

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Obor: Aplikovaná etika



**Zavádění standardů kvality
v pobytových zařízeních pro seniory – etické aspekty**

Disertační práce

Autorka: Mgr. Ingrid Štegmannová
Školitel: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2012

Zpracování disertační práce bylo podpořeno v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu FHS UK 2011-263 702.

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 10. února 2012

Mgr. Ingrid Štegmannová

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc., za odborné, inspirující a trpělivé vedení mé disertační práce a zároveň za možnost sdílet její profesní zkušenosti a učit se od ní.

Ráda bych rovněž poděkovala kolegovi PhDr. Jiřímu Šafrovi, Ph.D., za intenzivní odbornou pomoc a přátelskou podporu při přípravě výzkumu a zpracování statistických dat.

Děkuji rovněž mému manželovi, který mě na mé cestě za vzděláním dlouhodobě podporuje.

Obsah

Obsah	4
Abstrakt	7
Abstract	9
Úvod	11
A) TEORETICKÁ VÝCHODISKA	14
I. OD PATERNALISMU K INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČI O KLIENTY	14
1 Kontext poskytování pobytových sociálních služeb pro seniory	14
1.1 Hlavní vývojové trendy rozvoje sociálních služeb	14
1.2 Principy novodobých sociálních služeb v ČR	16
1.3 Vývoj pobytových sociálních služeb v posledních dvaceti letech	18
1.4 Současný koncept kvality poskytovaných služeb	22
1.4.1 Nové požadavky na kvalitu a tlak na změnu	22
1.4.2 Kvalita v příslušné legislativě	24
1.4.3 Standardy kvality jako vize „nové“ kultury poskytování služeb	25
2 Východiska pro uplatňování individualizované péče o klienty	28
2.1 Hodnoty v přístupech k člověku v rámci pomáhajících vztahů	28
2.1.1 Člověk jako individualita a jako součást společenství	29
2.1.2 Tzv. medicínský přístup k člověku	33
2.1.3 Biopsychosociální model v medicíně	34
2.1.4 Vliv architektury a prostředí na hodnoty péče	35
2.2 Hodnoty ve vývoji rezidenčních forem pomoci starým lidem	36
2.2.1 Respekt k člověku, autonomie a svoboda rozhodování	38
2.3 Mezi „starým“ a „novým“	41
2.3.1 Přístupy zaměřené na člověka	43
2.3.2 Individuální plánování péče	44
2.4 Koncept individualizované péče o klienty	46
II. OSOBNOST PRACOVNÍKA A PROBLEMATIKA MOCI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH..	48
3 Předpoklady pro výkon pomáhající profese	48
3.1 Empatie jako schopnost být osloven	50
3.2 Nejen pravidla, ale i morální charakter - etika ctností	53
3.2.1 Etika založená na bázi vztahu neboli etika péče	54

3.2.2	<i>Základní podmínky pro etické rozhodování</i>	56
4	„Morální“ osobnost	58
4.1	Osobní vlastnosti, nebo vliv prostředí?	60
5	Přístupy pracovníků ke klientům – základní dilema pomáhajících profesí	62
6	Moc jako fenomén.....	65
6.1	Moc v pomáhajících profesích	66
6.2	Koncept tzv. machiavelismu	68
III.	VYBRANÉ ASPEKTY ORGANIZAČNÍ KULTURY	70
7	Týmová spolupráce a komunikace jako významná součást organ. kultury	72
8	Pracovní prostředí a podmínky pro zaměstnance.....	74
9	Změna přístupu ke klientům a typ organizační kultury	75
9.1	Typologie pojetí implementace standardů kvality do praxe.....	76
B)	INDIVIDUALIZACE PÉČE VE SVĚTLE VLASTNÍHO VÝZKUMU	78
1	Cíl výzkumu a výzkumná otázka	78
1.1	Stanovení základních předpokladů a hypotéz	79
2	Základní informace o výzkumu, výzkumný soubor.....	80
3	Metodologie a průběh výzkumu.....	82
3.1	Struktura dotazníku	83
4	Operacionalizace a měření hlavních proměnných	85
4.1	Individualizace péče o klienty v zařízeních.....	85
4.2	Osobnostní nastavení pracovníků - machiavelismus.....	92
4.3	Pracovní prostředí organizace	97
5	Výsledky výzkumu	100
5.1	Individualizace péče a individuální charakteristiky zaměstnanců.....	100
5.2	Individualizace péče o klienty a organizační aspekty	110
5.3	Individualizace péče o klienty a komunikace v organizaci	116
5.4	Individualizace péče ve vztahu k šesti oblastem pracovního života	117
5.5	Machiavelismus a individuální charakteristiky zaměstnanců	120
5.6	Machiavelismus a pracovní prostředí zaměstnanců	124
5.7	Individualizace péče o klienty a machiavelismus	125
5.8	Regresní analýzy	128
5.9	Individualizace péče o klienty ve volných výpovědích zaměstnanců	133
5.10	Ostatní zjištění – odpovědi na konkrétní výroky z dotazníku	136

6	Shrnutí a diskuse výsledků výzkumu	139
6.1	Podněty pro manažery v organizacích.....	141
7	Etické aspekty implementace standardů kvality	143
8	Limity výzkumu	145
	Závěr	146
	Použitá literatura	150
	Seznam tabulek	163
	Seznam obrázků	166
	Seznam příloh.....	167
	Přílohy	168

Abstrakt

Změna přístupu ke klientům a přizpůsobení chodu zařízení jejich potřebám patří v posledních letech k největším dlouhodobým úkolům poskytovatelů služeb. Základem pro správné nastavení všech parametrů služby (procesní, personální i provozní) jsou standardy kvality sociálních služeb, které v sobě zahrnují jak určité principy, tak i etické hodnoty. Jedním z podstatných nástrojů změny v přístupu ke klientům je princip individualizace péče, jejímž prostřednictvím lze docílit „šití“ služeb na míru klientům tak, aby služba co nejvíce odrážela jejich skutečné potřeby.

Právě na individualizaci péče jako významný indikátor změny přístupu ke klientům v průběhu zavádění standardů kvality jsme zaměřili předloženou disertační práci. Snažili jsme se zjistit, jak se individualizace péče o klienty odráží v přístupech organizací k implementaci standardů kvality a jak ji ovlivňuje osobnost pracovníka a vybrané organizační aspekty. Dílčím cílem byla rovněž identifikace etických aspektů, které mohou zavádění standardů kvality do praxe provázet. Zvolili jsme metodu kvantitativního výzkumu, který jsme provedli formou dotazníkového šetření v osmi pobytových zařízeních pro seniory na území Moravskoslezského kraje. Zkoumaný soubor tvořilo 434 pracovníků přímé péče.

Výsledky výzkumu ukazují jak na vliv osobnosti pracovníka, tak dílčích organizačních aspektů na individualizaci péče o klienty, nicméně jako nejvýznamnější pro změnu přístupů ke klientům se jeví celkový způsob implementace standardů kvality v organizaci. Z etických aspektů provázejících zavádění standardů kvality jsme identifikovali jak konkrétní konflikty v očekávaných rolích u pracovníků i klientů, tak určité hodnotové konflikty. Výsledky výzkumu poukazují i na skutečnost, že ne všichni pracovníci jsou osobnostně připraveni na přímou práci se seniory.

Na základě výsledků výzkumu jsme zformulovali některé podněty pro manažery organizací, mezi jinými i důležitost pracovat na změně celé organizační kultury, a nutnost věnovat větší pozornost pracovníkům v sociálních službách, kteří mají podstatný vliv na individualizaci péče o klienty. Celkovou změnu přístupu ke

klientům by podle nás mohla podpořit i změna smýšlení o etických principech na úrovni organizací, a to směrem od etiky spravedlnosti k etice péče, která by se s ohledem na preferenci vztahu místo dosavadního důrazu na dodržování pravidel mohla stát určujícím etickým principem v oblasti péče o staré lidi.

Abstract

The changes in the approach to the clients and adjustments of the run of the facility to their needs are one of the biggest long-term challenges for the service providers. The basis for the correct setting of all the parameters of service (process, personnel and operating) are standards in the quality of social services which involve certain principles and ethical values altogether. One of the essential tools in the changes in approach to clients is the principle of individualization of care, which can be achieved by setting the services to each client individually so that the service provided reflects their real need as much as possible.

This dissertation focuses on the individualization of care as a significant indicator in the changes of approach to clients. We tried to figure how the individualization of care reflects in the attitudes of organizations to implement quality standards and how it affects the worker's personality and chosen organizational aspects. An interim goal of this paper was also to identify the ethical aspects which can accompany the introduction of quality standards into practice. We have chosen a method of quantitative research which was performed via questionnaires in eight residential facilities for senior in the Moravsko-slezky region. The sample was 434 workers from the department of direct care.

The research results show the impact of employee's personality and organizational aspects on the process of individualization of care. Nevertheless, the most significant way for a change in approach to the clients seems to be the overall implementation of standards in an organization. For ethical aspects surrounding the implemented quality standards, we have identified both specific conflicts in the expected roles of staff and clients and also conflicts of values. The research results also point out the fact that not all workers are personally prepared to work directly with seniors.

Based on the results of our research we have formulated some incentives for managers of organizations, among others, the importance to work on the cultural organizational changes, needs to pay more attention to the worker in social services, which have a substantial impact on individualization of care. Overall change in

approach to clients could be supported by changes in thinking about ethical principles at the level of organizations moving from the ethics of justice to the ethics of care which would be a preference with regard to the relationship instead of the current emphasis on compliance. This could become an ethical principle in determining care for the elderly.

Úvod

Základním smyslem pomáhání by měla být podpora kvality života člověka, ať již v instituci, nebo v domácím prostředí. Je známo, že přechod z domácího prostředí do pobytové služby představuje pro člověka jednu z nejzávažnějších životních změn. Lidé si nedokáží dopředu skutečně představit, co je v domově pro seniory vlastně čeká, což potvrzují i výsledky výzkumů na toto téma. Např. Levická a Tomašovičová (2004) zjistily, že senioři vnímají přijetí do pobytového zařízení stále ještě jako určitou jistotu zaopatření do budoucna, ale mají o svém životě v něm zkreslenou představu. Jsou „překvapeni“ i tak „zřejmými“ věcmi, jako je ztráta soukromí, nutnost bydlení s cizím člověkem na pokoji a nemožnost si jej sám vybrat, nemožnost jíst, kdykoliv si přejí, nemožnost pečovat o své prádlo, nutnost respektovat domácí řád apod. Se vstupem do pobytového zařízení dochází především k omezování možnosti volby člověka a rovněž omezení činností, na které byl dříve zvyklý.

Samotná podstata ústavní péče vyvolává střet v očekáváních a postojích zaměstnanců a klientů. Zatímco pro zaměstnance je práce v pobytovém zařízení práce jako kdekoli jinde, klientům má pobyt v zařízení po určitou dobu nebo natrvalo poskytnout náhradu domova. Tuto situaci, kdy „personál považuje klienty za objekty své práce a klienti chtějí být individuálními subjekty“, lze současně s Matouškem považovat za „ústřední problém“ a dilema ústavní péče. (Matoušek, 1999: 17) Toto základní dilema se pak odráží v přístupu personálu ke klientům. Právě pečující pracovníci se mohou (vedle architektonického uspořádání a vybavení zařízení nebo organizace práce) stát významným zdrojem podpory, nebo omezování autonomie klientů. V našem prostředí existuje dostatek důkazů o tom, že situace porušování práv klientů a omezování jejich autonomie nejsou výjimečné a významně snižují kvalitu života lidí v institucích. „Z hlediska individua je tak nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování.“ (Matoušek, 1999: 21)

Změna přístupu ke klientům a přizpůsobení chodu zařízení jejich potřebám patří v posledních letech k největším dlouhodobým úkolům poskytovatelů služeb. Základem pro správné nastavení všech parametrů služby (procesní, personální

i provozní) jsou standardy kvality sociálních služeb, které v sobě zahrnují jak určité principy, tak i etické hodnoty. Jedním z podstatných nástrojů změny v přístupu ke klientům je princip individualizace péče, jejímž prostřednictvím lze docílit „šití“ služeb na míru klientům tak, aby služba co nejvíce odrážela jejich skutečné potřeby.

Právě na individualizaci péče jako významný indikátor změny přístupu ke klientům jsme zaměřili předloženou disertační práci. Jejím cílem je zjistit, jak se individualizace péče o klienty odráží v přístupech organizací k implementaci standardů kvality a jak ji ovlivňuje osobnost pracovníků a vybrané organizační aspekty. Dílčím cílem je rovněž identifikace etických aspektů, které mohou provázet zavádění standardů kvality do praxe. Rádi bychom touto prací zároveň přispěli k novému pohledu na sledování změn a kvality poskytované péče v organizacích a k ověření výzkumných nástrojů, které umožňují měřit individualizaci péče o klienty, osobnostní nastavení pracovníků a vybrané aspekty organizační kultury v našich podmínkách poskytování sociálních služeb.

Téma disertační práce je mi osobně blízké. Pracovala jsem deset let v oblasti sociálních služeb, kde jsem se mimo jiné věnovala nastavování podmínek pro řízení kvality sociálních služeb a implementaci standardů kvality z pozice zřizovatele, nyní se stejnému tématu věnuji na Fakultě humanitních studií UK v Praze, Katedře řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, kde mám příležitost je propojovat s oblastí etiky v pomáhajících profesích. Právě znalost situace z praxe a vědomí obtíží, které proces zavádění standardů do praxe provázejí, mě inspirovaly ke kladení výše uvedených otázek.

Disertační práce je členěna do dvou částí. V první části formulujeme teoretická východiska a teze, které následně podrobujeme zkoumání ve výzkumné části práce¹.

V teoretické části práce se nejprve věnujeme celkovému kontextu poskytování sociálních služeb a konceptu kvality tak, jak je formulován příslušnou

¹ Některé kapitoly disertační práce byly částečně nebo zcela publikovány. Z teoretických východisek kapitola 2 v knize Havrdová, Z. a kol.: Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb. Praha, FHS UK 2010 a kapitoly 7-9 (včetně dílčích výsledků výzkumu) v knize Havrdová, Z., Šmídová, O., Šafr, J., Štegmannová, I.: Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu. Praha, FHS UK 2011.

legislativou. Dále na pozadí historického vývoje hodnot v rámci pomáhajících vztahů formulujeme tezi o vztahu mezi individualizací a kvalitou péče. Individualizace péče o klienty tak představuje první teoretické východisko pro výzkumnou část práce.

V další části práce se zaměřujeme na osobnost pracovníka a její důležitost v rámci pomáhajícího vztahu. Vymezuje základní předpoklady pro výkon pomáhajících profesí, k nimž patří kromě vzdělání, schopností a dovedností pracovníka i jeho vlastnosti a charakter. Tuto tezi opíráme z hlediska profesní etiky o etiku ctností, a v ní především o etiku péče, ve které je oproti důrazu na obecné etické principy a pravidla upřednostňován zájem o vztah. Následně rozebíráme základní dilema pomáhajících profesí – dilema pomoci a kontroly vyúsťující ve formulaci základních přístupů pracovníků ke klientům. V rámci vymezení problematiky moci v pomáhajících profesích se zaměřujeme především na mocenské a manipulující přístupy pracovníků, které se nám jeví z hlediska individualizace péče nejvíce ohrožujícími a které konceptualizujeme v podobě tzv. machiavelismu. Tento koncept představuje druhé teoretické východisko pro výzkumnou část práce.

V rámci teorie se věnujeme i organizačnímu kontextu, neboť se domníváme, že kultura organizace hraje z pohledu kvality poskytované péče důležitou roli. Konkrétně mohou způsoby řízení a celkové pojetí implementace standardů kvality podporovat, či omezovat individualizaci péče o klienty. V této části práce vymezuje i základní typologii organizací z hlediska implementace standardů kvality, kterou pak aplikujeme jako jeden z analytických konceptů.

Ve výzkumné části práce integrujeme uvedená tři základní východiska, když zkoumáme vztah mezi individualizací péče, osobnostními charakteristikami pracovníka a pracovním prostředím v organizaci. Výsledky výzkumu pak vztahujeme k typologii organizací dle implementace standardů kvality. Na základě zjištěných výsledků identifikujeme rovněž etické aspekty, které proces implementace standardů kvality mohou provázet, a formulujeme podněty směrem k manažerům, kteří v organizacích řídí změny a procesy podporující zvýšení kvality péče o klienty.

A) TEORETICKÁ VÝCHODISKA

I. OD PATERNALISMU K INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČI O KLIENTY

1 Kontext poskytování pobytových sociálních služeb pro seniory

Předmětem této kapitoly je uvedení hlavních vývojových trendů rozvoje sociálních služeb v evropských zemích, které na pozadí reformy veřejné správy vyústily po dlouhém období příprav v přijetí základních principů novodobých sociálních služeb i v České republice. Dále je zde specificky osvětlen vývoj v oblasti pobytových sociálních služeb pro seniory v posledních dvaceti letech, které se dodnes potýkají s dozvuky předchozího paternalistického pojetí služeb. Zároveň představujeme koncept kvality tak, jak jej vymezuje současná legislativa, včetně standardů kvality jako základního nástroje pro řízení kvality v jednotlivých organizacích poskytovatelů sociálních služeb.

1.1 Hlavní vývojové trendy rozvoje sociálních služeb

Sféra sociálních služeb prošla v České republice za posledních dvacet let velkou proměnou, a to jak z hlediska kvantitativního, tak kvalitativního. Zatímco v období před rokem 1989 existovaly jen minimální alternativy vůči péči ústavní a péče byla výhradně záležitostí státu, v současné době existuje více než 30 druhů sociálních služeb a také spektrum poskytovatelů je různorodé. Nejvíce poskytovatelů je z řad organizací občanského sektoru (občanská sdružení, obecně prospěšné

společnosti, účelová zařízení církví apod.), které však poskytují převážně ambulantní a terénní služby. V oblasti pobytových služeb, které jsou nejnákladnější, hrají významnou zřizovatelskou roli obce a kraje, které si pro účely poskytování služeb zřizují nejčastěji příspěvkové organizace². Zejména v posledních letech je patrný nárůst soukromých poskytovatelů pobytových služeb, což pro klienty sice přináší další možnost výběru, ale nese s sebou určitá rizika. (Haškovcová, 2010)

Východiska reformy a modernizace sociálních služeb v České republice je možno vysledovat v hlavních vývojových trendech rozvoje sociálních služeb v evropských zemích v 90. letech minulého století. Jak uvádí Průša (2008), pozornost evropských zemí byla zaměřena kromě kvantitativní stránky zejména na kvalitativní stránku rozvoje služeb, zahrnující přiblížení podmínek života ve stáří nebo se zdravotním postižením „normálnímu“ životu. V tomto směru rostl postupně zájem o občanská práva, práva klientů a o potřebu jejich větší autonomie. Tyto trendy byly ve vyspělých zemích doprovázeny hledáním možností transformace celého systému sociálních služeb, docházelo ke změnám ve financování³, zároveň byl zahájen proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb, přičemž bylo nutno v praxi služby sociálního a zdravotního charakteru vzájemně propojovat. Z hlediska působnosti státu, regionu a obcí pro zajišťování sociálních služeb je kladen důraz na to, aby byly přizpůsobeny specifickým potřebám a byly občanům dostupné podle jejich individuální situace. Minimální standardy jsou definovány na národní úrovni, poskytování služeb je však svěřeno místním a regionálním orgánům, neboť na této úrovni lze lépe zabezpečit koordinaci sociálních služeb. Stále častější je uzavírání kontraktů na poskytování služeb se soukromým sektorem, přičemž největší roli při výběru veřejného či soukromého poskytovatele hraje kvalita a cena poskytované služby. Jak uvádí Jabůrková (2004), za této situace, kdy se na tzv. smíšeném trhu

² V roce 2010 bylo na území ČR provozováno 642 pobytových zařízení pro seniory (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem) o celkové kapacitě 40 936 lůžek. Kraje a obce jsou zřizovateli 77 % těchto pobytových zařízení. Necelých 13 % zřizují církevní organizace, 10 % tvoří ostatní zřizovatelé, kteří nejsou dále členěni. Soukromá zařízení se zvláště neevidují. Ještě významnější je podíl zejména krajů a obcí na provozování domovů pro osoby se zdravotním postižením, a to 87 %. (Statistická ročenka, 2011)

³ Stále více se uplatňoval systém vícezdrojového financování (participuje klient, rodina, obec, stát, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění).

pohybují různí poskytovatelé služeb, nemohou již orgány veřejné správy zaručit nezbytnou ochranu uživatelům, a je proto nutné stanovit základní parametry služby a její kvality již jako podmínku pro vstup do systému poskytování sociálních služeb.

Z hlediska řízení kvality služeb se v zahraničí uplatňují vzhledem k potřebě větší efektivity i v oblasti veřejných (a tedy i sociálních) služeb *obchodní přístupy*. (Jabůrková, Mátl, 2003) Jde zejména o celosvětově známé systémy jako ISO (International Standard Organization), TQM (Total Quality Management), EFQM (European Foundation of Quality Management), jejichž společným jmenovatelem je spojení kvality a osobní odpovědnosti a přístup ke kvalitě výrobků a služeb z pohledu zákazníka/klienta. K dalším formám zvyšování kvality patří *profesní přístupy*, které se zaměřují více na poskytovatele, jako např. inspekce nebo supervize. Pollit upozorňuje zároveň na specifika veřejných služeb, která je nutno při řízení jejich kvality zohlednit. Jsou jimi „financování z veřejných zdrojů, závislost na politických rozhodnutích a vazba na legislativu“. (Pollit, 1997, cit. dle Jabůrková, Mátl, 2003: 22) V případě sociálních služeb zmiňuje tento autor odlišnosti, spočívající v jejich často intimní povaze a vazbě na členy rodiny a další subjekty v komunitě, a doporučuje proto profesní i komerční přístupy k řízení kvality propojovat. S ohledem na tato specifika probíhala i příprava standardů kvality sociálních služeb v ČR.

1.2 Principy novodobých sociálních služeb v ČR

Na základě výše uvedených evropských trendů byly postupně i v České republice formovány nové principy sociální politiky s dopadem do oblasti poskytování sociálních služeb. Proměny souvisely s procesem samotné reformy veřejné správy, jehož nejdůležitějšími prvky byly principy decentralizace a subsidiarity⁴. Do sociálních služeb se zároveň promítaly otázky jejich demonopolizace, různorodost forem poskytování a financování, ale zejména procesy individualizace a profesionalizace, a tím i **změna postavení člověka** při poskytování

⁴ V praxi jde o předání odpovědnosti na úroveň, kde může být služba poskytována nejefektivněji.

sociálních služeb. (Průša, 2008) Významným mezníkem na cestě k nově koncipovanému systému bylo přijetí tzv. Bílé knihy v sociálních službách⁵, která na základě hlavních vývojových trendů rozvoje sociálních služeb v evropských zemích definovala **základní východiska** pro poskytování sociálních služeb v ČR, jako např. princip nezávislosti a autonomie, sociálního začlenění, respektování potřeb nebo rovnosti přístupu. (Bílá kniha, 2003)

Jedním ze základních rysů moderního systému sociálních služeb je, že **reaguje na potřeby**. Ty ovlivňují, jaké druhy služeb a v jakém rozsahu jsou poskytovány určité cílové skupině. Služby tedy nemohou být poskytovány na základě předem daného normativu, i když i ony byly ve své době důležité jako orientační nástroj pro hodnocení dlouhodobých trendů v sociální oblasti.⁶ Základním principem je, že služby by se měly přizpůsobovat potřebám lidí a ne naopak, jak jsme toho ještě dnes často svědky.

Celkově má tedy nově nastavený systém přispívat k ochraně zranitelných skupin obyvatelstva před zneužíváním, ale i nekvalitním poskytováním služeb, k zajištění důstojného a pokud možno nezávislého života lidí v jejich přirozeném prostředí, má rovněž podporovat zapojení nebo zapojování lidí do života komunity a předcházet jejich sociálnímu vyloučení. Podle Kováře jsou zásadními principy, jejichž naplnění je cílem reformy, podpora nezávislosti, transparentnosti systému a individualizace služeb. (Kovář, 2001) Ukazuje se, že právě **individualizace služeb** hraje důležitou roli v kvalitě života klientů především v pobytových zařízeních sociálních služeb. Individualizace péče o klienty představuje jedno ze základních východisek této práce, proto se k jejímu vymezení vrátíme (skrže optiku vývoje hodnot v přístupech k člověku v rámci pomáhajících vztahů a ve vývoji rezidenčních forem pomoci starým lidem) v samostatné kapitole.

⁵ Konzultační dokument předložený vládou v roce 2003 s cílem diskutovat způsoby řešení definovaných problémů. V dokumentu je formulován i soubor doporučení, který se měl stát směrodatným vodítkem pro všechny zainteresované strany na místní i centrální úrovni.

⁶ Poprvé byla analýza vybavenosti územních celků sociálními službami pro seniory a občany se zdravotním postižením zpracována v polovině 90. let s důrazem na vybavenost jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, domovech-penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a pečovatelskou službou poskytovanou v domácnostech. (Baumruková, Průša, 1997)

1.3 Vývoj pobytových sociálních služeb v posledních dvaceti letech

Nejprve stručně připomeňme důvody vzniku dnešních domovů pro seniory, resp. tehdejších domovů důchodců. Velká část dnešních pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory byla vybudována v **době poválečné**, a to v souvislosti s převzetím odpovědnosti státu za péči o své občany a důrazem na potřebu jejich materiálního zajištění. Vzhledem k tehdejšímu životu starých lidí v mnohdy neuspokojivých sociálních podmínkách to byla v dané době výhodná alternativa, jak zajistit starému člověku relativní komfort. Řada lidí tak tehdy podléhala zdání, že „materiální dostatek je přímo úměrný pocitu štěstí“. (Haškovcová, 2010: 217) To, co dostačovalo v období po 2. světové válce, začalo být později kritizováno, zejména kolektivistický způsob péče, provázený nedostatkem soukromí, problémy s prostorovým uspořádáním, hygienou apod. (ibid)

Období tzv. **reálného socialismu** se v ústavní péči projevilo určitými charakteristickými rysy, resp. bylo dle Matouška zatíženo některými klamy neboli idoly, které člověku „brání poznat pravý stav věcí“. Byl to např. idol „*centrálního řízení a závazné metodiky*“, kdy v zařízeních nebyly přijímány návrhy zdola, neboť „správné postupy vymýšlelo pouze vedení“, idol „*defektu osobnosti*“, kdy se na člověka v zařízení nehledělo jako na celistvou osobnost, proto mohlo docházet k negativnímu nálepkování a familiárnímu oslovování klientů, nebo idol „*dysfunkční rodiny*“, který personálu bránil navázat s rodinou klienta efektivní spolupráci. Idol „*kolektivu jako terapeutického činitele*“ nepřipouštěl fakt, že sdílení životního prostoru s mnoha lidmi představuje pro člověka, který žil předtím osaměle, spíše velkou zátěž než podporu a idol „*profesionalitu dosažené formálním školením*“ zcela podceňoval důležitost osobnostních dispozic a motivace personálu pro práci v sociální oblasti. Omezené možnosti vzdělávání profesionálů a nemožnost získat zahraniční zkušenosti patří dle Matouška rovněž k negativnímu dědictví z období reálného socialismu. (Matoušek, 1999: 38-41)

Jak uvádí Haškovcová, nelze toto období v kontextu péče o seniory zcela ztratovat. Nejenže v té době byly geriatrie a gerontopsychiatrie založeny jako

samostatný lékařský obor, ale fungovaly kromě ústavních i některé další služby. Významnou funkci v domácí péči o seniory měly tehdejší geriatrické sestry (po roce 1989 tento institut bohužel v souvislosti s privatizací ordinací praktických lékařů zanikl) nebo pečovatelská služba, kterou zpočátku zajišťovaly členky Československého červeného kříže, později byla v kompetenci okresních úřadů. Po roce 1968 se rovněž začaly stavět domy s pečovatelskou službou a vznikala střediska osobní hygieny nebo kluby důchodců. (Haškovcová, 2010)

Rok 1989 znamenal velkou společenskou změnu, která se významně odrazila i v oblasti sociálních služeb. Velmi rychle začaly tzv. zesponovanými aktivitami neziskových, především charitativních organizací vznikat nové služby pro různé skupiny potřebných osob, které do té doby nebyly u nás vůbec známy, např. azylové domy, denní stacionáře, odlehčovací služby apod. Je pravda, že služby vznikaly víceméně živelně a jejich financování bylo problematické, jelikož neměly oporu v legislativě.

V oblasti ústavní péče se v prvních letech po revoluci nejprve na první pohled nic nedělo, později se začaly realizovat rozsáhlé modernizace a přestavby některých zařízení spojené se snižováním počtu lůžek na pokojích a nákupem nového vybavení. Technické parametry služby s důrazem na dodržování stravovacích, hygienických a požárních norem a účetních předpisů byly dlouhou dobu jedinými ukazateli kvality, která se jiným způsobem nesledovala. (Zamykalová, Veselský, 2001; Hrdá 2005, Štegmannová, 2006, dle Mátl, Jabůrková, 2007) Připomeňme v této souvislosti ještě jeden idol, který zmiňuje Matoušek, a to idol „*vhodných podmínek*“. Jde o klamný názor, že bez nákladné rekonstrukce, nákupu nového vybavení a dalších drahých opatření nelze poskytovat kvalitní službu. Dnes je zřejmé, že řadu opatření lze (a je často nutností) realizovat bez velkých finančních nákladů, zato ale s daleko většími nároky na zaměstnance a vedení organizací, ať už jde o motivaci a podporu zaměstnanců ke změně přístupu vůči klientům, o změny v organizaci práce, využití potenciálu klienta a jeho rodiny apod.; jde v tomto ohledu především o zvolení priorit. (Matoušek, 1999; Pörtner, 2009) Na druhé straně musíme připustit, že stav a kvalita budovy, její vnitřní uspořádání, počet lůžek na pokojích a jejich vybavení, tedy všechny vnější atributy mají velký vliv při uplatňování humanizujících prvků do života obyvatel těchto zařízení. (Štegmannová, Havrdová, 2010)

Humanizaci neboli „polidšťování“ ústavů a procesy individualizace péče v zařízeních, definované jak změnami přístupů pracovníků ke klientům, tak změnou režimu v zařízení, jejich otevíráním komunitě, rozšiřováním nabídky aktivit pro klienty, důrazem na kontinuální řízení kvality apod., můžeme označit jako jednu z nejdůležitějších součástí celé reformy sociálních služeb, která se společně s dalšími požadavky na poskytování sociálních služeb⁷ promítla do nově připravované legislativy (zákon o sociálních službách, účinný od 1. ledna 2007, a navazující právní předpisy). Změna v tomto ohledu je stále pro zřizovatele a pracovníky zařízení velkou výzvou, neboť významným rysem charakterizujícím rezidenční služby byla jak v poválečném období, tak v období reálného socialismu velká míra paternalismu, která v řadě případů dodnes přetrvává. (Sýkorová, 2007; Štegmannová, Havrdová, 2010) Nově definované společenské hodnoty obsažené v zákonu o sociálních službách a standardech kvality sociálních služeb, jako je sociální začleňování namísto vyloučení, ochrana práv a důstojnosti znevýhodněných skupin osob, bezpečné a kvalitní poskytování služeb apod., se daří uplatňovat někdy s větším, někdy s menším úspěchem. Podle výsledků hodnocení pilotních inspekcí kvality lze říci, že v rezidenčních službách je komplexní realizace změny obtížnější než v jiných typech služeb. (Smékalová a kol., 2003)

S výše uvedenými trendy souvisí podle Matouška (1999) i vyšší nároky a kvalifikační požadavky na personál. Reakcí na situaci v této oblasti byl postupný rozvoj potřebných oborů vzdělání včetně vysokoškolských a jeho důsledkem je více vysokoškolsky vzdělaných profesionálů i v domovech pro seniory, především sociálních pracovníků. Ti zaujímají postupně jiné role než pouze administrativní a stávají se v řadě případů zodpovědnými za zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe.

Dalším znakem určité změny je skutečnost, že do pobytových zařízení přicházejí dobrovolníci a domovy se také začínají více otevírat komunitě. Pro konkrétní ilustraci důležitého pojmu (a zároveň hodnoty) *sociální začlenění do komunity* citujeme Waldijka, který popisuje vývoj ústavní péče o děti a mladistvé v Nizozemí:

⁷ Registrace služby a plnění podmínek definovaných v § 88 a § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon, 2006)

„V padesátých letech by vám ředitel ústavu s hrdostí ukazoval bazén a jiné vymoženosti, které pro své svěřence vybudoval. Dnes (myšleno zač. 90. let, pozn. autorky) by vám se stejnou hrdostí ukazoval, kde byl dříve bazén, a chlubil by se tím, že jeho svěřenci chodí plavat do veřejného bazénu, který je ve městě.“ (Waldijk, 1991, cit. dle Matoušek, 1999: 35)

Tento přírůbek přímo vybízí ke srovnání se situací v České republice a přesně vystihuje, co by se mělo nejen v oblasti ústavní péče u nás odehrát, pokud hovoříme v souvislosti se standardy kvality sociálních služeb o skutečném sociálním začleňování. Ještě před několika lety jsme na tom byli s ústavní péčí jako v Nizozemí v padesátých letech, kdy byla prioritou realizace velkých investic do modernizace budov a interiérů zařízení pro seniory včetně budování bazénů a zřizování kaváren, obchodů, kadeřnictví, ordinací lékařů a dalších služeb pro uživatele přímo v zařízeních ve snaze zkvalitnit lidem nabízené služby. Modernizace sama o sobě jistě není nic negativního, pokud však snaha neskončí jenom „na povrchu“ a pokud pokračuje i směrem „dovnitř“ služby. Bude zajímavé sledovat, za kolik let i my budeme říkat ostatním, kde jsme měli dříve bazény... Nicméně situaci lze řešit i opačně – nabídnout služby původně vyhrazené pouze obyvatelům zařízení širší veřejnosti z okolí.

Společně se změnami uvnitř jednotlivých zařízení probíhají (intenzivněji v posledních letech) paralelně i procesy *deinstitutionalizace* a *transformace* zařízení, jejichž cílem je poskytovat sociální služby v přirozeném prostředí lidí a podpořit tak naplňování jejich individuálních potřeb. Výsledným stavem má být péče o člověka v běžných životních podmínkách. (Kritéria transformace, 2009) Tyto procesy však provázejí těžkosti a rizika, spočívající především v nedostatku alternativních služeb v komunitě a v její nepřipravenosti, v nízkých příjmech uživatelů služeb, které by nestačily pokrýt náklady života v běžném prostředí, ale často také v nedostatku motivace na straně klientů i personálu pro takto zásadní změnu, i v obavách z porušení dosavadních jistot apod. (Koščíková, 2008)

Důležité je, aby všechny probíhající změny byly promyšlené a koncepční a aby nakonec nesměřovaly k poškození situace uživatelů služeb spíše než k jejímu zlepšení. Haškovcová (2010) např. upozorňuje na negativa současného výrazně zákaznického modelu služby, který může v řadě případů vyhovovat, ale nehodí se pro všechny skupiny. Klientem (zákazníkem) v pravém slova smyslu nemůže být např. starý člověk trpící demencí, kterých podle výzkumného šetření

Vaňkové a kol. (2008) žije v domovech pro seniory více než 40 %; taktéž pokud je člověk v zařízení sociálních služeb stížen nemocí, ocitá se spíše v roli pacienta, který očekává větší míru zdravotní a ošetrovatelské péče. Rovněž procesy deinstitucionalizace a transformace mají svá rizika, která je třeba dopředu zvážit i se všemi okolnostmi.

V posledních dvaceti letech došlo tedy u nás k značnému rozvoji sociálních služeb, zprvu živelnému a posléze koordinovanějšímu, kdy byly příslušnou legislativou stanoveny podmínky pro jejich poskytování a zkvalitňování. Formou příspěvku na péči a poskytováním služeb na základě smluvního principu byla podpořena snaha o změnu postavení uživatelů služeb, kteří se z pasivních příjemců služby stali aktivními účastníky systému. Bohužel se zatím nepodařilo uspokojivě vyřešit složitou problematiku nevyhovujícího systému financování sociálních služeb. Jedním z pozitivních důsledků popsaného vývoje nepochybně je, že v současném období si zřizovatelé a vedoucí pracovníci zařízení již nekladou otázku, **zda** se mají kvalitou služeb vůbec zabývat, ale **jak** ji efektivně implementovat a řídit.

1.4 Současný koncept kvality poskytovaných služeb

1.4.1 Nové požadavky na kvalitu a tlak na změnu

Přestože neexistuje jednotná definice kvality, pokusíme se nejprve zformulovat alespoň její základní a důležité atributy. Zatímco v prostředí výroby má řízení kvality již svou dlouholetou tradici (Juran, Crosby, Ishikawa, Deming aj.), ve službách je situace poněkud složitější. Důvodem je podle Vebera (2002) především nehmotný charakter služeb a obtížné definování jejich měřitelných znaků. Crosby např. definuje kvalitu jako *shodu s požadavky*, které ale musí být jasně vyjádřeny a převedeny do měřitelných charakteristik. Ishikawa klade důraz na uspokojení *očekávání zákazníka*, nejen naplnění stanovených norem. (ibid) Moullin (dle Mátl, Jabůrková, 2007) přidává ještě atribut *ceny* a říká, že zákazník očekává naplnění požadavků za přijatelnou cenu. Kvalita výrobku nebo služby, vyjádřená určitými

vlastnostmi a znaky, je spotřebiteli hodnocena, vždy však při hodnocení záleží na daném jedinci, jeho pohledu, preferencích a očekáváních. V tomto směru je důležitá definice Feigenbauma, že kvalita je to, *co za ni považuje zákazník*. (dle Vebera, 2002) Požadavky zákazníků a spotřebitelů na kvalitu postupně v souvislosti s jejich větší informovaností rostou a nejinak je tomu i v oblasti sociálních a zdravotních služeb. Tak jako v komerční sféře lidé od profesionálů očekávají slušné a vstřícné chování, chtějí mít možnost výběru služby i možnost ovlivnit její poskytování. Tomu napomáhá i systém přímých plateb, za které si občané služby nakupují. (Anderson, 2000, dle Jabůrková, Mátl, 2003) V souvislosti se zajišťováním kvality péče bývají často formulovány následující požadavky, které mají poskytovatelé naplnit: „spokojenost klientů, reakce na potřeby uživatelů, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, odpovídající prostředí, bezpečí, kontinuita péče a dostupnost.“ (Mátl, Jabůrková, 2007: 18, 19) Zajištění těchto požadavků vyvolává tlak na změnu přístupů ke klientům a na zajištění lepší dostupnosti a kvality služeb. Ke klientům se začíná přistupovat jako k zákazníkům a postupně se buduje „zákaznická“ kultura, ve které je při utváření služby a hodnocení její kvality určující kategorií *pohled klienta a jeho spokojenost*.

Přes určitou obtížnost definovat měřitelné ukazatele v oblasti služeb je nutné nastavit určité parametry, aby bylo možno kvalitu nějak posuzovat a hodnotit. S využitím zkušeností ze zahraničí (zejména Velké Británie⁸) byly v České republice připraveny a po diskusích s odbornou veřejností zavedeny standardy kvality sociálních služeb, které se později staly v souvislosti s přijetím nových legislativních norem pro poskytovatele závaznými.

⁸ Česko-britský projekt na podporu MPSV při reformě sociálních služeb, realizovaný v období 2000-2003 s podporou britského Ministerstva pro mezinárodní rozvoj.

1.4.2 Kvalita v příslušné legislativě

V sociální oblasti nastal v souvislosti s dříve popsáním procesem reformy a přijetím příslušné zákonné úpravy⁹ velký posun v zavádění a sledování kvality poskytovaných služeb. Základní podmínkou pro poskytování kvalitní služby je *registrace* poskytovatelů sociálních služeb. Od 1. ledna 2007 (účinnost zákona o sociálních službách, dále jen zákon) musí mít všichni poskytovatelé oprávnění k činnosti, tzn. musí splnit registrační podmínky pro druh služby, kterou chtějí poskytovat. Podmínky pro registraci obsahují mimo jiné požadavek na bezúhonnost a odbornou způsobilost pracovníků, poskytnutí veškerých informací o službě (kde, jak a kým je poskytována, pro jakou cílovou skupinu...), zajištění patřičných materiálních, technických a hygienických podmínek služby nebo požadavek uzavřít pojistnou smlouvu pro případ odpovědnosti za škodu, která by vznikla při poskytování služby apod. (Zákon, 2006)

K podmínkám stanoveným zákonem patří rovněž povinnost poskytovatelů dodržovat *standards kvality sociálních služeb*, které kladou důraz na ochranu práv a důstojnosti člověka, princip individuálního poskytování péče a na sociální začleňování. Zákon o sociálních službách rovněž stanovil kritéria odborné způsobilosti sociálních pracovníků, kteří působí v oblasti sociálních služeb, včetně důrazu na jejich podporu a průběžné vzdělávání. (ibid)

Plnění podmínek poskytovatelů stanovených pro registraci, dodržování standardů kvality a dalších podmínek dle zákona včetně toho, zda a jakým způsobem poskytovatel využívá opatření omezující pohyb klientů, kontroluje *inspekce* sociálních služeb.¹⁰ Mezi další podmínky vyplývající ze zákona, které jsou inspekci kontrolovány, patří povinnosti poskytovatelů: informovat srozumitelnou formou uživatele o parametrech poskytované služby nebo o podmínkách, které vyplývají

⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰ Inspekci vykonávají s účinností od 1. ledna 2012 krajské pobočky Úřadu práce ČR (do 31. prosince 2011 to byly krajské úřady, resp. MPSV ČR u služeb zřizovaných samotnými kraji). Zdroj: <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/277#12> [cit. 7. 1. 2012].

z uzavřené smlouvy mezi poskytovatelem a klientem, vytvářet podmínky pro naplňování lidských a občanských práv klientů, zamezit střetům zájmů mezi poskytovatelem a klientem, plánovat a hodnotit průběh služby společně s uživatelem, vést evidenci žadatelů o službu apod. (ibid)

Všechny vyjmenované součásti konceptu kvality podle platné legislativy (poskytování služeb na základě registrace, dodržování standardů kvality a dalších podmínek dle zákona a inspekce kvality) by měly přispět k tomu, že služba bude poskytována odborně, bezpečně a kvalitně. Jelikož jsou standardy kvality v současné době u nás základním nástrojem pro řízení kvality v oblasti sociálních služeb, osvětlíme blíže jejich podstatu a smysl.

1.4.3 Standardy kvality jako vize „nové“ kultury poskytování služeb

Pokud hovoříme o novodobém pojetí služeb orientovaných na klienta, musíme umět nejprve určit, kdo je oním klientem, a zároveň stanovit účel a cíle služby, kterou chceme klientům poskytovat (Payne, 2002). Ačkoliv to vypadá jednoduše, definovat cílovou skupinu uživatelů, stanovit poslání a cíle služby a hodnoty, ze kterých vychází, není pro poskytovatele jednoduchým úkolem. To zřejmě souvisí s tím, že dříve nebylo zvykem zamýšlet se nad takovými „banálními“ věcmi, neboť jestliže již služba jednou existovala, nikoho nenapadlo ptát se dále po jejím účelu. *Cíle a poslání* určují základní kontext, z něhož organizace při nastavení služby vychází, a ne náhodou jsou tedy obsahem prvního standardu kvality. Jak Payne uvádí dále, jenom cíle nestačí, „musejí vzniknout dobře definované *postupy a procesy* hodnocení toho, jak jsou cíle naplňovány“. (ibid: 102-103) Ty zase musí být doplněny konkrétními písemnými *směrnici a pokyny*, které napomáhají jejich realizaci.

Písemné metodiky jsou sice důležité, ale zaměstnanci musí vědět, proč jsou připraveny takto a ne jinak, musí chápat jejich smysl. Jen tak je možné zajistit takovou implementaci standardů do praxe, která neustrne jen na formálním

naplňování a přinese očekávaný výsledek (Musil a kol., 2007).¹¹ To je možné zajistit především participací zaměstnanců na vytváření nebo spíše hledání způsobu naplňování standardů kvality a vedením diskusí o *hodnotách a principech*, které jsou v daném standardu určující. Tyto „obecné principy zahrnují otázky důstojnosti, soukromí, práva výběru, nezávislosti, osobních aspirací a naplňování práv klienta a odrážejí se v **personálním, provozním a procedurálním**¹² zajištění služby“.

(Akreditace, 1999)

V konkrétních standardech se výše uvedené principy projevují např. následujícími výroky: „Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace“, „Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by (...) mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob...“, „Poskytovatel při uzavírání smlouvy (...) postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy“, „Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh (...) služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přáních osoby“, „Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím...“ apod. (Obsah standardů, 2006)

Jelikož je standardy potřeba aplikovat na všechny druhy služeb, jsou zde principy formulovány velmi obecně a je na každém poskytovateli, aby definoval, co konkrétně v daném zařízení a vzhledem k jeho klientům znamená porušování práv, kde hrozí střety zájmů, jak zajistit klientům soukromí, jak bude u klienta podporovat jeho sociální vazby, jak zjistí, zda je klient spokojený, jsou-li naplněny cíle, které byly stanoveny apod. Konkretizace abstraktních pojmů s hodnotovým a etickým nábojem, jako je důstojnost, kvalita života nebo autonomie, je možné docílit **individualizovaným přístupem** ke klientovi, stanovováním osobních cílů na základě znalosti předchozího života klienta i jeho současných potřeb a jejich realizací

¹¹ Musil se svými kolegy definoval na základě svých výzkumů v zásadě dva typy přístupů k implementaci standardů kvality v organizacích: „administrativní“ a na „službu zaměřené“. (Musil a kol., 2007: 64) Podrobněji obě pojetí rozebereme v části věnované vybraným aspektům organizační kultury.

