaný v jedné organizaci, výsledná zjištění mohou být využitelná také v jiných v organizacích poskytujících terénní asistenční služby u klientů se syndromem demence.

## **6.5 Výzkumné paradigma**

Formát smíšeného výzkumu použitý v sekvenční variantě mi umožnil po první fázi výzkumu lépe specifikovat otázky pro hloubkové rozhovory. Dále pomohl v ověření validity zjištěných poznatků. K výzkumu jsem přistoupila paradigmatickým sociálního konstruktivismu, přičemž bylo mým cílem, aby výzkum přinesl též konkrétní změnu do

praxe. Tím se má optika blíží k pragmatickému pohledu. Celá výzkumná otázka je cílena na jednu malou výseč široké praxe péče o lidi se syndromem demence a k zátěži, kterou to pro profesionální pečující znamená. Právě zacílením do reálných podmínek, s představou o aplikaci konkrétních změn pro zlepšení praxe, se můj fokus přibližuje přístupu pragmatickému.

## **6.6 Pozicionalita**

V rámci organizace, kde jsem výzkum realizovala, stojím vůči pracovníkům v přímé péči v pozici nadřízené. Zároveň se sama s určitým typem zátěže v práci s lidmi se syndromem demence potýkám. Pilotní rozhovor, který jsem měla možnost realizovat již ve druhém semestru studia, mi dal možnost uvědomit si, jak vypadá konflikt rolí – výzkumník versus nadřízená osoba. Stejně tak jsem mohla v reflexi při přepisu rozhovoru velmi zřetelně vidět, že čím byl můj zájem o téma větší, (tam, kde se zátěž, kterou osobně znám, začala proplétat s tou, o které respondentka mluvila), tím více jsem se snažila vést rozhovor spíše jako hlubokou diskusi nad tématem. Toto jsou dva výrazné momenty, které jsem měla na zřeteli, ve chvíli, kdy jsem vedla další výzkumné rozhovory.

Co se týká první části výzkumu – tedy dotazníkového šetření, byl zde opět přítomen konflikt rolí. Vysvětlením smyslu dotazníkového šetření jsem ošetřila, aby podřízení mou nabídku k vyplnění dotazníku odlišily od pokynů, které jim při pracovní praxi běžně zadávám. Také jsem zdůraznila dobrovolnost a anonymitu. Z důvodu zachování anonymity jsem nepoužila otázku související s věkem, místo toho jsem se ptala na délku praxe v organizaci. Jsme malá organizace, věk by mohl být identifikátorem a pro některé pracovnice pak důvodem k nevyplnění dotazníku. Na konci dotazníku jsem zjišťovala ochotu poskytnout hloubkový rozhovor tím, že v případě souhlasu uvedou své jméno. Myslím, že to byla chyba a dá se předpokládat, že proto mi tolik respondentů odpovědělo zamítavě. Nebylo šťastné propojovat dotazník a informace z něj zjištěné s konkrétním člověkem pro navázání rozhovoru. Uvědomila jsem si to až při zpracovávání dotazníku.

## **6.7 Metodologie**

Pro získání dat jsem v první části výzkumu využila výše zmiňovanou kvantitativní metodu dotazování formou písemných strukturovaných dotazníků. Jak uvádím výše, pracovala jsem s hypotézou, že poskytování péče klientům v konkrétní terénní zdravotní službě s registrovanou sociální službou vytváří pro pracovníky specifickou zátěž, kterou jsou schopni identifikovat. Dále jsem předpokládala, že pomocí škálování se podaří

kvantifikovat velikost zátěže jednotlivých typů. Ve výsledku jsem odhadovala, že v porovnání zátěží, bude stát míra zátěže plynoucí z poskytování péče osobám se syndromem demence na vysokém stupni.

Vzhledem k pandemické situaci nákazy covid-19, kdy nebylo možné se fyzicky potkat, vyplňovali respondenti dotazníky bez mé přítomnosti. Distribuce dotazníků proběhla v tištěné podobě, neboť on-line forma by mohla velké procento z nich odradit – nejsou zvyklí pracovat na počítači. Ve druhé fázi výzkumu jsem s respondenty vedla hloubkové rozhovory s pomocí polostrukturovaného dotazníku.

## **6.8 Vzorkování**

Vzorkování bylo jednoduché, vzhledem k velikosti populace (nevelký počet pracovníků v organizaci). Jednalo se spíše o dobrovolné vzorkování, přičemž vzorek se vytvořil sám – otevřenou nabídkou k vyplnění dotazníku danou všem pracovníkům organizace, kteří chodí ke klientům do domácností (zdravotní sestry, ergoterapeutky, osobní asistentky). Pro oslovení respondentů jsem využila interní komunikační kanál (elektronickou nástěnku), dotazníky jsem připravila vytištěné do prostor kanceláře. S ohledem na pandemickou situaci nebylo možné, abych dotazníky s respondenty vyplnila tváří v tvář. Vyplnění a odevzdání dotazníku jsem časově orámovala 14 dny. V rámci dotazníku jsem se tázala na profesi v rámci organizace proto, abych dokázala oddělit do kvalitativní části výzkumu pouze pracovníky v přímé péči – osobní asistentky (OA). Výsledek dotazníkového šetření, které je pojato takto široce co do vzorku, mi umožnilo otázkami v hloubkových rozhovorech prověřit, zda zátěž pro osobní asistentky nese skutečně rys specifčnosti či zda jsou zde jevy, které se prolínají napříč odbornostmi v rámci organizace. Pak by mohly být výsledky výzkumu částečně přenositelné a využitelné i pro podporu dalších profesionálů v rámci organizace.

## **6.9 Metody analýzy vytvořených dat – kvantitativní část výzkumu**

Pro analýzu dat jsem použila deskriptivní statistiku. Šlo mi především o sumarizaci dat a provázání různých proměnných tak, aby se téma první části výzkumu (zátěž pracovníků) stalo přehlednějším a mohlo být podkladem pro hloubkové rozhovory. Z oslovených 23 pracovníků mi vyplněné dotazníky vrátilo 15 respondentů. Do excelové tabulky jsem nejprve přepsala získaná data a následně s pomocí kontingenčních tabulek jsem data uspořádala tak, abych dospěla k sumarizaci dat v souvislostech. Dotazník je přílohou

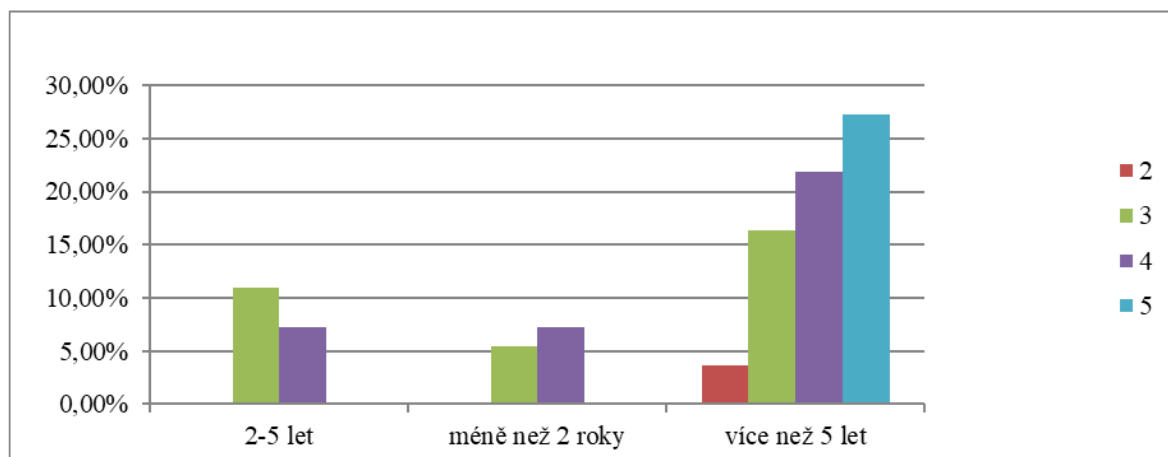
práce, následující tabulky jsou již interpretací dat tak, jak jsem je s ohledem na výzkumnou otázku sjednotila.

### 6.9.1 Hodnocení náročnosti práce dle délky praxe

Specifická náročnost práce v terénní službě v daném výzkumu stojí jako základní předpoklad. Otázka po zhodnocení náročnosti práce byla položena v podobě nabídnuté škály hodnot 1–5, přičemž hodnotu 1 neudal nikdo. V procentech je vyjádřen poměr výskyt hodnot náročnosti (tabulka č. 1), tak, jak je respondenti přiřadili. Rozdělení dle délky praxe (graf č. 1) pak nabízí vizualizaci. Srovnání vyjádřené v procentech přehledně ukazuje, že čím déle pracovníci v terénní službě pracují, tím více jsou zatíženi nároky, které s sebou toto zaměstnání nese.

délka praxe	2	3	4	5	celkový součet
2-5 let	0,00 %	10,91 %	7,27 %	0,00 %	18,18 %
méně než 2 roky	0,00 %	5,45 %	7,27 %	0,00 %	12,73 %
více než 5 let	3,64 %	16,36 %	21,82 %	27,27 %	69,09 %
<b>celkový součet</b>	<b>3,64 %</b>	<b>32,73 %</b>	<b>36,36 %</b>	<b>27,27 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 1: Hodnocení náročnosti práce, ve srovnání stojí délky pracovní praxe



Graf č. 1: Vizualizace hodnocení náročnosti práce, ve srovnání stojí délky pracovní praxe

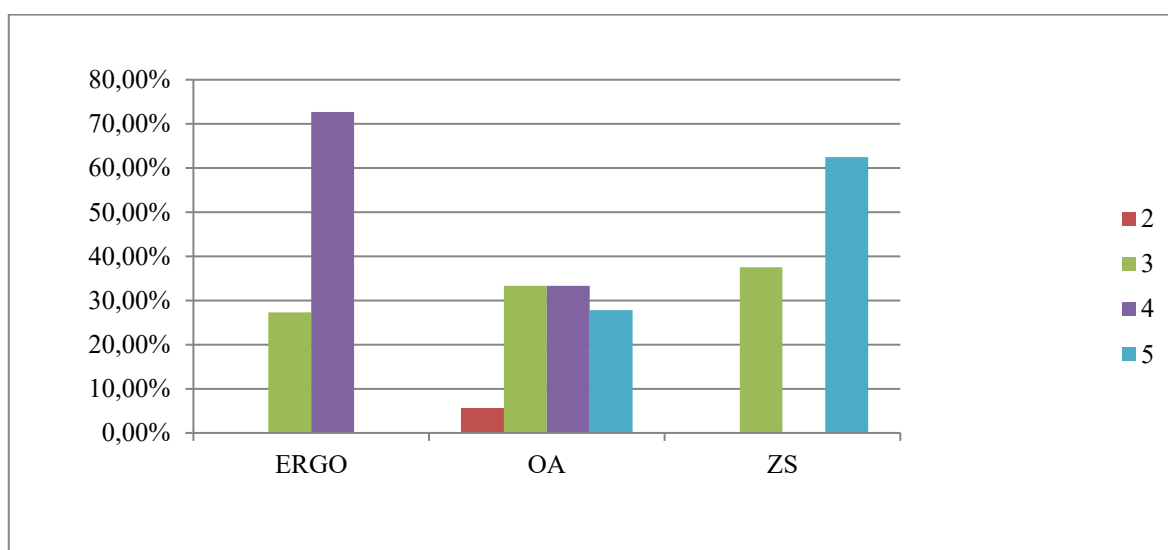
### 6.9.2 Hodnocení náročnosti práce, rozděleno podle profesí

Zde mě zajímal rozdíl v hodnocení náročnosti podle profesí. Bylo třeba zohlednit fakt, že nejvíce vyplněných dotazníků se mi vrátilo z řad osobních asistentek (OA), procenta tedy vyjadřují hodnocení náročnosti práce pouze v poměrech odpovědí dané profese. V tom

ohledu by ovšem mohlo být zajímavé zabývat se zátěží v oblasti ergoterapie a zdravotních služeb, kde v nadpoloviční většině respondenti hodnotí práci stupněm 4 a 5, což je více než průměrná zátěž. Je třeba však říct, že pracovníků na pozici ergoterapie je v organizaci 1/5, oproti osobním asistentkám, a zdravotních pracovníků je to pak 1/3. Tento fakt je poměrně významný pro interpretaci dat. Co se týká osobní asistence, je zátěž stejnou mírou rozložena mezi stupně 3 a 4, o něco méně je pak uváděn stupeň 5.

profese	2	3	4	5	celkový součet
ERGO	0,00 %	27,27 %	72,73 %	0,00 %	100,00 %
OA	5,56 %	33,33 %	33,33 %	27,78 %	100,00 %
ZS	0,00 %	37,50 %	0,00 %	62,50 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>3,64 %</b>	<b>32,73 %</b>	<b>36,36 %</b>	<b>27,27 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 2: Hodnocení náročnosti práce, ve srovnání stojí jednotlivé profese



Graf č. 2: Vizualizace hodnocení náročnosti práce, ve srovnání stojí jednotlivé profese

### 6.9.3 Specifická zátěž v terénní službě

Dotazník byl postaven na předpokladu reálné přítomnosti specifické zátěže v terénní zdravotně-sociální službě. Fakt, že lidé prožívají svou práci, jako specificky náročnou, se nepochybně týká většiny profesí. Vnímala jsem jako významné dát do souvislosti deklarování specifické zátěže a předchozí pracovní zkušenost s prací v pobytové službě. Primárně jde o specifika terénní služby vůči službě pobytové, nikoliv vůči jakékoliv jiné profesi. Proto jsem tento vzájemný vztah použila a následující tabulka a graf hezky znázorňují, že specifickou zátěž práce v terénních službách skutečně přináší.



profese	ne	ano	celkový součet
ERGO (3osoby)	0,00 %	100,00 %	100,00 %
OA (10 osob)	16,67 %	83,33 %	100,00 %
ZS (2 osoby)	0,00 %	100,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>9,09 %</b>	<b>90,91 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 3: Deklarování specifické zátěže u respondentů, kteří mají zkušenost s prací v pobytové službě



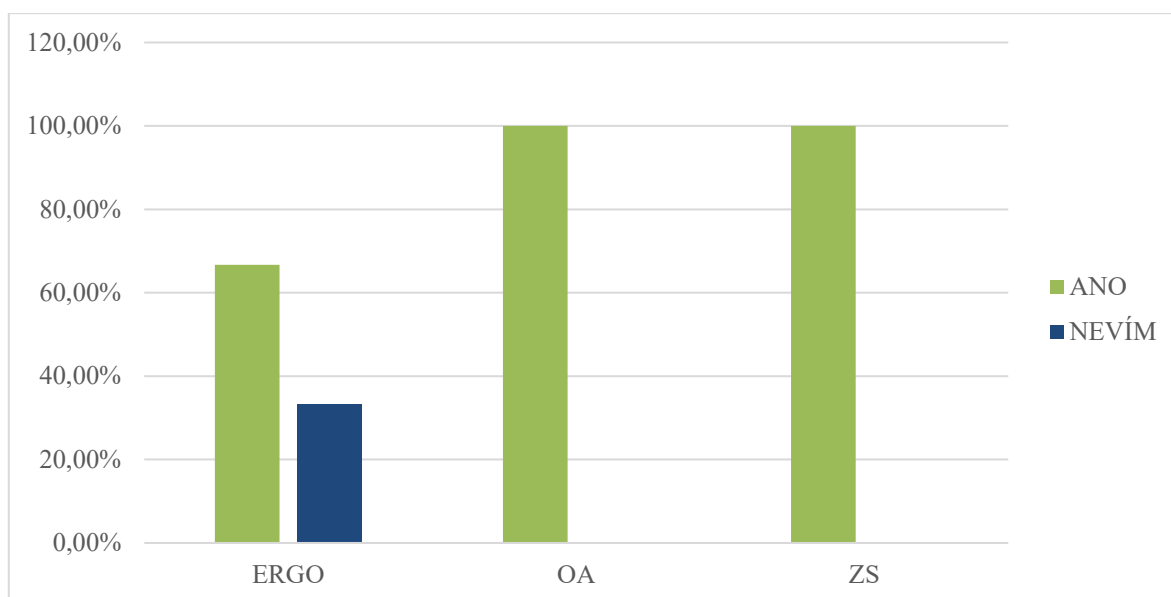
Graf č. 3: Vizualizace specifické zátěže u respondentů, kteří mají zkušenost s prací v pobytové službě

