

Využití biografického modelu péče v pobytových zařízeních pro seniory

Veronika Olejníková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Veronika Olejníková
Osobní číslo: H21534
Studijní program: B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Využití biografického modelu péče v pobytových zařízeních pro seniory

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stáří, péče o seniory a využití biografie v sociální práci.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BÖHM, Erwin, 2015. Psychobiografický model péče podle Böhma. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3197-4.
DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-8024-74-139-0.
PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1008-7.
ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Grada. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Iva Staňková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.4.2024

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá využíváním biografického modelu péče v pobytových zařízeních pro seniory. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, ve kterých se věnujeme péči o seniory, pobytovým zařízením pro seniory a následně biografické péči o seniory. V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum zkoumající využívání biografického modelu péče v pobytových zařízeních, a to z perspektivy sociálních pracovníků z pobytových zařízeních pro seniory.

Klíčová slova: senioři, péče, pobytové sociální služby, psychobiografický model Erwina Böhma, biografie

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the use of the biographical model of care in residential care facilities for the elderly. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is divided into three chapters, which deal with elderly care, residential care facilities for the elderly and then biographical elderly care. In the practical part, a qualitative research was conducted exploring the use of the biographical model of care in residential care facilities from the perspective of social workers from residential care facilities for the elderly.

Keywords: seniors, care, residential social services, psychobiographic model by Erwin Böhm, biography

Chtěla bych moc poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Ivě Staňkové, Ph.D. za cenné poznatky, metodologickou pomoc a odborné vedení této práce. Velké poděkování patří také mým respondentkám za jejich ochotu a otevřenost během rozhovorů. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za jejich trpělivost a velkou podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PÉČE O SENIORY	12
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	13
1.2 HISTORIE PÉČE O SENIORY	13
1.3 SOUČASNÁ PÉČE O SENIORY	16
1.4 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	17
2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	18
2.1 PRACOVNÍCI V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	18
2.2 DOMOVY PRO SENIORY	19
2.3 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	19
2.4 POBYTOVÁ ODLEHČOVACÍ SLUŽBA	20
2.5 TÝDENNÍ STACIONÁŘE	20
3 BIOGRAFICKÁ PÉČE O SENIORY	21
3.1 HISTORIE PRÁCE S BIOGRAFÍÍ	21
3.2 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE PROF. ERWINA BÖHMA	22
3.3 BIOGRAFICKY ORIENTOVANÁ PÉČE	23
3.4 VYUŽITÍ BIOGRAFICKÉ PÉČE V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH	24
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
4 VÝZKUM.....	28
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	29
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
4.3 POJETÍ VÝZKUMU	29
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	30
4.5 TECHNIKA SBĚRU DAT	30
4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	31
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	32
5.1 INTERPRETACE KATEGORIÍ	32
5.1.1 Kategorie Stavební kámen biografické péče.....	32
5.1.2 Kategorie Překážky v implementaci	34
5.1.3 Kategorie Péče šitá na míru.....	37
5.1.4 Kategorie Klíče k efektivnímu využití.....	38
5.1.5 Kategorie Cesta k lepšímu	40
5.2 PARADIGMATICKÝ MODEL A JEHO INTERPRETACE.....	42
5.3 ZAKOTVENÁ TEORIE A JEJÍ INTERPRETACE	44

5.4	INTERPRETACE A DISKUSE DAT.....	45
ZÁVĚR	.....	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	.....	48
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	.....	50
SEZNAM OBRÁZKŮ	.....	51
SEZNAM TABULEK	.....	52
SEZNAM PŘÍLOH	.....	53

ÚVOD

Stárnutí populace je fenoménem, který v dnešní době nabývá stále většího významu. Růst podílu starších osob ve společnosti sebou přináší mnoho výzev, zejména v oblasti péče o ně. To vyvolává potřebu kompletního pohledu na péči o starší generaci, který by měl zahrnovat historické souvislosti i inovativní přístupy v poskytování péče.

