

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Psychobiografický model péče v Domově Palata - role a spolupráce sociálního pracovníka s pracovníky v sociálních službách

The Psychobiographical Model of Care in Home Palata - The Role and Cooperation of Social Worker with Social Services Workers

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autor:

Bc. Aneta Zetochová

Praha 2018

Poděkování

Na prvním místě děkuji Mgr. Tereze Cimrmannové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, cenné rady, čas věnovaný pravidelným a podnětným konzultacím a psychickou podporu při psaní. Dále děkuji celému Domovu pro osoby se zrakovým postižením Palata za praktické zkušenosti, umožnění šetření a hlavně děkuji respondentům za poskytnuté rozhovory. V neposlední řadě patří poděkování mým nejbližším za jejich trpělivost a neustálou podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Psychobiografický model péče v Domově Palata - role a spolupráce sociálního pracovníka s pracovníky v sociálních službách“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9. 5. 2018

Bc. Aneta Zetochová

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na využití psychobiografického přístupu v péči v Domově Palata. Hlavním cílem práce je zmapovat a vymezit, jakou roli sehrávají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách při práci s psychobiografickým modelem péče, zda spolu vzájemně v této oblasti spolupracují, a jak tento model vnímají. Stěžejní částí je empirická část, kterou tvoří rozhovory s pracovníky v sociálních službách a se sociálními pracovníky, kteří úzce pracují s psychobiografií v Domově Palata při poskytování péče. Výsledkem práce jsou náměty na udržení spolupráce v tomto zařízení a také doporučení pro kolegy z jiných organizací a pro širokou veřejnost. Zároveň práce poukazuje na důležitost využití péče dle psychobiografického modelu v pobytových sociálních službách, protože to přináší zcela jiný pohled na člověka, pohled na jeho duši spojenou se životním příběhem.

Klíčová slova

psychobiografický model péče – sociální pracovník – pracovník v sociálních službách – Domov Palata – osoby se zrakovým postižením – demence – duše

Annotation

The Diploma thesis is focused on the application of the psychobiographic care approach in the Home Palata. The main aim of the thesis is to conduct a survey and demarcate the role of social workers in social services during work with the psychobiographic care model, if they are cooperating with each other in this area and how they perceive this model. The empiric part is the mainstay of this thesis; it is constituted of interviews with workers in social services and with social workers as well. They use the psychobiography in the Home Palata while providing care. Suggestions how to maintain the care in this profession and recommendation for the general public and colleagues in different organizations are the results of this thesis. The thesis refers to the importance of care application in accordance with the psychobiographic model in long stay social services because it brings completely new perspective of the human. The general view of the human soul is connected with the live story.

Key words

Psychobiographic care model – social worker – worker in social service – Home Palata – visually impaired people – dementia – soul

Obsah

ÚVOD.....	10
1 PALATA - DOMOV PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ.....	11
1.1 Historie domova	11
1.2 Současný stav	11
1.3 Legislativní ukotvení - domov pro osoby se zdravotním postižením	12
1.4 Charakteristika zařízení.....	13
1.4.1 Hodnoty při poskytování péče klientům.....	13
1.4.2 Služby a možnosti aktivizace.....	14
1.5 Cílová skupina - osoby se zrakovým postižením.....	18
1.5.1 Vysvětlení pojmu, charakteristika postižení.....	18
1.5.2 Specifika odborné práce a komunikace	20
2 VYUŽITÍ PSYCHOBIOGRAFICKÉHO MODELU PÉČE.....	22
2.1 Profesor Erwin Böhm.....	22
2.2 Historický vývoj modelu.....	22
2.3 Cíle psychobiografického modelu.....	23
2.4 Základní teoretická východiska.....	24
2.4.1 Rozdělení psychiky dle Böhma	25
2.4.2 Fáze přístupnosti starého člověka	26
2.4.3 Princip normality biografie	27
2.5 Implementace modelu do pobytového zařízení.....	28
2.6 Získávání životního příběhu.....	30
3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	31
3.1 Vymezení profese, kompetencí.....	31
3.2 Obecné dovednosti	32
3.3 Předpoklady k výkonu povolání.....	33

3.4	Charakteristika profesních a osobních hodnot sociální práce	35
3.5	Etická rovina sociální práce	36
3.6	Struktura práce SP v pobytovém zařízení	37
3.6.1	Náplň činností	37
3.6.2	Role sociálního pracovníka v poskytování péče v rámci psychobiografického přístupu v Domově Palata	38
4	PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	40
4.1	Vymezení pozice	40
4.2	Předpoklady k výkonu povolání.....	40
4.3	Struktura práce PvSS v pobytovém zařízení	41
4.3.1	Náplň činností	42
4.3.2	Role pracovníka v sociálních službách v poskytování péče v rámci psychobiografického přístupu v Domově Palata.....	43
5	PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE V DOMOVĚ PALATA - ROLE A SPOLUPRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA S PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH – ŠETŘENÍ V PRAXI	45
5.1	Cíle šetření	45
5.2	Výzkumné otázky – hlavní, dílčí, tazatelské.....	45
5.3	Typ šetření a metody tvorby dat.....	46
5.4	Metodika šetření.....	47
5.5	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	48
5.6	Etické zásady šetření	48
5.7	Limity šetření	48
6	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	50
6.1	Užívané metody a techniky psychobiografického modelu	50
6.2	Zhodnocení spolupráce mezi pracovníky.....	54
6.3	Zhodnocení přínosu psychobiografického modelu a doporučení pro praxi.....	56

7 DISKUZE	60
ZÁVĚR	65
SUMARRY	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	73
Příloha č. 1: Otázky do rozhovoru	74
Příloha č. 2: Přepis rozhovoru	75
Příloha č. 3: Biografický list.....	81

Seznam použitých zkratk

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

ČTK – Česká tisková kancelář

KP – klíčový pracovník

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

PvSS – pracovník v sociálních službách

SONS ČR – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky

SP – sociální pracovník

SSP ČR – Společnost sociálních pracovníků České republiky

ÚP ČR – Úřad práce České republiky

VCVS ČR – Vzdělávací centrum pro veřejnou správu České republiky

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

„Čas je život duše v pohybu.“

Plótinus

Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách jsou dvě odlišné, ale obě velmi důležité pozice při poskytování péče o klienty. V Domově Palata jsem absolvovala nejdříve praxi a poté i letní brigádu. V zařízení jsem pracovala tři měsíce jako pracovník v sociálních službách. V té době se již na všech úsecích pracovalo s psychobiografickým modelem péče podle profesora Böhma. Je to velmi zajímavý model, který se zabývá životním příběhem člověka a pochopení jeho lidské duše. Bylo to velmi přínosné, protože dle mého názoru by člověk, který chce dělat sociálního pracovníka, si měl vyzkoušet práci v přímé péči a brát to jako výzvu a poznání. Přineslo mi to mnoho poznatků, které budu moci využívat ve své profesi, především zakládat si na důvěryhodném vztahu s klienty a chápat je jako osobnosti, které stále mají své individuální potřeby. Do budoucna v tom vidím obrovské plus.

Na základě mých poznatků jsem si vybrala téma *Psychobiografický model péče v Domově Palata - role a spolupráce sociálního pracovníka s pracovníky v sociálních službách*, kde se stručně zabývám informacemi o Domově Palata, o využití psychobiografického modelu péče a vymezením kompetencí sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, jejich náplní činnosti, hodnotami, odbornými předpoklady. Informace bylo možné čerpat z české i zahraniční odborné literatury, ale i vyhledáváním článků v odborných časopisech, výročních zprávách Domova Palata, v metodikách a brožurách, a zároveň pozorováním ve své praxi nebo při osobních setkáních s pracovníky Domova.

Cílem mé práce bude přehledová studie o využití psychobiografického modelu v Domově Palata doplněná o vlastní empirické šetření, v němž s pomocí respondentů podrobněji popisují a zhodnocují tento model a možnosti spolupráce mezi sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách.

Cílem mé práce není reprezentativní výzkum, plánované šetření má mít popisný, ilustrativní charakter. Přesto může přinést zajímavé výsledky. Z empirického šetření se po nezbytné diskuzi pokusím na základě svých zjištění formulovat náměty či doporučení pro pracovníky Domova Palata, nad kterými se budou moci zamyslet.

1 PALATA - DOMOV PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ

Osoby nevidomé, slabozraké, někdy i hluchoslepé, popřípadě trpící duševní poruchou obývají místnosti krásné historické budovy připomínající honosný zámek. Nachází se pod strahovským stadionem v kopci rozlehlého anglického parku. Klienti, personál i přicházející cizí lidé vnímají příjemnou atmosféru vzájemného soužití. V létě venku bývá slyšet zpěv. Na terasách sedí lidé, kteří tiše debatují nebo si užívají slunečních paprsků. Prvním dojmem je klid a spokojenost. Nikdo nikam nespěchá. Obyvatelé společně sdílí radost z každého dne, protože si plně uvědomují hodnoty života, uvádí Zeman (2008). Tak by se dalo popsat prostředí Domova Palata na pražském Smíchově, kde nachází domov osoby, které nemohou v důsledku zrakového postižení fungovat ve svém přirozeném prostředí.

1.1 Historie domova

Historie Palaty je velmi pestrá, zmíním však jen krátce zásadní informace důležité pro její chod.

V listopadu 1893 byl Spořitelnou českou zřízen Ústav pro zaopatřování slepců Francisco Josephinum. Tento ústav prošel postupně několika rekonstrukcemi. Zlomovým obdobím byl rok 1989, kdy nastaly velké změny. Došlo ke zrušení centrálního systému v sociálních službách, pozměnil se název zařízení z Ústavu sociální péče pro nevidomé na nynější Domov pro zrakově postižené Palata, stal se příspěvkovou organizací a přebírá za něj odpovědnost Magistrát Hlavního města Prahy. Poté budova byla nově zrekonstruována, dostavěly se nové pavilony doplněné hlasovými výtahy a v celém objektu byl zřízen bezbariérový přístup (Zeman, 2015).

1.2 Současný stav

V lednu sdělila ČTK (2018), že Praha nyní ve stejném areálu, kde sídlí Palata, plánuje výstavbu nového komplexu budov. Mělo by zde být pobytové zařízení a bude sloužit jako poslední cesta na sklonku života pro osoby trpící středně těžkou a těžkou demencí. Proces je zatím v přípravě pozemku a kácení stromů. Palata (2018) na svých webových stránkách informovala o inovaci pavilonu s jednotkou „Oáza“, kde bude zřízena

velká místnost se sedmi lůžky s veškerým zázemím stejně jako u jednotek Unit Care. Tento pojem objasňuje Kainráthová (2015, s. 24 - 25): „*Systém unit care prostě funguje jako jedna větší domácnost s maximálním naplněním individuálních potřeb jednotlivých klientů, a to například včetně večerních koupelí. Centrem každé z nich je velký společný prostor, který sestává z kuchyňské části, jídelny a obývací části. Okolo tohoto „srdce domácnosti“ je cca 10–12 jednolůžkových pokojů s předsíňkou a vlastním sociálním zařízením. Každá domácnost má i vlastní miniprádelnu a také spíž s potravinami. Systému je přizpůsoben i denní režim domácnosti. Každá domácnost má „manažera“ a stabilní tým zaměstnanců.*“

Klienti tak budou mít možnost sledovat a zároveň být i účastníky každodenního dění, protože v místnosti zřídí také kuchyňku a obytnou část pro denní činnosti. Nový pavilon budou moci navštěvovat nejen klienti, ale také návštěvníci Domova a obyvatelé z okolí. Nabídne možnost využití různých služeb - kadeřnictví, pedikúry, praktického lékaře, místnosti pro rehabilitování a posezení v kavárně (Palata, 2018).

Momentálně je celá věc ve finančním řešení a Praha připravuje výběrové řízení mezi potenciálními zhotoviteli stavby. Do dvou let by se zařízení mělo slavnostně otevřít (ČTK, 2018).

1.3 Legislativní ukotvení - domov pro osoby se zdravotním postižením

Domov Palata je v Registru poskytovatelů sociálních služeb veden jako domov pro osoby se zdravotním postižením (MPSV, 2018). Dle §48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který je stěžejní pro danou sociální oblast, se „*v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ (Zákony pro lidi.cz, 2017). Jsou zde vymezeny i základní činnosti dle vyhlášky 505/2006 Sb.:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) sociálně terapeutické činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Služby Domova Palata se poskytují po celý rok, klade se především důraz na podporu samostatných a soběstačných úkonů, respektuje se také individualita klienta. Cílem služeb je vytvoření takového prostředí, ve kterém se budou klienti cítit spokojeně. V domově je bezbariérový přístup a prvky prostorové orientace důležité pro bezpečnost pohybu klientů (Palata, 2018).

1.4 Charakteristika zařízení

Domov Palata poskytuje komplexní sociální služby formou pobytu. Cílovou skupinou jsou osoby se zrakovým postižením, především s těžkým zrakovým postižením nebo nevidomí se sníženou soběstačností, ať už z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a nechtějí nebo nemohou zůstat ve svých domovech. Průměrný věk klientů je přibližně 84 let. Věk pro přijetí není rozhodující, ovšem musí to být alespoň dospělý člověk od 27 let a výš. Není důležité to, odkud klient pochází, musí mít pouze trvalý pobyt na území České republiky a umět česky. Není ani podmínkou mít přiznaný příspěvek na péči (Palata, 2018).

1.4.1 Hodnoty při poskytování péče klientům

Základní hodnotou při poskytování péče je maximální respekt ke klientům, sdělila Džúrová při osobním rozhovoru, když mě v roce 2015 přijímala na praxi. Hledí se na to, jaké přání člověk vyjádří, co potřebuje. Naplňování potřeb si člověk uvědomuje více v době stáří, nemoci, nebo pokud má zdravotní postižení. Nejznámější pyramidu lidských potřeb klasifikoval americký psycholog Abraham Maslow. Pichaud, Thareauová (1998) se jeho teorií zabývali detailněji. Sdělují, že potřeba je projev nějakého nedostatku a je žádoucí, aby tento nedostatek byl odstraněn. V případě dlouhodobého prožívání neuspokojení potřeb je ovlivněna psychická rovnováha člověka, uvádí Chloubová (2003). I Matoušek (2008) v Slovníku sociální práce potvrzuje, že člověk poté pociťuje psychické

strádání a deprivaci. „Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem k člověku, předmětu nebo činnosti.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36).

S individuálním přístupem se klient pak dokáže lépe adaptovat na nové prostředí a změny. Cílem je také zabezpečit důstojné zacházení, důstojné prostředí a vytváření vztahů. To se díky lidskému přístupu profesionálních sociálních a zdravotních pracovníků, ale i vedoucímu personálu, velmi daří, uvedla radostně paní Dzúrová v osobním rozhovoru.

1.4.2 Služby a možnosti aktivizace

Model poskytované služby, který je v zařízení uplatňován, je psychobiografický model péče dle Erwina Böhma. Práce s klienty v rámci zmíněného přístupu je osvědčena hlavně v Rakousku, Německu a Švýcarsku. Palata se v České republice stala vlajkovou lodí a postupně ho zavádí na všechny úseky. „Je to metoda práce založená na životním příběhu člověka se změněným způsobem chování,“ cituje Palata (2018) slova samotného Böhma. Modelu se budu věnovat podrobněji v samostatné kapitole.

Palata (2018) uvádí kapacitu 125 lůžek. Podle soběstačnosti jsou klienti přijímáni na 4 oddělení - úsek nesou názvy A, B, C a D. Zejména jim nabízí tyto služby:

- základní sociální poradenství;
- ubytování v pokojích po jednom nebo dvou lůžkách;
- stravu po celý den, kde si klienti mohou vybrat ze dvou hlavních jídel (dodržuje se dietní stravování a zásady racionální výživy);
- dle individuální potřeby každého klienta pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu;
- praní osobního prádla, drobné úpravy prádla, úklid na pokojích;
- dohled nutričního terapeuta, lékařů (praktického, ale i odborných externistů jako zubař, oftalmolog, psychiatr, ortoped, diabetolog a logoped);
- různé terapie, aktivity pro trávení volného času dle zájmu klienta (návštěva kulturních akcí, hromadné výlety apod.).

Je zde také velmi pestrá nabídka aktivizačních činností a obyvatelé se mohou sami rozhodnout, kterou chtějí navštěvovat. Někdy není nálada zúčastnit se společného dění, přesto se pracovníci snaží klienta pozitivně motivovat, aby aktivity zkusil. Je dobré dodat,

že se u toho pobaví a zažehná černé myšlenky (Zeman, 2015). Pokud se rozhodne, že opravdu nemá zájem, nikdo ho k ničemu nenutí. Aktivizace se přizpůsobuje zrakovému postižení a pracovníci absolvují speciální školení pro práci s těmito klienty. Hlavní roli při aktivitách klientů hraje tým aktivizačních pracovníků. Myslí se zároveň na klienty s kombinovaným postižením (nedoslýchaví, vozíčkáři apod.) a klienty s demencí. Každý má svého klíčového pracovníka, který hraje důležitou roli v individuálním plánování a nácviku různých úkonů. Aktivita se všem „šijou na míru“ (Palata, 2018).

Pro klienty, kteří na Palatu přicházejí ze svých domovů a nejsou zvyklí na společenské dění, se pořádá setkání adaptační skupiny. Měla jsem možnost se jednou zúčastnit. Musím podotknout, že to bylo vedeno ve velmi příjemném duchu. Díky této aktivitě se klient pomalu seznámí se životem v Domově Palata, lépe se adaptuje na nové prostředí, pozná se s ostatními obyvateli a pracovníky. Noví obyvatelé se mohou psychologovi s důvěrou svěřit s jejich problémy, otevřeně je pojmenovat a upřímně se vyprávět. V Domově najdou pochopení a podporu. Pokud mají zájem, jsou jim také zodpovězeny veškeré informace ohledně chodu Domova. Cílem je klientovi pomoci lépe zvládnout novou stresující situaci (Zeman, 2008).

Oblíbenou terapií je canisterapie. Penkowa (2015) definuje zvířecí asistovanou terapii, což se v její knize týká terapie psem. Je to cílená intervence. Speciálně vycvičený pes pozitivně působí na člověka a jeho zdraví. Pes je v doprovodu psůvoda, kterým je buď zdravotnický pracovník, nebo certifikovaný psůvod. Setkání psa s klientem trvá až 30 minut a vidí se opět až na dalším sezení. Tato terapie je vhodná u zdravotně postižených klientů. Už den před očekávanou návštěvou cvičitelů psů se všichni těší, až zase ožije prostor denní místnosti. Nemusí se obávat ani ti, kteří nemohou chodit a jsou upoutáni na lůžko. Psi navštěvují klienty i v pokoji. Pro nevidomého je pohlazení, pomazlení nebo jen dotyk srsti velmi příjemný pocit. Klienti se po psychické stránce uvolní a zrelaxují, cvičí tím i jemnou motoriku. Radost z návštěvy přetrvává do dalších dní, tak popisuje průběh canisterapie Zeman (2008).

Muzikoterapie úzce souvisí s taneční terapií. Mnoho klientů ve svém životním příběhu zmiňují, že rádi za mládí poslouchali hudbu a tancovali, proto se v rámci přístupu s ohledem k biografii klientů dbá na pravidelné pořádání hudebních akcí. Klienti je rádi navštěvují (Palata, 2018). Zeman (2008) ve své knize zmiňuje, že přímo v Domově ve Velké kultuře, to je název pro prostorné místnosti pro společné setkávání při větším počtu lidí, zde se koná každé úterní odpoledne tzv. kavárna. Je to setkání obyvatel a pracovníků

při poslechu živé či reprodukované hudby a za doprovodu tanečních kroků na parketu, kterého jsem se několikrát po dobu mé praxe mohla zúčastnit.