¹² Celkem 15 standardů kvality, které prostřednictvím jednotlivých kritérií definují, jak má sociální služba vypadat po procesní, personální i provozní stránce.

a přehodnocováním v procesu individuálního plánování služby. Právě míra individualizace péče o klienty může být v zařízeních sociální péče indikátorem pozitivní změny v přístupu ke klientům, a tudíž i důležitým ukazatelem kvality. (Štegmannová, Havrdová, 2010)

Podstata a smysl standardů kvality tedy spočívají v „...podpoře osobního růstu a nezávislosti uživatele“ (Standardy kvality, 2002: 4), ale rovněž v podpoře zaměstnanců a vytváření co nejpříznivějších podmínek pro poskytování služby. Standardy kvality však nejsou pouze normami, které má kvalitní sociální služba naplňovat. Za standardy kvality je třeba hledat něco více, lze v nich prostřednictvím deklarovaných hodnot spatřovat určitou vizi, **obraz „nové“ kultury orientované na klienta**. Taková kultura zohledňuje *klady zákaznického přístupu* (tj. pohled klienta a jeho spokojenost, možnost výběru služby, možnost ovlivnit její poskytování), ale zároveň *zvláštnosti sociálních služeb*, zejména jejich hodnotovou a etickou dimenzi, intimní povahu, vazbu na členy rodiny a především vztah jako součást profese (Kopřiva, 2000), které v zákaznickém přístupu chybí.

Jmenovali jsme zde hodnoty, jako jsou ochrana důstojnosti a práv klienta, respektování soukromí, autonomie apod., které jsou ve standardech kvality obsaženy. Jejich uplatňování vůči klientům však není samozřejmé. Z provedených inspekcí a dalších šetření (např. kanceláře ombudsmana) vyplývá, že ochrana práv klientů a individuální plánování péče jsou v praxi institucí nejobtížněji naplňovanými standardy. Klademe si zde základní otázku, jak lze v organizacích poskytujících sociální služby docílit skutečné změny v přístupech ke klientům a jakou roli v tomto procesu sehrávají *osobnost pracovníka a organizační kontext*. Nejprve se ale budeme věnovat vývoji hodnot, které jsou základem pro individualizovaný přístup ke klientům v zařízeních sociálních služeb.

2 Východiska pro uplatňování individualizované péče o klienty

Základním hodnotovým rámcem pomáhajících profesí, který můžeme rovněž považovat za základ a vodítko správného jednání, je **respekt a úcta k člověku**, od kterého se pak následně odvíjejí i *další hodnoty*, zejména autonomie klienta, jeho akceptace, individuální přístup, dodržování diskrétnosti apod. (Nečasová, 2004) Jejich uplatňování vůči klientům určuje podstatnou měrou kvalitu jejich života v institucích, proto si nyní připomeneme jejich historický vývoj tak, jak se odehrával jednak v přístupech k člověku v rámci pomáhajících vztahů, a jednak ve vývoji rezidenčních forem pomoci starým lidem. Blíže se budeme věnovat pojmu *autonomie* a možnosti *svobodného rozhodování* jednotlivce, které patří do konceptu individualizovaného přístupu pracovníků ke klientům. V další části navážeme popisem přechodu od „staré“ (paternalistické) k „nové“ (individualizované) péči, který není snadný pro pracovníky, ale ani pro samotné klienty. Na závěr této kapitoly popíšeme koncept individualizované péče o klienty.

2.1 Hodnoty v přístupech k člověku v rámci pomáhajících vztahů

S hodnotami se setkáváme na všech úrovních společnosti od makroúrovně až k jednotlivci, kde fungují např. jako stavební kameny kultury, zdroje sociální soudržnosti, zdroje motivace i regulátory norem chování. (Prudký a kol., 2009) V užším pojetí je hodnota „explicitně nebo implicitně pro individuum nebo pro skupinu charakteristické pojetí žádoucího, které ovlivňuje volbu způsobu chování, jeho prostředků a cílů“. (Kluckhohn, 1951, cit. dle Nakonečný, 1999: 131)

Formy poskytnutí pomoci starým lidem se sníženou soběstačností, kterým chybělo zázemí širší rodiny, byly ovlivněny jak změnou materiálních podmínek, tak i změnou společenských hodnot a z nich vyplývající společenské praxe. Péče o seniory se sníženou soběstačností vyžaduje komplexní zdravotně-sociální péči, což

znamená, že v prostředí pobytových sociálních služeb se setkávají nejméně dvě dominantní profesní tradice s vlastními akcenty a prioritami. Jedna vyrůstá z medicíny, její historie a hodnot v přístupech k člověku, druhá ze sociální práce jako profese s vlastním odborným diskursem a prioritami. V této kapitole nejprve stručně připomeneme některé dějinné vlivy vedoucí k prosazení hodnoty lidských a občanských práv a k důrazu na hodnotu člověka jako osoby. Poté vedle sebe postavíme vybrané hodnoty zmíněných profesních přístupů s ohledem na téma individualizace, ochrany práv a sociálního začleňování.

2.1.1 Člověk jako individualita a jako součást společnosti

Základem přesvědčení o tom, že člověk je svéprávnou osobou, je 2000 let stará křesťanská idea. Člověk jako individualita má vlastní hodnotu a důstojnost, protože je Bohem chtěn a stvořen k Jeho obrazu. Před Bohem jsou si všichni rovni. Výzva milovat druhé, jako Bůh miluje člověka, je kromě jiného základem lidské solidarity¹³ a také projevem úcty člověka k člověku. Je apelem na smýšlení a konání každého člověka vůči druhému. Jde o respekt ke každé lidské bytosti, a tím zároveň i o respekt a úctu vůči vlastnímu svědomí.

Humanismus na přechodu mezi středověkem a novověkem zdůraznil lidskou autonomii a svobodu o sobě, nezávisle na Bohu. V období vrcholného středověku se pak objevila idea „subjektivních práv“ jednotlivce, která se během dalších staletí rozvinula a vedla posléze až k Všeobecné deklaraci lidských práv, přijaté jako rezoluce OSN v r. 1948. Jde o „kulturní a společenský výtvar, krajně složitý, jemný a podivuhodně dokonalý výsledek tisíciletého snažení mnoha a mnoha lidí a jejich institucí“. (Sokol, 2007: 267) Všeobecná deklarace lidských práv definuje ta nejzákladnější lidská práva, kterými je nadán každý člověk. Práva jsou odvozena od základních lidských a občanských potřeb (např. svoboda, čest, bezpečí, životní úroveň, ale i právo volit). Stát je sice zaručuje (u nás v Listině základních práv

¹³ Benedikt XVI (2009): Právý humanismus není uzavřen do sebe, hledá dobro druhého, je otevřený transcenci: „Bez Boha člověk neví, kam má jít, ani není schopen pochopit, kdo je.“

a svobod¹⁴), fakticky je však člověku musí „dávat“ druzí lidé, kteří se cítí za to být odpovědní. (Sokol, 2007: 268) Úroveň přiznaného a konkrétního naplňování těchto potřeb závisí na stavu společenského vědomí, dostupných materiálních statcích i vztazích, v nichž se člověk ocitá. I přes legislativní zakotvení některých lidských práv a svobod jde v mnoha případech především o hodnotu jen částečně vynutitelné lidské solidarity, jejíž míra musí být vždy znovu nějak legitimizována. Do zápasu o poznání odpovědnosti za druhé lidi a způsobů jejího naplnění se zapojily od konce 19. stol i tzv. **pomáhající profese**.¹⁵

Každá profese sdílí vlastní hodnoty, podle nichž posuzuje správné a nesprávné (resp. profesionální nebo neprofesionální) chování svých členů, což úzce souvisí s **profesní etikou**.¹⁶ V rezidenční péči o seniory jsou silně zastoupeny především dvě profesní skupiny – zdravotní sestry a sociální pracovníci. Na základě empirických poznatků víme, že mezi zdravotníky a sociálními pracovníky dochází v rezidenční péči k určitému nesouladu v hodnotách a pojetí práce s lidmi. (např. Mátl, Jabůrková, 2007: 40) Podle Sotoniakové patří mezi atributy, které v zásadě odlišují profesi od povolání, právě společně sdílené hodnoty a dále i povinnosti vůči určitému kodexu jednání, systematicky uspořádané vědomosti a funkční orientace na společenské úkoly. (Sotoniaková, 2004)

Nejdůležitějším „nástrojem“ je v pomáhajících profesích **osobnost pomáhajícího**.¹⁷ Podle Havrdové jsou funkcionálním projevem jeho kompetence „odborné znalosti, schopnost adekvátně reflektovat kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese“. (Havrdová, 1999: 42) V průběhu vzdělávání začínajícího profesionála dochází k jeho socializaci do dané profesní role, s níž se pak více nebo méně identifikuje. Někdy má pak potřebu se vymezovat vůči jiným profesím, což

¹⁴ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., v platném znění.

¹⁵ Tzv. pomáhající profese, tedy „povolání zaměřená na pomoc lidskému jedinci, který se nachází v určité situaci nouze, ale i pomoc zaměřenou na optimální rozvoj člověka. Jde zejména o lékaře, psychology a psychoterapeuty, sociální pracovníky, učitele (zejm. speciální pedagogy) apod. Významnou roli v jejich práci hraje osobnost pomáhajícího“. (Sociologický slovník, 2001: 195)

¹⁶ K principům etického rozhodování v oblasti péče o seniory se ještě vrátíme v kapitolách věnovaných etice ctností, resp. etice péče.

¹⁷ Osobnost pomáhajícího pracovníka a důležitost jeho osobních vlastností podrobněji rozebíráme v samostatné části této práce.

sice posiluje jeho profesní identitu, ale neprospívá mezioborové týmové spolupráci. Negativní vymezení sebe sama může nabývat většího významu u profesí, jejichž identita není příliš stabilní a uznávaná. K nim nepochybně u nás patří jak ošetřovatelství, tak sociální práce, které, ačkoli se rozvíjejí od druhé poloviny 19. století, o svůj status stále zápasí. Přitom zdravotní sestry mají o něco ztíženou pozici, a to ve vztahu k lékařům (např. Malinková, 2005), s nimiž přicházejí do styku již v průběhu odborné praxe probíhající většinou v nemocnicích. Jsou tedy pod silným vlivem inkulturace tzv. medicínského modelu (viz níže).

Porovnáme-li obsah vzdělávání obou profesí z hlediska předávaných hodnot v přístupu k člověku, nenajdeme s ohledem na lidská práva, individualizaci a sociální začlenění velké rozdíly, které by mohly být zdrojem střetů. Obě profesní disciplíny především chápou člověka jako autonomní bytost a **pomoc plánují „spolu s ním“**, jak ukazuje v ošetřovatelství již v r. 1961 I. J. Orlando a její teorie ošetřovatelského procesu (dle Pavlíková, 2006) nebo v sociální práci již v 50. letech na úkol zaměřený přístup a další. (Řezníček, 1993) Oba obory ve svém vývoji zohledňují postupně humanistické, interpersonální i systémové přístupy, ve druhé polovině 20. století pak implementují i transkulturální a anti-opresivní ohledy (tj. antidiskriminační, působící proti znevýhodnění).¹⁸ Význam prostředí a důraz na individualizaci jsou součástí ošetřovatelského procesu již od doby Florence Nightingale a sociální práce od doby Alice Salomon (obě konec 19. století). Zdravotní sestra vede nemocné k sebeděči a edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče, sociální pracovník usiluje o zplnomocnění svého klienta v rámci jeho rodinného systému, aby nepřebíral „za něj“ starost. (Macek, 2001)

Jak oblast zdravotnictví, tak sociální práce se nechaly ovlivnit významnými paradigmaty vývoje vědy (kybernetika, teorie systémů, konstruktivismus aj.). Liší se svými cíli, těmi se také ale vzájemně doplňují. Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické a psychické bolesti nejen v průběhu ošetřovatelského procesu, ale i v průběhu umírání. (Pochylá, 2005) Sociální práce se „zaměřuje na naplnění lidských potřeb a rozvinutí lidských možností. Lidská práva a společenská spravedlnost slouží jako motivace

¹⁸ Madeleine Leininger či Lena Dominelli.

a zdůvodnění činnosti sociální práce. V solidaritě se znevýhodněnými se sociální práce snaží zmírňovat chudobu a osvobozovat zranitelné a ponížené lidi za účelem posílení jejich společenského zapojení¹⁹.

Oba obory shodně vyznávají, že s respektem k individualitě a autonomii vyjednávají prostředky a cíle své pomoci s člověkem, kterého se má pomoc týkat. Pokud by se tedy pracovníci těchto profesí setkávali ve svých nejlepších profesních tradicích, můžeme očekávat tu nejlepší spolupráci. Přesto se zdravotníci a sociální pracovníci mezi sebou nejen o svých přístupech a hodnotách v rezidenční péči často neshodnou, ale mnohým z nich činí obtíže naplnit myšlenku individuálního plánování v rámci standardů sociálních služeb. Tato skutečnost bude vyžadovat zkoumání, neboť příčin je více. Jmenujme zde známý fakt, že deklarované profesní hodnoty nejsou vždy shodné s praxí, pracovníci se liší v představě o jejich konkrétním naplnění (Nečasová, 2004), nepříznivě působí i zmíněné negativní profesní sebevymezení posilující nejistou identitu a také rozdíly ve mzdách. (Mátal, Jabůrková, 2007) Zde se chceme zastavit ještě u dalších vlivů, a to u vlivu kulturních modelů v medicíně a vlivu kolektivismu komunistického režimu.

Popsané hodnoty v přístupu k člověku se v západních zemích objevily jako součást výuky a uznávaných forem profesionality již zhruba před 40-50 lety, přesto je u nás označujeme jako „nové“. Z toho je zřejmé, že jsou dosud velké skupiny těchto pracovníků pod vlivem paternalistických hodnot, které dominovaly v dřívějším režimu, a kulturně se dále předávají.²⁰ Potvrzuje to např. Sýkorová, když upozorňuje na praxi mezi sociálními pracovníky, že potřeby uživatelů služeb jsou většinou interpretovány druhými – experty, pečovateli, ale nezřídka i rodinnými příslušníky. (Sýkorová, 2007) Podobný přístup bývá v sociální práci označován jako „medicínský model“, který byl významný i při vzniku sociální práce a po jistou dobu ovlivňoval tzv. případovou práci. Zřejmě jím tedy nejsou ovlivněny jen zdravotní sestry. Podíváme se nyní, jak jej popisují sami lékaři.

¹⁹ Aktualizovaná definice sociální práce přijatá Generálním shromážděním Mezinárodní federace sociálních pracovníků v Montrealu, Kanada, červen 2000. Zdroj: <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace> [cit. 31. 8. 2010].

²⁰ Svůj podíl na udržení paternalistických hodnot ve společnosti má u nás i období komunismu, kdy „tatíček stát“ všechno zařídil.

2.1.2 Tzv. *medicínský přístup k člověku*

Jak uvádí Haškovcová (2007), ve zdravotnictví byl tradičně vztah mezi lékařem a pacientem jednak z důvodu rozdílu v přístupu k informacím a schopnosti je vyhodnotit, jednak díky vysoké úctě, již se těšila lékařská profese, vztahem **paternalistickým**. Podle Honzáka (2003) přijala ustavující se novověká lékařská věda převládající materialistický a pozitivistický diskurs doby, který umožnil pojímat člověka jako „tělo“, „rozumný stroj“, „objekt“ svého zkoumání a manipulací.²¹ Hlavní důraz byl kladen na „nemoc“ a na její objektivní důkazy. Tento dualistický a mechanistický přístup k člověku, rozdělující od sebe tělesné a psychické aspekty jeho života, přetrvává dosud. I v současnosti se studenti lékařství při setkání s nemocným člověkem seznamují v rámci kursů anatomie, biochemie či fyziologie s modelem relativně přehledné, i když komplikované struktury lidského těla a s mechanismy, které v něm fungují (Uexkull, Wesiack, 2003). Od tohoto prostorového chápání „těla“ lékař odvozuje pokyny pro materiální zásahy, a to pravděpodobně i pod vlivem imponující průmyslové kultury. Tyto možnosti vyvolávají dobrý dojem, že model „tělo-stroj“ funguje a že psychické a sociální souvislosti nejsou tak podstatné. To zdánlivě potvrzují i nesporné úspěchy v léčbě, jichž dosáhla medicína za poslední století právě díky biomedicínskému modelu (ibid).

Popsaný vliv působí významně **ve prospěch udržování paternalistického vztahu** lékaře a pacienta, neboť redukuje pacienta na objekt péče. Důsledkem zpředmětnění člověka jako stroje totiž je, že stroj nic necítí a nemůže se rozhodovat, otázka zajištění práv či respektu k prožívání a individuálním potřebám, které nesouvisí s diagnózou a léčbou, se jeví jako nepodstatná. Z důvodu vyšší specializace, a tím i vyššího počtu profesionálů, s nimiž se nemocný setkává, se kromě toho nevytvářejí osobní vztahy mezi lékařem a pacientem, které by mohly

²¹ Podle Benyovzského (2001: 43) Descartes sice přivedl téma „člověk“ na téma „subjekt-objekt“, kde může být jako objekt pozorován, co však mu dle Descarta jako člověku náleží, není to, že je „objektem“, ale on je tím, vůči čemu stojí proti ony „objekty“, tím, co jim dává smysl. Člověk je tedy východiskem, ke kterému je svět ve svém významu vztažen. Pokud tedy pozdější generace lékařů odvodily svůj materialistický přístup k člověku od Descarta (jak uvádí např. Honzák, 2003), zřejmě šlo spíše o zjednodušující pochopení jeho filosofie.

usnadnit zohlednění potřeb nemocného v jejich komplexnosti. (Haškovcová, 2007) Dominantní hodnotou, kolem níž se vztah zdravotníka a pacienta účelově utváří, je především **odstranění symptomu nemoci ve stylu opravy toho, co nefunguje**. Medicínský model má stále velký vliv, a to zejména v oblasti akutní a biologicky zaměřené medicíny. Mnozí odborníci upozorňují v této souvislosti na skutečnost, že ve spojení s farmaceutickými a průmyslovými lobby je hodnota zdraví zatížena ekonomickými a politickými zájmy, což vede k předražení systému a jeho krizi. Největšími kritiky biomedicínského přístupu jsou odborníci na psychosomatickou medicínu.²² Také mnozí jiní odborníci, např. z oblasti gerontologie a geriatrie považují tento reduktivní model přístupu k člověku pro svůj obor a své klienty za nevhodný. (Goodwin, 1999; Kalvach, Holmerová, 2004 aj.)

2.1.3 Biopsychosociální model v medicíně

Jako protiváha k uvedeným hodnotám biomedicínského modelu, které mají, jak vidíme, své filosofické, historické i odborné kořeny a udržují se a posilují se v euroamerické kultuře až do současnosti již celá staletí, se začaly i kvůli zkušenosti s totalitními systémy rozvíjet v péči o člověka a jeho zdraví nové přístupy. Proměny vztahu lékaře a pacienta po 2. světové válce do současnosti podrobně popisuje Haškovcová (1997, 2007). Např. právo nemocného na „**respekt, sebeurčení a individuální přístup**“ obsahuje již kodex „Práva pacientů“ z roku 1971. (Haškovcová, 2007: 16) Ve prospěch vzdání se paternalistického vztahu působí rovněž požadavek respektování nemocného jako rovnocenného partnera, povinnosti poskytnout srozumitelným způsobem informace a nezneužít důvěru. (Haškovcová, 1997: 71) A konečně je mocným impulsem pro vytváření partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem Konvence o biomedicíně.²³ *Partnerský přístup* k pacientům

²² Postoje odborníků publikujících názory o tomto tématu lze najít např. na <http://psychosomatika.cz>.

²³ Konvence o biomedicíně či v právní literatuře Úmluva o biomedicíně, kterou ratifikoval Parlament ČR v roce 2001, je zkrácený název pro Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Úmluva je „založena na strategii důsledného partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem“. (Haškovcová, 2007: 9)

a jejich *informovanost* souvisí s tzv. **biopsychosociálním přístupem k člověku**, který se na úrovni veřejných programů a deklarací stává od poloviny minulého století v oblasti zdravotnictví uznávanou hodnotou (optikou), jež může působit zejména **ve prospěch ochrany práv klientů** a celostního přístupu k člověku s jeho psychickými i sociálními potřebami. Více o tom píše ve svých dílech Munzarová (např. 2005), Haškovcová aj.

Vedle vlivu medicínských přístupů působí v oblasti zdravotní a sociální péče na člověka také vliv architektury zařízení, v nichž péče probíhá.

2.1.4 Vliv architektury a prostředí na hodnoty péče

Vědecký vývoj v oblasti mikrobiologie a genetiky vede k novým medicínským oborům a metodám diagnostiky i léčby, což se promítá např. i do zkracování hospitalizací (vznik oddělení tzv. jednodenní hospitalizace). Podobné změny nesou permanentní požadavky na změny uspořádání nemocnic a jak uvádí Fořtl (2007), projekty přitom stárnou již ve fázi své přípravy. Taktéž změny v přístupu a hodnotách kvality života s sebou nesou nové požadavky na uspořádání prostředí dlouhodobé péče, kde pobyt seniorů se sníženou soběstačností v zařízeních vzniklých buď za účelem akutní péče (oddělení dlouhodobé péče v nemocnicích), nebo za účelem umístění seniorů do kolektivních zařízení bez respektu k jejich soukromí a dalším potřebám neodpovídají „novým“ přístupům. (Kalvach a kol., 2004) Nůžky mezi akutní a dlouhodobou péčí se tak rozevírají i kvůli architektuře, jejíž vliv má zatím zpravidla velkou setrvačnost. Značný počet zařízení pro seniory pochází ještě z období 50. až 80. let, některá jsou i starší. Zdi budov, uspořádání a velikost pokojů, počet lůžek, umístění budovy a její dopravní dostupnost, to vše má podstatný vliv na možnosti naplnění hodnot, jako jsou autonomie, individualizace či sociální začlenění v péči o seniory, i na celkovou atmosféru v zařízení. Jde tu o jeden ze zdrojů udržování paternalistického přístupu, depersonalizace a dalších průvodních

jevů institucionalizace²⁴, které jsou v rozporu s deklarovanými hodnotami jak zdravotních sester, tak sociálních pracovníků. I dnes stále ještě vznikají nevyhovující kolosy určené pro život seniorů, kde je obtížné vsunout humanizující prvky prostředí jak pro personál, tak pro budoucí uživatele. Mnozí odborníci proto jednoznačně preferují úplnou de-institucionalizaci, v principu totiž nepovažují za možné se jinak vlivu institucionalizace ubránit. (Kořínková, 2008) Jiní argumentují potřebou zachovat různé varianty domácí, komunitní i institucionální péče, předpokládají však, že prostředí dlouhodobé péče je nutné upravit podle nově vytvořených kritérií kvality. (Holmerová, Válková, 2010)

2.2 Hodnoty ve vývoji rezidenčních forem pomoci starým lidem

Dříve byla péče o seniory součástí odpovědnosti v rámci rodinného systému, s atomizací tohoto systému (jen rodičovský pár a potomci) a díky vyšší mobilitě však došlo k oslabení rodinných vazeb, a tím i odpovědnosti, kterou od rodiny částečně převzal stát²⁵. (de Singly, 1999) Nejprve je to ale církev, která na základě křesťanské lásky k bližnímu poskytuje útočiště a materiální pomoc chudým, starým a nemocným lidem v chudobincích, starobincích a špitálech, které můžeme považovat za předchůdce dnešních rezidenčních zařízení. První špitály založené při farách či kláštorech měly spíše azylový charakter (nebyly orientovány na léčení, ale sloužily jako útulek pocestných, nemocných a starých lidí). Teprve později byly zakládány všeobecné nemocnice pro řešení akutního zdravotního stavu pacientů. (Matoušek, 1999; Kalvach, Holmerová, 2004) Ve vývoji hodnot rezidenčních forem pomoci starým lidem můžeme tedy sledovat vývoj od důrazu na pouhé *materiální zajištění* (záchrana prostého života, poskytnutí přístřeší a trochy jídla) k důrazu na zachování *hodnoty zdraví* vedoucí ke stále složitějším formám zdravotní péče (ošetřování

²⁴ Goffman (1961) uvádí dále závislost, letargii, pasivitu, předsudky, stereotypy, diskriminaci, skrytou i otevřenou hostilitu aj.

²⁵ Stále však platí princip subsidiarity - v první řadě by měla nést odpovědnost za péči rodina.

nemocných, péče o umírající, komunitní péče) a sociální pomoci (od domovského práva spojeného s hodnotou *začlenění do obce*, důchodové zaopatření a sociální služby) až po současné koncepty *kvality života* ve stáří. (Haškovcová, 1990; Janečková, 2004; Tomeš, 2001) Velkou roli v rozvoji novodobých důrazů na tradiční křesťanské hodnoty, jako je **respekt a úcta k lidské bytosti**, má i koncept **lidských práv** a navazujících listin práv a svobod různých ohrožených skupin.

Důraz na **materiální zajištění** se znovu objevuje jako velmi aktuální zejména po 2. světové válce, u nás ale přetrvával i v průběhu socialismu a ovlivnil péči o seniory v domovech důchodců, které se začaly budovat počátkem padesátých let s nadějí na vyřešení problémů starých lidí. Do domovů tehdy odcházeli relativně zdraví a soběstační senioři, kteří se přestávali opírat o často silně zatíženou rodinu. Některé domovy měly kvalitní a příjemné prostředí a naplňovaly tak vidinu pohodlnějšího a více zabezpečeného života, než jaký měli lidé mnohdy ve skromných domácích podmínkách.²⁶ Většinou však byly poznamenány kolektivistickým přístupem k člověku, se všemi dopady na vznikající institucionalismus. Postupně zvyšující se naděje na dožití, a tím i zhoršující se průměrný zdravotní stav stárnoucího obyvatelstva již ve druhé polovině minulého století vyžadoval stále větší rozsah lékařské a ošetrovatelské péče. **Medicínský pohled** tak vystřídal dosud uplatňovaný důraz na materiální zajištění starých lidí. (Haškovcová, 1990) Spojení kolektivismu s nutností zajistit péči o stále větší počty seniorů se zdravotními problémy vedlo k prohlubující se de-humanizaci péče v často ořesných podmínkách lůžkových zařízení. (Kalvach a kol., 2004)

Od konce 90. let je oblast péče o seniory obohacována konceptem **kvality života**, který radikálně přihlíží k individuálním potřebám a zájmům seniorů, a dostává se tak do napětí s obvyklou praxí institucionální péče. (Habart, 2007; Hajná, 2008) Kvalita života souvisí s lidskými potřebami a mírou jejich uspokojení ve všech rovinách (bio-psycho-sociální). Stáří má být de-medikalizováno, vzniká tak koncept aktivního stáří. Haškovcová (2010), Janečková (2004) hovoří o kvalitě života jako o relativním pojmu, který odráží subjektivní pocity člověka spojené s prožitkem štěstí, životní pohody, ale i zdraví, naplněném potenciálu osobního

²⁶ Předpisy pro přijetí zahrnovaly kritérium, že „budoucí obyvatel domova důchodců má být zcela, nebo prakticky zdravý a soběstačný“. (Haškovcová, 1990: 185)

rozvoje a smyslu života. Při pokusech o bližší definici pocitu štěstí a životní pohody se v literatuře setkáváme např. s následujícími pojmy: *kompetence* - jako pocit dovednosti, aktivity a možnosti dělat něco smysluplného, *autonomie* - jako možnost rozhodovat o svém vlastním životě a mít ho pod kontrolou a *nápojenost* – pocit svázanosti s jinými lidmi. Vše dohromady pak umožňuje vážít si sám sebe a mít tak pocit **sebeúcty**. (Csikszentmihalyi 1996, dle Hnilicová, 2003) Naopak zneschopňování lidí (ať už z důvodu přehnané nebo nedostatečné péče) a posilování jejich závislého postavení včetně omezení prostoru pro svobodné rozhodování a sebeurčení vedou často k narušení úcty k sobě samému, a z toho pramenícím pocitům nespokojenosti, osamělosti až ztráty smyslu života. (Janečková, 2004)

2.2.1 Respekt k člověku, autonomie a svoboda rozhodování

Jak bylo popsáno v předchozí části práce o vývoji hodnot, je **respekt a úcta k člověku** základním hodnotovým rámcem pomáhajících profesí, který můžeme rovněž považovat za základ a vodítko správného jednání. Filosofický základ respektu a úcty k druhému sahá až ke kořenům aristotelské filosofie, jeho rozvoj však nastal především v období filosofie křesťanské. Dnes jsou pevně zakotveny v širším pojetí konceptu lidských práv a *lidské důstojnosti*, související jak s životní rolí a postavením člověka ve společnosti, tak sebeúctou, vědomím vlastního „já“ nebo nalézáním životního smyslu.

Jak se prakticky projevuje **důstojnost**, můžeme ilustrovat na příkladu, zdánlivě nesouvisejícím se starými lidmi. „Přijde novinář, aby udělal rozhovor s člověkem bez domova, který prodává pouliční noviny: ‚Když jste se stal prodavačem, měl jste pocit, že jste znovu našel svou důstojnost?‘ Následuje okamžitá odpověď: ‚Milý pane, svou důstojnost, tu jsem nikdy neztratil! Je ve mně stejně jako ve vás. Nazvěme to jinak, totiž že okolí teď připouští, že nějakou mám‘.“ (Pichaud, Thareauová, 1998: 18) Lidská důstojnost je něco, co se samo nevytrácí tím, že člověk přijde o střechu nad hlavou nebo zestárne. Jiné je to ale s vlastním vnímáním důstojnosti. To, jak se my cítíme důstojně, záleží především na druhých lidech. (Sokol, 2007) Tím, jak s člověkem zacházíme v těch nejběžnějších situacích,

mu nastavujeme zrcadlo jeho vlastního sebeobrazu. V rezidenčních zařízeních tak např. přezíravé chování personálu, nevšímavost a projevy lhostejnosti, necitlivé zacházení s lidmi jako s věcmi, nerespektování studu a soukromí klientů, omezování autonomie klientů apod. ve starých lidech vyvolávají pocity méněcennosti a mohou vést až k pocitu ztráty vlastní důstojnosti.

Právě **autonomii** považují dle výsledků uskutečněných výzkumů samotní klienti žijící v institucích za jednu z nejdůležitějších hodnot. (Sýkorová, 2007) Pichaud a Thareauová hovoří o autonomii především v souvislosti s možností rozhodovat sám o sobě, což znamená...“vést život podle vlastních pravidel.“ (...) „...zůstat pánem svého chování a způsobu života.“ (Pichaud, Thareauová, 1998: 43-44) Přitom člověk může být zároveň autonomní i závislý na něčí pomoci. Vždy jde o kombinaci různého stupně závislosti a různého stupně autonomie, podle něhož se pečující rozhoduje o rozsahu a obsahu pomoci. Citlivé rozlišení byt' i jemných nuancí je úkolem personálu. Autonomie zároveň podle Paillata patří mezi **nejvýznamnější ukazatele kvality poskytované péče v zařízeních.**²⁷ Jde o to, „jak velkou část autonomie v osobním životě sociální zařízení člověku ponechá“. (...) „Je to možnost znovu si tam vytvořit svůj vlastní svět. Je to také vážnost a úcta pro toho nebo tu, kteří psychicky těžce snášejí své postavení.“ (Paillat, 1995, cit. dle Pichaud, Thareauová, 1998: 39)

Jak uvádí Sýkorová (2007), jinak chápou autonomii samotní senioři a jinak pracovníci. Např. Příhodová popisuje výsledky výzkumu, ve kterém si většina dotázaných pracovníků pod tímto pojmem představovala „fyzickou soběstačnost, schopnost se sám o sebe postarat a zajišťovat své osobní potřeby“, případně ještě „finanční zajištění“. Jen 3 % z uvedené skupiny pod pojmem autonomie uvedlo „možnost rozhodovat o svém životě a budoucnosti“. (Příhodová, 2004: 81) Pečovatelé tak redukují autonomii pouze na možnost vykonávat úkony sebeobsluhy. „K nesoběstačným seniorům pak „samozřejmě“ přistupují jako k neschopným a neoprávněným o sobě rozhodovat. Interpretují jejich potřeby a uzurpují si právo

²⁷ Autonomie je součástí konceptu *individualizované péče o klienty*, který popisujeme dále. Pojímáme jej jako synonymum „dobré“ a kvalitní péče, tj. takové, která prakticky naplňuje příslušné standardy kvality.

rozhodovat o míře a způsobu jejich saturace, vést seniory a dohlížet na ně v jejich nejlepším zájmu.“ (Sýkorová, 2007: 84)

Autonomie jako taková úzce souvisí s konceptem **svobody rozhodování** člověka. Nečasová (2004) uvádí dvě základní pojetí svobody - negativní a pozitivní, jak je vymezuje Berlin. *Negativní* pojetí svobody „předpokládá, že člověk si určil nějaký cíl, chce jej naplnit, ale druzí lidé (nebo jimi vytvořené instituce) mu v tom brání“. „*Pozitivní* pojetí svobody vychází z přání člověka být svým vlastním pánem, být subjektem, a ne objektem, sám sebe řídit, sám se rozhodovat, vymýšlet své cíle a postupy k cíli a ty potom uskutečňovat a nést za ně odpovědnost.“²⁸ (Nečasová, 2004: 42) V prvním případě jde tedy o možnost člověka uskutečnění vlastní rozhodnutí realizovat, ve druhém je již samotná možnost výběru definována jako hodnota sama o sobě.

V pobytových zařízeních může docházet k potlačování obou forem svobody člověka, a tím k omezování jeho autonomie. V prvním případě pracovníci, přestože vědí, jaká vnější překážka způsobuje omezení bránící klientovi dosáhnout stanoveného cíle nebo přání, nemusí jednat ve prospěch jejího odstranění. Nebo může nastat situace, kdy pracovník zasahuje už do oblasti samotné formulace cíle nebo přání klienta tím, že on sám nejlépe ví, co je pro klienta dobré. Uplatňování autonomie člověka žijícího v instituci je proto žádoucí vidět v obou těchto kontextech.

Podle Berlina je však někdy člověk schopen vzdát se (přínejmenším alespoň zčásti) hodnoty představované svobodou rozhodování ve prospěch jiných hodnot, např. bezpečí. (Berlin 1999, dle Nečasová, 2004) To je časté i u lidí žijících v pobytových zařízeních. Čím více jsou lidé v institucích závislí na péči, tím více vystupují do popředí hodnoty související např. s potřebou navázání důvěrného vztahu. (Sýkorová, 2007) Podstatné je, aby o tom, které hodnoty jsou pro něj důležité a které potřeby mají být uspokojeny, rozhodoval klient, ne pracovník.

Ačkoliv má autonomie více složek, v zařízeních máme na mysli především *možnost* lidí o sobě rozhodovat. Druhou stránkou téhož je však *schopnost a zájem* lidí v institucích samostatně rozhodovat. Výsledky výzkumu Levické

²⁸ Weischedel (1999) rozlišuje mezi *svobodou jednání* a *svobodou vůle*. (dle Nečasová, 2004: 53)

a Tomašovičové (2004) poukázaly na to, že zhruba po jednom roce klesá zájem klientů o nabízené aktivity, po sedmi letech už lze hovořit o rezignaci a apatii obyvatel s minimálním zájmem činit vůbec nějaká rozhodnutí.²⁹ Otázkou tedy je, jak udržet zájem člověka žijícího v instituci o dění. Máme za to, že správně prováděné principy individuálního plánování se stanovováním postupných cílů a zapojením klientů by mohly přinést zlepšení tohoto aspektu.

2.3 Mezi „starým“ a „novým“

Zatímco ještě nedávno byla charakteristická nutnost starého člověka zcela se podřídit režimu domova, dnes je hlavním cílem přizpůsobit režim zařízení potřebám jeho obyvatel ve všech oblastech – ošetrovatelské, obslužné, stravovací i aktivizační. Tímto požadavkem se dostává přístup v sociálních službách do rozporu s dříve převažujícími podmínkami režimu zdravotnických zařízení, který je pro dlouhodobý život zcela nevyhovující. Mátl s Jabůrkovou (2007) popisují i další problémy spojené s přechodem na poskytování komplexní sociálně-zdravotní péče. Jde o tradiční dělení zdravotnických, výchovných a sociálních pracovníků včetně rozdílné výše jejich mezd, což způsobuje problémy v komunikaci mezi těmito kategoriemi a znesnadňuje týmovou spolupráci, tolik potřebnou pro nový přístup k zajištění služby o staré lidi v pobytových zařízeních.

Také vnitřní prostorové uspořádání domova doznává v souvislosti s novým přístupem změny odlišující je od zdravotnických zařízení – především je to skutečně „domácí“ uspořádání, s nímž souvisí i spousta „zbytečného“ prostoru pro obyčejný život (něco si uvařit, posedět s přáteli, projít se venku, vysázet si květiny apod.). Ačkoliv mnohá zařízení prošla na začátku 90. let 20. století nákladnými rekonstrukcemi, v mnohých je technický stav a uspořádání z hlediska řízení kvality stále nevyhovující. (Mátl, Jabůrková, 2007) Dle zkušeností poskytovatelů sociálních služeb je však překážkou pro podobné úpravy, a tím i podmínky individualizace, závaznost hygienických a stravovacích norem v těchto zařízeních, které způsobují

²⁹ Viz též pojem *naučená bezmocnost* v podkapitole Moc v pomáhajících profesích.

problémy v zapojení klientů do sebeobslužných činností běžných v domácím prostředí. (Kořínková, 2008)

Zdá se, že jak požadavky na změnu režimu oddělení, tak prostorové a ostatní podmínky jsou jakousi materializací konfliktů v hodnotových prioritách starého a nového přístupu v rezidenční péči. Na jedné straně má nový přístup být realizován často v prostředí, které dříve využívalo prvky typické pro kolektivní zařízení, na druhé straně mají zdravotníci pracovat v podmínkách, režimu a prostorách určených k zajištění přirozeného a individualizovaného života seniorů a zachovat přitom hodnotu profesionální péče o zdraví. Sociální i zdravotničtí pracovníci se tak postupně musí vyrovnávat s **hodnotovou změnou**.

Stejně nároky jako na zaměstnance vyžadují změny také u uživatelů pobytových služeb, kteří mnohdy v těchto zařízeních žijí léta. Přišli v období, kdy ještě byli relativně soběstační, ale mnohdy vysoce zdůrazňovaná komplexnost péče v pobytových zařízeních je postupně zbavila schopnosti o sobě rozhodovat a vykonávat samostatně byť jen jednoduché úkony, které by doma ještě dlouhá léta zvládali sami (příprava stravy, mytí nádobí, jednoduchý úklid, praní drobného prádla, nakupování apod.). Všichni bez rozdílu se museli podrobit ústavnímu režimu, který nepřipouštěl diferenciaci dle schopností obyvatel zařízení, a jeho chod tak byl přizpůsoben danému zařízení.

Jak jsme připomněli výše v souvislosti s autonomií, otázkou naplnění nového přístupu k péči o seniory je vedle umožňování samostatného rozhodování klientů ze strany pracovníků také schopnost a zájem klientů taková rozhodnutí uskutečňovat. I klienti se tedy budou postupně s novými přístupy sžívat a přijímat je, učit se dle možností vidět sebe sama v jiné perspektivě. Po létech strávených v domově pro seniory to však není snadný úkol. Situaci přibližuje účastnice pilotního výzkumu k individualizaci péče v jednom zařízení Moravskoslezského kraje následovně: „Klient ví, že má zajištěnou plnou péči a mnohdy úkony, které by v přirozeném prostředí zvládal, zde nemusí. Nechce se mu – ví, že je tu vždy pracovník...“ (Péče o seniory v pobytových zařízeních, 2010)

Individualizace ovšem neznamená vystřídat jeden druh hrozby za jiný. Hasmanová-Marhánková upozorňuje na vznikající normativní charakter hodnoty „aktivního stáří“, která začala být vykreslována jako „něco lepšího“ a ve jménu které hrozí nový

zdroj útlaku v osobních potřebách a zvycích seniorů. (Hamanová-Marhánková, 2010) Odmítnutí „být aktivní“ je nepochybně součástí „práv“ seniora. Někdy se však pracovníci na přání seniorů být naučeně pasivní spíše vymlouvají a zakrývají tak necitlivý přístup a nechť k individuálnímu plánování, jehož smysl nepřijali.

2.3.1 Přístupy zaměřené na člověka

Dle Vymětala patří zájem o člověka jako jednotlivce a o uspokojení nejen jeho biologických potřeb mezi základní preventivní nástroje negativních důsledků ústavní péče a souvisí s humanisticky orientovanými koncepty v psychologii, psychoterapii a sociální práci. (Kalvach a kol., 2004)

K nejznámějším patří **přístup orientovaný na klienta** Carla Rogerse (person centered approach). Rogers předpokládá *jedinečnost osobnosti* klienta, kterou je třeba respektovat. Vidí klienta jako někoho, kdo má určitý *potenciál* a je schopen se rozvíjet. Sociální pracovník má podle Rogerse přistupovat ke klientům nehodnotícím a nedirektivním způsobem, součástí vztahu je rovněž empatie, aktivní naslouchání a autentické přátelství. (Pörtner, 2009)

Pro práci s lidmi s mentálním postižením a klienty vyžadujícími trvalou péči zformulovala na základě tohoto konceptu curyšská psycholožka a psychoterapeutka Marlis Pörtner konkrétní pravidla pro každodenní nemanipulativní praxi vhodnou pro pracovníky v přímé péči, zejména klíčové pracovníky³⁰. „Pracovat se zaměřením na osobu znamená nevycházet z představ, jací by lidé měli být, ale z toho, jací jsou, jaké jsou jejich možnosti“. Za samozřejmé se považuje „svěřovat odpovědnost, ...vnímat vnitřní zdroje organismu, ...brát na ně zřetel a podporovat je“. Pečující má být zároveň přístupný „jako osoba“. (Pörtner, 2009: 15) Podpora člověka s využitím jeho schopností a v jeho vlastním tempu je podstatou těchto přístupů. Přístup orientovaný na klienta v sobě obsahuje všechny atributy „nového modelu péče“ včetně nezpochybnitelného atributu „lidství“. Jak říká Guissettová: „Naučme se staré lidi

³⁰ Klíčový pracovník je pojem zavedený i v našich podmínkách praxe individuálního plánování, podrobněji viz níže.

spíše poslouchat, následovat je v jejich rytmu a na cestě, kterou nám ukazují, než podléhat obavám a touze dělat pro ně vše co nejdokonaleji.“ (Pichaud, Thareauová, 1998: 9) Práce pečovatelů by zkrátka neměla být jen starostí o „opotřebovaná těla“, (ibid) ale také starostí o jejich „duši“.

Takto pojatý přístup lze jednoznačně přijmout za podstatu individualizace péče a práce s lidmi se sníženou soběstačností a omezenou možností začlenit se vlastními silami do běžného života. Individualizace péče je zároveň jedním z klíčových principů reformy sociálních služeb, zakotveným přímo ve standardech kvality (standard č. 5 je věnovaný individuálnímu plánování jako nástroji individuálního přístupu k uživateli služby).

2.3.2 Individuální plánování péče

Kořeny individuálního plánování zaměřeného na člověka můžeme najít v 80. letech minulého století v severní Americe, odkud se později rozšířily do Velké Británie. Zde se postupně formovaly jako principy normalizace³¹ pro zlepšení kvality služeb pro lidi s mentálním postižením, které umožnily měnit zažitá stereotypy společnosti v pohledu na lidi s vážným zdravotním postižením. Do té doby byli tito lidé „hluboce podceňováni téměř všemi profesionály, kteří posuzovali jejich schopnost učit se pracovat“. (O'Brien, L. O'Brien: 7) Tento přístup zároveň ukázal, jak lze v praxi zlepšit životní podmínky, pokud se zohledňuje potenciál rozvoje člověka a zdůrazňuje se jeho osobnost.

V procesu individuálního plánování je důležité především **porozumět potřebám** uživatelů služeb. Pro jejich rozpoznání je nezbytná nejen dovednost aktivního naslouchání, různých způsobů komunikace a empatie, ale nutný je také dostatek času stráveného s klientem. Podle Smulla je „sebeurčení novátorské v tom, že nasloucháme lidem, kterým jsme tradičně jen dávali instrukce“. V procesu plánování jde v podstatě o sdílení moci a kontroly a aby mohli vykonávat moc

³¹ Pojem „normalizace“ má v našich podmínkách negativní konotaci v souvislosti s obdobím komunismu, proto je vhodnější používat pojem „začlenění do běžného života“.

a kontrolu pozitivním způsobem, potřebuje většina pomáhajících nové dovednosti a znalosti.³² „Pokud lidé nedostanou odpovídající podporu, vrátí se k tomu, co už znají, a budou dělat staré procesy pod novou nálepkou“. (Smull, 2010: 23) Zároveň Smull upozorňuje na to, že plánování je nekončící proces, v němž je důležité stanovené plány s uživateli realizovat. Doslova říká: „Zjišťovat, jak by lidé chtěli žít, a pak se získanými informacemi nic neudělat, je svým způsobem zneužívání“. (ibid: 19)

Organizace a jejich zřizovatelé by si proto měli klást otázky, kam až jsou schopni zajít ve změně struktury, organizace práce a ochotě investovat do rozvoje zaměstnanců tak, aby vzniklé individuální plány společně s uživateli naplňovali. To zdaleka neznamená, že každý dostane to, co si přeje. Spíše je důležité uvažovat zpočátku o malých krocích; ani ty však nebude možné uskutečnit, pokud nedojde ke změnám v navyklém způsobu uvažování, zejména při rozhodování, kam směřovat omezené zdroje financování.