Historicky se společnost zabývala péčí o své starší občany, avšak s postupujícím vývojem společnosti se měnily i formy této péče. Dříve se starost o seniory přenechávala především rodině, avšak moderní doba přinesla důraz na specializované zařízení a služby jsou poskytovány profesionálními poskytovateli sociální péče. S narůstajícími očekáváními veřejnosti a zákonnými požadavky roste tlak i na poskytovatele péče, kteří musí zajistit vysokou úroveň péče a života seniorů v pobytových zařízeních. Standardy kvality sociálních služeb jsou nedílnou součástí péče o starší generaci. Důraz je kladen na individualizovaný přístup a respektování potřeb a přání každého jedince. Pobytová zařízení pro seniory představují důležitou součást péče o starší generaci. Tyto instituce nabízí širokou škálu služeb a aktivit, které mají za cíl zajistit komfort, bezpečí, sociální začlenění seniorů, a hlavně poskytnutí potřebné péče. Jejich fungování je úzce spjato s kvalitou péče poskytované personálem a dodržováním standardů kvality sociálních služeb, které jsou stanoveny legislativou.

V posledních letech se začíná více zmiňovat důležitost biografického přístupu v péči o seniory. Tento model péče klade důraz na respektování individuální historie, zájmů a potřeb každého jednotlivého klienta. Tento přístup vychází z přesvědčení, že porozumění životnímu příběhu seniora může výrazně přispět k jeho pohodě a kvalitě života. Z těchto důvodů se budeme v rámci teoretické části naší práce zabývat historií práce s biografií, psychobiografickým modelem německého profesora Erwina Böhma, biograficky orientovanou péči u nás a jejím následným využíváním v pobytových zařízeních.

V praktické části hlouběji pronikneme do dané problematiky prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Naším cílem je zjistit, jak se využívá biografický model péče v pobytových zařízeních pro seniory a jaké má přínosy pro seniory. Výzkum je realizován pomocí rozhovorů se sociálními pracovníky. Nasbíraná data jsou zpracována metodou zakotvené teorie a podrobně analyzována a interpretována.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O SENIORY

Podle Malíkové (2020) je všeobecný pohled na seniory a stáří spíše jednostranný, protože většina lidí si pod pojmem stáří představí nesoběstačnou osobu, která není schopna samostatného života a je závislá na pomoci další osoby při zvládnání všech běžných činnosti. Pro tuto osobu je tedy podle mnohých lidí nejlepší možností umístění do ústavní péče. Malíková (2020) také uvádí, že poskytování sociálních služeb seniorům často utvrzuje mnoho osob i pracovníků v představě, že tento model nesoběstačnosti ve stáří se automaticky týká všech. Autorka zmiňuje, že začínáme stárnout již od okamžiku narození a ke stáří se pomalu přibližujeme každým dnem, ale samozřejmě je hodně individuální, jak se každý na stáří připraví a jak u něj stárnutí a stáří bude probíhat.

Senior je podle Haškovcové (2012) definován jako starší člověk, ale zároveň nejstarší a zpravidla vážený člen nějakého společenství. Podle Čevely, Kalvacha a Čeled'ové (2012) můžeme seniory dělit podle funkčního stavu:

- elitní: schopní extrémních výkonů do vysokého věku,
- zdatní (fit): zvládají život v náročném prostředí, náročné pohybové či pracovní aktivity,
- nezávislí: zvládají běžné životní nároky, mají však nižší míru funkčních rezerv a potenciálu zdraví jako je zdatnost, odolnost a adaptibilita,
- křehcí: v labilním funkčním a zdravotním stavu, ohrožení opakovanými náhlými dekompenzacemi, potřebují včasné, pružné, šetrné a cílevědomé intervence včetně tísňové péče,
- závislí: s velmi nízkým potenciálem zdraví, vyžadují podporu druhé osoby, podpůrné služby, integrovaný systém dlouhodobé péče,
- zcela závislí: vyžadují často trvalý dohled, jsou trvale upoutaní na lůžko či trpí pokročilým syndromem demence, potřebují ošetrovatelskou péči, pečovatelskou službu a cílevědomou podporu důstojnosti,
- umírající: vyžadují paliativní péči.