#### 6.9.4 Specifická zátěž u klienta se syndromem demence

Tato otázka se snaží vést respondenty k zamyšlení, zda projevy syndromu demence, pokud je klient v domácím prostředí, jsou něco, co přináší nějakou větší složitost do poskytování péče. Tato otázka nebyla ohraničena žádnou předchozí zkušeností. V grafu je zřetelně znázorněno, že pracovníci skutečně specifickou zátěž v daných podmínkách prožívají.

profese	ano	nevím	celkový součet
ERGO	66,67 %	33,33 %	100,00 %
OA	100,00 %	0,00 %	100,00 %
ZS	100,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>93,33 %</b>	<b>6,67 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 4: Deklarování specifické zátěže u klientů s demencí, rozděleno dle profesí v %

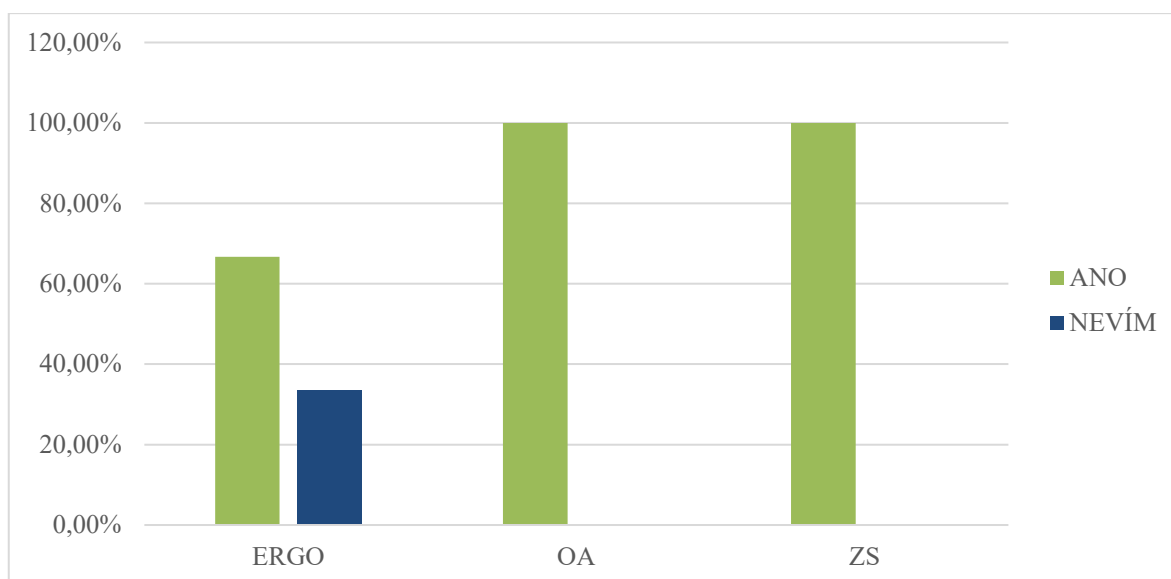


Graf č. 4: Vizualizace specifická zátěž u klientů s demencí, rozděleno dle profesí

Opět mě to zavedlo k úvaze, když někteří pracovníci odpovídají na otázku po specifické zátěži a nemají zkušenost s prací v pobytové službě, jakou vypovídající hodnotu odpověď má. Podívala jsem se tady ještě důkladněji pouze na odpovědi respondentů, kteří mají zkušenost s prací v pobytové službě, výsledný graf č. 5 přehledně ukazuje, že odpovědi jsou víceméně totožné. Tzn. zjištění vypovídající hodnotu má.

profese	ano	nevím	celkový součet
ERGO	66,67 %	33,33 %	100,00 %
OA	100,00 %	0,00 %	100,00 %
ZS	100,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>90,91 %</b>	<b>9,09 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 5: Deklarování specifické zátěže u klientů se syndromem demence u těch pracovníků, kteří mají zkušenost s prací v pobytové službě.



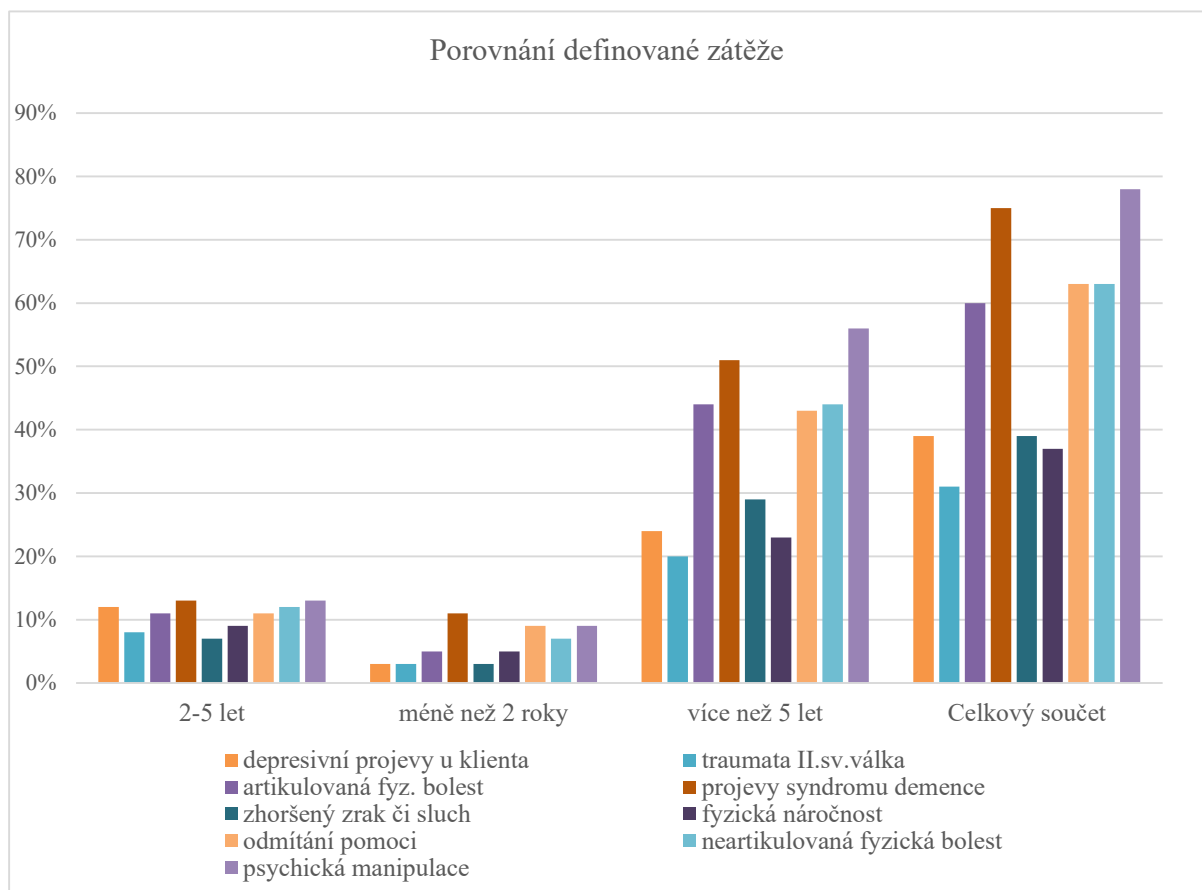
Graf č. 5: Vizualizace deklarování specifické zátěže u klientů se syndromem demence u pracovníků, kteří mají zkušenost z prací v pobytové službě.

### 6.9.5 Přehled – porovnání definované zátěže v jednotlivých oblastech

Nejprve jsem vytvořila přehled srovnání všech typů zátěže, které byly součástí dotazníku, a následně jsem nechala respondenty hodnotit pomocí škály míru zátěže v jednotlivých oblastech. V tabulce č. 6, jsem provedla jednak celkový přehled zátěže, ale také jsem hodnocení rozdělila podle délky praxe v organizaci, protože mě velice zajímalo, zda má délka praxe výrazný vliv na prožívání některého typu zátěže. Pro stanovení procentních hodnot jsem pro účel tohoto přehledu stanovila 100 % jako maximální možný počet bodů. 100 % by znamenalo, že otázka byla všemi respondenty hodnocena stupněm 5, tedy jako nejvyšší zátěž. Velmi zřetelně se ukázalo, že největší zátěží je zátěž psychická plynoucí z nároků a snah klienta pracovníky nějakým způsobem ovlivňovat či manipulovat ve svůj prospěch. Další v pořadí je pak zátěž plynoucí z projevů syndromu demence, fyzická bolest klienta, za nimi pak stojí odmítání pomoci a neartikulovaná bolest klienta. Délka praxe nijak významně neovlivnila hodnocení zátěže, mírné odlišnosti jsou sice znát, ale jsou tak malé, že téměř nemají relevanci. Proto jsem délku praxe nezohledňovala jako proměnnou v následujících přehledech, dělila jsem hodnocení pouze podle profese respondenta.

délka praxe	depressivní projevy u klienta	traumata II.sv. válka	artikulovaná fyzická bolest	projevy syndromu demence	zhoršený zrak či sluch	fyzická náročnost	odmítání pomoci	neartikulovaná fyzická bolest	psychická manipulace
2-5 let	12 %	8 %	11 %	13 %	7 %	9 %	11 %	12 %	13 %
méně než 2 roky	3 %	3 %	5 %	11 %	3 %	5 %	9 %	7 %	9 %
více než 5 let	24 %	20 %	44 %	51 %	29 %	23 %	43 %	44 %	56 %
celkový součet	39 %	31 %	60 %	75 %	39 %	37 %	63 %	63 %	78 %

Tab. č. 6: Porovnání definované zátěže dle oblastí, rozděleno dle délky praxe v %



Graf č. 6: Vizualizace porovnání definované zátěže dle oblastí a délky praxe

### 6.9.6 Porovnání definované zátěže v jednotlivých oblastech dle profesí

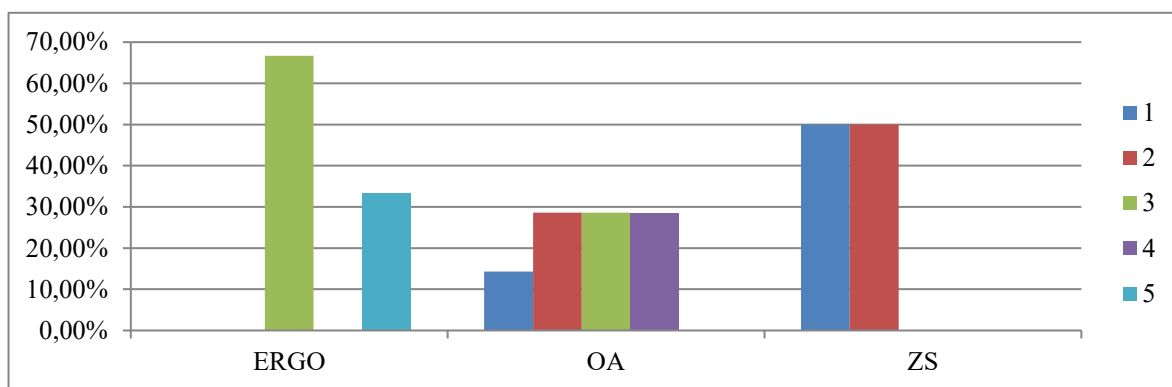
V dalších přehledech jsem se zaměřila na zátěž plynoucí z konkrétních složitých situací u klienta. Pro hloubkové rozhovory bylo důležité, vytvořit si přehled jednotlivých typů

zátěže a jejího hodnocení v rozdělení po profesích. Tento přehled mi posloužil jako výchozí informace pro vytvoření osnovy pro kvalitativní rozhovory. Pro tento účel bylo významné sledovat oblasti, které jednotlivým profesním skupinám přinášejí větší než střední pracovní zátěž. Pro interpretaci jsem ve všech následujících tabulkách vyjádřila v procentech poměr hodnot, které přiřadili respondenti z jedné profese k dané otázce. Všimla jsem si především, v jakých procentech se pohybují hodnoty škály 4 a 5.

Graf č. 7 ukazuje, že depresivní nálady klientů zatěžují ve druhém nejvyšším stupni 29 % respondentů z řad OA, 30 % respondentů ERGO pak dává nevyšší stupeň zátěže.

profese	1	2	3	4	5	celkový součet
ERGO	0,00 %	0,00 %	66,67 %	0,00 %	33,33 %	100,00 %
OA	14,29 %	28,57 %	28,57 %	28,57 %	0,00 %	100,00 %
ZS	50,00 %	50,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>16,67 %</b>	<b>25,00 %</b>	<b>33,33 %</b>	<b>16,67 %</b>	<b>8,33 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 7: Vliv depresivních projevů u klienta na prožívání pracovní zátěže, rozděleno dle profesí v %

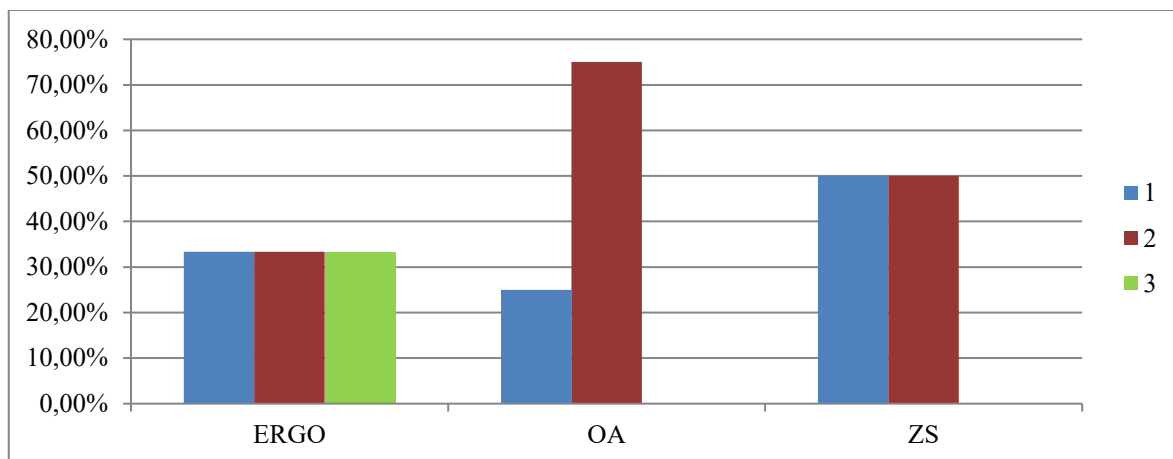


Graf č. 7: Vizualizace vlivu depresivních projevů u klienta na prožívání pracovní zátěže

Naopak vzpomínání klientů na traumata II. světové války (graf č. 8), není v žádné z profesí hodnoceno jako příliš náročná okolnost jejich práce. Snad jen u ergoterapie je to zřetelnější faktor, což je dané tím, že s klienty pracují formou tréninku paměti a vzpomínání je tedy součástí aktivity.

profese	1	2	3	celkový součet
ERGO	33,33 %	33,33 %	33,33 %	100,00 %
OA	25,00 %	75,00 %	0,00 %	100,00 %
ZS	50,00 %	50,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>30,77 %</b>	<b>61,54 %</b>	<b>7,69 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 8: Vliv vzpomínek na traumata 2. světové války na pracovní zátěž v %

