

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra Sociální práce



Diplomová práce

Bc. Terezie Zárubová, DiS.

**Způsoby využití metody Psychobiografického  
modelu v péči o seniory v pobytových zařízeních**

Praha 2023

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Cidlinská, Ph.D.



## Poděkování

Děkuji všem, kteří mi při psaní práce byli nápomocni. Zvláště pak děkuji všem respondentkám a sociálním službám, které byly ochotny se na mém výzkumu podílet a pokusily se mi přiblížit jejich práci. Velmi také děkuji paní Mgr. Kateřině Cidlinské, Ph. D. za vedení práce, podnětné rady a trpělivost.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V.....Dne.....

.....

Terezie Zárubová

## Abstrakt

Diplomová práce pojednává o využití Psychobiografického modelu Erwina Böhma v péči poskytované seniorům, kteří jsou klienty pobytových zařízení. Cílem je zjistit, jak se promítá zavedení Psychobiografického modelu do péče o klienta a jakým způsobem sociální pracovníci využívají tento model v péči o seniory v kontextu obecného standardu kvality číslo 5 – tedy individuálního plánování péče. Konkrétně práce mapuje způsob práce s biografií a využití dat získaných pomocí modelu biografie klienta prostřednictvím kvalitativní studie, která sestává ze dvou hlavních částí: 1) polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky v pobytových zařízeních pro seniory; 2) analýzy individuálních plánů péče a biografických listů klientů. Z provedené analýzy vyplývá, že Psychobiografický model péče se promítá do všech oblastí poskytované péče. Jeho využití otvírá poskytované péči nové možnosti, které staví na schopnostech a možnostech klienta vycházejících z jeho životního příběhu. Tento potenciál však staví primárně na proaktivním přístupu personálu k využívání tohoto modelu. V praxi také dochází k propojením Psychobiografického modelu a paliativní péče. Díky cílenější aktivizaci může dojít ke znovuoživení smyslu života u klientů. Ze závěrů výzkumu také vyplývá, že využitím Psychobiografického modelu lze nastavovat kvalitnější péči i v pobytových zařízeních velkého typu.

## Klíčová slova

Psychobiografický model péče, individuální plánování, péče o seniory, pobytová zařízení, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální práce, standardy kvality

## Abstract

The thesis is dedicated to the use of Erwin Böhm's Psychobiographical model in the care provided to the elderly who are clients of residential institutions. The aim is to find out how the introduction of the Psychobiographical model is reflected in client care and how social workers use this model in the care of the elderly in the context of the general quality standard number 5 – individual care planning. Specifically, the thesis will map how are used the biography and the data obtained through the client biography model. The aim will be achieved through a qualitative study, which will consist of two main parts: 1) semi-structured interviews with social workers in residential facilities for the elderly; 2) analysis of individual care plans and client biographies. The analysis shows that the Psychobiographical Model of Care is reflected in all areas of care. Its use opens up new possibilities for the care provided, building on the client's abilities and possibilities based on his/her life story. However, this potential relies primarily on a proactive approach by staff to use the model. In practice, there are also links between the Psychobiographical Model and palliative care. Through more targeted activation, clients can regain a sense of purpose in their lives. The research findings also suggest that by using the Psychobiographical Model, better quality care can be set up even in large residential facilities.

## Key words

Psychobiographical model of care, individual planning, care for the elderly, residential facilities, homes for the elderly, homes with special régime, social work, quality standards

# Obsah

Úvod.....	8
1. Stárnutí populace .....	9
1.1 Definice stáří .....	9
1.1.1 Jevy provázející stárnutí .....	10
2. Zákon 108/2006 Sb. o sociální službách .....	12
2.1 Terénní služby .....	13
2.2 Ambulantní služby .....	13
2.3 Pobytové služby .....	13
2.3.1 Týdenní stacionáře .....	13
2.3.2 Domovy se zvláštním režimem.....	14
2.3.3 Domovy pro seniory .....	14
3. Kvalita sociálních služeb .....	16
3.1 Standardy kvality .....	16
3.2 Individuální plánování průběhu sociální služby .....	18
4. Specifické metody práce se seniory v pobytových zařízeních .....	21
4.1 Muzikoterapie .....	21
4.2 Preterapie.....	21
4.3 Validace.....	22
4.4 Reminiscence .....	25
5. Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma .....	27
5.1 Původ modelu.....	27
5.2 Definice .....	27
5.3 Hlediska, z nichž model vychází.....	28
5.3.1 Ideologie holistického přístupu.....	28
5.3.2 Respekt k jedinečnosti jedince a k jeho životnímu příběhu.....	29
5.3.3 Důraz na psychickou stránku člověka .....	29

5.3.4	Princip normality klienta .....	29
5.3.5	Sedm fází regrese .....	30
5.3.6	Odbornost, profesionalita a osobnost pečujícího personálu .....	32
5.3.7	Terapie prostředím .....	32
5.4	Zaměření péče .....	33
5.5	Dosavadní výzkumná zjištění o funkčnosti Psychobiografického modelu .....	33
6.	Metodologie výzkumu .....	35
6.1	Výzkumný cíl práce a otázky .....	35
6.2	Výzkumný vzorek .....	35
6.3	Etické aspekty výzkumu .....	37
6.4	Technika sběru dat .....	37
6.5	Metoda analýzy dat .....	38
7.	Analýza dat .....	40
7.1	Nástroje Psychobiografického modelu péče .....	40
7.1.1	Dokumenty .....	40
7.1.2	Získávání dat .....	44
7.2	Práce s Psychobiografickým modelem péče .....	46
7.2.1	Oblasti péče o klienta .....	46
7.2.2	Prostor pro další rozvoj konceptu Psychobiografického modelu péče .....	48
7.3	Benefity využívání modelu .....	50
7.3.1	Dobře uchopitelný a praktický .....	50
7.3.2	Multidisciplinární spolupráce .....	50
7.3.3	Přirozené navázání na předchozí život .....	51
7.3.4	Předcházení chybám a traumatizaci klienta .....	51
7.3.5	Hlubší vztahy .....	52
7.3.6	Bilance a sumarizace života .....	53
7.4	Limity .....	53
7.4.1	Rodina .....	53



7.4.2	Veřejný opatrovník .....	53
7.4.3	Předchozí negativní zkušenosti klienta.....	54
7.4.4	Čas .....	54
7.4.5	Zahlčení .....	54
7.4.6	Personál.....	55
	Diskuse.....	56
	Závěr .....	58
	Citovaná literatura.....	59
	Přílohy.....	63

## Seznam použitých zkratek

WHO – World health organization (Světová zdravotnická organizace)

SS – Sociální služby

DZR – Domovy se zvláštním režimem

IPA – Interpretative phenomenological analysis (Interpretativní fenomenologická analýza)

## Úvod

Zvyšující se podíl seniorů v populaci je jev, který nás jako evropskou společnost provází již velmi dlouhou dobu (ČSÚ, 2022). Tato tendence s sebou přináší otázku, kdo a hlavně jak se postará o seniory, o které se nezvládají starat jejich rodinní příslušníci? Se stále větším tlakem na výkon populace v produktivním věku nezbývá příliš času a prostoru postarat se o svoji matku či otce, který již není schopný zvládat každodenní péči o sebe. Z tohoto důvodu se řada lidí uchyluje k řešení v podobě pobytových sociálních služeb. Po těchto zařízeních chtějí, aby jejich rodinným příslušníkům byla poskytována co nejlepší péče přizpůsobená jejich potřebám a individuálním možnostem. Proto je tématem této diplomové práce využití biografického modelu Erwina Böhma v péči poskytované seniorům pobytových zařízení. Tato metoda péče je postavena na poznávání klienta skrze jeho životní příběh. Mapováním jeho života dochází k nastavení individuálnější péče a snazšímu budování vztahu mezi personálem a klientem. Cílem je zjistit způsoby využití tohoto modelu, zmapovat jeho proces tvorby a vliv na poskytovanou péči. Pozornost v této práci věnuji standardům kvality a hlavně pak Standardu číslo 5, který se zabývá individuálním plánováním průběhu poskytování služby a jeho propojením s Psychobiografickým modelem. Praktická část je realizována formou kvalitativního šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří využívají Psychobiografický model ve své práci. Cílem tohoto šetření je zmapovat benefity plynoucí z využívání Psychobiografického modelu v návaznosti na proces plánování péče.

# 1. Stárnutí populace

Stárnutí populace je dlouhodobě diskutovaným tématem. S rychle se vyvíjející medicínou se délka doby dožití stále zvyšuje. Zároveň však dochází ke stagnaci porodnosti. Podíl seniorů v populaci tedy stále roste. V České republice se v současné době, dle Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2022), podíl osob starších 65 let pohybuje kolem 20 %.

Již v práci Kováčové, Loudy a Rybové (2011) se uvádí, že zvyšování průměrného věku obyvatelstva povede k nutnosti posílit veřejnou sociální infrastrukturu na regionální úrovni. Nejen z tohoto hlediska je třeba, aby se naše pozornost zaměřila na zkvalitnění poskytované péče této početné skupině naší společnosti.

## 1.1 Definice stáří

Mühlpachr (2004, str. 18) definuje stáří jako přirozený závěr buněčného vývoje jedince. K tomuto vývoji dochází vlivem genetických modifikací podmíněných různými faktory. Především se však jedná o determinanty jako jsou nemoci, životní styl a sociální prostředí a podmínky k životu. Všechny tyto faktory jsou také doprovázeny změnami sociálních rolí, kdy dochází k odpoutání dětí od rodičů, přechodu do důchodu nebo také úmrtí jednoho z partnerů.

Vymezení definice stáří je náročné. Je to patrné z toho, jak se jednotliví autoři a autorky liší v přístupu k jejímu vymezení. Někteří se soustředí spíše na věkové vymezení, jiní spíše na hodnocení zdatnosti a soběstačnosti. Příhoda (in Mühlpachr, 2004, str. 20-21) například dělí stáří do tří fází. První fází je tzv. *rané stáří* (60-74 let). Této fázi vládne adaptace na penzi a odchod do důchodu. Senior si zvyká na přebytek volného času, kterému se mu předtím nedostávalo. Nastává fáze vybírání zálib a koníčků, kterými by volný čas vyplnil a prostřednictvím kterých se bude moci seberealizovat. Následuje fáze, kterou Příhoda nazval jako *vlastní stáří*, tedy období 75-89 let. V této fázi dochází k nárůstu zdravotních problémů, které omezují dosavadní schopnosti péče o sebe sama. Typicky již člověk nezvládá klasické činnosti, které byl dřív zvyklý dělat sám, což vede ke zvýšení frustrace a úzkosti. V této fázi také dochází k atypickým průběhům chorob. Poslední fázi označuje jako *dlouhověkost*, patří sem skupina 90 a více let. Je primárně spojena s podporou soběstačnosti seniora a se snahou zabezpečit jeho potřeby v plném rozsahu. Jednotlivé charakteristiky zmíněných období se však mohou mezi sebou mísit a nelze je jednoznačně přiřadit k jediné fázi.

Dle Kalvacha (in Vosečková, 2014 str. 6-8) se však stáří může dělit nejen podle věku, ale také podle skutečného funkčního potenciálu člověka. Jednotlivé fáze tedy rozděluje podle

rizikovosti a potřeby sociálních a zdravotních služeb a podle fyzické i funkční zdatnosti do tří kategorií. První skupinu tvoří tzv. *zdatní seniori*. Lidé v této fázi dosahují výborných fyzických i kognitivních zdatností. Je zde kladen důraz na edukaci, aktivní přístup ke stáří, zdravý životní styl a prevenci (hlavně kvůli projevům degenerativních onemocnění typu artróza, Alzheimerova nemoc apod.), to vše samozřejmě přiměřeně věku. Do druhé kategorie patří *nezávislí seniori*. Nepotřebují neustálou péči, ale dochází u nich ke zhoršení kognitivních dovedností (zmatenosti apod.) na základě zhoršení zdravotního stavu. Například po operaci, zlomenině nebo infarktu. Poslední, třetí skupina sestává z *křehkých seniorů*. U těchto seniorů již dochází k většímu riziku pádů a různých úrazů. Kromě zhoršení fyzických dovedností dochází také k rapidnímu propadu kognitivních funkcí, které již mohou být klasifikovány jako počáteční demence. Seniori také často bývají psychicky labilní až depresivní. Tato skupina lidí již bývá zpravidla závislá na vnější pomoci, proto se jedná o klienty sociálních služeb či pacienty zdravotnických zařízení.

### 1.1.1 Jevy provázející stárnutí

Mühlpachr (2004, str. 19) definuje dvě oblasti, které vymezují stáří. První z nich jsou biologické projevy stáří. Ty popisuje jako pokles funkční zdatnosti, snížení schopnosti adaptačních mechanismů nebo celkovou atrofii. V důsledku opotřebení organismu dochází také k polymorbiditě a všeobecně větší náchylnosti k různým chorobám typickým u vyššího věku. Přes tyto průvodní jevy se však nepodařilo přesně určit jasnou hranici stáří, protože u každého jedince může k těmto jevům docházet v jinou dobu. Mühlpachr (2004, str. 19) tedy uvádí, že „...*chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkčních zdatností.*“

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) (2015) popisuje stárnutí jako molekulární a buněčnou změnou organismu, která má za následek polymorbiditu, tedy větší náchylnost k různým druhům onemocnění. Dle Klevelandové (2017, str. 23-26) jsou častými problémy provázejícími stáří poruchy pohybového aparátu způsobené osteoporózou a úbytkem svalové hmoty, čímž dochází k většímu riziku pádu a tedy i fraktur. Dále dochází k oslabení kardiopulmonálního systému, což znamená, že dochází k menším pohybům hrudního koše a následkem toho se snižuje i kapacita plic. To má vliv na celý organismus, protože zapříčiňuje i nižšímu okysličování srdce a tedy menší průtok krve dalšími důležitými orgány. Snížením objemu krve dochází k oslabení a ztenčení cév, což má za následek kardiovaskulární onemocnění, cévní mozkové příhody i úbytek kognitivních dovedností atd. Tento jev však

nelze vázat s konkrétním věkem, protože proces stárnutí je do značné míry individuální jevem, který se u každého projevuje v jiné formě a intenzitě. Je třeba hledět také na ostatní okolnosti ovlivňující fyzickou, kognitivní i psychickou kapacitu seniora. Tyto oblasti může ovlivňovat například míra stimulace sociální prostředí nebo ekonomické zajištění seniora.

Tím se tady dostáváme k tomu, že kromě biologických změn je proces stárnutí doprovázen také změnami v sociální oblasti, což je dle Mühlpachra (2004, str. 19) druhým faktorem. Jedná se o jev determinující stáří především souhrnem několika sociálních změn. Nejčastěji se jedná o dosažení věku odchodu do důchodu. „*Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.*“ (Mühlpachr, 2004, str. 19) Přechod od aktivního a produktivního života k důchodovému „volnému“ režimu je pro člověka velká změna, která působí i na psychiku člověka. Tato nově přijatá životní etapa může být velmi náročná ve smyslu ztráty každodenní činnosti, ztráty smyslu nebo pocitu zbytečnosti a nepotřebnosti. V pozdějším věku dochází také často k proměnění rolí, které nastává, když se děti starají o své rodiče.

Haškovcová (2010, str. 15-18) popisuje, že dokud člověk chodí do práce a je v produktivním věku, má určitou strukturu dne, tzv. základní životní program. V tomto období má také jistou svou sociální roli, která dává jeho dnům a životu význam, který je jasný okolí i člověku samotnému. Se ztrátou těchto jasně stanovených rolí člověk přichází o životní jistoty, pocit potřebnosti a vlastní důležitosti. Tato rovina se samozřejmě podepisuje i na psychické stránce seniora. Ztráta smyslu života, kterou vnímal ve své práci, může vést k propuknutí depresí.

Z důvodu zvyšujícího se věku dochází také k častější ztrátě blízkých vztahů. To vede k uvědomění si vlastní smrtelnosti a uvědomování si blížícího se konce. Důležitým milníkem je například, když senior dosáhne vyššího věku než jeho rodiče. V této oblasti také může dojít ke změně hodnotových orientací. Častým jevem je přechod od materialistických perspektiv k perspektivám spirituálním či transcendentálním.

Jak z výše uvedeného vyplývá, stárnutí je provázeno značnými změnami majícími vliv na psychický i fyzický stav člověka. S těmito změnami jsou také spojené vyšší nároky na vnější zdroje pomoci. Proto jsou základní principy potřebné k zajištění adekvátní pomoci legislativně ukotveny. V České republice je základ poskytovaných služeb tvořen zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jemuž se bude věnovat následující kapitola.

## 2. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách s účinností od 1.1.2007 je legislativou ukotvující péči poskytovanou v rámci sociálního systému ČR. Utváří právní rámec pro vztahy mezi lidmi, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci z nejrůznějších důvodů a institucemi poskytujícími jim služby (Dvořáčková, 2012, str. 86). Zajišťuje odpovídající standard služeb prostřednictvím povinné registrace nestátních poskytovatelů a povinností poskytovat péči v souladu se Standardy kvality. Stanovuje také způsoby financování péče poskytované prostřednictvím těchto služeb, podmínky pro získání příspěvku na péči a podmínky pro vykonávání práce sociálního pracovníka (MPSV, 2006).

Dle zákona (MPSV, 2006), § 32 a §33 se mezi základní druhy sociálních služeb řadí sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto druhy jsou dále děleny podle formy poskytované péče, a to na terénní, ambulantní a pobytové. Terénní služby jsou klientovi poskytovány v jeho přirozeném prostředí. Ambulantní služby nabízejí klientům možnost navštěvovat zařízení dané sociální služby, bez možnosti ubytování. Pobytová zařízení jsou ta zařízení, která nahrazují klientům jejich domácí prostředí. Jejich péče tedy zahrnuje ubytování a veškeré náležitosti spojené s běžnými denními potřebami klientů.

Základními činnostmi, které jsou všechny registrované sociální služby povinny poskytovat podle zákona 108/2006 Sb. § 35, jsou zajištění prostředí, které bude zabezpečovat ubytování a stravu na dostatečné úrovni. Služby by měly poskytovat dostatečnou pomoc a podporu při zvládnutí péče o vlastní osobu, domácnost a zajištění potřebné pomoci v oblasti osobní hygieny. A v neposlední řadě by měly vytvářet prostředí, které zprostředkovává sociální kontakt, poskytuje základní sociální poradenství, sociálně terapeutickou činnost, telefonickou krizovou pomoc a pomáhá svým klientům k naplnění jejich oprávněných zájmů. Součástí tohoto paragrafu je také povinnost služeb vytvářet stimulační výchovné a edukační prostředí, které podpoří utváření a zdokonalení základních pracovních návyků a dovedností a povede k lepšímu sociálnímu začlenění. Již na první pohled je však zřejmé, že služby zaměřené na péči o seniory nebudou přímo zaměřeny na vytváření edukačního prostředí zdokonalujícího pracovní dovednosti. Přesto považuji za důležité zde tento bod zmínit, protože je to povinnost vyplývající ze zákona o sociálních službách. Všechny tyto činnosti, včetně úhrad za poskytnuté služby, jsou podrobně rozepsány ve vyhlášce 505/2006 Sb. (MPSV, 2006), která je prováděcím předpisem zákona o sociálních službách.

Jak již bylo uvedeno výše, péče o seniory se stejně jako o jiné sociální skupiny dělí podle způsobu poskytované péče. Na rozdíl od služeb poskytovaných jiným cílovým skupinám si však služby poskytující péči seniorům většinou nekladou za cíl rozvoj soběstačnosti klienta natic, aby byl schopen návratu k původnímu životnímu stylu. Především z důvodu zdravotního stavu klienta. Všechny tyto služby slouží samozřejmě k rozvoji a udržení schopností klientů, ale hrají také důležitou roli v oblasti respitní péče pro pečující členy rodiny. Nyní budou představeny jednotlivé typy služeb, které zákon vymezuje a které jsou pro péče o seniory relevantní.

## *2.1 Terénní služby*

Mezi služby terénní péče o seniory řadíme osobní asistenci, pečovatelské služby, tísňovou péči a terénní odlehčovací službu (MPSV, 2006). Protože se jedná o péči poskytovanou v přirozeném prostředí, všechny tyto služby se vyznačují značnou součinností rodiny nebo klienta samotného. V současné době jsou bohužel kapacity terénních sociálních služeb nedostačující. Z tohoto důvodu jsou rodiny, které nedisponují dostatečnou časovou kapacitou pečovat o své rodinné příslušníky v domácím prostředí, nuceny je umístit do pobytových zařízení, které jim slibují zajištění adekvátní pomoci v dostatečném rozsahu.