Někteří se terapií spojené s hudbou účastní aktivně, třeba hraním na nástroj, protože to chtějí vyzkoušet nebo se tomu dříve opravdu věnovali. Někdo si rád zazpívá či vytleskává pouze rytmus. Obě terapie mají pozitivní vliv na emoce. Díky hudbě se uvolní stres, psychické napětí a klientům se mohou vybavít vzpomínky z minulosti s hudbou spojené. Naučí se také pracovat s negativním myšlením, protože ztráta zraku je pro ně velmi obtížná situace, se kterou se snaží i přes všechny těžkosti vyrovnat (Slováčková, 2016).

Pro osoby se zrakovým postižením je velmi důležitý pohyb, aby neztratili orientaci prostorem. Klienti, kteří jsou fyzicky soběstační, každý den podle svého uvážení dochází do společenské místnosti nebo centrální jídelny. Zde snídají, obědvají a večeří. Další pohyb získávají procházkou po budově Palaty nebo v areálu parku. Klient má možnost také navštěvovat rekondiční skupinové cvičení. Lze cvičit i s postižením, protože je hodina přizpůsobena možnostem a individuálním potřebám klientů. Známé Tyršovo přísloví „*V zdravém těle zdravý duch*“ motivuje k pohybu ne jednoho klienta (Palata, 2018).

Během praxe na Palatě jsem vyzorovala, že pravidelnou součástí denního programu bývá v odpoledních hodinách čtení denního tisku, časopisů, aby klienti měli pojem o aktuálním dění. Bere se tak ohled na jejich zrakový handicap. Klienti rádi uvítají, pokud jim kdokoli individuálně čte z jejich oblíbené literatury. Tiše sedí či leží na lůžku a do mluveného slova se občas zaposlouchají natolik, že je to uspokojí ke spánku.

Důležitými terapiemi rozvíjející hmatové schopnosti, hlavně jemnou motoriku prstů, je pracovní terapie (jinak také ergoterapie) a arteterapie, uvádí Palata ve své výroční zprávě (2016). Cílem je každodenní aktivizace klientů, zvýšení sebevědomí a důležitá seberealizace. Ta je vývojově nejvyšší potřebou člověka v pyramidě potřeb od Maslowa (2014).

Arteterapií se už přes 50 let zabývá americká psychoanalytička Rubin (2001), jedna z předních představitelk tohoto oboru v zahraničí. Ve své publikaci hovoří o arteterapii jako o propojení výtvarného umění s psychoterapií. Je to kreativní a zároveň efektivní léčebný postup klinických a životních problémů.

Palata nabízí velké spektrum dobrovolných činností, na které klient může docházet do terapeutické dílny. V pracovní terapii je široká nabídka činností a každý si může vybrat

to, co ho samotného zajímá nebo co rád dříve dělal a chce si aktivitu osvěžit. Dle biografii klientů se plánují oblíbené terapie. Nejvíce se klienti zapojují do společného vaření, vyšívají, batikují a chodí do keramické dílny. Mohou si také vyrobit svíčku, plést košíky, vyrábět různé věci z papíru a látky (Palata, 2018). Ať už je to zvíře, rostlina, geometrický obrazec, barevná skvrna, postava či portrét člověka, namalované nebo ručně vyrobené, vyjadřuje to vždy citové rozpoložení klienta (Zeman, 2008).

Když jsem v zařízení pracovala, vnímala jsem, jak se tato lidská nálada nese prostorem Domova, neboť všechna díla zdobí zdi dlouhých chodeb. Pokud ale někdo chce, může si svůj výtvar vystavit u sebe v pokoji nebo pro radost někomu darovat.

Vzhledem k věku obyvatel je velmi důležitou aktivitou reminiscenční terapie. Její prvky se uplatňují téměř ve všech aktivizačních činnostech a má mnoho společného i s psychobiografickým modelem péče Erwina Böhma. Reminiscenční terapií se aktivizační pracovníci snaží vyvolat u klientů příjemné vzpomínky z minulosti, které jim pomáhají udržovat lidskou identitu. U některých lidí vede i k vyrovnání se s různými životními událostmi a slouží k budování vztahů mezi lidmi. Hlavními reminiscenčními podněty jsou tematizace a uspořádání prostoru, umění aktivního empatického naslouchání při rozhovoru a vzpomínkové podněty jako staré filmy, fotografie, dobové předměty, staré receptury, plakáty atd. (Janečková, Vacková, 2010). Nejvíce se využívá u lidí trpících demencí. Téma pro terapii se vždy vybírá předem.

Siverová s Bužgovou (2016) považují reminiscenci za podporu pozitivního hodnocení stáří. Její techniky směřují k přístupu orientaci na člověka. Zakládá se na respektu, smysluplnosti, validaci a nalézání cílů života a především podpoře lidské důstojnosti. Úspěšně využívanou metodu validace rozebírají Fertařová, Ondrlová, Majerníková a Hadašová (2017). Jedná se o změněný přístup pečujících hlavně v komunikaci, porozumění a empatii dezorientovaného stavu u lidí s demencí. Vytvořila ji americká gerontoložka a sociální pracovníce Naomi Feil. Podkladem této metody byla teorie osmi fází psychosociálního vývoje v životě člověka dle Erika Eriksona.

Pro předcházení nebo zhoršování demence probíhá třikrát v týdnu trénink paměti. Ať už luštěním křížovek, hádáním kvízu či různých zeměpisných a dějepisných údajů nebo slovním fotbalem či pamatováním si věcí, které jsou na chvíli na stole podhaleny a pak znovu přikryty dekou, si klienti zábavně cvičí svou paměť a duševní svěžest (Zeman, 2008).

V Domově Palata vládne rodinná atmosféra, kterou pocítil i Zeman (2008), proto se nezapomíná ani na pravidelná shromáždění s ředitelem, kde se blahopřeje k narozeninám, kulatým i nekulatým. Probírá se i aktuální dění na Palatě a klienti mohou například vznést své dotazy nebo připomínky do diskuze o podmínkách bydlení v Domově.

1.5 Cílová skupina - osoby se zrakovým postižením

Zrakové postižení v kterémkoliv věku mění dotyčnému vnímání života jako smysluplné a aktivní. Stává se jasnou překážkou v činnostech běžného denního života. Lidé se domnívají, že osoby se zrakovým postižením jsou zcela vyřazené ze společnosti a jsou omezené v životních možnostech (Vágnerová, 2004). Domov Palata však nabízí komplexní služby, aby člověk mohl i s tímto zdravotním postižením žít plnohodnotný život.

1.5.1 Vysvětlení pojmu, charakteristika postižení

Definici zrakového postižení nebo osoby se zrakovým postižením uvádí mnoho autorů. Například Květoňová-Švecová (2000, s. 18) vysvětluje termín zraková vada jako *„nedostatky zrakové percepce různé etiologie rozsahu. Spadají sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, stavy po úrazech, vrozené či získané anatomicko fyziologické poruchy.“* Rozlišuje také pět typů zrakových vad:

- ztráta zrakové ostrosti - těžce se rozlišují detaily, protože zřetelně nevidí;
- porucha šíře zorného pole - omezuje vidět prostor, špatně se vyhýbá předmětům kvůli výpadku zorného pole;
- okulomotorické problémy - nesprávně se koordinuje pohyb očí;
- obtíže se zpracováním zrakových podnětů - poškozené zrakové centrum v mozkové kůře, ne však sítnice a zrakový nerv, špatně se interpretuje zrakový obraz;
- poruchy barvocitu - neschopnost oka rozeznávat jednu nebo více barev.

Dle WHO (SONS ČR, 2015) se klasifikuje 5 kategorií zrakového postižení:

1. střední slabozrakost

2. silná slabozrakost

3. těžce slabý zrak

4. praktická nevidomost

5. úplná nevidomost

Domov Palata přijímá pouze osoby s těžce slabým zrakem, osoby s úplnou a praktickou nevidomostí. To znamená, že nejsou schopní zvládat výkony běžných činností (Palata, 2018).

Zrak pomáhá získat 80 - 90 % veškerých informací, tedy vnímá, rozlišuje a vytváří představu o prostředí. Díky centrálnímu vidění vnímá detaily a barvy, orientaci v prostoru zajišťuje zase vidění periferní (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kol., 2011)

Úplná nebo částečná ztráta zraku výrazně narušuje poznávací funkce, pohyb, orientaci v prostoru, komunikaci a prožívání estetických zážitků. Do této skupiny lidí se nezahrnují osoby, které nosí brýle s dioptriemi a zvládají běžné činnosti, péči o vlastní osobu apod. Pro závažnost postižení zraku slouží tzv. zraková ostrost vyjadřovaná zlomkem. Obě čísla udávají vzdálenost v metrech, ze které člověk dokáže číst. Ovšem číslo před zlomkem udává čtení u osoby se zrakovým postižením a za zlomkem u osoby bez postižení. Ke zjištění kvality zraku se využívá Snellenova tabulka s různou velikostí písmen (Francová, Novotný, Kopecká, Zimmelová, Kaplan, 2008).

Etiologie zrakového postižení rozděluje na vady získané, kde je většinou důsledek nějaké nemoci (diabetická retinopatie, záněty spojivky, glaukom - zelený zákal, katarakta - šedý zákal, věkem podmíněná makulární degenerace apod.) nebo úrazu v dospělém věku. Vrozené vady souvisí s chybným vývojem a mohou být také dědičné (Francová, Novotný, Kopecká, Zimmelová, Kaplan, 2008).

Jedinci k handicapu přistupují odlišně. Nevidomí od narození akceptují své postižení mnohem lépe, uvádí Schindlerová (2007). Píše, že dítě se od raného věku učí samostatně fungovat. Během života pak dotyčný dokáže psát a číst speciálním Braillovým písmem, postupně ovládá s pomocí kompenzačních pomůcek i sebeobslužné úkony (nákupy, hygiena, orientace v prostoru, uspořádání času apod.) Lidé, kteří získají zrakové postižení nebo úplnou nevidomost ve vyšším věku, mohou prožít psychický šok. E. K. Ross (sec. cit. In Ondrušová, 2011, s. 82-83) dlouhodobě pozorovala reakce a projevy těžce nemocných

lidi a umírajících na jejich těžkou životní situaci. Popsala jednotlivé fáze vyrovnávání se s touto situací a zobecnila je:

1. fáze: Negace, šok, popření

2. fáze: Zlost, hněv, agrese,

3. fáze: Smlouvání

4. fáze: Deprese, zármutek

5. fáze: Smíření, přijetí (akceptace) nebo rezignace.

Kübler Rossová dodává, že nikdy není daný sled jednotlivých stádií. Dle člověka mohou změnit pořadí nebo některé si dotyčný nemusí vůbec prožít a následující stádium přeskočí nebo se v nějakém zastaví. Někdo může prožít všechny posloupně. Francová, Novotný, Kopecká, Zimmelová, Kaplan (2008, s. 34) zachycují u lidí často negativní postavení uvedené slovy „*Nic nemůžu, vždyť nevidím.*“ Může trvat krátkou dobu, ale i dlouhodobě, je to individuální. Neznalost kompenzačních pomůcek a technik musí být teprve vysvětlena, aby lidé pochopili, že i tato situace má možnosti řešení a neztráceli tím smysl života. Zde přichází prostor pro působnost sociálního pracovníka a poskytnutí odborného poradenství.

1.5.2 Specifika odborné práce a komunikace

Nemožnost nebo pouze jen částečná možnost osob se zrakovým postižením využívat zrakového smyslu způsobuje určité problémy. Ovšem to neznamená, že by jedinci byli méně schopní, omezení nebo neplnohodnotní ve vztahu k osobám bez postižení. Vždy je nutné brát na vědomí fakt, že zrakové postižení dotyčné nevyklučuje ze společnosti, ba naopak jsou stále vnímány jako osoby s rovnými právy. Jednotlivé úkoly a činnosti zvládají jen s využitím jiných postupů, získávají jiné způsoby řešení situací, jsou jim k dispozici kompenzační pomůcky (Ludíková, 2007). Pracovníci by je měli podporovat a motivovat k udržení této samostatnosti a ne za ně úkony přebírat jen proto, že hůře vidí nebo jsou nevidomí.

Ludíková (2007) dodává, že je zřejmé, že nabídka služeb pro osoby zrakově postižené je poměrně širokého spektra. Je dobré se ale zamyslet nad tím, jaký mají nabízené sociální služby efekt, pokud pracovníci nejsou schopní při kontaktu s osobami se zrakovým postižením s nimi adekvátním způsobem komunikovat a jednat. Je nezbytné znát

specifika při komunikaci s jedinci, dopomoci při prostorové orientaci a zároveň si uvědomit, že nejsou neschopní.

Pokyny pro kontakt s osobou se zrakovým postižením udávají různá pravidla:

1. před každým kontaktem, slovním i fyzickým osobu oslovit, aby věděla, že se sdělení týká přímo jí, pracovník by se měl představit jménem, mluvit přímo na osobu a dávat jasně pokyny, kam má jít (vlevo, vpravo, rovně,...);

2. ukázat a popsat vždy okolí, provést po pokoji či jiném místě, popsat situaci, která se zrovna děje a nechat osobu si na důležité věci sáhnout a prohlédnout;

3. nikdy nespěchat;

4. nepřesunovat věci bez vědomí klienta, vždy sdělit;

5. ponechat věci vždy ve stejném uspořádání, klient v tom má svůj systém;

6. nemanipulovat fyzicky bez upozornění, vždy předem slovně informovat;

7. hlásit příchod a odchod během komunikace;

8. dávat zpětnou vazbu pozitivní i negativní, např. pochválit účes, zhodnotit výběr vhodného oblečení (stačí krátce – máte obráceně svetr);

9. jít vždy před klientem, ten jde zavěšený za ruku ve vodící pozici za pracovníkem (Palata, 2018).

2 VYUŽITÍ PSYCHOBIOGRAFICKÉHO MODELU PÉČE

V této kapitole popisují využití psychobiografického modelu péče. Model se detailněji orientuje na člověka a přináší úplně nový pohled do sociální péče v domovech, kde žijí senioři s poruchami kognitivních funkcí. V zaměření tohoto přístupu hraje důležitou roli otázka, jak navázat s klienty ještě o něco bližší vztah, porozumět jim a nastavit individuální péči pomocí cíleného shromažďování informací o jejich životě.

V Domově Palata je zavádění modelu aktuální téma již několik let, pracovníci usilovně tvoří biografie, aby je klienti měli ve svých složkách a personál mohl využívat informací k efektivnímu plánování individuální péče, jak říkají samotní vedoucí úseků, pomáhá to zmírnit projevy demence a uvést člověka do stabilizovaného stavu, někdy dojde i ke zlepšení.

2.1 Profesor Erwin Böhm

Profesor Erwin Böhm se narodil ve Vídni v roce 1940. Poté, co dokončil zdravotnické studium, započal pracovní kariéru jako zdravotník a věnoval se převážně oblasti psychiatrie. Doplnil si také vzdělání v oboru pedagogika ošetrovatelství a v roce 1985 vydal svou první knihu „*Ošetrovatelská péče jako most ke všednímu dni.*“ Erwin Böhm přijal za své záslužné změny ve zkvalitňování sociální péče mnoho ocenění. Za nejúspěšnější považuje čestnou cenu, kterou získal od časopisu ošetrovatelství LAZARUS v roce 2008 (Procházková, 2015).

2.2 Historický vývoj modelu

Böhm (2015) ve své knize přibližuje, jak se dostal k vytvoření svého modelu péče. Pamatuje si, že už v době dětství mu jeho otec říkával o důležitosti člověka být v životě živý, myslel tím být duševně živý. Získal díky tomu v představách úplně jiný přístup k pacientům, když vykonával zdravotnickou práci. Prožil tři etapy psychiatrické práce, kterého také hodně ovlivnily v pohledu na svět. Kolem roku 1960 měl přesně daný úkol hlídat, aby pacient v zařízení nespáchal sebevraždu, nepokusil se o útěk nebo jen nespoknul lžičku. Pak se dostala do popředí psychofarmaka. Také bylo jasné, co mají ošetrovatelé dělat. Dbalo se na spolknutí prášku pacientem a zjišťování nežádoucích

účinků a jejich hlášení lékaři. Poté přišla sociální psychiatrie a nikdo nevěděl, co je jeho náplní práce. Během těchto let se měnilo i chování pacientů. Dodnes se v ošetrovatelství diskutuje nad otázkou, co vlastně péče je?

Böhm byl vždy velmi kritický k zajištěnému systému péče „teplo-jídlo-čistota,“ vedlo to především k závislosti klientů na personálu. Opomíjela se tím jejich soběstačnost a tím pádem se stav kognitivních funkcí zhoršoval. Böhm tedy začal aplikovat nový způsob péče, který se zaměřuje na duševně-rehabilitační postoj ke klientům (Böhm, 2015).

2.3 Cíle psychobiografického modelu

Psychobiografie se zaměřuje na klienty, u nichž se rozvíjí syndrom demence. Je to chronické onemocnění mozku, které postupem času člověku ztěžuje vykonávání běžných denních aktivit jeho života. *„Demence je důsledkem závažného chorobného či jiného procesu (trauma, otrava) postihujícího mozek, zejména jeho nejzranitelnější část, mozkovou kůru. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba a druhou nejčastější příčinou jsou poruchy cévního zásobení mozku (například multiinfarktová demence),“* formulují demenci Holmerová a Mátlová (2014, s. 5) a dodávají, že *„Alzheimerova nemoc narušuje tu část mozku, která řídí myšlení, paměť a jazykové schopnosti. Nemoc začíná nenápadně a pomalu a postupně se zhoršuje. Přes značné výzkumné úsilí není dosud příčina Alzheimerovy choroby známa. Nejsou ani k dispozici léky, které by ji dokázaly vyléčit.“* Proto se Böhm ve svém modelu zabývá tím, jak lidem s touto nemocí zlepšit kvalitu života a zpomalit propady do nižších regresivních stádií. Böhm nerad užívá slovo demence, proto definoval svojí formulaci, a to osoby se změněným způsobem jednání. Do ošetrovatelství to vneslo nový, jiný „smysl“ a tím i jinou etiku (Böhm, 2015). Přístup je už několik let široce uplatňován především v Rakousku, Švýcarsku, Německu a postupně se rozšiřuje v dalších evropských zemích. V praxi je velmi úspěšný.

Cílem psychobiografického modelu je znovuprobuzení duše starého člověka pomocí re-aktivizace jeho psychiky. Sám Böhm ve své knize doslovně píše: *„Dřív než nohy je třeba znovu rozpohybovat duši!“* Nezaměřuje se na kognitivní poruchy, ale klade se důraz na pochopení emocionální stránky člověka a také pudový potenciál. Člověk musí získat motiv žít, aby měl chuť i sám o sebe pečovat. Böhm je přesvědčen, že pokud má dojít ke

zlepšení kognitivních funkcí, musí se nejprve pracovat na emocionálním stavu (Böhm, 2015, s. 22).

Chtějí-li pečující porozumět starému člověku, musí přeorientovat své myšlení a nahlížet na jeho životní historii. Poté je možné poskytnout adekvátní služby a individualizovat plán péče s respektem a úctou. Dle modelu se plán péče dělí na aktivizační, re-aktivizační a stimulační, sděluje Procházková (2010). Cílem je tedy i oživit zájem pracovníků poskytující péči, podporovat jejich identitu a spokojenost z dobře odvedené práce. Měli by sami chtít se ve svých vědomostech a schopnostech profesionálně posouvat dopředu a pravidelně se účastnit odborného vzdělávání. (Böhm, 2015).

V sociální politice a v péči o starého člověka udává model směr novým alternativním koncepcím. Díky němu se v institucích poskytují služby a péče s lidským přístupem. Fyzická rehabilitace starého člověka je důležitá, ale opomíná se na rehabilitace psychická, na tu má přece také právo. Přístup má svou etickou dimenzi a snaží se zlepšit současná kritéria poskytování péče v geriatrii a psychogeriatrici, proto si Böhm udává také za cíl modelu rozšířit vnímání společenské normality (Procházková, 2014).