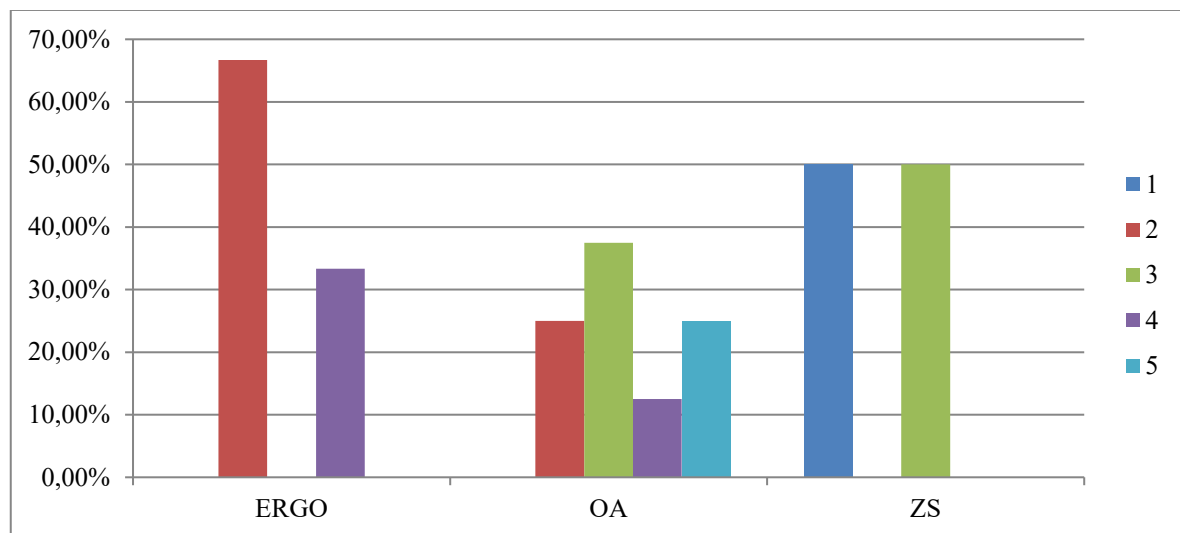


Graf č. 8: Vliv vzpomínek na traumata 2. sv. války na pracovní zátěž

Další dvě následující tabulky se týkají fyzické bolesti, o které klient mluví, a kterou dává najevo jinak než řečí. V tabulce č. 9 je znázorněno, že hodnotu 4 dalo této otázce 33 % ERGO a 12,5 % OA, hodnotu 5 pak dokonce 25 % OA.

profese	1	2	3	4	5	celkový součet
ERGO	0,00 %	66,67 %	0,00 %	33,33 %	0,00 %	100,00 %
OA	0,00 %	25,00 %	37,50 %	12,50 %	25,00 %	100,00 %
ZS	50,00 %	0,00 %	50,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>7,69 %</b>	<b>30,77 %</b>	<b>30,77 %</b>	<b>15,38 %</b>	<b>15,38 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 9: Klientem artikulovaná fyzická bolest

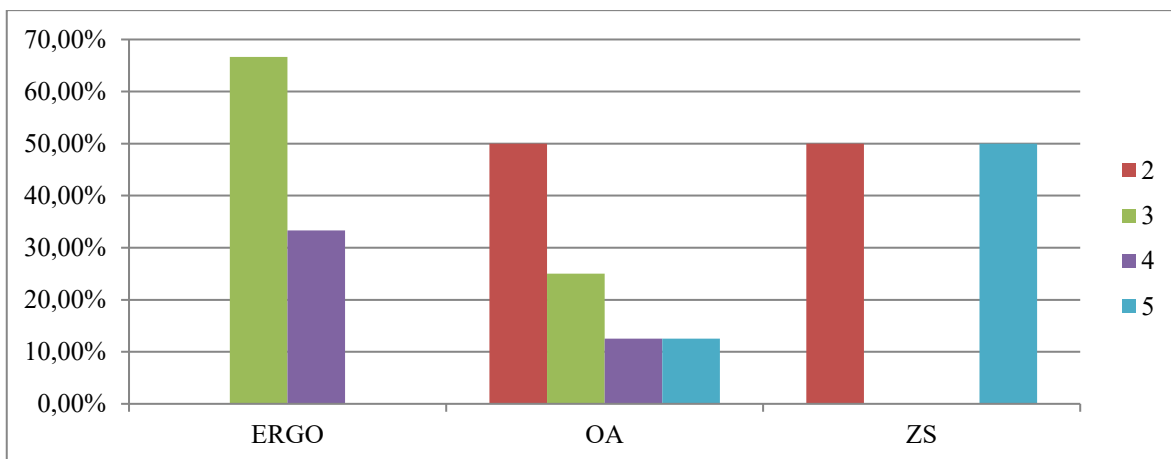


Graf č. 9: Vizualizace zátěže klientem artikulovaná bolest

Fyzická bolest, o které klient nemluví, ale je znát z jiných projevů, je zatěžující v hodnocení 4 pro ERGO ve 33 % a pro OA ve 12,5 % viz graf č. 10. Hodnocení nejvyšší dalo otázce 50 % ZS a 12,5 % OA. Tyto výpovědi zřetelně ukazují, že klientem prožívaná artikulovaná i neartikulovaná fyzická bolest, je oblast, která je pro pracovníky ve větší míře zatěžující.

profese	2	3	4	5	celkový součet
ERGO	0,00 %	66,67 %	33,33 %	0,00 %	100,00 %
OA	50,00 %	25,00 %	12,50 %	12,50 %	100,00 %
ZS	50,00 %	0,00 %	0,00 %	50,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>38,46 %</b>	<b>30,77 %</b>	<b>15,38 %</b>	<b>15,38 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 10: Neartikulovaná fyzická bolest klienta, vyjádřeno v %

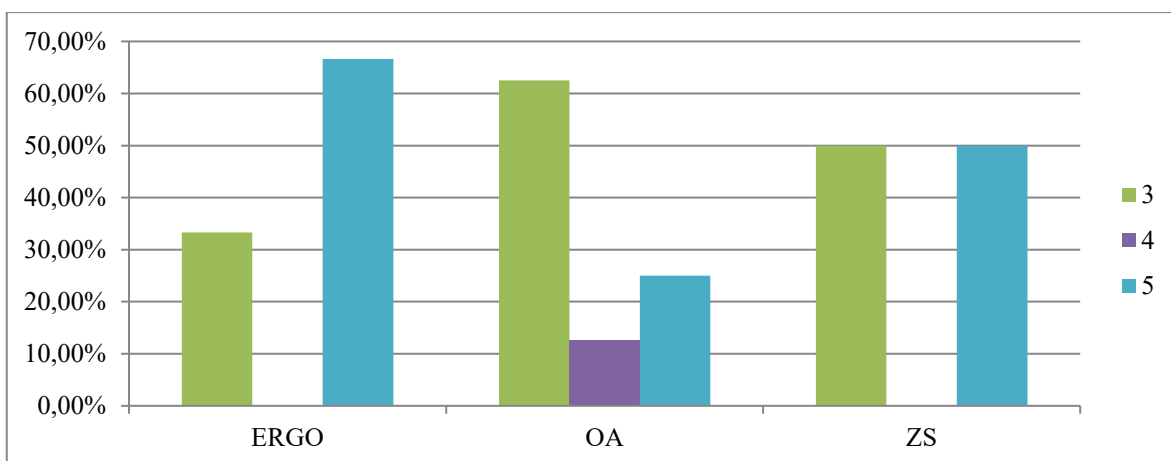


Graf č. 10: Vizualizace zátěže klientem neartikulovaná bolest

Nejvyšší zátěž spojenou s manipulativním jednáním klientů vyjadřují především ERGO – 67 % a ZS – 50 %, OA tuto oblast hodnotí jako nejvyšší ve 25 %, jako druhou nejvyšší pak 12,5 % OA (graf č. 11).

profese	3	4	5	celkový součet
ERGO	33,33 %	0,00 %	66,67 %	100,00 %
OA	62,50 %	12,50 %	25,00 %	100,00 %
ZS	50,00 %	0,00 %	50,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>53,85 %</b>	<b>7,69 %</b>	<b>38,46 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 11: Psychická manipulace ze strany klienta, vyjádřeno v %



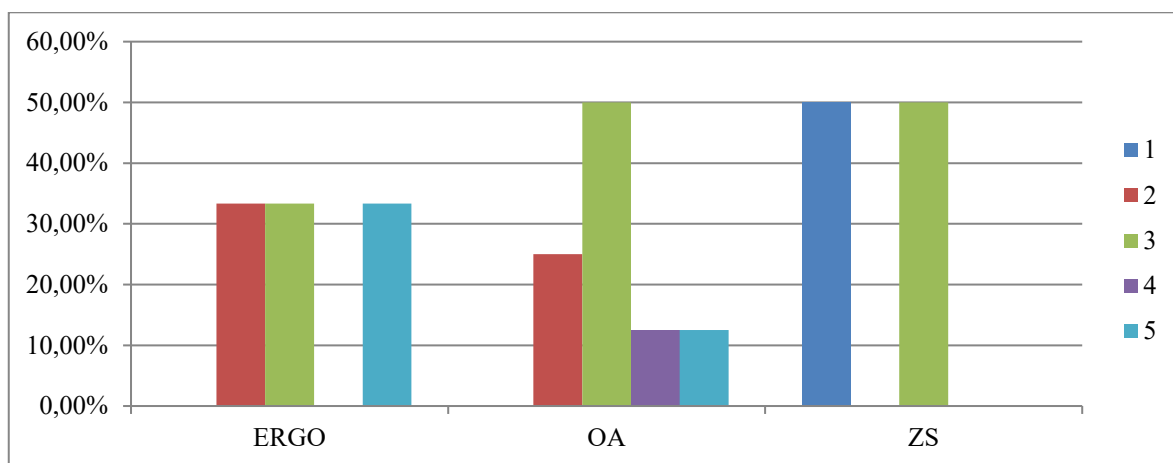
Graf č. 11: Vizualizace zátěže psychická manipulace ze strany klienta

Odmítání pomoci klientem, hodnotí jako vysokou zátěž ERGO – 33 %, OA jako druhou nejvyšší a nejvyšší zátěž shodně v poměru 12,5 % (graf č. 12).



profese	1	2	3	4	5	celkový součet
ERGO	0,00 %	33,33 %	33,33 %	0,00 %	33,33 %	100,00 %
OA	0,00 %	25,00 %	50,00 %	12,50 %	12,50 %	100,00 %
ZS	50,00 %	0,00 %	50,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>7,69 %</b>	<b>23,08 %</b>	<b>46,15 %</b>	<b>7,69 %</b>	<b>15,38 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 12: Odmítání pomoci ze strany klienta vyjádřeno v %

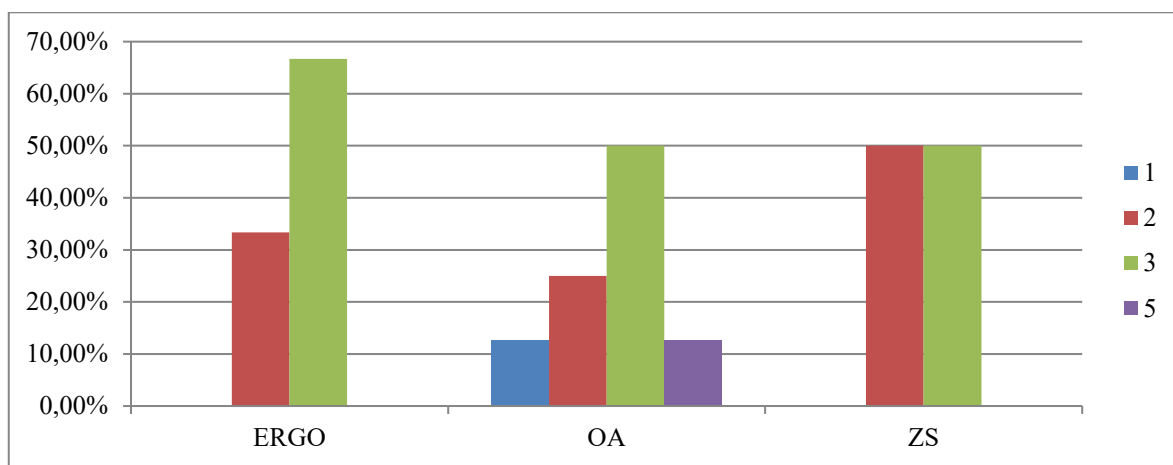


Graf č. 12: Vizualizace zátěže odmítání pomoci ze strany klienta

Vliv projevů syndromu demence se v hodnocení respondentů pohybuje na středním stupni, nejvyšší hodnocení této oblasti dalo 12,5 % OA.

profese	1	2	3	5	celkový součet
ERGO	0,00 %	33,33 %	66,67 %	0,00 %	100,00 %
OA	12,50 %	25,00 %	50,00 %	12,50 %	100,00 %
ZS	0,00 %	50,00 %	50,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>7,69 %</b>	<b>30,77 %</b>	<b>53,85 %</b>	<b>7,69 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 13: Vliv projevů syndromu demence u klienta na pracovní zátěž v %

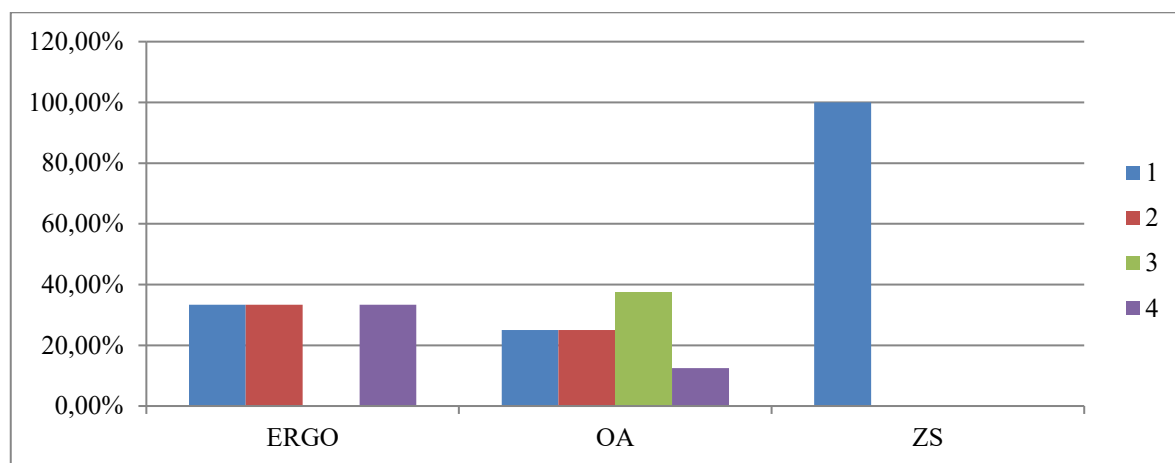


Graf č. 13: Vizualizace vlivu projevů syndromu demence u klienta n pracovní zátěž

Zhoršený zrak či sluch klienta hodnotí druhým nejvyšším stupněm ERGO – 33 % a OA ve 12,5 %.

profese	1	2	3	4	celkový součet
ERGO	33,33 %	33,33 %	0,00 %	33,33 %	100,00 %
OA	25,00 %	25,00 %	37,50 %	12,50 %	100,00 %
ZS	100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>38,46 %</b>	<b>23,08 %</b>	<b>23,08 %</b>	<b>15,38 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 14: Vliv zhoršeného zraku či sluchu klienta na pracovní zátěž v %

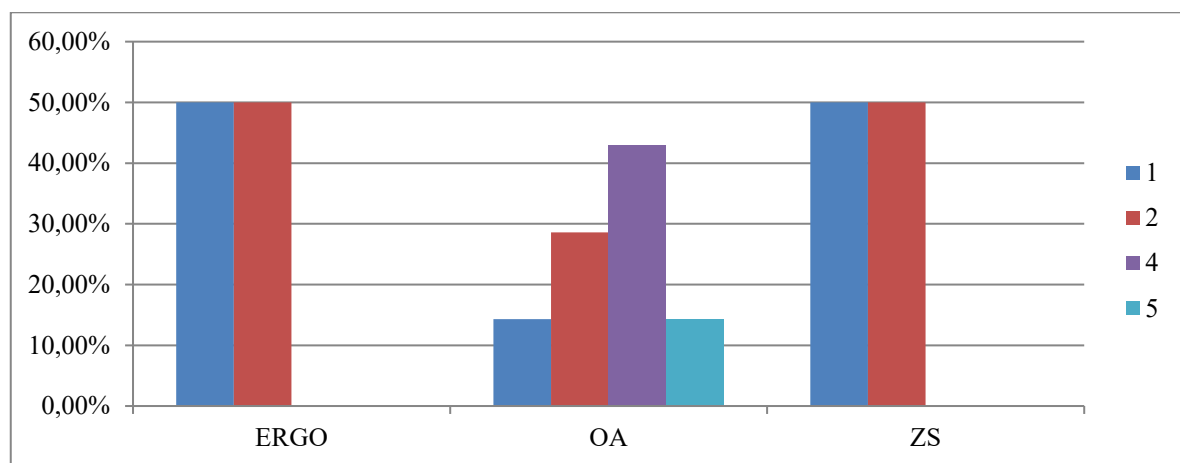


Graf č. 14: Vizualizace vlivu zhoršeného zraku či sluchu klienta na pracovní zátěž.