Porozumění potřebám a naplnění společně vytvořených plánů závisí především na **pracovnících přímé péče**, kteří jsou **nositeli míry individualizace péče o klienty v zařízeních**. Jde o pracovníky v sociálních službách, kteří provádějí běžné každodenní úkony, zdravotnický personál, aktivizační pracovníky, ale stále důležitější úlohu sehrávají sociální pracovníci, kteří dříve v zařízeních vykonávali především administrativní činnosti, a nebyla tudíž využita jejich odbornost ani potenciál. Tyto kategorie zaměstnanců se účastní procesu individuálního plánování s klienty, ve kterém má stěžejní roli tzv. **klíčový pracovník**. Nejen klíčový pracovník by měl být tím, kdo má vlastnosti pomáhajícího profesionála, uvedené již dříve. Jde o soubor osobnostních dispozic, postojů, znalostí a dovedností, jejichž základem je respektující, neutlačující vztah. Individuální plánování vyžaduje zároveň přiměřený čas strávený s klientem, a to ne jednorázově, ale opakovaně a průběžně.

Předpokladem pro skutečné poznání potřeb uživatelů a správného nastavení cílů individuálního plánu péče je navázání vztahu založeného na **důvěře**. Pro realizaci plánů a dosažení pozitivních změn je zároveň nezbytná mezi profesionály

³² Domníváme se, že při uplatňování moci a kontroly ze strany pracovníků hrají kromě dovedností a znalostí důležitou roli i osobní vlastnosti pracovníka a jeho morální profil. Blíže k tomu v kapitole Předpoklady pro výkon pomáhající profese a principy etického rozhodování.

v zařízeních **týmová spolupráce**, jejíž podstatou je dostatečně intenzivní **komunikace**. Podpora a pomoc k soběstačnosti a rozvoj účinných forem komunikace patří mezi základní kompetence sociálního pracovníka. (Havrdová, 1999) Zdravotníci se zpravidla v průběhu svého vzdělávání nemají možnost tolik věnovat rozvoji těchto kompetencí, měli by mít proto možnost si je doplnit v rámci kursů dalšího vzdělávání. Nezbytné je také pracovníkům při zavádění a realizaci individuálního plánování nabídnout **individuální i týmovou supervizní podporu** (případovou a vzdělávací supervizi).

2.4 Koncept individualizované péče o klienty

Individualizace péče závisí na řadě hodnot, které se rozvinuly jako součást institucionalizovaných forem pomoci a přístupů v pomáhajícím vztahu, z nichž ty nejdůležitější jsme v předchozích kapitolách připomenuli. Patří k nim především respekt a úcta k člověku, projevovaná důvěrou a partnerským přístupem. Nezbytná je rovněž víra v lidský potenciál, který je možné při dostatečné motivaci rozvíjet. Hodnoty jsou spojeny s dalšími principy, především uplatněním práv a sociálním začleněním seniorů prostřednictvím posílení jejich sebeúcty a zodpovědnosti za vlastní volbu.

Péče orientovaná na klienta, resp. individualizovaná péče, je v zahraničí již delší dobu (u nás přinejmenším s účinností zákona o sociálních službách v lednu 2007) považována za **nejlepší praxi** v péči o staré lidi a lidi s demencí v zařízeních dlouhodobé péče. V zahraničí byly postupně vyvinuty nástroje pro její měření, které byly sestaveny na základě přehledu odborné literatury, diskusí s experty z praxe a přímého pozorování v zařízeních dlouhodobé péče (blíže k tomu např. srovnávací studie Edvardsson, Innes, 2010). Jeden z konkrétních nástrojů pro měření míry individualizované péče představíme blíže ve výzkumné části práce. Jeho součástí jsou komponenty, které jsme již představili, a to *znalost klienta* a jeho potřeb, možnost klientů uplatňovat vlastní volbu (*autonomie klienta*) a *komunikace* jak pracovníků s klienty, tak mezi zaměstnanci navzájem.

Individualizovaná péče o klienty respektuje jedince jako individuálního člověka s jeho osobní životní historií a integruje v sobě profesní etické hodnoty. Domníváme se, že míra individualizace péče a dobře prováděné individuální plánování může být indikátorem pozitivní změny rezidenční organizace v přístupu ke klientům, a může tak ukazovat na uplatňování tzv. nového (sociálně-zdravotního) modelu péče o staré lidi v pobytových zařízeních a zároveň na kvalitní poskytování služby.

Uplatňování tohoto způsobu péče však vyžaduje od pracovníků nejen nové dovednosti a znalosti, ale i určité osobnostní předpoklady a vlastnosti, které popisujeme v následujících kapitolách v souvislosti s možnými principy etického rozhodování a přístupy k péči o klienty. Zároveň se v následující části práce věnujeme problematice moci v pomáhajících profesích, která může mít, zejména je-li nereflekтовaná a nezpracovaná, negativní vliv na péči o klienty, především na uplatňování jejich autonomie.

II. OSOBNOST PRACOVNÍKA A PROBLEMATIKA MOCI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

3 Předpoklady pro výkon pomáhající profese

Všechny profese, jejichž předmětem je práce s lidmi, vyžadují od pracovníků vedle potřebných znalostí a dovedností i další předpoklady, včetně osobnostních. Osobnost pomáhajícího pracovníka je jeho nejdůležitějším nástrojem, proto je snahou v rámci profese zajistit, aby jeho chování a postoje v praxi odpovídaly určité společné představě o profesionální roli, nebo aby se jí co nejvíce blížily. (Havrdová, 1999) Tato představa vychází z konkrétních profesních hodnot, na jejichž základě je následně možné posoudit konkrétní jednání pracovníka v interakci s klientem a s kolegy. Hodnotám relevantním pro pomáhající profese jsme jako důležitému aspektu věnovali samostatnou kapitolu.

Jankovský v této souvislosti hovoří o „spontánním prosociálním jednání“, které se vyznačuje respektem k druhým lidem, porozuměním, empatií, ochotou pomáhat apod. (Jankovský 2003: 9) *Prosociální chování* (helping behavior) je některými autory označováno rovněž jako *altruismus*, jiní uvádějí prosociální chování jako pojem širší a altruismus vymezují jako jednu z forem takového jednání, jako určité „jádro“ jak prosociálního chování, tak pomáhání vůbec. (Zášková, Mlčák, 2009) Hewstone a Stroebe (2006) zmiňují v souvislosti s prosociálním chováním model *prosociální osobnosti*, obsahující tři základní složky: prosociální motivaci, prosociální rysy osobnosti a představu spravedlivého světa. Podle Davise, který se zabýval empirickými výzkumy prosociálního chování a jeho vztahu k různým faktorům, se mezi prosociální rysy osobnosti řadí především *empatie*, která umožňuje orientaci člověka na druhé a jejich potřeby. Jako další z důležitých rysů jsou uváděny *sociální odpovědnost* a tzv. *vnitřní místo kontroly* (locus of control), spojené s pocitem povinnosti pomáhat v různých situacích. (Davis, 1994, dle Hewstone a Stroebe, 2006) Empatie je tedy vedle altruismu chápána v prosociálním

chování jako ústřední pojem. Jelikož je považována za jednu z nejdůležitějších podmínek všech sociálních vztahů, a tedy i vztahu pomáhajícího, považujeme za důležité osvětlit tento pojem dále v samostatné podkapitole.

Pokud jde o další požadavky na výkon pomáhajících profesí, předpokládají podle Halíka některé rovněž „ryzost charakteru, mravní čistotu a vědomí odpovědnosti vůči vyššímu mravnímu řádu“. (Halík, 1991: 15) Halík v této souvislosti hovoří o povoláních kněze, lékaře a soudce. Jelikož si lze jen obtížně každodenní práci s lidmi v sociální péči a zdravotnictví představit bez etických souvislostí, očekává se rovněž od těchto pracovníků určitá zralost v mravně zdatném jednání. (Fischer, Milfait, 2010)

Interakce mezi pracovníkem a klientem v pomáhajících profesích tak zahrnuje podle Clarka jak složku **instrumentální** (dovednosti a schopnosti pracovníka), tak **morální** (postoje vyplývající z přijatých hodnot). Nenaplnění očekávané profesionální role může být podle něj důsledek pochybení v obou rovinách. Protože profesionální role, jakou od pomáhajících profesionálů očekáváme, má naplňovat obě zmíněné polohy, měly by tedy být rovněž zohledněny při výběru konkrétních pracovníků. Do kritérií pro výběr zaměstnanců by proto měly být zahrnuty jak požadavky na vzdělání a profesionální kompetenci, tak určité charakterové vlastnosti pracovníka. Jak k tomu dodává Koehn (1994), „ctnostný charakter“ dodává pracovníkům statut odpovědných a důvěryhodných profesionálů. (cit. dle Clark, 2006)

Clark dále uvádí, že takový požadavek na pracovníky (aby vyznávali určité morální postoje) může připadat leckomu v dnešní svobodné a pluralitní společnosti jako přinejmenším diskriminační. „V dnešním světě práce obvykle nehodnotíme uchazeče s ohledem na jejich morální standardy a životní cíle...“ (...) a „zdůrazňování těchto aspektů u přijímacího pohovoru může být považováno za irelevantní a opovážlivé...“. (Clark, 2005: 84) To však nic nemění na faktu, že některé osobnostní dispozice nejsou pro práci v pomáhajících profesích přinejmenším sporné, ne-li vylučující. Za „kontraindikaci“ pro práci s lidmi v rámci pomáhající profese tento autor označuje kromě anamnézy určitého závažného trestného činu např. i existenci předsudků a negativních postojů pracovníků nebo

i tzv. nízkou sociabilitu, která se může projevovat např. „neschopností tvořit konstruktivní pracovní vztahy“. (ibid)

S ohledem na důležitost morálního charakteru pracovníka je proto zdůrazňován požadavek zahrnout v současné sociální práci do etických východisek vedle pravidel vycházejících z teorií liberálního individualismu³³ rovněž *etiku ctností*, které se budeme věnovat dále.

3.1 Empatie jako schopnost být osloven

Základní emocionální schopnost člověka být osloven situací druhého, nezůstat mimo, být určitým způsobem vtažen do dění a rovněž emocionálně odpovídat je obecně nazývána jako *empatie*. „Sama o sobě není pocitem, ale tvoří základ pro to, aby se u mne určité pocity (např. soucit) rozvinuly. (Henriksen, Vetlesen, 2000: 41) Je jakýmsi mostem mezi „já“ a „ty“, umožňujícím základní sdílení myšlenek a pocitů mezi dvěma dosud oddělenými jedinci a zároveň „jeden z nejpodivuhodnějších a současně nejvíce fascinujících jevů sociálního života“. (Serinová, Marzanová, 2007, cit. dle Zášková, Mlčák, 2009: 99) Nelze ji však pojímat jako „identifikaci s druhým ani projekci vlastních charakteristik na druhého.“ (Slovník sociální práce, 2003: 62)

Pojem empatie prošel až do dnešní podoby poměrně složitým vývojem, historicky mu předcházely pojmy sympatie a vcítění. (Zášková, Mlčák, 2009) Zatímco sympatie má dnes již význam jiný, pojem vcítění je s pojmem empatie i dnes často ztotožňován. Samotné vymezení empatie je velmi komplexní³⁴ (může být chápána jako osobní vlastnost, psychický stav i proces), proto se zde omezíme

³³ Liberální individualismus klade důraz na lidská práva a svobodu člověka, hlavní hodnotou je autonomie jedince. Role pomáhajícího je spatřována v podpoře samostatnosti uživatelů činit vlastní výběr a rozhodnutí, a to na základě dostatečné znalosti a porozumění důsledkům. (Schneewind, 1993, dle Clark, 2005) Můžeme zde spatřovat analogii k rozhodování člověka na základě principu informovaného souhlasu.

³⁴ Blíže viz např. H. Zášková, která v souvislosti s výzkumy prosociálního chování vymezuje teoretické aspekty empatie na 49 stranách. (Zášková, Mlčák, 2009: 99-148)

jen na některé její aspekty související s ošetřovatelstvím. T. Wisenmanová analyzovala odborné publikace z oboru a zjistila, že empatie je v nich definována jako:

- a) prožívání světa tak, jak ho prožívají druzí;
- b) porozumění aktuálním pocitům druhých;
- c) přistupování k druhým bez předsudků;
- d) sdělování porozumění druhým lidem. (Wisenmanová, 1996, dle Zášková, Mlčák, 2009: 107)

S dalším návrhem na vymezení pojmu empatie v oblasti ošetřovatelství přišly D. Konyková a K. Olsonová. Opět na základě analýzy publikací z oboru popsaly empatii jako: *lidskou vlastnost*, která bývá definována např. slovy „...lidská kapacita představovat si pocity druhé osoby, specifická emoce, která je výsledkem identifikace a spojení s jinými, schopnost sdílet s druhými jejich prožitky, (...) rozumět jejich citům, potřebám, percepčním či situacím“. (Konyková, Olsonová, 2001, cit. Zášková, Mlčák, 2009: 107, 108) Empatie jako *profesionální stav* je určitou (často i naučenou) dovedností pracovníka, která je však založena v osobnosti člověka, je tedy v tomto smyslu jeho vlastností. Zahrnuje určité komunikační techniky, které mu umožňují podívat se na situaci očima klienta, vcítit se do jeho prožitků. Další formou je empatie jako *komunikační proces*, integrující v sobě první dvě pojetí. Nejprve pracovník vnímá myšlenky, emoce a prožitky klienta, následně sděluje klientovi své porozumění a nakonec zpětně ověřuje, jak bylo toto porozumění klientem přijato. Zajímavé a zatím málo rozšířené je pojetí empatie jako *pečování*. „...Jde o snahu jednat či odborně intervenovat většinou ve smyslu uspokojit potřeby klientů či mírnit jejich stresové reakce.“ (ibid) Klient nachází v pracovníkovi někoho, kdo mu naslouchá a poskytuje mu útěchu. Autorky vymezují ještě jeden význam slova empatie, a to jako *speciálního vztahu*, charakteristického reciprocitou mezi pracovníkem a klientem, která může přerůst až do vztahu přátelského.

V současné psychologii koncepce empatie diferencují mezi těmi, pro které je primární její *emocionální povaha* (emocionální, resp. afektivní empatie), a těmi, které ji chápou jako *kognitivní konstrukt* (kognitivní empatie), a v neposlední řadě

těmi, které akcentují obě polohy tohoto pojmu. (Zášková, Mlčák, 2009)³⁵ Zejména poslední dvě vymezení empatie (jako pečování a speciální vztah) se vymykají ze současného psychologického pojetí empatie, jsou nicméně blízké filosofickému pojetí etiky péče, kterou popisujeme níže.

Individuální rozdíly v míře empatie jsou vysvětlovány jak vlivy dědičnosti, tak i faktory sociálními, především emocionálním vztahem dítěte k rodičům a jejich výchovným stylem. Empatii je však možné se do jisté míry učit a trénovat ji. Naše schopnost empatie je tak podle některých autorů závislá do jisté míry na tom, zda jsme byli v životě jejími příjemci, resp. jaká je naše vlastní zkušenost s ní. Nemůžeme však říci, že pouze ten, kdo hojně zakoušel empatii od ostatních (zejména v dětství ve své rodině), je schopen „být jejím dárce“. Jak to vyjádřil Kohut, „...zcela nepopíratelně platí, že někdo vystačí s relativně malou emocionální výživou, zatímco jiný evidentně nikdy nedostane tolik, aby se mu otevřely oči pro potřeby jiných“. (Kohut, 1971, cit. dle Henriksen, Vetlesen, 2000: 48) Nicméně právě v rámci vývoje dítěte v rodině se rozvíjí základní důvěra v okolní svět a prožitky ostatních, bez nichž je jen velmi obtížné vnímat otevřeně potřeby druhých. „Empatie je produktem soužití s druhými, zvláště s našimi blízkými, a jako taková je nanejvýš křehká. Z toho pohledu je zřejmé, že neexistuje žádná záruka, že jedinec skutečně svou schopnost plnohodnotné empatie v životě rozvine a stane se zralým morálním subjektem se stálou a spolehlivou schopností všimnout si druhého a brát na něho ohled.“ (Henriksen, Vetlesen, 2000: 47)

Hovořili jsme o empatii v souvislosti s prosociálním chováním. Na objasnění role empatie v této oblasti měla vliv především dvě díla. Jde o práce C. D. Batsona „The Altruism Question: Toward a Social-Psychological Answer“ a M. L. Hoffmana „Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice“. Jak potvrzuje řada zde popsaných výsledků provedených studií, jsou právě rozdíly v míře empatie určujícím faktorem pro to, jak hodně nám bude záležet na osudu druhých v různých naléhavých situacích. (dle Slote, 2007: 13, 15) Slote přisuzuje empatii a empatické péči rovněž ústřední roli v oblasti morálního rozhodování, jak o tom blíže vypovídá následující podkapitola.

³⁵ V oblasti zkoumání prosociálního chování jsou v zahraniční literatuře pro definování kognitivní a emocionální empatie užívány rovněž pojmy „cold“ and „hot“ empathy“. (Paal, Bereczkei, 2007)

3.2 Nejen pravidla, ale i morální charakter - etika ctností

Pravidla pro etické jednání v pomáhajících profesích lze odvodit z několika základních etických teorií, mezi nimiž zejména v oblasti sociální práce dominují Kantova deontologická etika a utilitarismus, spadající pod širší oblast tzv. etiky spravedlnosti. Ta klade důraz spíše na dodržování povinností a pravidel, ale zaměřuje se i na oblast sociální spravedlnosti a individuální svobodu jednotlivce. (Nečasová, 2003) Etika spravedlnosti tedy tvoří obecně základní východiska pojetí lidské důstojnosti, vnímání autonomie jedince a dalších hodnot. V rámci profesní etiky se však v posledním období dostává stále více do popředí etika ctností, která navazuje na Aristotelovo pojetí etiky jako vedení „dobrého“ života a představu člověka jako součásti určitého společenství a jeho hodnot. (Banks, 2001; Henriksen, Vetlesen, 2000; Hittinger, 1989; Imre, 1989; Slote 2007; Sokol, 2010)

Podle Statmana jde o reakci na určité selhání etických teorií založených na „příliš abstraktních principech, které v dilematických situacích každodenní praxe nemohou přinést pomocné vodítko...“ (Statman 1997, cit. dle Banks, 2001: 43) Etika ctností se tak namísto důrazu na obecná pravidla, povinnosti nebo zásady pro konkrétní jednání, typické pro kantovskou a utilitaristickou etiku, obrací k osobnosti aktéra konkrétního jednání a jeho charakteru. Otázka tak směřuje spíše než do oblasti „jaká pravidla bych měl dodržovat?“ k tomu, „jaký mám být?“ (Mayo, 1958, cit. dle Hittinger, 1989)

V současné době se jako „ctnostné“ označují např. odvaha, poctivost, čestnost, pravdomluvnost, věrnost, moudrost a laskavost, zároveň však etika ctností klade důraz na vztahy mezi lidmi. Aplikace etiky ctností na oblast sociální práce vychází podle Banks z definice MacIntyry zdůrazňujícího určitou závislost na roli, kterou člověk zastává, a na konkrétní situaci. (Banks, 2001: 44) Pro profesi sociální práce, ale zejména pro oblast péče pak budou relevantní takové vlastnosti, jako soucit, laskavost, vřelost, upřímnost, ale i morální odvaha, schopnost dodávat naději a pokora. Důležité jsou však i odpovědnost a důvěryhodnost, kterou jsme již zmiňovali výše.

Přestože je obecně v oblasti profesní etiky kladen v procesu etického rozhodování důraz na obecné etické principy, „není pochyb o tom, že rozvoj určitých

charakterových vlastností, resp. **bytí určitým typem osoby**, je v profesní etice rovněž důležité.“ (Banks, 2001: 45) Kromě toho se požadavky na specifické vlastnosti osobnosti pracovníka promítají v posledních letech i do novelizovaných etických kodexů a podmínek pro registraci sociálních pracovníků, a stávají se tak společně s kvalifikačními předpoklady určitými „minimálními“ požadavky pro vstup do profese. (Clark, 2006; General Social Care Council, 2002)³⁶ Přestože v této oblasti nepanuje zcela jednotný názor (etika ctností může být předmětem kritiky z hlediska nejednoznačnosti pro rozhodování v praxi stejně jako obecné etické principy a pravidla), připouštějí důležitost role osobnosti i dosud „zarytí“ zastánci principialismu v profesní etice, jako např. Beauchamp and Childress, kteří ctnostem v profesní praxi věnovali celou jednu kapitolu čtvrtého vydání učebnice lékařské etiky. (Banks, 2001)

3.2.1 Etika založená na bázi vztahu neboli etika péče³⁷

Specifické vztahy mezi klientem a pečovatelem jsou předmětem tzv. **etiky péče**, která se jeví příhodným konceptem pro oblast péče o staré lidi v pobytových zařízeních sociálních služeb. Okin (1994) upozorňuje na to, že v rámci etiky ctností byly na základě Aristotelova učení dávány do popředí především takové vlastnosti jako spravedlnost, odvaha, poctivost nebo štedrost a jen malá pozornost byla věnována vlastnostem spojeným s pomáháním druhým. V etice péče je tak (kromě

³⁶ Etický kodex, který vydal General Social Care Council v roce 2002, odkazuje nejen na povinnosti pracovníka, ale i na jeho osobní charakter (pracovník má být upřímný, spolehlivý, důvěryhodný a má se chovat jak v zaměstnání, tak mimo něj tak, aby nemohla být zpochybněna jeho způsobilost pro práci v oblasti sociálních služeb). Důraz na morální vlastnosti pracovníka se projevuje i tím, že za určitá pochybení hrozí pracovníkům vyřazení z registru sociálních pracovníků, což jim dále znemožňuje profesi vykonávat. Nemusí přitom jít o přímé poškození klientů, ale např. o podvodné jednání, zpronevěru finančních prostředků apod. Zároveň je kodex zajímavý tím, že k určitému jednání zavazuje společně pracovníky i jejich zaměstnavatele a není (na rozdíl od jiných etických kodexů) formulován obecně, ale obrací se adresně na konkrétního jedince („jako sociální pracovník musíte chránit práva a podporovat uživatele...“). Zdroj: <http://www.gsccl.org.uk/> [cit. 1. 1. 2012]

³⁷ V literatuře ji rovněž můžeme najít pod názvy *relační etika* nebo *etika účasti*.

jiných vlastností vyjmenovaných výše) kladen důraz na schopnost pečovat, schopnost naslouchat a trpělivost.

Přestože jsou vztahy mezi pečujícím a klientem součástí sociální práce, nebyla podle Banks (2001) etice péče zatím v etických teoriích relevantních pro sociální práci věnována náležitá pozornost³⁸. Jako nosný koncept se tak etika péče zatím jeví spíše v oblasti ošetrovatelství, kde se zejména ve Velké Británii stala základem nejen pro vztahy mezi pacientem a ošetřujícím personálem, ale i pro oblast širší ošetrovatelské etiky. (Banks, 2001) Východiska můžeme najít především v pracích Nel Noddings³⁹, jejíž přístup k etice je stavěn na bázi relační etiky upřednostňující *zájem o vztah*. (Slote, 2007)

Objevuje se pochopitelně i kritika etického přístupu založeného na bázi vztahu, a to v několika rovinách. První rovina je definována směrem ke klientovi, kde je možným nebezpečím ustavení nerovného vztahu mezi pomáhajícím a klientem (pečující je v roli „dárce“ a má tedy dominantní postavení, klient v roli „příjemce“, což evokuje závislé postavení). (Hoagland, 1990) Dalším nebezpečím je setření hranice mezi pomáhajícím a klientem, což také bývá v rámci pomáhajícího vztahu problém, jelikož pečujícímu chybí náležitý odstup. (Goodin, 1996; Grimshaw, 1986; Henriksen, Vetlesen, 2000) Druhá rovina je směrem k samotnému pečujícímu, který je nabádán, aby bral ohled na potřeby druhých, ale ty své pak může zcela opomenout. (Joseph, 1989) Kritizována je rovněž omezenost aplikace etiky péče při rozhodování složitějších případů, kdy se dostávají do konfliktu zájmů samotná pravidla i definice určitých hodnot a ctností kulturně podmíněných, etika péče tedy nemůže platit jako absolutní východisko. (Hittinger, 1989)

Etika péče je některými autory chápána jako „ženský“ pohled a přístup k řešení etických problémů, a je proto stavěna do protikladu k „mužskému“, založenému spíše na etice spravedlnosti. Toto pojetí, zdůrazňující dualitu etiky spravedlnosti a etiky péče, však není jediné. Jiní autoři chápou obě pojetí etiky v sociální práci jako komplementární. (Joseph, 1989; Gilligan, 2001, dle Nečasová, 2003) Konečně Slote ve své knize „The Ethics of Care and Empathy“ ukazuje, že

³⁸ Rozpracování tématu v oblasti sociální práce se věnovala např. Roberta W. Imre (1989).

³⁹ Zejména její první dílo „Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education“ (1984).

etika péče může poskytnout alternativu tradičnímu uvažování v pojmech spravedlnosti nebo práv, a může se tak stát určujícím principem nejen v oblasti individuální, ale i politické morálky. (Slote, 2007)

My se zde přikláníme k názoru na relevanci obou přístupů v oblasti sociální práce, v níž má podle nás své místo jak etika spravedlnosti, tak etika péče. Domníváme se, že je nutno v praxi sociální práce volit různé přístupy podle toho, o jaké typy problémů či dilemat jde. Etika péče nám zřejmě příliš nepomůže při řešení např. otázek alokace zdrojů, ale tam, kde je v popředí pomáhající vztah, v němž hraje důležitou roli blízkost, důvěra, komunikace a spolupráce, může být relační etika podle nás tím správným principem. Pokud přijmeme toto východisko, musíme rovněž přijmout tezi, že osobnost a postoje pracovníka budou hrát významnou roli pro eticky správné chování v rámci pomáhajícího vztahu.

V současné době je v rámci implementace standardů kvality kladen velký důraz na existenci písemných pravidel a metodik (což by odpovídalo spíše etice spravedlnosti) a je opomíjena osobnost pracovníka a jeho vlastnosti (což by odpovídalo relační etice, resp. etice péče). Praktická aplikace standardů kvality je však závislá především na konkrétních pracovnících a jejich postojích, jaké v rámci každodenní práce s klienty zaujímají. Ačkoliv jde o komplexní proces, osobnost pracovníků v něm podle nás hraje významnou roli, která není dosud ze strany poskytovatelů dostatečně akcentována. Z tohoto důvodu věnujeme aspektu osobnostního a postojového nastavení pracovníků pozornost v rámci výzkumné části práce, kde zkoumáme jejich vliv na individualizaci péče o klienty.

3.2.2 Základní podmínky pro etické rozhodování

Ať už jsou určující pro naše jednání pravidla nebo ctnosti, musí být naplněny určité předpoklady, abychom mohli hovořit o etickém rozhodování.

Prvním předpokladem morálního jednání člověka je **svoboda**. Ne absolutní, ale spíše ve způsobu rozhodování. Člověk jako svobodná bytost má možnost volby mezi několika možnostmi, zvažuje, vybírá a něčemu pak v rozhodnutí dává přednost.

Cílem však není nějaká nahodilost v jednání, ale stav, kdy se mravní jednání stane trvalou součástí osobnosti člověka. (Aristoteles, 1996) Mravní je podle Aristotela jednání teprve tehdy, „... stane-li se trvalým smýšlením“. „Spravedlivý jest ten, kdo činí to, co jest spravedlivé, ale má přitom zároveň smýšlení spravedlivého člověka“. (ibid: 15) Aby se tak stalo, je třeba jednat ve shodě s vlastním **svědomím**, které je další podstatnou složkou etického rozhodování a korektivem jednání člověka z hlediska mravnosti. (Jankovský, 2003) Spaemann (1995) definuje svědomí jako ‚náš vlastní požadavek na sebe samé‘, Heidegger vidí ve svědomí ještě něco více, a to ‚prožitek nejvyšší osobní intenzity‘ a zároveň hovoří o tom, že ‚hlas svědomí vychází z člověka a zároveň jej přesahuje‘. Na druhé straně podle Spaemanna jednání ve shodě se svědomím nemusí být nutně správné jednání. (cit. dle Jankovský, 2003: 32) V souvislosti se svědomím je nutno zmínit rovněž **odpovědnost** člověka jako důležitou součást lidských vztahů. (Sokol, 2010)

4 „Morální“ osobnost

V souvislosti s předchozí formulací východisek pro etické jednání definujeme *morální osobnost* jako člověka, pro něhož platí úzká vazba mezi jeho morálním uvědoměním a způsobem, jakým vykonává svou profesi. Zároveň v rámci pomáhajícího vztahu chceme pod pojem morální osobnost zahrnout rovněž vztah k druhému jedinci, který „...není pouhý klient nebo pacient, nýbrž člověk, který svým bytím apeluje na lidskost v nás samotných“. (Henriksen, Vetlesen, 2000: 52)

Na otázku, jak se z člověka stane morální osobnost, hledali odpověď četní teoretikové morálního vývoje osobnosti. Za jednu z nevlivnějších je považována teorie mravního vývoje Lawrence Kohlberga, který vychází z prací švýcarského psychologa Jeana Piageta. Pro jeho teorii je podstatné tvrzení, že kognitivní vývoj probíhá v jednotlivých stádiích (předkonvenční, konvenční a postkonvenční) a přechod mezi nimi se odehrává na základě intelektuálního vývoje. (Wernischová, 2008)

Kohlbergova teorie je však právě pro své jednostranné zaměření na rozvoj kognitivních a intelektuálních schopností a zdůrazňováním důležitosti schopnosti abstrakce a univerzalizace kritizována. Jak zdůrazňují Henriksen a Vetlesen, „...je to jen polovina obrazu morální osobnosti“. (Henriksen, Vetlesen, 2000: 62) Tou druhou polovinou mají na mysli emocionální schopnosti člověka, které úzce souvisí s empatií a které „...nás předurčují pro to, být jak *morálními subjekty* (bytosti schopné pečovat a převzít zodpovědnost), tak *adresáty* (bytosti s vrozenou důstojností a s nárokem na respekt ostatních“). (ibid) Zatímco Kohlberg usuzoval, že morální vývoj osobnosti probíhá od dětství v jednotlivých stádiích od orientace na sebe k orientaci na druhé (resp. od egoismu k altruismu), další autoři ve svých studiích tvrdí, že obě složky (egoistická i altruistická) jsou u dítěte přítomny již od počátku a v případě morálního vyzrání člověka tak jde „...od začátku až do konce o hledání správné rovnováhy mezi těmito protikladnými postoji.“ (ibid: 61)

Kritika Kohlbergova pojetí vychází z prací Carol Gilligan⁴⁰, která si všimla určitých nerovností v dosahování nejvyššího stadia morálního vývoje v Kohlbergově výzkumu mezi muži a ženami ve prospěch mužů a označila tak toto pojetí etiky jako „mužskou etiku spravedlnosti“. (Nečasová, 2003: 32) Na základě vlastních výzkumů argumentuje, že ženské a mužské morální myšlení je založeno na jiných základech. Zatímco se podle ní „pro dívky morálka záhy týká péče a potřeb osob, pro chlapce se týká spíše abstraktních principů“. (Henriksen, Vetlesen, 2000: 64) Jako alternativu nabízí na základě vlastních výzkumů ženské morální myšlení, opírající se spíše o vzájemnost a vztahy, které se blíží již dříve popsané etice péče. Oba přístupy přitom považuje za rovnocenné.

Otázka, zda je naše morální jednání určováno spíše rozumem nebo emocemi, se odehrává ve *filosofické rovině* již v myšlenkách Aristotela a Kanta.

Kant zdůrazňuje v individuálně etické rovině především **rozumovou stránku a odpovědnost**. Člověk jako mravní subjekt se sám rozumově rozhoduje a je za své činy v praxi odpovědný. Odpovědnost je zde myšlena především z hlediska procesu formování vlastních názorů, postojů a schopnosti je obhájit. Předpokládá se tedy, že „je v naší moci a že na nás osobně závisí, zda při jednání realizujeme daný motiv nebo zda si osvojíme daný postoj.“ Máme tedy osobní odpovědnost a zcela pod kontrolou nejen to, jak jednáme (jsme čestní, nebo podvádíme), ale i to, jaké postoje vzhledem k druhým nebo ke světu zaujímáme, a rovněž to, jací jsme, „...štědří, nebo lakomí, egoističtí, nebo družní...“. (Anzenbacher, 2004: 11) Emoce (libé nebo nelibé motivy) jsou zde jakoby v pozadí.

Podle „starého mistra etického bádání“ Aristotela (Hartmann, 2002: 18) však „dobro pro člověka není jen chladným kategorickým imperativem a není jen abstraktní ideou, (...) ale zároveň zdrojem blaha a štěstí“. (Aristoteles, 1996: 13) Protože lidé nejsou dokonalí, je důležité povzbuzovat cit pro dobro, což je podle něj nejen úkolem etiky. Mravnost tak kromě rozumové stránky souvisí také s **city a emocemi** člověka, které hrají podstatnou úlohu při jeho rozhodování. Dodávají mu určitou motivaci a dynamiku, tj.: „onen zřetelný niterný imperativ naléhavě nám sdělující, že musíme ‚něco‘ udělat...“, (...) nehledě na to, zda v té chvíli „...člověk

⁴⁰ Především dílo „In a different Voice“ (1982). Česky vyšlo v nakladatelství Portál v roce 2001.

jedná dokonce proti svému okamžitému prospěchu nebo zájmu“ (Jankovský, 2003: 28)

Ačkoliv nelze zpochybnit důležitost obou složek naší psychiky (jak rozumové stránky, tak emocí), přikláníme se, na pozadí formulace základních předpokladů pro výkon pomáhajících profesí a následně i etiky péče jako východiska pro etické rozhodování v rámci pomáhajícího vztahu, shodně s Henriksenem a Vetlesenem k tomu, že...

„...emoce (a na prvním místě empatie) nám otvírají cestu ke konkrétní situaci a tím umožňují zapojení kognitivních schopností (interpretace, úvahy, zvažování možných následků apod.). Úloha empatie spočívá v tom, že nás nechá nahlédnout do lidské situace, že nás vede k uvědomění si závislosti a zranitelnosti. Směřujeme k tomu, že co je lidské, to je morálně relevantní, takže vlastnosti, které nás uschopňují povšimnout si lidské stránky věci, nás stejnou měrou uschopňují, abychom si uvědomili, o co jde v morálním smyslu“ (Henriksen, Vetlesen, 2000: 64, 65)

4.1 Osobní vlastnosti, nebo vliv prostředí?

Při zkoumání, co ovlivňuje konkrétní jednání člověka, se rovněž nemůžeme vyhnout otázce po jeho *determinaci*. Jsou to tedy primárně osobní vlastnosti, nebo společenské podmínky či situační kontext, které mají na naše konání určující vliv? Přehled vývoje pohledů na tuto problematiku uvádí např. Výrost (2008).

V průběhu historického vývoje se můžeme setkat s názory na obou polích spektra. Psychologové, kteří se zabývali studiem osobnosti, upřednostňovali jako primární spíše osobnostní rysy a vlastnosti. Tento pohled vystřídala v první polovině 30. let minulého století nebehavioristická koncepce G. W. Allporta, která připouštěla, že chování jedince zásadním způsobem determinuje sociální situace. Tyto koncepty byly rozvíjeny v dalších výzkumech sociální psychologie zejména po druhé světové válce. V současné době převládají názory integrující obě krajní varianty. Konkrétní chování jedince je tedy na základě současného stadia poznání „spojenou funkcí charakteristik osoby (rysů) a charakteristik situace...“ (Enderl, Magnusson, 1976, cit. dle Výrost, 2008: 81; Nakonečný, 1999) Podle výsledků longitudinálního výzkumu McCraeho a Costy, kteří se pokusili prokázat existenci vztahů mezi modely struktury rysů osobnosti a struktury interpersonálního chování

„...lze očekávat, že dispozice účastníků budou ovlivňovat jejich sociální chování...“
(...) ovšem, „kdo je dominantní a kdy, bude v prostředí skupiny záviset na rolích členů skupiny, struktuře a úlohách skupiny i na probíhajících procesech dynamické interakce“. (McCrae, Costa, 1989, cit. dle Výrost, 2008: 80)

Pravděpodobně nemůžeme přesně určit, které motivy jsou v dané situaci u konkrétního člověka při konkrétním rozhodování určující. Ve skutečnosti tedy budeme muset nejspíš přijmout tezi, že při zkoumání mravního chování člověka nelze od sebe zcela oddělit osobnostní dispozice konkrétního jedince a podmínky společnosti, formující ho v jeho vývoji v průběhu života v ní. (Jankovský, 2003)

5 Přístupy pracovníků ke klientům – základní dilema pomáhajících profesí

V pomáhání se můžeme setkat se dvěma základními přístupy, které jsou zároveň považovány za ústřední dilema ve vztahu ke klientům nejen u sociálních pracovníků, ale i ostatních pomáhajících profesí. Jde o **pomoc** a **kontrolu**. Vztah mezi těmito dvěma součástmi pomáhání je v literatuře formulován jako střet mezi *jednostranným ovlivňováním* (kontrola, autorita) a *symetrickým vztahem* (péče, podpora, pomoc)⁴¹. V prvním případě se sociální pracovník staví do role experta na klientův problém a vnímá jej jako objekt své péče, ve druhém „pracuje na klientově přání“ a klient je pro něj spolupracujícím subjektem. (Úlehla, 1999: 11; Laan, 1988) Úlehla považuje za základ profesionální práce s klienty důsledné rozlišování obou přístupů. Připouští, že i kontrola je za určitých okolností legitimní přístup, ale zdůrazňuje, že „pro rozvíjení spolupráce s klientem je přínosnější se zabývat tím, co chce klient“. (Úlehla, 1999: 13) Účinným nástrojem je pak *zplnomocňování klienta*, které by mělo korigovat snahu pracovníka o nepřiměřenou kontrolu. „Klient je zplnomocňován v tom, co je dobře, v tom, co se mu daří, čeho si cení. Zplnomocněním říká pracovník klientovi, že spoléhá na jeho schopnosti a dobré zkušenosti a dává mu konkrétně v nich plnou moc konat dál.“ (ibid: 89) Ve zdravotní a sociální péči o seniory můžeme analogicky hovořit o vztahu mezi uplatňováním **paternalismu** a **partnerství** (více popsány v kapitole o vývoji hodnot v rámci pomáhajících vztahů).

Konkrétní typologie přístupů pečujících ke klientům v domovech pro seniory byla zformulována na základě dlouhodobého pozorování pracovníků. V zásadě lze hovořit o čtyřech základních typech: **autoritativní, manipulující, ochranný a spolupracující**. *Autoritativní typ* osobnosti ví nejlépe, co je pro druhého dobré, snaží se mu neustále něco přikazovat a nakazovat, neakceptuje názor druhého, ani se

⁴¹ Jde o tzv. systemický přístup, který vychází z teorie radikálního konstruktivismu Heinze von Foerster a Ernesta von Glasersfeld. (Úlehla, 1999: 11)

nesnaží dát druhému prostor pro jeho vyjádření. Důsledkem je nerespektování autonomie klienta. Další možnou strategií chování je *manipulace*, kdy se pracovník snaží dosáhnout svého cíle za použití různých strategií, např. určitého (někdy i na první pohled laskavého) způsobu komunikace, ale i odměny či trestání. Často vyhrožuje, citově vydírá, zesměšňuje nebo se chová pohrdavě, a tím ponižuje. Důsledkem je opět nerespektování autonomie klienta. Zatímco autoritativní chování bývá většinou viditelné na první pohled, manipulace může probíhat i skrytě, o to je nebezpečnější. Třetím typem je tzv. *ochranitelská osobnost*, která za klienta v zájmu jeho bezpečnosti dělá pokud možno vše a nedovoluje mu vykonávat nic, kde by byla potřebná určitá (byť zdravotnímu a psychickému stavu člověka přiměřená) míra rizika, čímž také omezuje jeho autonomii. Poslední, *spolupracující typ*, zohledňuje schopnosti člověka, i když ty jsou často velmi omezené. „Nechává druhého dělat“ nebo „dělá s ním podle jeho rytmu“, nenaléhá, dává mu tolik času, kolik je potřeba. Tento přístup předpokládá, že „pečovatel bude akceptovat horší kvalitu a nižší rychlost činnosti. Nebude však prosazovat svou moc, a tím ponechá starému člověku co největší míru autonomie.“ (Pichaud, Thareauová, 1998: 47-48)

Autoritativní a manipulující typ asi nejlépe odpovídá typu machiavelistické osobnosti, kterou dále popisujeme v příslušné kapitole o mocenském nastavení. Zároveň tyto typy (ke kterým se přidává ještě ochranitelský) odpovídají jednostrannému ovlivňování v rámci systemického přístupu (tj. uplatňování kontroly místo pomoci) a zároveň je můžeme označit jako paternalistické. Konceptu individualizované péče (charakterizovanému vysokou mírou empatie, respektu ke klientům a jejich autonomii) odpovídá poslední, spolupracující typ pracovníka, resp. v řeči systemického přístupu jde o uplatňování pomoci místo kontroly. Místo o paternalismu zde pak hovoříme o partnerství. Ani jeden ze způsobů nutně neznamená, že pracovník nechce jednat v „nelepším zájmu klienta“. Naopak, často si toto chování svými „dobrymi úmysly“ odůvodňuje. Dopady těchto rozdílných přístupů na kvalitu života lidí žijících v institucích jsou však zřejmé a „dobrý úmysl“ pracovníka v žádném případě jeho jednání eticky neospravedlňuje.

Většinou se také výše popsané typy chování nevyskytují zcela vyhraněně. I výrazně dominantní člověk se může někdy zachovat empaticky a reagovat na skutečné potřeby klienta a naopak. Spíše je nutno uvažovat o určitých převažujících

tendencích v chování člověka, které, jak jsme již ukázali, mohou být zapříčiněny jak osobností člověka, tak vlivem okolního prostředí.

6 Moc jako fenomén

Potřeba moci je fenomén z oblasti motivace sociálního chování projevující se sklonem ovlivňovat druhé lidi. (Nakonečný, 1999) Jakkoliv existuje mnoho definicí, můžeme se v pomáhajících profesích opřít o Weberovo vymezení moci jako možnosti „prosadit v sociálním vztahu svou vůli proti případnému odporu“. (Psychologický slovník, 2000: 322) Při podrobnějším dělení je možno hovořit o moci *trestající* (založená na přiměřeném trestání), *kompenzační* (opírá se o odměny, kterými mohou být i peníze nebo pochvala) a moci *podmíněné*, jejímž cílem je změna postojů, a to většinou na základě přesvědčování (v některých případech může nabývat formy manipulace). Zatímco první dvě podoby moci jsou viditelné a objektivní, poslední je nebezpečná svou subjektivností, neboť nemusí být na první pohled zřejmá. (Bedrnová, Nový, 2001: 10)

Mocenské tendence přitom nemusí vykazovat jen jednání na první pohled negativní, jako např. používání nátlaku, fyzického či psychického násilí, agresivní jednání, citové vydírání, vyvolávání konfliktů apod., ale může jít i o zcela opačné taktiky, které však mohou mít stejný cíl, tj. ovládnout druhého a prosadit svou. Tohoto cíle lze v podstatě dosáhnout i vstřícným a slušným jednáním. *Cíl* je tedy to, na čem při použití nástrojů komunikace nejvíce záleží, přičemž může jít jak o cíle altruistické, tak egoistické. Je-li cílem prospěch druhého, případně obou, pak z hlediska základních rysů osobnosti jednajícího hovoříme o *sociocentrickém* naladění; pokud je cílem vlastní prospěch bez ohledu na druhého, převažuje v rysech osobnosti *egocentrismus*, a pokud je cílem výrazný neprospěch pro druhou stranu, pak již hovoříme o *egoismu* jednajícího. Na úrovni mezilidské komunikace (verbální i neverbální) tak může docházet jak k vědomé, tak nevědomé manipulaci, která je tím nebezpečnější, čím je jedinec méně schopen manipulaci rozpoznat a bránit se jí. (ibid: 31-32)

6.1 Moc v pomáhajících profesích

V pomáhajících profesích není problém moci založen v její samotné existenci, ale ve schopnosti pracovníků svěřenou moc nezneužít a citlivě s ní zacházet. Šelner (2006) k tomuto tématu uvádí, že téma moci dodnes není pro pracovníky něčím, o čem by běžně diskutovali, často si podle něj nejsou ochotni určitou moc nad klientem vůbec připustit, natož ji reflektovat. A právě nereflekтовanou moc považuje Guggenbühl-Craig za stinnou stránku pomáhajících profesí. Na druhé straně ale zdůrazňuje, že „...stín existuje jen tam, kde je světlo“, (Guggenbühl-Craig, 2007: 20) což můžeme chápat tak, že existují (a možná převažují) pozitivní stránky pomáhaní a že s mocí jako takovou je možné pracovat. „Uchránění před vším zlým asi v pomáhajících profesích nebudeme, můžeme se však naučit s ním zacházet.“ (ibid: 8) Ze strany profesionálů je proto dle Hughese (1980) důležitou formou prevence (mimo jiné) dobře rozumět sám sobě, svým motivům, potřebám a hodnotám.