2.4 Základní teoretická východiska

Tento model vychází z teorií Freuda, Junga, Frankla, Adlera, Eriksona a dalších (Procházková, 2010).

Z. Freud se vždy zaměřoval na hlubinnou psychologii, kde se zabýval duševními a tělesnými potřebami, které aktivuje instinkt. S tím spojuje Böhm potřebu libosti a nelibosti. Tu vnímá empaticky především pečující personál, aby mohl následně potřeby klientů uspokojit (Procházková, 2014).

Böhm (2015) popisuje v člověku ukryté známé rituály chování. Ty si člověk uchovává pro případ, kdy nastane hraniční nebo výjimečná situace. K těmto rituálům se začne obracet, protože je zná a dodávají mu pocit bezpečí a jistoty. Ať už člověk pláče, hledá svojí osobu, matku, domov, převléká se nebo si hraje na malé dítě, tak emoce přirozeně nabývají na síle a klient nemá žádné zábrany je projevit. Personál je samozřejmě neočekává. Objeví se poté, když začne akutně, chronicky či biograficky fungovat spouštěcí mechanismus. Jsou to E. Eriksonova vývojová stádia ale ve zpětném chodu. Böhm tento

fenomén nazývá regresí nebo destrukcí. Klient vnímá chování jako současnou pravdu a reálně do dětského věku propadá.

Dle Procházkové (2014) A. Adler svojí psychologii vedl k pocitu sounáležitosti, což je velmi důležité i ve starším věku. Böhm tedy mapuje vztah člověka k věcem, lidem, k zážitkům apod. Poznatky C. G. Junga spojuje se všemi směry zjišťování biografie (individuální, historická, regionální). V. E. Frankl hledal smysl života a ten musí najít znovu i klienti, aby sami sebe motivovali nadále žít.

Z dalších teorií, které ovlivnily vznik modelu, byla například teorie o prostředí vytvořená Comtem a Tainem. Prostředí je považováno za terapeutické médium, tvrdí Böhm (2015).

2.4.1 Rozdělení psychiky dle Böhma

Člověk se celý život pohybuje ve dvou světech, ve dvou různých rovinách. Každý bloudí ve světě citů a ve světě věcí, tvrdí Böhm (2015). Lidská duše má podle Böhma dvě oblasti, thymopsychickou a noopsychickou.

„Nálada, citlivost, afekty, motivace, psychomotorika, pudy, vegetativní nervový systém,“ to vše zahrnuje thymopsyche (Böhm, 2015, s. 57). Ta se vyvíjí v průběhu života a pravděpodobně má svůj počátek v době narození nebo dokonce i dříve. Takzvaný emoční, duševní stav se rozvíjí během života a ukládá všechny, pocity, reakce, zážitky a dojmy z nich. Veškeré chování, myslí se tím i špatné chování, je osvojováno v dětství. Vývoj thymopsyche u dítěte trvá přibližně do šestého roku věku. U dospělého člověka se ukládá vše, co zažil do věku dvacetipěti let. Uchováváme to proto, abychom měli v pozdním věku jistotu (Hilgert, Schallhorn, 2008).

Naproti tomu noopsyche je racionální částí, upřesňuje Zender (2012). Patří sem povědomí, orientace, vnímání, inteligence, paměť, přemýšlení a řeč. Lidé s demencí ztrácejí kontrolu nad noopsychickou částí a vytrácí se schopnost reakce (copingu).

V Böhmovo modelu se do popředí dostává thymopsychická stránka člověka. Ta se skládá především ze životních příběhů, forklorních situací (zvyklostí) a z výsledných copingů, tedy ze vzorců chování a ze životních strategií zvládnutí různých situací (Böhm, 2015).

2.4.2 Fáze přístupnosti starého člověka

V závislosti na stupni vývoje demence rozlišuje Böhm (2015) sedm emocionálních úrovní interakce, nazývá je interakční stupně, fáze regrese, jsou to jakési stupně přístupnosti, ve kterých se přistupuje ke klientům určitým způsobem dle vyhodnoceného regresivního stádia:

1. Resocializace - tato úroveň odpovídá dospělosti. Je možné s klientem vést normální rozhovor. Starý člověk je v této fázi kognitivně stále schopný.

2. Vrozený důvtip - kognitivní funkce starých lidí v této úrovni už je o něco snížena, stále ještě ale odpovídá dospělosti. Klienti jsou schopni komunikovat skrze rozhovory s humorným aspektem (např. pomocí přísloví, citátů).

3. Duševní a základní sociální potřeby - tato úroveň odpovídá věku mezi 12. až 16. rokem, tedy pubertou. U lidí se vyskytují behaviorální problémy a první kognitivní poruchy. Starý člověk není dostupný skrze noopsychickou oblast a začíná si základní potřeby (např. náklonnost, pozornost) vymáhat jako ve svém dětství (např. křikem nebo agresivitou). V této fázi začíná dle Böhma patologická degradace.

4. Charakter osoby, vtiskování - úroveň odpovídá věku mezi 6. až 12. rokem života. Jsou ovlivňovány naučené normy chování a rituály, které starým lidem dodávají jistotu (např. návštěva kostela v neděli).

5. Vyšší motivy - úroveň odpovídá věku mezi 3. až 6. rokem života. Jednání je ovlivněno skrze naplnění potřeb jako např. jídlo a náklonnost. Podobně jako u dítěte má povinnost ošetřovatelský personál podporovat požadavky klientů.

6. Intuice - úroveň odpovídá ranému dětství, to znamená mezi 1. až 3. rokem života člověka. Báchorky, víra a mýty hrají v této fázi velkou roli. Klient se vrací často zpět do starých dobrých časů a reaguje intuitivně, protože kognitivně už nechápe svět kolem sebe.

7. Prvotní komunikace - v poslední fázi se starý člověk podobá svým chováním kojenci. Často leží v posteli v pozici embrya a je apatický. Pocitění vlastního těla dokáže ovlivnit personál kontaktem (např. prostřednictvím bazální stimulace) a nastaví tím impulzy, na které dotyčný může reagovat (Böhm, 2015).

Důležité je těmto sedmi fázím porozumět, aby se dosáhlo psychického zlepšení, zabránilo se regresi, vhodnými postupy se nabídla podpurná péče a starost při patologické degradaci osobnosti člověka. Dle uvedených symptomů by měl být personál schopen

přiměřeně pečovat a využít re-aktivace. Re-aktivaci Böhm (2015) vysvětluje jako uvedení do aktivního stavu, tedy snaha o to, aby člověk co nejvíce činností vykonával sám.

2.4.3 Princip normality biografie

V současné péči princip normality klienta není moc uznáván. Musí se přizpůsobit normalitě instituce, která mu péči poskytuje. Klíčový pracovník vypracuje adaptační plán, aniž by bral ohledy na regresivní změny klientů, nemůže se tedy plánovat individuální péče s očekáváním zlepšení jejich duševního i fyzického stavu. Böhm tvrdí, že co je normální pro pečující a instituci, není normální pro člověka, který péči přijímá. Jeho normalita, vše co zažil a poznal za celý svůj život, je dána knihou života, která má velký vliv na princip normality (Procházková, 2014).

Při plánování péče nehraje roli okamžik, kdy třeba náhle večer člověk ztratí orientaci v čase a místě, směrodatná je dlouhodobá biografie a biografie kolektivní. Personál je donucen se zamyslet nad vzniklou situací tak, aby dokázal vyhodnotit kontinuitu života klienta s daným problémem a teprve poté hledal možná řešení (Procházková, 2014).

Pokud se klientovi přiblíží struktura institucionální péče, sníží se počet konfliktních situací a vylepší komunikace, která zapříčiňuje vznik regrese a patologické změny. Böhm (2015) píše, že se takovým situacím dá v praxi předcházet právě využitím informací z klientovy biografie. Jedině tak se vytvoří adekvátní plán péče a zajistí se identické prostředí, na jaké byl klient zvyklý u sebe doma. Být doma každému z nás dodává pocit bezpečí a jistoty, dodává Procházková (2014).

Důležitým krokem, který snižuje problémy s adaptací na nové prostředí a pocity úzkosti, je implementování časového režimu dne klienta. Zahrnuje to i vykonávání různých rituálů a zvyklostí, které jsou klientům vlastní z jejich domova. Díky tomu nevznikne pravděpodobné zatížení personálu. Neumožnění aktivit jinak vede k poruchám chování, to znamená i k náročnější ošetrovatelské péči, potvrzuje Böhm (2015). Pozorováním pocitů a zážitků klientů Böhm vytvořil pro koncipování aktivit tzv. diferenciální diagnostiku, jsou to ty fáze regrese, které popisují detailněji v předchozí kapitole 5.6. Pomocí těchto interakčních parametrů mohou pracovníci určit stádium regrese i problémové oblasti a aktivity klientů, kterým je se možno vyvarovat (Böhm, 2015).

Princip normality klienta obsahuje veškeré informace o klientovi získané pracovníky. Jejich nepostradatelné využití velmi usnadní např. orientaci klientů v prostoru pobytového

zařízení. Dle numerologického výpočtu principu normality, který znázornil Böhm, se vypočítává historie klienta, přesněji řečeno, v jaké generaci prožil nejdůležitější období života. Podle toho se mohou chodby a místnosti instituce (kuchyně, obývací pokoj, společenská místnost, ložnice) vybavit dobovým nábytkem, různými starožitnými doplňky, které budou starého člověka motivovat ke vzpomínkám na vlastní domov. Takové prostředí pak má dle Böhma (2015) terapeutický účinek. Pro práci s klientem je to velmi efektivní, vede to k stálému rozvíjení mobility, jak tělesné, tak i duševní. Klient zůstane déle soběstačný, zapojuje se aktivně do utváření svého nového prostředí a zúčastňuje se společenského života v zařízení. Je také uspokojován v potřebě sebeurčení a sebehodnoty, zachová si svoji intimitu a pocit zázemí, dodává Procházková (2014).

V praxi jsem vyzorovala, že člověk, který je umístěn do Domova Palata, si může s sebou vzít svůj oblíbený nábytek, oblíbené předměty z domova. Dle možností bývá hlavně na chodbách a v denních místnostech. Pro osoby se zrakovým postižením a demencí tento nábytek, popřípadě oblíbené věci představují záchytné body pro orientaci k pohybu po zařízení. Princip normality má obrovský a také efektivní vliv na přístup v péči a její individuální plánování. V Domově se důvěryhodněji navazují bližší vztahy mezi klienty a pracovníky, kteří musí mít pořád v povědomí skutečnost, že senioři pokračují ve svém životě, tedy v normalitě toho, jak byli zvyklí žít. Pracovníkům se může takové chování zdát patologické a zvláštní, ovšem dotyčným je to blízké a vlastní.

2.5 Implementace modelu do pobytového zařízení

Zavádění modelu lze systematicky uspořádat (Procházková, 2014). Týká se třech oblastí:

- Prostředí
- Péče
- Dokumentace

Prvním důležitým bodem pro udržení kvality života klienta v instituci je uspořádání prostoru. Prostředí, kde bude klient žít a prožívat různé zážitky běžného života, představuje nezaměnitelnou hodnotu, protože si člověk utváří i vztah k věcem, např. hrníčku, k oblečení, k zrcadlu, obrazu, k oblíbenému křeslu atd. Vnímání klienta se konfrontuje s neznámými věcmi a nastává situace, kdy je člověk dezorientovaný a nehledá se příčina

vzniku, ale rovnou se hodnotí diagnóza (např. nesoběstačnost seniora, špatná interpretace okolí). Nynější klienti nejaktivněji žili v 50. až 70. letech 20. století (podle numerologického výpočtu normality). Atmosféra tohoto období výrazně ovlivnila to, co teď vnímají za normální. Nelze to obejít a je nutné jim prostředí přizpůsobit. Prostředí musí napodobit to, jak to vypadalo u nich doma (Procházková, 2014).

V péči hraje důležitou roli již zmiňované fáze regrese a výsledné chování jedinců. Pracovníci dle svých hodnotících schopností uváží stupeň regrese. Na základě všech hodnot se určí adekvátní formu péče, Böhm (2015) ji dělí na aktivizační, re-aktivizační a stimulační péči.

Aktivizační forma péče podporuje soběstačnost klientů, udržuje schopnost sám se rozhodovat a zodpovídat za sebe. Personál zde hraje roli kontroly nad sebeúkony klientů. Člověk je maximálně integrován do péče a sebeobsluhy (Procházková, 2014).

Procházková (2014) a Böhm (2015) přibližují re-aktivizační péči jako oživení psychiky klienta, která mu dodá motivaci smysl sám o sebe pečovat. Využívá impulzů z biografie, respektive naučených zvyků a rituálů, které se využívají k re-animaci psychiky a duše starého člověka, neznamena to provedení aktivizační metody. Böhm (2015) hovoří přímo o re-motivaci, re-senzibilizaci, re-vitalizaci a re-socializaci člověka.

Systém dokumentace mohou využívat všechny druhy sociálních a zdravotnických služeb v terénu, při pobytu i ambulantně. Není problém tento dokumentační systém postupně zavést do již zaseté instituce, ba naopak to ulehčí práci a zlepší odbornou komunikaci mezi členy týmu. Důležitou částí je biografický list, který přikládám v Příloze č. 3 (Procházková, 2014, s. 119-121). Obsahuje základní témata pro zmapování životních událostí klienta. Jsou zpracována tak, aby příběh byl posloupně zapsán. Vedením dokumentace pracovníci pozorují, zapisují přesné výroky klientů, což je hlavní zdroj informací o jejich duševním stavu. Sbírá se životní příběh, biografie odpovídající na otázku, komu se vlastně péče poskytuje? Při sepisování a sběru důležitých dat do biografické knihy se úzce spolupracuje s rodinou a především se samotným klientem. Poté se pro něj nastaví péče jemu vyhovující (Procházková, 2014).

2.6 Získávání životního příběhu

Hlavním nástrojem pro získání životního příběhu klientů, je umění vést rozhovor. Každý klient je jinak přístupný, tak že se pracovníci musí naučit individuálně komunikovat. Před každým rozhovorem je důležité duševně probudit klienta k tomu, aby měl energii vyprávět a odpovídat. Pracovníci kladou spektrum otázek, kterými dostanou odpověď tak, aby pak mohli sestavit životní příběh (Böhm, 2015).

Pro tento model stanovil Böhm (2015) vhodné otázky z období od dětství až po stáří, které obsahuje biografický:

- Kdy a kde se člověk narodil?
- Kde strávil tento člověk mládí?
- Původ rodiny s velikostí, strukturou, atmosférou.
- Sourozenci a vztahy s nimi.
- Charakteristika vzdělání, povolání.
- Které zvyklosti, člověk měl.
- Jaké reakce byly v krizové situaci?
- Vliv osob na dotyčného ve strachu a radosti.
- Prostředí, ze kterého člověk přichází.
- Záliby.
- Emocionální události během života, co bylo zvláště krásné, co bylo zvláště špatné?
- Průběh manželství.
- Vlastní děti.
- Osud klienta.

Existuje mnoho témat, na které je se třeba ptát, pokud chtějí pracovníci vytvořit dobrou biografii. Není dané, že musí být odpovězeno na každou oblast, ani není limitováno přijímání informací navíc. Hlavním cílem je umět s informací dále pracovat a specificky nastavit individuální plán péče, upřesňuje Böhm (2015).

3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Pozice sociálního pracovníka není každému hned jasná. Veřejnost ho většinou vnímá z jedné strany jako běžného úředníka, z druhé strany přichází názor na obětavého a pomáhajícího člověka, který zachraňuje lidi. Jeho práce zahrnuje mnoho činností a také dovedností. Jakou roli vlastně zastává ve své odborné práci, nejčastěji v sociálních službách? Opravdu mu stačí jen touha pomáhat? Nebo musí být opravdový profesionál?

3.1 Vymezení profese, kompetencí

Profese sociálního pracovníka spadá mezi tzv. pomáhající profese. Ty jsou definovány v Psychologickém slovníku Hartla a Hartlové (2000, s. 185) jako „*veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby mohla být pomoc účinnější; patří sem lékaři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, šířeji i fyzioterapeuti, balneologičtí pracovníci apod.*“

Pozici sociálního pracovníka přímo vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách §109 takto: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“ Tento zákon upravuje podrobně také požadavky, které musí sociální pracovník splňovat, aby mohl funkci vykonávat.

Náplň práce je velmi pestrá, zároveň jsou kladeny i značné nároky. Existuje několik úrovní sociální práce. Přizpůsobuje se jim příprava vybavenosti sociálního pracovníka neustálým odborným vzděláváním a osobnostním rozvojem. V současné době se klade čím dál tím větší důraz na profesionalizaci, tvrdí Tomeš (sec. cit. In Zajacová, 2014). Dle Zajacové (2014) profesionalita obnáší být vysoce odborný a podávat maximální výkon s požadavkem kvality i efektivity. Jedinec by měl být pečlivý, plný nasazení a dostatečně komunikačně nadaný.

3.2 Obecné dovednosti

Jako sociální pracovník je nezbytné mít určité dovednosti, které charakterizuje Matoušek (2003).

Na prvním místě Matoušek (2003, s. 52) řadí „*zdatnost a inteligenci*,“ shoduje se tak i s americkými autory pojednávajících o sociální práci. Ti tvrdí, že pomoc druhým je fyzicky náročná a vysilující práce. Fyzické tělo je zdroj energie, člověk by si měl udržovat svůj fyzický stav pomocí cvičení a vhodné stravy a ke svému tělu přistupovat s respektem. Pod pojmem inteligence vykládá touhu po stálém obohacování svých znalostí, osvojování si nových teorií a praktických technik, samostatně získávat vědomosti čtením odborné literatury a pracovní výsledky sumarizovat do vlastního bádání. Předpokladem je také emoční a sociální inteligence, ty by měly být přirozenou součástí osobnosti (Matoušek, 2003). Úzce spolu souvisí, neboť na základě toho dokáže sociální pracovník přiměřeně reagovat na různé podněty vnějšího prostředí. Díky emoční inteligenci člověk rozumí sám sobě i druhým, vnitřně se motivuje a zvládá vlastní a cizí emoce. Sociální inteligence hraje podstatnou roli v řízení lidí, umění s nimi jednat a připraveně na ně reagovat, uvádí Vávrová (2012).

„*Přitažlivost*“ podle Matouška (2003, s. 52) znamená utváření sympatického dojmu na klienta nejen fyzickým vzhledem, ale i dobrou pověstí, odborností, společnými prožitky, věkem apod. Na to klient reaguje svojí náklonností.

Důležitým aspektem v sociální práci sehrává „*důvěryhodnost*.“ K té přispívá (Matoušek, 2003, s. 53):

- *diskrétnost* (nešíření informací o klientovi dalším lidem);
- *spolehlivost* (klientova důvěra sdělenému obsahu);
- *využívání moci* (klient očekává od SP, že se mu bude věnovat);
- *porozumění* (snaha o pochopení klienta při vyprávění životní situace).

„*Komunikační dovednosti*“ jsou nezbytné v každé etapě práce sociálního pracovníka (Matoušek, 2003, s. 53). To uznává i Špačková (2011) a je přesvědčená, že i člověk postrádající dovednost dorozumění se s lidmi, si může postupně vše osvojit. Vedení rozhovoru je základní nástroj sociálního pracovníka, uvádí Úlehla (2005). Pokud chce člověk působit „*sympaticky, fundovaně a spolehlivě*,“ musí neustále svojí komunikací

vědomě trénovat své techniky (Špačková, 2011, s. 16). Na základě toho a dalších předpokladů (např. fyzickou přítomností, nasloucháním, empatií, analýzou klientových prožitků) se navazuje mezi pracovníkem a klientem důvěryhodný vztah, vytvoří se tedy vhodný prostor pro vzájemné dorozumění se „*Pracovník se projevuje prostřednictvím toho, co říká a co dělá. Dobrý pracovník je v souladu s tím, co říká, i s tím, jak se projevuje neverbálně, aniž by o tom musel příliš přemýšlet,*“ hodnotí Matoušek (2003, s. 53).