Fyzická náročnost práce přináší zátěž ve stupni 4 profesní skupině OA ve 43 % a nejvyšší zátěž 15 % OA (graf č. 15).

profese	1	2	4	5	celkový součet
ERGO	50,00 %	50,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
OA	14,29 %	28,57 %	42,86 %	14,29 %	100,00 %
ZS	50,00 %	50,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
<b>celkový součet</b>	<b>27,27 %</b>	<b>36,36 %</b>	<b>27,27 %</b>	<b>9,09 %</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 15: Vliv fyzická náročnost na pracovní zátěž v %

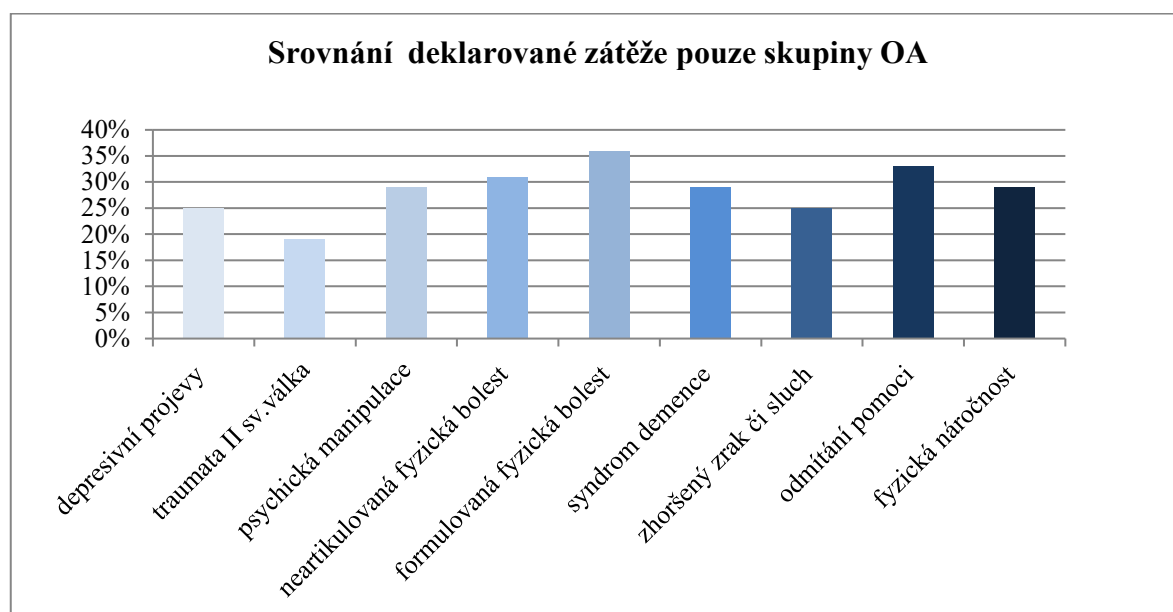


Graf č. 15: Vizualizace vlivu fyzická náročnosti na pracovní zátěž

Poslední tabulka č. 16 a graf č. 16 směřují k následující, kvalitativní části výzkumu. Ukazují porovnání, které oblasti zátěže jsou pouze osobními asistentkami hodnoceny jako nevyšší. Ve srovnání jsem pracovala opět s maximálním počtem možných dosažených bodů, kdyby každá z otázek byla hodnocena číslem 5. K této hodnotě procentuelně vztahují hodnocení jednotlivých oblastí.

profese	depresivní projevy	traumata II sv. válka	psychická manipulace	neartikulovaná fyzická bolest	formulovaná fyzická bolest	syndrom demence	zhoršený zrak či sluch	odmítání pomoci	fyzická náročnost
OA	25 %	19 %	29 %	31 %	36 %	29 %	25 %	33 %	29 %

Tab. č. 16: Srovnání deklarované zátěže profese osobní asistentky v procentech



Graf č. 16: Vizualizace srovnání zátěží v případě profese osobní asistentka

Ze srovnání vyplývá, že v hloubkových rozhovorech s osobními asistentkami budu dávat do souvislosti zátěž plynoucí z poskytování péče osobám se syndromem demence s dalšími typy nejfrekventovanějších okruhů. Klient se syndromem demence například může mít problém formulovat prožívání vlastní fyzické bolesti nebo naopak může formulovat něco, co neodpovídá realitě. Klient se syndromem demence může odmítat pomoc a také se tak často v reálné situaci děje. Zátěže se tedy mohou sčítat a prolínat – je to dáno právě složitostí a propletením všech typů zátěže v jedné konkrétní situaci u klienta, který trpí syndromem demence.

## 6.10 Metody analýzy – kvalitativní část výzkumu

Výzkumná otázka: Jaká specifická zátěž pro pracovníky v přímé péči plyne z poskytování osobní asistence klientům se syndromem demence v jejich domácím prostředí?

### 6.10.1 Výzkumný vzorek

Součástí kvantitativního dotazníku byla otázka, zda by byli respondenti ochotni účastnit se také další fáze výzkumu, a poskytnout rozhovor k tématu pracovní zátěže. Jen velmi málo z nich vyjádřilo ochotu. Proto jsem hned na počátku této části výzkumu stála před otázkou, jak a koho oslovit. Pečlivě jsem zvažovala, jak zajistit, aby souhlas s rozhovorem nebyl nepřímou vynucen naší vzájemnou hierarchickou pracovní pozicí. Nemůžu vyloučit, že jejich souhlas s poskytnutím rozhovoru tím do určité míry ovlivněn byl. Při rozhovorech jsem však neměla pocit, že to mělo velký vliv na míru otevřenosti respondentů. Oslovila jsem s dotazem pro poskytnutí rozhovoru postupně všechny pracovnice v přímé péči, tedy všech 14 osob, souhlas jsem dostala od 13 z nich. Postupně jsem pak realizovala rozhovory až do chvíle, kdy se začaly odpovědi více opakovat a zdálo se, že data jsou již nasycená. U osmé respondentky jsem s rozhovory skončila. Cíleně jsem nejdříve k rozhovoru pozvala 5 respondentek, které jsou si povahově a pracovním co nejodlišnější. Výhodou v tomto směru pro mě bylo, že všechny pracovnice velmi dobře znám, a proto jsem se rozhodla přistoupit k tomuto kroku a provést na začátku tento vědomý výběr. Při oslovení jsem zdůraznila dobrovolnost, důvod, proč rozhovory budeme dělat, a popsala jsem téma, o kterém budeme mluvit. Respondenty jsem odlišila pouze délkou praxe a zkušeností s prací v pobytové službě. Pro přehlednost uvádím v tabulce též hodnocení, které každá z respondentek dala náročnosti služby u klienta s demencí.

respondent	praxe	zkušenost s prací v pobytové službě	hodnocení náročnosti služby u klienta s demencí na škále
A	15 let	ANO	3–4
B	2 roky	NE	4
C	14 let	NE	3
D	10 let	NE	2–3
E	13 let	ANO	2
F	14 let	ANO	2
G	9 let	ANO	2–3
H	14 let	ANO	5

### 6.10.2 Sběr dat

Rozhovory jsem realizovala v prostorách organizace, ve které pracuji. Odehrály se v průběhu prvního čtvrtletí roku 2021, v době, která byla poznamenána nouzovým stavem

a vládními opatřeními v souvislosti s pandemií covid-19. Rozhovory jsem se souhlasem respondentů nahrávala na diktafon, následně přepsala a podrobila analýze dat. Na začátku rozhovoru jsem přiblížila smysl výzkumu a jeho cíl. Měla jsem připravenou baterii otázek, kterých jsem se však držela jen volně. Volila jsem neformální způsob s ohledem na to, že naše běžná pracovní komunikace probíhá také neformálním způsobem a mým cílem bylo vyhnout se nepřirozené poloze komunikace, která by mohla ovlivnit ochotu respondentů ke sdílení. Pozorně jsem v rozhovorech hlídala, aby byly zodpovězeny všechny okruhy, které vyšly z kvantitativní části výzkumu. Délka trvání rozhovorů byla ve všech případech v rozmezí 40 až 50 minut. Po každém z rozhovorů jsem si udělala poznámky k provázání témat tak, abych zachytila dojem a jednotlivé detaily z rozhovoru, což jsem později využila v průběhu analýzy. Rozhovory nad pracovní zátěží s pracovníky v přímé péči přinesly kromě dat ještě jeden významný efekt, který zde uvádím, protože souvisí se zátěží a podporou, kterou pracovníci můžou vnímat. Nouzový stav ochromil týmový život organizace. Setkání tváří v tvář, v hlubokém rozhovoru nad tím, jakou prožívá pracovník zátěž, přineslo významně pozitivní efekt pro vzájemnou spolupráci. Ze strany pracovníků je nyní znát mnohem větší důvěra v to, že jejich starosti jsou brány v potaz.

Připravené okruhy pro rozhovor, včetně konkrétních otázek, byly:

#### ***Úvodní část:***

- Jak dlouho pracujete na pozici pracovníka v přímé péči v terénní službě?
- Máte zkušenost s prací též v pobytové službě pro seniory?
- Dokázala byste popsat, co je na terénní práci lehké a co je těžké?
- Budeme mluvit o náročnosti služby. Dokázala byste za sebe popsat, jaká služba je náročná?
- Budeme mluvit o syndromu demence, zkusila byste, prosím, svými slovy popsat, co je pro vás demence?

#### ***Obecně o službě:***

- Co bývá obsahem takové typické služby u klienta, kterou byste hodnotila jako jednu z těch lehčích.
- Dokázala byste popsat své rozpoložení, když odcházíte z té „lehčí“ služby?
- Co bývá obsahem takové typické služby u klienta, kde není přítomna demence, kterou byste hodnotila jako z těch náročnějších?
- Dokázala byste pojmenovat, co je to, co dělá službu náročnou?

***O zátěži (bude popisována náročnost):***

- Jak rozumíte termínu psychická manipulace?
- Dokázala byste popsat, co se ve vás děje, když jste u toho, když klient prožívá fyzickou bolest?
- Dokázala byste popsat, co se ve vás děje, když klient odmítá vaši pomoc?
- Dokázala byste popsat okolnosti, které jsou v souhrnu těžké, když poskytujete dohled u klienta se syndromem demence?

***O demenci:***

- Dokázala byste popsat své pocity, když se dozvíte, že do služeb byl přijat klient s demencí a vy jdete poprvé z týmu na takovou službu?
- Jaké informace potřebujete mít, abyste na službu šla „dobře vybavená“?
- Co z toho, co popisujete, má přímý dopad na náročnost služby u klienta s demencí?
- V čem je to, co popisujete jiné než zátěž, kterou prožíváte u klienta bez demence?
- Jak byste zhodnotila službu u klienta s demencí od střední fáze (agitovanost, apatie, cyklení v tématu) výš s ohledem na náročnost? Na škále 1–5.
- Když bychom teď vzaly body z otázky týkající se náročnosti služby u klienta bez demence, zkusila byste, prosím, srovnat, jestli se tyto body také týkají služby u klienta s demencí?
- Vidíte teď nějaké momenty, které se v souvislosti s náročností služby u klienta týkají jen služeb pro osoby s demencí? Jaké to jsou?

***Co pomáhá:***

- Když bychom se podívaly na body z předchozí otázky, co je to, co vám pomáhá ten náročný moment či situaci zvládnout?
- Dokázala byste popsat něco, co vám překáží v tom náročné situace u klienta zvládat?
- Dokázala byste vidět, co by mohlo pomáhat, ale chybí to?

**6.10.3 Třídění dat**

Pro analýzu dat získaných z rozhovorů s respondenty jsem zvolila postup zakotvené teorie, a to právě proto, že nejvíce odpovídá tomu, kam jsem se chtěla výzkumem dostat – tedy k vytvoření nové znalosti v konkrétní oblasti pracovní zátěže v jedné organizaci. Zakotvenou teorii jsem volila také z toho důvodu, že způsob třídění dat umožňuje větší



odstup od kontextu, ve kterém je rozhovor realizován. Vnímala jsem tento rozměr jako důležitý právě s ohledem na moji nadřazenou hierarchickou pracovní pozici vůči respondentům. Tento analytický přístup umožní najít to, co je schováno v toku řeči a není vysloveno třeba zcela otevřeně. Ze všech analytických kroků, které zakotvená teorie používá, jsem využila kódování a následné sdružení kódů do kategorií. Analýza dat s využitím metody zakotvené teorie pobíhá ve třech základních krocích, kterými jsou:

### ***Otevřené kódování***

Proces rozebírání, prozkoumávání, porovnáváním konceptualizace a kategorizace údajů (STRAUSS, CORBINOVÁ, 1999, str. 42).

### ***Axiální kódování***

Uspořádání údajů novým způsobem skrze vytváření spojení mezi kategoriemi (STRAUSS, CORBINOVÁ, 1999, str. 70).

### ***Selektivní kódování***

Proces výběru centrální kategorie, která je systematicky uváděna do vztahu s ostatními kategoriemi (STRAUSS, CORBINOVÁ, 1999, str. 86).

Z rozhovorů, které jsem průběžně zapisovala a kodovala, se postupně vynořovala opakující se témata, která se skrývala pod stejnými kódy i v následujících rozhovorech. Ve chvíli, kdy jsem při analýze osmého rozhovoru již nezjistila žádný další významný akcent, který by zásadně souvisel s výzkumnou otázkou, ukončila jsem sběr dat a přešla k jejich třídění. Kódy jsem začala postupně sdružovat do kategorií tak, abych dokázala najít stěžejní sdělení. Hledala jsem souvislosti, které dají ukázat co je to specifické, co hledám, a zda tam něco takového skutečně je.

S pomocí kódů jsem vytvořila následující čtyři kategorie:

***kategorie I. – terénní práce***

Vnímání terénní práce a okolností, které plynou z péče v domácnostech klientů.

<b>kód</b>	<b>dimenzionalizace</b>	
co musím u klienta bez demence	držet hranice	plnit zcela přání klienta
služba	lehká	těžká
okolnosti terénní práce	svoboda	jsem na problémy sama
těžké na terénní práci	vnější	vnitřní
prostředí	čisté	nestandardní

***kategorie II. – strategie zvládnutí***

Nástroje, které pracovníci pojmenovávají jako významné činitele ve způsobu zvládnutí služby.

<b>kód</b>	<b>dimenzionalizace</b>	
vnitřní zdroje	v minulosti (zkušenost)	v budoucnosti (zvědavost)
vnější zdroje	pomáhá	překáží

***kategorie III. – klient***

Klient a pracovník v profesionálním vztahu a okruhy proměnných, které varíují a mají svůj význam na prožívání služby.

<b>kód</b>	<b>dimenzionalizace</b>	
spolupráce	ano	ne
vzájemný respekt	vysoký	nízký

***kategorie IV. – demence***

Specifické okruhy, které respondenti zmiňovali v souvislosti se syndromem demence.

<b>kód</b>	<b>dimenzionalizace</b>	
verbální komunikace s klientem	neustále mluví	nelze se domluvit
chování klienta	přirozené	mimo normu
kdo určuje aktivity	já	klient
rodina	vše kontroluje	nezajímá se
jak projevuje vůli	neví	ví, neumí říct, že ví
dohled	on nechce	já musím
vnitřní nastavení	hledám cestu	marnost

## 6.10.4 Interpretace získaných dat

### *Terénní práce*

Vnímaní povinností, které s sebou pro respondenty nese práce v terénní službě, se pohybuje v rozmezí úplného respektu k jakémukoliv přání klienta a na druhé straně ve striktním držení se pravidel a hranic, které služba má. Z výpovědí je znát určité napětí ve vnímání potřeb klientů ve vztahu k pravidlům služby. Pracovníci sice hovoří o hranicích a pravidlech jako o něčem prospěšném, na druhou stranu je znát velké pochopení pro individuální potřeby klienta. Dostávají se pak do vnitřního rozporu – snaha udržet hranice a mít s klientem hezký, neodmítavý vztah.