## *2.2 Ambulantní služby*

K ambulantním službám, které poskytují péči seniorům, patří centra denních služeb a denní stacionáře. Hlavními cíli těchto služeb je zprostředkování sociálního kontaktu, zdokonalení a udržení stávajících dovedností a zachování denních návyků, které člověk při ukončení produktivního života přirozeně ztrácí. Právě centra denních služeb nabízejí nejrůznější aktivizační programy, které vedou ke smysluplnému využití času a udržení základních dovedností a schopností klienta (Dvořáčková, 2012, stránky 83-84).

## *2.3 Pobytové služby*

Jelikož se jedná o typ sociální služby, kterou se ve své práci zabývám, považuji za správné tomuto tématu věnovat více prostoru, a tedy i rozdělit jednotlivá zařízení do samostatných podkapitol.

### *2.3.1 Týdenní stacionáře*

Respitní, tzv. odlehčovací péči v pobytových zařízeních zastávají primárně týdenní stacionáře. Tyto služby využívají rodiny pečující o své rodinné příslušníky, které vyžadují nepřetržitou



pěči a jejich potřeby by nebyly dostatečně naplněny formou terénních služeb. Nejčastěji jsou využívány jako forma odpočinku pro pečující rodinu. Jak již z názvu vyplývá, jejich péče je poskytována na omezenou dobu. Zpravidla jsou zde senioři přes pracovní týden a na víkend se vracejí ke svým rodinám.

### *2.3.2 Domovy se zvláštním režimem*

Dalším typem pobytové sociální služby jsou tzv. domovy se zvláštním režimem. Tyto služby jsou určeny pro seniory, u kterých dochází k výraznému snížení kognitivních dovedností ať už z důvodu stařecké demence, Alzheimerovy nemoci nebo jiného degenerativního onemocnění mozku. Vlivem těchto onemocnění dochází ke snížení schopnosti péče o svoji osobu, ztrátě orientace v čase a prostoru. Tyto služby mohou být buď samostatným zařízením nebo součástí domovů pro seniory, kde jsou jim vymezena konkrétní oddělení. Tato oddělení musí mít speciální ochranu, aby nedocházelo například k tomu, že klienti budou svévolně opouštět zařízení a ztratí se.

### *2.3.3 Domovy pro seniory*

Posledním typem služeb poskytujícím sociální péči seniorům jsou domovy pro seniory. I v těchto typech zařízení je seniorům poskytnuta celodenní péče. Na rozdíl od DZR<sup>1</sup>, kde jsou často klienti dezorientovaní, se zde mohou senioři volně pohybovat po venkovním areálu služby. Zákon (MPSV, 2006) definuje základní činnosti, které jsou všechny domovy pro seniory povinny poskytovat v §49. Jedná se samozřejmě o poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a hygieny. Dále sem také spadá povinnost zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klienta.

Dvořáčková (Kvalita života seniorů, 2012, str. 85) definuje domovy pro seniory jako zařízení, jejichž cílem je poskytovat nepřetržitou, důstojnou a adekvátní sociální a fyzickou podporu osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku. Adekvátnost a důstojnost této péče je zajišťována vnitřními předpisy jednotlivých domovů pro seniory a standardy kvality, které musí mít každá registrovaná služba ze zákona zpracované. Tyto standardy kvality jsou zárukou minimální hranice kvality péče, která může být klientům poskytována. Kvalita poskytované podpory a péče podléhá kontrole, která je uskutečňována prostřednictvím pravidelných

---

<sup>1</sup> DZR – Domov se zvláštním režimem

inspekci poskytování sociálních služeb. Standardy kvality se budu zabývat v následující kapitole. Podrobněji se zaměřím na standard číslo 5 – Individuální plánování péče, který je klíčový pro můj výzkum.

### 3. Kvalita sociálních služeb

Tato kapitola ve zkratce pojednává o míře kvality sociálních služeb, jejich způsobu hodnocení a vůbec operacionalizaci samotného pojmu kvalita tak, jak jej definuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb.

Předtím než se stane sociální služba registrovaným poskytovatelem, je třeba, aby splňovala podmínky, které jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. § 79. Těmito podmínkami se myslí prostorové, technické, materiální, hygienické a personální zabezpečení služby. Bez splnění těchto aspektů není možné, aby byla služba vedena jako registrovaný poskytovatel sociálních služeb (dále jen SS) (Bednář, 2012, str. 22). Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. § 88 definuje základní povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, které vycházejí z kvalitativních nároků. První povinností je zajišťovat dostupnost veškerých informací o místě, druhu a způsobu poskytování služby a vedení evidence zájemců o službu. Dále také informovat o veškerých povinnostech zájemce o službu vyplývajících ze smlouvy o poskytování sociálních služeb. Vytvářet podmínky, které povedou k naplňování lidských a občanských práv klientů, které jsou také ukotvovány prostřednictvím standardů kvality sociálních služeb. K jejich dodržování se poskytovatel rovněž zavazuje. Ukládá povinnost všem poskytovatelům sociálních služeb vytvářet vnitřní předpisy a pravidla zajišťující chod poskytované služby pro uplatnění oprávněných zájmů klienta. To zahrnuje také vytvoření vnitřních pravidel pro podávání a vyřizování stížností klienta. Samozřejmě stanovuje povinnost uzavírat s klienty smlouvu o poskytování péče prostřednictvím sociální služby. Poskytování služby je podmíněno nutností plánování individuální péče, která je hodnocena v pravidelných intervalech, pro zajištění neustálé cílenosti služby. Všechny výše zmíněné povinnosti poskytovatelů SS musí být písemně a srozumitelně zpracované (Bednář, 2012, str. 21).

#### 3.1 Standardy kvality

Dle Bednáře (2012, str. 55) začala příprava a tvorba standardů kvality mezi lety 2000 a 2002. Na jejich tvorbě se pod hlavičkou MPSV podílela odborná veřejnost a poskytovatelé sociálních služeb. Inspirace ke vzniku a formulaci standardů kvality ve formě, jakou známe dnes, pocházela z jiných evropských zemí, zejména pak z Velké Británie. V roce 2007 bylo definováno 15 standardů kvality a došlo k jejich právnímu ukotvení vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou jsou prováděna některá ustanovení zákona o sociálních službách. Touto vyhláškou se tedy staly právně závaznými pro poskytovatele sociálních služeb. Standardy kvality jsou formulovány jako soubor měřitelných kritérií, které zaručují minimální standard poskytování

péče sociálních služeb. Přesně definovaných kritérií je 48 a jsou dále rozdělena do 15 oblastí. Tyto oblasti se ještě dál dělí do 3 částí (Bednář, 2012, str. 55-141).

První částí jsou *procedurální standardy*. Tato skupina standardů zahrnuje proces od seznámení žadatele o službu se způsobem poskytování péče, přes uzavírání smlouvy a individuální plánování až po ukončování spolupráce s klientem a zprostředkování spolupráce s další návaznou službou. Jedná se o návodné soubory, které se snaží obsáhnout veškeré situace, které nastanou v procesu poskytování péče. Vytváří nutnost utvoření vnitřní dokumentace, díky které je spolupráce mezi klientem a službou přehlednější a snáze kontrolovatelná. Do této části spadá prvních osm standardů kvality:

1. Cíle a způsob poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby,
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace i poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Navazování na další zdroje

Druhá část obsahuje standardy s *personálním* zaměřením. Tyto standardy soustřeďují svoji pozornost směrem k personálu zajišťujícímu celkový chod služby. Zahrnují povinnost vytváření vnitřní struktury a přesně definovaných pracovních pozic, včetně povinnosti dodržování potřebné odborné kvalifikace a kontinuálního vzdělávání zaměstnanců. To vede k neustálému rozvoji zaměstnanců v daném oboru. Patří sem pouze dva standardy, kterými jsou:

9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Třetí a poslední část řeší *provozní* zabezpečení služby. Standardy zabývající se touto oblastí zpracovávají povinnost poskytovatele SS určit místo, dobu, druh a způsob poskytování služby, vytvářet vhodné podmínky pro fungování služby, dostatečně a srozumitelně o službě informovat zájemce. Ukotvuje tedy základní informace, které jsou klíčové pro definici konkrétní služby. Klade si však také za cíl neustálé zvyšování kvality různými kontrolními mechanismy. K tomu dochází prostřednictvím hodnocení SS, do kterého jsou zapojeni nejen zaměstnanci, ale také uživatelé služby. Stanovuje také povinnost vytvoření dokumentu

mapujícího krizové situace, které by mohly v průběhu poskytování služby nastat, a vytvoření scénáře, jak v takových situacích postupovat. Zahrnuje posledních pět standardů kvality:

11. Místní a časová dostupnost služby
12. Informovanost o službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

V následující podkapitole se zaměřím na podrobnější popis procedurálního standardu číslo pět, se kterým budu dále pracovat i v praktické části své práce.

### *3.2 Individuální plánování průběhu sociální služby*

Vzhledem k orientaci praktické části mé diplomové práce na propojení Psychobiografického modelu s procesem individuálního plánování považuji za důležité věnovat detailnější pozornost jednomu ze standardů kvality, a sice individuálnímu plánování průběhu sociální služby. Právě do tohoto standardu se totiž nejvíce promítá zvolená metoda práce s klientem. Práce s Psychobiografickým modelem péče může výrazně ovlivnit jak průběh, tak i kvalitu poskytované péče. Jsou to tedy vzájemně propojené nádoby, která jedna bez druhé nemohou fungovat.

Jak již název tohoto standardu napovídá, jedná se o soubor mapující a ukotvující přímé poskytování sociální služby, jejího průběhu a způsobu poskytování potřebné podpory. Dělí se do pěti kritérií, které mají za cíl obsáhnout všechny oblasti představující případné riziko. Slouží rovněž jako odrazový můstek pro správné porozumění požadavkům tohoto standardu. Všechna níže popsaná kritéria je poskytovatel služby povinen vést v písemných záznamech a dokumentacích klientů. Tyto dokumenty následně slouží jako prostředek pro doložení vzájemné spolupráce mezi pracovníky a klienty. Na jejich základě je vyhodnocována kvalita poskytované služby v případě inspekce. Slouží však také jako kontrolní materiál k mapování a zkvalitňování práce službou samotnou.

První kritérium ukládá poskytovatelům povinnost zpracovat vnitřní pravidla pro způsob individuálního plánování péče a hodnocení jejího naplňování na základě druhu a poslání dané sociální služby. Tato vnitřní pravidla slouží jako kompas pro pracovníky dané služby. Stanovuje jim povinnosti a ukazuje jim, jak by spolupráce mezi nimi a klienty měla ideálně vypadat.

Druhé kritérium klade důraz na konkrétní způsob plánování péče. Podmínkou pro zajištění kvalitní a dostatečné míry podpory, která bude odpovídat potřebám i přáním klienta, je jeho aktivní spoluúčast na procesu plánování. Zapojením uživatele do tohoto procesu dochází k větší motivaci klienta na plnění stanovených cílů. Toto kritérium se také snaží předcházet stanovování cílů na základě přání nebo dobré vůle pracovníka. Cíl spolupráce by vždy měl vycházet ze schopností, možností a přání klienta. Individuální plánování není pouze o stanovení individuálního plánu. Stanovení individuálního plánu je samozřejmě důležitou součástí a výstupem navázané spolupráce, jedná se však o celkový proces kooperace mezi pracovníkem a klientem. Dle Bednáře (2012, str. 83) je základním ukazatelem kvality služby to, že služba je ušita klientovi „na míru“. Předpokladem pro naplnění tohoto symbolu kvality je, že je průběh péče plánovaný za maximální spoluúčasti klienta. Velmi přínosná je také součinnost neformálních zdrojů, kterými se myslí rodina, přátelé nebo jiné blízké sociální okolí.

Třetí kritérium myslí na pravidelné hodnocení stanovených individuálních plánů. Bez pravidelného vyhodnocování by nemohlo docházet k posunu spolupráce. Poskytuje to také reflexi zvolené spolupráci. Může poukázat, ve kterých oblastech spolupráce vážne a kde se jí naopak daří. Na základě tohoto procesu může docházet k přehodnocování míry a způsobu podpory a navázání spolupráce nové. Důležitou součástí procesu hodnocení je samozřejmě klient.

Čtvrté kritérium ukládá poskytovateli služby povinnost stanovit pracovníka, který odpovídá za tvorbu individuálního plánu. Tento pracovník bývá nejčastěji označován za tzv. klíčového pracovníka. Jedná se o člověka, který by měl být s klientem v nejužším kontaktu. Stanovování klíčových pracovníků je důležité kvůli dělbě práce. Cílem tohoto kritéria je, aby nedocházelo k zanedbávání méně průbojných klientů, ale rovněž k přetěžování pracovníků.

Posledním pátým kritériem je stanovena povinnost tvorby systému předávání informací mezi pracovníky, které se vztahují k jednotlivým klientům. Proces sdílení dat týkajících se jednotlivých klientů je klíčový pro poskytování dostatečné míry podpory klientům. Také pracovníkům umožňuje se v případě potřeby vzájemně zastoupit. Zabráňuje křížení informací a například tomu, aby více pracovníků pracovalo paralelně na jedné věci. Jedná se tedy o způsob zefektivnění práce a zkvalitnění péče.

Cyklus plánování průběhu péče se dle Bednáře (2012, str. 88) skládá z několika fází, které na sebe vzájemně navazují. Celý cyklus startuje fází zjišťování, shromažďování dat, mapování schopností a dalších zdrojů klienta. Jedná se o proces poznávání klienta, jeho historie a způsobu jednání. Právě v této fázi je využití Psychobiografického modelu velmi prospěšné. Poskytuje pracovníkům celkový vhled do životního příběhu klienta, událostí, kterými je utvářen a které jej neustále ovlivňují. Díky těmto znalostem je možno dojít k relevantnímu cíli, který bude vycházet ze skutečných potřeb klienta. Tento krok se však řadí již k druhé fázi tohoto cyklu, která se orientuje na plánování. V tomto kroku již pracovník operuje se získanými daty, zaměřuje se na práci s problémy a jejich příčinami, potřebami a schopnostmi klienta. Svoji práci může opírat o zdroje, které odhalil v předchozím kroku. Následuje fáze realizace. Zde dochází k uskutečnění stanovených kroků vedoucích k naplnění osobního cíle klienta. Základem tohoto cíle by měla být snaha směřující ke schopnosti uživatelů žít způsobem, běžným pro zbytek společnosti, jako plnohodnotná součást společnosti. Poslední fází je pak fáze hodnocení průběhu spolupráce a míry naplnění stanovených cílů.



Graf 1 - Cyklus plánování (Bednář, 2012, str. 88)

Jak jsem již uvedla výše, lze primárně v první fázi procesu plánování péče využít metod Psychobiografického modelu. V praxi však lze nalézt řadu dalších metod, se kterými mohou pracovníci pracovat. V následující kapitole proto uvedu některé nejznámější a často využívané metody.

## 4. Specifické metody práce se seniory v pobytových zařízeních

Pro efektivnější práci se seniory existují určité metody, které by měly usnadňovat práci pečujícímu pracovníkovi i zlepšovat stav seniorů. Tyto metody se přizpůsobují stavu klientů a snaží se vnímat jejich odlišné projevy chování jako normální a běžné. Všechny metody, které zde zmiňuji, mají společnou charakteristiku a tou je snaha o navrácení pocitu vlastní důležitosti a důstojnosti klientům v pobytových zařízeních. Psychobiografický model péče jim tedy může nabídnout informace o klientech a tím vytváří také celkový rámec pro jejich využití v péči o seniory. Je však taky důležité říct, že často, u zmíněných metod práce, může být neprofesionální provedení dané metody spíše na škodu než k užítku.

### 4.1 Muzikoterapie

Muzikoterapie je výjimečná svým využitím něčeho tak „obyčejného“ jako je hudba. Objevuje její moc, která může seniorům pomoc ve vyrovnání se s jejich životní situací. Dle Decker-Voigta (2009, str. 341-344) může muzikoterapie seniorům pomoci vyrovnat se s omezením, které díky svému zdravotnímu stavu i psychickým a sociálním změnám prožívají. Pomáhá jim překonat ztráty a umožňuje jim opět navození pocitu celistvosti. Rovněž uvádí, že muzikoterapie buduje mosty mezi klientovým vnějším a vnitřním světem. Pejřimovská a Zeleiová (2011, str. 19-23) uvádí, že hudba může odhalovat naše nevědomí a tím může docházet ke zklidnění mysli a většímu porozumění sebe sama. Je vnímaná subjektivně a pro každého znamená něco zcela jiného. Z tohoto důvodu je velmi důležitý výběr hudby v muzikoterapii. Hudba totiž reprezentuje život samotného člověka a z čeho vychází. Špatně zvolená hudba by mohla u konkrétních klientů obnovit traumatický zážitek. Muzikoterapie se provádí individuálně nebo v malých skupinách.

### 4.2 Preterapie

Metoda preterapie je terapií pro seniory, kteří se nemohou sami verbálně vyjádřit. Využívá své techniky (tělová, obličejová nebo stimulační reflexe) jako způsob navázání kontaktu mezi pracovníkem a klientem v případech, kdy verbální komunikace není možná. Specifické techniky, které se v této metodě využívají, blíže popíši níže. Tato neschopnost navázat kontakt prostřednictvím verbální komunikace může být způsobena mentálním nebo duševním onemocněním, autismem, demencí nebo PTSD.

Dle Proutyho a van Werdeho (2005, str. 35-41), preterapie vychází z terapie zaměřené na člověka od C. Rogerse. Pracuje se třemi nutnými předpoklady pracovníka. Těmi jsou



bezpodmínečné pozitivní přijetí, empatie a kongruence. Postoj složený ze všech tří uvedených složek je u preterapie klíčový. Terapie probíhá pomocí psychologického kontaktu, který je definován třemi fázemi:

- Kontaktní reflexe = práce ze strany terapeuta
- Kontaktní funkce = proces probíhající u klienta
- Kontaktní chování = projevy, ukazující progres u klienta

Kontaktní reflexe (Prouty, Pörtner, & van Werde, 2005, str. 36-37) jsou prostředkem navázání kontaktu mezi pracovníkem a klientem. Jsou projevem empatického a citlivého kontaktu. Dělí se na pět typů:

- Stimulační reflexe – prostředkem ke spojení klienta s realitou tím, že komentují jeho aktuální situaci, prostředí nebo jeho chování
- Obličejová reflexe – reflektování klientových emocí
- Tělová reflexe – může být slovní, tedy pracovník komentuje postoj, který klient zaujímá, nebo tělesná reflexe, kdy pracovník napodobí postoj klienta
- Slovní reproduktivní reflexe – pracovník naslouchá klientovi a reflektuje slova, která chce klient říct
- Zopakované reflexe – principem je opětovný kontakt, pokud tedy pracovník vidí, že na některou reflexi klient reaguje, v dalším sezení ji opakuje

Matoušek (2015, str. 186-187) uvádí, že právě preterapie nám umožňuje vstoupit do vnitřního světa klienta, který nekomunikuje. Zmiňuje, že pokud klient nekomunikuje, dochází k přehlížení jeho potřeb daleko častěji než u komunikujících klientů. Vztah s klientem je důležitý pro komunikaci s okolím, vyjádřením přání a potřeb klienta i sdělování jeho obav.

### *4.3 Validace*

Toto metodu jsem se rozhodla zmínit kvůli častému jevu, který proces stáří provází – demenci. Vzhledem k výzkumnému vzorku dvou SS, které se účastní mého výzkumu, považuji za důležité zde zmínit základy této specifické metody práce se seniory. Validace je, dle mého názoru, jednou z nejlepších cest, jak porozumět chování a prožívání seniorů s demencí. Snaží se jim navracet pocit vlastní hodnoty. Její postupy pramení z dlouholeté praxe a zkušeností Naomi Feil, která se celý život zabývá geriatrickou skupinou. Tato metoda však také klade velké nároky na pracovníky. Pro práci se seniory s demencí je potřeba množství empatie, respektu, trpělivosti a tolerance vůči klientům.

Matoušek (2015 str. 185-186) uvádí, že cílem validace je pomoc klientům s ukončením nevyřešených problémů a vyrovnání se se životem. Snaží se zmírnit stres způsobený množstvím ztrát v životech klientů. Usiluje o navrácení a udržení vědomí vlastní hodnoty a spokojenosti. Tato metoda sice nemoc neodstraní, ale pomůže ke zlepšení kvality života. Každé období má svá specifika a je pro vývoj člověka velmi důležité. Feil (2015) se zde odkazuje na Eriksona a jeho osm stádií života člověka.