1.1 Stáří a stárnutí

Život člověka probíhá od narození až do úmrtí v určitých vývojových etapách a každá tato životní etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají a ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života. Tohle platí i pro etapy stárnutí a stáří, kterým se musíme přizpůsobovat, protože nám přináší nové možnosti ale i nové limity a omezení. (Malíková, 2020)

Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádí „*Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkoností jedince.*“ Podobně definují stárnutí i Langmeier a Krejčířová (2006) podle nich, je to soubor změn ve struktuře a funkcích organismu, kvůli kterým je člověk více zranitelný a klesají jeho schopnosti a výkonnost.

Pacovský (1990 in Jarošová, 2006) stáří definuje jako závěrečnou etapu ontogenetického vývoje, která má své specifické znaky, díky kterým se odlišuje od jiných životních etap. Stárnutí je podle něj vlastně cestou do stáří a přechodným vývojovým obdobím mezi dospělostí a stářím. Bartko (1984 in Jarošová, 2006) uvádí, že stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka. Jarošová (2006) jej doplňuje, že stáří má vysoce individuální charakter s velkými rozdíly mezi jednotlivci, přes které však můžeme identifikovat společné znaky stárnutí. Popisuje stárnutí jako biologické, psychologické a sociální. Mlýnková (2011) definuje stáří jako vyvrcholení stárnutí a jako závěrečnou kapitolu lidského života. Haškovcová (2010) navíc uvádí, že je třeba si uvědomit, že stáří není nemoc, ale je to přirozený proces změn, které trvají celý život, jen se více ukazují až v pozdějším věku.

Všeobecně je období stárnutí a stáří vnímáno negativně a s obavami. Lidé často očekávají problémy spojené s omezením soběstačnosti, snížením mentálních funkcí, úbytkem kontaktů s okolním prostředím a ztrátou možnosti seberealizace. Obavy lidí vedou také ke strachu ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Nicméně tyto obavy nejsou vždy opodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří automaticky vždy nedochází ke zmiňovaným problémům. (Malíková, 2020)

1.2 Historie péče o seniory

V minulosti připadala starost o staré a nemohoucí zejména rodině. Mnohdy také pomohli bohatí a vlivní lidé nebo církve. Již v dobách raného středověku vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí starým lidem. Postupně byly zakládány chudobnice a

starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy, které se v průběhu dějin přeměnily na domovy seniorů, jak je známe dnes. Jejich organizaci a vedení zajišťovaly většinou kláštery a později městské a obecní rady. Zařízení plnila především azylovou funkci pro nemajetné, chudé a staré lidi. (Jarošová, 2006) Již ve 14. a 15. století vznikaly na území pozdější Jugoslávie „domovy pro staré lidi“ a v Nizozemí specifické objekty s názvem hofles, což byly domy s malými pokojíčky pro staré lidi. Již v roce 1504 v Anglii vyšel první zákon, který se pokoušel řešit problémy starých lidí, a to jejich specifickou ochranou. Následně bylo za panování královny Alžběty vydáno první chudinské právo, které víceméně nezměněné trvalo dalších 200 let. (Haškovcová, 2002)

System péče o seniory prodělal podobný vývoj i v dalších zemích Evropy. Kromě chudobinců a starobinců vznikaly pro starší občany „penziony pro dámy a pány“ či jejich obdoby (Haškovcová, 2002). Jarošová (2006) uvádí, že to byla předzvěst systematické péče o seniory, která se začala intenzivně rozvíjet až po 2. světové válce, kdy začaly vznikat první systémy sociální péče a v jejich rámci domovy seniorů a další typy specializované ústavní péče o seniory.