Také my se zde nechceme vzdát pozitivních stránek pomáhaní s vědomím, že na všechny, kteří tyto náročné profese vykonávají, jsou kladeny vysoké požadavky. Je však třeba na fenomén moci upozornit, zejména na její destruktivní projevy, které mohou vztah mezi pomáhajícím a klientem negativně ovlivňovat a v konečném důsledku snižovat spokojenost obou – klienta i pečujícího.

Destruktivní moc se ve vztahu projevuje tak, že se „...jeden subjekt snaží učinit z druhého objekt, který se poddává.“ (Guggenbühl-Craig, 2007: 66) Při nezpracování tématu moci pracovníky může z jejich strany docházet k posilování závislého postavení uživatelů, které se mimo jiné projevuje omezením prostoru pro jejich sebevyjádření a svobodné jednání. Pocity nesoběstačnosti a neschopnosti klientů, které často takový přístup pracovníků u klientů vyvolává, mohou vést k pocitům osamocení a sociálního vyloučení a v konečném důsledku až k „...narušení úcty k sobě samému a celistvosti vlastního „já““. (Janečková, 2004: 5) A právě u starých lidí, navíc v pobytových zařízeních je toto riziko vysoké vzhledem k jejich křehkosti, zranitelnosti a vyšší míře závislosti na péči ostatních. Po určité době si lidé osvojují určité komunikační vzorce, které je vnitřně „nutí“ jednat mnohem submisivněji, než vnější situace nutně předpokládá. Důsledkem tak může být tzv. *naučená bezmocnost*, která se zpočátku projevuje nezájmem, později i apatií

a nakonec i celkovou ztrátou schopnosti jakkoliv danou situaci změnit. (Slovník sociální práce, 2003: 119)

Nechceme zde však hovořit o moci a bezmoci jen ve vztahu ke klientům. Uvědomujeme si zároveň, že pomáhající vztah je obousměrný, takže i pracovník může zažívat manipulaci ze strany klientů. Vždyť již samotná bezmoc klienta je směrem k pečujícímu určitým „nátlakovým prostředkem a mocenských faktorem“. (Henriksen, Vetlesen, 2000: 75) Domníváme se však, že pracovník má na rozdíl od klienta řadu možností, jak se takovému chování bránit (stanovování hranice v pomáhajícím vztahu, podpora kolegů, výcvik a vzdělávání, supervize apod.).

Významnou úlohu při konkrétním jednání v praxi hraje rovněž aspekt *motivace* pro práci v určité profesi. (Zášková, Mlčák, 2009) Můžeme si proto oprávněně klást otázku, co konkrétního jedince přitahuje k práci v pomáhající profesi? Mohou to být jak motivy altruismu a potřeby seberealizace ve smyslu pomáhat druhým, tak i touha po moci, touha ovládat druhé. Adolf Guggenbühl-Craig, švýcarský psycholog a psychoterapeut, který celá léta pracoval se sociálními pracovníky, uvádí, že ve skutečnosti lidé v pomáhajících profesích řeší následující dilema: „Vůči okolí a před vlastním svědomím se sociální pracovník cítí zavázán k tomu, aby měl jako hlavní motiv ochotu pomáhat. V temné hloubi duše se však zároveň konsteluje opak – nikoli přání pomáhat, ale potěšení spojené s touhou vládnout a zbavit klienta moci.“ (Guggenbühl-Craig, 2007: 14) Toto „puzení“ k moci je podle něj tím silnější, čím lépe si jej ve svém svědomí dokáže pracovník odůvodnit, např. jednáním ve prospěch klienta.

Jisté bude záležet na konkrétních jednotlivcích a jejich osobních dispozicích, nicméně z provedených výzkumů vyplývá, že právě lidé pracující v pomáhajících profesích dosahují vyšších bodových hodnot na škále měření mocenských tendencí. (Christie, Geis, 1970) Tyson a Jakson rozdělují dokonce v této souvislosti rovnou profese na *manipulativní*, kam řadí např. učitele, právníky nebo ošetřující personál⁴², a ostatní, které nazývají *pasivními* (např. vědečtí pracovníci, účetní apod.). (Tyson, Jakson, 1997: 103) Tendenci k dominantnímu chování u pomáhajících pracovníků zjistili např. i Burke a Weir (1976), když zkoumali rozdíly v osobnostních

⁴² Podle dalších studií sem patří ještě povolání v obchodním sektoru a sféře finančnictví. (Richmond, Smith, 2005)

charakteristikách lidí, kteří pomoc poskytují a kteří ji přijímají. Výsledky ukazují, že zatímco lidé tzv. nepomáhající jsou osobnostně spíše pasivnější s menší schopností interakce a ovlivňování druhých, pomáhající pracovníci jsou spíše osobnosti otevřené, spontánní, ovšem s větší tendencí k dominantnímu chování a kontrole. Jelikož projevy dominance a kontroly mohou ve vztahu ke klientům lehce vyústit v manipulativní chování, autoři ve své studii rovněž zdůrazňují důležitost zabývat se otázkami motivace lidí, kteří se rozhodli pracovat jako pomáhající profesionálové.

6.2 Koncept tzv. machiavelismu

Z hlediska obecné psychologie osobnosti lze, i přes neexistující jednotnou definici, vymezit osobnost jako funkční celek jedince, který určuje, „jak probíhají jeho duševní činnosti, jaké jsou zákonitosti jeho chování i jednání a jak jsou řízeny jeho prožitky a činy“. (Krejčí, 2004: 52) Jako takový zahrnuje pojem osobnost komplexní pojetí člověka s jeho trvalými i proměnlivými složkami. Mezi proměnlivé složky je řazen především *charakter* člověka (charakterové rysy osobnosti), související s jeho celkovým vývojem a zahrnující rovněž proces výchovy a vzdělávání. Jde o souhrn vlastností, předurčujících, zda člověk bude např. spíše spolupracovat s jinými, bude ohleduplný, vstřícný, ochoten pomáhat jiným apod., či naopak u něj bude spíše převažovat agresivita, bezohlednost, sobectví a obecně menší ochota ke spolupráci. Charakter rovněž úzce souvisí s *morálními vlastnostmi* jedince, např. Allport jej označuje pojmem „eticky zhodnocená osobnost ve vztahu k ostatním lidem, k životu i sobě samému, ale i k přírodě“. (cit. dle Krejčí, 2004: 57)

Moc je, dalo by se říci, všudypřítomná, často však bývá spojována se světem vysoké politiky (Bedrnová, Nový, 2001). V politické psychologii je pro definování mocenských tendencí v chování člověka užíván termín *machiavelismus* (machiavelský syndrom, Mach-syndrom), odvozený od popisu logiky moci v díle Niccola Machiavelliho Vladař. Pod tímto pojmem si můžeme představit osobnost manipulující svým okolím a vyznačující se nedostatkem morálky a citů. (Christie, Geis, 1970) Machiavelismus představuje „souhrn cynických přesvědčení o lidské

povaze, manipulativních technik a chování, zaměřený na ovládnání a ovlivňování ostatních lidí ve prospěch dosažení vlastních cílů“. (Výrost, Slaměník, 1998: 69)

Koncept machiavelismu však není využíván pouze v oblasti politické psychologie. Christie a Geis (1970) vyvinuli speciální nástroj, který umožňuje identifikovat osoby se sklonem k machiavelismu v běžných životních situacích a otestovali jej na několika desítkách tisících respondentů. (dle Krejčí, 2004; Výrost, Slaměník, 1998) Vzhledem k tomu, že se zde zabýváme pomáhajícím vztahem a charakteristikami pomáhajících pracovníků, jsou důležitá zjištění řady zahraničních výzkumů, že lidé s vysokým skóre na „M“ škále neboli „machiaveliáni“ se vyznačují dominantním chováním a sklonem k manipulaci (McHoskey et al., 1998; McHoskey, 2001), nižší schopností spolupráce s ostatními a menší schopností empatie, zvláště z hlediska její emocionální složky. (Paal, Bereczkei, 2007; Austin et al., 2007) Z dalších rysů osobnosti byla např. prokázána i negativní korelace s faktorem přívětivosti (jeden z pěti faktorů modelu struktury osobnosti)⁴³, projevující se nižší mírou důvěřivosti, laskavosti a srdečnosti k druhým lidem u lidí s vysokým skóre Mach. (Vernon et al., 2008)

V předchozích kapitolách jsme vymezili základní předpoklady pro výkon pomáhajících profesí a důležitost určitých specifických vlastností pracovníků, mezi nimiž významné místo zaujímá především empatie. Dále jsme argumentovali, že osobnost pracovníků a jejich morální charakter jsou důležitou součástí celkového kontextu poskytování péče. V této souvislosti se tedy nabízí otázka, zda a do jaké míry mohou mocenské (manipulativní) tendence pracovníků přímé péče ovlivňovat naplňování kvality poskytované služby v zařízeních sociálních služeb pro seniory, kterou jsme v předchozí části práce konceptualizovali jako péči individualizovanou. Osobnostní nastavení pracovníků přímé péče v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory a vztah mezi machiavelismem a individualizací péče o klienty je blíže osvětlen ve výzkumné části práce.

⁴³ Tzv. velká pětka neboli „Big Five“: „...základní struktura osobnosti je zde popsána prostřednictvím pěti faktorů, které v sobě koncentrují základní strukturu jazykových popisů individuálních vlastností osobnosti.“ Jde o následující dimenze: Extraverze, Přívětivost, Svědomitost, Emocionální stabilita a Intelekt. (Zášková, Mlčák, 2009: 169)

III. VYBRANÉ ASPEKTY ORGANIZAČNÍ KULTURY

Pojem organizační kultura je mnohohrstevný a může být nahlížen více paradigmatickými přístupy.⁴⁴ Mnohé z definic obsahují zmínku o jednotlivých *atributech kultury*, kterými jsou hodnoty, předpoklady a přesvědčení (např. Schein, 1992, dle Scott-Findlay, Estabrooks, 2006). V organizační kultuře se odráží to, co je z jejího pohledu důležité a podle toho se také v organizaci vytvářejí určité vzorce chování. (Berger, Luckmann, 1999) Do organizační kultury se rovněž promítají životní postoje a hodnoty lidí, kteří v ní pracují, pracovní prostředí a podmínky nebo styl managementu. Každá organizace má tak svou nezaměnitelnou „tvář“, která je odrazem právě její organizační kultury. V pomáhajících disciplínách se poprvé termín organizační kultura objevuje v roce 1986. (Del Bueno, Vincent, 1986) Koncept výzkumu organizační kultury obecně se dostává do popředí o něco dříve v souvislosti s pracemi Peterse a Watermana a Ouchiho (dle Scott-Findlay, Estabrooks, 2006), kteří začali propojovat organizační kulturu s výkonností organizace a jejími výsledky.

Je nesporné, že organizační kultura ovlivňuje fungování organizace, a to jak směrem pozitivním, tak negativním. Jako jeden ze zdrojů pracovního uspokojení může stimulovat či naopak brzdit výkon pracovníků, proto je (nejen) pro manažery důležité její správné pochopení a interpretace. (Lukášová, Nový a kol., 2004, Lukášová, 2010) Podle Junga et al. (2009) je v současné době na základě celé řady provedených výzkumů organizační kultura považována za jeden z významných faktorů, který hraje roli při modernizaci veřejné správy a veřejných služeb (tedy i zdravotních a sociálních). Organizace poskytovatelů sociálních služeb se však zatím mnohem méně než organizace komerční (které si uvědomují možnost získání konkurenční výhody) kulturou ve své organizaci zabývají. Je přitom zřejmé, že pochopení jejího významu může hrát při nastavování systému řízení kvality v organizaci významnou roli. Vedoucí pracovníci mohou organizační kulturu

⁴⁴ Podrobnější informace k organizační kultuře a jejímu zkoumání v prostředí sociálních a zdravotních služeb viz Havrdová, Šmídová, Šafr, Štegmánová a kol. (2011).

sledovat a cíleně ovlivňovat tak, aby podpořili motivaci a pracovní výkon zaměstnanců. K podpoře formování organizační kultury napomáhají i různé formy supervize včetně manažerské.⁴⁵

My se zde nebudeme zabývat organizační kulturou v celé její šíři, ale pouze některými jejími aspekty, které se vztahují k výzkumné části práce.

⁴⁵ K působení supervize na organizační kulturu viz Havrdová a kol. (2011).

7 Týmová spolupráce a komunikace jako významná součást organ. kultury

Významnou oblastí kultury organizace, která se zdá být relevantní ve vztahu ke kvalitě péče, je **týmová spolupráce** a v ní specificky utvářené způsoby komunikace. Zatímco existuje poměrně značné množství zahraniční literatury ohledně týmové spolupráce z oblasti zdravotnictví, v oblasti dlouhodobé péče o seniory jde spíše o výjimky. Vůbec první kvalitativní studii realizoval kolektiv autorů v roce 2004 v ošetrovatelských domovech (nursing homes) v jižní Anglii. Cílem studie bylo zjistit, jak vnímají týmovou spolupráci a jaké s ní mají zkušenosti vzhledem ke kvalitě péče kvalifikované zdravotní sestry. (Wicke et al., 2004) Tato studie upozornila na některé oblasti, které mají vliv na kvalitu týmové spolupráce. Jako hlavní faktor, který působí na týmovou spolupráci, byla označena možnost **vzájemné komunikace** ovlivněná tím, zda se členové týmu mohou pravidelně setkávat a sdělovat si informace o své práci. V rámci výzkumu byly identifikovány dvě příčiny, které způsobují nedostatečnou komunikaci, a tím i menší možnost docílit kvalitní týmové spolupráce v těchto organizacích. V první řadě jde o způsob organizace týmu. Spíše než v plošší organizační struktuře, která týmovou spolupráci podporuje, jsou pracovníci obvykle v těchto zařízeních organizováni ve strukturách vertikálních. Mnoho stupňů řízení podle autorů studie neumožňuje účinnou komunikaci, neboť na každé úrovni řízení se informace zpravidla redukuje. Dalším problémem v nastavení účinné komunikace je práce na směny a také skutečnost, že mnoho sester pracuje pouze na částečný úvazek.

V našich podmínkách je práce na částečný úvazek spíše výjimkou, ale práce na směny je vzhledem k zajištění provozu zařízení rovněž častá. Zavádění standardů kvality je však náročné především z hlediska potřeby mezioborové týmové spolupráce a problémy se tak v jednotlivých zařízeních mohou vyskytovat např. při nastavení spolupráce mezi sociálními a zdravotními úseky. Zejména tehdy, pokud je organizační struktura postavena spíše na dělbě práce a specializaci dle odbornosti, dochází podle Bělohávkova (1996) častěji k dobré spolupráci s lidmi ve vlastním útvaru, ale hůře již mezi jednotlivými útvary. Zvolení určitého typu **organizační**

struktury je tedy rovněž důležitým prvkem při vytváření podmínek pro účinnou komunikaci a týmovou spolupráci v rámci organizace.

Komunikace (jak pracovníků s klienty, tak mezi zaměstnanci navzájem) byla identifikována jako důležitá dimenze rovněž v nástroji pro měření míry individualizace péče o klienty. Oblast komunikace mezi zaměstnanci jsme z tohoto konceptu vyčlenili a zkoumáme jej zvlášť jako jeden z aspektů organizační kultury.

8 Pracovní prostředí a podmínky pro zaměstnance

Spokojenost zaměstnanců s pracovním prostředím je faktor, který rovněž může pozitivně nebo negativně ovlivňovat snahy organizace o řízení kvality péče. Výhodou je, že tuto oblast může organizace sledovat a poměrně účinně ovlivňovat. Obecným cílem přitom je formovat takovou organizační kulturu, která by předcházela syndromu vyhoření a podpořila pracovní angažovanost zaměstnanců.

Jedním z výzkumných nástrojů, jehož prostřednictvím lze pohlížet na kulturu organizace optikou zaměstnanců a sledovat, jaké klima v organizaci panuje, je dotazník zaměřený na vnímání šesti oblastí pracovního života AWLS (Areas of Worklife Survey), který zjišťuje kongruenci mezi pracovním prostředím a potřebami pracovníka. Vzhledem k tomu, že byl vyvinut v souvislosti s již dříve existujícím nástrojem pro měření syndromu vyhoření MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey), umožňuje zkoumat působení organizační kultury na pracovníka se záměrem hledat možné zdroje vyhoření pracovníků v organizaci, a tím umožnit prevenci jeho vzniku. (Maslach et al., 2001; Havrdová a kol., 2010)

Jelikož považujeme spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami v organizaci za podstatný aspekt implementace standardů kvality, sledujeme tuto oblast jako další z dílčích aspektů organizační kultury v rámci výzkumné části práce a vztahujeme ji k individualizaci péče o klienty v zařízeních.

9 Změna přístupu ke klientům a typ organizační kultury

V úvodních kapitolách práce jsme popsali vývoj poskytovaných služeb a základní východiska pro modernizaci systému včetně nových požadavků na kvalitu a proces změny směrem k novému (individualizovanému) přístupu ke klientům. V tomto procesu hrají důležitou roli hodnoty utvářející prostředí, ve kterém se služby poskytují a promítají se tak i do organizační kultury organizací.

Pokud bychom dříve popsaný vývoj charakterizovali právě z pohledu organizační kultury, pak bychom nejprve hovořili o tzv. **ústavní kultuře**, vyznačující se kolektivistickým způsobem péče, paternalismem, stereotypizací činností a uzavřeností vůči okolnímu světu. Svým pojetím přístupu ke klientovi jde o totální instituci, jak ji vymezuje Goffman (1961). V souvislosti se společenskými požadavky a vzrůstající informovaností klientů se postupně začíná proměňovat i pohled na kvalitu poskytované služby a buduje se tzv. **zákaznická kultura**, která již akcentuje pohled klienta a jeho spokojenost. Pro oblast sociálních a zdravotních služeb je však tento typ kultury nedostatečný, neboť nezohledňuje jejich odlišnosti od ostatních služeb, resp. profesní (hodnotové a etické) a vztahové souvislosti. Tyto atributy můžeme najít až v **kultuře orientované na klienta**, která se snaží o uplatnění zákaznického přístupu ve specifickém prostředí sociálních a zdravotních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou pak tím nástrojem, který by měl organizacím při budování právě posledně jmenovaného typu organizační kultury pomoci. Zdá se však, že ne všechny organizace takto standardy kvality vnímají, což se následně odráží v pojetí jejich implementace do praxe (viz následující podkapitola).

Změny v přizpůsobení služby potřebám klientů jsou problematičtější u pobytových sociálních služeb, což potvrzují i zprávy z provedených šetření a inspekcí. (Smékalová a kol., 2003; Zpráva z návštěv, 2007, 2009; Tematické návštěvy, 2008) Důvodů je pravděpodobně více. Jednak právě pobytová zařízení vykazují znaky klasické byrokratické organizace, vyznačující se hierarchickou strukturou, rozhodováním podle obecných a neosobních pravidel a tendencí k rutině.

Zde se pak i dodržování norem stává hodnotou samou o sobě, nikoli prostředkem k dosažení cílů. (Weber, Merton, dle Keller, 2007) Dle Matouška hraje roli rovněž jejich relativní uzavřenost, kvůli níž jsou ústavy schopny „konzervovat staré praktiky déle a úspěšněji než jiné typy institucí“. (Matoušek, 1999: 98) Situaci komplikuje ještě fakt, že v rámci jednoho zařízení může docházet ke střetům více kultur, neboť zde vedle sebe existují a vzájemně na sebe působí různé subkultury, např. z hlediska profese (sociální, zdravotní), mezi jednotlivými odděleními apod. (Hofstede et al., 1990; Scot et al., 2003) Pokud již služba existuje delší dobu, má svou historii a byla vystavěna na odlišných hodnotových základech, nebude zřejmě stačit pro žádoucí změny v přístupu ke klientům pouhé stanovení cílů, pokud nebude podpořeno celkovou organizační kulturou.

9.1 Typologie pojetí implementace standardů kvality do praxe

Jednotlivé organizace se z hlediska procesu implementace standardů kvality do praxe nacházejí v určité fázi a v tomto ohledu se mezi sebou liší.

Musil a kol. (2003a, 2003b, 2007, 2008, 2009), kteří se dlouhodobě věnují zkoumání kultury poskytování osobních sociálních služeb ve vybraných organizacích, zformulovali na základě výsledků provedených kvalitativních studií dva základní přístupy k implementaci standardů kvality, které mají v praxi dopad na přímou práci s klienty. V prvním případě jde o „**administrativní**“ pojetí implementace standardů kvality, kdy jsou ze strany organizací standardy kvality pojímány jako něco, co se plní za účelem očekávané inspekce (důraz je kladen na zpracování písemných manuálů a metodik). Druhé, „**na službu orientované**“ pojetí představuje implementaci standardů kvality jako nástroj pro zlepšení práce s klienty. Rozdíly mezi oběma přístupy ukazuje tabulka 1.

Tabulka 1: Typologie pojetí implementace standardů kvality sociálních služeb

dimenze pojetí	„administrativní“	„na službu zaměřené“
smysl zavádění	dokumenty	zlepšení služby
čí je to věc	vedení	těch, kdo má z toho užitek
kdo se podílí	určení pracovníci	ti, jichž se to dotkne
způsob komunikace	neosobní, písemný	osobní
srozumitelnost z hlediska praxe	neví si rady	překlad do jazyka praxe
zpětná vazba	chybí	evaluace („vracíme se k tomu“)
změna rolí	rozšíření rolí	změna pojetí rolí
personální politika	beze změny	přizpůsobení novému pojetí

Zdroj: Musil a kol., 2007: 64

Tato typologie nezohledňuje vnější podmínky organizací (velikost, umístění, vybavení zařízení apod.), ale vychází z kultury poskytování služby, tedy z toho, „jak to uvnitř organizace chodí“. Sleduje, jak lidé v organizaci vnímají smysl zavádění standardů, kdo je v organizaci do jejich implementace zapojen, jakým jazykem jsou standardy psány a jak se o nich komunikuje, zda dochází ke změně v pojetí rolí pracovníků, jaké je nastavení týmové spolupráce, zda probíhá reflexe apod.

Rozvoj kvality sociálních a zdravotních služeb je dlouhodobý proces, který je jen obtížně realizovatelný bez odpovídajících změn v celkovém pojetí služby. Pokud v organizaci převládne snaha aplikovat standardy kvality za zachování stávajících podmínek a parametrů v klíčových oblastech fungování služby, lze očekávat, že jejich aplikace ustrne pouze na formálním naplňování, místo aby došlo ke skutečné změně kvality služeb a přístupu k práci s klienty. Naopak od organizačně náročnějšího a především na službu orientovaného pojetí zavádění standardů kvality lze očekávat „reálný průnik ducha standardů kvality do kultury poskytování dané služby.“ (Musil, 2007: 65)

B) INDIVIDUALIZACE PÉČE VE SVĚTLE VLASTNÍHO VÝZKUMU

1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Cílem výzkumné části práce je zjistit, jak jednotlivé organizace přistupují k zavádění standardů kvality do praxe, jak se tyto přístupy odrážejí v míře individualizace péče o klienty a jaké faktory na individualizovanou péči působí. Dílčím cílem práce je na základě zjištěných výsledků výzkumu definovat etické aspekty, které mohou proces implementace standardů kvality do praxe provázet.

Cíl výzkumu vychází z teoretické části práce, kde jsme popsali tři základní východiska. Individualizovanou péči o klienty, jejíž míra dle našeho názoru poukazuje na úroveň kvality poskytované služby s důrazem na aplikaci základních etických hodnot v praxi. Osobnost pracovníka a jeho vlastnosti, které mohou být důležitým předpokladem pro uplatňování takového přístupu ke klientům, respektujícího je jako jedinečné osobnosti, vůči nimž nebude uplatňovat svou moc. A konečně organizační kontext, zejména přístupy k implementaci standardů kvality do praxe a pracovní podmínky zaměstnanců, které mohou rovněž hrát určitou roli v míře individualizace péče o klienty a možnosti uplatňování jejich autonomie.

Klademe si zde základní výzkumnou otázku, jak lze v organizacích poskytujících sociálních služby docílit skutečné změny v přístupech ke klientům a jakou roli v tomto procesu sehrávají osobnost pracovníka a organizační kontext. Z hlediska osobnosti pracovníků nás především zajímá, zda a do jaké míry mohou mocenské (manipulativní) tendence pracovníků přímé péče ovlivňovat naplňování kvality poskytované služby v zařízeních sociálních služeb pro seniory, kterou jsme v teoretické části práce konceptualizovali jako péči individualizovanou. Z hlediska organizační kultury si klademe otázku po vlivu typologie organizací dle změny, komunikace v organizaci a spokojenosti zaměstnanců s pracovními podmínkami na individualizaci péče o klienty.

1.1 Stanovení základních předpokladů a hypotéz

K našemu základnímu předpokladu patří, že míra individualizace péče o klienty souvisí se **způsobem pojetí implementace standardů kvality** v zařízeních (viz typologie organizací). Vzhledem k tomuto předpokladu jsme stanovili hypotézu, že v zařízeních, která jsou orientována na změnu, bude rovněž vyšší míra individualizace péče o klienty.

Z individuálních sociodemografických a profesních charakteristik pracovníků předpokládáme, že na individualizaci péče o klienty by mohlo mít určitý vliv jejich **vzdělání a pracovní zařazení** a také, zda vykonávají funkci **klíčového pracovníka**. Hypotézy budou znít následovně: čím vyšší je vzdělání pracovníků, tím vyšší je míra individualizované péče o klienty; nižší míra individualizace péče o klienty vzhledem k ostatním bude patrná u zaměstnanců v kategorii Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel; pracovníci v pozici klíčového pracovníka budou vykazovat vyšší míru individualizované péče o klienty než pracovníci, kteří tuto funkci nevykonávají.

Z hlediska **osobnostního nastavení pracovníků** patří mezi stěžejní náš předpoklad existence záporného vztahu mezi individualizací péče o klienty a machiavelismem (mocenské, manipulativní tendence pracovníků). Hypotézu formulujeme tak, že čím vyšší jsou u zaměstnanců hodnoty machiavelismu, tím nižší bude míra individualizace péče o klienty. Domníváme se zároveň, že budou existovat rozdíly z hlediska machiavelismu mezi jednotlivými kategoriemi pracovníků. Vyšší hodnoty machiavelismu oproti ostatním očekáváme u kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář, ošetřovatel.

Předpokládáme rovněž souvislost mezi individualizací péče o klienty a dílčími **organizačními aspekty** – komunikací v organizaci a spokojeností zaměstnanců s pracovním prostředím. Stanovili jsme zde hypotézu, že kategorie zaměstnanců, která je méně spokojená s pracovními podmínkami, bude méně uplatňovat individualizaci péče o klienty.

2 Základní informace o výzkumu, výzkumný soubor

Výzkum byl realizován v roce 2010 v osmi pobytových zařízeních pro seniory na území Moravskoslezského kraje. Zkoumaná zařízení se liší kapacitou, strukturou klientů i vybaveností, nicméně všechna měla v období několika let před realizací výzkumu srovnatelné podmínky pro zavádění standardů kvality⁴⁶. Do výzkumu byla proto zahrnuta všechna zařízení, spadající pod jednoho konkrétního zřizovatele, což mělo význam především při stanovení základní typologie organizací z hlediska implementace standardů kvality. Po dohodě s řediteli zařízení zveřejňujeme výsledky pouze v zobecněné podobě a neuvádíme názvy jednotlivých organizací.

Výzkumný soubor tvoří **zaměstnanci přímé péče**, kteří jsou v každodenním úzkém kontaktu s klienty a mají bezprostřední vliv na naplňování standardů kvality v praxi. Z celkového počtu 796 zaměstnanců přímé péče se do výzkumu zapojilo 472, tj. 59 %. Dotázaný soubor pracovníků v přímé péči tvoří prakticky výlučně ženy (98,8 %), věkový průměr je 41 let. Zaměstnanci pracují v dané organizaci v průměru 7 let. Z hlediska vzdělání je 47,9 % nanejvýše vyučeno, 39,5 % má středoškolské vzdělání s maturitou, 5,7 % vyšší odbornou školu a 6,9 % vysokoškolské vzdělání. Dvě třetiny pracovníků absolvovaly specializační kurz. 45 % je vzděláno ve zdravotnickém oboru, 51 % v oblasti sociální (u cca 5 % jde o jiný obor). V průměru jeden pracovník pečuje o 33 klientů a v podstatě všichni pracují s klienty s demencí (96,9 %). 63,5 % plní funkci klíčového pracovníka pro klienty, tj. věnuje se více konkrétním klientům, zná jejich potřeby a cíle, pomáhá jim při řešení problémů a podporuje jejich osobní rozvoj.

Jelikož 8 % respondentů neuvadlo své pracovní zařazení, pracujeme dále v analýzách s podsouborem 434 pracovníků přímé péče, které jsme pro účely výzkumu rozdělili do **tří základních kategorií (viz příloha 1)**. Kategorie 1: *sociální pracovník, aktivizační pracovník* (18,4 %); kategorie 2: *všeobecná sestra,*

⁴⁶ Jde o způsob podpory a přístup ze strany zřizovatele: jednotné metodické vedení, vzdělávání pracovníků organizací v zavádění standardů kvality, realizace podpůrných konzultací ve všech zařízeních apod.

specializovaný pracovník - ergoterapeut, fyzioterapeut, rehabilitační pracovník (21,0 %); kategorie 3: *pracovník v sociálních službách, sanitář, ošetřovatel* (60,6 %).

3 Metodologie a průběh výzkumu

Na organizace jsme v rámci výzkumu chtěli pohlédnout z několika aspektů: z hlediska pojetí implementace standardů v praxi, individualizace péče o klienty v zařízeních, osobnostního nastavení zaměstnanců a hodnocení pracovního prostředí včetně názorů na hodnoty organizace a vlastní profesní hodnoty pracovníků. Pro šetření v organizacích jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu, v jehož rámci jsme jako konkrétní výzkumnou techniku použili standardizovaný dotazník, připravený speciálně pro realizaci daného výzkumu. Dotazník obsahuje několik částí, z nichž každá je zaměřena na jeden výše zmiňovaný aspekt (jeho strukturu uvádíme dále). Pro účely stanovení základní typologie organizací byl využit polostandardizovaný rozhovor. Takto získané informace byly doplněny studiem dokumentů, např. webových stránek, záznamů z metodických návštěv jednotlivých zařízení apod.

Koncepty pro měření individualizace péče ani machiavelismu nebyly dosud v českém jazyce standardizovány. Vzhledem k nutnosti obecně ověřit srozumitelnost otázek v případě konceptu machiavelismu bylo nejprve na začátku července 2010 uskutečněno pilotní šetření, na jehož základě došlo k mírné úpravě znění některých otázek⁴⁷. Pilotní verzi dotazníku vyplnilo 20 osob různého pohlaví, věku i vzdělání. Následně byl v průběhu července 2010 pilotně otestován celý dotazník ve dvou zařízeních sociálních služeb na vzorku 22 respondentů. Cílem bylo zjistit délku jeho vyplňování a zda jsou otázky pro respondenty srozumitelné. Pouze v jednom případě bylo v komentáři uvedeno, že „některé otázky jsou špatně zformulované“, bohužel nebyly uvedeny konkrétně. V ostatních případech neměli respondenti s formulací otázek problém. Délka vyplňování dotazníku trvala průměrně 20 minut, v reálném dotazování se ukázalo, že doba vyplňování je až o deset minut delší a činí v průměru 30 minut.

⁴⁷ Při přípravě jsme využili vlastního překladu, který jsme zároveň porovnali s již existujícími českými verzemi dotazníku. (Krejčí, 2004: 81; Tyson, Jackson, 1997: 104-106)

Vlastní sběr dat probíhal v organizacích od 14. 8. do 30. 9. 2010. Dotazník byl vyplňován anonymně buď v tištěné podobě, nebo přímo on-line přes webové rozhraní. Dvě třetiny pracovníků vyplnily dotazník v tištěné podobě. Po vyplnění vložili dotazník do připravené orazítkované obálky, kterou po zalepení odevzdávali kontaktní osobě v zařízení.

Odpovědi z dotazníků byly převedeny do datové matice a následně analyzovány pomocí statistického programu SPSS. K analýze dat byly využity popisné statistiky, třídění druhého stupně (průměry, 95% intervaly spolehlivosti, procenta, kontingenční tabulky a korelace) doplněné o vícerozměrnou analýzu (lineární regresní modely), analýzu reliability a dimenzionality (metoda hlavních komponent – PCA).

3.1 Struktura dotazníku

Část A (Přístupy v péči o seniory, znalost klientů a komunikace) mapuje míru individualizace péče o klienty v zařízení. Celkem na 21 otázek respondenti odpovídali formou pětibodové Likertovy škály nesouhlas-souhlas (1 = naprosto nesouhlasím; 5 = naprosto souhlasím) a 4 bodové frekvenční škály (1 = nikdy; 4 = vždy). Jde o mírně upravený způsob, využitý i v původním výzkumném nástroji (Chappell et al., 2007), který představíme dále. Za některými výroky jsme pro bližší osvětlení odpovědí účastníků výzkumu přidali otevřené otázky. Např. za výrokem „Při každodenní péči o klienty беру v úvahu návyky a zvyklosti, jaké měli v domácím prostředí“ následuje otevřená otázka „Můžete prosím uvést několik příkladů, na co jsou klienti z domova zvyklí?“, nebo za výrokem, který mapuje, jak často se v posledních 7 dnech zaměstnanci bavili s klienty o poskytované péči, následuje otevřená otázka „A vzpomenete si prosím, o čem jste mluvil(a) s klientem, o kterého jste se staral(a) naposled?“

Část B (Mezilidské vztahy) zkoumá osobnostní nastavení pracovníků z hlediska mocenských a manipulativních tendencí (machiavelismus). Účastníci výzkumu odpovídali na 20 otázek stejně jako v části věnované individualizaci péče

o klienty prostřednictvím škály nesouhlas-souhlas. Místo původní sedmistupňové Likertovy škály v originálním konceptu (Christie, Geis, 1970) je zde použita škála pětistupňová. Přidali jsme otázky, které sledují osobnost pracovníka rovněž z hlediska důvěry, empatie, altruismu a přívětivosti. Jde o 5 otázek na zjišťování důvěry na pětibodové škále (--) velká nedůvěra až (++) velká důvěra, 4 otázky na zjišťování empatie, 1 otázka na altruismus a 1 otázka na přívětivost (opět pětibodová Likertova škála nesouhlas-souhlas). Tyto doplněné oblasti pomohly otestovat validitu nově připravených konceptů individualizace péče o klienty a machiavelismu.

Části C a D dotazníku patří do oblasti organizační kultury. Nejprve je mapován názor pracovníků na hodnoty organizace a jejich vlastní profesní hodnoty (**část C**). Respondenti vybírali z nabízeného seznamu hodnot 4 hodnoty, které jsou podle jejich názoru nejdůležitější pro organizaci a které pro ně samotné. Dále ze stejného seznamu měli vybrat 1 hodnotu, která je z jejich pohledu pro organizaci i pro ně samotné nejméně důležitá. Navržený seznam obsahuje jak takové hodnoty, které reprezentují spíše dřívější přístupy (např. klid pro všechny), tak hodnoty, které vyjadřují „nový“, očekávaný přístup pracovníků ke klientům (např. respekt k volbám a přáním klientů). V **části D** je zjišťována spokojenost zaměstnanců s jejich pracovním prostředím formou nástroje AWLS – Areas of Worklife Survey. (Leiter, Maslach, 1999; Havrdová a kol., 2010) Celkem 31 otázek je rozděleno do 6 oblastí pracovního života a odpovídáno formou pětibodové Likertovy škály nesouhlas-souhlas.

Závěrečná **část E** obsahuje 13 otázek týkajících se sociodemografických charakteristik (pohlaví, věk, vzdělání) a profesních charakteristik respondentů (např. počet let praxe v oboru, pozice v organizaci, pracovní zařazení, práce s klienty s demencí apod.). Dotazník je uveden v příloze 7.

Nyní jednotlivé výzkumné nástroje blíže představíme.

4 Operacionalizace a měření hlavních proměnných

4.1 Individualizace péče o klienty v zařízeních

Jak už bylo popsáno dříve, individualizaci péče považujeme za ukazatel nového přístupu ke klientům a správný směr ke kvalitně poskytované službě. (Štegmannová, Havrdová, 2010) Pro její měření jsme v rámci výzkumu využili nástroj ICI - Individualized Care Inventory, který pro tyto účely vyvinula se svými spolupracovníky Neena L. Chappell. (Chappell et al., 2007; O'Rourke et al., 2009) Na základě přehledu literatury, diskusí s experty z praxe a přímého pozorování v zařízeních dlouhodobé péče byly v konceptu stanoveny tři základní dimenze individualizované péče: *Znalost klienta*, *Autonomie* a *Komunikace* (s klientem i mezi zaměstnanci navzájem).

Dimenze *Znalost klienta* zahrnuje informovanost zaměstnanců o životní historii klientů včetně jejich hodnotového zaměření a preferencí, schopností, způsobů chování apod. Znalost klienta a jeho potřeb je základním východiskem individualizace péče a souvisí úzce se zpracováním individuálního plánu. Při zjišťování informací je důležitým předpokladem dotazování rodinných příslušníků a přátel a zjišťování poměrně podrobných informací o tom, jak žil člověk dříve, co pro něj bylo a nadále může být důležité, co má rád, a co mu naopak vyhovuje méně.

V dimenzi *Autonomie* jde o vyjádření pocitu zaměstnanců ohledně dostatečného množství přiměřených aktivit pro klienty v průběhu dne a možnosti jejich výběru v zařízení, dále vyjádření k podpoře nezávislosti klientů v zařízení a jejich samostatného rozhodování, pocitu, zda dělají něco za klienty, i když by to uživatelé mohli zvládnout sami, a také zda mají dostatek času umožnit klientům zvládat věci samostatně.

Poslední dimenze je tvořena dvěma oblastmi: *Komunikace s klientem*, která zahrnuje komunikaci o dění uvnitř i mimo zařízení, o osobním životě klientů i zaměstnanců nebo o péči, která je klientům poskytována, a také formu komunikace

(verbální i nonverbální). Oblast *Komunikace mezi zaměstnanci* obsahuje např. sdílení informací při střídání směn, sdílení přístupů v péči, které umožňují uživatelům samostatné rozhodování, a přístupů, umožňujících zvládnout jejich problémové chování, účast na tvorbě postupů a metodik, předkládání návrhů na změny v rámci individuálních plánů péče a na změny postupů, které již nejsou pro péči o klienty v zařízení vhodné.

Jak je patrné, koncept individualizované péče je multidimenzionální a měření v jednotlivých dimenzích může přinést informace, ve kterých oblastech lze přístup zaměstnanců spíše ocenit a kde by naopak bylo potřebné realizovat určitá opatření za účelem zvýšení kvality péče. Dle dostupných informací nebyl uvedený nástroj v našich podmínkách sociálních a zdravotních služeb dosud uplatněn.

Prezentovaný nástroj N. L. Chappell (Chappell et al., 2007) byl primárně vyvinut pro měření míry individualizace při péči o lidi s demencí. V námi zkoumaných osmi zařízeních bylo v době realizace výzkumu umístěno celkem 1612 uživatelů, z toho více než polovině (52 %) byla diagnostikována některá z forem demence. Nerozlišovali jsme přitom mezi druhy služeb (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem), neboť uživatelé s demencí jsou v obou typech zařízení a téměř všichni respondenti (96,9 %) odpověděli kladně na otázku, zda pracují s klienty trpícími demencí nebo jiným závažným onemocněním.

4.1.1 Využití nástroje ICI ve vlastním výzkumu

Původně 35položkovou škálu jsme upravili pro naše podmínky a v rámci operacionalizace redukovali na celkem 15 položek (tab. 2), z nichž bylo po provedení analýzy reliability a dimenzionality vybráno pro konstrukci součtových indexů 8 položek (tab. 3).

Tabulka 2: Individualizace péče o klienty, 15 položek. Metoda hlavních komponent (PCA), rotované řešení (Oblimin)

	Component				
	1	2	3	4	5
Beru v úvahu návyky a zvyklosti, jaké měli v domácím prostředí	,731	,014	-,011	,133	-,147
Dostatečný výběr aktivit v zařízení	,601	,208	-,298	,026	,071
Umožňování samostatného rozhodování klientů	,534	,198	,012	,201	-,330
Pocit znalosti každého klienta (jako individua)	,480	,429	-,146	,181	,353
Hovory s klienty o mém osobním životě	-,136	,771	-,036	-,133	,062
Hovory s klienty o jejich osobním životě	,183	,742	,010	,158	-,042
<i>Hovory s klienty o dění mimo zařízení</i>	,357	,690	,036	,190	-,077
<i>Pocit, že se liší mé představy a představy kolegů o péči</i>	-,085	,138	,681	-,173	,008
<i>Pocit, že nedělám vše, co by se při péči dělat mělo</i>	-,059	-,103	,650	,086	,036
<i>Hovory s klienty o právě poskytované péči</i>	,190	,075	,110	,736	,054
Čtu osobní historie klientů obsažené v plánech péče	-,231	,136	-,198	,685	-,030
Hovořím s rodin. příslušníky o důležitých věcech z minulosti	,387	-,057	-,103	,533	-,170
<i>Dělání něco za klienty, i když by to mohli zvládnout sami</i>	,045	,054	-,117	,077	-,704
<i>Klienti by měli dostávat jídlo v určený čas</i>	-,066	,019	-,410	,114	,591
<i>Plány péče neodrážejí hodnoty klientů</i>	-,302	-,025	,394	-,163	,499
Podíl vyčerpané variance (%), celkem 52,4 %	16,4	10,9	9,2	8,2	7,6

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: k určení počtu komponent bylo použito Kaiserovo kritérium. Zvýrazněny hodnoty zátěží > 0,4. Kurzívou jsou označeny položky, které nebyly použity ve finální verzi indexů.

Za účelem ověření existence dimenzí originálního konceptu v našem měření jsme nejprve použili metodu analýzy hlavních komponent (PCA), která umožňuje v datech identifikovat latentní strukturu a nahradit více vzájemně spjatých proměnných menším počtem nepřímo pozorovaných faktorů (k této metodě viz např. Hebák a kol., 2005). Pro určení celkového počtu faktorů jsme použili Kaiserovo

kritérium (vlastní číslo faktoru větší než 1), kdy výsledkem bylo rozdělení všech položek individualizace do pěti dimenzí (viz tabulka výše). Vzhledem k tomu, že výsledek neodpovídal původnímu konceptu Chappell (Chappell et al. 2007), a také vzhledem k nižším korelacím s ostatními položkami a nižším faktorovým zátěží v celkovém modelu, byly některé položky z analýzy vyloučeny. Výsledky nové faktorové analýzy bez vyloučených položek prezentuje následující tabulka x.

Tabulka 3: Dvě dimenze individualizace péče o klienty – finální řešení, 8 položek. Metoda hlavních komponent (PCA), rotované řešení (Oblimin)

	Component	
	1	2
Hovory s klienty o mém osobním životě	,750	-,187
Hovory s klienty o jejich osobním životě	,743	,208
Hovory s klienty o dění mimo zařízení	,708	,346
Pocit znalosti každého klienta (jako individua)	,482	,436
Beru v úvahu návyky a zvyklosti, jaké měli v domácím prostředí	,066	,725
Hovořím s rodin. příslušníky o důležitých věcech z minulosti	-,030	,595
Umožňování samostatného rozhodování klientů	,219	,563
Dostatečný výběr aktivit v zařízení	,237	,539
Podíl vyčerpané variance (%), celkem 46,0 %	28,0	18,0
Cronbachovo Alfa	0,62	0,54

N (listwise) = 414

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: k určení počtu komponent bylo použito Kaiserovo kritérium. Zvýrazněny jsou položky, které byly použity v konstrukci finální verze indexů Komunikace s klientem a Podpora samostatnosti a znalost klienta.

Základním zjištěním těchto analýz je, že ve zkoumané populaci pracovníků v přímé péči o klienty osmi domovů pro seniory lze identifikovat dvě základní dimenze individualizované péče. Ve výsledném řešení všechny použité položky sytí vždy pouze jednu dimenzi a navíc mají relativně vysoké hodnoty faktorových zátěží (minimální hodnota je 0,50) - výjimku tvoří „Pocit znalosti každého klienta (jako

individua)⁴⁸. Na základě výsledků faktorové analýzy navrhujeme využít kratší baterii otázek (8 položek), což lze vzhledem k celkovému počtu 15 položek v dotazníku považovat za optimální řešení.

Individualizace poskytované péče je ve finálním řešení reprezentována dvěma oblastmi: **Komunikace s klientem; Podpora samostatnosti a znalost klienta**. Oblast *Komunikace s klientem* zahrnuje informace o komunikaci s uživateli ohledně dění mimo zařízení a o osobním životě klientů i zaměstnanců. V oblasti *Podpora samostatnosti a znalost klienta* se pracovníci vyjadřovali, zda znají klienta jako individuálního člověka, zda zjišťují informace o tom, co pro klienty bylo a nadále může být důležité, jestli pracovníci berou návyky a zvyklosti z domácího prostředí při péči o klienty v úvahu, zda umožňují klientům, o které pečují, samostatné rozhodování a také zda zařízení nabízí dostatečný výběr běžných aktivit, z nichž mohou zaměstnanci při péči vycházet.