Podle Eriksona (in Drapel, 2011 str. 67-70) je každý věk něčím specifický a určuje vývoj stádií následujících. Uvádí osm vývojových stádií, jejich úkoly a základní ctnosti. Člověk, který je dezorientovaný, se může ve svém chování vracet k jednotlivým stádiím (Feil, 2015). Příčinou mohou být nedorušené úkoly, které plníme prakticky celý život, od narození až po smrt. Vývojová stadia jsou propojením našich mentálních, psychologických a biologických potřeb. Dle teorie osmi věků člověka (Drapel, 2011 str. 68-71) sem patří tyto etapy – útlé dětství, rané dětství, předškolní věk, školní věk, adolescence, raná dospělost, dospělost a zralý věk tedy stáří.

Feil (2015 str. 25-34) popisuje jednotlivé etapy a jejich úkoly. Snaží se o převedení chování dezorientovaných lidí trpících demencí, kteří mohou zpětně prožívat jednotlivá stadia. Úkolem v útlém dětství je rozhodnutí mezi důvěrou a základní nedůvěrou. Vykrytalizovat se zde má ctnost naděje. Dochází v něm k pocitu bezmoci. Klient obviňuje své okolí, cítí se bezmocně. V druhé fázi je úkolem výběr mezi samostatností a studem, nejistotou. Ctností této vývojové fáze je vůle. Ve stáří se může projevat jako strach z neuposlechnutí příkazu. Senior má strach říct „ne“, bojí se o ztrátu kontroly a autonomie. Předškolní věk obsahuje rozhodnutí mezi iniciativou a vinou. Ctností je zde účelnost. Senior může tento věk prožívat jako strach z nových věcí. Je provázen depresemi, strachem, pocitem viny.

Posláním školního věku je činnost nebo pasivita. Získanou ctností je kompetence. Senior trpící demencí může prožívat pocit bezcennosti a deprese. V období adolescence dochází k sebeuvědomění nebo zmatení rolí. Věrnost je ctnost, kterou můžeme získat v této etapě. Člověk trpící demencí, který prochází touto fází, často používá jiné jméno. Dochází zde ke změně vlastního já. K prožívání vlastní sexuality. Šesté stádium provází rozhodování mezi intimitou a izolací. Ctností zde uváděnou je láska. V chování dezorientovaných seniorů může být projevováno jako uzavření se do sebe, izolace nebo naopak závislost. V dospělosti prožíváme rozhodování mezi rozvojem a stagnací. Ctností, kterou zde můžeme obdržet, je starostlivost. Dezorientovaní senioři ji prožívají ve formě ukotvení starých sociálních rolí. Odmítají nové, které jim přináší stáří. Poslední, osmou fází, provází boj mezi vyrovnaností

vs. zoufalstvím. Ctností tohoto období je moudrost. Seniory provází pocit sklíčenosti. Za své chyby obviňují okolí nebo sebe samého.

Z toho je tedy patrné, že chování seniorů, kteří jsou dezorientovaní nebo trpí demencí, je charakteristické pro vývojové období, které právě prožívají.

Metody validace se dělí podle stádií demence. Feil (2015 str. 72-85) je rozdělila do 4 fází:

#### 1. Stádium nedostatečné orientace

Senior se drží svých rituálů, a to jej udržuje v relativní pohodě. Stále se orientuje v čase a prostoru, ale začínají se projevovat dlouhodobě potlačované emoce. Racionální stránka člověka začíná ustupovat. Za stav, ve kterém se právě nachází, obviňuje své okolí. Klienti v tomto stádiu nemají rádi projevy emocí. Snaží se o zachování vlastní integrity. Odmítají skupinové aktivity a necítí se komfortně, když se jich někdo dotýká. Preferují individuální a racionální přístup.

#### 2. Stádium dezorientace v čase a ztráta kognitivních schopností

Zde dochází ke změně chování a myšlení. Orientace v čase mizí a přestávají rozlišovat časovou posloupnost. Často utíkají zpátky do dětství. Dochází k regresi. V této fázi jim přestávají vadit doteky, projevy emocí i skupinové terapie.

#### 3. Stádium opakujících se pohybů

Nebo také dezorientace se projevuje neustále se opakujícími pohyby. Vydávají zvuky, které se mnohdy naučili v dětství. Dochází ke zhoršení řeči. Při komunikaci je velmi důležitá práce s hlasem, oční kontakt a fyzický kontakt. Senior reaguje značně emocionálně. Po fyzické stránce dochází k uvolnění svalů a špatné koordinaci pohybů. Velký význam má práce s rodinou seniora.

#### 4. Stádium vegetace

Klient je ve vlastním světě. Většinou ve schoulené pozici, nemůže mluvit, nehýbe se a dýchá velmi povrchně. Pracuje se hodně s fyzickým a očním kontaktem a s intonací hlasu. Dobrá je také stimulace smyslů, ke které je ale důležité mít vytvořenou biografii klienta. V tomto stádiu byl měl pracovník vyjadřovat kongruenci s klientem.

#### 4.4 Reminiscence

Jedná se o aktivizační metodu, která je u nás hojně využívána, obzvláště v pobytových zařízeních pečujících o seniory. Reminiscence je způsob vzpomínání, při kterém si vybavujeme, interpretujeme a často také sdílíme své vzpomínky, které jsou pro nás konkrétně nějakým způsobem důležité. Celý tento proces je tvořen pomocí autobiografické paměti, která se v průběhu života vyvíjí (Tejaswi Peesapati, a další, 2010). Bohužel dochází k tomu, že se na sklonku života také často ztrácí. To je důvod, proč je tato metoda hojně využívána v domovech pro seniory. Tejaswi, Peesapati a kolektiv (2010) popisují autobiografické vzpomínky jako vzpomínky, které mohou popisovat velmi konkrétně a živě detaily určitých událostí nebo zkrátka vzpomínky, které čistě popisují obecné dojmy ze života v kontextu celého životního příběhu.

Pechová (2011) dělí autobiografickou paměť na tři oblasti. Oblast *sebepojetí* jedince, jejíž obsah je důležitý pro tvorbu pocitu vlastní identity. V důsledku patologických stavů může docházet ke ztrátě podstatných informací, což vede k narušení vývoje osobnosti. Druhou oblastí je *paměť emoční*. Její role je naprosto zásadní v oblasti rozpoznávání emocí. Její centrum je umístěno v amygdale. Pokud dojde k narušení tohoto centra, projevuje se neschopností rozpoznávat obličeje i základní emociální projevy. Tato schopnost se u lidí projevuje již pár týdnů po narození a pro nás, jako sociální bytosti, je velmi zásadní. Třetí a poslední oblastí je tzv. *paměť pro události*, která tvoří největší část autobiografické paměti. Sama je dále složena ze tří celků – životních období, paměť rámcových událostí a paměť pro specifické události.

Zajímavé je, že to, jak je daná vzpomínka vnímána, se vždy odvíjí od aktuálního pocitu a nálady člověka. Z tohoto důvodu lze autobiografickou paměť považovat za zdroj spíše pro práci psychosociální než jako zdroj relevantních informací. Reminiscence posiluje u lidí pocit sebeúcty, radosti a zprostředkovává pocit potěšení. Pro posílení tohoto účinku se v terapii využívají různé předměty a podněty, které proces vzpomínání podporují. Nejčastěji to jsou fotografie, hudba nebo vůně (Tejaswi Peesapati, a další, 2010).

Dle Malíkové (2020, str. 226) je reminiscence řízené a záměrné vyvolávání vzpomínek klienta vedoucí k podpoře jeho rozvoje. Jedná se o metodu využívanou především u seniorů s nastupující demencí. Přesto tato metoda zaznamenává největší efekt u klientů, kteří mají stále zachované alespoň některé kognitivní funkce a jsou tedy schopni si přinejmenším částečně připomenout své zážitky z minulosti. Důraz je kladen na důležité životní momenty od koníčků a rodinného života po výchovu dětí.

V procesu reminiscence se mohou také používat tzv. „*vzpomínkové krabice*“, které obsahují různé předměty podporující proces vzpomínání. Nejčastěji se jedná o fotografie, různé upomínkové předměty, které mohou mít pro klienta skrytý význam a propojují jej s důležitou událostí v jeho životě. V některých případech jsou domovy pro seniory také vybavené tzv. „*reminiscenční místností*“, která je zařízena dobovým nábytkem. Tento prostor může rovněž podpořit proces vzpomínání (Malíková, 2020, str. 227).

Cílem reminiscence je podpořit klienty v prožívání kladných emocí spojených s jejich minulostí, což pozitivně ovlivňuje jejich psychiku. Při využívání této metody je velmi důležité, aby pracovník dal klientovi dostatek prostoru vzpomínat a příliš nevstupoval do tohoto procesu. Úkolem pracovníka je aktivně naslouchat a projevovat empatii, čímž podporuje klienta v dalším vzpomínání (Malíková, 2020, str. 227).

## 5. Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma

Ačkoli se jedná o další specifickou metodu práce se seniory, uvádím Psychobiografický model jako samostatnou kapitolu, neboť je to právě tento model, na nějž se zaměřuji v empirické části práce, tedy ve svém vlastním výzkumu. Pokusím se zde přiblížit, z čeho model péče vychází, v čem spočívá jeho důležitost a proč může být pro práci s klienty tolik cenný.

### 5.1 *Původ modelu*

Dle Procházkové (2019, str. 32-34) se jedná o jeden ze tří hlavních ošetrovatelských modelů. Mezi tyto modely se řadí systémový model pocházející z Německa, jehož zakladatelkou je Monika Krohwinkel a interpersonální model autorky Cory van der Kooij, který má kořeny v Holandsku. Na rozdíl od ostatních je však charakteristický svým humanistickým zaměřením. Model pochází ze 70. let 20. století. Byl formován s cílem reformovat pečovatelskou péči o seniory a ulehčit tak klientům, ale i pečujícím. Vznikl jako reakce na stárnoucí populaci emigrantů žijících v německy mluvících zemích. Potřeba změny péče pramenila z jiných socioekonomických a kulturně odlišných prostředí, kde lidé prožili značnou část svých životů. Protože Psychobiografický model pracuje s životním příběhem, může efektivně poskytnout kvalitní péči. Na rozdíl od reminiscence však Psychobiografický model pracuje se získanými informacemi v dokumentaci klienta. Vytváří totiž dotazník rozdělený na různé životní oblasti, se kterým lze dále pracovat. Principy modelu, na kterém je postaven, lze také brát jako skvělý prostředek pro propojení pečujících a péči využívající generace. Každá doba s sebou přináší svá pozitiva i svá úskalí. Dnešní generace pečujících již nemohla zažít to, co prožila generace seniorů. Vycházejí z jiného socioekonomického prostředí. Psychobiografický model jim pomáhá lépe pochopit vzorce chování, ke kterým se senioři uchylují. Tím tedy dochází k lepšímu porozumění a kvalitněji a cíleněji poskytované péči.

### 5.2 *Definice*

Psychobiografický model péče slouží jako nástroj pro kvalitnější individuální práci. Biografie pomáhá pracovníkům v orientaci práce na konkrétního klienta. Odhaluje pozadí a souvislosti různých zvyků a způsobů chování klientů. Seznamuje pracovníky s životem klienta v širším kontextu. Znalostí tohoto kontextu můžeme předcházet například způsobení traumatu. Dosáhneme tím kvalitnější konverzace a lepšího pocitu začlenění.

Böhm (2015, str. 15) popisuje svůj model jako systémovou teorii, která má podporovat a doplňovat medicínský pohled na péči. Rozšiřuje úzce zaměřený pohled na klienta, který se

soustředí pouze na naplňování jeho fyzických potřeb i o další dimenze potřeb vycházející z jeho celkového životního příběhu. Tento terapeutický model péče by měl vést ke zlepšení duševního i somatického stavu klienta, ale také ke zvýšení pocitu pohody u pečujícího personálu.

Dle Procházkové (2014, str. 13-14) se dá pojem biografie definovat jako soubor informací o konkrétní osobě, která se na tvorbě tohoto souboru sama aktivně podílí – tzv. aktivní biografie. V případě pasivní biografie jsou nám informace sdělovány nejbližšími členy rodiny, přáteli nebo je zjišťujeme prostřednictvím dokumentací atd. Obsahem se potom biografie dělí na:

- Autobiografie – autentické vyprávění klienta o svém životě
- „Story biografie“ – soupis biografických údajů u klientů s demencí, jejichž myšlenky již neodpovídají prožité realitě
- „Senzobiografie“ – vychází z konceptu bazální stimulace. Informace jsou tedy rozděleny podle sensorických oblastí
- Biografická anamnéza – informace o klientovi jsou formulovány do volného zápisu bez větší posloupnosti
- Individuální biografie – má strukturu záznamu pro následné použití do plánu péče

Psychobiografický model tedy staví na životních příbězích jednotlivých klientů a jeho tvorba tedy ovlivňuje podobu poskytované péče na individuální úrovni (Procházková, 2014, str. 19-21).

### 5.3 Hlediska, z nichž model vychází

Heikischová (2020, str. 45-47) dělí model do několika základních hledisek, ze kterých celý Psychobiografický model vychází a na kterých staví. Pro účel své práce jsem tato hlediska trochu pozměnila. Protože se tematické okruhy některých hledisek natolik prolínaly, rozhodla jsem se je pro větší přehlednost sloučit. Pramení však ze stejných základů.

#### 5.3.1 Ideologie holistického přístupu

Celá koncepce Böhmova Psychobiografického modelu vychází ze snahy zásadním způsobem změnit péči o seniory. Tyto snahy Böhm podkládá větou: „*Dokud člověk žije, měl by být živý!*“ (2015, str. 20). Změna péče u seniory je v tomto modelu podmíněna celostním pohledem na klienta. Böhm ji však rozvádí pomocí myšlenky, že pokud chci pochopit duši druhého člověka,

musím nejprve porozumět své vlastní duši. To samozřejmě klade opět velké nároky také na pečující personál.

### 5.3.2 *Respekt k jedinečnosti jedince a k jeho životnímu příběhu*

Respekt k jedinečnosti klienta je v sociálních službách neustále diskutovaným tématem. V pojetí Böhmovy Psychobiografického modelu tuto v sociální oblasti často používanou frázi chápeme spíše jako respekt k jedinečné minulosti člověka. Právě tato minulost a životní příběh utváří podobu klienta tak, jak jej známe dnes. Z jeho minulosti a kulturního pozadí vycházejí jeho životní vzorce, které se neustále propisují do jeho chování (Hiekischová, 2020, str. 45).

Dle Böhma (2015, str. 29-30) je náš vnitřní svět tvořen ze dvou částí. První z nich je thymopsychická část, která se vyvíjí od raného dětství a v tomto období zaujímá dominantní roli. Tato část vnitřního světa staví na citech a emocích. Druhou sekcí je část noopsychická neboli svět věcí. Ten přichází do popředí v období dospívání a je založen na racionálním vnímání světa kolem sebe. Ve stáří dochází k regresi ve formě přeměny dominantní části vnitřního světa z noopsychické zpět na thymopsychickou. Proto se může stát, že se starý člověk začne uchýlovat ke copingovým strategiím, které si osvojil v období raného dětství.

### 5.3.3 *Důraz na psychickou stránku člověka*

*„Práce s biografií přináší další podněty do oblasti péče a ošetrovatelství, kde upozorňuje na podstatu důstojnosti péče, která vnímá důstojnost lidského bytí na základě znalosti lidského příběhu“* (Procházková, 2014, str. 17). Tuto myšlenku Böhm (2015, str. 22) potrhne větou, kterou si vypůjčil z Bible: *„Nejen chlebem živ je člověk.“* Naráží tím na potřeby uživatelů v ubytovacích zařízeních, které nespočívají v pouhém zabezpečení základních fyzických potřeb, na které se primárně soustřeďuje nemocniční prostředí. Dle Böhma je totiž potřeba nejprve aktivizovat duši a teprve až potom může docházet i k aktivizaci fyzické. Bez motivace a pozitivního nastavení mysli nelze seniora přimět k aktivnímu způsobu života i po odchodu do důchodu, případně ubytování v pobytovém zařízení.

### 5.3.4 *Princip normality klienta*

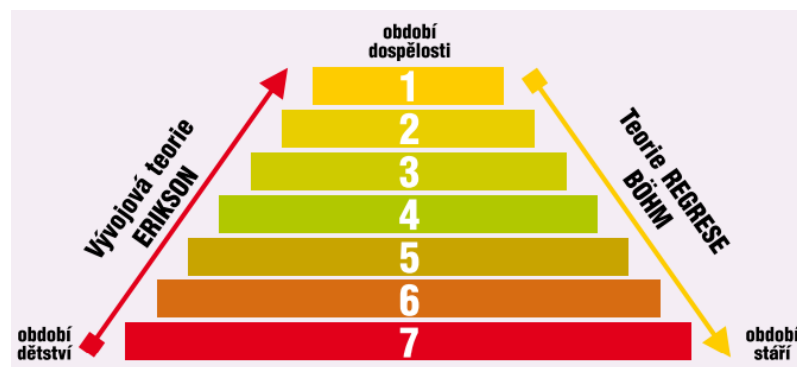
Tento princip Hiekischová (2020, str. 46) vnímá opět v kontextu životního příběhu klienta. Dle Procházkové (2014, str. 43) je Psychobiografický model na tomto principu postaven. To znamená, že vychází z předpokladu, že každý člověk je jedinečná osobnost, a proto je potřeba respektovat jeho potřeby a přání. Princip normality pečujícího personálu je naprosto rozdílný



od principu normality klienta a je třeba, aby si tuto skutečnost pracovníci uvědomovali. Jde zde o respekt ze strany pracovníků vůči klientovým rituálům a jeho způsobu života. Pracovník by tedy neměl narušovat denní rytmus, na který byl klient celý život zvyklý. Právě v této oblasti nám napomáhá znalost životního příběhu. Pomáhá nám nezařazovat všechny klienty do jedné kategorie, ale prohlubuje individuální přístup a kotví jej v individuálním plánování, které vychází z potřeb každého klienta.

### 5.3.5 Sedm fází regrese

Böhm vycházel z Eriksonovy vývojové psychologie, která popisuje životní úseky od narození až po stáří. Böhm popsal 7 fází psychické regrese seniorů, které odpovídají Eriksonovým fázím, ale v opačném pořadí. Pro určení stadia regrese používá Böhm diferenciální diagnostický systém, který hodnotí klientovo chování v stabilní a nestabilní fázi. Hodnotí se emoce, psychomotorika, schopnost kontaktu, volní chování, orientace, paměť, formální myšlení a komunikace. Výsledné hodnoty určují stupeň regrese klienta a podle toho se volí adekvátní impuls z biografie klienta a odpovídající forma péče (Procházková, 2010, str. 29).