I u nás lze vystopovat podobný vývoj. Od dob Josefa II. je podle tzv. farní chudinské ústavy také v zemích koruny české rozvíjena péče o staré lidi, a to především na bázi chudinského práva. Podle chudinského práva z roku 1863 a jeho dalších novelizací byla domovská obec povinna se starat o chudé příslušníky, kteří nemohli pracovat a musela jim poskytnout nutnou výživu a opatření v nemoci, pokud se jim nedostala pomoc od dobročinných ústavů či nadací. Významnou regulační funkci v péči mělo později vyhlášené domovské právo. Podle něj se v nouzi mohl občan obrátit o pomoc na obec, v níž se narodil. Chudinské i domovské právo bylo mimořádně pokrokové, protože v nejnutnějším rozsahu zajišťovalo péči o všechny potřebné a neponechávalo je náhodné dobročinnosti. (Jarošová, 2006)

Koncepce chudinské péče byla výrazně sociální, protože se snažila odstranit žebrotu a almužnictví zavedením tzv. poukázkové soustavy, což byly stravenky a poukázky na šatstvo. Postupem času se celý systém péče stával zajištěný státem, městem nebo obcí, tedy institucionalizovaný. Zdravotnické a sociální systémy byly vybudovány v druhé polovině 20. století. Ukázalo se, že je potřeba budovat lůžka, která by sloužila nesoběstačným a nemocným starým lidem. I u nás postupně vznikala zdravotnická oddělení tohoto typu, zpravidla však s neblahou pověstí, říkalo se jim „ležárny“, „umírárny“ nebo „poslední stanice“. Až později situaci kvalitativně zlepšil vznik léčeben pro dlouhodobě nemocné, specializovaných doléčovacích a rehabilitačních oddělení. (Jarošová, 2006)

V sociální oblasti docházelo ke změnám v souvislosti s uvědomováním si individuálních lidských práv a důrazu na intimitu. Staří lidé se dříve nebránili myšlence odejít do domova seniorů i v době, kdy byli prakticky soběstační. Až když se z kvalitnilo soukromé bydlení a změnil se způsob života, tak lidé odmítali odejít do domovů seniorů příliš brzy. Senioři byli ochotni akceptovat ústavní péči pouze v případech, kdy hrozilo nebo kdy nastalo výrazné zhoršení jejich zdravotního stavu. Proto resort sociálních věcí musel posílit svou zdravotnickou kompetenci. (Jarošová, 2006) Haškovcová (2002) uvádí, že v sociální oblasti byl navíc postupně kritizován segregovaný typ péče na lůžku, který byl v domovech seniorů. Bylo nutné péči rozšířit o celou řadu dalších forem, vznikaly např. penziony, domy s pečovatelskou službou, domovinky, domácí péče atd. Ústavní péče měla a má mnoho pozitiv. Je sice vhodným řešením pro spoustu lidí ale nemůže být univerzálním řešením. Podstatná část péče by se měla odehrávat v rodinách, popřípadě v ambulantních či zdravotnických složkách sociálního systému a ústavní péče by se měla chápat jako náhradní a doplňková.

Po druhé světové válce dochází k obrovskému rozvoji ústavní péče zaměřené na materiální a sociální zabezpečení. Po roce 1945 jsou stávající „domy odpočinku“ pro seniory přeměněny na domovy seniorů. Od poloviny 20. století dochází také k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. O dvacet let později se začali budovat první domy s pečovatelskou službou. V sedmdesátých letech vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž pacienti jsou převážně staří nemocní lidé. Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Se změnou politické situace po roce 1989 a vlivem iniciativ nestátních subjektů, jako je třeba církev, vznikají v České republice nové instituce a služby určené seniorům. Například domácí ošetrovatelská péče, která vznikla v roce 1990 a první hospicová zařízení vznikající o pět let později. (Jarošová, 2006) O seniory pečovaly tehdejšími názvem zdravotní sestry a sanitárky. Poskytovaná ošetrovatelská péče dlouho nebyla realizovaná podle zásad ošetrovatelského procesu. Odlidštění v poskytované péči bylo v sociálních ústavech stejně jako ve zdravotnictví běžným jevem. Práva seniorů byla často porušována. Nepřicházel v úvahu ani výběr ústavu, do něhož měl být senior umístěn, protože se dodržovala spádová příslušnost v rámci regionu. Senior tak musel nastoupit i do ústavu, který třeba neměl dobrou pověst. Samozřejmě, že tento nedostatečný model stojící na vratkých základech nemohl být trvalý. (Jarošová, 2006)