Od sociálních pracovníků se dle VCVS (sec. cit. In Zajacová, 2014) očekává:

- samostatnost, ale i umění spolupráce v týmu,
- dobrá organizační schopnost,
- umění pracovat koncepčně, metodologicky,
- být stále flexibilní a mít kreativní myšlení,
- umět nahlížet na každou řešenou situaci individuálně, bez rutiny, předsudků a stereotypů,
- schopnost rozhodnout se v nejisté situaci a vznikajících tzv. morálních dilematech,
- umět své rozhodnutí unést, obhájit,
- vždy být k dispozici,
- zvládání řešení více agend najednou, umět se rychle přeorientovat,
- zájem o práci s lidmi, motivace, zodpovědnost a pracovitost,
- zralost osobnosti, duševní zdraví, pokora, trpělivost,...

3.3 Předpoklady k výkonu povolání

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách § 110, odstavec (1) udává několik předpokladů nezbytných k výkonu povolání (Zakonyprolidi.cz, 2018):

1. *plná svéprávnost,*
2. *bezúhonnost,*
3. *zdravotní způsobilost*

4. odborná způsobilost podle tohoto zákona.

Odbornou způsobilostí se rozumí potřeba mít zákonem dané vzdělání. To se získá úspěšným absolvováním vyšší odborné školy nebo vysokoškolským vzděláním (bakalářské, magisterské, doktorské). Vzdělávací programy musí být akreditované zvláštním právním předpisem a obory jsou zaměřené na „sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, sociální politiku, právo, sociální patologii.“ (Zakonyprolidi.cz, 2018).

Povinností zaměstnavatele je dle zákona č. 108/2006 Sb., zákona o sociálních službách umožnit sociálnímu pracovníkovi absolvování dalšího vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin během odpracovaného kalendářního roku, protože se stále mění požadavky a on se musí přizpůsobovat (Zakonyprolidi.cz, 2018). Může si ho doplnit např. účastí na konferencích, absolvováním kurzu s akreditovaným programem, odbornou stáží a dalšími možnostmi, které zákon uvádí. Tím si i své znalosti „obnovuje, upevňuje a doplňuje si kvalifikaci.“ Navrátil (2001) zdůrazňuje, že v tomto oboru je důležité být znalostně a teoreticky vybaven.

Z absolvování mého studia sociální práce na teologické fakultě mohu potvrdit, že člověk se musí naučit zároveň poznatkům z více oborů např. z psychologie, sociologie, sociální práce, sociální politiky, ekonomie, filozofie, etiky, práva, zdravotní a také ze spirituální oblasti.

O důležitosti spirituality v sociální práci hovoří Cimrmanová (2017) a dodává, že práce s touto dimenzí klienta patří mezi další náročné kompetence sociálního pracovníka. Zdůrazňuje, že se o práci se spirituálními potřebami nemůže pokoušet každý, protože by to mohlo vést v neprospěch klienta, ale pouze takový sociální pracovník, který má motivaci a zvláštní dar se spirituálními tématy zabývat. Pokud je to neodkladná situace, musí se sám pracovník náležitě orientovat a v případě nutnosti přesně vědět, na jakého příslušného odborníka klienta odkázat (Cimrmanová, 2017).

Aby byl sociální pracovník profesionální, vedle odbornosti by měl ovládat vzájemné propojování teorie, praxe a systému hodnot. Tyto tři oblasti využívá k postupu zmapování individuálních potřeb konkrétního člověka, navrhne mu adekvátní řešení a s cílem změny na něm pracuje (Matoušek, 2001).

Problémovou oblastí odborné způsobilosti je stále otevřená možnost v absolvování několika oborů, např. práva, sociální pedagogiky, speciální pedagogiky, sociální patologie, kde absolvent nemá šanci získat potřebné znalosti z oboru sociální práce. Domnívám se, že řešením by možná mohlo být prosazení tzv. profesního zákona, zákona o sociálních pracovnících. Socialnirevue.cz (2015) informuje, že by měl vymezit nejen přesně dané kvalifikační požadavky, ale také vyjasnit trvale nevyřešené otázky týkající se neustálé záměny sociálního pracovníka za pracovníka v sociálních službách, stanoví se výkon sociální práce na úrovni celého státu a obcí. Cílem je výrazně ochránit klienty před neprofesionálním poskytováním péče sociálním pracovníkem.

3.4 Charakteristika profesních a osobních hodnot sociální práce

Podstatnou roli mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem je utváření lidského vztahu. Jedná se o lidi v nouzi, v závislém postavení, hledající porozumění, spoluúčast a pocit přijetí. Klient potřebuje věřit sociálnímu pracovníkovi, potřebuje cítit zájem z jeho strany, vědět, že mu není na obtíž a neodsuzuje ho, proto „*hlavním nástrojem v těchto profesích je osobnost pracovníka,*“ shledává Kopřiva (2000, s. 14) a dodává, že ten, kdo exceluje svou odbornou stránkou, ale postrádá osobnostní angažovanost, nemůže navázat upřímný osobní vztah s klientem. Důsledkem je neefektivní a neúčinné působení v sociální práci. Sociální pracovník (dále jen SP) by měl mít komplexní osobnostní výbavu a v povědomí určité hodnoty.

Elichová ve své knize (2017, s. 40-45) sestavila výčet profesních hodnot, které jsou již shodné s různými odborníky v sociální práci a profesními společnostmi:

1. *Hodnota lidství (důstojnosti)*
2. *Hodnota úcty*
3. *Hodnota svobody*
4. *Hodnota sociální spravedlnosti*
5. *Hodnota komplexnosti*
6. *Hodnota profesionality*

Jednání sociálního pracovníka s klientem nejvíce však ovlivňují osobní hodnoty. Empatie, odbornost, důvěryhodnost, vstřícnost, tolerantnost, otevřenost, čestnost,

altruismus, láska, dobro, opravdovost. Skrze tyto hodnoty nahlíží SP na člověka, volí různé pracovní postupy a strategie, a dokáže si zhodnotit, zda byla práce úspěšná či nikoli, shrnuje Elichová (2017) a je přesvědčená, že osobnostní rysy by měl mít každý, kdo se chce této profesi věnovat.

3.5 Etická rovina sociální práce

Profese sociálního pracovníka má svůj etický a hodnotový rozsah. Pro výkon sociální práce byl vytvořen Etický kodex sociálních pracovníků, protože je nutné nepochybně dodržovat určitá pravidla. Znalost a výkon sociální práce dle tohoto kodexu je součástí profesionality sociálního pracovníka. SSP ČR v Etickém kodexu uvádí formulaci základního principu v přístupu ke klientovi (sec. cit. In Baráková, Kaczor, Elichová, 2016, s. 126): „*Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.*“ Lidskou důstojnost by měl v opačném případě ctít i klient vůči pomáhajícímu.

Loajalita sociálního pracovníka se celkem často střetává se zájmy a dochází ke komplikacím. Obor sociální práce se musí zabývat etikou a sociální pracovníci jsou povinni se jí řídit kvůli několika důvodům. Každodenně se řeší etické dilema pomáhat x kontrolovat (Elichová, 2017, Navrátil, 2001). Dalším důvodem je vznik konfliktů mezi ochranou zájmů klienta na jedné straně, na druhé straně společnost požaduje efektivitu a užitečnost sociální práce, zároveň ale při poskytování pomoci má k dispozici pouze omezené zdroje, upřesňuje informace Elichová (2017).

Zásadní otázkou ohledně etiky je řešení etických dilemat. Banks (sec. cit. In Elichová, 2017, s. 59) uvádí, že „*etika má dodat sociálnímu pracovníkovi odvahu, aby dokázal redukovat pocity viny a strachu, když má učinit eticky složité rozhodnutí.*“ Odpovědí na otázku je schopnost nahlížet na situaci z více úhlů pohledu, protože tím se rozšiřují možnosti a následně nalezení správného a dobrého východiska. Při rozhodování se v úvahu berou i specifické hodnoty profesní i osobní popsané v podkapitole 3.4.

3.6 Struktura práce SP v pobytovém zařízení

V pobytovém zařízení Domova Palata je SP součástí multidisciplinárního týmu, sehrává důležitou roli v provázení klientů, kontaktu s rodinou, s celým týmem v průběhu pobytu klienta v domově a jeho práce je založená na principech psychobiografického modelu péče dle Böhma.

3.6.1 Náplň činností

Obsah sociální práce se nějakými činnostmi liší podle typu pobytového zařízení. Základní úkony však zůstávají stejné. Domov Palata stanovil specifický rozsah činností přímo pro své zařízení. Během mé praxe v zařízení mi sociální pracovník ochotně poskytl bližší informace a shrnutí jeho práce. Svoji náplň práce krátce sumarizuje jako zabezpečování materiálních prostředků, komunikace s klientem a rodinou, je důležitým aktérem v rozhodování o příjmu nového klienta. Po detailnějším rozhovoru jsem zjistila, že plní zejména tyto funkce:

- vyřizování veškeré agendy kolem, která se týká příjmu a propouštění, případě dalších změn při pohybu klienta;
- podílí se dle potřeb a přání klientů na vyřizování některých soukromých záležitostí (např. podání žádostí o sociální dávky – příspěvek na péči, příspěvek na kompenzační pomůcku, příspěvek na mobilitu, ZTP průkaz atd.);
- spolupracuje s různými institucemi v rámci řešení potřeb klientů (např. ČSSZ, ÚP ČR, pojišťovny, operátoři mobilních sítí atd.);
- zprostředkovává klientům různá školení a kurzy (např. s ohledem na zrakové postižení);
- vede a zajišťuje zpracovávání pořadníku žadatelů do Domova Palata;
- provádí sociální šetření nových uchazečů o přijetí do Domova Palata, účastní se návštěvní činnosti, úzce spolupracuje se zdravotnickým úsekem, podává návrhy na přijetí nových klientů;
- spolupracuje s celým multidisciplinárním týmem dle potřeb;
- komunikuje s klienty, individuálně i kolektivně, napomáhá zrakově postiženým překonávat krizi, především v adaptační době po jejich přijetí do Domova;

- snaží se vhodnou formou sblížovat klienty navzájem a o normalizaci jejich společenských vztahů, napomáhá a motivuje klienty, aby získali ke své současné situaci i k perspektivám budoucího života pokud možno maximálně reálný postoj;
- podporuje udržování dobrých styků klienta s rodinou, popřípadě provádí návrhy řešení v nefungujících rodinných vztazích;
- podílí se na organizaci schůzek klientů s vedením Palaty, aktivně se účastní kulturních a společenských akcí, které Domov Palata pořádá;
- vykonává další práce a činnosti, které mu nadřízený nařídí, musí to být však v souladu s druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě.

Sociální pracovník dodal, že součástí práce je i edukace.

3.6.2 Role sociálního pracovníka v poskytování péče v rámci psychobiografického přístupu v Domově Palata

Při řešení příjmu nového klienta jsem měla v rámci odborné praxe možnost se některých setkání sociálního pracovníka zúčastnit, popřípadě na vše potřebné se ho doptat. Zde krátce představuji, jakou funkci má a kdy se poprvé sociální pracovník setkává s psychobiografickým modelem péče.

V průběhu jednání o příjmu nového klienta probíhá prvokontakt SP, to znamená, že se jako první dostává do kontaktu s příchozím klientem. Sociální pracovník ho společně s vedoucí zdravotního úseku navštěvují v jeho přirozeném sociálním prostředí nebo ve zdravotnickém zařízení či LDN. Provádí zde tzv. sociální šetření prostřednictvím rozhovoru. Mapují jeho životní situaci (zdravotní stav, užívání léků, současná léčba, zvládání základních potřeb v péči o vlastní osobu, zájmy klienta). Dalšími tématy jsou očekávání od zařízení, co plánuje do budoucna, jaké má cíle, na co se těší nebo zda existuje něco, z čeho má naopak obavy. Informuje se také o celém postupu a podmínkách přijetí.

SP jako první zde začíná pracovat s psychobiografickým modelem péče. Potencionálnímu klientovi vysvětluje, co je biografie, jak se s ní v Domově Palata pracuje, proč se využívá. Popisuje vzhled prostředí, se kterým se v psychobiografii pracuje a nabídku aktivit. SP s sebou přináší dotazník, který je podmínkou budoucího nástupu do

zařízení. Dotazník obsahuje otázky, které mapují základní údaje o klientovo životě. Získané informace ze sociálního šetření jsou přiřazeny do složky žadatele. Před komisí, kterou tvoří právě SP, vedoucí zdravotního úseku a manažerka kvality se schválně přijetí nebo se žádost zamítne. Vyrozumění dotyčnému nebo jeho rodině předává SP telefonicky.

V případě přijetí, se člověka zařadí do pořadníku nebo podle kapacity se rovnou přijme k pobytu. Dalším krokem je tedy návštěva klienta nebo rodiny přímo v zařízení Palaty, kde SP s nimi projde celý areál a prostory, ukáže jim i pokoj, který bude obývat. Informuje o vybavení pokoje, na kterém se dá domluvit. Člověk si s sebou může přinést oblíbené předměty nebo dokonce i nějaký drobný nábytek. Pokud je klient spokojený, může být přijat. Nastává fáze podepsání smlouvy o poskytování pobytových služeb, při které je sociální pracovník hlavním aktérem. Zodpovídá všechny dotazy a vysvětluje údaje ve smlouvě. Zde je přítomný i vedoucí úseku, na který bude klient přijat. Ten má již informace od sociálního pracovníka připravené.

Matoušek (2005) však hovoří o tom, že po ubytování klienta práce sociálního pracovníka stále nekončí. Je to úkol pro celý tým. Nastává adaptační proces a plánování individuálního plánu péče. Sociální pracovník koordinuje celý proces a vybírá vhodného klíčového pracovníka, kterého klientovi představí, protože to bude nejbližší osoba. Bude se na ní moci obrátit, důvěřovat jí. Pracovník v sociálních službách bude s daným klientem tvořit biografický příběh a následně individuální plán péče. Sociální pracovník navštěvuje klienta už jen dle potřeby. Všechny povinnosti za něj přebírá pracovník v sociálních službách jako klíčový pracovník.

Takto probíhá u sociálního pracovníka první kontakt s psychobiografickým modelem péče. Následně všechny informace předává vybranému klíčovému pracovníkovi na pozici pracovníka v sociálních službách a s ním řeší po celou dobu pobytu klienta veškeré důležité věci.

4 PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Pracovník v sociálních službách je pečující osoba, která poskytuje obtížné a namáhavé komplexní obslužnou péči o fyzicky a psychicky postižené klienty.

4.1 Vymezení pozice

Pracovník v sociálních službách (dále jen PvSS) se řadí mezi pomáhající profese. Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách uvádí výčet činností v §116, které může PvSS provádět (Zakonyprolidi.cz, 2018):

- *přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb;*
- *základní výchovnou nepedagogickou činnost;*
- *pečovatelskou činnost v domácnosti osoby;*
- *pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

V Domově Palata jsou poskytovány pobytové služby a pracovník v sociálních službách zde vykonává roli pečovatele, tedy přímou obslužnou péči. Malíková (2011) sděluje, že tato práce spočívá v nepřetržitém poskytování sociální služby dle potřeb klientů. Pracovníci jsou nápomocní při zvládnutí běžných denních úkonů a následně pozorují efekt, projevy a reakce jedinců. Činnosti se realizují s vysoce individualizovaným přístupem a intencí je aktivní kooperace klienta.

4.2 Předpoklady k výkonu povolání

PvSS k výkonu povolání nepotřebuje absolvovat vyšší odborné ani vysokoškolské studium jako sociální pracovník. Podmínkou je však podle zákona o sociálních službách (Zakonyprolidi.cz, 2018) stejně jako u SP:

1. *plná svéprávnost,*
2. *bezúhonnost,*
3. *zdravotní způsobilost*
4. *odborná způsobilost.*

Odbornou způsobilost vymezuje zákon tak, že člověk musí mít minimálně základní vzdělání a k tomu úspěšně absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz v rozsahu minimálně 150 hodin. Kurz má dvě části, obecnou a zvláštní. V obecné části se probírá problematika standardů kvality sociálních služeb, komunikační dovednosti, psychologické minimum, zdravotní věda, etika, sociálně právní minimum, využití metod sociální práce a další oblasti. Zvláštní část je zaměřená spíše na praktičtější oblasti jako na odbornou praxi, krizovou intervenci, techniky pro aktivizaci, vzdělávání a výchovu, prevence týrání a zneužívání osob, péče o nemocné, zdravotně postižené a další uvedené ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Zakonyprolidi.cz, 2018). Existuje i výjimka v zákoně, kdy se kurz absolvovat nemusí. Člověk, který má vystudovaný obor zakončený maturitním vysvědčením s daným zaměřením uvedeným ve vyhlášce, kurz není potřebný, přesto si ho člověk může kdykoli dobrovolně doplnit.

I pracovníkovi v sociálních službách má povinnost zaměstnavatel umožnit další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za jeden kalendářní rok (Zakonyprolidi.cz, 2018).

PvSS nemusí perfektně umět poznatky z více oborů, jako je to u sociálního pracovníka. Obě pozice se svou působností na poli sociální práce velmi liší. Pracovník v sociálních službách by měl mít základní přehled, aby se dokázal orientovat a v případě potřeby se obrátil na vhodného odborníka.

4.3 Struktura práce PvSS v pobytové zařízení

PvSS pracuje v Domově Palata především v přímé péči a svými úkony zajišťuje základní potřeby klientů, kteří jsou nesoběstační. Spolupracuje s vedoucí úseku, řeší s ní vše důležité, také spolupracuje se sociálním pracovníkem jako klíčový pracovník jednotlivých klientů, vzájemně si předávají informace. Ve své každodenní práci s klienty v Domově Palata aplikuje prvky psychobiografického modelu péče.

4.3.1 Náplň činností

Aktivním přístupem k jednotlivým klientům vykonává veškeré činnosti v oblasti sociální a asistenční péče, to znamená všechny úkony sociální péče. Vykonává zejména činnosti podle zákona o sociálních službách, činnosti přímé obslužné péče (Zakonyprolidi.cz, 2018).

Jako PvSS jsem měla možnost provádět úkony přímé péče a zjistila jsem, že pracovník vykonává zejména tyto činnosti:

- pomáhá při komplexní hygienické péči, v případech nesoběstačnosti provádí osobní hygienu klientů, dbá o jejich vzhled a čistotu;
- samostatně provádí zejména základní péči o nehty, vlasy, vousy;
- pomáhá klientům při používání WC;
- pomáhá při oblékání a svlékání, při vstávání, uléhání, změnách poloh a přesunech na lůžko nebo vozík;
- provádí výměnu ložního a osobního prádla, ručí za správnost manipulace s čistým a použitým prádlem, zajišťuje přepravu prádla do prádelny, v případě potřeby zajišťuje předpírku prádla;
- vykonává všechny úkony spojené s výdejem a podáváním stravy včetně doprovodů, úpravu a přípravu jídla ke konzumaci, dbá na estetickou a hygienickou manipulaci se stravou, asistuje a pomáhá zejména ležícím klientům při podávání jídla a tekutin;
- pomáhá při prostorové orientaci a podporuje nebo pomáhá klientům v samostatném pohybu ve vnitřním a vnějším prostředí;
- usiluje vhodnou formou o sbližování klientů navzájem, o normalizaci jejich společenských vztahů, podporuje dobré styky klientů s rodinnými příslušníky a navrhuje řešení tam, kde tyto kontakty nefungují;
- asistuje při doprovodech klientů k odborným lékařským vyšetřením v Domově Palata i mimo něj, při doprovodech na rehabilitaci, fyzioterapii, nebo pokud klient chce využít služeb kadeřnictví, pedikúry;

- doprovází klienty na vycházkách, výletech a ostatních společenských, kulturních a sportovních akcích;
- pomáhá a zajišťuje nákupy klientům v objektu Domova Palata;
- provádí práce spojené s přijetím, propuštěním, přemístěním klienta včetně soupisu pozůstalosti v případě úmrtí;
- úzce spolupracuje se zdravotnickými zaměstnanci, ostatními pracovníky v sociálních službách při nepedagogické činnosti a dalšími odbornými zaměstnanci;
- dbá o klidné psychosociální zázemí klienta, při své činnosti provádí edukační činnost;
- dále vykonává vše, co je mu nařízeno nadřízeným, ale pouze v souladu s druhem práce, který má sjednaný v pracovní smlouvě.