Na základě těchto dimenzí byly pro účely dalších analýz zkonstruovány součtové indexy, které vzhledem k počtu použitých položek vykazují uspokojivou hodnotu položkové reliability⁴⁸. V případě *Komunikace s klientem* 0,62 (3 položky), respektive 0,54 (5 položek) pro *Podpora samostatnosti a znalost klienta*. Tyto indexy spolu navzájem silně souvisí (Pearsonova korelace 0,49), což sice naznačuje, že měří podobný koncept, nicméně výsledky metody hlavních komponent, které jsou v souladu s původní operacionalizací, ukazují na užitečnost rozlišovat v přístupu pracovníků pečujících o seniory jak oblast komunikace, tak zplnomocňování klienta. Dodejme, že zejména v případě indexu Podpora samostatnosti a znalost klienta není hodnota Cronbachova alfa zcela dostačující, proto by v budoucím výzkumu bylo žádoucí navrhnout další položky měřící tento koncept.

Vedle položkové reliability jsme testovali validitu škál pomocí přístupu založeného na obsahovém srovnání s podobnými (či naopak zcela odlišnými) koncepty, což je tzv. **konstruovaná validita**. (Kreidl, 2004) Ve výzkumu byly za

⁴⁸ Běžně je za uspokojivou považována hranice vyšší než 0,7. Záleží ovšem také na počtu položek, zatímco tato hodnota „u škály z 5 položek je dobrý výsledek, u škály ze 30 položek nikoliv“. (Soukup, 2007: 12)

tímto účelem měřeny hodnoty pro *empatii, altruismus a přívětivost*,⁴⁹ u nichž předpokládáme v souladu s teoretickými poznatky, že budou s konceptem individualizace péče o klienty korelovat kladně (viz tab. 4).

Tabulka 4: Dvě dimenze individualizace péče o klienty vzhledem k empatii, altruismu a přívětivosti, Pearsonovy korelační koeficienty

	IND: Komunikace s klientem	IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta
Index Empatie/altruismus	,195	,206
Je pro mne těžké dívat se na věci očima druhého (r)	,135	,129
V jednání s lidmi jsem většinou přívětivý	,097	,043

N (listwise) = 410

Zdroj: vlastní výzkum

Index individualizace péče o klienty koreluje podle očekávání kladně jak s empatií a altruismem, tak s přívětivostí. Pro pracovníky s vyšší mírou individualizace péče je tedy typická vyšší míra empatie a altruismu, a to v obou dimenzích. Zároveň se potvrzuje vyšší míra přívětivosti u pracovníků, kteří více komunikují s klienty.

Dále jsme sledovali souvislost s odlišnými úrovněmi *důvěry*.⁵⁰ V souladu s očekáváním se objevuje korelace mezi individualizací péče o klienty a důvěrou ke klientům, výrazněji v dimenzi *Podpora samostatnosti a znalost klienta* (tab. 5).

⁴⁹ K měření empatie byly použity 3 položky ze sedmi z Davis Empathy Scale (Smith, 2006), doplněné o jednu otázku na altruistické hodnoty (Cronbachovo Alfa součtového indexu pouze 0,47). Tato baterie byla navíc doplněna o novou položku „Je pro mne těžké dívat se na věci očima druhého“, kterou s ohledem na výsledky PCA užíváme jako samostatnou dimenzi empatie. Stejně tak samostatně uvažujeme otázku na přívětivost. Znění otázek a rozložení odpovědí je uvedeno v příloze 5.

⁵⁰ Důvěra byla sledována ve čtyřech rovinách: obecně k lidem, ke spolupracovníkům, k vedení a ke klientům. Rozložení odpovědí je uvedeno v příloze 4. Ve všech případech převažuje důvěra, nejvyšší je ke spolupracovníkům (73 %), nižší hladinu důvěry pocítují zaměstnanci v přímé péči

Tabulka 5: Dvě dimenze individualizace péče o klienty vzhledem k odlišným úrovním důvěry, Pearsonovy korelační koeficienty

	IND: Komunikace s klientem	IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta
Důvěra obecně k lidem	,029	,043
Důvěra ke spolupracovníkům	,115	,091
Důvěra k vedení	,059	,102
Důvěra ke klientům	,117	,207

N (listwise) = 410

Zdroj: vlastní výzkum

Součástí originálního konceptu měření individualizace péče o klienty je rovněž oblast **Komunikace mezi zaměstnanci** (především s ohledem na potřebu vzájemné informovanosti o klientech) a **Komunikace (iniciativa) směrem k vedení** - zda pracovníci předkládají návrhy na zlepšení kvality péče a zda vedení na případnou iniciativu zaměstnanců reaguje (tzn. zda nadřazení berou při rozhodování o péči náměty řadových pracovníků v úvahu). Zde jsme využili pro konstrukci součtových indexů celkem 5 položek z původně 11položkové škály stejných autorů. (Chappell et al., 2007) Jde o součtové indexy: u *Komunikace mezi zaměstnanci* (2 položky) dosahuje Cronbachovo alfa hodnoty 0,67, u oblasti *Komunikace (iniciativa) směrem k vedení* (3 položky) hodnoty 0,69 (viz tab. 6).

obecně k druhým lidem, tzv. generalizovaná důvěra (52 %), ve vedení (53 %). Vůbec nejnižší je však vyjadřovaná míra důvěry pracovníků přímé péče ke klientům (47 %).

Tabulka 6: Komunikace (iniciativa) směrem k vedení a Komunikace mezi zaměstnanci. Metoda hlavních komponent (PCA), rotované řešení (Oblimin)

	Component	
	1	2
Hovořím s nadřízenými o potřebě změnit postupy	,827	,099
Předkládám návrhy na změny plánů péče	,799	,218
Nadřízení berou v úvahu náměty řadových zaměstnanců	,597	,172
Informace od spolupracovníků o zdravotním stavu klientů	,175	,873
Výměna informací při střídání směn	,217	,870
Podíl vyčerpané variance (%), celkem 64,2 %	39,2	25,0
Cronbachovo alfa	0,69	0,67

N (listwise) = 412.

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: k určení počtu komponent bylo použito Kaiserovo kritérium. Zvýrazněny hodnoty zátěží > 0,4.

Tyto dimenze se podle nás váží spíše k organizační kultuře, proto je přímo do konceptu měření individualizace péče o klienty nezařazujeme, ale hledáme naopak mezi nimi a oblastmi individualizace péče (tj. *Komunikace s klientem; Podpora samostatnosti a znalost klienta*) vzájemné souvislosti.

4.2 Osobnostní nastavení pracovníků - machiavelismus

Diagnostický nástroj pro měření mocenských tendencí vyvinul americký psycholog Richard Christie, který se během svého působení na univerzitě⁵¹ dlouhodobě zabýval výzkumy machiavelismu. Škálu pro jeho měření představil se svými spolupracovníky v roce 1970 v knize *Studies in Machiavellianism*. (Christie, Geis, 1970)

⁵¹ University of Carolina, Berkeley

Autoři ve svých výzkumech použili nejprve 71 položkovou postojovou „M“ škálu (MACH I), ve které byla převážná část výroků převzata z Machiavelliho díla Vladař. V následné škále MACH II byly jednotlivé položky rozčleněny do tří oblastí (taktika neboli interpersonální strategie, náhled na člověka a morálnost). S cílem zlepšení validity testu byla na základě výsledků dalších výzkumů provedena podstatná redukce položek až na celkových 20, které jsou součástí nejznámější verze testu MACH IV⁵². Existuje ještě škála MACH V, obsahující 20 trojic tvrzení, z nichž respondent vybírá vždy jednu odpověď z nabízené trojice (ibid: 10-34). Pro respondenty je vzhledem k náročnosti a délce vyplňování nejpřijatelnější verze MACH IV, kterou jsme využili i ve vlastním výzkumu.

Dle dostupných informací nebyl test dosud v České republice standardizován. V českém jazyce byl publikován v díle Oskara Krejčího Politická psychologie a rovněž v knize Tysona a Jacksona Organizační chování. (Krejčí, 2004: 81; Tyson, Jackson, 1997: 104-106)

4.2.1 Využití nástroje měření machiavelismu ve vlastním výzkumu

K měření machiavelismu byla použita testová baterie MACH IV s 20 položkami navržená Richardem Christiem. (Christie, Geis, 1970) Pokud chceme z několika otázek (položek) konstruovat souhrnnou škálu, je třeba nejprve ověřit, zda všechny položky měří jeden společný konstrukt. V prvním kroku jsme proto za účelem ověření jednodimenzionality použili metodu hlavních komponent (PCA), která ovšem při aplikaci konvenčního pravidla (Kaiserovo kritérium) identifikovala 7 faktorů. Navíc analýza položkové reliability pro celkovou škálu ukázala vzhledem k velkému počtu položek na nízkou hodnotu konzistence (Cronbachovo Alfa pouze 0,51). Za účelem zlepšení koherentnosti škály jsme se proto rozhodli provést faktorovou analýzu znovu pouze s 19 položkami s určením extrakce dvou dimenzí (výsledek viz tab. 7). Ty již lze smysluplně interpretovat, a to jako škálu pro **Cynismus/manipulaci a Nemorálnost**.

⁵² Dostupný v angličtině na:

<http://567sessiontwosummer09.wikispaces.com/file/view/MACH+TEST.doc> [cit. 22. 1. 2012]

Tabulka 7: Dvě dimenze machiavelismu, 19 položek. Metoda hlavních komponent (PCA) s rotací Varimax

	Component	
	1	2
Nejlepší je být za všech okolností poctivý (r)	,091	,741
Je lepší být skromný a poctivý, než mít vliv a být nepoctivý (r)	,105	,630
Jednání pouze tehdy, je-li jisté, že to bude morálně správné (r)	-,149	,562
Je možné být ve všech ohledech dobrý (r)	-,026	,536
Lhaní druhým nelze prominout (r)	-,204	,459
Většina lidí je dobrá a laskavá (r)	,030	,450
Většina úspěšných lidí vede poctivý a mravný život (r)	,063	,385
Když někoho o něco žádáme, je lepší uvést skutečný důvod (r)	-,003	,368
Statečnost je vrozena většině lidí (r)	-,218	,365
Předpoklad, že lidé mají sklon ke špatnému chování	,596	-,081
Říkání lidem, co chtějí slyšet jako nejlepší způsob, jak s nimi vyjít	,589	-,168
Sdělování skutečných důvodů, jen je-li to nezbytně nutné	,477	-,030
Je rozumné vyhovět vlivným lidem	,472	-,305
Odlišení zločince od ostatních lidí	,463	,080
Bezmezná důvěra v někoho je totéž, jako říkat si o problémy	,438	,094
Lidé snáze zapomenou na smrt vlastních rodičů než na ztrátu majetku	,389	,004
Šance bezbolestně zemřít pro lidi trpící nevyléčitelnými nemocemi	,372	-,141
Je těžké postupovat vpřed bez kompromisů	,372	,008
Lidé by nepracovali, pokud by k tomu nebyli nuceni	,360	,070
Podíl vysvětlené variance: celkem 25,3 %	11,8 %	13,4 %
Cronbachovo alfa	0,60	0,65

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: korelace dimenzí při rotaci Oblimin -0,096. Počet komponent určen na 2; u položek označených (r) jsou otočeny škály.

Ve finálním řešení jsme proto pro konstrukci součtových škál zvolili pouze tyto dvě dimenze, navíc byla vyřazena položka „Každou minutu se narodí člověk, který se nechá snadno oklamat“. Důvodem je její nejednoznačné přiřazení k dimenzi, navíc test položkové reliability naznačil, že po jejím vyřazení dojde ke zvýšení

Cronbachova alfa. Domníváme se, že jde s největší pravděpodobností o odlišnost překladu, neboť původní znění otázky odkazuje k výroku, který je v českém prostředí zcela neznámý. To potvrdily i výsledky pilotáže. Proto jsme v české verzi zvolili jednodušší, srozumitelnou verzi znění výroku, nicméně ani ten není s dimenzí *Cynismus/manipulace* koherentní.

Výsledky aplikace škály Machiavelismu ve specifické skupině pracovníků v pobytové péči o seniory tak ukazují, že zde nejde o jev jednodimenzionální, na což poukazuje i záporná korelace zkonstruovaných škál *Cynismus/manipulace* a *Nemorálnost* ($R = -0,17$). Odlišné, resp. absentující korelace u obou subškál ukazují na nosnost rozlišení machiavelismu do dvou dimenzí. Dosažené hodnoty Cronbachova alfa 0,60, respektive 0,65 nelze ovšem s ohledem na počet položek považovat (alespoň v případě škály *Cynismus/manipulace*) za nikterak vysokou míru reliability.⁵³ Nicméně řešení pomocí těchto dvou dimenzí lze v porovnání s jednodimenzionálním indexem považovat za uspokojivé a využitelné v další analýze, kde rovněž uvádíme i výsledky pro originální celkovou škálu s dvaceti položkami. Validita a reliabilita škály machiavelismu, navržené původně v 70. letech minulého století v USA, je tak v současném kulturním kontextu české společnosti otázkou dalšího bádání. Z důvodu srovnatelnosti jsou výsledky také prezentovány pro jejich standardizovanou podobu na z-skóry.

Vedle položkové reliability je také otázkou validita škály machiavelismu, tedy zda má použitá škála v jednotlivých subdimenzích schopnost měřit koncept mocenského nastavení osobnosti. K jejímu ověření jsme opět využili konstruované validity a sledovali hodnoty machiavelismu vzhledem k *empatii*, *altruismu* a *přívětivosti* (tab. 8). Na rozdíl od indexu individualizace péče o klienty zde v souladu s teoretickými poznatky předpokládáme, že budou tyto hodnoty korelovat s konceptem machiavelismu záporně. Očekáváme však pouze mírné až středně silné vztahy mezi těmito indikátory a indexy machiavelismu. Vysoké korelace (byť záporné) by totiž znamenaly, že ukazatele měří něco velmi podobného či stejného jako machiavelismus.

⁵³ Aplikace škály machiavelismu v populaci studentů několika ročníků studentů práv ukázala rovněž na poměrně nízkou reliabilitu (při půlení testu tzv. Split-half bylo dosaženo Cronbachova alfa 0,64) (Vejsada, Klementová, 2008).

**Tabulka 8: Machiavelismus vzhledem k empatii, altruismu a přívětivosti,
Pearsonovy korelační koeficienty**

	Mach 20 (celkový)	Mach 1 Cynismus/ manipulace	Mach 2 Nemorálnost
Index Empatie/altruismus	-0,252	-0,211	-0,104
Je pro mne těžké dívat se na věci očima druhého (r)	-0,154	-0,186	-0,012
V jednání s lidmi jsem většinou přívětivý	-0,145	0,011	-0,176

N (*listwise*) = 407

Zdroj: vlastní výzkum

Všechny korelační koeficienty jsou v souladu s očekáváním záporné nebo nulové. Celkově dosažené korelace jsou spíše nižší, nejvyšší je u škály *Cynismus/manipulace* a indexu *Empatie/altruismus* (-0,21), zatímco u škály *Nemorálnost* je pouze poloviční. Pro pracovníky s vyšší mírou cynismu je typická výrazně nižší míra empatie, zatímco pro pracovníky s vyšší mírou nemorálnosti je typická výrazně nižší přívětivost.

Co se týká důvěry, oproti očekávání nenacházíme žádnou korelaci s obecnou, generalizovanou důvěrou (důvěra obecně k lidem). Tento výsledek však není až tolik překvapivý, neboť měření obecné důvěry k lidem pomocí pouze jedné otázky je samo o sobě poněkud nedostatečné, a jak ukazují výsledky jiných výzkumů, variance je vysvětlitelná pouze částečně. Podstatné je, že machiavelismus (v obou dimenzích) koreluje záporně s důvěrou ve spolupracovníky, vedení a ke klientům, výrazně zejména v dimenzi *Nemorálnost* (viz následující tab. 9).

Tabulka 9: Machiavelismus ve vztahu k odlišným úrovním důvěry, Pearsonovy korelační koeficienty

	Mach 20 (celkový)	Mach 1 Cynismus/manipulace	Mach 2 Nemorálnost
Důvěra obecně k lidem	-0,050	0,009	-0,024
Důvěra ke spolupracovníkům	-0,191	-0,127	-0,089
Důvěra k vedení	-0,296	-0,175	-0,211
Důvěra ke klientům	-0,250	-0,119	-0,218

N (listwise) = 401

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Pracovní prostředí organizace

Ke zjištění, jak zaměstnanci vnímají své pracovní prostředí, byl ve výzkumu použit dotazník Leitera a Maslachové AWLS – Areas of Worklife Survey (1999), který byl pro naše podmínky připraven a poprvé použit v oblasti sociálních a zdravotních služeb Havrdovou a kol. (2010). Pomocí této metody lze v organizacích sledovat spokojenost pracovníků v **šesti oblastech pracovního života**: oblast *Pracovní zatížení* vyjadřuje dostatek času na práci, intenzitu práce, pocity únavy a možnost věnovat se osobním zájmům. V oblasti *Kontrola nad vlastní prací* se zaměstnanci vyjadřují k možnosti ovlivnit, jak dělají svou práci včetně podmínek, které k ní potřebují, a dále k pocitu profesionální nezávislosti a samostatnosti. Oblast *Ocenění práce* nezahrnuje pouze názor na finanční ohodnocení, ale obecně pocity uznání za vykonanou práci. *Vztahy* zahrnují vyjádření pracovníků ke kvalitě pracovního týmu, vzájemné spolupráci a komunikaci a pocitu blízkosti ke kolegům. Oblast *Spravedlnost* obsahuje vyjádření zaměstnanců k rozdělování zdrojů, příležitostem v organizaci a přístupu managementu při rozhodování. Poslední oblast *Hodnoty* zahrnuje pocit souladu hodnot a cílů organizace s osobními cíli a hodnotami pracovníků.

Uvedené oblasti tvoří subškály metody AWLS, které byly zkoumány z hlediska jejich prediktivního vztahu k syndromu vyhoření, indikovaného již v mírné podobě tzv. varovných příznaků za pomoci dotazníku MBI – GS. (Schaufeli, 1996; Maslach, Leiter, 1997; Leiter, Laschinger, 2006) Leiter a Maslach (2009) na základě výzkumů vytvořili model, v němž klíčovou prediktivní roli ve vztahu ke spokojenosti hraje kontrola nad vlastní prací, která se promítá spolu s vnímáním odměn a spravedlnosti do míry hodnotové kongruence a predikuje úroveň cynismu vůči práci a klientům. S mírou kontroly nad vlastní prací souvisí i vnímání míry pracovního zatížení (resp. jak se s ním pracovník vyrovnává), a to predikuje vnímanou vyčerpanost a zprostředkovaně i cynismus. Z odpovědí v dotazníku AWLS lze tedy vyvozovat závěry směrem k ohrožení pracovníků syndromem vyhoření.

4.3.1 Typologie organizací podle pojetí implementace standardů kvality do praxe

Jednotlivé organizace se z hlediska procesu implementace standardů kvality do praxe nacházejí v určité fázi a v tomto ohledu se mezi sebou liší. Abychom tuto skutečnost mohli ve výzkumu zohlednit, museli jsme nejprve zvolit určitý způsob, jak zjistit (alespoň přibližně) aktuální stav. Při vytváření typologie jsme se inspirovali pracemi Musila a kol. (2003a, 2003b, 2007, 2008, 2009), kteří zkoumali kulturu poskytování osobních služeb ve vybraných organizacích sociálních služeb. Na základě výsledků provedených kvalitativních studií zformulovali dva základní přístupy k implementaci standardů kvality, které mají v praxi dopad na přímou práci s klienty. V prvním případě jde o „**administrativní**“ pojetí implementace standardů kvality, druhé je „**na službu orientované**“. Jak už jsme uvedli v teoretické části práce, tato typologie nezohledňuje vnější podmínky organizací, ale vychází z kultury poskytování služby.

Na základě charakteristik specifikovaných Musilem a kol. (2007) byly vytvořeny okruhy otázek pro polostandardizovaný rozhovor (příloha 6), který byl

veden se dvěma zástupci zřizovatele⁵⁴. Otázky jsou zaměřeny na to, jak lidé v organizaci vnímají smysl zavádění standardů, kdo je v organizaci do jejich implementace zapojen, jakým jazykem jsou standardy psány a jak se o nich komunikuje, zda dochází ke změně v pojetí rolí pracovníků, jaké je nastavení týmové spolupráce, zda probíhá reflexe apod.

Organizace v našem výzkumu byly analyzovány z hlediska výše uvedených parametrů a rozděleny nejprve do čtyř typů⁵⁵, které byly později sloučeny do dvou základních kategorií (*administrativní, orientace na změnu*). Pět z osmi zařízení se podle popsané typologie vyznačuje spíše administrativním pojetím, tři vykazují významnější změny v přístupech k uživatelům a ve způsobech práce.

⁵⁴ Jde o zástupce zřizovatele, jejichž úkolem je metodické vedení a sledování organizací z hlediska kvality poskytované služby.

⁵⁵ Převážně administrativní, spíše administrativní, na cestě ke změně a spíše reálná změna.

5 Výsledky výzkumu

5.1 Individualizace péče a individuální charakteristiky zaměstnanců

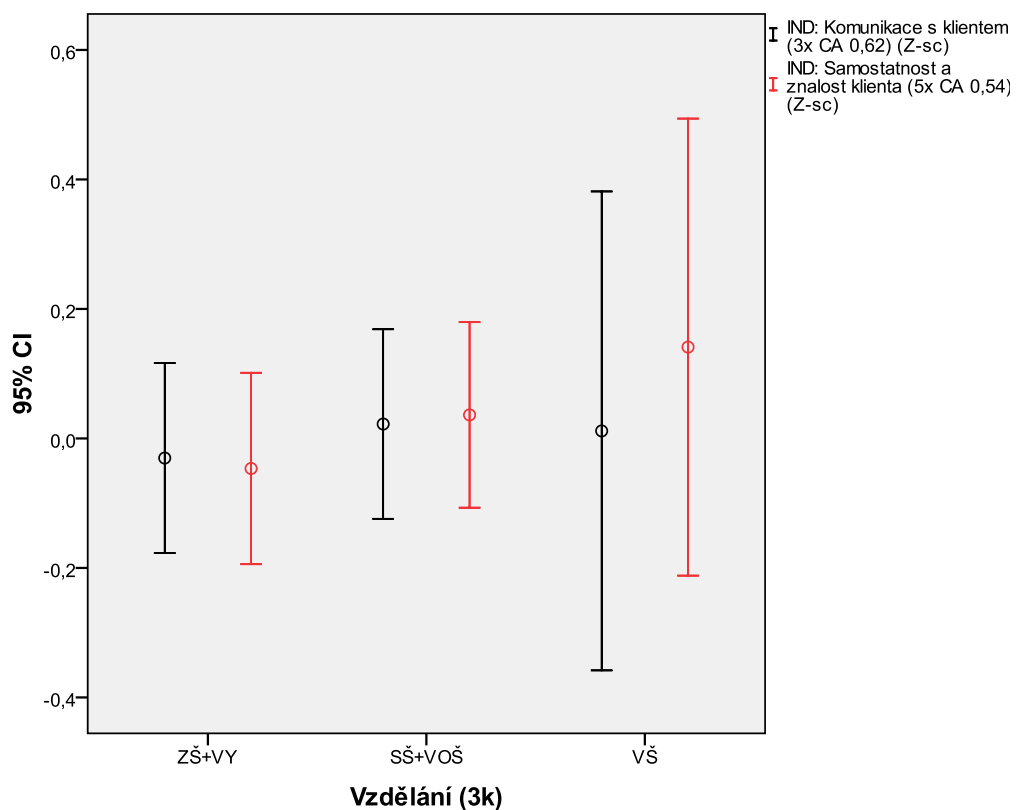
Nejprve jsme testovali, jaké *sociodemografické* (věk, vzdělání) a *profesní* charakteristiky (délka praxe v oboru, délka práce v konkrétní organizaci, pracovní zařazení zaměstnanců, počet klientů, o které pracovník pečuje, a pozice klíčového pracovníka) působí na míru individualizace péče o klienty v zařízeních.

Tabulka 10: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a věk pracovníků, Pearsonovy korelační koeficienty

		IND: Komunikace s klientem	IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta
Věk	Pearson Correlation	-,033	,010
	Sig. (2-tailed)	,513	,835
	N	406	402

Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 1: Dvě dimenze individualizace péče o klienty podle vzdělání pracovníků



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 11: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a délka praxe v oboru, Pearsonovy korelační koeficienty

		IND: Komunikace s klientem	IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta
Praxe v oboru (roky)	Pearson Correlation	,039	,085
	Sig. (2-tailed)	,460	,108
	N	364	360

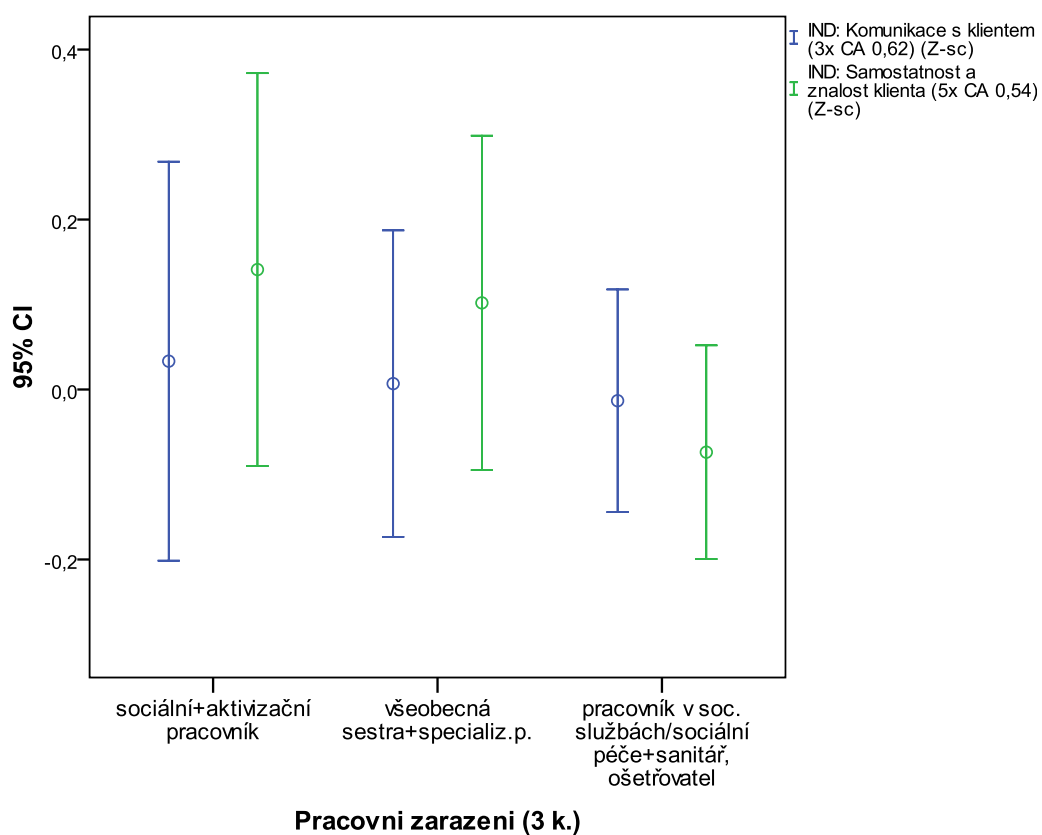
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a délka praxe v oboru, Pearsonovy korelační koeficienty

	IND: Komunikace s klientem	IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta
Jak dlouho pracuje v organizaci (roky)	Pearson Correlation ,070	,041
	Sig. (2-tailed)	,163
	N	397

Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 2: Dvě dimenze individualizace péče podle pracovního zařazení zaměstnanců



Zdroj: vlastní výzkum

Jak ukazují výsledky v tab. 10, 11, 12 a obr. 1, neobjevuje se žádná souvislost mezi mírou individualizace péče o klienty a věkem pracovníka, délkou jeho celkové praxe v oboru, délkou práce v dané organizaci a kupodivu ani vzděláním pracovníka. Určitá souvislost se však ukazuje vzhledem k pracovnímu zařazení zaměstnanců (viz obr. 2), kde jsme zaznamenali o něco nižší míru individualizace péče o klienty v dimenzi *Podpora samostatnosti a znalost klienta* u kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel. V dimenzi *Komunikace s klientem* není mezi kategoriemi pracovníků patrný žádný rozdíl.

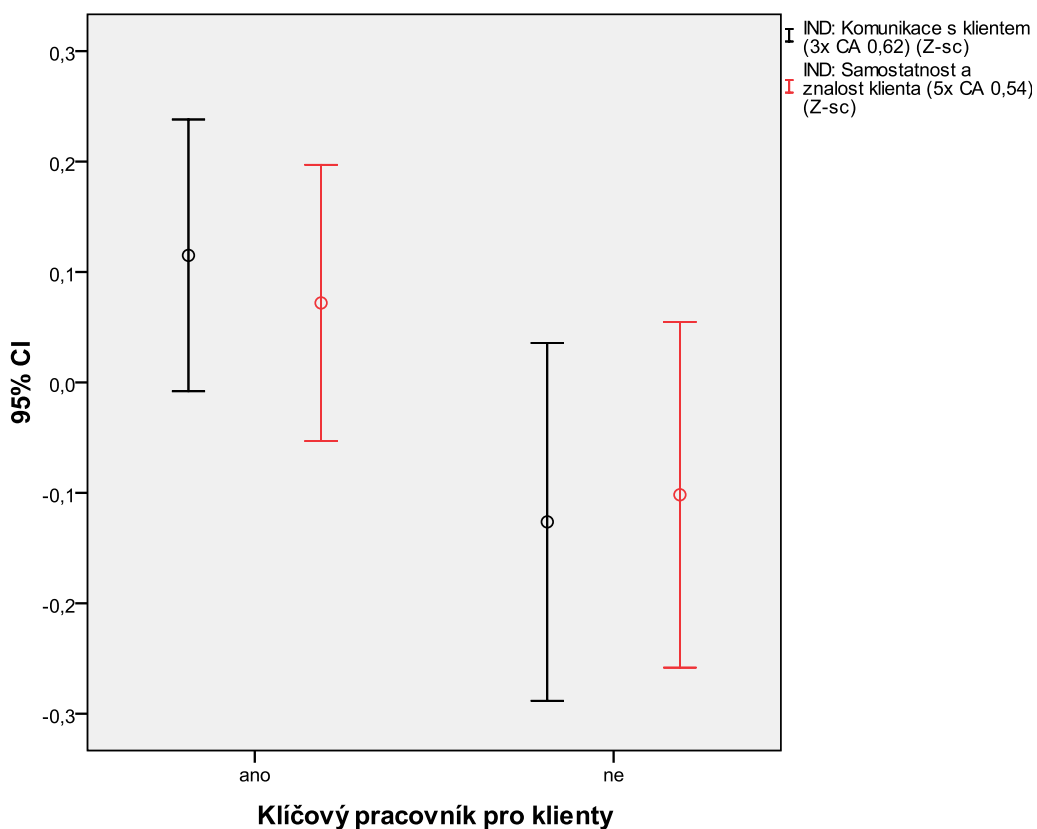
Dále nás zajímalo, zda individualizace péče souvisí s počtem klientů, o které pracovník běžně pečuje, a s tím, zda vykonává funkci klíčového pracovníka pro klienty.

Tabulka 13: Dvě dimenze individualizace péče a počet klientů, o které pracovník pečuje, Pearsonovy korelační koeficienty

		IND: Komunikace s klientem	IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta
Počet klientů, o které pracovník běžně pečuje	Pearson Correlation	-,004	-,024
	Sig. (2-tailed)	,941	,623
	N	412	408

Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 3: Dvě dimenze individualizace péče o klienty podle pozice klíčového pracovníka



Zdroj: vlastní výzkum

Zatímco u počtu klientů, o které pracovník běžně pečuje, se ve vztahu k individualizaci péče o klienty neukázala žádná souvislost (tab. 13), jiná je situace u pozice klíčového pracovníka (viz obr. 3). Zdá se, že na individualizaci péče má významný pozitivní vliv skutečnost, zda zaměstnanec přímé péče zastává zároveň pozici klíčového pracovníka. Míra individualizace péče o klienty je v obou dimenzích vyšší u těch pracovníků, kteří jsou zároveň klíčovými pracovníky.

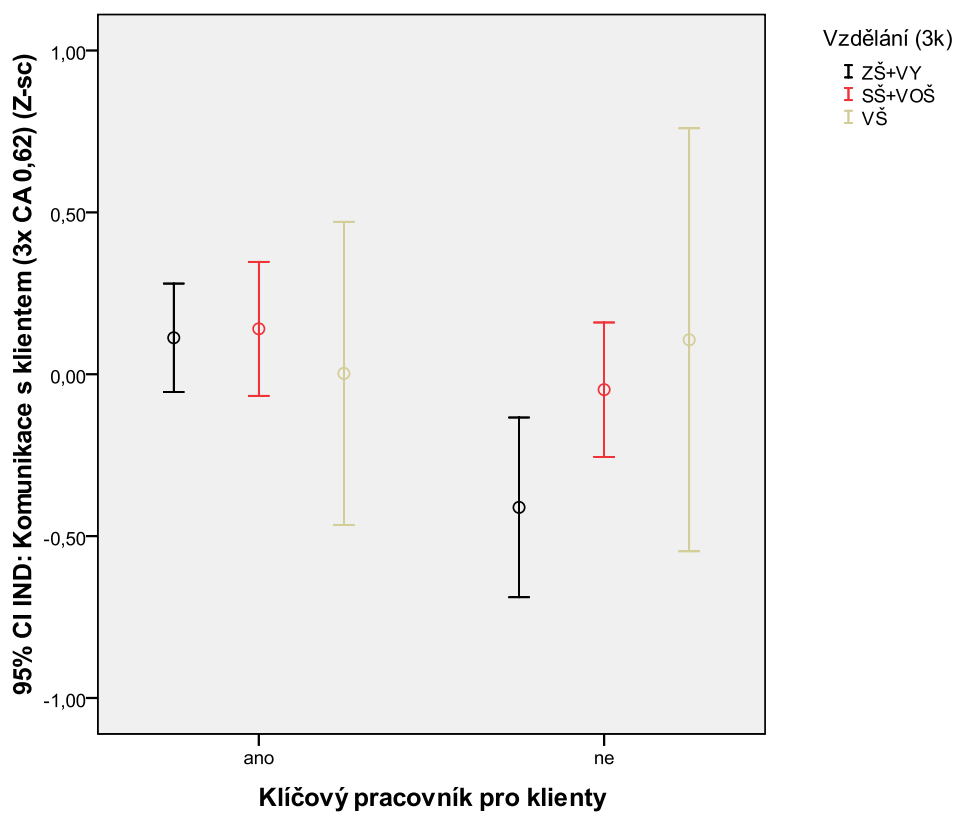
Vzhledem k výše popsanému výsledku jsme dále zjišťovali, jaké mají ve sledovaných organizacích klíčoví pracovníci vzdělání, do jaké kategorie pracovníků nejčastěji spadají z hlediska pracovního zařazení a zda z tohoto pohledu dochází k nějakým interakcím se dvěma dimenzemi individualizace péče o klienty.

Tabulka 14: Výkon funkce klíčového pracovníka podle vzdělání, adjustovaná residua

Vzdělání		Klíčový pracovník pro klienty	
		ano	ne
Vzdělání	1 základní	1,8	-1,8
	2 středoškolské – vyučení	5,0	-5,0
	3 středoškolské s maturitou	-4,0	4,0
	4 VOŠ	-2,6	2,6
	5 VŠ	-1,3	1,3

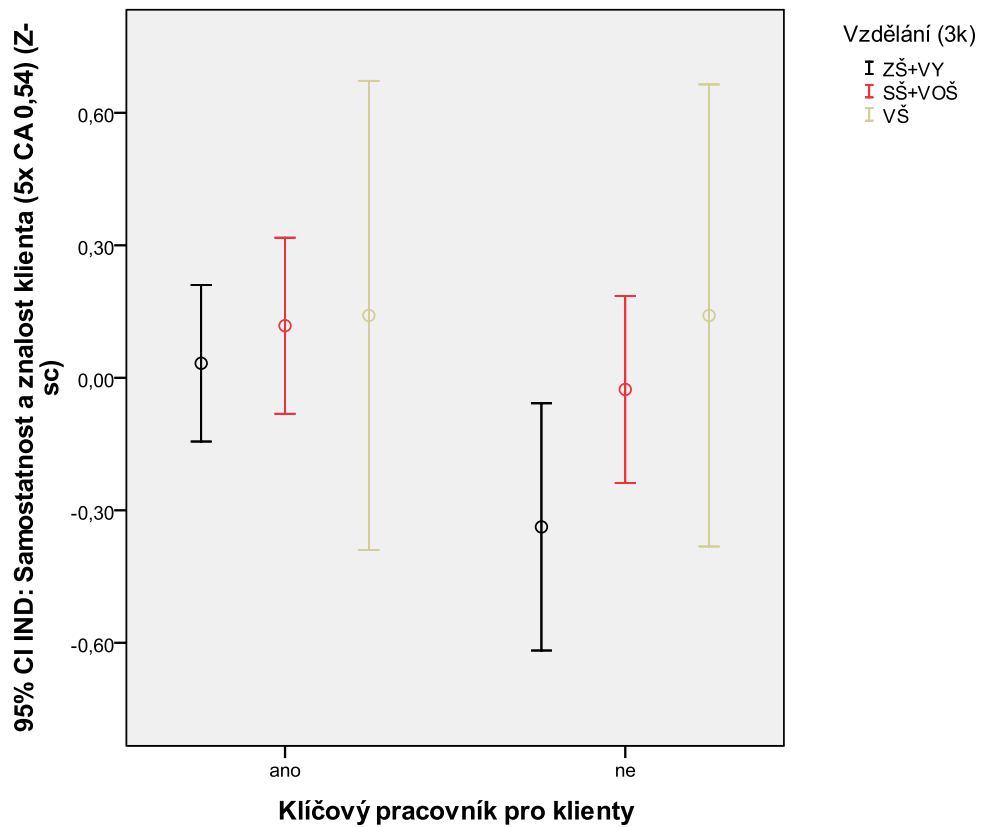
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 4: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) z hlediska vzdělání pracovníků, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka



Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 5: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) z hlediska vzdělání pracovníků, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka



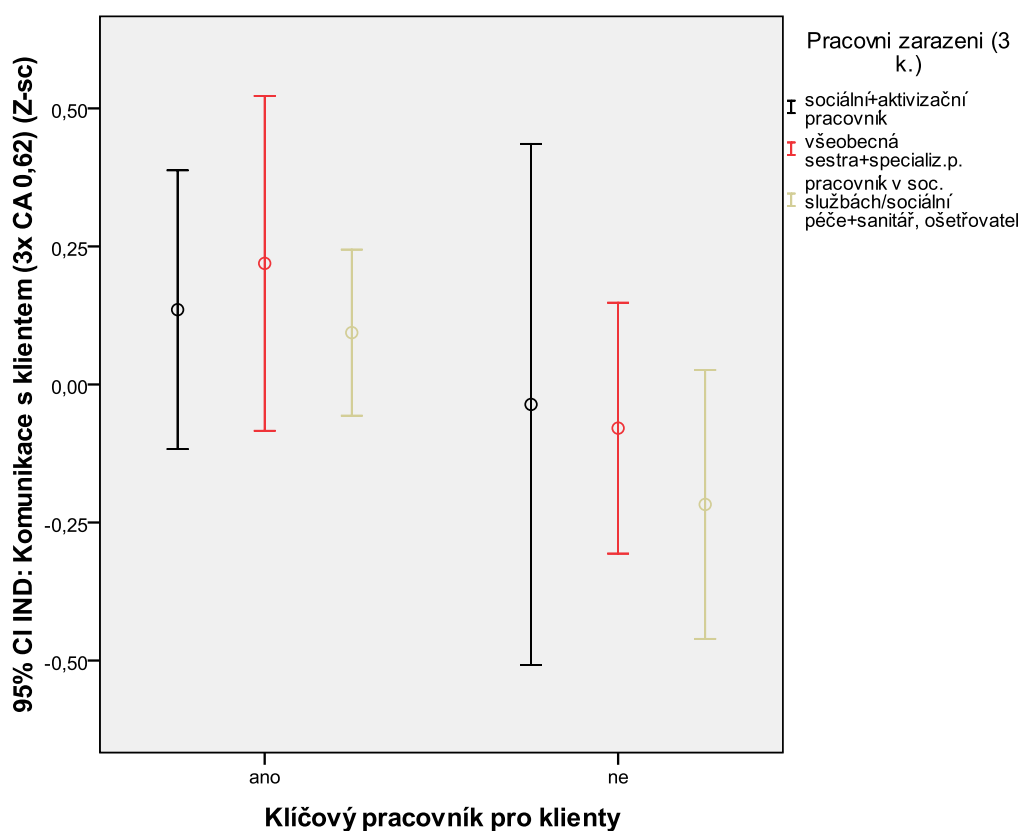
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 15: Výkon funkce klíčového pracovníka podle pracovního zařazení, adjustovaná residua

		Klíčový pracovník pro klienty	
		ano	ne
Pracovní zařazení	Kategorie 1: sociální+aktivizační pracovník	-,9	,9
	Kategorie 2: všeobecná sestra+specializační pracovník	-7,2	7,2
	Kategorie 3: pracovník v soc. službách+sanitář, ošetřovatel	6,7	-6,7

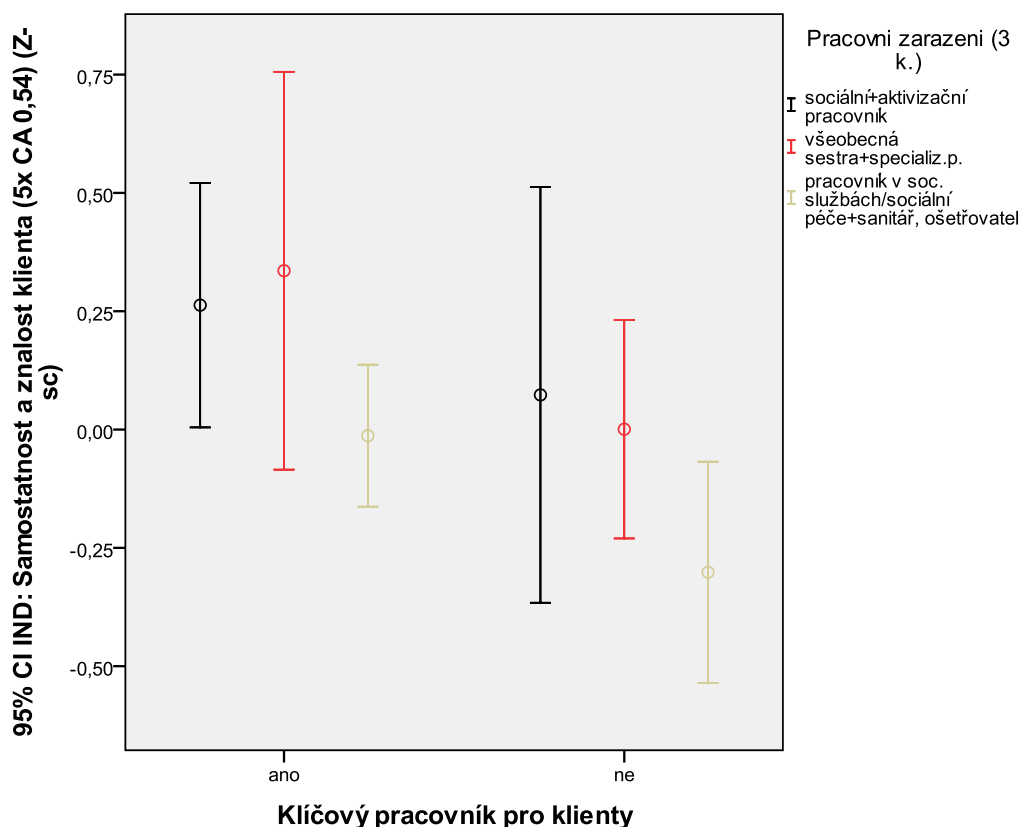
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 6: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) z hlediska pracovního zařazení, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka



Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 7: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) z hlediska pracovního zařazení, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků zjištění vyplývá, že pozice klíčového pracovníka je silně spjata jak se vzděláním pracovníků, tak s jejich pracovním zařazením. Nejčastěji jsou z hlediska vzdělání klíčovými pracovníky zaměstnanci, kteří jsou vyučeni v nějakém oboru (tab. 14). Z hlediska pracovního zařazení jde o zaměstnance v kategorii Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel (tab. 15). To souvisí s tím, že právě tato kategorie zaměstnanců je v přímé péči o klienty nejvíce zastoupena, a to 60,6 % (viz příloha 1).

Z hlediska vzdělání pracovníka a pozice klíčového pracovníka dochází vzhledem k individualizaci péče o klienty k částečné interakci. Obr. 4 a 5 ukazují, že

míru individualizace péče o klienty u pracovníků, kteří mají základní vzdělání nebo jsou vyučení, zásadním způsobem pozitivně ovlivňuje skutečnost, zda jsou zároveň klíčovými pracovníky. U ostatních kategorií dle vzdělání míru individualizace péče o klienty pozice klíčového pracovníka neovlivňuje. Toto zjištění je významné, neboť právě zaměstnanci s výučním listem zastávají pozici klíčového pracovníka nejčastěji (tab. 14).