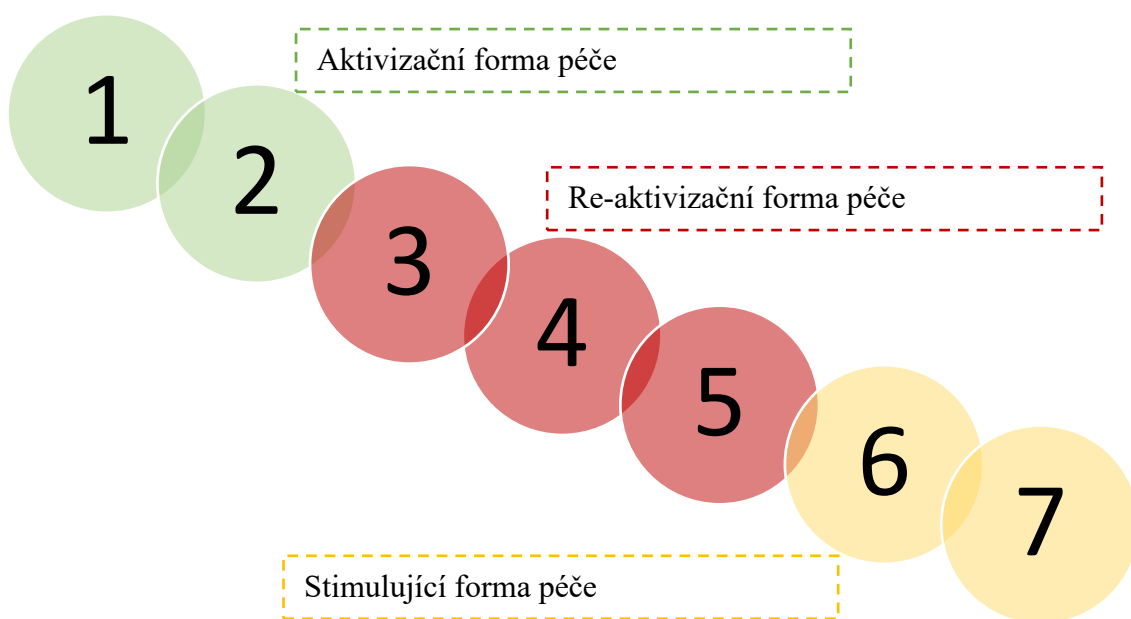
Graf 2 sedm fází psychického vývoje a regrese (Procházková, Diferenciální diagnostika, stupně, 2010, str. 29)

Heikischová (2020, str. 46) popisuje, že díky správnému určení fáze regrese můžeme lépe nastavit individuální péči. Böhm přitom vychází z vývoje jedince do 25. roku. Chování člověka ve stáří je ovlivňováno psychogenními problémy, které jsou dle Böhma (2015 str. 16) formovány již v našem raném dětství a v latentní podobě nás provázejí celým životem. Dle Brožkové (2012, str. 112) je to označení pro poruchy nemající žádné strukturální ani neurologické vysvětlení. Je velice obtížné zdroj těchto problémů vědecky vysvětlit. Je však dokázáno, že nejde o problémy, které by byly produkovány vědomě. Pro tyto problémy si časem vytvoříme copingové strategie, které nám pomáhají je překonávat. U malých dětí to může být například pláč, který přivolá rodiče a ten situaci vyřeší. V průběhu dospívání copingové strategie přetváříme tak, aby byly adekvátní pro dané životní období. Na procesu zvládnání psychogenních problémů se samozřejmě také podílí korekce ze strany funkčního kognitivního

vývoje. Tyto problémy se však i přesto mohou projevit prostřednictvím spouštěcího mechanismu, který Böhm dělí do tří skupin:

1. Akutní spouštěcí mechanismus – cerebrální dekompenzace neboli reakce mozku na akutní stresovou situaci
2. Chronický spouštěcí mechanismus – organické změny mozku
3. Biografický spouštěč – ztráta copingů neboli životně důležitých funkcí

Když k takovým situacím dojde, uchylujeme se k strategiím, které dobře známe a poskytují nám do určité míry pocit bezpečí. To může pro někoho znamenat pláč, pro jiného vyhledávání matky nebo jiných rodinných příslušníků a domova, nebo třeba hledání sebe sama. Ve stáří člověk přichází o schopnosti, ale nepřichází o přání a vůli. Tato nerovnováha představuje pro staré lidi utrpení. Právě tyto situace nás přivádějí zpět k nejzákladnějším a nejpevněji zažitým strategiím zvládnání obtížných situací (Böhm, 2015, str. 16-27). V této oblasti Böhm pracuje také s pečujícím personálem, který může na nevědomé úrovni také přecházet na tyto základní strategie. Proto je personál a jeho odbornost jedním z faktorů, ovlivňujícím podobu modelu.



Graf 3 - sedm fází regrese a formy péče (Procházková, Diferenciální diagnostika, stupně, 2010, str. 29)

Diferenciální diagnostický systém je například podkladem pro použití prvků bazální stimulace v péči o klienta, pokud je stanovena hluboká fáze regrese č. 7. To znamená, že pokud se klient nachází ve vysokém stupni regrese, přestává profitovat z různých druhů aktivizace. Okruh přijatelné aktivizační techniky se zúží pouze na smyslovou aktivizaci. Stejně tak se zkracuje

i délka vhodná pro aktivizaci klienta. Jinak je tomu u nižších fází regrese, kdy je indikována a zvolena forma péče aktivizační nebo RE-aktivizační. U 3.–5. stupně regrese, kdy má klient již patologické změny v oblasti formálního myšlení, ale emočně je dostupný. Velmi důležitou složkou v interakci mezi klientem a pracovníkem poskytujícím přímou péči je především nonverbální komunikace. Pro tuto skupinu klientů je zvolena forma tzv. reaktivizační péče. Jejím cílem je navrátit klienta aspoň o jeden stupeň v dané stupnici fází regrese. RE-aktivizační péče podle Böhma je charakterizována využitím impulsů z biografie klienta ke znovuoživení psychiky seniora a tím i schopnosti sebezpěče. Jde o to plně využít naučené automatismy a rituály klienta při poskytování péče. Reaktivizační péče není prováděním aktivizační metody péče využívající poznatků z biografie klienta, ale specifickou formou péče zahrnující určení psychobiografické normality seniora, která je následně vložena do péče formou adaptace instituce na danou normalitu klienta. V současné době je tomu bohužel naopak – senior se musí přizpůsobovat instituci poskytující péči, kde je pro něj vypracován adaptační plán. V 1.–2. stupni regrese vykazuje klient minimální změny v osmi hodnocených oblastech. Klient má zachovalé kognitivní schopnosti, a proto může sám aktivně spolupracovat a podílet se na péči. Aktivizační forma péče je určena tím, že je klient maximálně integrován do péče. Jde o podporu jeho soběstačnosti, udržení jeho schopnosti sebeurčení a vlastní zodpovědnosti. Postoj personálu zde sehrává důležitou roli. Je důležité, aby nepřejímali téměř veškeré úkony místo klienta (Procházková, 2010, str. 29).

### *5.3.6 Odbornost, profesionalita a osobnost pečujícího personálu*

Přesto, že odbornost a profesionalita pracovníka je velmi důležitá, je to právě osobnost pracovníka, která ovlivňuje celý proces tvorby Psychobiografického modelu. Dle Heikischové (2020, str. 47) míra a kvalita aktivizace klientů není přímo úměrná počtu zaměstnanců, ale jejich osobnosti, zájmu a postoji. Tento model péče tedy klade na pracovníky v přímé péči velké nároky v oblasti odbornosti, ale také v osobnostní rovině pracovníka. Pracovník by měl zvládat překonávat své základní strategie zvládnutí obtížných situací. Forma přehnaně pro klientsky orientované péče není dobrá ani pro jednu stranu. Klienta totiž zneschopňuje a často pak také vede k dehonestaci. Na pracovníky zase klade velké nároky, a to může přispívat k rychlejšímu syndromu vyhoření (Böhm, 2015, str. 16).

### *5.3.7 Terapie prostředím*

Pojem domov a rodina v každém z nás evokuje něco jiného. Pro jednoho rodina a domov znamená všechno, pro jiného to může být naopak ztvárněním noční můry, stresu nebo pocitu

beznaděje. Ať už v negativním nebo pozitivním smyslu, vzbuzují tyto pojmy v člověku důležité pocity. V tomto ohledu je opět třeba vnímat tyto pojmy perspektivou klienta. Dle Procházkové (in Hiekischová, 2020 str. 46) prostředí, ve kterém žijeme, ovlivňuje kvalitu našeho života. V tomto ohledu by měly dnešní domovy pro seniory pracovat nejen na vzhledu pokojů, ale na celkovém dojmu, který domov vrhá, včetně zahrad a okolního prostředí. Změna by měla být primárně v distancování se od sterilního nemocničního prostředí.

#### *5.4 Zaměření péče*

Dle Böhma (2015, str. 24-28), je v dnešní době zřetelné spojení mezi vzděláním pečujícího personálu a péčí poskytovanou klientům. Přičemž tato péče často sklouzává převážně k zajištění somatické pohody klientů. Tento fenomén Böhm vysvětluje tím, že dochází ke střetům dvou různých světů. Svět pečujícího personálu je stále zaměřený na noopsychické uspokojení ze života, zatímco svět seniorů je již přeorientován opět na thymopsychické hodnoty a vnímání světa. Zaměření péče na somatickou stránku klienta nebo na aktivity denního života tedy Böhm nazývá jako obraný mechanismus. Ideálním obrazem péče je dle Böhma tzv. „*péče vztahová*“. To znamená, že pracovníci pochopí klienta, jeho chování, historii i kulturní prostředí, ze kterého vychází. Tím dochází k prohloubení respektu ze strany pracovníků a může dojít k navázání vztahu mezi nimi a klientem.

Díky oslabení kognitivních funkcí, ve stáří dochází ke smíchání citového (thymopsychického) a racionálního (noopsychického) světa. Toto zmatení může způsobovat strach i u klienta samotného. Základem péče je tedy pomoci klientovi se zorientovat v těchto dvou světech. Najít, které části z noopsychického světa jsou ještě zdravé, a tudíž se o ně můžeme opřít. Zmapovat spouštěče způsobující dekompenzaci, zda nedochází v klientově chování k cyklení se v nějaké vině z minulosti. Böhm sám přiznává, že se nejedná o jednoduchý úkol. Neexistuje na něj totiž žádná jasně daná metodika, která by platila na všechny klienty a tuto práci usnadňovala (Böhm, 2015, str. 27-28).

#### *5.5 Dosavadní výzkumná zjištění o funkčnosti Psychobiografického modelu*

Studií zabývajících se touto problematikou bylo od dob zavedení tohoto modelu celá řada. Ke shrnutí obecných zjištění jsem využila pouze část z nich. Konkrétně se jedná o tři výzkumné práce z českého prostředí a tři zahraniční.

Co se týče výzkumných prací zabývajících využitím Psychobiografického modelu péče u nás, převážná většina z nich je zaměřená na zkoumání konkrétního zařízení. Jedná se tedy většinou o případové studie, jejich závěrem je, že se jedná o metodu práce se seniory zaměřující se na práci s životním příběhem klienta. Všechny tyto práce se shodují, že tento model péče poskytuje SS prostor pro personalizovanou péči. Ta vede k podpoře respektu a pocitu vlastní hodnoty na základě sdílení vlastních zkušeností a životního příběhu<sup>234</sup>.

Zahraniční studie se shodují na charakteristice Psychobiografického modelu jako užitečného nástroje pro poznání a porozumění životního příběhu jednotlivých klientů. Může být využit také jako prostředek pro to, aby klienti lépe porozuměli sobě samým a uvědomili si kvality svého života. Stejně tak vede k lepšímu porozumění uživatelům ze strany personálu. Vyzdvihuje se zde však také důležitost aspektu etiky v přístupu ke klientovi a aplikaci Psychobiografického modelu péče<sup>567</sup>.

Z výše popsaného vyplývá, že Psychobiografický model si klade za cíl zkvalitnění péče prostřednictvím porozumění životnímu příběhu klienta a jeho implementaci do individuálního plánování průběhu péče. Proto bych chtěla zjistit, jak sami pracovníci vnímají efektivitu využívání tohoto modelu a jakým způsobem se vytvoření biografie klienta promítá do průběhu plánování i péče samotné. Protože však psychobiografický model klade velké nároky na pečující personál, ráda bych se věnovala také tomuto hledisku. Svoji pozornost budu tedy věnovat rovněž vnímání Psychobiografického modelu sociálními pracovníky, jako zástupci pečujícího personálu.

---

<sup>2</sup> Dvouletá, K. (2017). Biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory [Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. <http://hdl.handle.net/10563/39611>

<sup>3</sup> Svobodová, M. (2016). Využití Psychobiografického modelu péče při práci se seniory. [Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF – Katedra psychosociálních věd a etiky.]. Univerzita Karlova. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/81092>

<sup>4</sup> Zetochová, A. (2018). Psychobiografický model péče v Domově Palata – role a spolupráce sociálního pracovníka s pracovníky v sociálních službách. [Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF – Katedra psychosociálních věd a etiky]. Univerzita Karlova. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/100025>.

<sup>5</sup> Chultz, W.T., Lawrence, S. (2017). Psychobiography: Theory and Method. Získáno 3. Květen 2023, z <https://williamtoddschultz.files.wordpress.com/2018/12/Psychobiography-AP.pdf>

<sup>6</sup> Kovary, Z. (2011). Psychobiography as a method. *Europe's Journal of Psychology*. 7. 739-777. 10.5964/ejop.v7i4.162.

<sup>7</sup> N., Sam M.S. (2013). "BIOGRAPHICAL METHOD," in *PsychologyDictionary.org*. Získáno 3. Květen 2023, z <https://psychologydictionary.org/biographical-method/>

## 6. Metodologie výzkumu

### 6.1 Výzkumný cíl práce a otázky

Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem je využíván Psychobiografický model v péči o seniory v praxi a jaký vliv má na individuální plánování průběhu péče. Výzkumný cíl bude sledován v kontextu standardu kvality číslo 5, tedy zákonného rámce. Proces a povinnost tvorby individuálního plánování jsou totiž stanoveny zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., vyhláškou č. 505/2006 Sb. provádějící zákon o sociálních službách a jsou definovány jako standard kvality č. 5.

Hlavní výzkumná otázka je definována následně:

*„Jak se promítá zavedení psychobiografického modelu do péče o klienta?“*

Pro dosažení komplexnějšího obrazu, který mi pomůže lépe odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, jsem si definovala dvě vedlejší výzkumné otázky:

1. *„Jak sociální pracovníci hodnotí přínos Psychobiografického modelu v péči o seniory?“*

Již z teoretické části této práce vyplývá, že PBMP klade velké nároky na všechny složky pečujícího personálu. Z toho důvodu považuji za nesmírně důležité zhodnotit, jak je tento model vnímán očima sociálních pracovníků jako zástupců pečujícího personálu. Právě na nich totiž leží odpovědnost za sběr dat o klientech a vytvoření dokumentů mapujících jejich životní příběh. Stejně tak je jejich povinností vytvářet individuální plán a plán průběhu péče, který je založený na klientových možnostech a potřebách.

2. *„Jak se projevuje zavedení biografie klienta do procesu péče ve vztahu k jednotlivým aspektům standardu kvality č. 5 – Individuálního plánování průběhu péče?“*

### 6.2 Výzkumný vzorek

V rámci svého výzkumu jsem se rozhodla sledovat využití Psychobiografické metody v praxi dvou zařízení sociálních služeb, které ji využívají. Pro výběr těchto zařízení jsem si stanovila tři základní kritéria, která měla zajistit relevantnost zařízení vůči zvolenému cíli a tématu práce. Kritéria pro výběr výzkumného vzorku byla stanovena následovně: 1) zařízení musí pracovat s Psychobiografickým modelem péče, 2) zařízení musí být pobytového typu, 3) musí se jednat o zařízení poskytující péči seniorům. Aby bylo možné zvolené SS mezi sebou porovnávat

a považovat výsledky za validní, vyplynula v průběhu výzkumu další podmínka, kterou bylo, že se musí jednat o zařízení sdružující domov pro seniory a DZR. Metodou cíleného výběru jsem zvolila dvě SS, které všechny tyto podmínky splňovaly. Za účelem porovnávání těchto zařízení jsem vybrala jedno zařízení, které je na využívání Psychobiografického modelu péče zaměřeno. Jedná se o zařízení s kapacitou cca 250 lůžek. V průběhu interpretace a reinterpretace rozhovorů a dokumentů bylo tomuto zařízení přiřazena číslice 1. Druhé zařízení bylo vybráno tak, aby s Psychobiografickým modelem péče pracovala, ale nejednalo by se o specializované zařízení. Sociální služba má celkovou kapacitu cca 150 lůžek. Tomuto zařízení byla přiřazena číslice 2 na základě pořadí sběru dat výzkumu, které slouží čtenáři i výzkumníkovi k snadnější orientaci v textu. Na základě takto stanovených podmínek bych ráda pozorovala, zda velikost zařízení hraje nějakou roli v poskytované péči – např. zda půjdou v menším zařízení více do hloubky při používání modelu a ve velkém bude využití naopak více mechanické/formální, neboť nebude tolik prostoru pro individuální práci.

Jelikož mým cílem je porozumět samotnému přístupu sociálních pracovníků k využití Psychobiografického modelu, rozhodla jsem se jít cestou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA – Interpretative phenomenological analysis), jak vysvětluji níže v sekci 6.6 Metoda analýzy dat. Pro tuto metodu je typické, že pracuje s menším počtem respondentů (Koutná Kostínková & Čermák, 2013), neboť chce porozumět zkušenosti jednotlivců, v mém případě tedy zkušenosti s aplikací Psychobiografického modelu v péči o seniory. Byly proto provedeny 4 výzkumné rozhovory, kterých se zúčastnily vždy dvě sociální pracovnice z každého zařízení. Podmínkou pro výběr respondenta bylo, že se musí jednat o osobu, která je odpovědná za tvorbu dokumentů vycházejících z Psychobiografického modelu péče a práci s nimi.

Součástí výzkumného vzorku byly také analyzované dokumenty. Tyto dokumenty se vztahovaly jednak k ukotvení poskytovaného Psychobiografického modelu péče ve zkoumaných zařízeních – tedy Standardu č. 5. Dále se týkaly poskytování péče samotné – tedy dokumenty sloužící pro seskupování biografických dat uživatelů a dokumenty plánující průběh poskytované péče. Analyzovány byly následující dokumenty – Standardy kvality č. 5,

Plány péče<sup>89</sup>, Biografický list<sup>10</sup>, Biografická anamnéza<sup>11</sup>, Rychlé skóre<sup>12</sup>, Životní příběh<sup>13</sup> a Prováděcí pokyn pro aplikaci biografické koncepce do péče SS-

### 6.3 Etické aspekty výzkumu

Všem respondentkám byl představen záměr výzkumu a způsob využití dat, totiž že budou využita jen pro účely diplomové práce. Všem respondentkám byl poskytnut dokument informovaného souhlasu, v němž jsme se zavázala k zajištění jejich anonymity. Dokument informovaného souhlasu je součástí příloh práce (Příloha č. 1). Dále jsem v něm vysvětlila potřebu nahrávání rozhovoru za účelem mít k dispozici jejich vlastní formulace, nejen mé poznámky, které by mohly být nepřesné či příliš zjednodušující a nebylo by je tedy možné využít pro analýzu metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Aby byla účastnicím zaručena anonymita, nejsou v analytické části práce uvedeny žádné informace, které by vedly k identifikaci konkrétních sociálních zařízení nebo sociálních pracovníků, které do výzkumu zapojily. Přímé citace respondentek jsou v textu uvedeny R1, R2, R3, R4 na základě pořadí realizace výzkumných rozhovorů. Všechny respondentky se zapojením do výzkumu za těchto okolností souhlasily.

### 6.4 Technika sběru dat

Pro zodpovězení mých výzkumných otázek jsem se rozhodla využít kvalitativní přístup. Moje studie je tvořena ze dvou hlavních částí. První z nich tvoří polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky v pobytových zařízeních pro seniory. Vzhledem k výzkumnému cíli považuji tuto metodu za přínosnější než kvantitativní metodu zkoumání v ohledu na nezbytnost lepšího porozumění a seznámení se s celým kontextem poskytované péče v jednotlivých domovech pro seniory, které jsou součástí mého výzkumu. Tento typ rozhovorů poskytuje jak výzkumníkovi, tak respondentkám prostor pro práci s vlastní zkušeností a porozuměním zkoumaného tématu, což je jeho nespornou výhodou (Švaříček & Šed'ová, 2007, str. 13-15). Druhá část studie je tvořena analýzou dokumentů, ukotvující využití Psychobiografického modelu v péči. Konkrétně se jedná o Standard kvality č. 5, který v obou zařízeních ukotvuje psychosociální model péče, dále pak dokumenty Biografického listu, Plánů péče, Rychlé skóre, Prováděcí pokyn k práci s Psychobiografickým modelem péče, Biografické anamnézy

<sup>8</sup> Dokument Plán péče zařízení 2 je součástí příloh diplomové práce – Příloha č. 4

<sup>9</sup> Dokument Plánu péče zařízení 1 není součástí příloh práce z důvodu obsahu citlivých dat klienta

<sup>10</sup> Dokument Biografický list klienta je součástí příloh diplomové práce – Příloha č. 5

<sup>11</sup> Dokument Biografické anamnézy je součástí příloh diplomové práce – Příloha č. 6

<sup>12</sup> Dokument Rychlé skóre je součástí příloh diplomové práce – Příloha č. 7

<sup>13</sup> Dokument Životního příběhu je součástí příloh diplomové práce – Příloha č. 8



a Životního příběhu. Dle Hendla (2005, str. 132) je analýza dokumentů cestou k objevení informací, ke kterým by se výzkumník dostával velmi složitě prostřednictvím pouhých rozhovorů s respondenty. Jedná se také o zdroje informací, které nejsou ovlivněny emocemi respondenta. Tyto metody jsem zvolila hlavně z důvodu potřeby porovnání metod práce ve dvou různých pobytových zařízeních určených pro seniory. Díky polostrukturovaným rozhovorům je možné v rozhovorech pozorovat předem vytyčené oblasti a témata, které lze mezi sebou následně srovnávat (Blee & Taylor, 2002). V oblasti analýzy dokumentů lze také předpokládat jisté odlišnosti. Zejména v oblastech mapujících biografická data klientů a jejich práce s nimi.