4.3.2 Role pracovníka v sociálních službách v poskytování péče v rámci psychobiografického přístupu v Domově Palata

Jelikož mám zkušenost z Domova Palaty jako PvSS, popíši práci s psychobiografickým modelem i z pohledu této pozice. PvSS sehrává důležitou roli jako klíčový pracovník klientů, proto velmi záleží na tom, jak umí s modelem každodenně pracovat a následně nastavit dle potřeb individuální plán péče.

Jak jsem již přiblížila informace o příjmu nového klienta a práci s psychobiografií z pohledu sociálního pracovníka v podkapitole 3.5.1, navazuji na fázi, kdy se klient dostává ke kontaktu s PvSS, protože je mu předáván do péče. PvSS ho vlastně provází při adaptaci na nové prostředí, postupně zjišťuje o klientovi v rámci psychobiografie důležité informace, hlouběji ho poznává a „šije mu na míru“ individuální plán péče. Podstatné v této etapě je budování vzájemného vztahu, založený na důvěře a respektu.

Práce v rámci psychobiografického modelu u PvSS začíná hned při prvním jednání, popovídání. Při sblížování se pracovník klientovi představuje, nastaví si společně oslovování, navzájem si začnou otevírat své světy. Klient už má svojí složku, ve které jsou záznamy od SP a vedoucího úseku. S těmito dokumenty může PvSS manipulovat, čerpat z nich dostupné informace a hlavně je rozšiřovat o další získané. Především se plní časová osa, která obsahuje plnění péče a tvorbu životního příběhu. Na té se podílí celý tým PvSS

na daném úseku, kteří zmiňují jakékoli zachycené informace. Ty se musí zapisovat, protože nikdo nikdy neví, jak v budoucnosti budou podstatné. Klíčový pracovník je se svým klientem v kontaktu nejvíce a zodpovídá za zaznamenávání všech sdělení. Pomocí biografického listu zmiňuje v konverzaci daná témata, s klientem je probírají detailněji, než při prvotní schůzce s SP. Pracovník musí aktivně naslouchat, dobře komunikovat, různě se doptávat, aby získal maximum zodpovězeného. Kniha se životním příběhem by se měla uceleně sestavit do třech měsíců od nástupu do zařízení, ale není to vždy tak, u někoho to trvá i delší dobu. Neopomíjí se kontakt s rodinou, která velmi přispívá zmínkami o životě jejich člena rodiny.

Biografie se po uplynutí uvedené doby prezentuje celému multidisciplinárnímu týmu, společně diskutují a pracovníkovi se dostává zpětné vazby. Poté vznikne přesný individuální plán poskytování péče. V péči mohou nastat problémové situace, pro které právě slouží komplex informací v biografické knize. Vždy se hledá příčina vzniku (např. změny chování). Bóhm tvrdí (2015), že odpověď vždy nalezneme v životním příběhu.

5 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE V DOMOVĚ PALATA - ROLE A SPOLUPRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA S PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH – ŠETŘENÍ V PRAXI

Šetření, které provedu v Domově Palata mezi pracovníky v sociálních službách a sociálními pracovníky, je zaměřeno především na aplikování přístupu péče psychobiografického modelu, spolupráci mezi těmito pracovníky a jejich vnímání tohoto modelu.

5.1 Cíle šetření

Hlavním cílem empirické části práce je zmapovat a vymezit, jakou roli sehrávají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách při práci s psychobiografickým modelem péče, zda spolu vzájemně v této oblasti spolupracují a jak tento model vnímají.

5.2 Výzkumné otázky – hlavní, dílčí, tazatelské

Transformační tabulka

Hlavní výzkumná otázka	
Jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách Domova Palata pracují a vzájemně spolupracují v rámci psychobiografického modelu péče a jak tento model vnímají?	
Dílčí výzkumné otázky	Tazatelské otázky
DVO 1 Jakým způsobem je model péče aplikován?	TO1 Jak byste představil/a psychobiogr. model péče v Domově Palata člověku, který se s tímto modelem nesetkal? TO2 V jaké fázi začínáte pracovat s tímto modelem při příjmu nového klienta? TO3 Jak probíhá u klientů Vaše práce s tímto modelem? Co je jejím obsahem? TO4 Jak využíváte prostředí při poskytování péče dle psychobiografie? Co dále využíváte?

	<p>TO5 Existují aktivity, které Vám pomáhají při zjišťování informací, udržení klienta v dobrém psychickém stavu? Pokud ano, jaké?</p>
<p>DVO2 Jak probíhá spolupráce pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka v aplikování přístupu dle Böhma?</p>	<p>TO6 Jakým způsobem spolupracujete se SP/PvSS? TO7 Jak je pro Vás spolupráce přínosná/nepřínosná? TO8 Doporučil/a byste konkrétně nějaké změny ve spolupráci? Pokud ano, jaké?</p>
<p>DVO3 Jak vnímáte psychobiografický přístup v poskytované péči?</p>	<p>TO9 Vnímáte nějaké problémy ze strany klientů při sestavování životního příběhu nebo při aplikaci psychobiografického přístupu v péči?? Proč ne/ano? TO10 Jaké změny chování pozorujete u klientů při využití Böhmovo modelu a před ním? TO11 Jaký zastáváte názor na péči podle psychobiografického modelu a jak sami se při práci cítíte? TO12 Setkáváte se při zavádění modelu s problémy, které byste rád/a změnil/a? Konkrétně uveďte, co by se dalo v této oblasti vylepšit? TO13 Co hodnotíte v přístupu psychobiograf. modelu jako největší přínos? TO14 Napadá Vás nějaké doporučení popřípadě rada spojená s psychobiografickým modelem, kterou byste chtěl/a předat kolegům? Konkrétně uveďte.</p>

5.3 Typ šetření a metody tvorby dat

Pro šetření mé diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Tuto metodu výzkumu Švaříček a Šedřová (2007, s. 17) vymezuje jako: „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníky výzkumu.*“ Reichel (2009, s. 50) dodává: „*Jedinečnost kvalitativních přístupů není pouze v tom, že nepracují s měřitelnými charakteristikami. Pokoušejí se určitý fenomén (prvek, aspekt, proces, apod.) nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz v co možná nejkomplexnější podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty apod.*“

K získání dat bude použita metoda dotazování a jako technika sběru dat jsem zvolila rozhovor (Hendl, 2005), který měl semistrukturovaný charakter a bude proveden se šesti osobami. Mezi nimi bude jeden muž.

„Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných otevřených otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. Strukturovaným rozhovorem s otevřenými otázkami se redukuje pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně lišit.“ (Hendl, 2005, s. 173). Jelikož mám respondenty v pozici pracovníků sociálních služeb a sociálních pracovníků, bylo nutné si jednu otázku připravit z pohledu obou pozic a to TO6 Jakým způsobem spolupracujete se SP/PvSS? Jinak každý rozhovor obsahuje stejně znějící otázky.

Kvalitativní výzkumná metoda má výhodu zohlednitelnosti individuálních specifik respondentů, zachycení atmosféry místa provedení šetření a tazatel může hlouběji proniknout do postojů a motivů dotazovaných doplňujícími otázkami. Přináší ovšem s sebou i určitá úskalí, např. časovou náročnost, riziko ovlivnitelnosti výsledku šetření výzkumníkem dle svých osobních preferencí. Obtížnou generalizaci výsledků na celou populaci přináší získávání informací od relativně malého počtu zkoumaných jedinců, proto závěr vztahuji pouze ke zkoumanému vzorku. Díky tomu je zde ale prostor pro vyjádření názoru, který není ničím omezen, ba naopak je možné říci a dodat cokoli, co dotazované k otázce napadne. Souvisí s tím i potřeba vytěžit z respondentů co nejkompaktnější informace.

Mezi další metody zjišťování informací se zahrnuje analýza různých dokumentů (články v odborných časopisech, metodiky, brožury,...), důležitá je analýza odborné české i zahraniční literatury. Stěžejní je však pozorování a roztřídění poznatků z vlastní praxe v Domově Palata.

5.4 Metodika šetření

Před začátkem šetření jsem díky pozorování na vlastní praxi provedla v prostředí zařízení zmapování situace, abych věděla, na jakou oblast se v šetření mám zaměřit, jak formulovat otázky.

Rozhovor s respondenty bude trvat přibližně šedesát minut a proběhne přímo v organizaci Domov Palata. Uskuteční se v březnu 2018. Pro získání konkrétních

respondentů a domluvení času rozhovorů jsem kontaktovala prostřednictvím telefonu manažerku kvality tohoto zařízení.

5.5 Charakteristika zkoumaného vzorku

Jako zkoumaný vzorek jsem oslovila sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří pracují s Böhmovým modelem v Domově Palata. Kritériem výběru pracovníků PvSS byla podmínka absolvování povinného vzdělávání v oblasti psychobiografické péče paní PhDr. Evou Procházkovou, Ph.D. Sociální pracovníci jsou pouze dva, zde jsem provedla totální výběr.

5.6 Etické zásady šetření

Při šetření dbám na dodržování základních obecných etických zásad a zajištění ochrany práv dotazovaných respondentů a ochrany anonymity. S těmito zásadami jsem seznámila všechny účastníky šetření prostřednictvím ústního informovaného souhlasu. Také jsem s nimi konzultovala nahrávání rozhovorů diktafonem. Respondentům jsem stručně vysvětlila obsah a cíle své diplomové práce. Dále jsem se všemi jednala s respektem a úctou. Všechny jsem ujistila, že kdykoli můžou rozhovor ukončit nebo nemusejí odpovídat na otázky, které by se jim zdály příliš osobní nebo nějakým způsobem nepříjemné. Rozhovory jsou k dispozici v písemné formě a na vyžádání mohu dotyčnému jeho rozhovor emailově zaslat.

Za problém považuji oblast anonymity šetření. Například respondenti, kteří vykonávají činnost sociálních pracovníků v Domově Palata, jsou pouze dva. Není tak možné skrýt jejich identitu. Problém nespatřuji u pracovníků v sociálních službách, u kterých provedu rozhovor pouze s vybranými. Nicméně na začátku rozhovoru se sociálními pracovníky jsem na tyto skutečnosti zvlášť upozornila.

5.7 Limity šetření

Při provedení šetření nastala jistá omezení, kterým jsem se nevyhnula. Pro domluvení termínu provedení šetření jsem se spojila s manažerkou kvality a bylo nutné se

přizpůsobit dle jejího volného času, domluva tím byla ztížená, ale dohodly jsme se společně tak, aby to vyhovovalo mně i zařízení. Při návštěvě zařízení mě přivítala a společně jsme pročetly seznam tazatelských otázek, aby věděla, jakým směrem rozhovory povedu. Se vším souhlasila a představila mě na úsecích již před mojí návštěvou, tak že respondenti byli informováni. Rozhovory nebylo jednoduché realizovat kvůli plynulému provozu. Jako techniku sběru dat jsem chtěla využít diskuzi, ovšem na jednom úseku se slavily stoleté narozeniny jednoho klienta a nebylo možné vzít pracovníky společně naráz. Proto jsem provedla rozhovory s pracovníky samostatně. Manažerka kvality při rozhovorech nebyla přítomná. Nehrozilo tedy zkreslování informací z důvodů vedoucí osoby. Rozhovory se odehrály v kanceláři sociálních pracovníků, v denní místnosti na jednom z úseků a na chodbě, protože kvůli nečekané události oslavy narozenin nebyla jiná možnost. Kanceláře a denní místnost byly velmi příjemné a byl tu dostatek klidu na to aktivně vést dialog. Problém nastal při rozhovorech na chodbě, kde bylo rušno a nebylo zde úplně možné se na rozhovor soustředit. Bylo to jisté omezení, které respondenta mohlo ovlivnit v reakcích na otázky.

6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

6.1 Užívané metody a techniky psychobiografického modelu

Na první DVO (aplikace modelu) jsou zaměřené otázky TO1-TO5:

TO1 Jak byste představil/a psychobiogr. model péče v Domově Palata člověku, který se s tímto modelem nesetkal?

Představení psychobiografického modelu člověku, který o něm nemá téměř žádné informace, se bude směřovat vůči jeho pozici. Vysvětlení bude odlišné u studenta zabývající se sociální prací, u uchazeče o zaměstnání v Domově Palata, u klienta jako žadatele nebo někoho, kdo je mimo sociální oblast. Respondenti se shodují, že je to specifická péče o osoby s demencí, která je založená na mapování životního příběhu člověka. Jedná se o individualitu každého člověka, kterou ovlivňují různé etapy života. Nejvíce klienti vzpomínají na etapu do 25 let. Respondenti podotýkají, že jedinec trpící demencí, se ve stáří dostává do určitých stupňů regrese, vrací se zpátky do minulosti a nastávají změny chování. Aby změny chování pracovníci pochopili, je nezbytné znát biografii dotyčného. Poté je teprve možné sestavit individuální plán péče a nabídnout smysluplné podněty, které člověku pomohou v aktivaci psychiky. Dva respondenti sdělili krátké, ale za to dosti výstižné vysvětlení, že je to péče o duši, protože psychobiografie se nejdříve pokouší vyladit psychickou stránku člověka, a až poté je možné pracovat s fyzickými schopnostmi.

TO2 V jaké fázi začínáte pracovat s tímto modelem při příjmu nového klienta?

Respondenti z obou pozic jednoznačně odpověděli, že se do prvního kontaktu s psychobiografickým modelem péče u nového klienta dostávají sociální pracovníci při sociálním šetření, které probíhá v jeho přirozeném prostředí. Podmínkou je však nejdříve zjištění, zda je žadatel cílovou skupinou Domova Palata. Pokud ano, vyplní se v rámci sociálního šetření dotazník o biografii.

Respondenti pracovníci v sociálních službách doplnili, že jejich práce s modelem začíná až v okamžiku fyzické přítomnosti klienta na daném úseku. Jeden z PvSS se stává klíčovým pracovníkem a dotváří již existující životní příběh klienta. Před nástupem se jim totiž dostává do ruky složka s dokumenty a částečně zpracovaným životním příběhem od rodiny, které provedl sociální pracovník. To by si měli přečíst před prvním kontaktem, aby měli základní informace o novém klientovi. Poté nastává nalezení vhodného času na

biografický rozhovor. Není ale dané, kdy přesně po nástupu by měl proběhnout, protože si musí klient nejprve projít adaptační dobou. Respondenti se snaží pomalu navázat bližší vztah s klientem tak, aby se mohli při biografickém rozhovoru stát důvěryhodnými posluchači.

TO3 Jak probíhá u klientů Vaše práce s tímto modelem? Co je jejím obsahem?

Respondenti z pozice sociálního pracovníka uvedli, že s modelem pracují minimálně, a to při vyřizování žádosti potenciálního klienta, poté v okamžiku prvního dne přijetí klienta do zařízení při předávání všech důležitých informací na úsek (vedoucímu úseku, všem pracovníkům v sociálních službách, aktivizačnímu pracovníkovi a především klíčovému pracovníkovi). SP při návštěvě v domácím prostředí klienta nebo zdravotnickém zařízení informuje jeho i celou rodinu, že Domov Palata poskytuje péči dle psychobiografického přístupu. Sdělují, čím se model zabývá, jak funguje v přímé péči, a proč je nutné informace zpracovat. Také uvádí, že vyplnění dotazníku o biografii, je podmínkou pro přijetí do zařízení. Vyplní ho tedy buď sama rodina, nebo klient při sociálním šetření se sociálním pracovníkem. Dokument se nazývá biografický list. SP zjišťují základní věci, tzn. životní povolání, zájmy, oblíbené předměty, mentální schopnosti, rodinné vztahy, rituály, zvyky, přátele, apod. Ovšem jeden respondentů uvedl, že sociální šetření je bohužel časově i obsahově omezené a nelze zjistit všechno do detailu, pouze jen okrajově, ale snaží se zjistit co nejvíce. Informace zpracují a přiřazují do složky klienta, jak jsem již zmínila, proběhne komise o schválení či odmítnutí přijetí. V případě přijetí informace předávají na úsek.

Respondenti PvSS reagovali odpovědí, že hlavní jejich náplní při poskytování péče dle psychobiografie je tvoření biografické knihy. Provádějí to mapováním člověka, toho co říká, jak se chová, co má rád, co se mu nelíbí, pozorují aktuální projevy a reakce, a vytvářejí tím v hrubých bodech požadavky. Postupem času se vykrystalizují tak, aby mohl být vytvořen individuální plán péče jednotlivých klientů. Ve většině případech se tvoří přibližně dva až tři měsíce a je to týmová práce, kdy všichni PvSS, vedoucí úseku a zdravotníci spolupracují. Jeden z respondentů uvedl, že s tím souvisí i jakési skórování, kterým se určuje stupeň demence a zjištění fáze regrese, aby se mohly zvolit postupy, které klienta udrží na dané úrovni regrese nebo se posune o něco výš. Další respondent poznamenal podstatnou informaci, že shromažďování informací je z aktuálních potřeb, přání, libosti, nelibosti, ale potřebují se dopátrat i toho, jak to vypadalo v průběhu života.

Všichni respondenti PvSS i SP kladli důraz na to, že sociální pracovník společně s vedoucím úseku vyberou jednoho z PvSS, který se stane klíčovým pracovníkem. Ten přebírá zodpovědnost za vedení a zjišťování informací do biografické knihy tak, aby jí mohl dobře zpracovat a stále ji dle potřeb aktualizovat, připisovat všechny nové poznatky a umazávat ty, které časem odpadávají. Jeden respondent uvedl dobré příklady z praxe. Týká se to právě uváděných informací, které je nezbytné zachytit a změnit v individuálním plánu péče (např. klient může začít chodit častěji do parku, přestane mu chutnat/nechutnat omáčka, přestane ho bavit čtení, začne snídat později než dříve).

Tři respondenti informují, že jejich obsahem práce je nejen tvorba životního příběhu nebo zjišťování informací, ale i neustále odborné vzdělávání se, zájem o zmiňovaný model péče, aby ho mohli správným způsobem aplikovat.

TO4 Jak využíváte prostředí při poskytování péče dle psychobiografie? Co dále využíváte?

Všichni dotazovaní sdělili, že se vedení snaží prostředí Domova Palata přizpůsobit životním podmínkám jejich klientů, aby se vytvořila terapeutická zákoutí. Sociální pracovníci před nástupem informují rodinu a samotného klienta, že je možné si sebou přivést, co možná nejvíce oblíbených věcí (povlečení, ubrusy, oblečení, hrnečky, příbor, matrace, budík, deka, polštář, knížky, gramofon, obrázky, fotografie, rádio, televizi až po jednotlivé kusy nábytku, třeba křeslo, malá skříňka, atd). Určitě se i na velkých kusech nábytku lze domluvit s personálem, zda nebudou překážet. Respondenti navzájem potvrdili, že vybavení chodeb, denních místností, pokojů se nese v duchu 50. až 60. let, tedy v době, kdy lidé prožili svojí nejdůležitější etapu života (do 25 let). Oproti nemocničnímu modernímu vybavení to na klienta působí rodinně a vytváří to pocit domova.