*„Někteří klienti jsou opravdu takoví...vehementní v tom, co chtějí, nebo jak se chovají nebo co od nás očekávají.“*

*„...snaží se vyrábět problémy a...jako by já se snažím, aby všichni byli obstaraní jak mají a někteří si hned na začátku třeba myslí, že to neděláme pro jejich dobro, všechno.“*

*„No, vlastně je náročná ta reakce toho klienta, když není něco podle jeho očekávání, že ten klient je prostě nepříjemnej.“*

*„Když nesmíš vybočit, že se musíš řídit přesně tím postupem, jaký klient chce a když ho nesplníš, tak je nepříjemnej.“*

*„...že vím třeba, že nějakou věc třeba nemám dělat a ten klient to vyžaduje a já doopravdy musím pracovat na tom, jak mu to mám vlastně říct, aby ten člověk to vzal...“*

Služba u klienta se v hodnocení respondentů pohybuje opravdu v širokém rozmezí od nenáročné až po velmi náročnou. Lehčí služby bývají dle vyjádření respondentů takové, které mají zcela konkrétní obsah a jsou spíše manuální – jako společný nákup nebo procházka s klientem:

*„Jasný, procházka s klientem, to je úplně nejlepší. Ale jako se všema jsou ty procházky a taky nákupy lehký, takový.“*

*„Když je tam jasně strukturovaný cíl, tak to mám nejradši...jo třeba i když se mu na procházku nechce, tak většinou se mi daří, že jdem ven...“*

*„Když je tam práce...když prostě já tam přijdu a vím, co teď budeme dělat.“*

Samotná náročnost služby ve výpovědích již pak více variuje, obecně se dá říct, že jako náročnější hodnotí respondenti služby, kde vstupují do hry jejich vlastní emoce a klient nějakým svým projevem nebo potřebou konfrontuje jejich vnitřní hranice a integritu.

*„No, samozřejmě je to paliativní péče, ale je to ono...to není tak, jako že, dejme tomu, že musím v přímém kontaktu s člověkem vyměňovat plenkové kalhotky nebo tak, je to to vědomí, že je na konci života a že mu nemůžu nijak výrazně pomoci.“*

*„...chce pořád rozhodovat a už na to nemá, jako mentálně, a ty mu prostě nemůžeš říct, vy tomu nerozumíte, tak tady to. Jako uhlídat, aby si toho klienta nenaštvala nebo přímo proti sobě nepopudila.“*

*„...když neustále vyžadují pozornost, anebo když se lidi dusej, to mi hodně vadí. Když jakoby můžu způsobit jejich smrt, tak já jako nejsem zdravotník, já jsem vyloženě jen člověk, co se stará o lidi...“*

*„Oni tě vyloženě uvádějí do situace, ve kterých vědí, že se budeš cítit nepříjemně a dělají to poměrně jako naschvál.“*

Respondenti popisují, že významný motivační moment pro práci v terénní službě má prožitek svobody, volnosti v rámci pracovní doby. Jedná se jednoznačně o svobodu pohybu, která je bez výjimky zmiňovaná ve všech rozhovorech.

*„Být celý den někde zavřená – třeba u jednoho klienta, každý den stejně, tak to by bylo náročný.“*

*„...že to není nějaké jako standardizované prostředí, kde nic nesmím.“*

*„...že střídáš lidi a střídáš místa, rychlejc to utíká a není stereotyp.“*

*„No, já mám ráda terén, takže to mi to vyhovuje, mám ráda chůzi.“*

A také se jedná o jistý druh svobody v rozhodování, ten však nebyl zmíněn ve všech případech.

*„Co je výborný, je ten pohyb, a že částečně jsem svojí paní, během pracovní doby.“*

*„Tady jsou taky lidi ve svém prostředí doma, takže oni se chovají úplně jako po svém a ty se na to můžeš naladit.“*

Jaké to je být na věci sám, popisuje jedna z respondentek následujícím způsobem:

*„Nemám tam zároveň takovýto zázemí, že si představuju, že vy (myšleno sociální pracovnice) byste tam byly permanentně, že jo, nebo někdo nadřízenej a takhle člověk se musí prostě... nevíš co tě čeká a člověk je tam sám, jako úplně a není zaštitěnej tou institucí.“*

Výpovědi, které pojímají téma toho významně těžkého na práci v terénní službě, akcentují vnější vlivy, kterými jsou především špatné počasí, dlouhé přejezdy mezi domácnostmi,

čekání na MHD. Ale jsou zmiňovány také vnitřní vlivy, které hovoří o něčem specificky těžkém. Výpovědi respondentů ukazují, že velký vliv na prožití služby jako těžké má vnitřní „profesní sebevědomí“. V případech, kde je znát větší nejistota ve své profesi, nabaluje se též nervozita, obavy – jak službu zvládnou a také strach hovořit s nadřízenými o tom, co jsem nezvládl.

*„Bojím se pocitu, že jsem zklamala v té službě, když něco prostě nezvládneš nějakou situací. Abych pak neměla v práci problémy.“*

*„Když právě můžou mít takovýhle ty stavy (myšleno projevy demence), a ty nevíš, co tě tam čeká, tak se musím jako duševně připravit, ale stejně nikdy nevím, jak to zvládnou.“*

Prostředí, ve kterém služba probíhá, je v podmínkách terénní služby významná okolnost.

Respondenti vypovídají:

*„Někdy je to prostředí, ve kterém lidé žijí nehygienické, a to je pro mě náročný.“*

*„...jsou i stimulační ty prostředí různá, hezká domácnosti, že jo, že to není takový to depresivní, všechno stejné a bílý...že ti naši klienti mají krásný, jako... Každý má osobní nějaký vkus a tohle, a to je hrozně krásný.“*

### **Strategie zvládnutí**

Výpovědi respondentů se pohybují mezi dvěma strategiemi, často jde o kombinaci obou z nich, jedna vychází z druhé a navzájem se posilují. Jednou z nich je prodělaná zkušenost, kdy respondenti vědí, jaký způsob se jim v práci s klienty osvědčil. Mají své portfolio přístupů, které zkoušejí uplatnit, aby služba naplnila svůj cíl. Druhou strategií je pak akcent zvědavosti, ten je zmiňován v kontextu zábavy či odměny za práci. To je velmi významné zjištění.

*„Já raději pracuji s lidmi s demencí, pro mě je to zajímavější a takový, že furt se něco děje.“*

*„Já pak zkouším, jak to udělat, aby chtěl, a to mě baví.“*

*„...že si s ním klidně najednou můžu začít zpívat a prostě čekat, že to s ním nějak...že se chytí, třeba...V tom je to strašně zajímavý, objevný, že ti to někdy může udělat obrovskou radost.“*

*„Tak určitě je tam moc důležitý pro mě nějaká intuice... já nevím, v těchhle těch situacích, kdy jsem tam poprvé nebo podruhé, tak hodně dávám na intuici, dělám věci hodně intuitivně.“*

*„Vyžaduje to ode mě využívání různých taktik, které mám vyzkoušený už od jiných klientů dříve.“*

Respondenti vypovídají o tom, že nutně potřebují informace o klientovi. Co nejdetailnější, ale ne tolik o tom, jak se klient chová, jako spíše praktické informace – na co je klient zvyklý, kde má jaké pomůcky, kde má uloženo čisté prádlo. Naopak někteří respondenti vyjadřují, že je na překážku, když jim dopředu někdo sdělí, co klient zvládne a co ne. Potřebují si každý najít svůj způsob, jak s klientem službu zorganizují. Ve výpovědích jsem také zaznamenala překážku, kterou bývá nedostatek pozornosti nadřízených vůči jejich potřebám (např. častější střídání u klienta, kde je přítomno nevhodné nebo obtěžující chování).

*„Jako jak s nim můžu zacházet, jestli se může sprchovat, takový ty klasický věci, co může jíst, kde má věci jak léky bere...“*

*„No, jestli je tam všechno pro něho (myšleno klienta) ...jestli je tam jídlo, pití, jestli mě pustí dovnitř, když jsem cizí.“*

*„Docela zajímavý je, když se člověk musí rychle zorientovat v bytě. Když mám toho člověka umejt, nemůžu přeházet byt hledáním žínky...hned na začátku, musím vědět.“*

*„Nejdřív si ho musím ořukat, tak alespoň půl hodinky, abych věděla, jak je na tom, pak už vlastně víš. Takhle podle popisu nevíš vlastně nic.“*

*„Ono by to totiž jen chtělo víc poslouchat, co říkáme a jakoby dát na to.“*

*„Říct to svému nadřízenému, že je důležitý nás střídat, aby člověk pak nebouchnul.“*

### **Klient**

Spolupráce klienta je ve výpovědích respondentů zmiňována často jako další významný motivační prvek. Pokud klient na službě participuje a spolupracuje při činnostech, tak respondenti uvádějí, že jsou spokojeni a vyjadřují pocit, že služba má smysl. Tam, kde je spolupráce více komplikovaná, popisují respondenti, že jim přijde, že je taková služba zbytečná – jakoby klientem nevyžádaná.

*„...a úplně je asi jedno co tam děláš, lehčí je to tím, že s tím klientem je to jakoby v pohodě a můžeš dělat cokoliv a prostě jsi s ním zadobře a necítíš žádný tlak.“*

*„...jo, třeba i když se mu nechce ven tak většinou se mi daří, že jdeme, že ho přesvědčím, že je to důležitý a že se jako nechá, a pak je vlastně spokojenej a já taky.“*

*„Tak mně se třeba dělá těžko s někým, kdo jakoby špatně spolupracuje, jako naschvál nebo to...“*

Velké téma je dle výpovědí také vzájemný respekt. Téměř ve všech případech byla v průběhu rozhovoru zmínka o nedostatku respektu vůči jejich profesi ze strany rodiny nebo samotného klienta. V této souvislosti také používali respondenti zcela zřetelně nejvíce emočně zatížená slova. Zároveň je zřejmé, že je to akcent, který má velký potenciál, pro zvýšení vnitřního profesního sebevědomí respondentů.

*„Nutěj mě věci, který já nechci a řeknu jim, že nechci a oni to vůbec nerespektujou.“*

*„Když on mě vlastně omezuje úplně... jako že jde přes ty hranice mých potřeb.“*

*„Když si rodina nestěžuje a je za naši pomoc ráda, a tam je i jako ale když se ke mně chovají jako ke člověku, profesionálovi, to mi hodně pomáhá.“*

*„Oříšek byl opravdu paní F., víš co, tam to zase ale trošku zjemňovala, ale dcera. Ona nikdy si dcera na nic neztěžovala, naopak. A tam je i to, ona se tě ráno zeptala: dáte si kávu? To jsou takový momenty...jsou klienti kde jsi tři hodiny a nenabídnou ti ani kohoutkovou vodu. To jsou takový prostě, důležitý...myslím z našeho pohledu, no...“*

### **Demence**

U klienta se syndromem demence má způsob komunikace svá specifika. Velmi zajímavý je moment rozporu mezi často nekonečným tokem řeči, který však nepomáhá v tom, aby se s asistentkou domluvili. Na vnějšího pozorovatele to může působit jako snaha klienta dostat kvantitou do obsahu kvalitu, což se však nedaří, jak je zřejmé z výpovědí respondentů.

*„Když neustále mluví a vyžaduje odpovědi, když točí pořád 5 otázek dokolečka a pak zapomene, že se ptala a opakuje po stopadesátý.“*

*„Tím, že prostě, už se s ním nedá hlavně komunikovat nějak racionálně a logicky a už na něj neplatí nějaký takový běžný věci, co fungují mezi lidmi a i nonverbálně, že prostě jako interakce společenský, tak oni už to jako vůbec nedělají.“*

*„Když se vyjadřuju úplně jasně a zřetelně a ten člověk nechápe. A já vim, proč nechápe, samozřejmě.“*

Vnímání norem ve společenských interakcích se pohybuje ve výpovědích respondentů v rozmezí dvou krajností. Na jedné straně společenské normy jako zvnitřněné standardy, do kterých se klient se syndromem demence svými projevy nevejde, nebo naopak relativizace norem a tím legitimovat chování klienta.

*„Pro mě to není úplně vybočení z norem, chovaj se podle mě tak přirozeně, tak jako malý děti, zvířátka, nebo tak...a to zas není něco tak úplně strašnýho. Pokud teda si nejsou nebezpečný, že někde něco podpalujou nebo tak...ale jinak co říkaj nebo co dělaj není úplně jako blbě, pro mě.“*

*„...že musím k tomu klientovi a musím to, že mě třeba minule zranil, vyhodit z hlavy, jak se ke mně choval.“*

*„...že prostě už ztratil takový ty návyky, jako společenský... nebo takový nebo co se jakoby dělat, co děláme automaticky, že tohle prostě už nedělá.“*

*„...že třeba řeknou věci, který by, jsou třeba jak to cítí, že jo nějak... že řeknou věci někdy i tvrdě, že si to neuvědomují, že třeba ublíží.“*

Kdo je tím, kdo řídí obsah služby? Výpovědi v tomto ohledu jsem si všímala v tomto kódu. Velice zajímavý je totiž právě veliký rozdíl, který výpovědi zachycují. U klienta, který je schopen věci si řídit, jsou respondenti spíše v pozici toho, kdo je instruován o tom, jaké činnosti se budou dít. Naopak u klienta, kde jsou kognitivní funkce zhoršené, je třeba, aby respondenti dokázali převzít řídicí roli. Musejí umět velice pečlivě odhadnout, do jaké míry mohou být direktivní a v jakých oblastech je třeba respektovat kompetenci klienta nadále si řídit aktivity po svém.

*„Mám velkej respekt k hranicím klienta a u člověka, kterej už má demenci nebo nějakej psychickéj problém...tak u toho vím, že už musím vést já, některý jeho hranice že musím trošku posunout.“*

*„Je nepříjemný nutit člověka, kterej něco hrozně nechce, ale člověk ví, že to potřebuje...je těžký nutit ho.“*

*„Když nechteš, prostě se zatnou, nehneš s nima, ani s procházkou, ani se čtením.“*

*„Každá demence je jiná, jo, že vlastně můžeš tam sedět a můžeš něco navrhovat...s někým to prostě jde, s někým to nejde vůbec, jo ale nevim.“*

Klient se syndromem demence v domácím prostředí je téměř pokaždé v síti rodinných vztahů. Respondenti, jak do rodin přicházejí, zažívají jistý typ konfrontace s tím, jak se příbuzní nemocného k péči staví. Výpovědi dávají nahlédnout do různosti pohledů. Někteří příbuzní jako by neviděli postupující nemoc, což je v péči na překážku. Někteří naopak vidí situaci horší, než jak jí vnímají respondenti, a to také vytváří tlak.

*„Když do toho rodina zasahuje, i když v dobrým, tak ani z našeho pohledu to nemusí být dobrý. Já se taky snažím, aby mě ty rodiny pak neovlivňovaly ve vztahu k tomu klientovi.“*



*„Vstupují do toho rodinní příslušníci, kteří třeba ani nevidí, že třeba ten klient je v tý nemoci někde dál, a oni ho furt pokládaj, jako že všemu rozumí a všechno je v pořádku, tak pak je tam vlastně taková jako třenice.“*

*„Zvlášť ty rodiny, ty jsou jako úplně mimo, že třeba dcera říká, že ona klientku takhle jako vidí a že je jí úplně do breku, a že vlastně nechápe, že já jsem úplně v pohodě, že to je supr, že jsme se vykouपालy, ale ona, že je z toho úplně špatná, takhle že jí nezná.“*

Téma, které úzce souvisí s právem klienta rozhodovat o péči, o jeho možnosti volit a odmítat, zmiňují respondenti v souvislosti s odpovědností respondenta jako zaměstnance. Jít proti vůli klienta bývá v některých případech právě to žádoucí plnění pracovních povinností.