Potřebná data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které byly předem definovány otevřenými otázkami, které zajistily zodpovězení stanovených výzkumných otázek. Scénář rozhovoru obsahoval dva hlavní tematické okruhy: proces práce s Psychobiografickým modelem a vnímané přínosy využívání tohoto modelu. První okruh mapuje proces tvorby biografie klienta a způsob práce s Psychobiografickým modelem. Druhý okruh se zaměřuje na přínos práce s biografií klienta a její vliv na individuální plánování průběhu služby. Délka rozhovorů byla v rozmezí 40 minut až 2 hodiny. Respondentkám byla vždy položena otázka, vycházející z předem stanoveného scénáře rozhovoru. Scénář rozhovoru je součástí příloh práce (Příloha č. 2). Následně byl účastníkům poskytnut dostatečný prostor pro vlastní uchopení otázky. Následně jsem pokládala doplňující otázky, které vyplývaly z odpovědí respondentek a vedly k ucelenější a jasnější představě celkové práce s Psychobiografickým modelem v daném zařízení. Rozhovory byly nahrávány a následně doslovně přepsány do textové podoby, aby mohly být podrobeny další analýze.

### *6.5 Metoda analýzy dat*

V rámci analýzy dat jsem vycházela z metody IPA (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Tato analýza jde na rozdíl od například zakotvené teorie daleko více do hloubky tím, že se zaměřuje specificky na žitou zkušenost, v tomto případě na zkušenost s využíváním Psychobiografického modelu. Výzkumní se snaží porozumět zkušenostem respondenta a tomu, jaký význam jim sám respondent přikládá. Vzhledem k cíli mé práce, kterým je zmapovat, jak se promítá zavedení Psychobiografického modelu do péče o klienta, jenž je postavena na pohledu sociálních pracovníků, považuji tuto analýzu za nejvhodnější.

Data získaná z rozhovorů byla analyzována pomocí softwaru Atlas.ti, data získaná z dokumentů byla analyzována ručně. Veškerá získaná data však byla analyzována procesem

opakovaného čtení, následného kódování a kategorizování. V procesu kódování bylo využito jak induktivní, tak deduktivní kódování (Novotná, Špaček, Štívíčková Jantulová, & kol., 2019, str. 431-436). Jednotlivé kódy byly tvořeny na základě analýzy textu a vycházely z jeho kontextu. Deduktivního kódování bylo využito za účelem nalézt odpovědi na předem definované výzkumné otázky. Dále byl text kódován dvěma způsoby – otevřeným kódováním a selektivním kódováním (Hendl, 2016, str. 251-257). V první fázi byl text kódován otevřeným kódováním, které pomáhá výzkumníkovi v lepší orientaci textem. Pro lepší orientaci v textu byly využity kódy popisné a interpretativní. Následně byl text podroben selektivnímu kódování, jehož cílem je stanovit několik hlavních kategorií, které textu dominují a zahrnují všechny ostatní kategorie. Tyto kategorie sdružují jednotlivé kódy do tematických celků a slouží lepší orientaci výzkumníka v textu. Při procesu analýzy textů bylo postupováno formou zpřesňování kódů. Pro lepší udržení přehledu kódů byla také vytvořena kódovací kniha, která obsahuje přehled všech kódů společně s jejich definicemi a kritérii daného kódu. Kniha kódů je součástí příloh práce (Příloha č. 3).

## 7. Analýza dat

Pro zodpovězení stanovených otázek jsem analýzou dat vytvořila několik kategorií, které mi pomohou stanovené výzkumné otázky lépe uchopit a systematictěji zpracovat. V následujících podkapitolách tyto kategorie představím.

### 7.1 *Nástroje Psychobiografického modelu péče*

Do této kategorie patří procesy získávání biografických dat a dokumenty sdružující tyto data, která následně ovlivňují proces individuálního plánování poskytované péče s klientem. Tím tedy dochází také k propojení Psychobiografického modelu péče s kritérii Standardu kvality č. 5. Tato kritéria uvádím v podkapitole 3.2 Individuální plánování průběhu sociální služby na stránkách 18-20.

#### 7.1.1 *Dokumenty*

##### **a) Standard kvality č. 5 – Individuální plánování průběhu péče**

Prvním důležitým dokumentem, který respondentky obou zařízení zmiňují je dokument Standardu kvality č. 5., kterým je práce s Psychobiografickým modelem péče v obou zařízení ukotvena. Poskytuje zařízením určitý rámec poskytované péče, kterým se služby zavazují a aktivní spolupráci na jednotlivých přáních a cílech klienta vycházejících z klientových možností. Nutnost aktivní účasti na společném plánování individuální péče s klientem nás odkazuje na další dokument, kterým je právě „Plán péče“.

##### **b) Plán péče**

Dokument nazvaný Plán péče se nachází v obou zkoumaných zařízeních. Každé z nich má však jinou strukturu tohoto dokumentu. Zařízení 1 probíhá dvojitý dělení dokumentu do kategorií podle základních činností, které jim stanovuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a následného dělení podle poskytované péče. Jedná se tedy o pomoc nebo zajištění hygieny – sem patří oblast osobní hygieny, základní péče o vlasy a nehty, pomoc při požití WC. Úkony běžné péče o osobu – oblékání a svlékání, jídlo a pití, prostorová orientace. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – využívání služeb, upevňování kontaktů a sociální začleňování. Aktivizační činnosti – pomoc při obnovení/upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, motorické, psychické a sociální dovednosti. Kategoriami stanovenými dle zákona 108/2006 Sb., které nemají dvojitý dělení, jsou sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, zájmů aj. Jednotlivé kategorie vždy obsahují informace o důvodu, proč

daný klient potřebuje v této oblasti podporu, společné cíle klienta a pracovníka a klientovy zdroje, o které je možné se opřít a vytvořit tím prostředí pro lepší využití péče. Na úvod jsou vždy v dokumentu uvedeny základní informace o klientovi, jako je jméno a rok narození. Dále pak jméno klíčového pracovníka a druh poskytované služby. Následný odstavec je věnován základním přáním a potřebám uživatele, ze kterých celý Plán péče vychází. Také je zde uvedeno, z jakých zdrojů byly informace čerpány a jak byly získány. Na závěr je pak stanoveno několik okruhů rizik, které mohou při poskytované péči nastat – riziko bloudění, ztráty v přirozeném prostředí, riziko úrazu a poranění, riziko ztráty v prostoru mimo zařízení a riziko pádu. K těmto oblastem je vždy sdělen důvod, cíl péče, informace, zda si klient dané riziko uvědomuje a plán, jak těmto situacím předcházet.

Zařízení 2 také rozděluje Plán péče do několika základních kategorií – komunikace, mobilita, oblékání a obouvání, stravování, péče o domácnost, orientace, uplatňování práv a oprávněných zájmů, bazální stimulace, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví a bezpečí a osobní aktivity. Prakticky se tedy až na oblast bazální stimulace jedná o oblasti posuzované při sociálním šetření. U každé z těchto kategorií je stanoven cíl spolupráce. Dále jsou rozděleny na úkony, ke kterým se vztahuje, popis současného stavu klienta a popis péče. Na úvod je v dokumentu uvedeno jméno klienta a jeho klíčového pracovníka. Dále je zde způsob oslovení, kterým si uživatel přeje být osloven, a období, na které je tento plán vytvářen. Zpravidla se jedná o období šesti měsíců, kdy je následně plán s klientem hodnocen a probíhá tvorba nového. Na závěr dokumentu je také prostor pro soupis možných rizik při poskytování péče a hodnocení Plánu péče.

### **c) Výchozí dokumenty biografických dat**

V obou zařízeních Plány péče vycházejí z dokumentů shromažďujících biografická data o klientech. V zařízení 2 jsou základními dokumenty Biografická anamnéza a Životní příběh. V zařízení 1 se jedná primárně o tzv. Biografický list klienta, který je rozšířený o dokument tzv. Rychlého skóre. Biografický list poskytuje SS průřez životem klienta od jeho dětství přes mládí, dospělost až po stáří. Zaznamenává důležité okamžiky, které by mohly ovlivnit chování klienta i v současnosti. Informace získané z těchto dokumentů se následně promítají do Plánu péče. Tento dokument může být také rozpracován do tzv. „Knihy životního příběhu“, která je jeho rozšířením. Zařízení 1 pak vyhotoví dva výtisky této knihy, kdy jeden slouží pro účely SS a druhý pak jako dar rodině či klientovi samému, jak ukazuje citace pracovnice z tohoto zařízení:

*„Povedlo se nám taky několikrát, že třeba při kulatých narozeninách tu knihu životního příběhu dostávají jako dárek. Kdy se to slavnostně předává i té rodině, takže je taková vzpomínková záležitost, nejenom pro tu rodinu, ale myslím si, že i ta rodina to ocení.“ (SS1, R1)*

Rychlé skóre je dokument, který se zaměřuje na mapování fyzické a psychické kondice uživatele. Tento dokument vychází z Böhmových sedmi stupňů regrese, které jsem popsala v podkapitole 5.3.5 Sedm fází regrese. Prostřednictvím práce s tímto dokumentem, který je dělen do tří stupňů, mohou pracovníci poznat, v jakém stupni regrese se klient nachází, jaká aktivizace a v jaké délce je pro něj vhodná. Respondentka jej definuje takto:

*„...aby ten personál věděl to zařízení stupně regrese a podle toho určovat, jak toho člověka aktivizovat. Je nesmysl aktivizovat člověka, kterej už je v ní nějaký podle Böhma třeba v 6. nebo v 5. 6 fázi regrese, že budeme pracovat třeba na trénování paměti. Nebo aby ta aktivizace probíhala dlouho, když ten člověk profituje třeba z 10 minut. Prostě, nějaký cílený aktivizace.“ (SS1, R2)*

Dokumenty Biografická anamnéza a Životní příběh ovlivňují, jak jsem již zmínila výše, Plán péče v zařízení 2. Oba vycházejí z druhého sociálního šetření. To znamená, že jej má služba k dispozici ještě před nástupem klienta do péče narozdíl od Biografického listu nebo Rychlého skóre, se kterými pracují v zařízení 1. Biografická anamnéza je podrobnějším rozpracováním dat využitých v Plánu péče. Jsou zde zkoumány oblasti jako například četnost hygieny, tělesný kontakt, spánek – jaká je obvyklá poloha klienta ve spánku, kdy chodí spát a jak dlouho spává, jídlo a pití – preferovaná konzistence, případné potíže apod. Dále pak péče o chrup, mapování funkčnosti smyslů nebo třeba regulace tělesné teploty. Na rozdíl od Biografického listu je to dokument, který je spíše ošetřovatelského charakteru. Jedná se tedy především o dokument pracující se skutečností, že se klient již nachází v určitém stupni regrese, a proto chce zmapovat základní informace ovlivňující klientův pocit bezpečí a pohody z poskytované péče. Tuto skutečnost uvádí respondentka R4 následovně:

*„Ze začátku jsou tam pro nás vlastně úplně nové informace. My se s nima seznamujeme a postupně se to potom propojí do toho plánu péče. Tam se ty informace aktualizují, dopisují, kdo co zjistí třeba při koupeli, jaké má ráda doteky, nemá rád a tak.“ (SS2, R4)*

Biografický list je v této oblasti spíše dokumentem sledujícím linku života klienta, kdy zaznamenává důležité okamžiky, které se mohou prolínat klientovou aktuální situací. Ukazují tedy specifické životní zkušenosti, které mohou poskytovanou péči ovlivňovat. Tuto roli

v zařízení 2 zastává spíše dokument Životního příběhu. Na rozdíl od Biografického listu však není vůbec strukturovaný. Jedná se o dokument, který je předáván rodinným příslušníkům k vypracování ještě před nástupem klienta do péče. Záleží tedy čistě na rodině, jaké informace personálu sdělí. Je provázen pouze průvodními slovy, které mají za cíl navodit pocit empatie vůči svým rodinným příslušníkům, za které tento dokument rodina vyplňuje.

#### **d) Adaptační doba**

Plány péče jsou v obou zařízeních vytvořeny až na základě tzv. „Ošetřovatelského plánu“ v zařízení 1 a „Adaptačního plánu“ v zařízení 2. Tyto dokumenty jsou prvotním nastavením péče vycházejícím z výše zmíněných dokumentů. V zařízení 1 dochází ke změně z Ošetřovatelského plánu, který musí být vytvořen do 24 hodin od nástupu klienta, na Plán péče po třech měsících. V průběhu toho dochází k hodnocení po jednom měsíci a následně na konci tříměsíční adaptační doby. Jedná se o dokument, který je primárně zaměřený na zajištění základních potřeb v ošetřovatelské péči. Dle slov respondentky R1 je důvod adaptační doby a jejího hodnocení následující:

*„Ostatní věci se tak nějak v průběhu krystalizují s tím, že klíčový pracovník, kterému je ten člověk přidělen, má s klientem první mapovací schůzku po měsíci a pak po dalších dvou na konci adaptačního období. Abychom tam měli trošičku i nějaké porovnání.“*  
(SS1, R1)

Adaptační plán je na rozdíl od Ošetřovatelského plánu již od začátku směřován víc individuálním směrem. Dochází k tomu na základě získávání informací z předem vyplňované Biografické anamnézy, kterou má služba k dispozici již před nástupem klienta do péče. V zařízení 2 se Adaptační plán mění na Plán péče po měsíci. K hodnocení plánu tedy dochází na konci adaptační doby. Respondentka R4 definuje hodnocení adaptační doby následovně:

*„...jak se ten člověk tady adaptoval. Jak si zvyknul na pokoj, jak se mu tam líbí, co se mu nelíbí, s kým třeba navázala dobré pozitivní vztahy a co by si třeba přál. Někdo si třeba nastěhuje na třílůžkový pokoj, tak nakonec nám z toho vyjde, že by třeba preferoval jednolůžkový pokoj, jak se tady vlastně postupně zvyká, s kým si rozumí, nerozumí.“*  
(SS2, R4)

Zařízení 2 má své dokumenty pracující s biografickými daty uživatelů – Záznam z prvního sociálního šetření, Záznam z druhého sociálního šetření neboli Biografická anamnéza, dokument Životního příběhu, Adaptační plán péče a Plán péče, který vychází z informací Biografické anamnézy, pouze ve Standardu kvality č. 5. Naproti tomu zařízení 1 má tyto

dokumenty – Biografický list, Kniha životního příběhu, Rychlé skóre, Kuchařka receptů s příběhem a Plán péče o klienta, které ovlivňují tvorbu Individuálního plánu stanoveny v Prováděcím pokynu pro aplikaci biografická koncepce do péče SS. Tento dokument stanovuje také koncept vzdělávání personálu v biografické koncepci, manuál pro práci s Biografickým listem, multidisciplinární vizitace a v neposlední řadě ukotvuje etické principy pro práci s biografii.

### 7.1.2 Získávání dat

#### a) Sociální šetření

Obě zařízení se shodují na tom, že prvotní biografické informace a tedy i práce s Psychobiografickým modelem jsou získávány již na sociálním šetření. Výhodou pro získání relevantních informací je, když dané sociální šetření probíhá v přirozeném prostředí klienta. Na rozdíl od zařízení 1 pracuje zařízení 2 s dvoustupňovým systémem sociálního šetření. To znamená, že na prvním zmapují životní situaci a zhodnotí, zda žadatel spadá do jejich cílové skupiny, a na druhém pak předává rodinným příslušníkům výše zmíněné dokumenty Biografické anamnézy a životního příběhu. Což nás přivádí k dalšímu zdroji biografických informací, kterým je spolupráce s rodinou.

#### b) Spolupráce s rodinou

Tato oblast je vnímána jako důležitá všemi respondentkami. Naléhavost této spolupráce je však znát především z rozhovorů se sociálními pracovníci zařízení 2. Je zde patrná nutnost spolupráce právě kvůli potřebě vyplnění zmíněných dokumentů, jak je patrné z následující citace respondentky R4:

*„...spolupráci s tou rodinou, protože někdy vlastně člověk, co má demenci už si třeba nevybavuje tolik ten svůj prožitý život. Už je tam špatná, krátkodobá, dlouhodobá paměť tak využíváme vlastně tu rodinu. Aby nám jako by nahradilo ty informace nebo ten zdroj těch informací, aby tam byla klíčová ta rodina.“ (SS2, R4)*

Respondentky ze zařízení 1 spatřují ve spolupráci s neformálními zdroji rovněž velký benefit. Vnímají ji ale také z hlediska toho, že je ve spolupráci rodiny se SS zřejmý určitý obraz rodinných vztahů. To ukazuje také následující citace:

*„Některé rodiny samozřejmě různě intenzivně spolupracují. A řekla bych, že tam se krásně odráží i ten způsob, jak ta rodina s tím tatínkem nebo s tou maminkou prostě fungovali. A třeba i tyhle ty vazby, ať už jsou to nejrůznější osobní setkání. Rodinné*

*setkání, který měli jsme tu v době covidu videohovory třeba jo nebo chaty. Jo, to zase samozřejmě mnohdy nám ani ten samotný uživatel neřekne a je to tak trošičku už i odpověď i na to, jak to asi v té rodině funguje i přístup k tý rodiny směrem k nám a směrem třeba i v tý intenzitě návštěv k tomu danýmu člověku.“ (SS1, R1)*

Pokud nemá rodina zájem účastnit se spolupráce, jsou odkázáni na informace, které jim sdělí sám klient.

### **c) Rozhovor s klientem**

Zařízení 1 má pro správnou komunikaci s klientem vytvořené tzv. Komunikační desatero, na jehož tvorbě se podíleli samotní klienti. Jedná se o určitý koncept, který sděluje pečujícímu personálu, jak si uživatelé sami představují a přejí, aby s nimi komunikovali. Toto desatero respondentka R1 definuje takto:

*„Do praxe jsme vytvořili takové komunikační desatero...očíma toho uživatele. To znamená, že mluví k tomu ošetřovateli, jak by si přál, nebo chtěl, aby s nimi komunikovali anebo spíš, na co si dávat pozor, když na někoho mluvíme, že máme stát proti němu, nemluvit na něj zezadu, oslovení a tak dále.“ (SS1, R1)*

Informace získané rozhovorem s klientem však mohou být také omezené na základě stupně regrese, ve kterém se uživatel nachází. Potom přichází tedy na řadu pozorování, které samozřejmě provází proces získávání dat rozhovorem.

### **d) Pozorování**

Pokud rodina není nebo nemá zájem na získávání dat spolupracovat, je péče poskytována na úrovni zabezpečení základních fyziologických potřeb. V průběhu péče pak dochází k jejímu přizpůsobování potřebám klienta na základě pozorování neverbální komunikace klienta.

Důležité informace o klientech mohou také vykrystalizovat při různých aktivitách. Když je komunikace uživatelů omezena, personál používá metodu pozorování za účelem vnímání emocí klienta. Příkladem této skutečnosti může být citace respondentky R4:

*„Tu komunikaci třeba nemůže nahradit ani té rodina, když nemá rodinné příslušníky, tak ji potom na nás jako na pozorování. Abysme se to třeba při hygieně sami zjistili, jaké kontakty mu třeba vadí, nevadí, jestli je plachý..., pozorování jeho mimiky, gesta. Jestli začne rozhazovat rukama, nebo se u toho usmívá, co je mu příjemné.“ (SS2, R4)*

Na základě pozorování dochází také k cílenější spolupráci mezi pracovníky.