Dva respondenti hovoří také o komplikovanosti terapie prostředím. V zařízení žijí osoby s částečnou nebo úplnou ztrátou zraku, proto se prostředí i péče musí ještě specifickěji přizpůsobit. Vytváří se dle oblíbených předmětů, zvířat navigační body (např. pes visící na zdi, dle toho se klient orientuje, kde se nachází a kudy má jít). Klienti nevidí na fotografie, obrázky, nevidí nábytek, ale mohou ho hmatem osahat, aby získali nějakou představu, cítit vůni starého nábytku, apod. Fotografie rodiny a obrázky by se měli detailně popisovat, kdo na nich je, co má za účes, oblečení, výraz ve tváři, a vzájemnou komunikaci s klientem zjistit, kdo je osoba na fotografii. Respondent má zkušenost s klientkou, která

pracovala v mládí se zeleninou, byla ovšem už nevidomá, tak že zrakem se nemohla provádět žádná terapie. Klientka velice milovala okurky, když jí pracovník dal do ruky ohmatat okurku, dotýčná se úplně rozzářila a s úsměvem, řekla, že to je její oblíbená okurka a začala hovořit detailněji o svém povolání, vzpomínala na různé zážitky. Je to ukázkový příklad toho, co lze vše využívat při psychobiografii. Druhý respondent se zmínil, že je důležité aktivizovat zrakově postiženého člověka s demencí zvukem, proto jsou objednávány i různé knížky do zvukové knihovny, která na Palatě funguje a je klienty často využívána.

Všichni se shodli na dodržování denních rituálů člověka, jeho zvyků.

TO5 Existují aktivity, které Vám pomáhají při zjišťování informací, udržení klienta v dobrém psychickém stavu? Pokud ano, jaké?

Dotazovaní z pozice SP odkazují, že aktivity oni neprovádí, ale mají pojem o tom, s čím PvSS a aktivizační pracovníci pracují. Jeden z nich dodal, že se jako SP snaží získat maximální informace od rodiny, co by bylo vhodné u klienta využít.

Dotazovaní uvádí ty nejdůležitější aktivity – muzikoterapie, taneční terapie, ruční práce, dodržování tradic a svátků, rozhovory o tématech (svatba, Vánoce, první seznámení, děti, Velikonoce atd), aromaterapie, protože člověk byl zvyklý na nějaké vůně. Jeden z nich uvedl špatnou zkušenost s aromaterapií, pamatoval si reakci klientky, která ucítila specifickou vůni, a evokovalo to v ní smutek. Na vůni si vzpomněla, protože to byla oblíbená vůně její maminky. Informace byla zapsána do její biografické knihy, aby se další pracovníci vyvarovali využívání vůně u této klientky. Z toho vyplývá, že aktivity mohou přinést pozitivní a zároveň i negativní reakce.

Další aktivitou je bazální stimulace, využívaná především v posledních stádiích regrese. Klienti jsou velmi nadšení z canisterapie a animoterapie.

Důležitou roli hraje i dodržování režimu klienta dle jeho přání, které pracovníci respektují. (někdo je si zvyklý dát ráno kávu, někteří jedinci si rádi pospí a nasnídají se až později po probuzení, někdo odmítne koupání) Takovou aktivizací se daří pracovníkům klienty zvedat v psychice nahoru.

6.2 Zhodnocení spolupráce mezi pracovníky

Na druhou DVO (spolupráce pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka) jsou zaměřené TO6-TO8:

TO6 Jakým způsobem spolupracujete se SP/PvSS?

Dotazovaní sociální pracovníci oba odpověděli, že s PvSS spolupracují, hlavně při příjmu nového klienta a dle potřeb s nimi řeší různé důležité věci ohledně klientů po celý pobyt. Každý týden probíhá schůzka klíčových pracovníků, kde je přítomen celý multidisciplinární tým (manažer kvality, psycholog, vedoucí úseku, aktivizační pracovník, zdravotníci, PvSS a SP) vzájemně se zde všichni informují o klientech, o řešených situacích, problémech, nestabilních fázích (dekompenzace stavu, stav zmatenosti) a společně hledají impulzy pro klienty, které působí racionálně, emocionálně nebo smyslově dle úrovně klienta. Poté je klíčoví pracovníci zapíší do individuálního plánu péče. Sociální pracovníci mají zkušenost s tím, že se někdy klient obrátí i přímo na ně, protože bývají první kontaktní osobou, klient jim důvěřuje. Poté všechny informace předávají PvSS.

Jeden ze sociálních pracovníků konstatoval, že se všichni snaží být jedním velkým spolupracujícím týmem (i kuchaři, uklízečky, vedení, zahradníci), aby jejich práce byly propojeny, protože to je základ dobrého výsledku a hlavně spokojeného života na Palatě. Všichni pomáhají všem i přesto, že to v náplni práce nemají stanoveno. Mantinely však neexistují a pracují zde lidé, kteří to tak mají i v sobě nastavené, proto jim není za těžko pomoci s čímkoli. Konflikty, dohady nebo nefungování spolupráce, klienti vycítí, a má to patrný vliv na jejich chování. Sociální pracovník zdůraznil, že Domov Palata je v tomhle směru výjimečný, proto se i na pozici SP do tohoto Domova po několika letech vrátil.

Dotazovaní PvSS potvrdili fungující spolupráci se SP při předávání informací o klientech. Jeden z dotazovaných upřímně řekl, že spolupráce je nejintenzivnější při příchodu nového klienta, kdy první den při příjmu přivádí SP klienta do Domova Palata a představuje ho danému úseku, kde bude člověk ubytován. Při dlouhodobém pobytu klienta komunikují PvSS s SP jen na schůzkách klíčových pracovníků, nebo pokud nastane nějaká změna, krizová situace, jinak ne. Zajímavá zmínka uvedl respondent PvSS, že při úmrtí klienta předávají sociálním pracovníkům pozůstalost, dá se říci taková poslední spolupráce ohledně jednotlivého klienta, která tímto končí. Ale k tomu dodává informaci, že SP jsou vždy k dispozici, pokud je jakýkoli PvSS s něčím kdykoli osloví.

TO7 Jak je pro Vás spolupráce přínosná/nepřínosná?

Všichni hodnotili vzájemnou spolupráci určitě za přínosnou, protože si pamatují i dobu, kdy ta kooperace nebyla tak intenzivní. Ne z důvodu, že by nechtěli, ale že byli SP zatíženi administrativou. Přínos vidí hlavně respondenti PvSS v podání základních informací ze sociálního šetření SP a z jeho komunikace s rodinou, to jim mnohé usnadní. Dotazovaní ale na druhou stranu přiznávají, že jako PvSS nemají už tolik informací o různých klientovo věcech, které se musí řešit mimo Domov Palata, protože stále ten člověk třeba platí nájem, dostává starobní důchod, je nutné třeba zažádat o různé příspěvky, apod.

Ve spolupráci jeden z respondentů zmínil slabé místo ve sdělování ohledně finanční stránky klienta, i když si není jistý, zda je kompetentní o oblasti financí něco vědět. Prolíná se to třeba do nákupů pro klienty, které vykonává PvSS. Hodnotil situaci tak, že nemá žádné ponětí o tom, jaké má klient finanční limity, kolik mu může pořídit věci, potravin, hygienických prostředků, aby s jeho penězi dobře hospodařil.

Problém shledává ještě jeden respondent PvSS, který hodnotí podávání informací ohledně psychického a fyzického stavu klienta. Sdělil, že klient z biografie SP a sociálního šetření působí jinak, než když nastoupí na pobyt. Až zde se zjistí, že několik informací se neslučuje. Uvažoval, čím by to mohlo být způsobené a usuzuje, že důvodem je časová prodleva mezi sociálním šetřením a nástupem do zařízení, protože člověk je v pořádku a nastupuje až podle volné kapacity. Za tu dobu je možné, že dojde ke změnám.

TO8 Doporučil/a byste konkrétně nějaké změny ve spolupráci? Pokud ano, jaké?

Změnu navrhnul respondent, který by chtěl vědět více o finanční stránce klienta. Uvědomuje si, že kdyby se zeptal, SP mu asi odpoví. Ale pro PvSS by bylo přínosné občasné informování při schůzkách, jak jsou na tom klienti přibližně s financemi. Respondent, který uvedl problém s nesesedícími informacemi o stavu klienta a jeho potřebách, navrhnul, zda by bylo možné provést krátké sociální šetření pro zjištění změn, pokud je delší prodleva mezi prvním kontaktem a nástupem. Ovšem netuší, zda je to kapacitně pro SP v jeho silách. Všichni si ale spolupráci pochvalují, že funguje perfektně a stále se nějak vyvíjí. Každý může za každým přijít a upřímně říct, co by bylo potřebné udělat jinak.

6.3 Zhodnocení přínosu psychobiografického modelu a doporučení pro praxi

Na zodpovězení třetí DVO (vnímání modelu respondenty) jsou zaměřené otázky TO9-TO14:

TO9 Vnímáte nějaké problémy ze strany klientů při sestavování životního příběhu nebo při aplikaci psychobiografického přístupu v péči?? Proč ne/ano?

Všichni respondenti uvedli, že problémy ze strany klientů se objevují. Někteří klienti nechtějí poskytnout informace z důvodů svého soukromí, nechtějí ukazovat fotky, protože si to nepřeje třeba ani rodina. Domov Palata má ve svých podmínkách pro přijetí, že pracuje s psychobiografií, tak že klienti už jsou předem informováni. Dále se probírají různá témata při rozhovoru, které v člověku vyvolají blok, člověk umlkne nebo sdělí, že se o tom nechce bavit, všichni to pak musí respektovat. Někdy musí pracovník vycítit a usoudit sám, že téma není vhodné (např. když klient o druhé světové válce řekne, že byla hrozná, poukazuje to na špatné zkušenosti). Do knihy se zapisují údaje, které člověk chce, aby tam byly, uvádí jeden z respondentů.

Druhý problém vzniká tím, že klienti už jsou ve fázi posledních stupňů regrese a sdělování informací brání jejich nestabilní stav. S minimálními informacemi se špatně pracuje, není z čeho mapovat. Pokud má rodinu, informace zjišťují sociální pracovníci přímo od ní. Problém může nastat i v oslovování, pokud klienta osloví jinak než je mu příjemné, může to v něm vyvolat smutek, naštvání, urážlivost, poté se nemusí chtít podělit o svůj životní příběh.

TO10 Jaké změny chování pozorujete u klientů při využití Böhmovo modelu a před ním?

Respondenti reagovali různými názory. Jeden tvrdí, že dlouhodobé změny nepocítuje, protože nemůže srovnat péči na Palatě před zavedením psychobiografického modelu, protože nastoupil již do zavedeného modelu v péči. Ovšem v přítomném čase se u klientů objevují změny chování, které pracovníci v sociálních službách musí pozorovat, aby z toho udělali výstup a zjistili, proč změna nastala. Řeší se to v případě přetrvávající změny nebo opakované. Někdy to může být jen přechodné (klient nechce snídat, protože nemá dnes chuť). Další zastává názor, že je důležité ho udržet ve stabilní fázi, aby se nedostal do propadu, jinak ke zlepšení dochází hlavně v případech, kdy klient přichází do

Domova Palata z LDN či jiného zdravotnického zařízení. (tam nemá absolutně žádné impulzy k aktivizaci) Jeden z respondentů to vystihl stručně slovy, že klienti oproti dřívější péči jsou v naprosté psychické pohodě, tím i fyzično méně upadá.

TO11 Jaký zastáváte názor na péči podle psychobiografického modelu a jak sami se při práci cítíte?

Respondenti, kteří jsou na Palatě už dlouhou dobu, hodnotí model velmi pozitivně a jsou rádi, že byl zaveden. Práce s ním je mnohem snadnější, nabízí se více možností péči o duši její aktivizací, poprvé se přizpůsobuje zařízení klientovi, ne naopak. Respondent, který zde pracuje krátkou dobu, je zase toho názoru, že psychobiografie ani není tak potřebná, hlavní je s člověkem komunikovat, ptát se ho, co si přeje, co mu vadí, jak se mu daří, poznávat ho v okamžiku přítomnosti. Sdělil, že není nutná hodně obsáhlá biografie, u které člověk bude trávit čas psaním, místo toho, aby o člověka pečoval. Výhodu životního příběhu spatřuje nejvíce při nástupu nového zaměstnance na daný úsek, protože si může o člověku přečíst a udělat si nějaký obrázek, jak k dotyčnému přistupovat, jak o něj pečovat. Šetří to čas pracovníkům v sociálních službách, který ho využijí jinak, než zdlouhavým vysvětlováním všech informací klientech novému zaměstnanci. Přesto celkově hodnotí péči dle psychobiografie za nepotřebnou, protože zastává názor, že je důležitější komunikovat s klientem a dát na svou intuici, vnímání situací.

Další uvedl zajímavé sdělení ohledně vnímání světa klientem a pracovníkem. Často se stává, že klient uvádí mylné informace, o kterých pracovník ví. Ovšem neměl by mu je vyvracet, klient to tak vidí, je to jeho svět (např. se ptá, že čeká na maminku a chce vědět, kdy se vrátí). Respondent vzpomínal, že jemu samotnému to nevadí, žít ve vnímání klienta, naopak někteří pracovníci nevěděli, jak mají informace uchopit a začali je vyvracet s tvrzením, že mu nebudou lhát, to klienta velmi rozhodí. Byla to pro ně nepříjemná situace a necítili se při práci dobře, proto většinou ukončili pracovní poměr.

Jeden respondent zdůraznil, že se do práce velmi těší, má rád kolektiv, klienty i svojí náplň práce.

TO12 Setkáváte se při zavádění modelu s problémy, které byste rád změnil/a? Konkrétně uveďte, co by se dalo v této oblasti vylepšit?

Psychobiografie s sebou dle čtyř respondentů přináší hodně administrativního zatížení (individuální plán, soupis potřeb, zaznamenávání úkonů, krizový plán), zdlouhavé psaní a neustále změny biografické knihy, tím pádem i zkrácení času na přímou péči.

Jednomu respondentovi to nevadí, protože to přináší jednodušší práci díky zaznamenaným informacím. Dva respondenti uvedli, že ten čas by se dal využít mnohem efektivněji právě osobním kontaktem a péčí o klienta. Jeden z nich navíc uvedl domněnku, že model je dělaný spíše pro úseky s menším počtem klientů, kde je i přiměřeně personálu, protože zatím není šance se klientům věnovat úplně tak, jak by pracovníci chtěli. Tyto dva respondenti se shodli také v názoru, že by přivítali, když by na jednoho pracovníka v přímé péči byli tři klienti, jeden pracovník by měl na starost jen administrativu, pak by byla práce zvladatelná. Čtvrtý respondent ohledně administrativy uvedl podobné řešení, zároveň ale oponoval názorem, že by se zase ten člověk nedostal do styku s klienty, když by pouze dělal administrativní věci, chybělo by propojení té práce s praxí.

Jeden respondent také zmínil oblast informování klientů o tomto přístupu. Někdy tomu dost špatně rozumí, ovšem není to problém, který by šel nějak vyřešit, pouze se snažit to srozumitelněji vysvětlit.

Jeden respondent by přivítal delší odpočinek pro psychohygienu, volné alespoň tři dny za sebou, protože je péče o něco více fyzicky i psychicky náročnější. Uvedl příklad z Rakouska, kde pečovatelé pracují méně hodin a střídá se více zaměstnanců. Uvědomuje si, že to je způsobené většími možnostmi v kapacitě personálu, což tady v ČR zatím asi není možné ať už z důvodů financí nebo zájmu dělat tuto práci.

TO13 Co hodnotíte v přístupu psychobiograf. modelu jako největší přínos?

Na člověka se dá nahlížet jako na živou bytost, duši s životním příběhem a ne jen jako na objekt nějaké péče, sděluje jeden respondent.

Další respondenti značně uváděli za přínos mít povědomí o člověku o jeho životním příběhu (i pro nové zaměstnance, protože je vysoká fluktuace lidí), tato péče není vůbec srovnatelná s tou předešlou, psychobiografický přístup je o mnoho poznatků dál, především v individualitě klienta. Nic není nalajnované, všechno se řídí jejich potřebami.

Obrovský přínos, který uvedl dlouhodobě zaměstnaný respondent, je v možnosti přiblížit se více klientovi nahlédnutím do jeho světa. Je to přínosné pro pracovníky, klienty i celou společnost, péče jde správným směrem. Vzpomínal na péči, která probíhala dříve, a dodal, že si každý žil svůj svět, bylo to takové trochu nemocniční prostředí, otažitité. Teď je však Palata opravdovým domovem nejen klientů, ale dokonce i zaměstnanců.

TO14 Napadá Vás nějaké doporučení popřípadě rada spojená s psychobiografickým modelem, kterou byste chtěl/a předat kolegům? Konkrétně uveďte.

Dva respondenty žádné doporučení ani rady nenapadly. Jeden k tomu pouze dodal, že práce s psychobiografickým modelem je pro každého dobrá zkušenost do života, protože se člověk naučí více chápat člověka z jeho psychické stránky, naučí to dobré komunikaci, měl by si to každý, kdo pracuje v sociálních službách, vyzkoušet. Třetí respondent uvedl, že každý by měl dbát na svůj odpočinek a klid, aby mohl efektivně práci vykonávat, protože práce s klienty dle psychobiografického modelu je psychicky náročnější. Také doporučuje si zakládat na fungujícím týmu, velmi to ovlivňuje chod zařízení a působí to na klienty. Pečovat o tým a o sebe zabrání syndromu vyhoření, konfliktům na pracovišti. Podobný názor ohledně týmu uvedl respondent, který chce prostřednictvím této otázky sdělit, že by rád přivítal setkávání týmu i mimo práci, aby se všichni lépe poznali, rozhodně by to ještě více vztahy utužilo.

Tři respondenti doporučili zavádění modelu ve všech pobytových zařízeních, protože to opravdu prodlužuje soběstačnost klientů. S tím souvisí i informace od jednoho respondenta, že všem doporučuje absolvování dvou částí vzdělání ohledně psychobiografického modelu u paní doktorky Evy Procházkové. Je to velmi zajímavé a sám si člověk na sobě ozkouší aplikování tohoto modelu.

Jeden z respondentů radí ostatním pracovníkům dbát na trpělivost při péči i zjišťování životního příběhu, klient by se měl skutečně vnímat, respektovat a ponechat mu možnost se vždy rozhodnout, na to by neměl nikdo zapomenout.

7 DISKUZE

Hlavním cílem mého šetření bylo zmapovat a vymezit, jakou roli sehrávají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách při práci s psychobiografickým modelem péče, zda spolu vzájemně v této oblasti spolupracují a jak tento model vnímají.

V rámci mé diplomové práce jsem provedla šetření, kde jsem hovořila se šesti respondenty. Výzkumným vzorkem byli pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci. Domov Palata se již několik let snaží ve svém systému péče o využití psychobiografického modelu dle Böhma. Cílem šetření bylo zjistit, jakou roli sehrávají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách při práci se zmiňovaným modelem, jakým způsobem navzájem spolupracují. Zaměřila jsem se také na aplikaci modelu v zařízení, jeho přínos do poskytované péče a hodnocení modelu z pohledu obou pozic. Informace z odborné literatury, článků v odborných časopisech, metodik, brožur jsem propojila s pozorováním a především s rozhovory se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách, a došla jsem k závěru, že zavedení psychobiografického modelu je pro zařízení velmi přínosné a péči dodalo úplně jiný úhel pohledu.

Poskytovaná péče podle psychobiografického modelu dle Böhma nezajišťuje pouze teplo, jídlo a čistotu, ale zaměřuje se na člověka, který má i duševní potřeby, uvádí Böhmm (2015). Když se rozpohybuje duše, bude se hýbat i tělo. Respondenti potvrzují, že se snaží svou prací aktivovat psychiku klientů, protože duše je důležitá část osobnosti člověka. Pokud bude stimulovaná podněty z vnějšího prostředí, zároveň dojde i k udržení stability fyzického stavu a delší soběstačností klientů. Böhmm (2015) dodává, že člověk musí získat motiv žít, aby měl chuť i sám o sebe pečovat.