Pozice klíčového pracovníka má z pohledu pracovního zařazení zaměstnanců pozitivní vliv na míru individualizace péče o klienty u všech kategorií zaměstnanců, nejvýrazněji se však projevuje v kategorii Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetrovatel (viz obr. 6 a 7).

Můžeme tedy shrnout, že z hlediska individuálních charakteristik pracovníků se vzhledem k individualizaci péče o klienty neukázala žádná souvislost s věkem, délkou praxe v oboru, délkou práce v organizaci a ani se vzděláním pracovníka. **Hypotéza ohledně pozitivního vlivu výše vzdělání na individualizaci péče o klienty se tedy nepotvrdila.** Jiná situace vzhledem k míře individualizace péče o klienty se ukazuje, pokud ke vzdělání pracovníka promítneme skutečnost, zda zastává pozici klíčového pracovníka o klienty. Tady vidíme, že zaměstnanci, kteří mají základní vzdělání anebo jsou vyučení, výrazně více individualizují péči o klienty, pokud zastávají pozici klíčového pracovníka.

Vzhledem k pracovnímu zařazení zaměstnanců se naše hypotéza potvrdila pouze částečně. Z výsledků jsme zaznamenali o něco nižší míru individualizace péče o klienty u kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetrovatel, ovšem pouze v dimenzi *Podpora samostatnosti a znalost klienta*.

Zjistili jsem zároveň, že ti pracovníci, kteří zastávají funkci klíčového pracovníka, výrazně více individualizují péči o klienty. Z hlediska pracovního zařazení se rozdíl nejvýznamněji projevuje u kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetrovatel. **Hypotéza, kterou jsme zde ověřovali, a to vztah mezi individualizací péče o klienty a pozicí klíčového pracovníka, se zcela potvrdila.** Zjištění tak odpovídá celkovému konceptu individualizované péče o klienty, ve které hraje významnou roli znalost klienta a jeho potřeb. Právě funkce klíčového pracovníka umožňuje na základě budování důvěrnějšího vztahu poznat klienta jako individuálního člověka i s jeho prožitými životními zkušenostmi a na

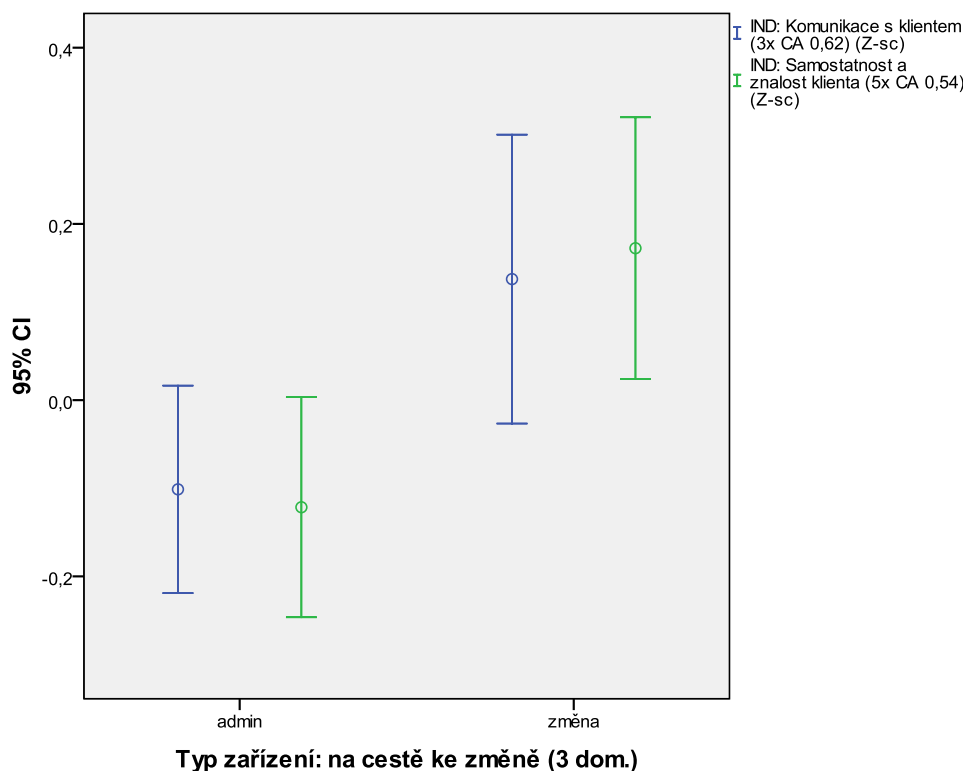
základě toho pak společně s ním plánovat takové kroky ve zkvalitňování péče, které jsou odrazem jeho skutečných potřeb a možností.

5.2 Individualizace péče o klienty a organizační aspekty

5.2.1 Rozdíly dle typologie organizací

Rozdělení organizací do kategorií dle pojetí implementace standardů kvality se potvrzuje i ve výsledcích výzkumu, kde se ukazuje, že míra individualizace péče o klienty je v obou dimenzích (*Komunikace s klientem; Podpora samostatnosti a znalost klienta*) vyšší v těch zařízeních, která jsou dle typologie zařazena v kategorii *změna* (obr. 8).

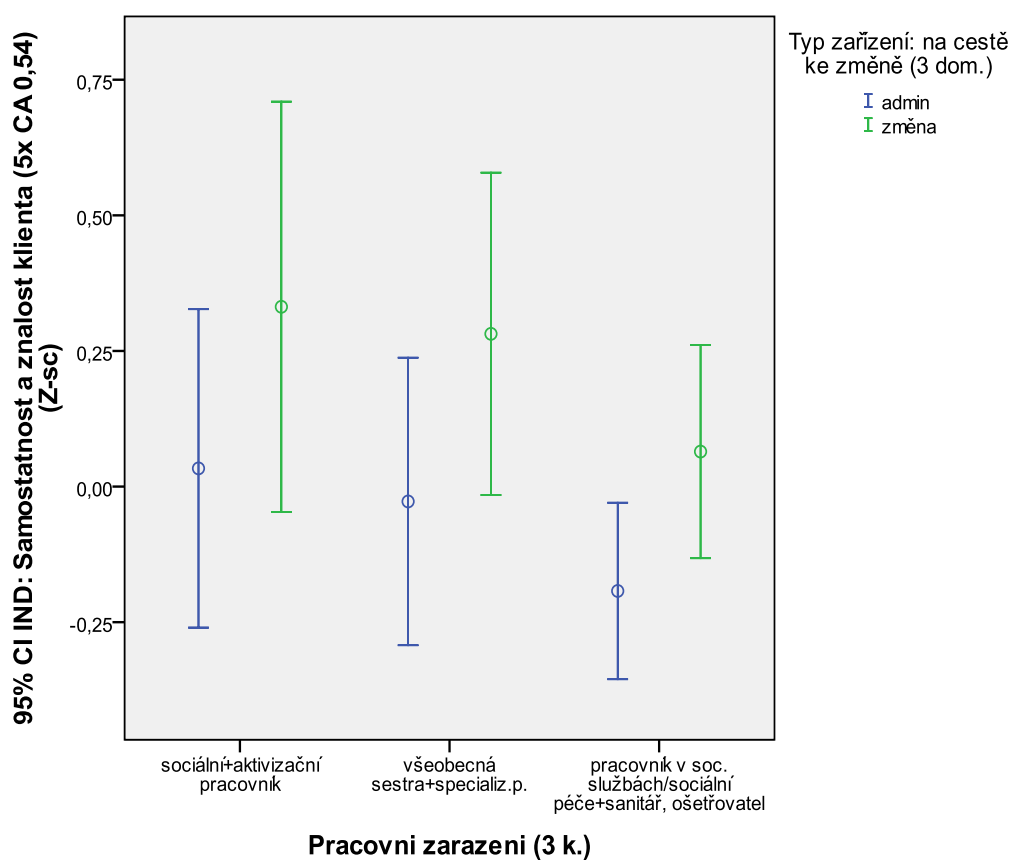
Obrázek 8: Dvě dimenze individualizace péče o klienty podle typologie zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

Taktéž při rozdělení pracovníků podle pracovního zařazení se u organizací zařazených podle typologie „se změnou“ ukazují v míře individualizované péče nadprůměrné hodnoty⁵⁶ v oblasti *Podpora samostatnosti a znalost klienta* pro všechny pracovní kategorie (obr. 9).

Obrázek 9: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) z hlediska typologie zařízení, rozděleno podle pracovního zařazení

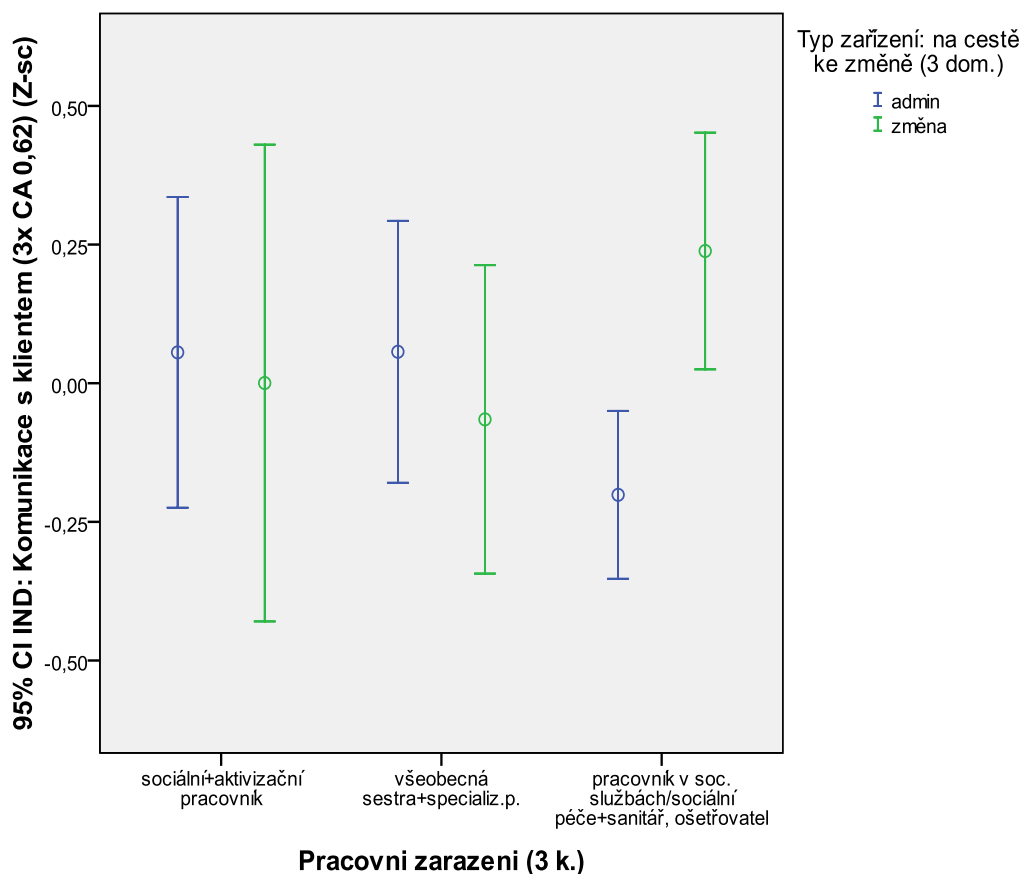


Zdroj: vlastní výzkum

⁵⁶ Poznámka: nejde o statisticky významný rozdíl.

Výrazný rozdíl v míře individualizované péče podle typu organizace se dále ukazuje v oblasti *Komunikace s klientem* u kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel⁵⁷ (obr. 10).

Obrázek 10: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) z hlediska typologie zařízení, rozděleno podle kategorií zaměstnanců



Zdroj: vlastní výzkum

Prostřednictvím typologie organizací jsme sledovali organizační vlivy na individualizaci péče, přičemž souvislost mezi individualizací péče o klienty a pojetím implementace standardů kvality do praxe byl jeden z našich základních předpokladů. **Výsledky potvrdily stanovenou hypotézu, že vyšší míru individualizace péče**

⁵⁷ Poznámka: zde jde o rozdíl věcně i statisticky významný.

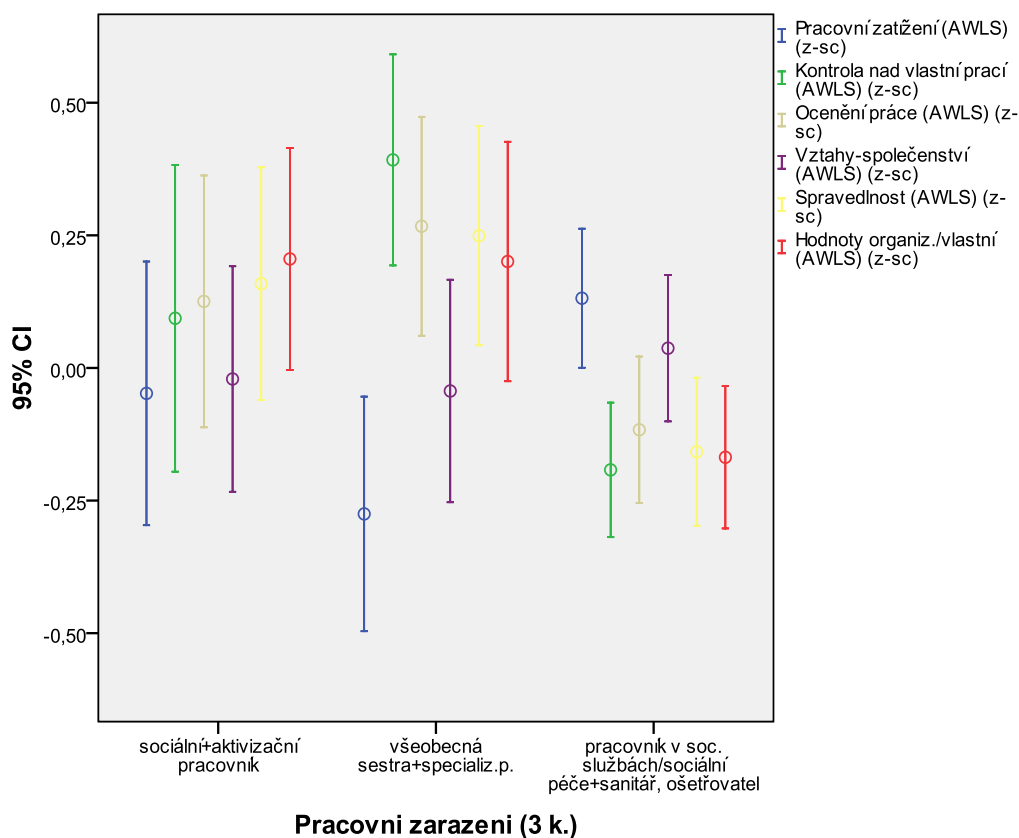
o klienty lze očekávat v zařízeních typu změna. V těchto organizacích více individualizují péči o klienty v dimenzi *Podpora samostatnosti a znalost klienta* všechny kategorie zaměstnanců, v dimenzi *Komunikace s klientem* je výraznější pozitivní rozdíl u kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel. Zjištění je významné vzhledem k tomu, že tato kategorie zaměstnanců je v přímé péči o klienty nejvíce početně zastoupena.

Pokud tedy bereme míru individualizace péče v zařízeních jako ukazatel kvality poskytované služby, pak se potvrzuje, že rozdíl mezi administrativním a na změnu zaměřeným pojetím implementace standardů kvality se váže k přístupu zaměstnanců ke klientům. To by mohlo odpovídat Musilovu předpokladu, že v zařízeních „se změnou“ dojde „k reálnému průniku ducha standardů kvality do kultury poskytování dané služby“. (Musil a kol., 2007: 65)

5.2.2 Rozdíly dle vnímání šesti oblastí pracovního života (AWLS)

Další možností, jak sledovat vliv organizačních aspektů na individualizaci péče o klienty, je pohled zaměstnanců na pracovní prostředí. Zde jsme sledovali, jak se liší vnímání pracovního prostředí z pohledu jednotlivých kategorií zaměstnanců.

Obrázek 11: Šest oblastí pracovního života (AWLS) podle kategorií zaměstnanců



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků je patrné (viz. obr. 11), že nejméně příznivě hodnotí pracovní prostředí organizace kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetrovatel, a to ve všech oblastech pracovního života, kromě vztahů. U stejné kategorie zaměstnanců jsme rovněž zaznamenali o něco nižší míru individualizace péče o klienty v oblasti Podpora samostatnosti a znalost klienta (viz obr. 2 na s. 102). Tato kategorie je tak podle modelu Leitera a Maslachové (2009) nejohroženější skupinou z hlediska rizika syndromu vyhoření, neboť vnímá nepříznivě všechny prediktory vyhoření. Zejména kombinace vysoké pracovní zátěže a nejméně příznivě hodnocené oblasti kontroly nad vlastní prací odkazuje již na původní model Demand/Kontrol (zatížení/kontrola) jako indikátor vysokého pracovního stresu. (Karasek, 1979) K tomu přistupuje ještě nepříznivé hodnocení i v oblasti ocenění práce

a spravedlnosti a nižší kongruence v hodnotách s organizací, které doplňují prediktory vyhoření v novějších modelech.

Naproti tomu kategorie zaměstnanců na pozici Všeobecná sestra a specializovaný pracovník pocítují vzhledem k ostatním nejvyšší míru kontroly nad vlastní prací a nejmenší míru pracovní zátěže a je na tom v těchto oblastech výrazně lépe i vzhledem ke kategorii zaměstnanců zařazených na pozici sociální pracovník a aktivizační pracovník (viz obr. 11). Toto zjištění je zajímavé vzhledem k rozdílům mezi zdravotníky a sociálními pracovníky pracujícími v nemocnici, kde byl vztah opačný. (Havrdová a kol., 2010, Šolcová a kol., 2011 a Havrdová, Šolcová, 2011) Terénní sociální pracovníci měli ve vztahu ke zdravotním sestram v nemocnicích signifikantně pozitivní skóre ve všech čtyřech jmenovaných oblastech pracovního života. Tato zjištění naznačují, že pracovní prostředí a pozice v organizaci by měly mít větší vliv na úroveň ohrožení vyhořením než profese sama. Naznačené souvislosti však vyžadují další zkoumání.

Výsledky ukázaly na částečnou souvislost mezi spokojeností pracovníků s prostředím v organizaci a individualizací péče o klienty. **Částečně se tak naplnila i hypotéza, že kategorie zaměstnanců, která je méně spokojená s pracovními podmínkami, bude méně uplatňovat individualizaci péče o klienty.** Kategorie, která hodnotila pracovní podmínky nejméně příznivě (Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel), sice vykazovala nižší míru individualizace péče o klienty, rozdíl oproti ostatním kategoriím však není příliš výrazný, a navíc se objevoval pouze v jedné dimenzi individualizované péče o klienty (*Podpora samostatnosti a znalost klienta*).

5.3 Individualizace péče o klienty a komunikace v organizaci

Vedle samotného přístupu pracovníka ke klientovi je z hlediska kvality péče rovněž vhodné sledovat jeho komunikaci s ostatními pracovníky (především s ohledem na potřebu vzájemné informovanosti o klientech) a také komunikaci směrem k vedení (zda pracovníci předkládají návrhy na zlepšení kvality péče, tedy úroveň jejich participace na organizaci péče).

Tabulka 16: Komunikace mezi zaměstnanci ve vztahu ke dvěma dimenzím individualizace péče o klienty, Pearsonovy korelační koeficienty

	KOM: Zaměstnanci - zaměstnanci		
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
IND: Komunikace s klientem	-,014	,775	422
IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta	-,001	,976	414

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 17: Komunikace zaměstnanců s vedením ve vztahu ke dvěma dimenzím individualizace péče o klienty, Pearsonovy korelační koeficienty

	KOM: Zaměstnanci - vedení		
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
IND: Komunikace s klientem	,138	,005	411
IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta	,276	,000	406

Zdroj: vlastní výzkum

Překvapivě se žádná souvislost neobjevila v případě oblasti *Komunikace mezi zaměstnanci* a oběma dimenzemi individualizace péče o klienty, jak ukazuje tab. 16. Signifikantní vztah můžeme nalézt zejména mezi dimenzí *Komunikace s vedením* a individualizací péče o klienty, především v oblasti *Podpora samostatnosti a znalost klienta* (tab. 17).

Stanovený předpoklad ohledně vlivu komunikace v organizaci na individualizaci péče se potvrdil, pouze však na úrovni komunikace mezi zaměstnanci a vedením. Určitá pozitivní atmosféra na úrovni organizace, daná možností zaměstnanců předkládat návrhy na zlepšení péče a vyjadřovat se k pracovním postupům a pocit, že jejich návrhy berou nadřízení vážně, se pojí s vyšší tendencí individualizovat péči a podporovat samostatnost klientů ze strany zaměstnanců. To odpovídá i poznatkům o paralelním procesu přenosu, v němž se hodnoty a způsoby chování v rovině vztahu mezi vedením a zaměstnanci přenáší na úroveň vztahů mezi pracovníky a klienty a naopak.

5.4 Individualizace péče ve vztahu k šesti oblastem pracovního života

V dalším zkoumání nás zajímalo, jak se tendence individualizovat péči o klienty odráží vzhledem k šesti oblastem pracovního života (viz tab. 18 a 19).

Tabulka 18: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) vzhledem k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty

	IND: Komunikace s klientem		
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Pracovní zatížení	,024	,626	399
Kontrola nad vlastní prací	,124	,011	415
Ocenění práce	,145	,003	415
Vztahy-společenství	,149	,002	414
Spravedlnost	,178	,000	402
Hodnoty organizace/ vlastní hodnoty	,165	,001	394

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 19: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) vzhledem k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty

	IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta		
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Pracovní zatížení	,098	,052	394
Kontrola nad vlastní prací	,261	,000	409
Ocenění práce	,263	,000	409
Vztahy-společenství	,202	,000	409
Spravedlnost	,242	,000	398
Hodnoty organizace/ vlastní hodnoty	,296	,000	391

Zdroj: vlastní výzkum

Silnější vzájemné vztahy mezi individualizací péče o klienty a oblastmi pracovního života se ukazují především v dimenzi *Podpora samostatnosti a znalost klienta*. Zde se vzájemná souvislost projevuje ve všech oblastech kromě pracovního

zatížení, nejvýraznější vazba je patrná v oblasti souladu hodnot a cílů organizace s hodnotami a cíli pracovníků. Zkoumali jsme tedy dále rozdíly mezi organizacemi, které jsou dle typologie „na cestě ke změně“, a těmi, u kterých je patrný spíše „administrativní přístup“ ke zvyšování kvality péče (tab. 20).

IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta

Tabulka 20: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) – rozděleno dle typologie organizací vzhledem k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty

	Typ zařízení					
	admin.			změna		
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Pracovní zatížení	-,056	,401	225	,252	,001	169
Kontrola nad vlastní prací	,327	,000	238	,202	,008	171
Ocenění práce	,263	,000	235	,273	,000	174
Vztahy-společenství	,089	,172	236	,339	,000	173
Spravedlnost	,253	,000	231	,257	,001	167
Hodnoty organizace/ vlastní hodnoty	,304	,000	226	,318	,000	165

Zdroj: vlastní výzkum

Vztahy mezi individualizací péče (v dimenzi *Podpora samostatnosti a znalost klienta*) a pracovním prostředím se ukazují u obou typů organizací.

Největší rozdíly mezi jednotlivými typy organizací jsou patrné v oblasti vnímání pracovní zátěže a vztahů v organizaci. Pracovníci, kteří více individualizují práci s klienty, vnímají v organizacích typu změna oproti pracovníkům v organizaci se spíše *administrativním* přístupem výrazně větší pracovní zatížení, což může souviset s větší angažovaností s ohledem na potřebu přizpůsobit chod služby klientům. Pocit nižší kontroly nad vlastní prací může v těchto organizacích odrážet určitou míru nejistoty, které s sebou nové přístupy ke klientům nesou. Je rovněž možné, že se pracovníci v organizacích „typu změna“ stavějí k posuzování podmínek, které ke své práci s klienty potřebují, kritičtěji.

Největší rozdíl lze spatřovat v oblasti hodnocení vztahů se spolupracovníky, které je signifikantně lepší v organizacích „na cestě ke změně“. Vztahy mezi individualizací péče a pracovním prostředím v ostatních oblastech (ocenění práce, spravedlnost a hodnoty) se v obou typech organizací výrazně neliší. To znamená, že i v organizacích, které jsme zařadili do tzv. „administrativního typu“ implementace standardů kvality, mají pracovníci, kteří více individualizují péči o klienty, pocit většího ocenění a větší spravedlnosti.

5.5 Machiavelismus a individuální charakteristiky zaměstnanců

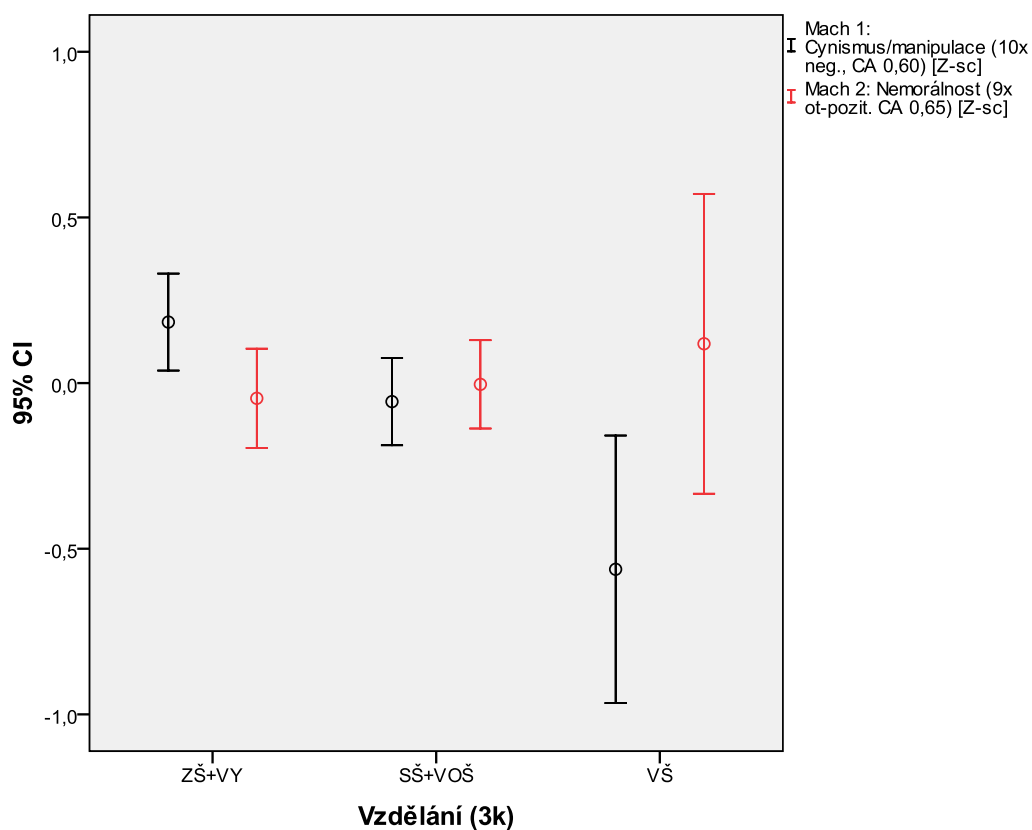
Osobnost zaměstnanců z hlediska jejich mocenského nastavení je pro nás vzhledem k individualizaci péče o klienty důležitou proměnnou, proto jsme opět nejprve sledovali vztah machiavelismu k sociodemografickým a profesním charakteristikám zaměstnanců (věk, vzdělání, délka praxe v oboru, délka práce v konkrétní organizaci a pracovní zařazení).

Tabulka 21: Dvě dimenze machiavelismu a věk pracovníků, Pearsonovy korelační koeficienty

		Mach 1 Cynismus/manipulace	Mach 2 Nemorálnost
Věk	Pearson Correlation	,033	-,076
	Sig. (2-tailed)	,503	,125
	N	417	414

Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek 12: Dvě dimenze machiavelismu podle vzdělání pracovníků



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 22: Dvě dimenze machiavelismu a délka praxe v oboru, Pearsonovy korelační koeficienty

		Mach 1 Cynismus/manipulace	Mach 2 Nemorálnost
Praxe v oboru (roky)	Pearson Correlation	-,055	-,014
	Sig. (2-tailed)	,288	,789
	N	369	368

Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka 23: Dvě dimenze machiavelismu a délka práce v organizaci,
Pearsonovy korelační koeficienty**

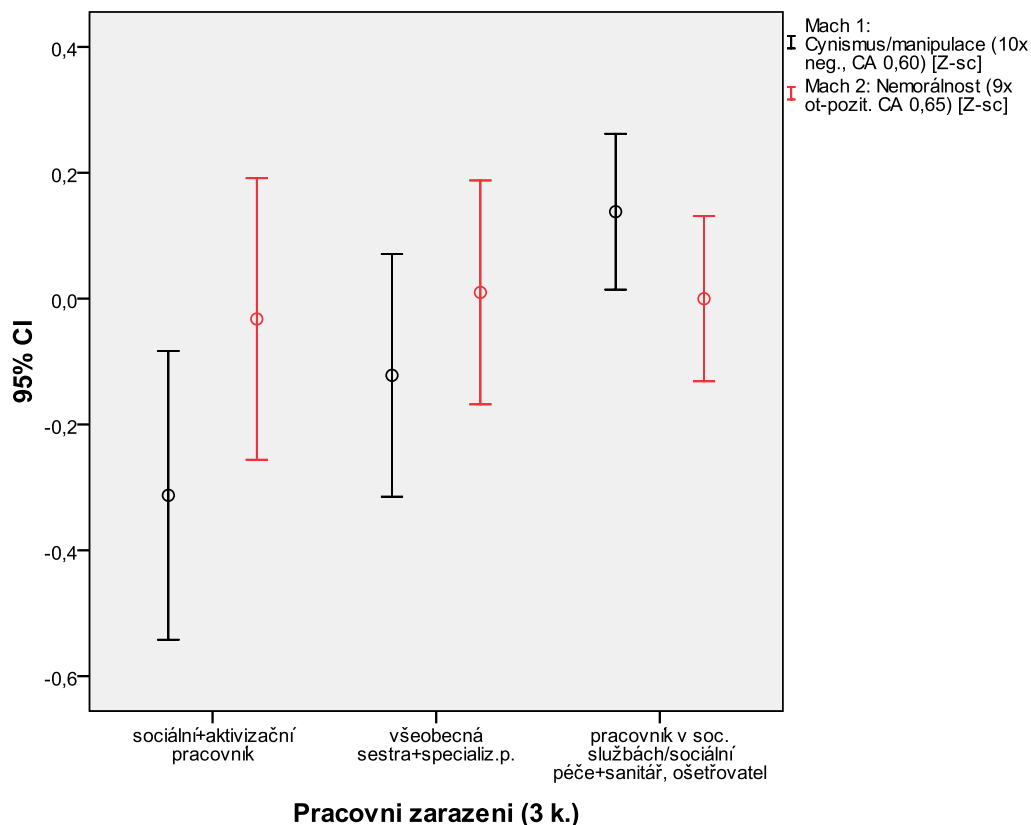
		Mach 1 Cynismus/manipulace	Mach 2 Nemorálnost
Jak dlouho pracuje v organizaci (roky)	Pearson Correlation	,010	,041
	Sig. (2-tailed)	,845	,410
	N	402	400

Zdroj: vlastní výzkum

Jak ukazují tabulky 21, 22 a 23, není patrná žádná lineární souvislost machiavelismu s věkem, délkou praxe v oboru ani délkou práce v dané organizaci.

Z hlediska vzdělání se pracovníci liší, pouze však v dimenzi *Cynismus/manipulace* (obr. 12). Vyšší hodnoty jsme zaznamenali u kategorie pracovníků, kteří dosáhli základního vzdělání nebo se vyučili nějakému oboru, podprůměrný je v této dimenzi machiavelismus u zaměstnanců s vysokoškolským vzděláním. V dimenzi machiavelismu *Nemorálnost* se zaměstnanci z hlediska vzdělání neliší.

Obrázek 13: Dvě dimenze machiavelismu podle pracovního zařazení



Zdroj: vlastní výzkum

Z hlediska pracovního zařazení se opět ukazuje rozdíl pouze v dimenzi machiavelismu *Cynismus/manipulace*, kde vyššího skóre dosahuje kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel a podprůměrného kategorie Sociální pracovník a aktivizační pracovník. Ve druhé dimenzi *Nemorálnost* je úroveň mezi kategoriemi zaměstnanců z hlediska pracovního zařazení stejná (obr. 13). Výsledek odpovídá zjištění vzhledem ke vzdělání, jelikož kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel dosahuje nejčastěji základního vzdělání nebo vyučení v některém z oborů.

Výsledky tak částečně potvrzují náš předpoklad ohledně rozdílu machiavelismu mezi jednotlivými kategoriemi zaměstnanců. Kategorie Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel dosáhla oproti ostatním kategoriím vyšších hodnot machiavelismu, pouze však v jedné dimenzi (*Cynismus/manipulace*).

5.6 Machiavelismus a pracovní prostředí zaměstnanců

Stejně jako u proměnné individualizace péče o klienty jsme dále sledovali vztah machiavelismu k šesti oblastem pracovního života (AWLS).

Tabulka 24: Machiavelismus (dimenze Cynismus/manipulace) ve vztahu k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty

	Mach 1 Cynismus/manipulace		N
	Pearson Correlation	Sig. (2- tailed)	
Pracovní zatížení	,030	,548	397
Kontrola nad vlastní prací	-,090	,068	413
Ocenění práce	-,177	,000	414
Vztahy-společenství	-,137	,006	411
Spravedlnost	-,167	,001	401
Hodnoty organizace/vlastní hodnoty	-,118	,019	393

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 25: Machiavelismus (dimenze Nemorálnost) ve vztahu k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty

	Mach 2 Nemorálnost		N
	Pearson Correlation	Sig. (2- tailed)	
Pracovní zatížení	-,151	,003	394
Kontrola nad vlastní prací	-,213	,000	408
Ocenění práce	-,158	,001	410
Vztahy-společenství	-,238	,000	407
Spravedlnost	-,303	,000	397
Hodnoty organizace/vlastní hodnoty	-,333	,000	390

Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků je patrné, že v dimenzi machiavelismu *Cynismus/manipulace* není patrná žádná souvislost s oblastmi AWLS Pracovní zatížení a Kontrola nad vlastní prací, u ostatních oblastí se objevují slabší záporné korelace (viz tab. 24).

Co se týká druhé dimenze machiavelismu, *Nemorálnost* negativně slabě koreluje s oblastmi AWLS Pracovní zatížení, Ocenění práce, Kontrola nad vlastní prací a Vztahy-společenství, silněji pak v oblastech Spravedlnost a soulad hodnot organizace s vlastními hodnotami (tab. 25). Jedinci s vyššími hodnotami machiavelismu v dimenzi *Nemorálnost* hodnotí tedy pracovní prostředí v organizaci oproti ostatním méně příznivě. Pociťují zejména menší spravedlnost v organizaci a rovněž se celkově méně identifikují s hodnotami a cíli organizace. Osobnostní nastavení pracovníka má tedy (alespoň v dimenzi *Nemorálnost*) důležitý vliv na vnímání pracovních podmínek v organizaci a spokojenost pracovníka s různými oblastmi pracovního života.

5.7 Individualizace péče o klienty a machiavelismus

Sledování souvislostí mezi osobností pracovníka z hlediska jeho mocenského nastavení a individualizací péče o klienty patří mezi naše nejdůležitější zkoumané vztahy, které jsme podložili teoretickými východisky o negativním působení moci na přístupy ke klientům, zejména na uplatňování jejich autonomie.

Tabulka 26: Machiavelismus ve vztahu k individualizaci péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem), Pearsonovy korelační koeficienty

		Mach 1 Cynismus/manipulace	Mach 2 Nemorálnost	Mach 20 (celkový)
IND: Komunikace s klientem	Pearson Correlation	-,042	-,217	-,178
	Sig. (2-tailed)	,393	,000	,000
	N	414	408	403

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 27: Machiavelismus ve vztahu k individualizaci péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta), Pearsonovy korelační koeficienty

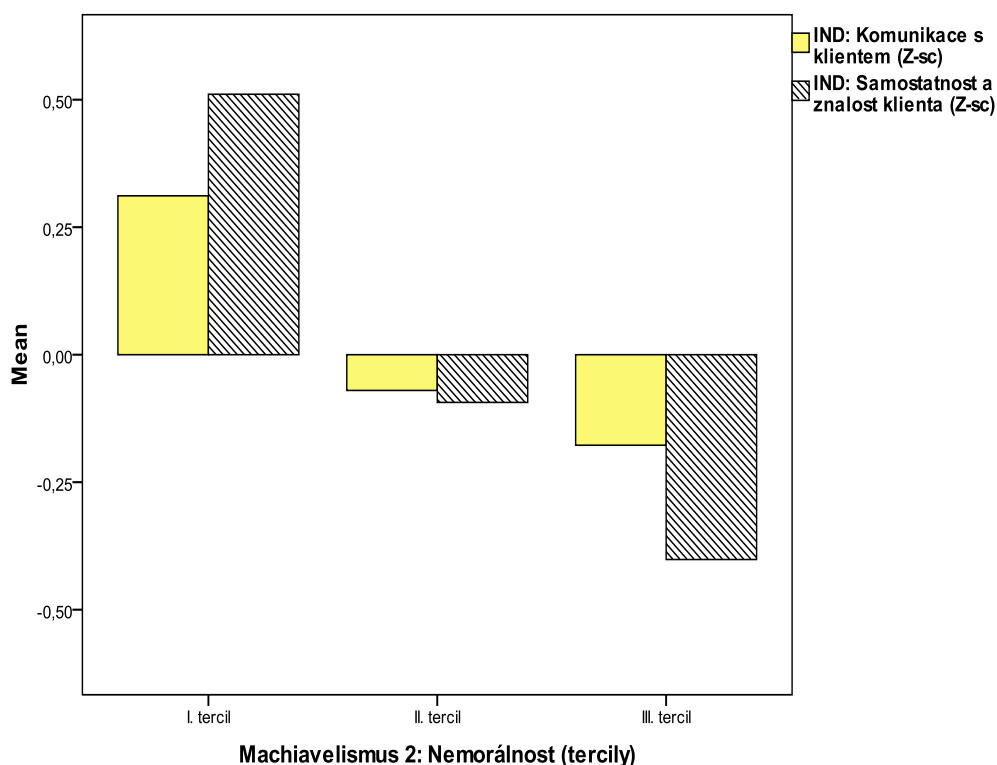
		Mach 1 Cynismus/manipulace	Mach 2 Nemorálnost	Mach 20 (celkový)
IND: Podpora samostatnosti a znalost klienta	Pearson Correlation	-,001	-, 357	-,248
	Sig. (2-tailed)	,983	,000	,000
	N	407	402	396

Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků v tabulkách 26 a 27 vyplývá, že záporný vztah mezi machiavelismem a individualizací péče o klienty existuje, ovšem pouze v dimenzi *Nemorálnost*. Výrazněji se negativní vazba machiavelismu ve vztahu k individualizaci péče o klienty projevuje v oblasti *Podpora samostatnosti a znalost klienta*. V dimenzi machiavelismu *Cynismus/manipulace* se vzhledem k individualizaci péče o klienty neukazuje žádná souvislost.

Vztah mezi oběma dimenzemi individualizace péče o klienty a osobností pracovníků z hlediska jejich mocenského nastavení v dimenzi *Nemorálnost* znázorňuje obr. 14.

Obrázek 14: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a machiavelismus (dimenze Nemorálnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: I. tercil = nízký machiavelismus (<55); II. tercil = střední machiavelismus (56-60); III. tercil = vysoký machiavelismus (>61)

Výsledky tedy znamenají potvrzení naší hypotézy, že pracovníci s vyššími hodnotami machiavelismu (i když pouze v jedné dimenzi, nazvané jako *Nemorálnost*) méně uplatňují individualizaci péče o klienty. Ukazuje se tak, že určitý náhled na člověka a obecné morální postoje pracovníků mohou mít vliv na přístupy ke klientům, a zejména v uplatňování jejich autonomie, vyjádřené v dimenzi individualizace péče *Podpora samostatnosti a znalost klienta*, kde jsme zaznamenali vzhledem k machiavelismu silnější vzájemný vztah.

V předchozích dílčích analýzách jsme sledovali působení různých faktorů na individualizaci péče o klienty. Následující regresní analýza umožnila otestovat většinu stěžejních hypotéz najednou a zároveň určit míru jejich vlivu na individualizaci péče o klienty.

5.8 Regresní analýzy

Na závěr jsme provedli regresní analýzy, které souhrnně otestovaly hypotézy o vztahu mezi dvěma dimenzemi individualizace péče o klienty a vlivem individuálních charakteristik zaměstnanců (věk, vzdělání, pozice pracovníka a jeho profesní zařazení), tj. model 1 (M1) osobností pracovníků z hlediska mocenského nastavení (machiavelismus), důvěry ke klientům a empatie (M2) a rovněž z hlediska typologie organizací (administrativní/změna) (M3).

Tabulka 28: Odhadnuté standardizované koeficienty a statistická významnost modelů OLS regrese pro individualizaci v péči o klienty (dimenze Komunikace s klientem)

	M1		M2		M3	
	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Vzdělání SŠ	-,023	,735	-,030	,647	-,021	,742
Vzdělání VOŠ_VŠ	,000	1,000	-,002	,975	-,015	,840
Vedoucí (součást vedení)	,029	,635	,010	,872	,024	,675
Sociální pracovník	,030	,674	,012	,865	,014	,837
Zdravotník	,035	,616	,053	,440	,043	,520
Věk	-,065	,260	-,102	,072	-,109	,050
Mach 1: Cynismus/ manipulace (index)			,021	,710	-,014	,803
Mach 2: Nemorálnost (index)			-,200	,001	-,169	,003
Empatie (index)			,120	,033	,116	,035
Důvěra ke klientům			,096	,096	,108	,056
Typ zařízení: změna					,210	,000
ANOVA Sig.	,867		,001		,000	
Adjusted R Square	-,011		,060		,100	
<i>N valid (listwise)</i>	335					

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámky: referenční kategorie pro vzdělání - nanejvýše vyučení; pro pracovní zařazení - Pracovník v soc. službách, sanitář, ošetřovatel; pro typ zařízení Administrativní.

Koeficienty s $p < 0,1$ zvýrazněny.

Model M1 (viz tab. 28) ukázal na nulový vliv individuálních charakteristik zaměstnanců na individualizaci péče o klienty v dimenzi *Komunikace s klientem* (celkem vysvětlená variance 0 %).

V modelu M2 (tab. 28) jsou navíc testovány vlivy osobnosti zaměstnanců. Patrný je zde negativní vliv machiavelismu v dimenzi *Nemorálnost* na individualizaci péče v oblasti *Komunikace s klientem*, neprojevuje se však žádný vliv v dimenzi machiavelismu *Cynismus/manipulace*. Dále je ve vztahu k dimenzi individualizace péče *Komunikace s klientem* patrný zhruba poloviční kladný vliv empatie a důvěry ke klientům (celková vysvětlená variance stoupá na 6 %). Vysoké hodnoty machiavelismu u zaměstnanců v dimenzi *Nemorálnost* tedy negativně ovlivňují míru individualizace péče o klienty v oblasti *Komunikace s klientem*, naproti tomu vyšší hodnoty empatie a důvěry ke klientům ovlivňují tuto dimenzi individualizace péče o klienty pozitivně.

Vliv typologie organizací na individualizaci péče o klienty ve vztahu k dimenzi *Komunikace s klientem* testuje model M3 (tab. 28). Ten ukazuje, že individualizace péče o klienty je v této dimenzi výrazně vyšší v organizacích typu *změna* než v ostatních organizacích, a to i při kontrole vlivu předchozích charakteristik v modelech M1 a M2 (celková vysvětlená variance stoupá na 10 %).

Tabulka 29: Odhadnuté standardizované koeficienty a statistická významnost modelů OLS regrese pro individualizaci v péči o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta)

	M1		M2		M3	
	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Vzdělání SŠ	-,014	,831	-,018	,767	-,011	,856
Vzdělání VOŠ_VŠ	,051	,501	,058	,412	,051	,461
Vedoucí (součást vedení)	,053	,376	,021	,699	,031	,571
Sociální pracovník	,087	,222	,064	,329	,065	,317
Zdravotník	,106	,126	,127	,047	,120	,056
Věk	,033	,563	-,013	,799	-,017	,746
Mach 1: Cynismus/ manipulace (index)			,054	,316	,028	,601
Mach 2: Nemorálnost (index)			-,316	,000	-,290	,000
Empatie (index)			,126	,017	,122	,019
Důvěra ke klientům			,136	,011	,148	,006
Typ zařízení: Změna					,164	,001
ANOVA Sig.	,110		,000		,000	
Adjusted R Square	,013		,176		,199	
<i>N valid (listwise)</i>	332					

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámky: referenční kategorie pro vzdělání - nanejvýše vyučení; pro pracovní zařazení - Pracovník v soc. službách, sanitář, ošetřovatel; pro typ zařízení Administrativní.

Koeficienty s $p < 0,1$ zvýrazněny.

Ve vztahu k druhé dimenzi konceptu individualizované péče o klienty (*Podpora samostatnosti a znalost klienta*) ukazují výsledky v modelu 1 (M1 v tab. 29) rovněž nulový vliv individuálních charakteristik zaměstnanců (celkem vysvětlená variance 0 %).