## e) Spolupráce pracovníků

V této oblasti mluví respondentky ze zařízení 1 o důležitosti multidisciplinární spolupráce. Hlavní efekt této spolupráce je patrný při pravidelných vizitacích. Jedná se o schůzky multidisciplinárního týmu, které bývají každý den za účelem posouzení situace konkrétního klienta. Na těchto vizitacích dochází ke sdílení informací v rámci všech struktur poskytované péče. Také je zde zhodnoceno, zda nedošlo k nějakým změnám v oblasti fyzické a psychické kondice klienta. Respondentka R1 vysvětluje prospěšnost multidisciplinární spolupráce takto:

*„...postřehy některých jiných pracovníků. Někdy mají postřehy, který klíčový pracovník ani nezachytí a na té vizitaci je dostane. To už se nám stalo mnohokrát, takže mnohdy tam může být i řešení. Dejme tomu situace jako například třeba paní, která měla problémy usnout a klíčový pracovník, když byl třeba zrovna ve směně, tak neustále tý paní tu televizi vypínal. No jo, jenže paní byla zvyklá u té televize usínat. Jasně, není to asi nejlepší, ale ona tím, že tam to světlo bylo, tak se cítila prostě bezpečně, což jí předala jiná, pracovnice na tý vizitaci a víceméně ten problém se vyřešil během chvilinky.“ (SS1, R1)*

Respondentky zařízení 2 pak mluví o spolupráci a předávání dat mezi pracovníky primárně při předávání směn nebo formou zápisu do Denní knihy. K multidisciplinární spolupráci dochází pouze v případě potřeby. Na denní bázi také probíhají 20minutové schůzky pečujícího personálu, kde jsou shrnuty základní poznatky o daných klientech, jak ukazuje citace respondentky R3 z tohoto zařízení:

*„Předávání informací vlastně denně. Na tom oddělení se setkává ten úzký tým. Jednou týdně tam chodí sociální pracovnice. Když je potřeba, udělá se multidisciplinární tým a jinak jako kdyby každý den probíhá předání informací nebo do knihy předání služby a pak osobně na takové té dvacetiminutové schůzce, která bývá každý den.“ (SS2, R3)*

## 7.2 Práce s Psychobiografickým modelem péče

### 7.2.1 Oblasti péče o klienta

Výzkumné rozhovory se shodovaly v rozsahu oblastí péče, které jsou ovlivněny využitím Psychobiografického modelu péče. V tomto směru nebyl mezi sledovanými zařízeními rozdíl. Tento model tedy zasahuje prakticky do všech oblastí péče. Často zmiňovanou oblastí je například hygiena, stravování, ošetrovatelská péče nebo také aktivizace. Z pohledu respondentky R2 je oblast péče o klienta vysvětlena následovně:

*V podstatě se to může promítat do všech oblastí, co se týká hygieny, stravování a péče o cokoli, o vlasy tam máme zvlášť a nehty a tak. Je to hodně o tom pocitu, jaké je sebe ten člověk má. Když víme, že ten člověk to měl celý život a bez těch věcí se necítí kompletní, tak prostě někdo by tam měl i takovýhle specifikum, takže opravdu se to odráží do téměř všech oblastí. (SS1, R2)*

Specifika provázející oblast poskytování podpory v oblasti hygieny je zřejmá také z Biografické anamnézy – dokumentu zařízení 2. Tento dokument mapuje i údaje jako je teplota vody, způsob hygieny, četnost provádění celkové hygieny i jaký druh mýdla nebo tělového mléka je klient zvyklý používat. Tyto data jsou rovněž podpořeny výrokem respondentky R4:

*„...třeba když to vezmu na tu hygienu, tak v plánu péče máme oblast hygieny a z té Biografické anamnézy si vlastně vezmeme třeba ty kontakty nebo jaké mýdlo, jaký deodorant, co byl vlastně zvyklý používat. Tak si ty informace vypíchneme tady z toho a převedeme si je do toho Plánu péče.“ (SS2, R4)*

Pracovnice prvního zařízení uvádí, že na základě holistického posouzení situace klienta je péče rozšířená z oblastí čistě ošetrovatelských i na celostní péči, a tedy i na oblast například spirituální, jak také ukazuje následující citace:

*„Staráme se nejenom o tělo psychický, staráme se o tu duši, sociálně to znamená kontakty, rodina a spirituální, to znamená ty záležitosti, které se dotýkají duchovna, protože tady máme celou řadu uživatelů, kteří byli zvyklí chodit v neděli do kostela. Tady mají bohoslužbu v úterý vždycky odpoledne, takže v tom pokračují dál v této linii.“ (SS1, R1)*

Z výzkumných rozhovorů vyplývá, že v průběhu poskytování služby na základě Psychobiografického modelu je péče přizpůsobována klientovým potřebám a možnostem. K tomu dochází především prostřednictvím pravidelného předávání informací a průběžným hodnocením. V prvním zařízení poskytuje Psychobiografický model péče rámec pro určení míry regrese klienta. Na základě toho je možné klientovým psychickým i fyzickým možnostem přizpůsobit aktivizaci. Jejím prostřednictvím může také docházet k lepšímu ukotvení klientů v realitě. V oblasti péče o klienty v pokročilém stupni regrese se respondentkám také osvědčila úzká spolupráce s rodinou a blízkými daného klienta. Pracovnice zařízení 2 považují tuto spolupráci za nezbytnou obzvlášť před nástupem klienta do péče, kdy rodina dostane formulář mapující životní příběh klienta. Ten tedy nastupuje do služby, která již zná jeho životní příběh

a může mu být od počátku poskytována individualizovaná péče. Jak je patrné z citace respondentky R4:

*„...od začátku přitom vlastně nástupu, když ten na nový klient nastoupí a prolíná se vlastně do celé doby působení, co on tady vlastně je a tu službu využívá od začátku vlastně až do konce. Ze začátku jsou tam pro nás vlastně úplně nové informace. My se s nima seznamujeme a postupně se to potom propojí do toho plánu péče. Tam se ty informace aktualizují, dopisují, kdo co zjistí třeba při koupeli, jaké má ráda doteky, nemá rád a tak.“ (SS2, R4)*

Na základě personální kooperace mohou obě zařízení kvalitně pracovat s biografickými daty, která jsou vkládána do Plánů péče. Dle výpovědí respondentek vychází poskytování péče v zařízení 1 z principu normality, který se snaží vštěpovat veškerému personálu. Respondentka R2 zmiňuje příklad z praxe:

*„...jeden pán, kterej byl pošťák a už měl taky demenci, tak on prostě se budil ráno, jak byl zvyklej, ve 4 hodiny vstávat do práce a furt zvonil na ten personál, Ten byl taky naštvanej, protože od 4 hodin tam budil skoro celý oddělení, a tak tam furt chodili. A pak jim došlo, že jak byl tím pošťákem, tak mu v ty 4 hodiny dali obálky, nějaký razítko s polštářkem, noviny, aby je třídil. A on byl takhle spokojenej. Vlastně mu umožnili jako, aby z toho neměl úzkosti. Když se na něco takovýho přijde z tý historie...“ (SS1, R2)*

### 7.2.2 Prostor pro další rozvoj konceptu Psychobiografického modelu péče

V rámci rozhovorů respondentek z prvního zařízení vyplynulo, že stále hledají nové způsoby, kterými by mohly poskytovanou péči dál posouvat a zkvalitňovat.

#### a) Strava

Prvním aspektem, který respondentky zmiňovaly, je způsob stravování. Jejich vizí do budoucna je, aby byla klientům poskytnuta strava, na kterou byli v průběhu života zvyklí. Od názvů přes způsob servírování až po druh stravy. Je zřejmé, že si uvědomují náročnost realizace této vize hned v několika oblastech. Určité stravovací standardy budou samozřejmě muset být dodrženy. Stejně tak je tento koncept velmi náročný v tom, že každý byl zvyklý na něco jiného. Respondentka R1 však tuto příležitost vnímá velmi pozitivně a uvádí ji následovně:

*„...v současné době začínáme intenzivněji spolupracovat i se stravovacím úsekem tak, aby třeba dejme tomu i názvy jídel, a i ty jídla, který ty lidi byli zvyklí, ať už to bylo chleba s máslem nebo chleba se sádlem (samozřejmě, všechno se taky odvíjí od nějakých*

*stravovacích, norem) odpovídali i tomu, jak ty lidi jedli, nejenom co jedli, ale jak a kde jedli. Jo, na co byli zvyklí.“ (SS1, R1)*

V oblasti stravování se také ukazuje, že tím, že řada klientů žila celý život v nedostatku, jsou pro ně servírované porce příliš velké a mají tendenci si jídlo spíše schovávat, jak ukazuje citace této respondentky R1:

*„Dostáváme hodně u těch klientů teď zpětné vazby, že by třeba uvítali jenom tu polévku k té večeři a třeba pečivo k tomu by bylo pro ně určitě dostačující.“ (SS1, R1)*

V tomto ohledu se oblast stravování zatím promítá pouze do oblasti aktivizace. Pracovnice sestavují s klienty kuchařku, která obsahuje recepty na různé druhy zákusků, buchet a koláčů. V rámci aktivizace pak klienti s pracovníky tyto pokrmy připravují. Respondentka R1 mluví této aktivizaci následovně:

*„...některé recepty a s některými už pracujou aktivizační pracovníci, že podle týhle tý dotyčný paní se dá třeba i upéct, dejme tomu nějaká buchta. Prostě alespoň něco málo se nám podařilo i takovýmhle způsobem dostat do stravovacího úseku. Ale pořád jsou tam samozřejmě rezervy.“ (SS1, R1)*

## **b) Aktivizace**

Další oblastí, ve které se zařízení 1 snaží pracovat nad rámec běžného poskytování péče, jsou literární soutěže klientů, které pořádá. Účast je samozřejmě dobrovolná. Klienti se do ní však velice rádi zapojují. Respondentky zmiňují, že pro některé klienty to znamenalo znovunalezení smyslu života. Dle slov respondentky R1 se již ukázalo, že je to pro klienty skvělým nástrojem k aktivizaci, jak je zřejmé z následující citace:

*„Dokonce jeden pán získal i cenu roku. Podle zpětné vazby to má docela úspěch. Jeden pán dokonce řekl, že ho to začalo tak strašně bavit, že tam v tom jako najednou našel smysl svého života, což mě docela překvapilo.“ (SS1, R1)*

## **c) Paliativní péče**

Respondentka prvního zařízení dále zmiňuje snahu o propojení biografických dat s paliativní péčí. Konkrétně se jedná o oblast dříve vyslovených přání, která mohou být propojená právě s životním příběhem klienta. Tato oblast je z pohledu respondentky R1 viděna takto:

*„Teď v současné době ... začínáme pracovat na projektu paliativní péče tak, že oblast stáří, to tady a teď. Kdy bylo dobré nějakým způsobem rozšířit zase i tuhleto oblast*

*ve smyslu, třeba právě určitých přání a potřeb, respektive těch dříve vyslovených přání, takže to se tam s největší pravděpodobností třeba i takhle bude promítat.“ (SS1, R1)*

### 7.3 Benefity využívání modelu

#### 7.3.1 Dobře uchopitelný a praktický

Ze všech rozhovorů s respondentkami vyplývá, že Psychobiografický model péče pracovníkům poskytuje ucelený systém sběru dat a informací o klientech, které má personál neustále k dispozici. Také vidí prospěšnost modelu v lepším a adresnějším způsobu poskytování péče. K tomu dochází díky propojení znalosti životního příběhu klienta se způsobem poskytování péče. Dle slov respondentky R2 je Psychobiografický model péče vnímán takto:

*„...chtěli nějakou nadstavbu něco nějakou ideu myšlenku, na který tu práci postavit a vést ten den domov dál. Přišlo nám to hrozně zajímavý, že to je vlastně strašně obyčejný, že to není žádná věda. Ale že na základě toho, co o tom člověku víme, co on nám řekne, nebo co nám řekne rodina, tak můžeme opravdu štít na míru.“ (SS1, R2)*

Na základě informací z výzkumných rozhovorů zařízení 1 je zřejmé také to, že díky lepšímu mapování psychického i fyzického stavu klienta prostřednictvím dokumentu Rychlé skóre, může být aktivizace přizpůsobena jeho aktuálním schopnostem. Tím se dostáváme k dalšímu benefitu, kterým je multidisciplinární spolupráce.

#### 7.3.2 Multidisciplinární spolupráce

Respondentky zařízení 1 také uvádějí, že Psychobiografický model péče propojuje personál napříč pracovními skupinami, čímž je zajištěna celostní péče o klienta. To také ukazuje následující citace respondentky R1:

*„...hlavně propojení sociálního a zdravotního úseku. Ted' beru, ať už jsou to zdravotní sestřičky. Dejme tomu fyziio, který jsou taky zdravotní úsek, potažmo vedoucí. Je tam možnost vykomunikovat třeba i plno věcí, tak abysme nebyli nějaký 2 oddělené pole, prostě je to péče o toho klienta, takže v tomhleto vidím docela velký i posun.“ (SS1, R1)*

Toto hledisko příliš nepotvrzuje zařízení 2, které benefit vnímá spíše v úzké spolupráci pečovatelů a sociálních pracovníků.

### 7.3.3 Přirozené navázání na předchozí život

Obě zařízení se shodují na významu znalosti předchozího života klienta. Respondentky ze zařízení 1 zmiňují, že se může potřebná péče plynule odvíjet a kontinuálně navazovat na klientův předchozí život. Je zde patrná snaha personálu nastavit péči tak, aby byla skutečně individualizovaná tzv. „šitá klientovi na míru“, což umožňuje právě znalost životního příběhu. Toto tvrzení potvrzuje respondentka R1 zkušeností z praxe:

*„Víme tady třeba u jedné lékařky. Paní doktorka, byla to pediatrička. Biorytmus každého člověka se s věkem také mění. Může to být i díky tomu jako profesi vykonávala, protože měla samozřejmě i noční služby a tak dále. Pracovala v nemocnici a ten biorytmus už má dneska tak, že v noci mnohdy bdí a spí třeba celý dopoledne... takže ošetřovatelé už ví, že spí do 10 hodin, tak tu snídaní tam přinesou, nechají, nebudí ji. Takže to není o tom, že ona prostě musí na povel v půl 8, kdy se převáží snídaně vstávat.“ (SS1, R1)*

Dle respondentek ze zařízení 2 je znalost životního příběhu propojena s pozitivním vnímáním poskytované péče ze strany klientů. Podporuje u nich také pocit bezpečí a celkové pohody, jak je zřejmé z citace respondentky R3:

*„...aby se cítili dobře v bezpečí, aby byli klidní. Vůbec jako na jejich reakcích, aby ta péče prostě byla taková, aby se v tom cítili dobře.“ (SS2, R3)*

### 7.3.4 Předcházení chybám a traumatizaci klienta

Zařízení se shodují na tom, že díky poznání životního příběhu klienta mohou v oblasti péče předcházet chybám. Jedna z respondentek uvádí příklad z praxe, kde díky znalosti životního příběhu předešli nadužívání psychiatrické medikace u klienta:

*„Měli jsme klienta... pán, nějaký vysokoškolský profesor a měl Alzheimeru... v těch prvních dnech, byl takovej jako dobrý, dobrý a pak přišel večer a měl jít spát a byl hodně neklidnej. Byl jako depresivní, pak až agresivní. Snažili jsme se zjistit co to je, proč to tak má. Nechtěli jsme hnedka sáhnout po práškách na spaní a tak, jsme se ptali tý manželky a ona říká, vždyť já vám neřekla náš rituál, který jsme celý život dělali. Ona ho před spaním vždycky tak jako hezky pohladila po tváři a řekla mu, on se jmenoval Dušan, a ona mu řekla, dobrou noc, Šánku. A takhle to dělali celej ten život. A tady ta vlastně v uvozovkách fakt hloupost, nebo taková jako blbůstka, tak zkrátka pomohla, že*

*ten personál to začal dělat, že ho pohladili po tváři a řekli mu dobrou noc Šánku a on normálně ten pán usnul. On jim to nedokázal už slovy vyjádřit, co se děje. Ale prostě chybělo mu to.“ (SS1, R2)*

Díky znalosti klientova životního příběhu lze v péči také předcházet traumatům a nepříjemným situacím. To také ukazuje citace respondentky R2, která představuje praktický příklad využití znalosti životního příběhu v poskytované péči:

*„... ty lidi jsou spokojenější, protože třeba měli jsme paní, u který jsme díky biografii věděli, že vyrostla v dětském domově. Ze začátku ji furt zvali na nějaký společný akce a tak. A ona pak se svěřila, že jak vyrostla v tom dětském domově, že úplně nenávidí skupinový záležitosti.“ (SS1, R2)*

### 7.3.5 Hlubší vztahy

V zařízení 1 je Psychobiografický model péče pracovníci popisován jako přínosný hlavně ve vztahu klienta a personálu, který je důvěrnější a pevnější. V tomto ohledu jsou na pracovníky kladeny velké nároky zejména v oblasti empatie a trpělivosti, jak je patrné z následující citace:

*„Klíčovým kritériem si myslím je určitě navázání nějaké spolupráce a důvěry s tím klientem ze strany, toho klíčového pracovníka, to určitě. Myslím si rozhodně úspěšná adaptace. Citlivost při tom rozhovoru určitě. Myslím si, že je v mnohých případech docela problém, že pracovník neumí naslouchat, takže oblast toho aktivního naslouchání. Nechat toho člověka i mluvit. Když už mluví jako nezasahovat mu do toho. I o trpělivosti. Prostě ta vzájemná důvěryhodnost. A ta trpělivost je určitě na místě. A jestliže ten člověk o tom nechce mluvit, tak určitě na toho uživatele netlačit.“ (SS1, R1)*

V zařízení 2 je naproti tomu vyzdvihován intenzivnější vztah s rodinnými příslušníky. Díky dokumentům, které rodina vyplňuje, pak personál zná daného klienta ještě před jeho nástupem. To potvrzuje citace respondentky R3:

*„My dáme rodině formulář Biografické anamnézy a oni nám to vyplní ti blízcí už před přijetím. Takže když ten klient pak nastoupí, tak už jako kdyby ti pracovníci, a hlavně klíčový pracovník se s tím seznámí.“ (SS2, R3)*

### 7.3.6 Bilance a sumarizace života

Ze zkušeností popisovaných pracovníci prvního zařízení je pro klienty také přínosem sestavení Biografického listu nebo Knihy životního příběhu. Ty pro ně mohou být určitou bilancí či sumarizací jejich života. Respondentka R1 tento benefity uvádí následovně:

*„Jestli ten jeho život byl naplněný, prostě aspoň z nějaké části. Jedna z otázek se třeba ptá, na co jsou v životě pyšní. Hodně se tam objevují odpovědi typu na svoje děti. To bych řekla, že je z větší části potom výstavby domů, že to je takový to zasadit strom, zplodit syna, postavit dům, takže to ten to tam je. Anebo i studia, že něco jako v životě dokázali...“ (SS1, R1)*

## 7.4 Limity

Pro komplexní obraz využívání Psychobiografického modelu péče považují za důležité zmínit i limity, které s sebou tento model přináší a se kterými se musí pracovníci potýkat. Tyto limity vyplynuly z výzkumných rozhovorů všech respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu.

### 7.4.1 Rodina

Právě ve spolupráci s rodinnými příslušníky se pojí hned několik rizik, které využití Psychobiografického modelu provázejí. Respondentky se shodují, že je práci s tímto modelem omezuje nespolupracující rodina nebo absence rodiny úplně. V těchto případech pak musí personál spoléhat čistě na svoje pozorovací techniky, díky kterým může sledovat reakce klienta. Na jejich základě následně vyhodnocuje, co je mu příjemné a co ne. V tomto ohledu je však péče o dost komplikovanější, protože je využívána metoda „pokus-omyl“. Dalším limitem tohoto modelu jsou nereálná očekávání rodiny od průběhu poskytování služby. Jak názorně ukazuje citace respondentky R1:

*„...Nejsme zařízení na zázraky a myslím si, že si všechny tyhle věci uvědomujeme, a proto je dobré o tom mluvit i s tou rodinou právě na sociálním šetření... zmiňujeme i biografii.“ (SS1, R1)*

### 7.4.2 Veřejný opatrovník

Stejně tak je problém, pokud je klient zastupován veřejným opatrovníkem, který nemůže službě poskytnout žádné důvěrné informace o životě daného člověka, což respondentka R1 představuje následovně:



*„Největší problém je podchytit čas těch dat, protože často u těch klientů nemáte a mnohdy ty informace, nebo nejsou relevantní, takže se řada klíčových pracovníků musí opírat hlavně o informace z rodiny, což zase u každého klienta nejde, protože někdy máme klienty, kteří mají veřejné opatrovníky a ti tví minimum informací o tom daném člověku, který k nám nastupuje, takže někdy je to opravdu těžké.“ (SS1, R1)*

#### 7.4.3 Předchozí negativní zkušenosti klienta

Dle respondentek z prvního zařízení nastává také problém v náročnosti vysvětlit jim správně přínos Psychobiografického modelu péče. Řada z nich je myšlením stále zasažena dobou minulou, a proto má strach sdělovat jakékoliv intimní či citlivé informace ve strachu, že sdělené informace budou figurovat v nějakých dokumentech a budou časem použity proti nim. To je patrné z citace respondentky R2:

*„Někdo si svoje soukromí chrání už jenom z principu. Může to bejt, že pracujeme s generací, který byly třeba různě po potahovaný komunistama. Jo někdo, jak říkám, je takovej, že si chrání soukromí a prostě a nechce.“ (SS1, R2)*

V tomto ohledu je pro pracovníky výzvou vybudovat si s klienty natolik pevný vztah, aby se uživatelé nebáli jim podobné informace sdělovat. Je to jeden z největších nároku, který Psychobiografický model péče klade na pečující personál.