Obsahem práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v Domově Palata v rámci psychobiografie je práce se životním příběhem člověka, uvedli všichni respondenti. V popředí je tzv. thmopsychická stránka člověka, která se skládá právě ze životních příběhů, zvyklostí a výsledných copingů, popisuje Böhmm (2015). Respondenti pracovníci v sociálních službách mají za úkol vytvořit každému nově přicházejícímu klientovi biografickou knihu, díky které se pak postupně tvoří individuální plán péče. Tento postup potvrzují ve svých knihách i Böhmm (2015) a Procházková (2014). Böhmm při zjišťování biografie klade důraz na umění vést rozhovor a probudit klienta k vyprávění. Jeden z respondentů zmínil, že tento přístup byl dobrou zkušeností, protože se naučil dobré komunikace s klienty, především trpělivosti a aktivního naslouchání. Je to takový neustálý

trénink, který doporučuje i Špačková (2011), protože na základě toho a dalších předpokladů např. empatií, fyzickou přítomností, aktivním nasloucháním, se navazuje mezi pracovníkem a klientem důvěryhodný vztah, to znamená prostor pro vzájemné dorozumění se. Důležitost důvěryhodného vztahu, potvrzují svými slovy i někteří respondenti. Klienti jsou na to velmi vnímaví a má to vliv na průběh sdělování informací, zda člověk chce nebo nechce.

Téměř všichni uvedli, že stěžejní je postupné vyplnění biografického listu. Je to důležitý dokument každé složky jednotlivých klientů, kde základní věci vyplňují sociální pracovníci při sociálním šetření s rodinou nebo samotným klientem. Biografický list musí dle Böhma (2015) obsahovat spektrum otázek, aby poté mohl být poslopně sestaven a různými prožitky propojen životní příběh člověka. Při komparaci odpovědí respondentů, Böhma (2015) a Procházkové (2014) se slučují oblasti témat, která se probírají. Jedná se o etapy života od dětství až po mládí a zjišťuje se povolání, vlastnosti, nadání, zájmy, co má a nemá člověk rád, oblíbené předměty, chutě, vůně, rodinní příslušníci, zvyklosti, emocionální události člověka, prostředí, životní partner apod. Vše se promítne v sestavení individuálního plánu péče a zároveň se vypracuje i nabídka aktivit denního života a vhodných terapií. Problémem je ale větší administrativní zatížení, které brání pracovníkům využít čas efektivněji v přímé péči s klienty. Jeden respondent uvedl sporné tvrzení vůči ostatním. Řekl, že zatížení nepocítil, ba naopak v tom vidí pozitivum. Práci s klienty to spíš usnadňuje, ostatní zaměstnanci si mohou o něm přecíst v právě doložených dokumentech.

Respondenti uvedli výčet všech možných aktivit dle potřeb klientů jako např. muzikoterapie, animoterapie, canisterapie, ergoterapie, aromaterapie, reminiscence, tím potvrdili pravdivé údaje, které uvádí Palata (2018) o nabídce různých terapií a aktivit. U klientů se využívá i bazální stimulace, dodal jeden z respondentů. Tu ale Friedlová (2015) doporučuje až v případech těžkých forem demence.

Při tvorbě individuálního plánu péče spolupracuje celý multidisciplinární tým, zhodnotili respondenti. Nejdůležitější funkci tvoří zprvu sociální pracovník, poté jí přebírá pracovník v sociálních službách jako klíčový pracovník. Vzájemně si vyměňují nejdůležitější informace, konzultují a řeší slabá místa. Malíková (2011), Úlehla (2005), Špačková (2011) a Kopřiva (2000) pojednávají ve svých knihách, že prostředkem pro spolupráci je umění komunikace. Ať je to klient, nebo tým, je nutná nepřetržitá komunikace a využití vhodných komunikačních technik, popisuje detailněji Malíková

(2011). Je to zásadní faktor, který ovlivňuje úspěšné či neúspěšné vypracování plánu péče. Malíková poukazuje také na rizika v oblasti spolupráce. Jedná se o vzájemné nesympatie mezi klíčovým pracovníkem a klientem, nefungující tým, vysoký počet klientů na jednoho klíčového pracovníka, nedostatky a omyly v informacích mezi pracovníky. Respondenti svou odpovědí vyvrací nefungující tým. Domov Palata je v tomto směru výjimečný, protože všichni spolu v případě potřeby plně kooperují, jeden z respondentů zmínil, že dokonce i kuchaři, zahradníci, všichni zaměstnanci pomáhají i přesto, že to v náplni práce nemají. Je to neobvyklé zázemí, protože ne všechna pobytová zařízení takto fungují. Dva respondenti ale přiznali, že pociťují nepatrné nedokonalosti ve spolupráci SP/PvSS, na kterých by se mohlo zapracovat. Je to právě oblast informování o finanční stránce klienta a odlišnost informací psychického a fyzického stavu ze sociálního šetření sociálního při nástupu klienta na pobyt, jak vyplývá z rozhovorů. To se dá určitě změnit. Navrhují při schůzce klíčových pracovníků tyto požadavky vznést do diskuze, aby obě strany zjistily vzájemné požadavky a případně mohly zkontrolovat, jaké limity a možnosti na vyřešení těchto oblastí mají.

V plánování nastává dost často komplikace ze strany klienta, kdy odmítá sdělovat informace o sobě nebo se některým důležitým tématům vyhýbá. Vzniká tím otázka, zda na klienta vyvíjet nátlak a stresovat ho, že je nutné odpovědět, nebo mu dát čas, hledat příčinu, proč se to děje a počkat, až informace bude chtít sdělit sám. Všichni respondenti reagovali odpovědí, že bohužel tyto situace vznikají. Někdy je ovlivní i rodina, která si nepřeje např. manipulaci se soukromými věcmi, jako jsou fotky. Pracovníci musí respektovat přání a rozhodnutí klientů i rodiny. Zde se potvrzuje hlavní myšlenka Böhmova modelu (2015), kdy se instituce přizpůsobuje maximálně klientovi a ne klient jí, jako to bylo dříve. Ovšem přináší to s sebou jedno úskalí. Ve Standardech kvality sociálních služeb č. 5 je podmínka individuálního plánování průběhu služby dle dohodnutých cílů mezi klíčovým pracovníkem a klientem, tyto cíle se musí vyhodnocovat (Kolektiv autorů, 2011). V případě nespolečné spolupráce v interakci s klientem se cíle neplní a zařízení riskuje nedodržení daného standardu, což by mohl být problém při případné inspekci. Možností, jak by se tato problematika dala vylepšit, moc není. Je samozřejmé, že vyvíjení nátlaku na klienta situaci ještě většinou zhorší, zde souhlasím s pracovníky, že se musí řídit intuitivně a analyzovat klienta, proč problém vznikl, a nechat mu prostor, čas na zadaptování se v novém prostředí (každý to má individuální, není to měřitelné) a opatrně s ním pracovat. Napadá mě se zaměřit na to, jestli překážka není z důvodu nesymptatií vůči

klíčového pracovníkovi/PvSS, což nemusí být hned chyba na straně pracovníka. Zde by bylo řešení zkusit vybrat jiného klíčového a zjistit, jak by klient reagoval. V situaci, kdy je člověk v posledních stádiích regrese je přirozené, že získávání informací je náročné, zde je důležité být v kontaktu s rodinou, pokud ji klient má.

Odlišnost názoru na psychobiografický model shledávám v době trvání pracovního poměru. Respondenti, kteří v Domově Palata pracují již několik let, mohou lépe srovnat péči před a po zavedení modelu. Hodnotí ji jednoznačně pozitivně a přínosně. Práce je snadnější v tom směru, že se nabízí více možností pečovat o duši klientů vhodnou aktivizací. Již zmiňovaná obsáhlejší administrativní práce se dala očekávat, vedle toho vystavují pomáhající svou psychiku většímu zatížení, ale výsledky v péči jsou viditelné. Klienti se udržují ve stabilní fázi, jsou v naprosté psychické pohodě a díky tomu zůstávají déle soběstační, to je jeden z hlavních cílů psychobiografického přístupu (Böhm, 2015, Procházková, 2014). Zde doporučuji dbát více na svou fyzickou a psychickou kondici. Umět vypnout, odpočinout, zrelaxovat je velmi podstatnou částí psychohygieny pracovníků. I pracovníci mají své potřeby, proto musí být všímaví nejen ke klientům, ale také k sobě samotným, uvádí Elichová (2017). Také poznamenává, že je to prevence syndromu vyhoření, který může nastat v důsledku přetížení. Dobrým opatřením ze strany zaměstnavatele jsou pravidelné supervize. Průběhu supervize jsem se však při šetření s pracovníky vůbec nedotkla. Je to velmi široké a podnětné téma k dalšímu prozkoumání, zda to v Domově Palata funguje či nefunguje. Pro snížení psychické námahy je přiměřený počet klientů na jednoho pracovníka v sociálních službách, ovšem je to těžko ovlivnitelné, protože je vysoká fluktuace lidí na této pozici. V Rakousku funguje plánování směn jiným způsobem, jsou to kratší šestihodinové nebo osmihodinové směny, kde pracovníci mají více času na odpočinek a zdá se to být efektivní pro ně samotné i pro zařízení. V zařízení PvSS pracují na dvanáctihodinových směnách. Je to dobrý podnět k zamyšlení, jak by se kratší rozvrhnutí směn mohlo implementovat i do tohoto pobytového zařízení. Otázkou ale je, zda by to bylo vzhledem k nižšímu počtu PvSS vůbec možné?

Podle výsledků mého šetření se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v Domově Palata snaží co nejkvalitněji pracovat s psychobiografickým modelem péče. Respondenti doporučují kolegům v pomáhajících profesích, aby si to každý ozkoušel, protože je to velmi dobrá zkušenost a člověk tím získá jiný úhel pohledu na člověka, naučí se více chápat jeho, ale i sami sebe a svůj životní příběh. Dále sdělili, že důležité je být součástí spolupracujícího týmu. Je to základ, na kterém funguje celé zařízení. Bez týmové

spolupráce nelze poskytovat skutečnou sociální péči. Jeden z respondentů by přivítal, kdyby se zaměstnanci setkávali nejenom při pracovní době, ale i mimo ní, aby se vzájemně blíž poznali. Zde navrhuji jednoznačně společná setkávání tzv. teambuildingy, kde se pracuje na utužení a udržení týmu pomocí zážitku, zpětné vazby a nové zkušenosti (Mohauptová, 2009).

Psychobiografický model péče mohu zhodnotit i ze svého pohledu. V Domově Palata jsem se denně setkávala s informacemi ze životních příběhů a následně brala zřetel, abych přímou péči u jednotlivých klientů podle toho individualizovala. Dobrým příkladem je dodržování rituálů a zvyklostí člověka. Musela jsem dbát na oslovení, které si dotyčný přál. Vzpomínám si i na situaci, kdy jsem každé slunečné ráno při snídani otvírala okno u klientky, která milovala štěbetání ptáček. Evokovalo to v ní vždy příjemné pocity a vyladilo úsměv na tváři. Klientka měla těžké postižení zraku, kdy vnímala jen rozmazané obrazy okolí. Byla ráda sama a jen tiše poslouchala. V ten moment mi došlo, že je to nějaký její rituál, zvyk, kterým si prožívá svojí minulost. Uvědomila jsem si, že je nezbytné respektovat klientovo vlastní vnímání světa.

Během rozhovorů, ve kterých jsem postupně získávala názory a myšlenky z úst respondentů, jsem se sama hlouběji zamýšlela nad svým životním příběhem. Představila jsem si, co bych jednou vyžadovala já a jak bych to sdělila v situaci, kdy už bych plně nespolupracovala? Napadlo mě, že člověk může i v tomto směru přemýšlet do budoucna a postupně si psát svojí biografii už od mládí, protože by to mohlo, snad jednou, individualizovanou péči posunout zase o krok vpřed.

ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem *Psychobiografický model péče v Domově Palata - role a spolupráce sociálního pracovníka s pracovníky v sociálních službách* jsem se zabývala zmapováním rolí pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků při aplikování péče dle psychobiografického modelu a zjišťováním, jak probíhá vzájemná spolupráce. Zaměřila jsem se na aplikaci psychobiografického modelu v praxi, jak se s ním pracuje, a zhodnotila jsem jeho význam v poskytované péči.

Cílem mé práce byla přehledová studie o využití psychobiografického modelu v Domově Palata doplněná o vlastní empirické šetření, v němž s pomocí respondentů podrobněji popisují a zhodnocují tento model a možnosti spolupráce mezi sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách.

Dílními cíli bylo provést deskripci stručných informací o Domově Palata, o využití psychobiografického modelu péče a vymezení kompetencí sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Cílem mé práce nebyl reprezentativní výzkum, plánované šetření mělo mít popisný, ilustrativní charakter. Přesto může přinést zajímavé výsledky.

V empirické části jsem provedla rozhovory se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách v Domově Palata, kde jsem zjistila zajímavé informace ohledně práce s psychobiografickým modelem péče a jeho vnímáním pracovníky. Dle tohoto modelu v zařízení pracují především zmínění pracovníci, kteří se vzájemnou spoluprací doplňují, každý sehraje důležitou a přitom viditelně velmi rozdílnou roli při získávání biografí klientů a následném aplikování v praxi. Šetření ukázalo, že spolupráce funguje nejen na úrovni sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, ale v rámci všech zaměstnanců Domova Palata, protože se toto zařízení snaží poskytovat co nejkvalitnější sociální péči. Psychobiografický model je hodnocen tak, že je přínosný hlavně pro klienty, ale i pro zaměstnance. Přináší s sebou úplně jiný pohled na osobnost člověka, protože lze ho i v nejhroších stádiích regrese stále chápat jako živou duši, kterou je potřeba rozpohybovat a motivovat ji k smysluplnému žití.

Po zpracování šetření a následném propojení s teorií jsem dospěla k názoru, že psychobiografický model je opravdu vhodnou inovací v pobytových službách, která přináší značně pozitivní výsledky.

Mám za to, že svou diplomovou prací přivedu pracovníky a nově přicházející pracovníky Domova k podrobnějšímu zamyšlení nad tématem psychobiografie, zorientování se v základních pojmech a celkově si zhodnotí důležitost jejich práce s životním příběhem a udržování si fungující týmové spolupráce. Mohou také popřemýšlet nad doporučeními a náměty do praxe.

Práce má také obrovský přínos pro mou profesi sociálního pracovníka, budu moci poznatky využít nebo propojit do různých oblastí, zřetelně to ovlivnilo můj osobnostní vývoj a přivedlo mě k hlubšímu zamyšlení nad člověkem a jeho živou duší.

SUMARRY

The Conclusionis In the diploma thesis called The Psychobiographical Model of Care in Home Palata - The Role and Cooperation of Social Worker with Social Services Workers I was concerned with conducting a survey of the role workers in social services and social workers while applying care in accordance with the psychobiographic model and I also looked into their mutual cooperation. I concentrated on the application of the psychobiographic model in practice how it is used and I evaluated the meaning of the psychobiographic model during providing care.

The aim of this thesis is summarising study about the use of the psychobiographic model in the Home Palata complementary characteristic empiric research. In this empiric research I describe and evaluate in detail this model and possibilities of cooperation between social workers and social services workers with the help of respondents.

The description of brief information about the Home Palata, information about the use of psychobiographic care model and the demarcation of social workers's and social services workers's competencies are partial aims. The representative research is not the main aim of my thesis, the intended research should have been descriptive and illustrative character. Despite the fact, it brings interesting results.

In the empiric research I interviewed social services workers and social workers as well, it brings interesting information about the work with the psychobiographic care model and how it is perceived by these workers. Mentioned workers fill in each other in particular work in accordance with this model, each of them play the important role and visibly very different role during the gaining clients's biographies and resulting application in practice. The research exposes the cooperation functions not only between social workers and social services workers but also between all employees of the Home Palata because this service tries to provide high quality social care. The psychobiographic model is evaluating for its benefit for clients as well as for employees. It brings completely new view of the human personality because we can perceive people with the worst stadiums of regression like human soul and we can help them to move again and motivate them for meaningful life.

After treating the research and resulting link with the theory I came to the statement the psychobiographic model is really appropriate innovation in social care which brings considerably positive results.

I think my diploma thesis can make employees and newcomers to the Home Palata think and reflect about the theme psychobiography, orientation in basic terms and evaluation of the importance of their work with life story and maintain their functioning mutual team cooperation. They can also consider my recommendations and suggestions in practice.

The thesis has the great benefit also for my future practice in social services and I can use the knowledge in my profession and connect it in different areas. It influences my personality development and it made me think about the human and its mental perception.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura

BARÁKOVÁ, M., KACZOR, M., ELICHOVÁ, M. Sociální pracovník jako archetyp postmoderního superhrdiny? *Sociální práce*. 2016, č. 5, s. 122-131. ISSN 1213-6204.

BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2015. ISBN 978-80-204-3197-4.

CIMRMANNOVÁ, T. Spiritualita v sociální práci s ohledem na vzdělání a kompetence pomáhajícího. *Caritas et veritas*. 2017, č. 1, s. 13-21. ISSN 1805-0948.

ELICHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.

FERTÁLOVÁ, T., ONDŘIOVÁ, I., MAJERNÍKOVÁ, L., HADAŠOVÁ, L. Validácia podľa Naomi Feil. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2017, č. 4, s. 166-171. ISSN 1212-0383.BN

FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A., KOPECKÁ, D., ZIMMELOVÁ, P., KAPLAN, E., *Metodika obslužné péče a základní výchovné nepedagogické činnosti v domovech pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Marcom, 2008.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HILGERT, M., SCHALLHORN, R. *Das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm*. München: GRIN Verlag, 2008. ISBN 978-3-638-03153-0.

HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M. *Na pomoc pečujícím. Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí*. 10. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2014. ISBN 978-80-86541-33-4.

CHLOUBOVÁ, H. Člověk ve zdraví a nemoci: Základní potřeby člověka. *Osobní rádce zdravotní sestry*. 2003, č. 4, s. 1-9. ISSN 1214-0074.

KAINRÁTHOVÁ, R. Unit Care: Koncept bydlení pro seniory. *Sociální služby*. 2015, č. 5, s. 24-25. ISSN 1803-7348.

- KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. s. 18. ISBN 80-85931-84-2.
- LUDÍKOVÁ, L. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1636-6.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MASLOW, A. H. *O psychologii bytí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MOHAUPTOVÁ, E. *Teambuilding*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-641-4.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

- PENKOWA, M. *Dogs & Human Health: The New Science of Dog Therapy & Therapy*. Bloomington: Balboa Press, 2015. ISBN 978-1452529028.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- PROCHÁZKOVÁ, E. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Sociální služby*. 2010, č. 2, s. 22-23. ISSN 1803-7348.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.
- REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RUBIN, J. A. *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. 2. vyd. New York: Brunner Routledge/Taylor & Francis, 2001. ISBN 978-1-58391-070-2.
- SCHINDLEROVÁ, O. *Na ruce si nevidím. Praktické dovednosti pro život se zrakovým postižením*. 1. vyd. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu, 2007. ISBN 80-86932-10-9.
- SIVEROVÁ, J., BUŽGOVÁ, R. Reminiscence v péči o seniory s demencí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2016, č. 2, s. 88-93. ISSN 1212-0383.
- SLOVÁČKOVÁ, L. *Postoj klientů asociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů*. Brno, 2016. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. prof. PhDr. Libor Musil, CSc.
- ŠPAČKOVÁ, A. *Umění dialogu. Jak si s lidmi opravdu porozumět*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3810-9.
- ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Slon, 2005. ISBN 978-80-86429-36-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁVROVÁ, S. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.
- ZENDER, T. *Überblick und Kritik: Psychobiographisches Pflegemodell nach Erwin Böhm*. München: GRIN Verlag, 2012. ISBN 978-3-656-24329-8.

ZEMAN, M. *Příběh Palaty. Ke 120. výročí Domova pro zrakově postižené*. 1. vyd. Praha: Marcom, 2008. ISBN 978-80-254-2682-1.