V modelu 2 (M2, viz tab. 29), který zahrnuje osobnostní nastavení zaměstnanců, je patrný silný negativní vliv machiavelismu v dimenzi *Nemorálnost* na individualizaci péče o klienty v oblasti *Podpora samostatnosti a znalost klienta*, žádný vliv vzhledem k individualizaci péče o klienty se neukazuje v dimenzi machiavelismu *Cynismus/manipulace* (podobně tomu bylo i v předchozí analýze pro dimenzi individualizace péče *Komunikace s klientem*). Dále můžeme sledovat méně než poloviční pozitivní vliv empatie a důvěry ke klientům vzhledem k druhé dimenzi individualizované péče o klienty (*Podpora samostatnosti a znalost klienta*). Celková vysvětlená variance stoupá na 18 %.

Pokud jde o vliv typu organizace, je i druhá dimenze individualizace péče o klienty (*Podpora samostatnosti a znalost klienta*) vyšší v organizacích typu *změna* (model M3, tab. 29), a to i při kontrole vlivu předchozích charakteristik v modelech M1 a M2 (celková vysvětlená variance stoupá na 20 %). To znamená, že vliv typologie organizace na individualizaci péče o klienty je v této oblasti sice o něco slabší než v první dimenzi individualizované péče o klienty, ale stále statisticky signifikantní.

Výsledky regresních analýz potvrzují naše původní předpoklady ohledně negativního vlivu osobnosti zaměstnanců z hlediska mocenského nastavení (ovšem pouze v případě dimenze machiavelismu *Nemorálnost*), a to vzhledem k oběma oblastem individualizované péče o klienty (*Komunikace s klientem*; *Podpora samostatnosti a znalost klienta*).

Potvrdil se rovněž předpoklad ohledně vlivu prostředí organizace z hlediska její typologie změny (alespoň v jednoduché podobě tak, jak byla typologie zařízení operacionalizována). V případě dimenze individualizované péče *Komunikace s klientem* činí podíl vlivu typologie organizace na vysvětlené varianci 40 %, v případě dimenze *Podpora samostatnosti a znalost klienta* je podíl necelých 12 %. **Podstatné je, že individualizace péče o klienty byla v obou případech vyšší v organizacích typu změna.** Znamená to tedy, že vliv prostředí na individualizaci péče o klienty reprezentovaný zde dvěma typy organizací (*administrativní* a *změna*) nelze opomenout. K individualizaci péče o klienty tedy přispívá celkové pojetí implementace standardů kvality v organizaci, projevující se určitými prvky její kultury (smýšlení o standardech, jazyk, jakým jsou standardy psány a jak se o nich

komunikuje, zapojení pracovníků do tvorby a implementace standardů, průběžná reflexe a revize standardů) i odrazem v organizační struktuře (změny v počtu a složení zaměstnanců). Připomeňme, že z hlediska profesního a vzdělanostního složení se zařízení typu *administrativní* a *změna* v podstatě neliší a navíc regresní modely ukazují tzv. čistý vliv typu organizace.

5.9 Individualizace péče o klienty ve volných výpovědích zaměstnanců

5.9.1 Zvyklosti klientů domovů pro seniory

Za některými výroky v dotazníku jsme pro bližší osvětlení odpovědi účastníků výzkumu přidali otevřené otázky, které měly blíže osvětlit určité aspekty individualizace péče o klienty. Např. pro zjištění, zda mají zaměstnanci skutečně přehled o zvycích a potřebách obyvatel domova, uváděli ve volných výpovědích konkrétní příklady, na co jsou klienti z domova zvyklí. Pro lepší posouzení, zda zaměstnanci s uživateli skutečně komunikují, zaměstnanci uváděli, o čem hovořili s klientem, o kterého se starali naposledy. Z volných výpovědí zaměstnanců se budeme podrobněji věnovat těm odpovědím, které naznačují, že klienti jsou z domova zvyklí na větší samostatnost a soukromí, nebo naopak ukazují, že pro obyvatele není v některých případech jednoduché přijímat větší zodpovědnost a být více soběstačný.

Potřeba **větší samostatnosti** a potřeba **samostatného rozhodování** se projevila např. v následujících odpovědích: „Klienti nechtějí mít organizovaný celý den“, „organizovat si čas sám“, „přepírání drobného prádla“, „uživatelka je ráda, když si může sem tam vyprat nějakou drobnost“, „uvařit si něco, na co mají chuť“, „chovat nějaké zvíře a pěstovat květiny“, „starat se o svůj oděv“, „pečovat o vlasy po koupeli“. „vaření kávy, čaje“ nebo „dělat základní pořádek kolem sebe“.

Důležitá je dle pracovníků pro klienty i „možnost ráno vstávat a večer uléhat dle vlastního rozhodnutí“, „jíst v době, která jim osobně vyhovuje“, „výběr denního

oblečení“ , „ne/nosit určitý druh nebo barvu oblečení“, „nejíst určitý druh jídla“, „nakládat libovolně s finančními prostředky“, „pustit si TV kdykoliv“, „jíst, na co mají chuť“ apod.

Klienti vyžadují určitou **pravidelnost činností**, některé si ritualizují: „Každopádně většině z nich vyhovuje jakýsi řád, bez něj jsou zmatení a nesví“, potřebuje „pravidelný denní režim“, „modlitební rituály“, „uživatelé jsou zvyklí z domova vstávat a chodit spát v určitý čas“, „že vše musí být přesně v danou hodinu“, „jsou zvyklí na jídlo v konkrétní dobu“, „pravidelné činnosti v určitý čas“, „rituál zalévání a pití kávy“.

Obyvatelé zařízení **potřebují mít svůj klid**. Tomu odpovídají např. následující výroky: „Mít soukromí a klid“, „svůj klídeček“, „jsou zvyklí na odpočinek“, „v klidu si číst“, „pohodlí“, „obtěžuje je neustálé nabádání k činnostem, které nechtějí dělat“.

Někteří uživatelé mají **sníženou potřebu aktivity** a rovněž v některých případech i osobní hygieny, o čemž svědčí např. následující výpovědi pracovníků: „Polehávají v posteli“, jsou zvyklí „vstávat pozdě odpoledne“, „proležet celý den nebo většinu dne“, „necvičit, nechodit na vycházky“, „neradí se myjí“, objevily se i výroky typu, že klienti jsou zvyklí na „lenost“, „pohodlnost“ nebo „vybíravost v jídle“. O tom, že zvyky z domova mohou být opravdu různé, svědčí odpověď, že klienti jsou zvyklí „zamykat se a nevětrat“. Otázkou je, zda pracovníci i takové zvyky vnímají jako legitimní, nebo je ve výroku objevena potenciálně kritika takového chování obyvatel domova. Bohužel nejsou odpovědi nijak dále komentovány a pro zjištění podrobností by bylo nutné uskutečnit návazné zkoumání za využití kvalitativních technik výzkumu, např. formou skupinového rozhovoru (tzv. focus group).

Některé odpovědi naznačují situaci, kdy **ani pro obyvatele není jednoduché přijímat větší zodpovědnost a být více soběstačný**, např.: „Jsou zvyklí na služby, které jim zařízení poskytuje“, „klienti jsou zvyklí na úkony péče o svou vlastní osobu“, „na pomoc druhých“, „mít personál 24 hodin k dispozici“, „na naši péči v každém okamžiku“, „na přílišné opečovávání“ „že se jim splní každé možné přání“, „že se za ně dělá někdy více věcí, které by mohli zvládnout sami“.

5.9.2 *Návrhy na změnu v jednání, postojích či znalostech kolegů*

Dále v souvislosti s otázkou na rozdílnost vlastních představ a představ kolegů o poskytované péči pracovníci uváděli, jakou změnu v jednání, postojích či znalostech kolegů by pro zlepšení kvality života obyvatel navrhovali.

Návrhy pracovníků směřují do několika základních oblastí. Nejvíce návrhů padlo v souvislosti se změnou **přístupu ke klientům**, kde zcela převládá návrh na zvýšení empatie, dodržování soukromí, více trpělivosti a citlivosti k potřebám klientů, návrh na větší pochopení potřeb klientů, naslouchání, vcítění do jejich situace, podporu v soběstačnosti, respektování jedinečnosti a individuality člověka, co největší přiblížení služby domácímu prostředí. Návrhy směřují často k postojům pracovníků a jejich motivaci pro danou práci. Zaměstnanci by měli mít „cit a úctu k této práci“, „chuť tuto práci dělat, respekt ke stáří a sociální citění“, měli by mít „více empatie, shovívavosti a slušnosti“. Měli by být osobnostně zralí, moudří a měli by si sebe více vážit, aby byli vyrovnaní a spokojení.

Druhou významnou oblast tvoří návrhy směrem **ke kolegům**, a to ke zlepšení týmové spolupráce, větší kolegiálně a lepší komunikaci mezi profesemi, předávání informací mezi pracovníky, včetně možnosti jejich mimopracovního setkání. Od nadřízených se očekává větší podpora pracovníků včetně motivace ze strany zřizovatele.

Další návrhy se vztahují k oblasti **vzdělávání a zdokonalování se**, např. v oblasti alternativní komunikace nebo zlepšení schopnosti empatie formou zážitkových seminářů. Podle pracovníků ne všichni mohou tuto práci vykonávat, proto je navrhováno „brát větší zřetel na přijímání pracovníků v přímé péči“. Zmiňována je rovněž důležitost zvýšení počtu pracovníků nebo rozvíjení spolupráce s dobrovolníky, aby bylo možno více se klientům individuálně věnovat. Zajímavý byl i podnět „nebát se vyzkoušet nové pracovní postupy“. Pro zlepšení kvality života obyvatel domova se rovněž navrhuje mít jiný časový rozvrh, který by umožnil „dostatek času na všechny úkony“, ale i patřičné školení pracovníků. Podnětným návrhem pro získání zkušeností a možnost srovnání je např. změna oddělení na dobu 1-3 měsíce nebo návštěva jiných podobných zařízení.

5.10 Ostatní zjištění – odpovědi na konkrétní výroky z dotazníku

V rámci baterie otázek na zjištění machiavelismu uváděli respondenti mimo jiné, do jaké míry souhlasí s výrokem: „Lidé trpící nevléčitelnými nemocemi by měli dostat šanci bezbolestně zemřít.“ Odpovědi zde byly sledovány zvláště vzhledem k možnosti vyhodnotit postoj zaměstnanců zařízení pečujících o seniory k eutanázii. Zajímavé je, že ve všech zkoumaných organizacích byl zaznamenán velmi vysoký počet souhlasných odpovědí. Zaměstnanci odpovídali na škále v rozsahu od 1 = naprosto nesouhlasím po 5 = naprosto souhlasím, přičemž průměr odpovědí dosáhl hodnoty 4,03, tj. nejvíce ze všech (viz příloha 2). Procentuální rozložení odpovědí znázorňuje tab. 30.

Tabulka 30: Procentuální rozložení odpovědí na výrok „Lidé trpící nevléčitelnými nemocemi by měli dostat šanci bezbolestně zemřít“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Naprosto nesouhlasím	6	1,4	1,4	1,4
	2 Nesouhlasím	18	4,1	4,2	5,6
	3 Těžko říci	92	21,2	21,4	27,0
	4 Souhlasím	157	36,2	36,5	63,5
	5 Naprosto souhlasím	157	36,2	36,5	100,0
	Total	430	99,1	100,0	
Missing	System	4	,9		
Total		434	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum

Celých 76 % účastníků výzkumu s tímto výrokem souhlasí (36,5 %) nebo naprosto souhlasí (36,5 %). Podle toho, jak je výrok formulován, vyjadřují podle nás

souhlasné odpovědi respondentů v podstatě jejich kladný názor na eutanázii⁵⁸. Překvapivá je pro nás jednoznačnost tohoto názoru ze strany pracovníků a klademe si otázku po jeho příčině. Domníváme se, že do odpovědí pracovníků se promítá právě skutečnost, že jde o zaměstnance pobytových zařízení pro seniory. Bez bližších informací však nejsme schopni identifikovat, do jaké míry jsou ovlivněni prostředím v organizacích a svou zkušeností, nebo se zde promítá jejich osobnostní nastavení (soucit, či naopak jistá míra cynismu). Otázka tak zůstává otevřená pro další zkoumání.

Mezi otázky pro zjišťování míry individualizace péče o klienty jsme zařadili i výrok „Zdá se mi, že někteří moji kolegové se ke klientům nechovají příliš uctivě“. Výrok zde není přesně operacionalizován, ale naznačuje (záměrně ne zcela přesně) určitý typ negativního (neuctivého) chování pracovníků ke klientům. Zaměstnanci odpovídali na frekvenční škále od 1 = nikdy až po 3 = často. Výsledky procentuálního rozložení odpovědí jsou uvedeny v tab. 31.

Tabulka 31: Procentuální rozložení odpovědí na výrok „Zdá se mi, že někteří moji kolegové se k našim klientům nechovají příliš uctivě“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Nikdy	123	28,3	28,7	28,7
	2 Občas	278	64,1	65,0	93,7
	3 Často	27	6,2	6,3	100,0
	Total	428	98,6	100,0	
Missing	System	6	1,4		
Total		434	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum

⁵⁸ Jsme si vědomi toho, že problematika eutanázie je mnohvrstevná. Z jedné položené otázky však nemůžeme dovodit, zda respondenti při odpovědích dokázali rozlišovat různé typy eutanázie.

Občasné neuctivé chování pracovníků ke klientům uvedlo 65 % pracovníků, 6,3 % dokonce uvedlo, že k takovému chování dochází ze strany kolegů často. Výsledek poukazuje na skutečnost, že k neuctivému chování ke klientům ze strany pracovníků dochází, a rovněž na skutečnost, že si pracovníci takové chování svých kolegů uvědomují.

6 Shrnutí a diskuse výsledků výzkumu

Náš výzkum ukázal, že pokud bereme míru individualizace péče v zařízeních jako ukazatel kvality poskytované služby, pak se potvrzuje, že rozdíl mezi organizacemi s *administrativním* a *na změnu* zaměřeným pojetím implementace standardů kvality se skutečně pojí s odlišnými přístupy jejich zaměstnanců ke klientům. Míra individualizace péče o klienty je v obou zkoumaných dimenzích (*Komunikace s klientem; Podpora samostatnosti a znalost klienta*) vyšší v těch zařízeních, která jsou dle typologie zařazena v kategorii *změna*. S vyšší tendencí k individualizaci péče se také dle výsledků častěji vyskytuje možnost zaměstnanců předkládat návrhy na zlepšení péče, vyjadřovat se k pracovním postupům a také pocit, že jejich návrhy berou nadřazení vážně. Ukazuje se zde jistá paralela mezi možnostmi pracovníků uplatňovat svou samostatnost v organizaci a tím, že pracovníci umožňují uplatňování samostatnosti klientů. Analogické zjištění s částečně jinými výzkumnými nástroji uvádí Havrdová, Šafr (2010).

Další zjištění se týkají skupiny pracovníků, kteří více individualizují práci s klienty. V organizacích *administrativního* typu jsou signifikantně častěji těmi, kdo mají vyšší kontrolu nad svou prací a hůře hodnotí vztahy ve společenství. Vedení však dle jejich názoru oceňuje jejich práci a spravedlivě je hodnotí. To lze interpretovat tak, že tito pracovníci jsou vedením podporováni, avšak s ostatním personálem zařízení mají horší vztahy než obdobní iniciátoři individualizace v organizacích „*na cestě ke změně*“.

Z dalších výsledků považujeme za důležité zjištění, že mocenské tendence pracovníků mohou negativně ovlivňovat individualizaci péče o klienty. V dimenzi machiavelismu *Nemorálnost* se odráží jednak určitý cynický náhled na člověka a nedostatek obecné morálky a citů, které se negativně promítají do oblasti autonomie klienta vyjádřené v dimenzi individualizace péče *Podpora samostatnosti a znalost klienta*. Vyšší hodnoty v dimenzi machiavelismu *Nemorálnost* se u pracovníků pojí také s nižšími hodnotami přívětivosti, projevujícími se dle Vernona nižší mírou důvěřivosti, laskavosti a srdečnosti k druhým lidem. (Vernon et al., 2008) Ze strany těchto pracovníků tak lze očekávat ve vztahu ke klientům spíše

nedůvěřivý a chladnější postoj a z hlediska přístupu větší uplatňování kontroly než pomoci, a tím omezování jejich autonomie.

Osobnostní nastavení pracovníků má rovněž vliv na jejich hodnocení pracovního prostředí v organizaci. Z dílčích výsledků výzkumu je patrné, že pracovníci s vyššími hodnotami machiavelismu v dimenzi *Nemorálnost* hodnotí pracovní prostředí v organizaci méně příznivě, a to ve všech oblastech pracovního života. Pociťují zejména menší spravedlnost v organizaci a celkově se méně identifikují s hodnotami a cíli organizace. Jestliže je organizační kultura přetvářena a formována především pomocí hodnot (Lukášová, Nový a kol., 2004), může tedy určité osobnostní nastavení zaměstnanců bránit snaze o změnu přístupu ke klientům a budování organizační kultury orientované na klienta.

Z výsledků výzkumu vyplývá nutnost věnovat pozornost především kategorii Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel, která vykazuje o něco nižší míru individualizace péče o klienty v oblasti *Podpora samostatnosti a znalost klienta* a je zároveň nejohroženější skupinou z hlediska syndromu vyhoření. Jde navíc o nejpočetnější skupinu pracovníků přímé péče, která je s klienty nejčastěji v každodenním přímém styku.

Výzkum zároveň ukázal, že jednoznačně pozitivní vliv na individualizaci péče o klienty má funkce klíčového pracovníka. Zejména zaměstnanci v kategorii Pracovník v sociálních službách, sanitář a ošetřovatel významně více individualizují péči o klienty, pokud zároveň zastávají funkci klíčového pracovníka. Potvrzuje se tímto naše teze, formulovaná v kapitole o etice péče, o důležitosti navázání blízkého vztahu důvěry mezi pracovníkem a klientem, který se má šanci skrze funkci klíčového pracovníka vytvořit. Z „masy“ klientů, o které se pracovníci dříve starali, se tak vydělují konkrétní klienti, které mají klíčoví pracovníci na starosti. Pracovníci a klienti se mají možnost v dlouhodobém vztahu péče lépe vzájemně poznat a pro klienty se tak zvyšuje pravděpodobnost, že se pro pracovníka stanou více než pouhým klientem. Že se pro něj stanou tím, koho přijmou i s určitými chybami a omezeními, a zároveň v něm budou spatřovat určitý potenciál rozvoje. Bližší vztah a těsnější kontakt s několika klienty umožňuje rovněž pracovníkům lépe pochopit

některé způsoby jejich chování, které např. vyplývají ze způsobů jejich dřívějšího života nebo jejich zdravotního stavu a které by dříve označili jako problémové⁵⁹.

V souvislosti s požadavky na změnu přístupu ke klientům se dle našeho výzkumu ukazuje, že zdaleka nejvýznamnější roli na individualizaci péče o klienty hraje celkové pojetí implementace standardů kvality v organizaci do praxe, a to signifikantně více než samotné osobnostní nastavení pracovníků (viz regresní analýzy). Skutečné změny v přístupech ke klientům lze tedy docílit pouze pokud budou dílčí organizační aspekty (pracovní prostředí, týmová spolupráce a komunikace v organizaci) doprovázeny celkovou změnou organizační kultury. Právě v organizacích typu *změna* jsou hodnoty a procesy nastaveny tak, aby podporovaly orientaci na klienta a jeho potřeby.

6.1 Podněty pro manažery v organizacích

Pro manažery, kteří v organizaci řídí změny a procesy podporující zvýšení kvality péče, vyplývá z našich zjištění několik podnětů.

Především je důležité, aby se zajímali o povahu kultury vlastní organizace, neomezovali se pouze na změny cílů, ale do svého plánu zahrnuli také práci na celkové změně organizační kultury pomocí sociálního učení všech pracovníků. I za pomoci externích konzultantů by bylo vhodné zaměstnancům více vysvětlovat smysl standardů kvality pro život klientů a reflektovat, zkoušet a oceňovat konkrétní přístupy k individualizaci péče a zejména dále posilovat budování vztahu s klienty prostřednictvím pozice klíčového pracovníka.

V tomto procesu je především potřeba věnovat více pozornosti pracovníkům v sociálních službách, kteří jsou vedle dalších kategorií zaměstnanců přímé péče o klienty „nosieli míry individualizace péče v zařízeních“ (Štegmánová, Havrdová, 2010: 58), více s nimi komunikovat a dávat prostor jejich samostatnosti a iniciativě. V oblastech pracovního života, které lze poměrně účinně ze strany manažerů

⁵⁹ Tímto může docházet k snižování výskytu problémového chování klientů, neboť podle Jůna (2010) právě na posouzení personálu v přímé péči záleží, zda je chování klienta vyhodnoceno jako problémové.

formovat a ovlivňovat tak jejich vnímání zaměstnanci, je potřeba více času věnovat potřebám pracovníků, zvýšit pocit jejich kontroly nad vlastní prací, více vysvětlovat rozdělování odměn a zdrojů v organizaci a posilovat tak jejich důvěru. Konečně je vhodné umožňovat průběžné přenášení zkušeností od pracovníků, kteří umějí individualizovat práci s klienty, na ostatní pracovníky.

Role osobnosti pracovníků by ze strany manažerů neměla být podceňována. V organizaci by měly být vytvořeny takové podmínky, aby pracovníci mohli reflektovat svou moc, aby se naučili lépe rozumět sami sobě, svým motivům a potřebám. To se může dít nenásilnou formou interních nebo externích týmových a případových supervizí, kazuistických seminářů a častějších porad týmu. Klíčové jsou dále vzájemné vztahy a ocenění mezi pracovníky, prostředí podporující uplatnění samostatnosti pracovníků, jejich předkládání návrhů na změny a ze strany vedení jejich ocenění, které se dle našich výzkumů také častěji pojí s tendencí pracovníků podporovat samostatnost klientů ze strany zaměstnanců a s jejich lepší znalostí klienta jako osoby na základě vztahu a vzájemné komunikace.

Změnu přístupu pracovníků ke klientům v oblasti péče o staré lidi by podle našeho názoru mohla podpořit i celková změna pojetí etického smýšlení – od důrazu na dodržování pravidel a povinností (etika spravedlnosti) k upřednostňování přístupu založeného na budování důvěry, blízkosti a vztahu (relační etika neboli etika péče).

7 Etické aspekty implementace standardů kvality

Z volných výpovědí zaměstnanců lze vysledovat, že v procesu zavádění standardů kvality a změny přístupu ke klientům dochází ke **konfliktům v očekávaných rolích**, a to jak na straně zaměstnanců, tak klientů. Proměna společenského étosu ve prospěch zplnomocňování klientů (jejich samostatnost, uplatňování možnosti volby apod.) naráží na očekávání ze strany klientů, že budou „*mít personál 24 hodin k dispozici*“ a „*péči v každém okamžiku*“, kterou si navíc platí (např. formou příspěvku na péči). Klienti byli zvyklí na komplexní péči a nejsou většinou na změny dostatečně připraveni. Ani pro obyvatele zařízení tak není jednoduché přijímat větší zodpovědnost a stávat se více soběstačným. Personál může čelit nařčení, že není dost ochotný, že neposkytuje péči „dobře“. Situace, kdy se mnozí pracovníci snaží přistupovat ke klientovi odlišným způsobem než dosud, tak může paradoxně vyvolat nespokojenost ze strany klienta nebo jeho rodiny.

V rámci implementace standardů kvality dochází rovněž mezi pracovníky a klienty k určitému **konfliktu hodnot**. Jde o situace, kdy někteří pracovníci zaměřují individualizaci péče s aktivizací klientů, kterou se snaží provádět i proti jejich vůli. Nerespektují tak sníženou potřebu aktivity člověka, právo člověka na nicedělání, odpočinek, právo vybrat si, co chtějí dělat a nedělat. Pracovníci uváděli, že klienti jsou zvyklí na „*lenost*“, „*pohodlnost*“, „*proležet celý den nebo většinu dne*“, „*necvičit, nechodit na vycházky*“ apod. Normativní charakter hodnoty „*aktivního stáří*“ (Hasmanová, 2010) je zde stavěn nad právo seniora odmítnout být aktivní.

Na základě výsledků výzkumu poukazujeme rovněž na dosud podceňovaný **vliv osobnosti pracovníka** z hlediska mocenského nastavení a jeho charakterových vlastností na kvalitu poskytované péče, která se projevuje v přístupech ke klientům. Zjistili jsme, že osobnostní nastavení pracovníků z hlediska machiavelismu v dimenzi *Nemorálnost* negativně ovlivňuje individualizaci péče o klienty, a to v obou oblastech (*Komunikace s klientem, Podpora samostatnosti a znalost klienta*). Jestliže základním dilematem pomáhajících pracovníků je dilema pomoci a kontroly, můžeme očekávat, že pracovníci s vyšší mírou machiavelismu budou více uplatňovat

kontrolu místo podpory a omezovat tak autonomii klientů. Namísto je proto otázka, zda je v našich podmínkách přijatelné testování pracovníků přímé péče z hlediska specifických rysů osobnosti (osobní vlastnosti, morální charakter) a zda lze (a za jakých podmínek) některé pracovníky, kteří by nesplňovali požadavky na přímou práci se seniory, odmítnout. Zatímco v některých zemích je posuzování uchazečů o zaměstnání v sociálních službách z hlediska jejich osobnosti standardní součástí výběrového procesu a důraz na morální charakter pracovníka se promítá i do etických kodexů v organizacích (Clark, 2006), u nás při výběru pracovníků převládá důraz na splnění kvalifikačních předpokladů.

S potenciálním vlivem osobnostního nastavení pracovníků se pojí i názory pracovníků zkoumaných organizací na **eutanázii** a vnímání **neuctivého chování** pracovníků vůči klientům. Většina pracovníků, kteří se zúčastnili výzkumu (76 %), souhlasí s výrokem, že „Lidé trpící nevy léčitelnými nemocemi by měli dostat šanci bezbolestně zemřít“. Vysoký počet kladných odpovědí nás vede k otázce, jak se názor pracovníků, kteří věří, že eutanázie by byla za určitých podmínek správným řešením pro lidi trpící nevy léčitelnými nemocemi, promítá do přístupů ke klientům, kterým by měli pomoci zvyšovat kvalitu života v instituci. Vyhodnocení odpovědí na druhou otázku „Zdá se mi, že někteří moji kolegové se ke klientům nechovají příliš uctivě“ ukazuje, že v organizacích dochází k neuctivému chování pracovníků ke klientům – 65 % pracovníků uvedlo občasný výskyt takového chování a 6,3 % - uvedlo, že k neuctivému chování dochází ke klientům ze strany pracovníků často. Tento výsledek potvrzují i formulované návrhy pracovníků na zvýšení kvality péče o klienty, které směřovaly často k postojům pracovníků a jejich motivaci pro danou práci. Pracovníci uváděli, že kolegové by měli mít větší „*respekt ke stáří a sociální citění*“, „*cit a úctu k této práci*“, „*chuť tuto práci dělat*“, měli by mít rovněž „*více empatie, shovívavosti a slušnosti*“. Jako důležitá podmínka byla uváděna rovněž „*osobní zralost a moudrost pracovníků*“. Podle kolegů by si pracovníci rovněž měli sami sebe více vážit, aby byli vyrovnaní a spokojení. I tento výsledek ukazuje na skutečnost, že ne všichni pracovníci jsou osobnostně připraveni na přímou práci se seniory a že by bylo vhodné zohlednit i osobnost pracovníka v rámci procesu jejich výběru do organizace.

8 Limity výzkumu

Provedený výzkum má určitá omezení. Výzkumné nástroje pro zjišťování míry individualizace péče o klienty i osobnostního nastavení zaměstnanců byly využity v našich podmínkách v prostředí sociálních služeb poprvé, bylo by tedy vhodné se těmito nástroji dále věnovat a ověřovat jejich platnost v následných výzkumech.

Použitá empirická typologie organizací (kdy jsou organizace analyzovány z hlediska pojetí implementace standardů kvality) a vlivy osobnostního nastavení pracovníků na individualizaci péče o klienty byly podpořeny výsledky v dotaznících. Bylo by však žádoucí dále zkoumat nejen reliabilitu třídění organizací dle pozorovaných empirických znaků a validizaci této typologie s využitím dalších metod pozorování a měření, ale především sledovat procesní změny v zavádění standardů kvality v obou typech organizací (*administrativní* typ; typ orientovaný *na změnu*), případně i s využitím kvalitativních metod výzkumu.

Domníváme se však, že zde prezentované nástroje dávají možnost zachytit z hlediska kvality péče zajímavé aspekty vlivu osobnosti pracovníků i kultury organizace na individualizaci péče o klienty v prostředí pobytových služeb pro seniory a lze je tak využít, vedle zákonných nástrojů typu inspekce sociálních služeb, jako další možné přístupy ke sledování změn v organizaci.

Závěr

V současné době žije v některém z pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory více než 40 000 lidí (Statistická ročenka, 2011). Přestože ústav nikdy domovem v pravém slova smyslu nebude, člověk se v něm dle Matouška (2009) bude cítit dobře pouze tehdy, nabídne-li mu zařízení důstojné a vlídné zacházení a smysluplné trávení volného času. V průběhu historického vývoje se změnil pohled na člověka jako pacienta nebo klienta sociálních služeb. Z pasivního příjemce péče se stává partnerem, který má právo spolurozhodovat, ale nese i určitý díl odpovědnosti. Společenský tlak a zákonné podmínky „nutí“ poskytovatele služeb nastavovat a sledovat procesy řízení kvality, reprezentované v oblasti sociálních služeb standardy kvality. Jejich implementaci do praxe však provází řada obtíží a v rámci probíhajících změn se pečující personál i klienti musí vyrovnávat s řadou změn.

V rámci předložené disertační práce jsme se proto věnovali tématu individualizace péče o klienty, kterou v rámci implementace standardů kvality považujeme za indikátor změny přístupu ke klientům a znak kvalitně poskytované služby. Snažili jsme se zjistit, jak se individualizace péče o klienty odráží v přístupech organizací k implementaci standardů kvality a jak ji ovlivňuje osobnost pracovníka a vybrané organizační aspekty. Dílčím cílem bylo zjištění, jaké etické aspekty mohou proces zavádění standardů kvality do praxe provázet.

Zvolili jsme metodu kvantitativního výzkumu, který jsme provedli formou dotazníkového šetření v osmi pobytových zařízeních pro seniory na území Moravskoslezského kraje. Zkoumaný soubor tvořilo 434 pracovníků přímé péče, což je 55 % sledované populace těchto pracovníků. Formou polostandardizovaného rozhovoru jsme získali informace ohledně situace se zaváděním standardů kvality v jednotlivých organizacích a stanovili na základě konceptu Musila a kol. (2007) jejich typologii (administrativní typ a typ orientovaný na změnu). Tato typologie pro nás v rámci výzkumu představovala kulturu poskytování služby, jejíž optikou jsme následně analyzovali koncept individualizace péče o klienty.

Pro měření individualizace péče o klienty jsme zvolili výzkumný nástroj Individualized Care Inventory – ICI (Chappell et al., 2007), analyzující vybrané aspekty postojů a vnímání pracovníků ve dvou dimenzích (Komunikace s klientem a Podpora samostatnosti a znalost klienta). Ke zkoumání osobnosti pracovníků z hlediska mocenského nastavení jsme využili postojové škály machiavelismu R. Christieho (Christie, Geis, 1970), na níž jsme sledovali a analyzovali vnímání pracovníků rovněž ve dvou dimenzích (Cynismus/manipulace a Nemorálnost). Vybrané organizační aspekty v našem výzkumu reprezentovaly škály Komunikace mezi zaměstnanci a Komunikace (iniciativa) směrem k vedení, které jsme vyčlenili z původního konceptu ICI, a škála AWLS představující šest oblastí pracovního života. (Leiter, Maslach, 1999; Havrdová a kol., 2010)

Podle výsledků výzkumu je míra individualizace péče o klienty vyšší v těch zařízeních, která jsou dle typologie zařazena v kategorii „změna“. Z dílčích organizačních aspektů se ukázalo, že komunikace zaměstnanců s vedením a zčásti také spokojenost zaměstnanců s pracovním prostředím má významný vliv na individualizaci péče. V souvislosti s požadavky na změnu přístupu ke klientům v rámci zavádění standardů kvality se však ukazuje, že nestačí zaměření managementu pouze na dílčí organizační aspekty nebo samotnou osobnost pracovníka, ale daleko větší roli hraje celkové pojetí implementace standardů kvality v organizaci. Znamená to tedy, že změny přístupu ke klientům musí být podpořeny komplexnější změnou celé organizační kultury, aby implementace standardů do praxe přinesla očekávaný výsledek. Zjistili jsme, že individualizaci péče o klienty může velmi podpořit posilování důvěry a vztahu ke klientům prostřednictvím pozice klíčového pracovníka. Teprve tehdy se z klienta stává pro pracovníka někdo, koho lépe zná, pohlíží na něj „jinýma očima“, dokáže rozeznat a podpořit jeho silné stránky a akceptovat ty slabší.

Co se týká vlivu osobnosti pracovníka na individualizaci péče o klienty, jeho osobní vlastnosti a morální charakter se ukázaly být důležité v obou dimenzích individualizace péče o klienty, zejména však v oblasti Podpora samostatnosti a znalost klienta. Pracovníci s vyššími hodnotami v dimenzi machiavelismu Nemorálnost se vůči klientům vyznačují menší přívětivostí (tedy srdečností a laskavostí) a dá se předpokládat, že vůči nim více uplatňují kontrolu místo pomoci. V ústavní péči bude vždy v určitých situacích docházet k porušování některých práv

a omezování klientů a jen obtížně si lze představit, že by mohly být všechny takové situace eliminovány. Podstatné jsou však důvody omezování a to, jak těmto situacím organizace předchází, zda si je pracovníci uvědomují a následně s nimi pracují. Pracovníci by proto měli mít možnost svou osobnostní stránku reflektovat a měli by být povzbuzováni v poznání sebe sama a svých motivů a učit se s nimi zacházet. Výsledky výzkumu ukázaly na důležitost blízkosti, navázání vztahu a důvěry ke klientům, empatie a naslouchání v procesu individualizace péče o klienty, osobnost pracovníka by proto neměla být v rámci změn přístupů ke klientům podceňována. Úlehla přirovnává práci s lidmi a pomáhání k umění, kde se dá leccos naučit, ale ve kterém je zároveň „...kus tajemství, které se jen těžko popisuje a ještě obtížněji předává, protože se netýká jen postupů a technik zacházení se světlem, štětcem a barvou. Týká se toho, co se děje mistrovi v hlavě, co dělá jeho mysl, když vede ruku tvořící umění z toho, co se může naučit kdekdo“. (Úlehla, 1999: 11-12)

Dílčím cílem práce bylo upozornit i na určité etické aspekty, které mohou průběh zavádění standardů kvality do praxe provázet. Identifikovali jsme zejména konflikty v očekávaných rolích u pracovníků i klientů a konflikty hodnot. Výsledky výzkumu poukazují i na skutečnost, že ne všichni pracovníci jsou osobnostně připraveni na přímou práci se seniory, proto lze mezi etické aspekty zařadit i otázku, zda a za jakých podmínek lze blíže zkoumat osobnostní nastavení pracovníků a případné odmítnutí těch, kteří nemají požadované vlastnosti. Otevřená pro nás zatím zůstává otázka bližší interpretace kladného názoru pracovníků zkoumaných organizací na eutanázii a také to, jak se tento kladný postoj promítá do přístupu ke klientům.

Pro manažery jsme na základě výsledků výzkumu zformulovali některé podněty, mezi jinými i důležitost pracovat na změně celé organizační kultury, a nutnost věnovat větší pozornost pracovníkům v sociálních službách, kteří mají podstatný vliv na individualizaci péče o klienty. Celkovou změnu přístupu ke klientům by podle nás mohla podpořit i změna smýšlení o etických principech na úrovni organizací, a to směrem od etiky spravedlnosti k etice péče, která by se s ohledem na preferenci vztahu místo dosavadního důrazu na dodržování pravidel mohla stát určujícím etickým principem v oblasti péče o staré lidi.

Součástí disertační práce je také ověření jednotlivých výzkumných nástrojů, pomocí nichž lze měřit dílčí aspekty kvality v organizaci. Přestože je potřeba s nimi dále pracovat (zejména s typologií organizací, která se ukázala být vzhledem k individualizaci péče nejvýznamnějším ze sledovaných faktorů), mohou být dle našeho názoru využity pro sledování změn v organizacích.

V úvodu práce jsme formulovali jako jeden z cílů přispět k novému pohledu na měření jednotlivých aspektů kvality péče o klienty. Za naplnění smyslu této práce bychom proto považovali, stane-li se inspirací pro některé další výzkumníky, kteří by dále ověřovali koncepty měření zde sledovaných proměnných, a jestliže se někteří z poskytovatelů pobytových sociálních služeb rozhodnou využít zde nabízené koncepty pro zlepšení kvality péče o klienty ve svých zařízeních.

Použitá literatura

Akreditace sociálních služeb. Filosofie systému, východiska a předpokládané výstupy. Praha, MPSV 1999.

Anzenbacher, A.: *Křesťanská sociální etika. Úvod a principy.* Z něm. orig. Christliche Sozialethik: Einführung und Prinzipien, Verlag Ferdinand Schöningh 1997, přel. K. Šprunk. Brno, Centrum pro studium demokracie a kultury 2004.

Aristotelés: *Etika Nikomachova.* Druhé, rozšířené vydání. Z řec. orig. přel. A. Kříž. Praha, P. Rezek 1996.

Austin, E. J., Farrelly, D., Black, C., Moore, H.: Emotional intelligence, Machiavellianism and emotional manipulation: Does EI have a dark side? *Personality and Individual Differences*, 2007, 43, 179-189.

Banks, S.: *Ethics and Values in Social Work.* Second edition. Basingstoke, Palgrave 2001.

Baumruková, P., Průša, L. (Ed.): *Obce, města, regiony a sociální služby.* Praha, Sociopress 1997.

Bedrnová, E., Nový, I.: *Moc, vliv, autorita.* Praha, Management Press 2001.

Benedikt XVI: *Caritas in Veritate. Encyklika o integrálním lidském rozvoji v lásce a pravdě.* Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství 2009.

Benyovszky, L. a kol.: *Filosofická propedeutika.* II. díl. Praha, Sofis 2001.

Berger, P. L., Luckmann, T.: *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění.* Z angl. orig. The Social Construction of Reality, Anchor Books 1966, přel. J. Svoboda. Brno, Centrum pro studium demokracie a kultury 1999.

Bělohávek, F.: *Organizační chování.* Olomouc, Rubico 1996.

- Bílá kniha v sociálních službách. Konzultační dokument.* Praha, MPSV 2003.
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
[cit. 19. 8. 2011].
- Burke, R. J., Weir, T.: Personality characteristics associated with giving and receiving help. *Psychological Reports* 38, 1976, 343-353.
- Clark, C.: Moral Character in Social Work. *British Journal of Social Work* 36, 2006, 75-89.
- De Singly, F.: *Sociologie současné rodiny*. Praha, Portál 1999.
- Del Bueno, D., Vincent, P. Organizational culture: how important is it? *Journal of Nursing Administration*, 1986, 16, 15–20.
- Edvardsson, D., Innes, A.: Measuring Person-centred Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *The Gerontologist* 50, 2010, 834-846.
- Fischer, O., Milfait, R.: *Etika pro sociální práci*. Praha, Jabok 2010.
- Fořtl, K.: Současné tendence v architektonické tvorbě zdravotnických staveb. *Architekt* 11, 2007, 54-57.
- General Social Care Council: Code of Practice for Social Care Workers and Employers*. London, General Social Care Council 2002.
- Goffman, E.: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, NY, Anchor Books, 1961.
- Goodin, R.: Structures of Political Order: The Relational Feminist Alternative. In: SHAPIRO, I., RUSSEL, H. (Eds.): *Political Order: NOMOS 38*. New York, New York University Press 1996.
- Goodwin, J. S.: Geriatrics and the limits of modern medicine. *The New England Journal of Medicine* 340, 1999, 16, 1283-1285.
- Grimshaw, J.: *Philosophy and Feminist Thinking*. Minneapolis, University of Minnesota Press 1986.

- Guggenbühl-Craig, A.: *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Z něm. orig. Macht als Gefahr beim Helfer, (naklad. a rok neuvedeny), přel. P. Patočka. Praha, Portál 2007.
- Habart, P.: *Vybrané problémy a otázky institucionální péče o seniory v České republice*. Praha, FSV UK 2006.
- Hajná, M.: *Za dveřmi ústavních zařízení – soubor sociálních reportáží*. Brno, MU 2008.
- Halík, T.: *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno, Cesta 1991.
- Hartmann, N.: *Struktura etického fenoménu*. Z něm. orig. Ethik, 2. vyd., Walter de Gruyter & Co 1935, přel. K. Hlavoň. Praha, Academia 2002.
- Hasmanová-Marhánková, J.: Konstruování představ aktivního stárnutí v centrech pro seniory. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2010, 46(2), 211-234.
- Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. Vydání první. Praha, Pyramida 1990.
- Haškovcová, H.: *Lékařská etika*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha, Galén a Karolinum 1997.
- Haškovcová, H.: *Informovaný souhlas. Proč a jak?* První vydání. Praha, Galén 2007.
- Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. Vydání druhé, podstatně přepracované a doplněné. Praha, Havlíček Brain Team 2010.
- Havrdová, Z.: *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha, Osmium 1999.
- Havrdová, Z., Šolcová, I., Hradcová, D., Rohanová, E.: Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 2010a, 64(3), 235-248.
- Havrdová, Z. a kol.: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha, FHS UK 2010b.
- Havrdová, Z., Šolcová, I.: Work-place civility and mental health by helping professionals. In: *Mental Health / Book 2*, InTech: Open Access Publisher 2011.

- Havrdová, Z., Šmídová, O., Šafir, J., Štegmannová, I.: *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha, FHS UK 2011.
- Hebák, P., Hustopecký J., Pecáková, I., Průša, M., Řezanková, H., Svobodová, A., Vlach, P.: *Vícerozměrné statistické metody* [3]. Praha, Informatorium 2005.
- Henriksen, J.-O., Vetlesen, A. J.: *Blízke a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi*. Z norského orig. Nærhet og distanse, Gyldenhal Akademisk 2000, přel. M. Juříčková. Boskovice, Albert 2000.
- Hewstone, M., Stroebe, W.: *Sociální psychologie*. Z angl. orig. Introduction to social psychology: a European perspective, Blackwell Publishing 2001, přel. D. Brejlová a P. Le Roch. Praha, Portál 2006.
- Hittinger, J. P.: Philosophy and the Quest for Ethical Foundations: An Overview. In: Judah, E. H., Joseph, M. V. (Eds.): *Ethics in Contemporary Social Service: Theory and Practice*. Washington, DC, Catholic Charities USA 1989.
- Hnilicová, H.: Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví [online]. *Zdravotnické noviny* 2003. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408> [cit. 6. 8. 2010].
- Hoagland, S. L.: Some Concerns about Nel Noddings' Caring. *Hypatia* 5, 1999, 1, 109-114.
- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D. D., Sanders, G.: Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases. *Administrative Science Quarterly*, 1990, 35, 286-316.
- Holmerová, I., Válková, M.: Kvalita v dlouhodobé péči. In: Havrdová, Z. a kol.: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha, FHS UK 2010.
- Honzák, R.: Nemocí jsou stovky, pacient je vždy jen jeden; zabraňme jeho fragmentarizaci [online]. *Psych@som* 2, 2003. Dostupné z: http://psychosomatika.cz/psychosom/psy_01.asp?idc0=31&idc1=11&idc2=&idc3=&M0=4&M1=2&M2=4&M3=&M4= [cit. 18. 7. 2010].

- Hughes, J.: Manipulation: a negative element in care. *Journal of Advanced Nursing* 5, 1980, 21-29.
- Chappell, N., L., Reid, R. C., Gish, J. A.: Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia*, 2007, 6(4), 527-547.
- Christie, R., Geis, F.: *Studies in Machiavellianism*. New York and London, Academic Press 1970.
- Imre, R. W.: Moral Theory for Social Work. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 1989, 15(1), 18-27.
- Jabůrková, M., Mátl, O: *Modernizace sociálních služeb. Inovace ve světě a ČR v kontextu principů evropského sociálního modelu*. Praha, FSV UK, Centrum pro sociální a ekonomické strategie 2003.
- Jabůrková, M.: Evropský a národní kontext zajišťování kvality sociálních služeb. In: *Standardy kvality sociálních služeb. Aplikační příručka pro poskytovatele, uživatele a zřizovatele*. Praha, Český helsinský výbor 2004.
- Janečková, H.: Kvalita života seniorů a možnosti jejího zlepšení prostřednictvím kvality péče. Autoreferát disertační práce. Plzeň, LF UK 2004.
- Jankovský, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha, Triton 2003.
- Joseph, M. V.: Social Work Ethics: Historical and Contemporary Perspectives. In: JUDAH, E. H., JOSEPH, M. V. (Eds.): *Ethics in Contemporary Social Service: Theory and Practice*. Washington, DC, Catholic Charities USA 1989.
- Jung, T., Scott, T., Davies, H. T. O.: Instruments for Exploring Organizational Culture: A Review of the Literature. *Public Administration Review*, 2009, 69(6), 1087-1096.
- Jůn, H.: *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha, Portál 2010.