#### 7.4.4 Čas

S aspektem větší náročnosti pro personál se dle pracovníků zařízení 1 pojí také velká časová náročnost modelu, která se projevuje nejen v procesu získávání informací, ale také v celkovém kontextu poskytované péče. Řada z pracovníků to může vnímat jako něco zbytečně nadstandardního, co by v běžné péči nebylo ani potřeba. Jak uvádí respondentka R1:

*„Jsou to věci, který tady v mnohdy děláme samozřejmě i nadstandardně. Ale říkám v rámci komplexnosti péče i o ty uživatele je to naprosto na místě. Beru to jako něco naprosto přirozeného. Prostě to tak je. Každý jsme úplně jiný. Takže nelze prostě ty lidi brát zařazovat do nějakých škatulek. To to vůbec ne.“ (SS1, R1)*

#### 7.4.5 Zahlčení

Pracovnice druhého zařízení přidávají k této časové náročnosti také vyšší míru administrativní práce, která vede k zahlcování jak pracovníků, tak rodiny klienta. Z pohledu respondentek by

bylo nejlepší, aby se při zavádění PBMP nestavělo tzv. na zelené louce, ale vycházelo se z již zavedených postupů práce v daném zařízení. Respondentka R4 to vysvětluje slovy:

*„...kolikrát jako ty samotné seniory nebo rodiny, to potom odrazuje, že je to právě na x stránkách, nebo k tomu dostanou. Samozřejmě ještě spoustu jako jiných papírů na vyplňování, tak asi udělat to jako nějak cíleně a asi srozumitelně pro klienta i pro rodinu. Nezahlcovat tou administrativou zbytečně.“ (SS2, R4)*

#### 7.4.6 Personál

Pracovnice zařízení 1 zmiňují, že díky vyšší náročnosti péče poskytované prostřednictvím Psychobiografického modelu péče řada z pracovníků může tento model vnímat jako něco zbytečně nadstandardního, co by v běžné péči nebylo ani potřeba. To je zjevné i z citace respondentky R1:

*„Mnohdy jsou tu ale i tací kolegové, který ten cíl v tom nevidí. Berou to jako něco, co není standardní. Jsou to věci, který tady v mnohdy děláme samozřejmě i nadstandardně. Ale říkám v rámci komplexnosti péče i o ty uživatele je to naprosto na místě. Beru to jako něco naprosto přirozeného. Prostě to tak je. Každý jsme úplně jiný. Takže nelze prostě ty lidi brát zařazovat do nějakých škatulek. To to vůbec ne.“ (SS1, R1)*

V tomto ohledu pracovnice prvního zařízení obzvlášť vyzdvihují důležitost podpory vedení. Všechnen personál musí být s Psychobiografickým modelem péče ztotožněný a měl by táhnout za jeden provaz. Podstatnou roli v tomto modelu totiž hraje nejen pečující personál, ale všichni pracovníci podílející se na chodu celé SS. Z jejich rozhovorů vyplývá, že model představuje pro personál jasně vytyčený cíl, kterého chtějí u každého klienta dosáhnout. Proto je, dle slov respondentky R2, důležitá spolupráce celého pečujícího personálu. To ukazuje i citace této pracovnice:

*„...No rada je, že opravdu nad tím musí někdo bdít. Že prostě musí bejt proškolenej všechen personál. Je dobrý, třeba když nechávají proškolovat třeba i uklízečky, nebo jakoby celej ten personál, aby o tom věděl o tý péči. Musí v tom hlavně vidět smysl to vedení. A potom, když v tom vidí smysl vedení, tak v tom budou vidět smysl i ti podřízení jako jsou pracovníci v sociálních službách a tak. Mít nějakou tu společnou vizi, která bude jasná všem.“ (SS1, R2)*

## Diskuse

Cílem studie bylo zjistit, jak se promítá zavedení Psychobiografického modelu do péče o klienta na základě polostrukturovaných rozhovorů s pracovníci dvou zařízení, která s Psychobiografickým modelem pracují. První zařízení se na něj přímo specializuje, druhé zařízení jej využívá, ale nespécializuje se na něj. Analýza ukázala, že zavedení Psychobiografického modelu se promítá do všech oblastí péče. Konkrétní přístup k využití modelu se však lišil podle toho, zda se zařízení přímo specializovalo na tento model či nikoliv. Tento aspekt se ukázal jako významnější než velikost zařízení.

Ačkoli je zařízení 1 mnohem větší, zdá se být v práci s PBMP velice aktivní a snaží se vytvářet nové podmínky pro využití biografických dat v dalších oblastech, které by mohly vést ke kvalitnější péči. Práce s Psychobiografickým modelem péče se tak jeví jako systematictější než v druhém, menším zařízení, které se na Psychobiografický model nespécializuje. Zařízení 2 sice s Psychobiografickým modelem péče pracuje a znalost životního příběhu považuje za důležitou pro poskytování adekvátní a kvalitní péče ve své službě, avšak neklade si viditelně za cíl využití modelu nějak více rozvíjet. Toto se projevuje i v přístupu k získávání informací o klientech. Zatímco zařízení 1 je proaktivní ve vytváření vlastních zdrojů dat, jako jsou přesně definované postupy komunikace a spolupráce s klientem nebo tabulky pro hodnocení psychického a fyzického stavu klienta, a to především prostřednictvím komunikace s klientem, zařízení 2 více spoléhá na informace poskytnuté rodinou. Druhé zařízení tak naplňuje nezbytně nutné podmínky pro využití Psychobiografického modelu v péči, resp. pro zohlednění osobních potřeb klienta, avšak nesnaží se více rozvíjet vlastní vztah s klientem a tím i dále rozvíjet využití Psychobiografického modelu ve své praxi. Pracuje hlavně s daty získanými prostřednictvím rozhovorů s rodinnými příslušníky, což koresponduje s tvrzením Bednáře (2012), který mluví o přínosu využití neformálních zdrojů v kontextu Standardu kvality č. 5, kritéria c). Samozřejmě to může být ovlivněno řadou faktorů, které vytvoření vztahu brání. Primárním je zde asi pokročilé stádium regrese u klienta. S klienty v různých stupních regrese však pracuje i zařízení 1 a pracovníci vždy, když jim byla položena otázka, co považují za klíčové pro tvorbu biografie klienta, na prvním místě vždy uvedly vztah s klientem. Prohloubení vztahu s klientem je aspekt vycházející z konceptu Psychobiografického modelu péče, jak jej uvádí Böhm (2015), Heikischová (2020) i Procházková (2014).

Dalo by se proto říci, že zařízení, které se specializuje na model jako na ústřední přístup zařízení k péči, vytváří proaktivně podmínky pro určitou „deinstitucionalizaci péče“ v souladu

s myšlenkami Heikischové (2020), která klade důraz na respektování jedinečnosti klienta a zohledňování jeho životního příběhu v péči. Přičemž slovo „deinstitucionalizace“ je zde myšleno opravdu v uvozovkách, stále tu totiž mluvíme o pobytových (institucionálních) službách. Přesto tím míním určité přizpůsobování se služby klientovi. Z mého pohledu se jedná o velice inovativní krok, který bude sice velice náročné zrealizovat, ale pokud se povede, bude způsobu poskytování péče zásadním způsobem zvyšovat nastavenou laťku.

Proaktivní přístup k využití Psychobiografického modelu se v prvním zařízení projevilo také využíváním modelu v oblasti paliativní péče. Toto využití je přitom originální i v kontextu existující literatury, neboť žádný z nastudovaných titulů, včetně těch klíčových (Bohm 2015, Procázková 2014) paliativní péči v souvislosti modelem nijak netematizuje.

## Závěr

Práce se zabývala způsobem využití Psychobiografického modelu péče v zařízeních péče o seniory a jak toto využití odráží/naplňuje Standardy kvality. Analýza ukázala, že díky využívání modelu jsou pokryty všechny Standardy kvality a tím i všechny klíčové oblasti péče o seniory. Tuto péči se dá měnit, dále rozvíjet a tím i otevírat její nové možnosti. Tento rozvoj se však jeví být podmíněn specifickým přístupem k využití modelu. Pokud je využíván spíše formálně, tedy naplňováním jeho základních podmínek, avšak bez proaktivního přístupu a snahy navázat a rozvíjet osobní vztah s klientem, pak takový potenciál sám o sobě nevytváří. Avšak i v případě, že je model využíván spíše formálně, stále je velmi přínosný zejména v oblasti aktivizace klientů díky shromáždění osobních informací o klientech, které je následně možné v péči reflektovat. Shromážděné informace pomáhají stanovit způsob a délku aktivizace na základě klientovy aktuální psychické i fyzické kondice. Na základě znalosti životního příběhu je služba schopna nabízet uživatelům adekvátní péči pramenící z jejich dřívějších zájmů a životních zkušeností. Díky tomu lze předcházet pocitům zbytečnosti a ztrátě smyslu života. Nebo může naopak dojít k jeho znovunalezení. Pomocí cílené aktivizace je totiž možné navracet klienty do jejich původního životního rytmu. Tedy alespoň v takové míře, v jaké jim to dovolí jejich vlastní schopnosti.

Dále bylo také zjištěno, že využití tohoto modelu má stále velký potenciál pro pozitivní změnu v oblasti péče o seniory. Díky využití celostního pohledu na klienta a navázání multidisciplinární spolupráce dochází k propojení Psychobiografického modelu péče s péčí paliativní. V tomto oboru se soustředí na práci s oblastí dříve vyslovených přání. Toto je příklad využití modelu, kterým by se mohla inspirovat sociální práce v oblasti paliativní péče.

Z výzkumu také vyplývá, že ačkoli by se mohlo zdát, že větší zařízení má více předpokladů pro formálnější poskytování péče, je ve využívání Psychobiografického modelu péče progresivnější a tím působí také rodinnějším dojmem. Čímž se ukazuje, že velikost zařízení nemusí hrát nutně roli v kvalitě a způsobu poskytované péče. Kvůli velikosti výzkumného vzorku jsem tento aspekt nemohla blíže prozkoumat. Vliv velikosti zařízení na využívání Psychobiografického modelu by proto mohl být předmětem dalšího výzkumu.

## Citovaná literatura

- Bednář, M. (2012). *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Blee, K. M., & Taylor, V. (2002). Semi-Structured Interviewing in Social Movement Research. V B. Klandermans, S. Staggenborg, & Eds., *Methods of Social Movement Research* (stránky 92-117). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Böhm, E. (2015). *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta.
- Česko, Vyhláška č. 505. (15. Listopad 2006). *MPSV*. Získáno 10. Leden 2023, z Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/372793/vyhlaska\\_505-2006.pdf/bf86c99a-18ed-afb0-9d38-4ab5cf469dbd](https://www.mpsv.cz/documents/20142/372793/vyhlaska_505-2006.pdf/bf86c99a-18ed-afb0-9d38-4ab5cf469dbd)
- Česko, Zákon č. 108. (14.. Březen 2006). *MPSV*. Získáno 10. Leden 2023, z Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006)
- ČSÚ. (14. Leden 2022). Demografické charakteristiky seniorů. Praha, Česká republika. Načteno z [czso.cz: https://www.czso.cz/documents/10180/142141241/31003421.pdf/9a7568fd-10f1-4e6e-bfb7-7a9001f6313c?version=1.17](https://www.czso.cz/documents/10180/142141241/31003421.pdf/9a7568fd-10f1-4e6e-bfb7-7a9001f6313c?version=1.17)
- Dvouletá, K. (2017). Biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory [Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. <http://hdl.handle.net/10563/39611>
- Decker-Voigt, H. (2009). *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe-Verlag.
- Drapel, V. J. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada.
- Feil, N. (2015). *Validácia, cesta ako pomôcť starým dezorientovaným ľuďom*. Bratislava: OZ Terapeutika.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Hendl, J. (2005). *KVALITATIVNÍ VÝZKUM, základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Hiekischová, M. (30. Červen 2020). Využití biografické anamnézy při individuálním plánování s osobami s Alzheimerovou nemocí v domovech pro seniory: příklady dobré praxe? (L. Musil, Editor) *Sociální práce*(3), stránky 42-57.
- Chultz, W.T., Lawrence, S. (2017). Psychobiography: Theory and Method. Získáno 3. Květen 2023, z <https://williamtoddschultz.files.wordpress.com/2018/12/Psychobiography-AP.pdf>
- Klevetová, D. (2017). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada.
- Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. V T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych, & kolektiv, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (stránky 9-43). Brno: Masarykova univerzita.
- Kovary, Z. (2011). Psychobiography as a method. *Europe's Journal of Psychology*. 7. 739-777. 10.5964/ejop.v7i4.162.
- Kováčová, A., Louda, J., & Rybová, K. (2011). DEMOGRAFICKÉ ZMĚNY A PREDIKCE MNOŽSTVÍ KOMUNÁLNÍHO ODPADU V ČR (IMPACT OF DEMOGRAPHIC CHANGES ON WASTE MANAGEMENT). Praha. Načteno z researchgate.net: [https://www.researchgate.net/publication/261841738\\_DEMOGRAFICKE\\_ZMENY\\_A\\_PREDIKCE\\_MNOZSTVI\\_KOMUNALNIHO\\_ODPADU\\_V\\_CR\\_IMPACT\\_OF\\_DEMOGRAPHIC\\_CHANGES\\_ON\\_WASTE\\_MANAGEMENT](https://www.researchgate.net/publication/261841738_DEMOGRAFICKE_ZMENY_A_PREDIKCE_MNOZSTVI_KOMUNALNIHO_ODPADU_V_CR_IMPACT_OF_DEMOGRAPHIC_CHANGES_ON_WASTE_MANAGEMENT)
- Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: Grada.
- Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2015). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- MUDr. Hana Brožová, P. (10. Květen 2012). Psychogenní poruchy chůze. *Psychiatrie pro praxi*, stránky 112-115. Načteno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/05.pdf>
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- N., Sam M.S. (2013). "BIOGRAPHICAL METHOD," in PsychologyDictionary.org. Získáno 3. Květen 2023, z <https://psychologydictionary.org/biographical-method/>
- Novotná, H., Špaček, O., Štívíčková Jantulová, M., & kol. (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: UK Fakulta humanitních studií.

- Pechová, O. (8. Listopad 2011). *pfyziolmysl.upol.cz*. (E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc) Získáno 21. Leden 2023, z Autobiografická paměť: <http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=1413>
- Pejřimovská, J., & Zeleiová, J. (2011). *Dimenze muzikoterapie*. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity.
- Procházková, E. (2010). Diferenciální diagnostika, stupně. *Sociální služby*, 28-29. Načteno z [https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573339\\_socialni-sluzby-6-7-2010.pdf](https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573339_socialni-sluzby-6-7-2010.pdf)
- Procházková, E. (2014). *Práce s biografii a plány péče*. Mladá fronta.
- Procházková, E. (2019). *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada.
- Prouty, G., Pörtner, M., & van Werde, D. (2005). *Preterapie*. Praha: Portál.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological analysis*. London: Sage.
- Svobodová, M. (2016). Využití Psychobiografického modelu péče při práci se seniory. [Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF – Katedra psychosociálních věd a etiky.]. Univerzita Karlova. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/81092>
- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Tejaswi Peesapati, S., Schwanda, V., Schultz, J., Lepage, M., Jeong, S., & Cosley, D. (2010). *Pensieve: Supporting Everyday Reminiscence*. Atlanta: Cornell University. Získáno 21. Leden 2023, z <https://www.cs.cornell.edu/~danco/research/papers/peesapati-pensieve-chi2010.pdf>
- Vosečková, A. (2014). Kapitoly z psychologie stáří pro studenty sociální práce. Hradec Králové. Získáno 8. Listopad 2021, z [https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/voseckova\\_-\\_kapitoly\\_z\\_psychologie\\_stari\\_pro\\_studenty\\_socialni\\_prace.pdf](https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/voseckova_-_kapitoly_z_psychologie_stari_pro_studenty_socialni_prace.pdf)
- WHO. (30. Září 2015). *World report on ageing and health*. Získáno 2023. Leden 10, z World health organization: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=E9FEB6BCE482EF687F44BB39D4930D7D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=E9FEB6BCE482EF687F44BB39D4930D7D?sequence=1)



Zetochová, A. (2018). Psychobiografický model péče v Domově Palata – role a spolupráce sociálního pracovníka s pracovníky v sociálních službách. [Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF – Katedra psychosociálních věd a etiky]. Univerzita Karlova. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/100025>.

## Seznam grafů

Graf 1 - Cyklus plánování (Bednář, 2012, str. 88) .....	20
Graf 2 - sedm fází psychického vývoje a regrese (Procházková, Diferenciální diagnostika, stupně, 2010, str. 29).....	30
Graf 3 - sedm fází regrese a formy péče (Procházková, Diferenciální diagnostika, stupně, 2010, str. 29) .....	31

## Seznam příloh

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a informací o zpracování získaných dat.....	65
Příloha č. 2 – Scénář výzkumného rozhovoru.....	66
Příloha č. 3 – Kniha kódů.....	67
Příloha č. 4 – Plán péče zařízení 2.....	70
Příloha č. 5 – Biografický list.....	79
Příloha č. 6 – Biografická anamnéza.....	83
Příloha č. 7 – Rychlé skóre.....	89
Příloha č. 8 – Dokument životního příběhu.....	90

## Přílohy

### Příloha č. 1 - Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a informacích o zpracovávání získaných dat

#### Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Byl/a jste požádán/a o rozhovor v rámci sběru dat pro diplomovou práci s názvem, Způsoby využití metody Psychobiografického modelu v péči o seniory v pobytových zařízeních.

Diplomová práce pojednává o využití Psychobiografického modelu Erwina Böhma v péči poskytované seniorům, kteří jsou klienti pobytových zařízení. Cílem je zjistit, jakým způsobem sociální pracovníci využívají tento model v péči o seniory v kontextu obecného standardu kvality číslo 5 – tedy individuálního plánování péče. Konkrétně bude práce mapovat způsob práce s biografií a využití dat získaných pomocí modelu biografie klienta.

#### Důvěrnost informací

S vaším svolením bude tento rozhovor nahráván. Nahraný rozhovor bude přepsán a použit pro analýzu. Ani zvuková ani textová forma rozhovoru nebude žádným způsobem jako celek zveřejněna a veškeré citace, které budou v rámci výstupů výzkumu použity, nebudou obsahovat Vaše jméno ani jméno Vašeho zaměstnavatele.

Vaše rozhodnutí je pro mě závazné.

Prosím o Váš souhlas s provedením rozhovoru za výše uvedených podmínek. Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná a můžete ji kdykoli v jeho průběhu přerušit.

Pokud budete mít jakékoli další dotazy ohledně tohoto výzkumu či rozhovoru, kontaktujte prosím Terezii Zárubovou (email, tel. číslo).

Datum konání rozhovoru:

Rozhovor vedla: Terezie Zárubová

Podpis: .....

Vaše jméno:

Váš podpis.....

## Příloha č. 2 – Scénář výzkumného rozhovoru

### 1. Proces

1. Proč jste se ve Vašem zařízení rozhodl/a zavést/pracovat s PBM?
2. Jak dlouho jej využíváte?
3. Jak probíhá proces tvorby Biografie
  - a. Od A do Z
  - b. Jak dlouho trvá
4. Využíváte pro ukotvení práce s biografií nějakou speciální metodiku?
  - a. Pokud ano, jakou?
  - b. Pokud ne, zvažujete ji?
5. Co je pro Vás klíčové pro tvorbu BK?

### 2. Přínos

6. Mohl/a byste mi prosím popsat, jak přesně s Biografií klienta pracujete?
7. Vnímáte nějaké změny od zavedení PBM?
8.
  - a. V čem?
9. Má vytvoření BK nějaký vliv na tvorbu IP klienta?
  - a. Pokud ano, jaký/ v čem?
  - b. Pokud ne, v jakém ohledu tento model využíváte?
10. Co jsou podle Vás největší benefity využívání BMK?
  - a. Pro Vás jako pro pracovníky?
  - b. Pro klienty?