*„Aby se převlíknul, že jo a nějak to fungovalo, a ne vždy se to tak podaří, teda.“*

*„Kdybych se k ní mohla chovat trochu familierněji, to by v ní možná probudilo větší spolupráci.“*

*No, snažím se něco s tím klientem vytvořit, no ale klient je v klidu a já jsem vyčerpaná...furt klienta navádím k něčemu, nebo když se mu nechce ven, tak ho přemlouvám.“*

*„Protože mi pořád přijde, že bych měla respektovat hlavně důstojnost toho druhého člověka. A já se hrozně nerada stavím do té role, že jako kontrolovat ty klienty.“*

Vnitřní nastavení respondentů se pohybuje v rozmezí snahy najít cestu, jak se s klientem domluvit, až po jakýsi vnitřní úkrok, do určité míry zřejmě též rezignaci na empatické přiblížení ke klientovi.

*„Vyžaduje to ode mě využívání různých taktik.“*

*„Jakoby, že i s takovýmhle dementním člověkem můžeš zažívat pocit radosti, když se mu otevře nějaký šuplíček.“*

*„Tenhle ten (myšleno klient s demencí) mi řekne: nechci! Ale tuším, že někde je tam něco...že má důvod...ale neumí ho říct a když se to objeví potom, proč nechce, tak...můžeme to napravit, můžeme to zlehčit, můžeme to nějak jakoby udělat tak, aby to pro něj bylo snesitelnější.“*

*„Nesmíš mít plnou pozornost, jinak tě to dostane, po dvaceti minutách nevíš ani jak se jmenuješ, máš úplně vygumováno, jako.“*

#### **6.10.5 Souhrn výsledků**

Z rozhovorů vyplývá, že poskytování péče osobám se syndromem demence pro pracovníky v přímé péči je náročné a vykazuje rysy specifčnosti. Nedá se jednoduše shrnout, že by

výpovědi všech respondentů explicitně hovořily o syndromu demence jako o něčem primárně těžkém. V několika případech dokonce hodnotili respondenti práci s těmito lidmi jako zábavnou, naplňující. Je zde však přítomen jeden důležitý akcent, který dle svého naturelu každý z respondentů pojmenovává různě. Buď jako rozměr zábavy či motivace, nebo jako moment zneklidňující. Jedná se o odpovědnost a s ní se pojící stres. U klientů se syndromem demence na pracovníky přechází praktická odpovědnost za to, co se při službě odehrává. Ve všech rozhovorech je tento rozměr zastoupen. Přestože vnitřní metodika služby velice pečlivě určuje odpovědnost v konkrétních situacích, vnitřní tlak, který zcela specificky vyplývá z nejednoznačnosti a nepředvídatelnosti služby u klienta s demencí, metodika neošetřuje. V tomto ohledu je způsob, jakým musejí osobní asistentky pracovat sami se sebou, s klientem, s časovou strukturou služby naprosto odlišný od služeb, které si klient řídí sám. Významnou okolnost v tomto směru hraje také domácí prostředí, kde je „pánem“ klient, který se bez ohledu na to, zda dokáže mít ještě náhled na vlastní situaci, nechce nechat připravit o možné rozhodovací kompetence. Od pracovníků v přímé péči je očekáváno, že budou schopni respektovat individuální přání klienta a plnit úkony na službě dle jeho představ, a současně převzít řídicí otěže a službu vést samostatně. Přičemž je na ně kladen automatický nárok, že při službě nemá docházet ke konfliktům. Klient má být spokojený, čistý, obstaraný.

V rozhovorech byla zřetelně verbalizována potřeba uznání a respektu k jejich profesi. Zaznívala také prosba o to, aby byli vyslyšeni, pokud říkají, že je něco těžké. Hovořili o tom, že jim pomáhá, když je vytvořena struktura služby a nejsou to jen oni, kdo ji mají tvořit. Jejich práci jim usnadňuje, když vědí co nejvíce konkrétních informací, aby se umenšil stres, který je automaticky přítomen na službě u klienta s demencí, protože člověk „nikdy neví, co ho tam čeká“. Vztáhnu-li tyto závěry k teoretické části práce, která se zabývá managementem, primární průnik vidím v oblasti manažerských činností a kupodivu také v oblasti leadrovství.

V rozhovorech zaznívaly zmínky o tom, že porozumět tomu, co s sebou práce respondentů nese, může jenom ten, kdo si tu práci zkusil. Získat přirozenou autoritu ve skupině lidí, kteří hovoří o tom, že jejich práce je tak specifická, že „kdo to nezažil, ten neuvěří“, je podstatné. Pokud jim má totiž vedoucí dokázat nějakým způsobem pomoci v těžkých okolnostech jejich práce, musejí se mu pracovníci svěřovat. Vedoucímu, který se netěší jejich autoritě a důvěře, neřeknou nic a udělají si to po svém – což krátkodobě může fungovat, ale z dlouhodobého hlediska to může vést k profesionálním selháním, případně syndromu vyhoření. Přirozenou autoritu bude mít v takové skupině člověk, který má

přímou zkušenost s touto prací nebo jí skutečně rozumí do té hloubky, že je schopen porozumět těžkostem, které služba přináší. Případně člověk, který umí dát najevo, že si jejich práce opravdu váží.

Vedoucí, který se těší důvěře svých podřízených a je pro ně autoritou, pak s využitím manažerských činností dokáže dát týmu takovou podporu, kterou potřebuje. Bude pracovat s motivací, kontrolou a zpětnou vazbou. Pomocí celoživotního vzdělávání zaměstnanců podpoří jejich teoretické znalosti o nemoci. Všechny manažerské činnosti jsou v řízení organizace funkční a pomáhají. Po analýze rozhovorů se mi však v podmínkách terénní sociální služby jeví jako obdobně důležitá důvěra pracovníků sdělovat své potíže a nebát se přiznat své nedostatky při poskytování služby vedoucímu pracovníkovi. Pracovníci nemusí být vždy schopni takové hloubky sebereflexe, umožňující jim uvědomit si konkrétní nedostatek. Vedoucí pracovník by měl být schopen prostřednictvím hodnocení pracovního výkonu pomáhat svým podřízeným odhalovat oblasti, ve kterých mají prostor pro vlastní rozvoj a zlepšení. Využití supervize je pak vhodné doplnění rozvoje pracovníků, pokud je dobře využít její potenciál učit profesionální pečovatele sebereflexi v pracovním kontextu. Kvalita poskytnuté profesionální péče klientovi se syndromem demence závisí (paradoxně) především na tom, jak péči provede konkrétní pracovník v sociálních službách. Jen on ví, kde situaci neuhlídal, kde podlehl svému rozladění, kde nedokázal být dostatečně trpělivý, nebo kde při službě ulevil své pozornosti. Jen on ví, kde již nedokázal ke klientovi přistupovat individuálně, s respektem k jeho důstojnosti. Klient to neřekne. Neznám legální kontrolní mechanismus, který by v domácím prostředí dokázal práci osobních asistentek ve výše zmiňovaných rozměrech ohlídat. Podporovat a iniciovat ochotu ke sdílení ze strany pracovníků, je důležitý rozměr práce vedoucího terénní sociální služby.

Co se týká stylu vedení lidí, ve výpovědích respondentů jsem zaznamenala významně často volání po respektu k jejich profesi, po tom, aby byly vyslyšeny jejich potřeby, když je říkají. Napovídá to tomu, že způsob vedení by bylo v tomto případě vhodné přiblížit k demokratickému stylu, který zve podřízené ke spolupráci, zajímá se o jejich názory. V teoretické části práce zmiňuji, jak je důležité, aby byl vedoucí schopen pružně měnit styl řízení, dle charakteru situací, ve kterých má činit rozhodnutí. Vedoucí pracovník v této službě sice potřebuje důvěru svých podřízených, aby se dověděl, co se na službách děje, je ale nezbytné, aby byl schopen zakročit také autoritativně. V situacích, kde došlo k závažným odchylkám od pravidel či v situacích, ve kterých pracovník postupoval nepřijatelným způsobem, je úkolem vedoucího srozumitelně vyjádřit, jaké pracovní jednání není v souladu s cíli organizace. Vedoucí pracovník musí být schopen

vybalancovat toto jemné rozhraní tak, aby přílišná autoritativnost nepotlačila rozměr důvěry a partnerské spolupráce mezi ním a pracovníky v přímé péči.

#### **6.10.6 Doporučení vyplývající z výsledků výzkumu**

V jádru specifické zátěže, která plyne z poskytování služeb u klienta s demencí, stojí nepředvídatelnost. U člověka, který vstupuje do prostoru, kde přesně neví, co ho čeká a jak se má na situaci připravit, poté narůstá stres. To jsou dva stěžejní momenty závěru výzkumu. Nepředvídatelnost, která vychází z nekončícího spektra možných způsobů chování klienta se syndromem demence, na které mají být pracovníci schopni profesionálně reagovat. Moment nepředvídatelnosti je v případě péče o klienta se syndromem demence fakt, který těžko dokážeme ošetřit. Dá se však pracovat s mírou stresu, tak aby pracovník nebyl vystaven takové zátěži, se kterou si již neporadí. Návod na řešení dávají sami respondenti. Pokud bych je volně interpretovala:

- Zkracujte časové úseky, po které jsme vystaveni situaci, která je nekontrolovatelná, a my balancujeme odpovědnost za službu mezi sebou a klientem.
- Střídejte nás u takového klienta, dejte nám prostor pro regeneraci po takové službě.
- Pracujte při plánování našich služeb vědomě s tím, aby se střídaly ty jednoduché, předvídatelné a strukturované služby s takovými, kde struktura chybí.
- Dávejte váhu našim slovům, když říkáme, že je toho na nás moc.
- Pomozte nám tím, že dostaneme co nejvíce konkrétních informací, když jdeme do služby plné nejistoty.
- Doptejte se příbuzných klienta na jeho minulost, koníčky, ať máme témata, o kterých víme, že klienta budou zajímat a „chytí se“.
- Přiznejte nahlas, že naše práce je těžká a buďte tu pro nás na telefonu jako podpora z kanceláře, když jí v terénu potřebujeme, abychom s vámi mohli sdílet odpovědnost za probíhající službu, když si nevíme rady.

## 7 Závěr

V úvodu své práce jsem popsala důvody, které mě vedly ke zvolení specifického tématu demence v terénní službě a proč jsem práci poskládala ze tří společně provázaných okruhů. Prvním je syndrom demence jako tajemství a nepochopitelná nemoc, měnící osobnost člověka. Následuje oddíl o manažerské práci v podmínkách sociální služby. Poslední okruh se zabývá propojením teoretických témat a zkoumáním dopadu práce s lidmi se syndromem demence na pracovníky, kteří jim přímou péči poskytují.

V měsících, ve kterých jsem studovala odbornou literaturu k tématu a pročítala si výpovědi pracovníků v přímé péči, se tato témata přirozeně promítala do mé profesní práce. Díky širokému teoretickému pozadí, které jsem postupně vytvářela, se nabytá znalost projevila ve způsobu, jakým řídím tým. Propojení pozice vedoucího v sociální službě s manažerskou prací a teorií řízení, mi jasně ukázalo, jakou mocí disponuje vedoucí pracovník a kolik odpovědnosti to s sebou nese. Díky teoretickým znalostem jsem dokázala více uplatnit především motivační a kontrolní činnosti při řízení týmu v organizaci. Inspirativní pro mě byla v tomto směru také kapitola o komunikaci a slepých cestách, které při komunikaci nevedou k domluvě. Oddíl, ve kterém jsem se dotknula etických dilemat, mi pomohl uvědomit si širší souvislosti, které s sebou práce vedoucího pracovníka nese. Například, jak významné je zvážit etický rozměr při rozhodování v nejednoznačných situacích. A jak důležité je v takových chvílích také nerozhodovat osamoceně, ale přizvat k němu, pokud možno ty, kterých se rozhodnutí dotkne.

Při komunikaci s neformálními pečujícími jsem zúročila značnou teoretickou znalost o syndromu demence, kterou jsem si vytvořila studiem odborných publikací. Praktická zkušenost s obvyklými projevy nemoci obohacená o znalost vědeckých faktů mi nyní dává velkou jistotu v jednání s pečujícími osobami. Nemohu v poradenství nahradit lékaře a odbornou diagnostiku, nicméně jsem nyní připravena zjednodušeně vysvětlit, proč je chování nemocného nezvyklé, popsat další možný průběh nemoci a připravit varianty dobré péče. Jsem schopna argumentace v odborné terminologii, což je důležité pro navázání důvěry ze strany pečujících.

Obohacující pro mě bylo popsání rozvoje syndromu demence, jako důsledku poškození mozku v oddíle o nemoci. Biologické zákonitosti rozpadu buněk mi do velké míry daly nahlédnout na život v jeho jasném časovém ohraničení. Stejně jako lidský život je limitován i život buňky. Důvod, proč jeden člověk onemocní a druhý ne, mi není znám. Inspiraci mi přináší biblická kniha Job, která se ptá po smyslu lidského utrpení a klade si

otázky spjaté s konečností lidského života.<sup>18</sup> Otázky po smyslu však nebyly předmětem mé práce, i když mám pocit, že na pozadí byly přítomny neustále.

V praktické části diplomové práce popisuji výzkum realizovaný v organizaci, kde pracuji. Díky této výzkumné aktivitě jsem se dokázala více přiblížit prožívání svých podřízených. Jak zmiňuji v textu diplomové práce – zájem, který jsem dala najevo nejprve dotazníkovým šetřením a pak hloubkovými rozhovory, přinesl pozitivní efekt pro vzájemnou spolupráci a důvěru mezi mnou a pracovníky v přímé péči. Pro mě samotnou je závěr výzkumu objevný. Nikdy mě nenapadlo přemýšlet o práci svých podřízených v těchto souvislostech. Balancování mezi rozdílnými typy odpovědnosti nově vnímám z perspektivy podřízených pracovníků, kteří mají většinou základní vzdělání. V jejich případě je složité, že často nedokážou pojmenovat, co je přímo tíží, zda jsou ve stresu a popsat důvody proč jsou nevrlí, nespokojení. Díky porozumění podstatě toho stresu nyní vím, jak se svých podřízených na zátěž ptát. S odkazem na kapitolu o komunikaci, mám teoretickou představu, jak se vyhnout slepým cestám, ve kterých se porozumění nedaří.

Protože jsem se dozvěděla, že zátěž přináší stres z nepředvídatelnosti, mám šanci v pozici vedoucího vytvořit systém pravidel, jak ošetřit služby u klienta s demencí. Vytvořením speciálních dotazníků pro vstup do služby pro tyto klienty, budu reagovat na potřebu po co nejkonkrétnějších informacích. Tím by mělo dojít ke snížení alespoň některých okolností podněcujících stres.

Při analýze rozhovorů jsem si uvědomila jak velké spektrum činností, chování, přístupů musí umět pracovník v přímé péči v terénní službě používat a jak je v tomto směru málo popisný, až zjednodušující název profese – pečovatelka či osobní asistentka. Ve svém okolí neznám člověka, který by si přál žít na sklonku svého života v pobytové službě. Terénní sociální služba prodlužuje možnost lidí zůstat v domácím prostředí o roky déle než bez pomoci profesionálů. Pro společnost obrovsky důležitá a společností ve stejné velké míře podhodnocená, taková je práce lidí v přímé péči v terénní službě.

---

<sup>18</sup> *Proč dopřává Bůh bédnému světlo, život těm, kdo mají v duši hořkost, kdo toužebně čekají na smrt – a ona nejde, ač ji vyhledávají víc než poklady skryté, těm, kdo radostí by jákali a veselili se, že našli hrob?* (Job 3,20–22).