Díky změnám po roce 1989 nastal velký pokrok v oblasti sociálních služeb. Pro seniory a všechny osoby s jakýmkoliv postižením skončila jedna náročná životní etapa a otevřela se před nimi možnost změny k lepšímu prožívání svého pobytu v zařízení. (Malíková, 2020)

1.3 Současná péče o seniory

Situace se v České republice částečně změnila hned po roce 1989, avšak zřetelné změny naznala až když vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento nový sociální zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, protože nastolil nová pravidla a u mnoha skupin osob s různým postižením nastolil směr od institucionalizace k deinstitucionalizaci. To znamená přechod k sociálním službám zaměřeným více na individuální podporu člověka v jeho přirozeném prostředí. (Malíková, 2020)

Malíková (2020) situaci charakterizovala jako zásadní transformaci sociálních služeb, na kterou se Ministerstvo práce a sociálních věcí připravovalo již před vstupem tohoto zákona vydáním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů. MPSV vydalo například dokument Koncepce podpory proměny pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytovaných v přirozeném prostředí uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti nebo konzultačním dokumentem v sociálních službách s názvem Bílá kniha. Pospíšil (2015) uvádí, že cílem této transformace služeb je zajištění podpory péče v přirozeném prostředí člověka a že tímto přirozeným prostředím může být i pobytová sociální služba. Podstatné je respektování práva uživatelů sociálních služeb na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí. Malíková (2020) ale uvádí, že k dosažení tohoto cíle je sociálním zákonem rozvinuté široké spektrum terénních a ambulantních služeb, které umožňují mnoha osobám v nepříznivé situaci zůstat v domácím prostředí. Jde o poměrně zásadní změnu, která se menším či větším dílem dotkla řady osob v nepříznivé sociální situaci. Na pomoc lidem s různými druhy problémů jsou zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definovány konkrétní druhy sociálních služeb. Senioři mohou využít jak příspěvek na péči, tak využít kombinaci několika druhů sociálních služeb, což jim umožňuje zůstat i nadále ve svém přirozeném prostředí a současně udržovat nebo zlepšovat svoji soběstačnost.

1.4 Standardy kvality sociálních služeb

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách nám standardy kvality sociálních služeb garantují úroveň a kvalitu poskytovaných služeb. Vytvářejí také soubor kritérií stanovených jako norma kvality poskytované sociální služby. Tento zákon ukládá povinnost poskytovatelům sociálních služeb tyto standardy dodržovat.

Podle Dvořáčkové (2012) standardy kvality sociálních služeb popisují, jak má kvalitní sociální služba vypadat. Klíčovým prvkem kvalitní sociální služby je schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb při naplňování cílů, kterých chtějí právě s pomocí sociálních služeb dosáhnout. Sokol a Trefilová (2008 in Dvořáčková, 2012) uvádí, že standardy kvality sociálních služeb zdůrazňují orientaci na osobní cíle uživatelů těchto služeb, což pomáhá respektovat jejich důstojnost a právo na plnohodnotný život.