Internetové zdroje

PALATA. Palata: Domov pro zrakově postižené. In: *Palata.cz* [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <http://palata.cz/o-palate/>

PROCHÁZKOVÁ, E. EBIN - Erwin Böhm Institut. In: *Ebinbio.cz* [online]. Liberec, 2015 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/erwin-bohm/>

ČTK. Praha postaví domov pro seniory trpící demencí za 385 milionů. In: *Tyden.cz* [online]. Praha: EMPRESA MEDIA, a.s., [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: https://www.tyden.cz/rubriky/byznys/cesko/praha-postavi-domov-pro-seniory-trpici-demenci-za-385-milionu_463565.html

SOCIÁLNÍ REVUE. Oborové spolky: Profesní zákon je nezbytný pro rozvoj sociální práce. In: *Socialnirevue.cz* [online]. Praha, 2015 [cit. 2018-05-03]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/oborove-spolky-profesni-zakon-je-nezbytny-pro-rozvoj-socialni-prace>

SONS ČR. Klasifikace zrakového postižení podle WHO. In: *SONS* [online]. Praha, 2015 - 2017 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <http://archiv.sons.cz/klasifikace.php>

ZAJACOVÁ, M. Profesionální sociální pracovník v současné společnosti. In: *Socialniprace.cz* [online]. 2014 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=676>

ZÁKONY PRO LIDI.CZ. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zakonyprolidi.cz* [online]. 2017 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Otázky do rozhovoru

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru

Příloha č. 3: Biografický list

Příloha č. 1: Otázky do rozhovoru

TO1: Jak byste představil/a psychobiogr. model péče v Domově Palata člověku, který se s tímto modelem nesetkal?

TO2: V jaké fázi začínáte pracovat s tímto modelem při příjmu nového klienta?

TO3: Jak probíhá u klientů Vaše práce s tímto modelem? Co je jejím obsahem?

TO4: Jak využíváte prostředí při poskytování péče dle psychobiografie? Co dále využíváte?

TO5: Existují aktivity, které Vám pomáhají při zjišťování informací, udržení klienta v dobrém psychickém stavu? Pokud ano, jaké?

TO6: Jakým způsobem spolupracujete s SP/PvSS?

TO7: Jak je pro Vás spolupráce přínosná/nepřínosná?

TO8: Doporučil/a byste konkrétně nějaké změny ve spolupráci? Pokud ano, jaké?

TO9: Vnímáte nějaké problémy ze strany klientů při sestavování životního příběhu nebo při aplikaci psychobiografického přístupu v péči?? Proč ne/ano?

TO10: Jaké změny chování pozorujete u klientů při využití Böhmovo modelu a před ním?

TO11: Jaký zastáváte názor na péči podle psychobiografického modelu a jak sami se při práci cítíte?

TO12: Setkáváte se při zavádění modelu s problémy, které byste rád/a změnil/a? Konkrétně uveďte, co by se dalo v této oblasti vylepšit?

TO13: Co hodnotíte v přístupu psychobiograf. modelu jako největší přínos?

TO14: Napadá Vás nějaké doporučení popřípadě rada spojená s psychobiografickým modelem, kterou byste chtěl/a předat kolegům? Konkrétně uveďte.

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru

Doslovné verze ostatních rozhovorů jsou archivované a k dispozici u autora této práce.

TO1: Jak byste představil/a psychobiogr. model péče v Domově Palata člověku, který se s tímto modelem neseťkal?

Já ho představuji celkem často, protože zaučuji nové síly, co sem nastupují. V podstatě ten psychobiografický model představuji lidem z ulice, co sem přijdou, aby věděli, do čeho jdou, protože oni nemají vůbec přehled o tom, co se tady děje, co budou dělat za práci, když sem nastupují. Musím je seznámit, než k nám bude chtít nastoupit, s čím budou pracovat. Já jsem na Palatě 16 let, u toho modelu jsem začínala, vyvíjí se to postupně, pořád se to učíme, pořád to není uzavřené, vzděláváme se. V podstatě bych ho představila tak, že je to velice zajímavý model z toho důvodu, že my musíme znát ten životní příběh člověka. Hlavně jde o tu individualitu. Každý člověk je individuální a tím, že my známe ten životní příběh toho člověka, tak s tím můžeme pracovat. Dál to rozvíjet. Je to péče o duši toho člověka.

TO2: V jaké fázi začínáte pracovat s tímto modelem při příjmu nového klienta?

My máme zpracovaný životní příběh člověka od rodiny, který nám zajišťují sociální pracovníci u příjmu, kdy klient podepisuje smlouvu a rodina nebo příbuzní mají dodat jeho životní příběh, abychom měli aspoň základní informace, protože ten člověk k nám nastupuje v demenci, kdy od něj ty informace už nezískáme, ale získáváme je přes tu sociálního pracovníka. Stanoví se klíčový pracovník. Hlavně ten náš první kontakt s psychobiografií nového klienta je až od začátku pobytu na Palatě, dřív se s tím neseťkáme.

Doplňující otázka: Tedy až je tady člověk fyzicky. Pak vás sociální pracovníci oslovují a předávají vám ty informace. A jak je to s tím klíčovým pracovníkem?

O klíčovém pracovníku rozhodne vedoucí úseku. Člověk, který nastupuje jako nový, je zařazen k nějakému zaměstnanci jako ke klčovému. Ten klčový si klienty přijímá při nástupu do zařízení, seznámí ho s pobytem, přebere ho na lůžko, uklidí jeho věci, nechá mu je označit a komunikuje s ním. Individuálně se tomu člověku věnuje. V podstatě má toho klčového po ruce, už se k němu upíná, že tady není úplně sám, když tu už není rodina, že se na někoho může obrátit a ví, že ten někdo je tam. Myslí si, že jsme tady pro něho 24 hodin

a je těžké jim to vysvětlit, že informace může předat i jiný člověk, že se to my, klíčoví, dovíme. Hlavně ten první kontakt je od začátku a ten člověk se nebojí nastoupit do cizího zařízení a ví, že tady má už někoho bližšího, ne blízkého, ale bližšího.

TO3: Jak probíhá u klientů Vaše práce s tímto modelem? Co je jejím obsahem?

Když k nám ten člověk nastoupí, provádíme mapování. Co má rád, informace, které z toho životního příběhu nemáme. Pišeme to do zvláštního sešitu a tím si člověka zmapujeme a víme, jaké postupy s ním přesně máme při práci s ním udělat. Pak se provádí skórování, určujeme stupeň demence, do jaké skupiny, na jakém pomyslném schodě se nachází, do jaké skupiny ho zařadíme. Abychom věděli celý tým, pracujeme týmově, do jaké skupiny ho zařadíme, na jaké úrovni ten člověk je a jakým způsobem ho můžeme dostat výš. Snažíme se ho zvedat, pokud to jde, vyzorujeme, co měl rád, na co se upne a tím my ho zvedáme a hodně se nám to daří. Podle toho my v přímé péči plánujeme individuální plán péče.

Doplňující otázka: Konzultujete ho s někým nebo ho vytváříte sama za sebe?

Vytvářím ho sama za sebe, kontroluje ho vedoucí úseku a každou středu máme schůzky klíčových pracovníků, kdy probíráme životní příběh určitého klienta, kterého si vybereme, provádíme skórování, zařazujeme ho, jak se nám zvednul nebo jestli nám padá a děláme krizové plány, pokud padá. Vytváříme krizové plány a kontrolujeme si to všechno na těchto schůzkách.

TO4: Jak využíváte prostředí při poskytování péče dle psychobiografie? Co dále využíváte?

Prostředí...no my to tady máme komplikované, máme tady zrakově postižené lidi, kteří nevidí, jak s nimi můžete něco tvořit, ukazovat mu fotky rodiny? My musíme pracovat s tím nevidomým člověkem taky. Když máme rodinné fotky, tak mu je musíme popsát – to je maminka, to je sestra...hodně s nimi komunikovat...

Doplňující otázka: Důležitá je tedy komunikace?

Ano, hlavně komunikace, jinak hmatem. Měli jsme tady klientku, která byla už na úrovni 4-5 stupně demence, měla ráda okurky. Dali jsme jí okurky, ona se rozzářila, hmatem poznala okurku, tak si to vybavila, jak dříve pracovala se zeleninou. Některé dámy rády nosí korále, tak stačí, když si šáhnou na ty korále.

Doplňující otázka: To už v těch lidech vyvolává ty impulsy? A co využíváte ještě, uveďte mi nějaké příklady.

Ano, vyvolá to. Využíváme i vůně. Je zde aromaterapeutka. V životním příběhu je napsáno, jakou měl rád ten člověk vůni, takže aromaterapeutka mu ji natírá na ruce. Používáme bazální stimulaci, i s tím se pracuje. Jiné rituály – někdo si rád dá v poledne černou kávu, před polednem nebo po obědě a tak se nám postupně daří toho člověka zvednout.

TO5: Existují aktivity, které Vám pomáhají při zjišťování informací, udržení klienta v dobrém psychickém stavu? Pokud ano, jaké?

Tady se provádějí běžné aktivity, protože jsou ti lidé nevidomí, je to komplikovanější, provádějí se ruční práce a na denní místnosti probíhají běžné činnosti, čtení, taky muzikoterapie, jinak speciální aktivity mě teď nenapadají, dělá se to, na co byli zvyklí...no to co zvládnou.

TO6: Jakým způsobem spolupracujete s SP/PvSS?

Sociální pracovník dochází na schůzky klíčových pracovníků, zajistí klienta, podepisuje smlouvu, nám ho předají, dál nejsme v kontaktu, pak už nejsme v kontaktu, jen nám může říct ještě, co rodina, informace, které jsme nezachytili, dál pak s námi už nespolupracuje. Můžeme se však na něj obrátit, když bude třeba. Například, když se řeší nájemné, o tom my nic nevíme. Pamatuji si, jak jeden pán se furt bál, že nemá zaplacený nájemný, tak my jsme nevěděli co s tím, řekli jsme to sociálnímu pracovníkovi, ten přišel a pánovi řekl...tak tady máte papír s potvrzením o zaplacení...je to někdo jiný, že jo, klient ho nevidá každý den, sdělil mu, že to zajišťuje a že se nemusí bát...tak že i tak probíhá ta spolupráce s nimi, tam můžeme si za nimi kdykoli dojít pro pomoc a oni vždycky přijdou...

TO7: Jak je pro Vás spolupráce přínosná/nepřínosná?

Určitě je, ale my klíčoví neznáme spoustu informací, které by se nám hodily – jak moc platí za tuto službu, to my vůbec nevíme. My klientům nakupujeme...neznáme třeba stav konta, jak moc má vyčerpáno a kolik mu zbývá.

TO8: Doporučil/a byste konkrétně nějaké změny ve spolupráci? Pokud ano, jaké?

Tak bylo by dobré vědět, jak jsem zmiňovala stav jeho konta. Určitě by to bylo lepší. Měli jsme tady jednu paní, šli jsme jí nakoupit a až v kiosku jsme se dověděli, že paní nemá

peníze. My tyto informace o klientech vůbec nemáme. I když si myslím, že by mi to řekli, když bych se přímo zeptala, to zase ne, že ne, ale ta spolupráce v těchto informacích tady už neprobíhá. Nevím, co bych jinak změnila. Nechci nic změnit, ta práce mi takhle vyhovuje. Kdybych potřebovala vědět o klientovi, co zrovna fakt potřebuje např. nakoupit a došla si za nimi, tak mi ty informace určitě podají. Jakýkoliv problém s nimi mohu vždy vyřešit. Funguje zde skvělá týmová spolupráce.

Doplňující otázka: Intenzivní spolupráce, jak jsem správně pochopila, neprobíhá po dobu, kdy vám klienta SP předá, pak o něj pečujete jako pracovník v sociálních službách, spolupráce je tedy ojedinělá. A když nastane smrt klienta, tak s ním spolupracujete?

V podstatě mu odvezeme jen pozůstalost.

TO9: Vnímáte nějaké problémy ze strany klientů při sestavování životního příběhu nebo při aplikaci psychobiografického přístupu v péči?? Proč ne/ano?

Stane se, že někdo podávat informace nechce, to se nám stává. Většinou máme ale informace od rodiny klienta už při příjmu, respektive sociální pracovník má a sděluje na sociálním šetření, že Palata podle toho pracuje a je to podmínkou příjmu. Ale ano. Je problém v tom, že jsou tu i dementní lidé, se kterými je komunikace náročnější. Někteří nekomunikují vůbec. Zpočátku vůbec nepromluví, než se nám podaří, aby se tady aklimatizovali a začali s námi spolupracovat. To trvá nějakou dobu. Biografii musíme mít do 3 měsíců, plán do měsíce. Někdy je obtížné informace od takového člověka získat.

Doplňující otázka: Jak se řeší situace, když klient nechce komunikovat a měli byste jeho biografii utvořit do 3 měsíců?

To zařizují sociální pracovníci při příjmu, kde získají příběh klienta od jeho rodiny. Zjistí aspoň něco, s čím my dál můžeme pracovat. Samozřejmě když máme málo informací, pracuje se hůře. Hodně nám jde o informace s dětství, protože lidi se vrací na tu úroveň myšlení. Potřebujeme např. vědět, jak se jmenovala klientka za svobodna a když Vám to klient neřekne, tak nemáte z čeho mapovat.

Doplňující otázky: Ptáte se, i jak je máte oslovovat? Třeba když byl někdo doktor, tak byl asi zvyklý na oslovení pane doktore...

Někteří si na to hodně potrpí a trvají na tom. Potom někteří se dostanou do stádia, kdy už jim to začne být jedno. Např. u jedné paní (byla JUDr.) díky biografii víme, že její

dědeček ji oslovoval žabičko, a když ji ráno řeknete, Dobré ráno *****, jak se žabička vyspala? Ona se úplně rozzáří. Když s ní budete mluvit normálně, tak ona vám nerozumí, ale když s ní budete komunikovat, jak její dědeček nebo babička, tak ona najednou rozumí, rozzáří se a je úplně někde jinde.

TO10: Jaké změny chování pozorujete u klientů při využití Böhmovo modelu a před ním?

V tomhle je obrovský pokrok. Dřív to nebyly domovy, to byly nemocnice, ústavy. Péče spočívala v tom, aby člověk dostal najíst, aby byl v čistotě, převlečený, nepočůraný. Dnes se dívá i na tu duši a v tom je veliký pokrok, člověk je díky tomu v naprosté pohodě, to dříve nebylo. Jo a to je hrozný pokrok v té péči.

TO11: Jaký zastáváte názor na péči podle psychobiografického modelu a jak sami se při práci cítíte?

Pozitivně, pracuji tu dlouho a začínala jsme v době, kdy tu ještě psychobiografie nefungovala a vidím, jak je práce úplně jiná, už nejde jen o tělo, ale i o tu duši. Ovšem je to také mnohem náročnější.

TO12: Setkáváte se při zavádění modelu s problémy, které byste rád/a změnil/a? Konkrétně uveďte, co by se dalo v této oblasti vylepšit?

Jak jsem říkala, je to hodně náročné pro personál, hlavně z důvodu papírování, protože vše musí být papírově doloženo. My se ale potřebujeme tomu člověku věnovat, komunikovat s ním, ošetřit ho a je potřeba k tomu mít potřebný čas. K tomu máte spoustu papírů, na které my pečovatelky nemáme moc času (např. vyplnit krizový plán, individuální plán, soupis potřeb atd.). Prostě spoustu papírů, furt se přidávají. My na to ale opravdu nemáme čas, my chceme věnovat ten čas těm lidem, chceme s nimi jít ven, zvedat je...člověk se nám ani neotevře při komunikaci ve spěchu, on musí vědět, že je prostor pro to něco sdělit, že my jsme v klidu, oni to všechno cítí...taky je problém, že u toho moc lidí nevydrží, je to opravdu více psychicky i fyzicky náročnější práce s tímto modelem, hodně lidí je po dvanáctihodinové směně vyčerpáno...no a lidi odchází, když si to zkusí a nevyhovuje jim to, je nás tu stále málo a když někdo přijde, tak je tu chvíli, ale pak jsou tu lidi, kteří tu pracují již několik let, práce je baví a jsou spokojení.

TO13: Co hodnotíte v přístupu psychobiograf. modelu jako největší přínos?

Je to velice zajímavý projekt, na který v současné době najíždí spoustu domovů. Je to znát hlavně v péči o klienta, to se vůbec nedá srovnat s tím, jak se k tomu přistupovalo dříve. Přínos je v individuálním přístupu. To dříve nebylo. Dřív byl daný program, čas snídaně apod., a docházelo k tomu, když jste klienta vzbudili, byl nepříjemný. Dnes, když klient chce ráno spát, necháme ho a snídani dostane později a je celý den v pohodě. Přístup personálu ke klientům je jiný a to je pozitivní. My se přizpůsobujeme klientovi, ne on nám.

TO14: Napadá Vás nějaké doporučení popřípadě rada spojená s psychobiografickým modelem, kterou byste chtěl/a předat kolegům? Konkrétně uveďte.

Tento model bych určitě doporučila všem zařízením, protože se jedná o model, kdy podle životního příběhu člověka vidíte, co potřebuje a snažíte se ho udržet co nejdéle tak, aby byl soběstačný. Přijde nám sem např. člověk, který jde hodně dolů, protože ví, že jde do cizího, tak spadne, ale díky tomu, že my známe jeho životní příběh, tak ho dokážeme zvedat a on se může opět dostat do stádia, kdy je soběstačný. Možná už jen na chvíli, ale i tak to stačí, když je to starý člověk.

Příloha č. 3: Biografický list

Jméno:

Místo narození:

Rodiče:

Otec – povolání:

Matka – povolání – povinnosti:

Dětství

1. Kde jste se narodil/a?
- 2a. Sourozenci
- 2b. Musel/a jste se starat o sourozence?
3. Zvláštní vlastnost
4. Zvláštní nadání/ zručnost
5. Oblíbené dítě/kamarád
6. Oblíbené jídlo/pití
7. Oblíbené vůně
8. Oblíbená píseň/hudba
9. Krajina domova/oblíbený obraz
10. Oblíbená činnost
11. Povinnosti doma
12. Povinnosti ve škole
13. Povinnosti v dalším vzdělávání
14. Ostatní
15. Co bylo dovoleno ve volném čase?
16. Co bylo zakázáno ve volném čase?
17. Výchova

Všeobecně

18. Náboženství
19. Příjemné vzpomínky
- Negativní vzpomínky

Mládí

1. Volba povolání
2. Svobodná rozhodnutí
3. Svoboda
4. Povinnosti
5. Idoly a vzory
6. Aktivní činnost v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky
7. Ukončení školy
8. Radost z práce/povolání
9. První láska
10. Co bylo, bylo

Dospělost

1. Povinnosti/pracovní úkoly
2. Svatba
3. Manželství
4. Přátelství
5. Děti
6. Potraty
7. Úmrtí dítěte
8. Ostatní vztahy
9. Zdravotní problémy
10. Zdravotní omezení
11. Volný čas

12. Životní negativa
13. Víra, kultura, sport, zájmy, politika
14. Ztráty v dospělosti
15. Co bylo, bylo

Stáří

1. Odchod do penze
2. Ztráta povinnosti
3. Nové úkoly, povinnosti
4. Nové plány
5. Nové role
6. Životní bilancování
7. Zvláštnosti v současnosti
8. Zvláštnosti stáří
9. Které životní období bylo pro Vás nejšťastnější?
10. Co bylo v životě zvláště obtížné?
11. Co ještě zůstává?
12. Odchod a loučení
13. A co bude dál
14. Je vám 5 let
15. Co bylo, bylo

Datum:

Podpis:

Tabulka níže je využívána pro závěrečný souhrn biografických údajů a je součástí vizitace péče, při které je řešen transfer biografických údajů do plánů péče.

Dětství	Mládí	Dospělost	Stáří

Zdroj: *Procházková (2014, s. 119-121)*