## 8 Seznam literatury

### Monografie

- ADAIR, John. *Jak řídit sám sebe i druhé*. Brno: Computer Press, a.s., 2005.
- ARMSTRONG, Michael. *Management a leadership*. Praha: Grada Publishing, 2008.
- ARMSTRONG, Michael. *Řízení pracovního výkonu a v podnikové praxi*. Praha: Fragment, 2011.
- BENEŠOVÁ, Vanda. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?* Praha: Galén, 2001.
- Bible, Písmo svaté Starého a Nového zákona*, Český ekumenický překlad. Praha: Zvon, 1991.
- BUIJSSEN, Huub. *Demence*. Praha: Portál, 2006.
- ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER, Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011.
- ČECHOVÁ, Kateřina, Adéla FENDRYCH MAZANCOVÁ, Hana MARKOVÁ. *V bludišti jménem Alzheimer*. Praha: Management Press, 2019.
- DRUCKER, F. Peter. *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*. Brno: Management Press, 2002.
- HAUKE, Marcela, a kol. *Když do života vstoupí demence*. Tábor: APSS ČR, 2017.
- HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999.
- HAVRDOVÁ, Zuzana, Martin HAJNÝ. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí*. Praha: Fakulta humanitních studií, 2018.
- HOLMEROVÁ, Iva et al. *Strategie české alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2014.
- HOLMEROVÁ, Iva, Jakub HORT, Robert RUSINA, Anders WIMO, Michal ŠTEFFL. *Costs of dementia in the Czech Republic*. The European Journal of Health Economics, 2017, str. 979- 986.
- HŘEBÍČKOVÁ, Martina . *NEO osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum, 2004.

- HUEMER, Walter. 2012. *Důstojnost člověka navzdory demenci*. in V W. Huemer, Dieter Malchow, Friderika Leutheová. Mosty do zapomnění (stránky 9 -16). Stuttgart: Stiftung Gralsbotschaft, 2012.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009.
- KISVETROVÁ, Helena. *Demence a Kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, fakulta zdravotnických věd, 2020.
- LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012.
- MATOUŠEK, Oldřich, et al.. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008.
- MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011.
- OWEN, Jo. *Tři pilíře úspěšného manažera*. Praha: Grada Publishing, 2008.
- PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace*. Praha: Grada Publishing, 2010.
- PROCHÁZKA, J., Martin VACULÍK, Petr SMUTNÝ. *Psychologie efektivního leadershipu*. Praha: Grada Publishing, 2013.
- REAMER, G. Frederic. *Social Work Values and Ethics*. New York: Columbia University Press, 2006.
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál, 2011.
- SCHIRRMACHER, Thomas. *Morální odpovědnost-Tři rozměry etického rozhodování*. Praha: Návrat domů, 2016.
- STRAUSS Anselm, Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Nakladatelství Albert Boskovic, 1999.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci, manuál pro klinickou praxi*. Praha: UCB Pharma, s.r.o., 1999.



## Kapitola v monografii

TAJANOVSKÁ, A., Lenka PLICKOVÁ. 2020. „*Řízení procesů sociálních služeb*“. in Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Management a kvalita služeb, Tábor, (strana 25 – 43).

ČÁSLAVA, Pavel. 2020. „*Etika v řízení sociálních služeb*“. in Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Management a kvalita služeb, Tábor, (strana 47 – 53).

TAJANOVSKÁ, A., Martina SEDLÁKOVÁ. 2020. „*Hodnocení pracovníků*“ in Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Management a kvalita služeb, Tábor, (strana 277 – 287).

## Článek v časopise

BLAKE, Daniel, Katherine BERRY a Laura J. E. BROWN. *A systematic review of the impact of person-centred care interventions on the behaviour of staff working in dementia care*. JOURNAL OF ADVANCED NURSING [online]. 2020, 76(2), 426-444 [cit. 2020-11-01]. ISSN 03092402.

BRODA, Anja, Ansgar WÜBKER, Patrick BREMER, Gabriele MEYER, Anna RENOM GUITERAS, Dirk SAUERLAND a Astrid STEPHAN. *Versorgungsplanung für Menschen mit Demenz am Übergang von der Häuslichkeit ins Pflegeheim: der „Balance-of-Care“- Ansatz im RightTimePlaceCare-Projekt in Deutschland*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie [online]. 2019, 52(8), 751-757 [cit. 2020-11-01]. ISSN 09486704.

EMILSSON, Ulla Melin. *Recognizing But Not Acknowledging: On Using Research Information in Social Work with Elderly People Suffering from Dementia*. The British Journal of Social Work [online]. 2005, 35(8), 1393 [cit. 2020-11-01]. ISSN 00453102.

GIBSON, A., S.D. HOLMES, N.L. FIELDS a V.E. RICHARDSON. *Providing Care for Persons with Dementia in Rural Communities: Informal Caregivers' Perceptions of Supports and Services*. Journal of Gerontological Social Work [online]. 2019, 62(6), 630 - 648 [cit. 2021-5-30]. ISSN 15404048.

HOLMEROVÁ, Iva, Vladimíra DOSTÁLOVÁ. *Analýza vývoje počtu pacientů domácí zdravotní péče, hospitalizovaných pacientů a klientů pobytových zařízení sociálních*

*služeb v letech 2000-2016*. Geriatria a gerontologie [online]. 2018, 7, č.3, 99 – 105 [cit. 2021-5-30]

KODESH, Arad, Itzhak LEVAV a Stephen Z LEVINE. *Exposure to Genocide and the Risk of Dementia*. *Journal of Traumatic Stress* [online]. 2019, 32(4), 536-545 [cit. 2020-11-10]. ISSN 08949867.

RAPAPORT, Penny, Alexandra BURTON, Monica LEVERTON, et al. *“I just keep thinking that I don’t want to rely on people.” a qualitative study of how people living with dementia achieve and maintain independence at home: stakeholder perspectives*. *BMC Geriatrics* [online]. 2020, 20(1), 1-11 [cit. 2020-11-01]. ISSN 14712318.

TUCKER, S., J. HUGHES, A. BURNS a D. CHALLIS. *The balance of care: reconfiguring services for older people with mental health problems*. *Aging* [online]. 2008, 12(1), 81-91 [cit. 2021-5-30]. ISSN 13607863.

WEITZEL-POLZER, Esther. *Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege –Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland: Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie* [online]. 2002, 35(3), 190-198 [cit. 2020-11-01]. ISSN 09486704.

### **Elektronické zdroje**

Centers for Disease Control and Prevention (CDCP). *Alzheimer’s Disease and Healthy Aging* [online]. 2019. [cit. 28. 2. 2021]. Dostupné z:

<https://www.cdc.gov/aging/data/subjective-cognitive-decline-brief.html>

LIVINGSTONE, Gill, et al. *Dementia prevention, intervention and care* [online]. 2017. [cit. 21. 2 2021]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31363-6/fulltext?elsca1=etoc](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31363-6/fulltext?elsca1=etoc)

LIVINGSTONE, Gill, et al. *Dementia prevention, intervention and care* [online]. 2020. [cit. 21. 2 2021]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30367-6/fulltext?utm\\_source=hearingtracker.com](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30367-6/fulltext?utm_source=hearingtracker.com)

MENŠÍKOVÁ, Kateřina, L. Tučková, P. Kaňovský. *Atypický parkinsonismus a frontotemporální demence - klinické, patologické a genetické aspekty* [online]. In:

Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie, s. 275 -286. 2016. [cit. 25. 2. 2021].  
Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-3-2/atypicky-parkinsonizmus-a-frontotemporalni-demence-klinicke-patologicke-a-geneticke-aspekty-58247>

National institute for Health and Care Excellence (NICE). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers* [online]. 2018. [cit. 28. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations#diagnosis>

World Health Organization (WHO). *World report on Ageing and Health* [online]. 2015. [cit. 28. 2. 2021]. Dostupné z : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=CF86EEEB6B65377050E69D92E5CE0A06?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=CF86EEEB6B65377050E69D92E5CE0A06?sequence=1)

ZELENKA, Jaroslav. *Buněčná senescence* [online]. In: Vesmír. 2012/3, s.170. [cit. 28. 2. 2021]. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2012/cislo-3/bunecna-senescence.html>

## 9 Přílohy

### 9.1 Dotazník

#### **Zátěž, kterou zažívám při práci s klienty v jejich domácím prostředí**

Dobrý den, tento dotazník by měl posloužit k lepšímu zorientování se v tom, jakou zátěž si odnášíte ze služeb u klientů. Navazovat na něj budou rozhovory, ve kterých se budeme hlouběji zabývat konkrétním typem zátěže klientů se specifickými projevy. Výsledná zjištění tohoto výzkumu by měla posloužit k dobrému nastavení podpory pro Vás, abyste práci mohli dělat stále s radostí chutí a energií. Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku, je koncipován jako anonymní, budete-li své jméno chtít sdílet, prosím udělejte tak v otázce číslo 10.

#### **Úvodní část:**

1. Jak dlouho pracujete v terénní sociálně/zdravotní službě specializované na seniory?
  - a) méně než 2 roky
  - b) 2-5 let
  - c) déle
  
2. Máte zkušenost též s prací v pobytové sociální službě či nemocnici?
  - a) ano
  - b) ne
  
3. Prosím zaškrtněte, na jaké pozici v rámci organizace pracujete
  - a) osobní asistent/ka
  - b) ergoterapeut/ka
  - c) zdravotní sestra/ zdravotní bratr

#### **Náročnost práce:**

4. Považujete vaši práci za náročnou? Prosím použijte škálu (1 lehká, 5 náročná)  
1    2    3    4    5
  
5. Jsou pro Vás některé služby u klientů lehčí a jiné těžší?
  - a) ano

- b) ne
- c) nevím

6. Dalo by se říct, že prožíváte srovnatelnou zátěž u každého z klientů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste odpovídal/a NE na přechozí otázku prosím pokračujte, pokud ANO, přeskočte na otázku č. 8.

7. Prosím na škále zaškrtněte, jakou zátěž Vám daný jev činí (1 malá zátěž, 5 největší zátěž).

- a) depresivní projevy u klienta (smutné řeči, o smrti, nezájem, nechut' k aktivitě)  
1    2    3    4    5
- b) vzpomínání klienta na trauma z období II. sv. války  
1    2    3    4    5
- c) fyzická bolest klienta, kterou komunikuje nahlas  
1    2    3    4    5
- d) fyzická bolest klienta, o které nemluví, ale je na něm znát a nenechá si pomoci  
1    2    3    4    5
- e) situace, ve které máte pocit, že vás klient manipuluje k úkonu, který naše služba neposkytuje  
1    2    3    4    5
- f) pocit frustrace (nenaplnění), když klient odmítá Vaši pomoc  
1    2    3    4    5
- g) projevy syndromu demence v pokročilém stádiu (chybí krátkodobá paměť, chybí schopnost orientace v čase a prostoru, klient však stále schopen chůze, pohybu)  
1    2    3    4    5
- h) komplikace na službě, způsobené zhoršeným viděním či sluchem klienta  
1    2    3    4    5
- ch) fyzická náročnost (manipulace s kl. na lůžku, přesuny klientů z lůžka na křeslo atp.)

1 2 3 4 5

**Specifika terénní služby:**

8. Myslíte si, že je nějaká specifická zátěž, kterou přináší fakt, že pracujete v terénní službě, oproti službě pobytové?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Myslíte, že je nějaká specifická zátěž na službě u klientů se syndromem demence v pokročilém stádiu (chybí krátkodobá paměť, chybí schopnost orientace v čase a prostoru, klient však stále schopen chůze, pohybu), a s ohledem na to, že docházíte do domácností klientů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Byl/a byste ochotná poskytnout rozhovor na téma specifická zátěž u klienta s demencí a co mi pomáhá? Pokud ano, prosím připište své jméno

- a) ano.....
- b) ne

11. Měl/a byste zájem seznámit se s výsledky výzkumu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Děkuji za vyplnění dotazníku. Výsledky výzkumu budou k dispozici koncem června 2021. V tištěné formě budou zveřejněny v kanceláři naší organizace.

## 9.2 Projekt diplomové práce

### *Osobní údaje studenta:*

Barbora Hlavičková,  
osobní číslo 52609794,  
imatrikulační ročník 2019

### *Název práce:*

Syndrom demence u klientů jako specifický fenomén v řízení pracovníků v přímé péči, v terénní asistenční službě.

### *Formulace a vstupní diskuse problému:*

Syndrom demence se postupně dostává do popředí zájmu nejen lékařů či gerontologů, ale také celé společnosti. Obecně je stáří vnímáno jako část života, kde jsou kognitivní deficity do určité míry očekávány, a nemusí se vždy jednat o demenci. Ročenka o Demenci v Evropě 2019<sup>19</sup>, která vychází ze sledování prevalence demence v jednotlivých státech Evropy, však dokládá, že se s rostoucím věkem pravděpodobnost nemoci zvyšuje. V citovaném dokumentu je uváděna prevalence u osob starších 90 let 40,2 %. Lidé, trpící tímto onemocněním mají výrazný problém s krátkodobou a postupně též dlouhodobou pamětí. Mají potíže orientovat se v prostoru a čase. Jejich vnitřní svět je postupně zcela dezorientován a jejich schopnost postarat se o sebe je tím logicky zasažena v obrovské míře. S prodlužujícím se věkem dožití, je téma péče o člověka s demencí tématem velmi aktuálním. Společnost je postavena před výzvou, jak se k péči o osoby se syndromem demence postaví. Medicínský a vědecký přístup se snaží objevit speciální léky či kognitiva, aby byl zpomalen neurodegenerativní proces, který probíhá v mozku u osob zasažených demencí. Zároveň je hledán způsob, jak zajistit péči pro narůstající počet nemocných. Takovou péči, které by respektovala důstojnost nemocných, a zároveň jí společnost dokázala zaplatit

Postupující trend deinstitucionalizace s sebou přináší výzvy pro terénní sociální služby, které mají být tím, kdo pomoc a podporu rodinám s takto nemocným člověkem poskytnou v domácím prostředí. Celá problematika péče o osobu se syndromem demence

---

<sup>19</sup> Alzheimer Europe: Dementia in Europe Yearbook 2019. Dostupné [on-line] na: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> [cit.8.11.2020].

se v rámci ČR pomalu dostává do popředí zájmu. Především Česká Alzheimerovská společnost se zasloužila o zviditelnění této problematiky, vydává brožury pro pečující a pracuje též na formulaci problému také s velkým cílem ve smyslu sociálně – politických změn. Tato práce si klade za cíl aplikovat zjištění do malé praxe konkrétní organizace a přispět tak do diskuse, formulováním způsobu praktické formy podpory, která profesionálním pečujícím pomůže specifickou zátěží, dlouhodobě lépe zvládat,

Právě praxe konkrétní organizace nese jistá specifika. Jedno z nich je, že většina klientů služby, jsou osoby, které přežili holocaust. Právě tato kombinace traumatu přežití holocaustu a syndromu demence u klientů mě vedla k pátrání po odborných člancích či výzkumech, které se již s tímto tématem potýkaly. Odborný článek (Weitzel – Poltser 2002), který se zabývá mimo jiné specifiky projevů syndromu demence u osob přeživších holocaust, dokládá, že posttrauma skutečně projevy demence komplikuje, především pro pečující personál, který nemusí znát životní historii klienta, a tak se často může dostat do složitých situací. Dá se předpokládat, že podobně komplikované projevy syndromu demence mohou vykazovat též osoby, které neprošly Šoa, ale prožily jiný typ traumatu. Druhá polovina 20 století těchto celospolečenských „příležitostí“ pro prožití traumatu vytvořila ve východním bloku Evropy velké množství. Pro další bádání by mohlo být zajímavé prozkoumat, zda výsledky výzkumu budou přenositelné i na klienty s odlišným zdrojem traumatu (např. válečný posttraumatický syndrom). Praktická část diplomové práce se bude zabývat konkrétním typem zátěže, kterou pracovníci přímé péče v dané organizaci zažívají pouze v péči o klienty, kteří žijí v domácím prostředí. V tom je situace odlišná, od výše zmiňovaného článku, kde jsou zkoumány okolnosti péče v pobytové službě.

K diskusi na toto téma také přispívá výzkumný článek, jehož předmětem je hledání souvislosti mezi prožitou zkušeností holocaustu a přítomností syndromu demence ve stáří. Autoři vycházejí ze dvou hypotéz. První je, že přeživší vlastně prokázali jakousi odolnost, která zakládá v mozku jejich schopnost ubránit se této nemoci více než běžné populaci. Druhá hypotéza tvrdí opak, tedy že prožitá zkušenost je činí zranitelnějšími. Výsledek potvrzuje druhou hypotézu, tedy, že přeživší jsou spíše náchylní k tomu, touto nemocí onemocnět (Kodesh, 2019).