---

11. Rada, na co si dát pozor při zavádění PBM

12. Je něco na co jsem zapomněla a co je podle Vás důležité, aby zaznělo?

Příloha č. 3 – Kniha kódů

KATEGORIE	PODKATEGORIE	KODY	DEFINICE
NÁSTROJE PBMP	DOKUMENTY	Plán péče	Dokumenty pracující s biografickými daty klientů, které ovlivňují proces individuálního plánování.
		Biografická anamnéza	
		Biografický list	
		Životní příběh	
		Standard č. 5vztah	
		Rychlé skóre	
		Adaptační plán	
		Kniha životního příběhu	
		Komunikační desatero	
	ZÍSKÁVÁNÍ DAT	Pozorování	Proces, kterým se pracovníci dostávají k biografickým datům klientů.
		Sociální šetření	
		Spolupráce s rodinou	
		Rozhovor s klientem	
		Spolupráce pracovníků	
PRÁCE S PBMP	OBLASTI PÉČE O KLIENTA	Aktivizace	Oblasti péče, do kterých se PBMP promítá.
		Hygiena	
		Komunikace	
		Mobilita	
		Ošetrovatelská péče	
		Paliativní péče	
		Spiritualita	
		Stravování	
		Tradice a zvyky	
	ZJIŠTĚNÁ DATA	Klíčové okamžiky	Data získána prací s PBMP, která ovlivňují poskytování péče.
		Životní fáze	
		Přání a potřeby	
		Vůně a chutě	
		Recepty	
	PLÁN PRŮBĚHU PÉČE	Prizpůsobení	Propojení průběhu plánování péče s PBMP.
		Holistické posouzení	

		Proces poskytování péče	
		Hodnocení	
		Adaptační doba	
		Kooperace	
		Předávání dat	
BENEFITY	DŮVOD ZAVEDENÍ MODELU	Dobře uchopitelný	Výhody, které pracovníce vnímají ze své perspektivy pečujícího personálu. Oblasti, ve kterých je PBMP výhodný pro jejich práci.
		Praktický	
		Důvěryhodnost	
		Provázanost	
		MDS	
		Individualizovaná péče	
		Adresnější péče	
		Menší chybovost	
		Prostor k posunu	
	PŘÍNOS PRO KLIENTA	Lidskost	Hlediska, která přináší PBMP a ovlivňují vnímání poskytované péče klientem.
		Pocit bezpečí	
		Znalost ŽP	
		Bilance	
		Sumarizace	
		Citlivost	
		Vztah P-K	
		Pochopení	
	NÁVAZNOST NA PŘEDCHOZÍ ŽIVOT	Přirozená linka	Benefity ovlivňující poskytovanou péči, které se vztahují k předchozímu způsobu života klienta.
		Průřez života	
		Rodina	
		Traumata z minulosti	
		Ztráty a bolesti	
		Jak to bylo	
		Prostředí	
		Úspěchy	
LIMITY		Veřejný opatrovník	Překážky, které se mohou objevovat v průběhu práce s PBMP.
		Absence spolupráce rodiny	

		Čas	
		Blok	
		Představy rodiny	
		Pracovníci	
		Doba minulé	
		Zahlčení	
		Nepřirozené prostředí	
		Neschopnost komunikace	



Příloha č. 4 – Plán péče zařízení 2

Plán péče	
Jméno, příjmení, titul	
Klíčový pracovník	
Oslovení	
Období (od – do)	

**Komunikace**

Cíl spolupráce:	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Verbální/neverbální komunikace a její projevy	
Vyjádření ano/ne, libosti/nelibosti	
Psané zprávy, telefonování	
Vyjadřování potřeb	
	<b>Popis péče</b>

**Mobilita**

Cíl spolupráce:	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Polohování, používání polohovacích pomůcek	
Manipulace s lůžkem	
Sezení a stání	
Přesun na lůžko, křeslo, vozík a zpět	
Podání věcí ze stolku	<b>Popis péče</b>
Pohyb ve vlastním prostoru (v rámci pokoje)	

Chůze (rovina, schody)	
Nácvik chůze	
Fyzioterapie	

#### Oblékání, obouvání

<b>Cíl spolupráce:</b>	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Výběr vhodného oblečení, obutí (dle počasí, příležitosti...)	
Oblékání, obouvání	<b>Popis péče</b>
Svlékání, zouvání	
Celková úprava vzhledu (líčení, parfém...)	

#### Stravování

<b>Cíl spolupráce:</b>	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Způsob stolování	
Mechanická úprava stravy	
Používání příboru, lžice	
Pitný režim	
Vaření kávy/čaje	
Sledování příjmu tekutin	
Sledování příjmu jídla	
Protéza	<b>Popis péče</b>

Dieta	
Další (mám rád/a, nemám rád/a)	

### Péče o domácnost

<b>Cíl spolupráce:</b>	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Úklid vlastního prostoru (stlaní, výměna ložního prádla, utírání prachu, péče o květiny...)	
Péče o oblečení a obuv (ruční přepírání prádla, sušení, uložení prádla...)	
Obsluha jednoduchých domácích spotřebičů (rychlouvarná konvice, lednice, rádio...)	
Nákupy	
	<b>Popis péče</b>

### Orientace

<b>Cíl spolupráce:</b>	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Orientace (místo, čas, osoba, situace)	
Podpora během denních aktivit	
Krátkodobá, dlouhodobá paměť	
	<b>Popis péče</b>

### Uplatňování práv a oprávněných zájmů

<b>Cíl spolupráce:</b>
------------------------

Úkony	Popis současného stavu
Hospodaření s finančními prostředky	
Nakládání s majetkem	
Osobní doklady	
Uplatňování politických práv	Popis péče
Ochrana práv	

#### Bazální stimulace

Cíl spolupráce:	
Probíhá/neprobíhá	
Druh	

#### Tělesná hygiena

Cíl spolupráce:	
Úkony	Popis současného stavu
Ranní hygiena	
Mytí během dne (ruce, obličej..)	
Večerní hygiena	
Celková koupel/sprcha	
Vysmrkání	
Použití deodorantu	

Péče o dutinu ústní (čistění zubů, zubní náhrada, péče o zubní náhradu...)		
Péče o zrak (umývání očí, čistění/nasazování brýlí..)		
Péče o vlasy (česání, mytí, fénování...)		<b>Popis péče</b>
Péče o nehty (stříhání, lakování...)		
Holení		
Ošetření pokožky		
Promazávání těla		

#### Výkon fyziologické potřeby

<b>Cíl spolupráce:</b>	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Používání WC, klozetového křesla, inkontinenčních pomůcek	
Očista genitálu	<b>Popis péče</b>
Močový katetr	
Záznam frekvence stolice	

#### Péče o zdraví a bezpečí

<b>Cíl spolupráce:</b>	
<b>Úkony</b>	<b>Popis současného stavu</b>
Opatření pro zajištění bezpečí	
Provedení jednoduchého ošetření	

Návštěva lékaře a dodržování léčebného režimu	
Znalost zásad zdravé výživy	
	<b>Popis péče</b>

**Osobní aktivity**

<b>Cíl spolupráce:</b>	
Zájmy, koníčky	
	<b>Popis péče</b>
Hudba, TV	
	<b>Popis péče</b>
Canisterapie	
	<b>Popis péče</b>
Bohoslužby	
	<b>Popis péče</b>

Návštěva lékaře a dodržování léčebného režimu  Znalost zásad zdravé výživy	
	<b>Popis péče</b>

### Osobní aktivity

<b>Cíl spolupráce:</b>	
Zájmy, koníčky	
	<b>Popis péče</b>
Hudba, TV	
	<b>Popis péče</b>
Canisterapie	
	<b>Popis péče</b>
Bohoslužby	
	<b>Popis péče</b>



Kadeřnické a pedikérské služby	
	Popis péče

<b>Možná rizika</b>

<b>Hodnocení plánu péče</b>	
Mobilita	
Oblékání, obouvání	
Stravování	
Komunikace	
Úklid a nákupy	
Orientace	
Tělesná hygiena	
Výkon fyziologické potřeby	
Osobní aktivity	



<b>Bazální stimulace</b>	
Rizika	

# Biografický list



A. Jméno

B. Místo, datum narození

C. Jak mě oslovovali rodiče, na co jsem byl zvyklý/á?

- Nepřeje si sdělovat informaci
- Nepamatuje si informaci





## DĚTSTVÍ

1. Sourozenci (jméno, vztah)

Staral/a jsem se o sourozence?

- a) Ano
- b) Ne

2. Kamarádi v dětství

3. Jaké bylo mé nadání, zručnost, v čem jsem byl/a výjimečný/á?

4. Jaké jsem měl/a povinnosti doma?

5. Jaká byla výchova rodičů (přísná, volnější), co bylo dovoleno, zakázáno?

6. Co se vařilo a jedlo doma (na co jsem byl zvyklý?)

7. Vůně, kterou si z dětství pamatuji. *(Na co si vzpomínám, co mi vonělo?)*

8. Oblíbená píseň, hudba, interpret

9. Na co jsem se rád/a díval/a (příp. kde), př. krajina domova, obraz?

10. Základní škola

11. Víra, náboženství (*Čemu a v co věřím?*)

12. Důležité okamžiky (*Co bylo v životě „silné“, nezapomenutelné?*)

## MLÁDÍ

1. Další vzdělání (střední škola, odborné učiliště, vysoká škola)?

2. Volba povolání (*První zaměstnání, Kde jsem byl/a zaměstnán/a dále profese?*)

3. Vysněné povolání (*Co jsem toužil/a dělat?*)

4. Idoly, vzory



## DOSPĚLOST

1. Svatba a manželství

2. Děti (*př. narození, jesle, školka, výběr jména*)

3. Zvyklosti, zvyky, rituály v rodině (co se dodržovalo)

4. Volný čas

5. Přátelství (přátelé z dospělosti)



## STÁŘÍ

1. Odchod do penze. Jak si na něj vzpomínám?
2. Které životní období bylo pro mě nejšťastnější?
3. Co bylo pro mě v životě obtížné?
4. Na co jsem v životě pyšný, co se mi povedlo?

Datum vyhotovení.....

Zpracovala.....

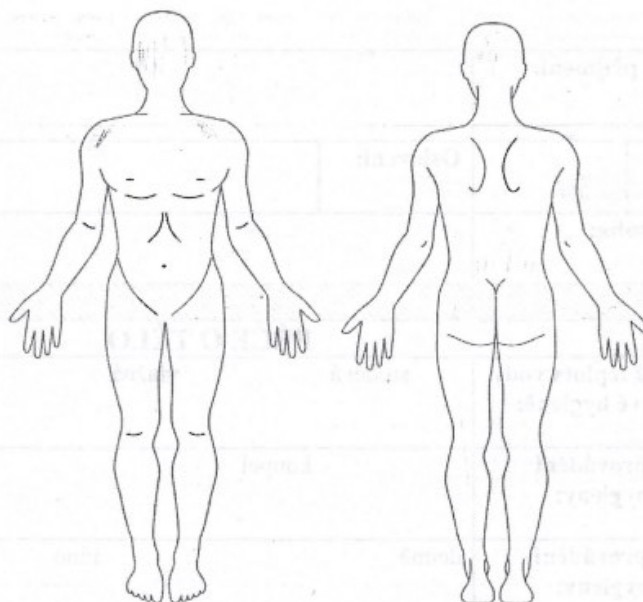
Příloha č. 6 – Biografická anamnéza

**BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU  
BAZÁLNÍ STIMULACE**

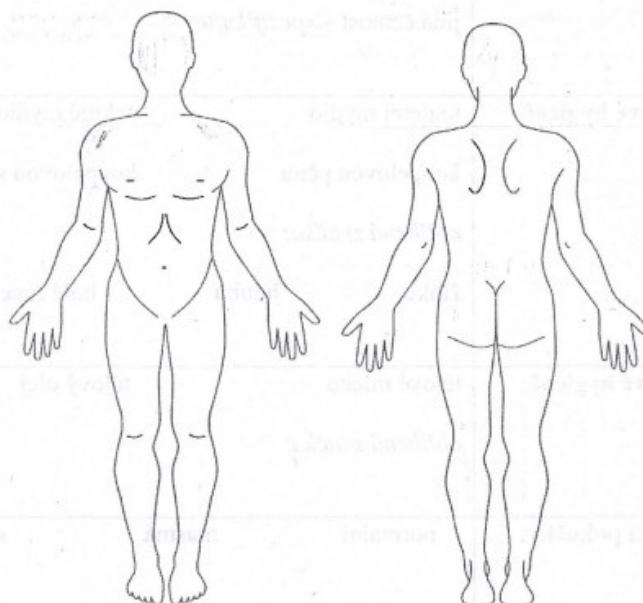
<b>Jméno a příjmení:</b>					
<b>Věk:</b>		<b>Oslovení:</b>			
<b>Blízká osoba:</b>					
<b>PÉČE O TĚLO</b>					
<b>Příjemná teplota vody při celkové hygieně:</b>	studená	vlažná	teplá	horká	
<b>Způsob provádění celkové hygieny:</b>	koupel		sprcha		
<b>Četnost provádění celkové hygieny:</b>	denně obden	ráno	večer		
	1x týdně				
	jiná četnost – <i>specifikujte:</i>				
<b>Při celkové hygieně používá:</b>	toaletní mýdlo	tekuté mýdlo	sprchový gel		
	koupelovou pěnu	koupelovou sůl	pouze vodu		
	<i>oblíbená značka:</i>				
	žínku	houbu	holé ruce		
<b>Po celkové hygieně používá:</b>	tělové mléko	tělový olej	nic		
	<i>oblíbená značka:</i>				
<b>Vlastnosti pokožky:</b>	normální	mastná	suchá	citlivá	
<b>Holení:</b>	mokré (žiletky)		elektrický strojek		

## TĚLESNÝ KONTAKT

**Na kterém místě má rád/a doteky?**  
(zakreslete do schématu lidského těla)



**Na jakém místě jsou mu/jí doteky nepříjemné?**  
(zakreslete do schématu lidského těla)





SPÁNEK				
Obvyklá poloha ve spánku:	na zádech	na břichu	na pravém boku	na levém boku
	jiná poloha - <i>specifikujte (časté střídání poloh, otáčení se, ...)</i> :			
	zvýšená poloha pod hlavou	2 velké polštáře	1 velký polštář + polštářek	
	podložení dolních končetin			
	rovné lůžko bez podložení hlavy			
	jiná poloha – <i>specifikujte</i> :			
<b>Spánkový režim:</b> <i>(uved'te orientační časy)</i>	chodí spát brzy – v ..... hod.		chodí spát pozdě – v ..... hod.	
	v noci se budí		ano	ne
	<i>Pokud ano, uveďte jak často, v kolik hodin a jakým způsobem lze dosáhnout zklidnění a znovuoložení.</i>			
	vstává časně – v ..... hod.		vstává pozdě – v ..... hod.	
	odpolední spánek – v ..... hod.			
<b>Má oblíbenou přikrývku, polštář, jiný předmět, ... bez kterého obtížně usíná?</b>				
<b>Má nějaký rituál / obvyklou činnost před spaním? Jaký / jakou?</b>				
<b>Přikrývá se celý/á až po ramena?</b>	ano		ne	
<b>Kolik hodin denně spí?</b>	přes den .....		v noci .....	
<b>Má při spánku zatemněno?</b>	ano		ne	
<b>Přísun čerstvého vzduchu ve spánku:</b>	před ulehnutím vyvětrá			
	spí při pootvřeném okně (ventilace)			
	spí při otevřeném okně			
	nevětrá a spí při zavřeném okně			





<b>SLUCH</b>				
<b>Sluch postižen:</b>	ano	vpravo	vlevo	obě uši
	ne			
<b>Používá:</b>	naslouchadlo	obě uši	pravé ucho	levé ucho
	sluchátka k poslechu hudby, TV			
	nic			
<b>Zvuky, které jsou mu/jí příjemné:</b>				
<b>Zvuky, které mu/jí vadí:</b>				
<b>HMAT</b>				
<b>Používaná ruka:</b>		pravák		levák
<b>Materiály, které jsou mu/jí příjemné?</b>				
<b>Materiály, které jsou mu/jí nepříjemné?</b>				
<b>ČICH</b>				
<b>Oblíbené vůně:</b>				
<b>Nepříjemné vůně, pachy:</b>				
<b>REGULACE TĚLESNÉ TEPLoty</b>				
<b>Trpí na:</b>	horkost	pocení	zimomřivost	nic zvláštního
<b>DALŠÍ</b>				
<b>Jaký je osobnostní typ?</b>	extrovert - má rád společnost a dění kolem sebe			
	introvert - má rád klid a soukromí, ve větší společnosti se necítí dobře			
<b>Přinesl/a si nějaký předmět, ke kterému má zvláštní osobní vazbu?</b>				
<b>Co rád/a aktivně dělal/a, co ho/jí bavilo? (dříve)</b>				
<b>Co rád/a aktivně dělá, co ho/jí baví? (nyní)</b>				
<b>Má rád/a zvířata? Jaká?</b>				

<b>Jak odpočívá, relaxuje?</b>	
<b>Co u něho/jí vyvolává úzkost, strach?</b>	
<b>Jak reaguje na bolest?</b>	<p>je schopen/na sdělit, pokud ji/ho něco bolí</p> <p>je schopen/na dát najevo, že ji/ho něco bolí – <i>specifikujte jakým způsobem:</i></p> <p>není schopen/na dát najevo, že ji/ho něco bolí.</p>

Informace poskytl/a:			
Vztah k uživateli/ce:			
Datum:		Podpis:	
Tel. kontakt:		E-mailová adresa:	
Informace doplnil/a KP:			
Datum:		Podpis:	
Datum:		Podpis:	
Datum:		Podpis:	



Příloha č. 7 – Rychlé skóre

fyzická mobilita FM	psychická mobilita PM(orientace)	max. délka aktivizace -doporučená	pracujeme na úrovni
<p><b>0</b> samostatně chodící</p> 	<p><b>Q</b> Plně orientovaný</p> 	<p><b>30 min.</b></p>	<p><b>vědomí, paměti</b></p>
<p><b>1</b> chodící s pomůckou</p> 	<p><b>M</b> Dezorientace v jedné oblasti</p> 	<p><b>20-25 min</b></p>	<p><b>na úrovni vědomí paměti</b></p>
<p><b>2</b> převážně sedící</p> 	<p><b>S</b> Dezorientace ve dvou oblast</p> 	<p><b>10 - 15 min.</b></p>	<p><b>emoci</b></p>
<p><b>3</b> převážně ležící</p> 	<p><b>T</b> Dezorientace ve třech až čtyřech oblastech</p> 	<p><b>5-10 min.</b></p>	<p><b>smyslů</b></p>

## ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Oslovení:**

Nyní máte možnost spolupodílet se na nastavení individuální péče pro Vašeho blízkého. Písemně nám prosím sdělte významné informace z celého jeho života, tím máme na mysli např. jeho přání, potřeby, zvyky, oblíbené i neoblíbené činnosti, významné okamžiky, vzpomínky apod. Díky těmto informacím se vynasnažíme poskytnout mu kvalitní péči nejen v oblasti péče o jeho osobu, ale také v oblasti aktivizace a smysluplného využití volného času.

Forma zpracování životního příběhu je zcela volná. Doporučujeme však podobu vyprávění strukturované od počátku jeho života až po současnost a doplněné fotografiemi.

## **Vážení příbuzní, milí přátelé,**

do naší péče jsme nyní přijali Vašeho blízkého člověka. Dovolujeme si Vás touto cestou oslovit a pozvat k užší spolupráci při plánování jeho osobní péče.

Ptáte se, o co jde? Zkuste se prosím na chvíli zamyslet s představit si sami sebe, že stojíte před odchodem do nového prostředí, kde nikoho neznáte, a nikdo nezná Vás. Přesto si přejete, aby Vám tam bylo dobře, aby Vás přijali s láskou a srdečností. Nikdo z nás nezná Vaš osobní, pracovní ani rodinný život, Vaše přání, potřeby, zvyky, oblíbené či neoblíbené činnosti a významné okamžiky tak, jako Vy a Vaše rodina. Rádi byste se s námi podělili o Vaše zkušenosti a vzpomínky, ale Vaše zdraví už Vám to nedovoluje? Nemůžete si vzpomenout na významné okamžiky, obtížněji se Vám komunikuje nebo těžko navazujete nové vztahy? V tento okamžik se Váš blízký stává závislý na VAŠÍ a NAŠÍ pomoci. Pokud nám sdělíte životní okamžiky i současné potřeby Vašeho blízkého, pomůžete nám tak v navázání důvěrného vztahu a nastavení osobní péče. Věřte, že i našim přáním je zajistit maximální spokojenost uživatele v jeho novém domově.

Prosíme, vyplňte přiložené formuláře. Informace, které nám v nich svěřujete, nezneužijeme. Vnímejte to jako příležitost pro budoucí spolupráci Vás i Vaší rodiny s námi. Zamyslete se a zavzpomínejte na život Vašeho blízkého, dopřejte si tolik času, kolik budete potřebovat.

Formulář „**Životní příběh**“ by měl obsahovat důležité informace z celého života Vašeho blízkého.

Předem Vám děkujeme za spolupráci.