- Kalvach, Z., Holmerová, I.: Komunitní pojetí služeb pro seniory. In: Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha, Grada 2004.
- Keller, J.: *Sociologie organizace a byrokracie*. Druhé, přepracované vydání. Praha, SLON 2007.
- Kopřiva, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha, Portál 2000.
- Kořínková, D.: *Překážky transformace ústavní péče* [online]. Praha, Quip – Společnost pro změnu 2008. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000600.pdf> [cit. 8. 8. 2010].
- Kovář, M.: Komunitní plánování jako součást reformy sociálních služeb. In: *Tvorba sociální politiky na místní a regionální úrovni. Sborník přednášek z XII. Konference Společnosti sociálních pracovníků v ČR*. Praha, MPSV 2001.
- Kreidl, M.: Přehled základních přístupů k empirickému hodnocení kvality měření v sociálních vědách. In Krejčí, J.: (Ed.). *Kvalita výzkumů volebních preferencí*. Praha, SOÚ AV ČR 2004.
- Krejčí, O.: *Politická psychologie*. Praha, Ekopress 2004.
- Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. Doporučený postup MPSV ČR č. 4/2009 z 20. 11. 2009* [online]. MPSV ČR 2009. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7871/postup_4b.pdf [cit. 25. 9. 2010].
- Laan, G. van der: *Otázky legitimity sociální práce*. Z něm. orig. (název, naklad. a rok neuvedeny) přel. E. Kušová. Boskovice, Albert 1998.
- Leiter, M. P., Laschinger, H. K. S.: Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nursing Research*, 2006, 55(2), 137–146.
- Leiter, M. P., Maslach, C.: Six area of worklife: A model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, 1999, 472-489.

- Leiter, M. P., Maslach, C.: Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 2009, 17, 331–339.
- Levická, J., Tomašovičová, A.: Možnosti zachovania autonómie jedinca v domove dôchodcov. In: Sýkorová, D., Chytil, O. (Eds.): *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava, ZSF OU 2004.
- Lukášová, R.: *Organizační kultura a její změna*. Grada. Praha 2010.
- Lukášová, R., Nový, I. a kol.: *Organizační kultura. Od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. Praha, Grada 2004.
- Macek, Z.: Systemický přístup. In: Matoušek, O. a kol.: *Základy sociální práce*. Praha, Portál 2001.
- Malinková, M.: *Vztah sestry – lékař v současném systému zdravotnictví*. Brno, NCO NZO 2005.
- Maslach, C., Leiter, M. P.: *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco. Jossey-Bass 1997.
- Maslach, Ch., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P.: Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001, 52, 397–422.
- Mátl, O., Jabůrková, M.: *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha, Galén 2007.
- Matoušek, O.: *Ústavní péče*. Druhé, rozšířené a přepracované vydání, Praha, SLON 1999.
- McHoskey, J. W., Worzel, W., Szyarto, Ch.: Machiavellianism and Psychopathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, 74(1), 192-210.
- McHoskey, J. W.: Machiavellianism and personality dysfunction. *Personality and Individual Differences*, 2001, 31, 791-798.
- Munzarová, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha, Grada 2005.
- Musil, L., Hubíková, O., Kubalčíková, K., Havlíková, J.: *Působení politiky sociálních služeb na kulturu poskytování osobních sociálních služeb ve*

vybrané organizaci. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha, VÚPSV, výzkumné centrum Brno 2007.

Musil, L., Hubíková, O., Kubalčíková, K.: *Standardy kvality a kultura sociálních služeb. Jaká napětí mezi politikou sociálních služeb a kulturou práce s klientem v domech na půl cesty mohou vznikat z hlediska kvality sociálních služeb? Závěrečná zpráva z případové studie.* Praha, VÚPSV, výzkumné centrum Brno 2003a.

Musil, L., Hubíková, O., Kubalčíková, K.: *Standardy kvality a kultura sociálních služeb. Jaká napětí mezi politikou sociálních služeb a kulturou práce s klientem v pečovatelské službě mohou vznikat z hlediska kvality sociálních služeb? Závěrečná zpráva z případové studie.* Praha, VÚPSV, výzkumné centrum Brno 2003b.

Musil, L., Kubalčíková, K., Havlíková, J.: *Přístup pracovníků vybraného zařízení sociálních služeb ke klientům v kontextu implementace Standardů kvality.* Praha, VÚPSV 2009.

Musil, L., Kubalčíková, K., Havlíková, J.: *Využití Standardů kvality v politice poskytování sociálních služeb vybraného nestátního neziskového subjektu.* Praha, VÚPSV 2008.

Nakonečný, M.: *Sociální psychologie.* Praha, Academia 1999.

Nečasová, M.: Profesionální etika. In: MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce.* Praha, Portál 2003a.

Nečasová, M.: Přijímání změny v domově důchodců. Disertační práce. Brno, FSS MU 2003b.

Nečasová, M.: Respekt ke klientům na praktickém příkladě kvality života seniorů v domově. *Sociální práce/Sociální práce.* Brno, ASVSP 2004, 4, 39-53.

O'Brien, J., O'Brien, C. L.: *Kořeny plánování zaměřeného na člověka. Pohled znalostní komunity* [online]. QUIP – Společnost pro změnu. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/013/001593.pdf> [cit. 10. 6. 2010].

- Obsah standardů kvality sociálních služeb. Příloha 2 Vyhlášky č. 505/2006 Sb.,*
kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- Okin, S.: Gender Inequality and Cultural Difference. *Political Theory* 1994, 22, 5-24.
- O'Rourke, N., Chappell, N. L., Caspar, S.: Measurement and Analysis of Individualized Care Inventory Response Comparing Long-Term Care Nurses and Care Aides. *The Gerontologist*, 2009, 49(6), 839-846.
- Paal, T., Bereczkei, T.: Adult theory of mind, cooperation, Machiavellianism: The effect of mindreading on social relations. *Personality and Individual Differences* 43, 2007, 541-551.
- Pavlíková, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, Grada 2006.
- Payne, Ch.: Stručný návod, jak hodnotit a zvyšovat kvalitu sociálních služeb. In: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha, MPSV 2002.
- Péče o seniory v pobytových zařízeních. Pilotní výzkum v zařízeních MSK 2010.*
- Pichaud, C., Thareauová, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Z fran. orig. Vivre avec les personnes âgées, *Chronique Sociale* 1996, přel. A. Kozlíková. Praha, Portál 1998.
- Pochylá, K.: *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. Druhé, přepracované vydání. Brno, NCO NZO 2005.
- Pörtner, M.: *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Z něm. orig. Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen, Klett-Cotta 1996, přel. P. Babka. Praha, Portál 2009.
- Průša, L.: *Sociální služby – srovnání ČR a EU*. Praha, Centrum sociálních služeb 2008.
- Příhodová, A.: Autonomie seniorů pohledem sociálních pracovníků. In: Sýkorová, D., Chytil, O. (Eds.): *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava, ZSF OU 2004.

- Psychologický slovník (heslo Moc sociální)*. Praha, Portál 2000.
- Řezníček, I.: *Metody sociální práce*. Praha, SLON 1994.
- Scot, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M.: The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *Health Services Research*, 2003, 38(3), 923-945.
- Scott-Findlay, S., Estabrooks, CA.: Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 56(5), 498–513.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., Jackson, S. E.: The Maslach Burnout Inventory – General Survey. In: Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (eds): *MBI Manual (3rd edition)*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press 1996.
- Slote, M.: *The Ethics of Care and Empathy*. Abingdon, Routledge 2007.
- Slovník sociální práce (hesla Empatie a Naučená bezmocnost)*. Praha, Portál 2003.
- Smékalová, E., Johnová, M., Mátl, O.: *Zkušenosti z pilotních inspekcí kvality sociálních služeb* [online]. Praha, Olomouc, 2003. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/000121.pdf> [cit. 8. 8. 2010].
- Smith, T. W.: *Altruism and Empathy in America: Trends and Correlates*. National Opinion Center University of Chicago 2006.
- Smull, M. W.: *Naslouchat, učit se, jednat. Výběr z textů o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změnách* [online]. QUIP – Společnost pro změnu 2010. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/013/001601.pdf> [cit. 8. 8. 2010].
- Sociologický slovník (heslo Profese pomáhající)*. Praha, Portál 2001.
- Sokol, J.: *Etika a život. Pokus o praktickou filosofii*. Praha, Vyšehrad 2010.
- Sokol, J.: *Moc, peníze a právo. Esej o společnosti a jejích institucích*. Plzeň, Aleš Čeněk 2007.

- Sotoniaková, E.: *Profesní etika v sociální práci*. Ostrava, Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Ostraviensis 2004.
- Soukup, P.: Statisticky významný neznamená důležitý. *Socioweb* 6, 2007.
- Standardy kvality sociálních služeb*. Praha, MPSV 2002.
- Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010* [online]. Praha, MPSV 2011. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11544/rocenka_2010.pdf [cit. 12. 10. 2011].
- Sýkorová, D.: *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha, SLON 2007.
- Šelner, I.: *Role inspektora, moc a manipulace v sociální sféře*. Podklady pro pracovní seminář inspektorů kvality sociálních služeb, 2006.
- Šolcová, I., Havrdová, Z., Kebza, V.: Organizational civility as measured by AWLS: a comparison between social and health organizations. *Psychology & Health*, 2011, 26, Suppl. 2.
- Štegmannová, I., Havrdová, Z.: Individualizace péče jako lakmusový papírek „nového“ přístupu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. In: Havrdová, Z. a kol.: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha, FHS UK 2010.
- Tematické návštěvy domovů pro seniory* [online]. Veřejný ochránce práv 2008. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/?id=101626> [cit. 10. 8. 2010].
- Tomeš, I.: *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Druhé přepracované vydání. Praha, Socioklub 2001.
- Tyson, S., Jackson, T.: *Organizační chování*. Z angl. orig. The Essence of Organizational Behaviour, Prentice Hall International 1992, přel. Z. Veselík. Praha, Grada 1997.
- Uexküll, T., Wesiack, W.: Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model [online]. *Psychosomatiche Medizin* 2003. Dostupné z:

http://psychosomatika.cz/psychosom/psy_01.asp?idc0=31&idc1=11&idc2=&idc3=&M0=4&M1=2&M2=2&M3=5&M4 [cit. 16. 8. 2010].

Úlehla, I.: *Umění pomáhat*. Praha, SLON 1999.

Vaňková H., Jurašková B., Holmerová I.: Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory, *Česká geriatrická revue*, 2008, 6(4): 232-234.

Veber, J. a kol.: *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. Praha, Grada 2002.

Vejsada, P., Klementová, J.: Studie machiavelismu. Seminární práce. Praha, FF UK 2008.

Vernon, P. A., Vilani, V. C., Vickers, L. C., Harris, J. A.: A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5. *Personality and Individual Differences*, 2008, 44, 445-452.

Výrost, J., Slaměník, I. (Ed.): *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha, Portál 1998.

Výrost, J.: Sociální psychologie osobnosti. In: Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.): *Sociální psychologie*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha, Grada 2008.

Wernischová, H.: Morální vývoj jedince ve vztahu k etickému východisku. In: Fischer, O., Milfait, R.: *Etika pro sociální práci*. Praha, Jabok 2010.

Wicke, D., Coppin, R., Payne, S.: Teamworking in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(2), 197–204.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zášková, H., Mlčák, Z.: *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha, Triton 2009.

Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory [online]. Veřejný ochránce práv 2007. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/?id=101656> [cit. 10. 8. 2010].

Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením [online]. Veřejný ochránce práv 2009. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/?id=101624> [cit. 10. 8. 2010].

Seznam tabulek

Tabulka 1: Typologie pojetí implementace standardů kvality sociálních služeb	77
Tabulka 2: Individualizace péče o klienty, 15 položek. Metoda hlavních komponent (PCA), rotované řešení (Oblimin).....	87
Tabulka 3: Dvě dimenze individualizace péče o klienty – finální řešení, 8 položek. Metoda hlavních komponent (PCA), rotované řešení (Oblimin).....	88
Tabulka 4: Dvě dimenze individualizace péče o klienty vzhledem k empatii, altruismu a přívětivosti, Pearsonovy korelační koeficienty	90
Tabulka 5: Dvě dimenze individualizace péče o klienty vzhledem k odlišným úrovním důvěry, Pearsonovy korelační koeficienty.....	91
Tabulka 6: Komunikace (iniciativa) směrem k vedení a Komunikace mezi zaměstnanci. Metoda hlavních komponent (PCA), rotované řešení (Oblimin).....	92
Tabulka 7: Dvě dimenze machiavelismu, 19 položek. Metoda hlavních komponent (PCA) s rotací Varimax.....	94
Tabulka 8: Machiavelismus vzhledem k empatii, altruismu a přívětivosti, Pearsonovy korelační koeficienty.....	96
Tabulka 9: Machiavelismus ve vztahu k odlišným úrovním důvěry, Pearsonovy korelační koeficienty.....	97
Tabulka 10: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a věk pracovníků, Pearsonovy korelační koeficienty	100
Tabulka 11: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a délka praxe v oboru, Pearsonovy korelační koeficienty	101
Tabulka 12: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a délka praxe v oboru, Pearsonovy korelační koeficienty	102
Tabulka 13: Dvě dimenze individualizace péče a počet klientů, o které pracovník pečuje, Pearsonovy korelační koeficienty.....	103
Tabulka 14: Výkon funkce klíčového pracovníka podle vzdělání, adjustovaná residua	105
Tabulka 15: Výkon funkce klíčového pracovníka podle pracovního zařazení, adjustovaná residua	107

Tabulka 16: Komunikace mezi zaměstnanci ve vztahu ke dvěma dimenzím individualizace péče o klienty, Pearsonovy korelační koeficienty	116
Tabulka 17: Komunikace zaměstnanců s vedením ve vztahu ke dvěma dimenzím individualizace péče o klienty, Pearsonovy korelační koeficienty	116
Tabulka 18: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) vzhledem k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty.....	118
Tabulka 19: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) vzhledem k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty.....	118
Tabulka 20: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) – rozděleno dle typologie organizací vzhledem k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty	119
Tabulka 21: Dvě dimenze machiavelismu a věk pracovníků, Pearsonovy korelační koeficienty.....	120
Tabulka 22: Dvě dimenze machiavelismu a délka praxe v oboru, Pearsonovy korelační koeficienty.....	121
Tabulka 23: Dvě dimenze machiavelismu a délka práce v organizaci, Pearsonovy korelační koeficienty.....	122
Tabulka 24: Machiavelismus (dimenze Cynismus/manipulace) ve vztahu k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty	124
Tabulka 25: Machiavelismus (dimenze Nemorálnost) ve vztahu k šesti oblastem pracovního života (AWLS), Pearsonovy korelační koeficienty	124
Tabulka 26: Machiavelismus ve vztahu k individualizaci péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem), Pearsonovy korelační koeficienty.....	125
Tabulka 27: Machiavelismus ve vztahu k individualizaci péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta), Pearsonovy korelační koeficienty.....	126
Tabulka 28: Odhadnuté standardizované koeficienty a statistická významnost modelů OLS regrese pro individualizaci v péči o klienty (dimenze Komunikace s klientem)	129
Tabulka 29: Odhadnuté standardizované koeficienty a statistická významnost modelů OLS regrese pro individualizaci v péči o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta)	131

Tabulka 30: Procentuální rozložení odpovědí na výrok „Lidé trpící nevy léčitelnými nemocemi by měli dostat šanci bezbolestně zemřít“	136
Tabulka 31: Procentuální rozložení odpovědí na výrok „Zdá se mi, že někteří moji kolegové se k našim klientům nechovají příliš uctivě“	137
Tabulka 32: Výzkumný soubor pracovníků přímé péče o klienty	168
Tabulka 33: Rozdělení výzkumného souboru pracovníků do kategorií podle pracovního zařazení	168
Tabulka 34: Položky machiavelismu – průměry, směrodatné odchylky	169
Tabulka 35: Dimenze a položky AWLS – průměry, směrodatné odchylky, položková reliabilita	170
Tabulka 36: Odlišné úrovně důvěry – procentuální a absolutní rozložení odpovědí	172
Tabulka 37: Položky empatie a altruismu – průměry, směrodatné odchylky	172
Tabulka 38: Empatie a přívětivost - průměry, směrodatné odchylky	173
Tabulka 39: Empatie, altruismus a přívětivost – procentuální a absolutní rozložení odpovědí	173

Seznam obrázků

Obrázek 1: Dvě dimenze individualizace péče o klienty podle vzdělání pracovníků	101
Obrázek 2: Dvě dimenze individualizace péče podle pracovního zařazení zaměstnanců	102
Obrázek 3: Dvě dimenze individualizace péče o klienty podle pozice klíčového pracovníka	104
Obrázek 4: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) z hlediska vzdělání pracovníků, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka	105
Obrázek 5: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) z hlediska vzdělání pracovníků, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka	106
Obrázek 6: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) z hlediska pracovního zařazení, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka.....	107
Obrázek 7: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) z hlediska pracovního zařazení, rozděleno podle pozice klíčového pracovníka	108
Obrázek 8: Dvě dimenze individualizace péče o klienty podle typologie zařízení .	110
Obrázek 9: Individualizace péče o klienty (dimenze Podpora samostatnosti a znalost klienta) z hlediska typologie zařízení, rozděleno podle pracovního zařazení.....	111
Obrázek 10: Individualizace péče o klienty (dimenze Komunikace s klientem) z hlediska typologie zařízení, rozděleno podle kategorií zaměstnanců	112
Obrázek 11: Šest oblastí pracovního života (AWLS) podle kategorií zaměstnanců	114
Obrázek 12: Dvě dimenze machiavelismu podle vzdělání pracovníků	121
Obrázek 13: Dvě dimenze machiavelismu podle pracovního zařazení	123
Obrázek 14: Dvě dimenze individualizace péče o klienty a machiavelismus (dimenze Nemorálnost).....	127

Seznam příloh

Příloha 1: Výzkumný soubor pracovníků přímé péče o klienty a jejich rozdělení do kategorií podle pracovního zařazení	168
Příloha 2: Položky machiavelismu	169
Příloha 3: Dimenze a položky – šest oblastí pracovního života (AWLS).....	170
Příloha 4: Odlišné úrovně důvěry	172
Příloha 5: Empatie, altruismus a přívětivost	172
Příloha 6: Okruhy pro polostandardizovaný rozhovor se zástupci zřizovatele.....	174
Příloha 7: Dotazník	176

Přílohy

Příloha 1: Výzkumný soubor pracovníků přímé péče o klienty a jejich rozdělení do kategorií podle pracovního zařazení

Tabulka 32: Výzkumný soubor pracovníků přímé péče o klienty

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Selected	1	,2	,2	,2
	Selected	434	91,9	99,8	100,0
	Total	435	92,2	100,0	
Missing	System	37	7,8		
Total		472	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 33: Rozdělení výzkumného souboru pracovníků do kategorií podle pracovního zařazení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kategorie 1: sociální+aktivizační pracovník	80	18,4	18,4	18,4
	Kategorie 2: všeobecná sestra+specializační prac.	91	21,0	21,0	39,4
	Kategorie 3: pracovník v soc. službách+sanitář, ošetřovatel	263	60,6	60,6	100,0
	Total	434	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 2: Položky machiavelismu

Tabulka 34: Položky machiavelismu – průměry, směrodatné odchylky

	Mean	Std. Deviation
Sdělování skutečných důvodů, jen je-li to nezbytně nutné	3,06	1,010
Říkání lidem, co chtějí slyšet jako nejlepší způsob, jak s nimi vyjít	2,73	1,018
Jednání pouze tehdy, je-li jisté, že to bude morálně správné (r)	3,50	,914
Většina lidí je dobrá a laskavá (r)	3,18	,956
Předpoklad, že lidé mají sklon ke špatnému chování	2,91	,987
Nejlepší je být za všech okolností poctivý (r)	3,86	,847
Lhaní druhým nelze prominout (r)	3,37	,946
Lidé by nepracovali, pokud by k tomu nebyli nuceni	2,57	,958
Je lepší být skromný a poctivý, než mít vliv a být nepoctivý (r)	3,85	,961
Když někoho o něco žádáme, je lepší uvést skutečný důvod (r)	3,97	,812
Většina úspěšných lidí vede poctivý a mravný život (r)	2,41	,866
Bezmezná důvěra v někoho je totéž, jako říkat si o problémy	3,44	,954
Odlišení zločince od ostatních lidí	2,15	1,022
Statečnost je vrozena většině lidí (r)	2,56	,860
Je rozumné vyhovět vlivným lidem	2,72	,978
Je možné být ve všech ohledech dobrý (r)	2,88	,891
Každou minutu se narodí člověk, který se nechá snadno oklamat	3,05	,949
Je těžké postupovat vpřed bez kompromisů	3,54	,938
Šance bezbolestně zemřít pro lidi trpící nevyléčitelnými nemocemi	4,03	,935
Lidé snáze zapomenou na smrt vlastních rodičů než na ztrátu majetku	2,56	1,068

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: u položek označených (r) jsou otočeny škály; položky tvoří součtový index

Příloha 3: Dimenze a položky – šest oblastí pracovního života (AWLS)

Tabulka 35: Dimenze a položky AWLS – průměry, směrodatné odchylky, položková reliabilita

	Mean	Std. Deviation
Vytíženost		
Nemám čas na práci, kterou je potřeba udělat	2,68	1,107
Intenzivně pracuji po dlouhá časová údobí	3,40	,911
Po práci přijdu domů příliš unavený/á, abych dělal/a věci, které mě baví	3,39	1,046
Mám toho v práci tolik, že se nestíhám věnovat svým osobním zájmům	2,86	1,062
Mám dost času udělat v práci to, co je důležité	3,45	,930
Když jdu po skončení práce domů, hodím práci za hlavu.	3,20	1,115
<i>Cronbachovo alfa 0,71</i>		
Kontrola		
Mám kontrolu nad tím, jak dělám svou práci	4,01	,568
Dokážu působit na management, abych získal/a vybavení a prostor, které potřebuji ke své práci	2,90	,913
V práci se těším profesionální nezávislosti/samostatnosti	3,32	,938
<i>Cronbachovo alfa 0,53</i>		
Odměny		
Ostatní mi dávají najevo, že si mé práce váží	3,24	,819
Moje práce je oceňována	2,92	,958
Mých snah si obvykle nikdo nevšímá	2,67	,877
Nedostává se mi dostatečného uznání za všechnu mou práci	3,02	,986
<i>Cronbachovo alfa 0,76</i>		
Vztahy		
Lidé u mne v práci si navzájem důvěřují, že zvládnou dané role	3,47	,730
Jsem členem kvalitního pracovního týmu	3,62	,855

Členové mého pracovního týmu spolu navzájem spolupracují	3,75	,754
Členové mého pracovního týmu komunikují otevřeně	3,38	,928
Nejsem si blízký/á se svými kolegy	2,40	,901
<i>Cronbachovo alfa</i>	0,8	
Spravedlnost		
Zdroje jsou v naší organizaci rozdělovány spravedlivě	2,85	,906
Příležitosti se nabízejí výhradně podle zásluh	2,79	,795
Když mám pochyby o spravedlnosti nějakého rozhodnutí, mám k dispozici účinné prostředky, jak se odvolat	2,98	,915
Management přistupuje ke všem zaměstnancům spravedlivě	2,73	,911
Na rozhodování má vliv upřednostňování oblíbenců	3,22	1,002
Pro kariéru zde není podstatné, co znáte, ale koho znáte	2,91	1,001
<i>Cronbachovo alfa</i>	0,76	
Hodnoty		
Moje hodnoty a hodnoty organizace jsou podobné	3,17	,875
Cíle organizace ovlivňují mé každodenní pracovní aktivity	3,48	,792
Cíle mé osobní kariéry jsou konzistentní s cíli stanovenými organizací	3,22	,770
Tato organizace dbá na kvalitu	3,89	,770
Pracovat zde znamená dělat kompromisy s mými hodnotami	3,06	,947
<i>Cronbachovo alfa</i>	0,7	

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 4: Odlišné úrovně důvěry

Tabulka 36: Odlišné úrovně důvěry – procentuální a absolutní rozložení odpovědí

	-2 Velká nedůvěra	-1 Nedůvěra	0 Ani důvěra, ani nedůvěra	1 Důvěra	2 Velká důvěra	Total
Důvěra obecně k lidem	3,8%	11,1%	32,8%	49,8%	2,6%	100,0%
	16	47	139	211	11	424
Důvěra ke spolupracovníkům	1,4%	6,5%	19,1%	59,2%	13,8%	100,0%
	6	28	82	254	59	429
Důvěra ve vedení	7,9%	13,8%	25,4%	44,3%	8,6%	100,0%
	34	59	109	190	37	429
Důvěra ke klientům	2,6%	11,3%	39,0%	42,7%	4,5%	100,0%
	11	48	166	182	19	426

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 5: Empatie, altruismus a přívětivost

Tabulka 37: Položky empatie a altruismu – průměry, směrodatné odchylky

	Mean	Std. Deviation
Dnes je třeba starat se sám o sebe a ne si přehnaně dělat starosti o jiné (r)	3,55	,937
Smůla druhých mne většinou moc neznepokojuje (r)	3,76	,768
Když vidím člověka, kterého druzí využívají, cítím, že bych ho měl chránit	3,97	,675
Často mě velmi dojmají věci, které vidím kolem sebe	3,78	,802

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: u položek označených (r) jsou otočeny škály; položky tvoří součtový index

Tabulka 38: Empatie a přívětivost - průměry, směrodatné odchylky

	Mean	Std. Deviation
Je pro mne těžké dívat se na věci očima druhého (r)	3,36	,916
V jednání s lidmi jsem většinou přívětivý	3,98	,655

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: u položky označené (r) je otočena škála

Tabulka 39: Empatie, altruismus a přívětivost – procentuální a absolutní rozložení odpovědí

	1 Naprosto nesouhlasím	2 Nesouhlasím	3 Těžko říci	4 Souhlasím	5 Naprosto souhlasím	Total
Dnes je třeba starat se sám o sebe a ne si přehnaně dělat starosti o jiné	9,9%	54,3%	18,5%	15,2%	2,1%	100,0%
	43	235	80	66	9	433
V jednání s lidmi jsem většinou přívětivý	2,1%	,9%	6,9%	76,6%	13,4%	100,0%
	9	4	30	331	58	432
Smůla druhých mne většinou moc neznepekčuje	9,3%	66,7%	15,8%	6,7%	1,4%	100,0%
	40	287	68	29	6	430
Když vidím člověka, kterého druzí využívají, cítím, že bych ho měl chránit	1,2%	1,4%	13,0%	68,0%	16,5%	100,0%
	5	6	56	293	71	431
Často mě velmi dojmají věci, které vidím kolem sebe	,5%	7,0%	21,9%	55,6%	15,1%	100,0%
	2	30	94	239	65	430
Je pro mne těžké dívat se na věci očima druhého	7,2%	43,3%	30,1%	17,6%	1,9%	100,0%
	31	187	130	76	8	432

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 6: Okruhy pro polostandardizovaný rozhovor se zástupci zřizovatele

Téma rozhovoru

Zhodnocení úspěšnosti organizací v procesu zavádění standardů kvality v období od roku 2007 do roku 2010 a rozdělení organizací na jednotlivé typy dle změny.

Okruhy otázek:

- a) Jak byste dnes, po třech letech od zahájení procesu zavádění standardů kvality, zhodnotili pokrok jednotlivých organizací?
- dá se říci, že je některá z organizací výrazně úspěšná?
 - a naopak, je některá výrazně neúspěšná?
- Které faktory měly na její (ne)úspěšnost největší vliv?
- b) Můžeme nyní projít jednotlivé organizace? Jak jsou na tom se zaváděním standardů kvality konkrétně?
1. Jak podle vás vnímá konkrétní zařízení smysl zavádění standardů kvality? Směrem k naplňování potřeb uživatelů, nebo formálně? Uveďte prosím konkrétní důvody pro vaše tvrzení.
 2. Je proces zavádění standardů kvality v daném zařízení cizorodým prvkem, nebo již standardní součástí procesu poskytování služby?
 3. Kdo se na zavádění standardů v organizaci podílí – kdo proces vede, kdo se jej účastní?
 4. Jaký způsob komunikace v organizaci převládá, osobní, nebo písemný?
 5. Je rozdíl v komunikaci mezi těmi, kteří se přímo podílejí na zavádění standardů kvality, a ostatními zaměstnanci?
 6. Jsou některé standardy nejvíce (nejméně) problémové?
 7. Jak je psána dokumentace v zařízeních – srozumitelně, jazykem praxe, nebo naopak složitě a nesrozumitelně?
 8. Dochází v organizaci k průběžné reflexi dokumentace na základě praxe?

9. Došlo v organizaci v souvislosti se zaváděním standardů ke změnám v počtu a složení zaměstnanců, změnám na vedoucích pozicích apod.?

10. Lze ve výše uvedených parametrech pozorovat výraznější rozdíl mezi jednotlivými odděleními v zařízení?

- c) Zkuste prosím nyní na základě výše uvedených otázek posoudit každou organizaci podle toho, nakolik vnímáte proces zavádění standardů v ní spíše jako **administrativní záležitost** (psaní různých dokumentů pro inspekce), a nakolik v ní podle vás dochází k **reálné změně postojů** k uživatelům a způsobu práce.

Převážně admin.	Spíš admin.	Něco mezi	Na cestě ke změně	Převážně reálná změna
-2	-1	0	1	2

- d) Kterou z kategorií zaměstnanců lze podle vás pokládat za nejdůležitější a proč pro úspěšné zavádění standardů kvality?

Příloha 7: Dotazník

Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií
Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích



Péče o seniory v pobytových zařízeních

Vážená kolegyně, vážený kolego,

ráda bych Vás požádala o spolupráci při realizaci výzkumu *Zavádění metod řízení kvality v pobytových zařízeních pro seniory*. Jeho součástí je i tento dotazník, který je rozčleněn do několika částí:

- A: Přístupy v péči o seniory
- B: Mezilidské vztahy
- C: Hodnoty
- D: Hodnocení pracovního života
- E: Charakteristiky respondenta (pro statistické zpracování)

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a zabere Vám asi 30 minut. Zaručuji Vám naprosté zachování Vaší anonymity (data budou zpracována pouze na úrovni organizací).

Vaše názory jsou velice cenné pro zmapování celkové situace v domovech pro seniory a budou využity pro účely vědecké práce naší katedry. Zároveň výsledky ve formě závěrečné zprávy poslouží vaší organizaci na cestě zlepšování kvality poskytovaných služeb. V případě dotazů mne kontaktujte na emailové adrese i.stegmannova@volny.cz.

Dotazník lze také vyplnit na internetu na adrese (rychlejší a přehlednější varianta):

<http://pece-o-seniory-v-pobytovyh-zarizenih.vyplnto.cz/>

Předem Vám děkuji za vyjádření Vašich názorů.

Mgr. Ingrid Štegmannová

Katedra řízení a supervize
UK v Praze, Fakulta humanitních studií

1. Ve kterém zařízení pracujete?

- Domov pro seniory A
- Domov pro seniory B
- Domov pro seniory C
- Domov pro seniory D
- Domov pro seniory E
- Domov pro seniory F
- Domov pro seniory G
- Domov pro seniory H

2. Pracujete v ... ?

- v domově pro seniory
- v domově se zvláštním režimem
- v obou

část. A: Přístupy v péči o seniory, znalost klientů a komunikace

3. Do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky?

	Naprost nesouhlasím	Nesouhlasím	Těžko říci	Souhlasím	Naprost souhlasím
a) Naše zařízení nabízí dostatečný výběr běžných aktivit, z nichž mohu při péči vycházet:	1	2	3	4	5
b) Plány péče podle mne neodrážejí hodnoty klientů, které jsou pro ně v životě důležité:	1	2	3	4	5
c) Všichni klienti by měli dostávat jídlo v přesně určený čas:	1	2	3	4	5
d) Mám pocit, že znám každého klienta jako individuálního člověka:	1	2	3	4	5
e) Hovořím s rodinnými příslušníky a přáteli klientů o tom, co pro klienty dříve bylo a nadále může být důležité:	1	2	3	4	5
f) Při každodenní péči o klienty beru v úvahu návyky a zvyklosti, jaké měli v domácím prostředí:	1	2	3	4	5

4. Můžete prosím uvést několik příkladů, na co jsou Vaši klienti z domova zvyklí?

.....

.....

.....

.....

5. Lidé pracující v přímé péči o klienty zažívají při své náročné práci různé myšlenky a pocity. Jak často se setkáváte s následujícími situacemi?

	Nikdy	Občas	Často	Vždy
a) Napadá mne, že dělám něco za klienty, i když by to mohli zvládnout sami:	1	2	3	4
b) Klientům, o které pečuji, umožňuji, aby se samostatně rozhodovali:	1	2	3	4
c) Mám pocit, že prostě nedělám vše, co by se při péči o klienty mělo dělat:	1	2	3	4
d) Zdá se mi, že někteří moji kolegové se k našim klientům nechovají příliš uctivě:	1	2	3	4
e) Mám pocit, že moje představy a představy mých kolegů o poskytované péči se liší:	1	2	3	4

6. Jakou změnu v jednání, postojích či znalostech vašich kolegů byste navrhoval(a) pro zlepšení kvality života obyvatel ve vašem domově?

.....

.....

.....

.....

7. Následující výroky se týkají různých forem komunikace s klienty. Uveďte prosím, jak často jste je používal(a) V POSLEDNÍCH ZHRUBA SEDMI DNECH.

	Nikdy	Občas	Často	Vždy
a) Spolupracovníci mě informovali o změnách zdravotního stavu klientů:	1	2	3	4
b) Vyměňoval(a) jsem si informace o klientech při střídání směn:	1	2	3	4
c) Bavit(a) jsem se s klienty o tom, co se děje mimo zařízení:	1	2	3	4
d) Mluvil(a) jsem s klienty o mém osobním životě:	1	2	3	4
e) Četl(a) jsem osobní historii klientů, obsaženou v plánech péče:	1	2	3	4
f) Hovořil(a) jsem s klienty o jejich osobním životě:	1	2	3	4
g) Bavit(a) jsem se s klienty o péči, kterou jsem jim v té chvíli poskytoval(a):	1	2	3	4

8. A vzpomenete si prosím, o čem jste mluvil(a) s klientem, o kterého jste se staral(a) naposled?

.....

.....

.....

.....

9. Uved'te prosím, jaká je Vaše zkušenost z praxe?

	Naprost nesouhlasím	Nesouhlasím	Těžko říci	Souhlasím	Naprost souhlasím
a) Nadřízení berou při rozhodování o péči v úvahu náměty řadových zaměstnanců:	1	2	3	4	5
b) Předkládám návrhy na provádění změn v rámci plánů péče klientů:	1	2	3	4	5
c) Hovořím s nadřízenými o potřebě změnit postupy a zvyklosti ke zlepšení péče o klienty:	1	2	3	4	5

10. A vzpomenete si prosím, jakou změnu jste navrhoval(a) při poslední příležitosti?

.....

.....

.....

.....

část. B: Mezilidské vztahy

11. Do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky?

	Naprost nesouhlasím	Nesouhlasím	Těžko říci	Souhlasím	Naprost souhlasím
a) Skutečné důvody svého jednání je dobré sdělovat jen tehdy, pokud je to nezbytně nutné:	1	2	3	4	5
b) Říkat lidem to, co chtějí slyšet, je nejlepší způsob, jak s nimi vyjít:	1	2	3	4	5
c) Člověk by měl jednat pouze tehdy, je-li jisté, že jeho jednání bude morálně správné:	1	2	3	4	5

d) Většina lidí je v podstatě dobrá a laskavá:	1	2	3	4	5
e) Vždy je lepší předpokládat, že lidé mají sklon ke špatnému chování, což se projeví, pokud k tomu dostanou příležitost:	1	2	3	4	5
f) Nejlepší je být za všech okolností poctivý:	1	2	3	4	5
g) Lhaní druhým nelze prominout:	1	2	3	4	5
h) Lidé by zpravidla usilovně nepracovali, pokud by k tomu nebyli nuceni:	1	2	3	4	5
i) Je lepší být skromný a poctivý, než mít vliv a být nepoctivý:	1	2	3	4	5
j) Když někoho žádáme, aby pro nás něco udělal, je lepší uvést skutečný důvod než ten, který se může zdát přijatelnější:	1	2	3	4	5
k) Většina lidí, kteří jsou úspěšní, vede poctivý a mravný život:	1	2	3	4	5
l) Bezmezně důvěřovat někomu jinému je totéž, jako říkat si o problémy:	1	2	3	4	5
m) To, co odlišuje zločince od ostatních lidí, je jejich hloupost, že se nechali chytit:	1	2	3	4	5
n) Statečnost je vrozena většině lidí:	1	2	3	4	5
o) Je rozumné vyhovět vlivným lidem:	1	2	3	4	5
p) Je možné být ve všech ohledech dobrý:	1	2	3	4	5
r) Každou minutu se narodí člověk, který se nechá snadno oklamat:	1	2	3	4	5
s) Je těžké postupovat vpřed bez kompromisů:	1	2	3	4	5
t) Lidé trpící nevyлéčitelnými nemocemi by měli dostat šanci bezbolestně zemřít:	1	2	3	4	5
u) Lidé snáze zapomenou na smrt vlastních rodičů než na ztrátu majetku:	1	2	3	4	5

12. Zhodnot'te, jak hodně důvěřujete

	velká důvěra				velká nedůvěra
obecně lidem:	++	+	0	-	--
svým spolupracovníkům:	++	+	0	-	--
vedení vaší organizace:	++	+	0	-	--
klientům vašeho domova:	++	+	0	-	--

13. A do jaké míry souhlasíte s výroky o Vás a Vašem vztahu k druhým?

	Naprost nesouhlasím	Nesouhlasím	Těžko řici	Souhlasím	Naprost souhlasím
a) Dnes je třeba starat se sám o sebe a ne si přehnaně dělat starosti o jiné:	1	2	3	4	5
b) V jednání s lidmi jsem většinou přívětivý:	1	2	3	4	5
c) Smůla druhých mne většinou moc neznepokojuje:	1	2	3	4	5
d) Když vidím člověka, kterého druzí využívají, cítím, že bych ho měl chránit:	1	2	3	4	5
e) Často mě velmi dojmají věci, které vidím kolem sebe:	1	2	3	4	5
f) Je pro mne těžké dívat se na věci očima druhého:	1	2	3	4	5

část. C: Nyní prosím o Váš názor na hodnoty

14. Které ČTYŘI hlavní hodnoty má podle Vás vaše ORGANIZACE?

Prosím, označte nejvýše 4.

- a) Spokojená rodina klienta
- b) Klid pro všechny
- c) Šťastný klient
- d) Spokojený zřizovatel
- e) Týmová spolupráce
- f) Zdravotní péče na úrovni
- g) Obstát v konkurenci
- h) Splnění standardů kvality
- i) Bezpečí klienta
- j) Respekt k volbám a přáním klientů
- k) Jiná odpověď: (vypište)

15. A která z těchto hodnot je pro vaši organizaci nejméně důležitá?

Vepište písmeno z předchozího seznamu

16. Které ČTYŘI hlavní hodnoty máte v práci Vy OSOBNĚ?

Prosím, označte nejvýše 4.

- a) Spokojená rodina klienta
- b) Klid pro všechny
- c) Šťastný klient
- d) Spokojený zřizovatel
- e) Týmová spolupráce
- f) Zdravotní péče na úrovni
- g) Obstát v konkurenci
- h) Splnění standardů kvality
- i) Bezpečí klienta
- j) Respekt k volbám a přáním klientů
- k) Jiná odpověď: (vypište).....

17. A kterou z těchto hodnot považujete Vy osobně za nejméně důležitou?

Vepište písmeno z předchozího seznamu

část. D: Hodnocení pracovního života

18. Do jaké míry souhlasíte s těmito výroky

	Naprost nesouhlasím	Nesouhlasím	Těžko řící	Souhlasím	Naprost souhlasím
a) Nemám čas na práci, kterou je potřeba udělat:	1	2	3	4	5
b) Intenzivně pracuji po dlouhá časová období:	1	2	3	4	5
c) Po práci přijdu domů příliš unavený/á, abych dělal/a věci, které mě baví:	1	2	3	4	5
d) Mám toho v práci tolik, že se nestíhám věnovat svým osobním zájmům:	1	2	3	4	5
e) Mám dost času udělat v práci to, co je důležité:	1	2	3	4	5
f) Když jdu po skončení práce domů, hodím práci za hlavu:	1	2	3	4	5
g) Mám kontrolu nad tím, jak dělám svou práci:	1	2	3	4	5
h) Dokážu působit na management, abych získal/a vybavení a prostor, které potřebuji ke své práci:	1	2	3	4	5
i) V práci se těším profesionální nezávislosti/samostatnosti:	1	2	3	4	5
j) Ostatní mi dávají najevo, že si mé práce váží:	1	2	3	4	5
k) Moje práce je oceňována:	1	2	3	4	5
l) Mých snah si obvykle nikdo nevšímá:	1	2	3	4	5
m) Nedostává se mi dostatečného uznání za všechnu mou práci:	1	2	3	4	5
n) Klienti obvykle ocení, co pro ně dělám:	1	2	3	4	5
m) Lidé u mne v práci si navzájem důvěřují, že zvládnou dané role:	1	2	3	4	5
n) Jsem členem kvalitního pracovního týmu	1	2	3	4	5
o) Členové mého pracovního týmu spolu navzájem spolupracují:	1	2	3	4	5
p) Členové mého pracovního týmu komunikují otevřeně:	1	2	3	4	5

	Naprosto nesouhlasím	Nesouhlasím	Těžko řici	Souhlasím	Naprosto souhlasím
r) Nejsem si blízký/á se svými kolegy:	1	2	3	4	5
s) Zdroje jsou v naší organizaci rozdělovány spravedlivě:	1	2	3	4	5
a) Příležitosti se nabízejí výhradně podle zásluh:	1	2	3	4	5
b) Když mám pochyby o spravedlnosti nějakého rozhodnutí, mám k dispozici účinné prostředky, jak se odvolat:	1	2	3	4	5
c) Management přistupuje ke všem zaměstnancům spravedlivě:	1	2	3	4	5
d) Na rozhodování má vliv upřednostňování oblíbenců:	1	2	3	4	5
e) Pro kariéru zde není podstatné, co znáte, ale koho znáte:	1	2	3	4	5
f) Moje hodnoty a hodnoty organizace jsou podobné:	1	2	3	4	5
g) Cíle organizace ovlivňují mé každodenní pracovní aktivity:	1	2	3	4	5
h) Cíle mé osobní kariéry jsou konzistentní s cíli stanovenými organizací:	1	2	3	4	5
i) Tato organizace dbá na kvalitu:	1	2	3	4	5
j) Pracovat zde znamená dělat kompromisy s mými hodnotami:	1	2	3	4	5
k) V této organizaci chci pracovat i v budoucnu:	1	2	3	4	5

část E: Téměř na závěr několik údajů o Vás, které poslouží ke zpracování dat

19. Jste?

- žena muž

20. Kolik je Vám let?

- do 25 25-35 36-45 46-55 56 a více

21. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- základní
 středoškolské – vyučení
 středoškolské s maturitou
 VOŠ
 VŠ

22. Zaměření vzdělání?

- zdravotní sociální Jiná **odpověď:**

.....

23. Absolvoval(a) jste specializační kurs?

- ANO NE

24. Počet let praxe v oboru?

(počet let ve formátu celého čísla, pokud méně než 1 rok, napište 0,5)

25. Jaká je Vaše pozice v organizaci?

- Součást vedení (vedoucí org., hlavní či staniční sestra, vedoucí soc. úseku aj.)
 Samostatný pracovník (např. lékař)
 Člen týmu/ pracovník oddělení
 Jiná odpověď:

26. Jak dlouho pracujete v této organizaci?

(počet let ve formátu celého čísla, pokud méně než 1 rok, napište 0,5)

27. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- sociální pracovník
- všeobecná sestra bez registrace
- všeobecná sestra s registrací
- specializovaný pracovník (ergoterapeut, fyzioterapeut, rehab. aj.)
- lékař
- sanitář, ošetřovatel
- pracovník v soc. službách / sociální péče
- aktivizační pracovník
- pracovník v kuchyni, prádelně, řidič
- pracovník administrativy, účetní atd. (THP)
- Jiná odpověď:

28. Jak často pracujete přímo s klienty?

- 1. každý den 2. několikrát týdně 3. méně často 4. vůbec ne
- Jiná odpověď:

29. O kolik klientů běžně pečujete?

30. Pracujete s klienty s demencí nebo jiným závažným postižením?

- ANO NE

31. Jste klíčový pracovník pro klienty?

- ANO NE

Závěrem

Pokud to bude možné, ráda bych po určité době zjistila, jak se proměnily Vaše zkušenosti v této náročné profesi. Aby příště bylo možno opět pracovat právě s Vašimi odpověďmi, vyplňte, prosím, ještě dvě otázky. Vznikne tak Váš osobní číselný kód, který později snadno zopakujete. Nikde neuvádějte své jméno. Tento způsob zajišťuje Vaši naprostou anonymitu (propojena budou pouze čísla dotazníků).

32. Kolikátý DEN v měsíci jste se narodil/a (uved'te číslo 1 - 31):

33. A jaký je MĚSÍC narození Vaší matky (uved'te číslo 1 - 12 v podobě např. 04 pro Duben):

34. Zde je prostor pro vyjádření Vašich námětů a připomínek.

.....
.....
.....

Velmi Vám děkuji za spolupráci!

Ingrid Štegmannová

Katedra řízení a supervize, UK FHS

Vyplněný dotazník vložte do připravené orazítkované obálky a odevzdejte pověřené osobě ve vaší organizaci.