Syndrom demence však není přítomen jen u klientů, kteří prožili holocaust. Jak jsem uváděla již výše, dá se předpokládat, že jakékoliv prožité trauma se lidem trpící syndromem demence do určité míry stává opět žitou realitou. Ráda bych praktickou část diplomové práce zaměřila nejen na syndrom demence a jeho projevy u lidí přeživších



holocaust, ale spíše obecněji – na klubko složitostí, které s sebou nese péče o osobu se syndromem demence v domácím prostředí, ať již prožily cokoliv. Proto jsem hledala dalších akcenty, které by mi pomohly zmapovat co o péči o osoby se syndromem demence v domácím prostředí bylo již zjištěno a popsáno.

Výzkumný článek (McGovern 2015) hovoří o tom, jaké zátěži jsou vystaveny osoby, pečující o příbuzného se syndromem demence. Více než praktickými věcmi, se zabývá vztahem a změnou, kterým je vztah k blízké osobě vystaven – pocitu ztráty, a odkazuje na předchozí výzkum, který ukázal, že tyto parametry jsou pro pečující nejvíce bolestné (Robinson et al., 2004). Nabízí jako východisko právě spolupráci s profesionálními pečovateli, kteří by měli být schopni rodinný systém v tomto období posílit a podpořit k tomu, aby dokázali přijmout syndrom demence a jeho projevy ne jako ztrátu vztahu blízkým ale proměnu obvyklých atributů, které běžný vztah demonstrují.

K identifikaci potřeb jak pečujících osob, tak osob se syndromem demence přispívá výzkumný článek zabývající se formami vhodné intervence, které pomůžou rodinnému systému v domácím prostředí po co nejdelší dobu zvládnout péči o nemocnou osobu (Rapapost et al., 2020). Zmiňuje důležitost profesionální podpory ve smyslu zajištění bezpečí (kompenzační pomůcky), ale hovoří také o nutnosti podporovat rodinný systém v udržování kontaktů a napojení na neformální komunitu. Zmiňuje opět nutnost profesionální podpory ve smyslu poskytování péče o osobu nemocnou.

Výzkum zabývající se potřebami pečujících osob ve venkovských komunitách v USA dokládá, že pečující osoby postrádají podporu ze stran profesionálních terénních služeb (Gibson et al., 2019). Situace v USA je v tomto směru jistě výrazně jiná než v Evropě, závěr lze však chápat také, jako podepření východiska, že rodinné systémy, které pečují o osobu se syndromem demence, pomoc od profesionálů potřebují. Pokud ji nedostávají, hledají alternativní cesty. Můžou jimi být neformální podpůrné skupiny v rámci církví, či komunit. Cílená profesionální pomoc jim však chybí.

Zajímavý přínos k tématu o potřebě profesionálních pečovatelů osobám pečujícím přináší výzkumný článek, který v úvodní diskusi akcentuje disproporci mezi přáními většiny lidí zemřít doma a realitou, kdy většina osob s demencí své poslední roky života tráví v pobytových službách či nemocnicích. Výzkum byl proveden v Singapuru a jeho cílem bylo zjistit v první řadě spokojenost pečujících osob s paliativní péčí, kterou čerpaly v období, kdy byl jejich blízký v terminálním stadiu. Zjišťovala se míra přizvání rodinných pečujících do rozhodování o způsobu péče a medikaci. Jako velmi zajímavý výsledek, článek zmiňuje mnohokrát v rozhovorech akcentovanou bezmoc a smutek, kterou

respondenti komunikovali i měsíce po úmrtí svého příbuzného, pokud nebyli dostatečně přizváni do rozhodovacích procesů (Tay et al. 2019).

Diskusi na téma, proč poskytovat péči lidem se syndromem semence v domácím prostředí, zajímavě doplňuje výzkum, který na problém hledí z ekonomického hlediska. Vychází z přístupu „Balance of care“<sup>20</sup>. Tato studie rovnováhy byla aplikována na péči u osob se syndromem demence, u kterých byly posuzováno 5 klíčových proměnných:

- 1) stupeň kognitivního deficitu,
- 2) závislost na pomoci v úkonech denní potřeby,
- 3) náročné chování,
- 4) břemeno pro příbuzné,
- 5) životní situace související s možností samostatného bydlení.

Jednalo se o výzkum provedený na území Německa, v závěru bylo namodelováno, že ve skupině osob s projevy syndromu demence ve střední fázi, které jsou přijímáni do ústavní péče, by dobře nastavená podpora profesionální terénní služby dokázala prodloužit dobu, po kterou může osoba se syndromem demence zůstat ve svém přirozeném prostředí. Skutečností, na kterou závěr poukazuje jako na významný argument je, že domácí péče dokázala přinést finanční úspory. Pokud by byla určité skupině osob se syndromem demence, poskytnuta péče v domácím prostředí, a ne péče ústavní, ročně by to znamenalo v konkrétní skupině takto nemocných osob uspořenou přibližně polovinu částky, která je vynakládána na ústavní péči (Broda et al., 2019).

Další zajímavý přínos k diskusi o akcentech, které by měly být u pracovníků poskytujících péči podpořeny, přináší odborný článek, který vyzývá k tomu, aby do vyučovacích osnov sociálních pracovníků bylo zahrnuto široké téma syndromu demence. Tato výzva je opět dávána do souvislosti se zvyšujícím se výskytem prevalencí demence (Keating, 2017). Tato výzva také odkazuje na zřetelný nedostatek výzkumů, které by se zabývaly sociální prací se seniory s demencí. Syndrom demence je stále spíše pojímán jako problém zdravotní, sociální dopady tohoto onemocnění jsou zatím řešeny spíše okrajově.

Jedním z témat, které do diskuse patří je také využívání moderních asistivních (smart) technologií, které mohou přinášet pomoc v domácím prostředí při péči o osobu se syndromem demence. Přehledový článek, který popisuje výzkum této oblasti u neformálních pečovateli – se snaží odpovědět na otázku, jaké mají zkušenosti s využitím

---

<sup>20</sup> Snaha optimalizovat struktury využívání a podmínek zdravotního a sociálního systému, aniž by bylo nutné plánovat rozšíření finančních zdrojů (Tucker et al, 2018).

této formy pomoci, a zda jim to pomáhá. Výsledek výzkumu vlastně ukazuje, že různé smart technologie můžou pomoci v různých dílčích věcech (GPS tracker, senzor pohybu, připomínač léků). Zároveň ta hlavní zátěž, kterou pečující popsali (apatie, agitovanost, agresivita, inkontinence) je zatím smart technologiemi neřešitelná. Zároveň se ukázalo, že i u těch spíše instrumentálních aktivit, nejsou smart technologie příliš moc vyvíjeny. Článek si klade v závěru otázku, zda je to tím, že lidská péče je stále považována za snazší a levnější způsob, či zda technologický pokrok v umělé inteligenci tuto oblast potřeb ještě nezachytil (Sriram et al, 2019).

Přehledový článek, který pomocí syntézy kvantitativních dat prozkoumával, jaké typy intervencí, pomáhají profesionálním pečovatelům v tom, aby způsob, jakým péči klientů, se syndromem demence poskytují, byl v souladu s přístupem péče zaměřené na člověka (PCC)<sup>21</sup> se velmi blíží tématu výzkumu, který budu provádět v naší malé organizaci. V první řadě bylo popsáno, jaký typy intervencí (podpory pečovatelů) je realizován v různých typech zařízení (terénní služba je zastoupena také, v menším počtu vzorků). Dále bylo popsáno, jaký dopad jednotlivé typy podpory měly na chování pečujících a způsob jakým péči poskytují (Blake et al., 2019). Výsledky tohoto výzkumu mě vracejí zpět k mému záměru, protože tento výzkum vlastně potvrzuje můj předpoklad, že nejde v první řadě o dobré platové podmínky, ani o další materiální benefity. Profesionální pečující potřebují, aby se někdo zabýval tím, jakou zátěž oni ve své práci prožívají a pomáhal jim podporou, cílenou na jejich potřebu.

K samotnému praktickému využití výsledků kvalitativního výzkumu jsem byla inspirována výzkumem, který cílil na možnosti a omezení přenášení výzkumných výsledků do praxe. Výzkum se tázal, jak je možné uskutečnit průnik mezi fundovanými vědeckými závěry a pracovní praxí pečujících profesionálů v oblasti péče o osoby se syndromem demence (Emilsson, 2005). Nebyla jsem příliš překvapena tím, že výzkum dospěl k závěru, že profesionální pečovatelé spíše než teoretické, abstraktní a pro ně těžko uchopitelné závěry, dokážou pro svou práci a podporu využít prostor společného sdílení. Ideálně moderované člověkem, který problematice rozumí a dokáže reagovat na otázky a každodenní problémy, které přináší samotná praxe. Tím směrem bych se ráda s výsledky mého výzkumu také vydala. Mým cílem je následně použít zjištěné závěry v rámci organizace, kde bude výzkum proveden, a to tak, aby pracovníci v přímé péči dostávali ten typ podpory, který sami identifikovali, označili jej jako a pro svou práci významný.

---

<sup>21</sup> Person-centered care – vychází z humanismu, odkazuje na přístup zaměřený na člověka C. R. Rogerse.

Cílem bude popsání zátěže v konkrétních věcech, se kterou se profesionální pečující (osobní asistentky a pečovatelky) v domácnostech klientů s demencí potkávají. Důvodem proč se tím zabývat je v první řadě potřeba zmapovat jaké těžkosti musí osobní asistentky v terénu řešit (popis zátěže), výsledek by měl posloužit vedoucím služby k lepší orientaci a zacílení podpory a vzdělávání, rozvoji kompetencí pracovníků v přímé péči.

### ***Cíl práce:***

Ráda bych důkladně prozkoumala téma syndromu demence a řízení profesionálních pečujících, kteří jsou vystaveni specifickému druhu zátěže. Z praxe vím, že se jedná skutečně o zátěž specifickou, sama se s ní v pracovní praxi potýkám, ovšem zprostředkovaně, skrze své podřízené. Výchozím postojem pro mou práci bude teoretická rovina, kde budu čerpat informace jak z publikací knižních, tak z výzkumných a odborných článků. Součástí práce bude též zaměření se na způsoby možné podpory pro pracovníky přímé péče z pozice managementu. Praktická část bude cílena na výzkum v konkrétní organizaci, bude zjišťovat míru a povahu pracovní zátěže pracovníků v přímé péči v práci s osobami se syndromem demence, v domácím prostředí. Neboť profesionální pečující osoba v domácnosti klienta je v odlišném postavení než pracovník pobytové služby a je taky v odlišné situaci než rodinný pečující. Je u klienta doma (v jeho teritoriu) a je tam většinu času sama. S ohledem na to, že se postupně mění struktura klientů v konkrétní terénní službě (ale zřejmě jde o zobecnitelný fakt) směrem k výrazně většímu počtu klientů se syndromem demence, ráda bych v pozici vedoucího znala, zmapovala a porozuměla zátěži, kterou pracovníci v přímé péči u klientů s demencí v domácnostech zažívají.

### ***Teoreticko-metodologický přístup:***

V první části budou popsána specifika jak samotného onemocnění, tak způsobů práce a péče o lidi s touto chorobou. Bude doloženo, z jakého důvodu je téma nosné. Dále bude zacíleno na oblast řízení pracovníků v přímé péči a specifika, které s sebou nese terénní práce.

V analytické části bude proveden smíšený výzkum v sekvenční variantě, ten umožní po první fázi kvantitativního přístupu výzkumu lépe specifikovat otázky pro kvalitativní rozhovory, které svým specifikem odpovídají případové studii. Dále pomůže v ověření validity zjištěných dat. K výzkumu přistupuji paradigmatem sociálního konstruktivismu, přičemž bych ráda, aby výzkum přinesl též konkrétní změnu do praxe. Tím se má optika

blíží k pragmatickému pohledu. Celá výzkumná otázka je cílena na jednu malou výše široké praxe péče o lidi se syndromem demence a k zátěži, kterou to pro profesionální pečující znamená. Právě zacílením na malou část reality s představou o aplikaci konkrétních změn pro zlepšení praxe se můj fokus přibližuje přístupu pragmatickému.

***Orientační seznam klíčové literatury:***

Alzheimer Europe: Dementia in Europe Yearbook 2019. Dostupné [on-line] na: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> [cit.8.11.2020]

BLAKE, Daniel, Katherine BERRY a Laura J. E. BROWN. A systematic review of the impact of person-centred care interventions on the behaviour of staff working in dementia care. JOURNAL OF ADVANCED NURSING [online]. 2020, 76(2), 426-444 [cit. 2020-11-01]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.14251

BRODA, Anja, Ansgar WÜBKER, Patrick BREMER, Gabriele MEYER, Anna RENOM GUITERAS, Dirk SAUERLAND a Astrid STEPHAN. Versorgungsplanung für Menschen mit Demenz am Übergang von der Häuslichkeit ins Pflegeheim: der „Balance-of-Care“-Ansatz im RightTimePlaceCare-Projekt in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie [online]. 2019, 52(8), 751-757 [cit. 2020-11-01]. ISSN 09486704. Dostupné z: doi:10.1007/s00391-019-01510-w

HOLMEROVÁ, Iva. 2018. Case management v péči o lidi žijící s demencí, Koordinace péče zaměřená na člověka. Praha: Fhs UK (Holmerová, 2018)

BUIJSSEN, Huub. 2006. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky. Praha: Portál (Buijssen, 2006)

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ Claudia at al. 2009. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada (Jiráková at al., 2009)

KODESH, Arad, Itzhak LEVAV a Stephen Z LEVINE. Exposure to Genocide and the Risk of Dementia. Journal of Traumatic Stress [online]. 2019, 32(4), 536-545 [cit. 2020-11-10]. ISSN 08949867. Dostupné z: doi:10.1002/jts.22406

KEATING, Frank. Dementia: challenges for social work education in Europe. European Journal of Social Work [online]. 2017, 20(3), 422-428 [cit. 2020-11-01]. ISSN 13691457. Dostupné z: doi:10.1080/13691457.2017.1314937

MCGOVERN, J. Living Better With Dementia: Strengths-Based Social Work Practice and Dementia Care. Social Work in Health Care [online]. 2015, 54(5), 408 - 421 [cit. 2020-11-01]. ISSN 1541034X. Dostupné z: doi:10.1080/00981389.2015.1029661

- RAPAPORT, Penny, Alexandra BURTON, Monica LEVERTON, et al. "I just keep thinking that I don't want to rely on people." a qualitative study of how people living with dementia achieve and maintain independence at home: stakeholder perspectives. *BMC Geriatrics* [online]. 2020, 20(1), 1-11 [cit. 2020-11-01]. ISSN 14712318. Dostupné z: doi:10.1186/s12877-019-1406-6
- Robinson, L., Clare, L., & Evans, K. (2004). Making sense of dementia and adjusting to loss: Psychological reaction to a diagnosis of dementia in couples. *Aging and Mental Health*, 9, 337–347.
- SRIRAM, Vimal, Crispin JENKINSON a Michele PETERS. Informal carers' experience of assistive technology use in dementia care at home: a systematic review. *BMC Geriatrics* [online]. 2019, 19(1), 1-25 [cit. 2020-11-01]. ISSN 14712318. Dostupné z: doi:10.1186/s12877-019-1169-0
- TAY, Ri Yin, Allyn Y.M. HUM, Noorhazlina B. ALI, Ian.Y.O. LEONG, Huei Yaw WU, Jing Jih CHIN, Angel O.K. LEE a Mervyn Y.H. KOH. Comfort and Satisfaction With Care of Home-Dwelling Dementia Patients at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2020, 59(5), 1019-1032 [cit. 2020-11-01]. ISSN 08853924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.12.004
- Tucker S, Hughes J, Burns A, Challis D (2008) The balance of care: reconfiguring services for older people with mental health problems. *Aging Ment Health* 12:81–91
- ULLA MELIN EMILSSON. Recognizing But Not Acknowledging: On Using Research Information in Social Work with Elderly People Suffering from Dementia. *The British Journal of Social Work* [online]. 2005, 35(8), 1393 [cit. 2020-11-01]. ISSN 00453102.
- WEITZEL-POLZER, Esther. Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege –Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland: Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie* [online]. 2002, 35(3), 190-198 [cit. 2020-11-01]. ISSN 09486704. Dostupné z: doi:10.1007/s00391-002-0086-5