Každý poskytovatel si tyto standardy musí rozpracovat podle druhu a rozsahu služeb, které poskytuje a přizpůsobit je na své konkrétní podmínky a vybranou cílovou skupinu tak, aby co nejvíce odpovídaly skutečné situaci a aby uživatelům co nejvíce vyhovovaly. Všichni pracovníci v zařízení jsou s těmito standardy podrobně seznámeni a musí být umístěny tak, aby byly přístupné všem pracovníkům. Vypracované standardy musí být pravidelně přezkoumány a aktualizovány, aby svým obsahem odpovídaly stávajícím možnostem nebo situaci. Je důležité, aby podporovaly zvyšování kvality poskytování služeb. Na aktualizaci, úpravách či rozšíření standardů se podílejí všichni dotčení pracovníci. (Malíková, 2020)

2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

Pobytová zařízení sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Podle Malíkové (2020) jsou to služby poskytované v zařízeních, kde jedinec pobývá po určitou dobu. Buď celodenně nebo celoročně.

Více než 85 % pobytových zařízení sociálních služeb v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi. Mezi poskytovatele pobytových sociálních služeb patří i nestátní neziskové organizace, jako jsou občanská sdružení nebo církve. Sociální služby jsou v pobytových zařízeních financovány vícezdrojově, na financování se podílí i úhrady klientů a příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení. (Malíková 2020)

Senioři odcházejí do pobytových zařízení z různých důvodů. Někteří odcházejí dobrovolně, například z ekonomických či rodinných důvodů opouštějí své původní bydliště a volí menší byt v instituci, která jim nabízí i různé služby. Senioři mohou být donuceni k odchodu ze svého původního domova také nečekanými událostmi, což může být například velká změna jejich zdravotního stavu, kdy na tuto změnu není připravené jejich přirozené prostředí a potřebují péči. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010)

Služby jsou klientům poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Tento přístup k individuálnímu plánování a dodržování sociálních standardů zajišťuje velkou záruku ochrany, dodržování a respektování práv klientů. Klient se stává aktivním spoluvůrcem poskytované sociální služby a spolupracuje s pečujícími pracovníky jako rovnocenný partner, nikoliv pouze jako pasivní příjemce prováděných činností, jak tomu bylo dříve. Všechny poskytované činnosti směřují ke zvyšování nebo udržování jeho současné soběstačnosti. Cílem poskytovaných činností již není vykonávat něco za klienta, ale spíše mu pomáhat a podporovat ho v tom, aby byl schopen provádět alespoň některé činnosti sám a byl co nejméně závislý. Důraz je kladen na podporu klientovy vlastní aktivity. Udržováním soběstačnosti se podporuje lidská důstojnost seniora, jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny. (Malíková, 2020)

2.1 Pracovníci v pobytových zařízeních

Pracovníci, kteří vykonávají v oblasti sociálních služeb odbornou činnost jsou definováni zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Na poskytování sociální služby se podílí pracovníci z různých oborů. Jejich spolupráce je zdůrazňována jako klíčový prvek sociální služby. (Malíková, 2020)

V zákoně č. 108/2006 Sb. s vyhláškou č. 505/2006 jsou přesně definovány pracovní pozice pracovníků, kvalifikační personální požadavky pro výkon profese a jejich povinnost celoživotního vzdělávání účastí na akreditovaných vzdělávacích akcích. V rámci celoživotního vzdělávání se pracovníci seznamují s dalšími metodami a způsoby práce s klienty se syndromem demence a jinými poruchami kognitivních funkcí. Učí se pracovat s intuitivními technikami a specifickými komunikačními metodami, aby lépe porozuměli potřebám i pocitům nekomunikujících klientů.

2.2 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou dnes nejznámějším typem pobytových sociálních služeb. Úroveň vybavení domovů pro seniory se výrazně zlepšila, systém péče je primárně postaven na zákaznickém principu a každý uživatel má možnost si vybírat služby, které potřebuje. (Haškovcová, 2012) Podle Matouška, Kodymové a Koláčkové (2010) domovy pro seniory představují tradiční formu institucionální péče o seniory, která nabízí trvalé ubytování a rozmanité spektrum služeb od péče o domácnost klienta až po nabídku nejrůznějších programů a aktivit, a to včetně náročné ošetrovatelské a rehabilitační péče o těžce zdravotně postižené seniory či poskytování hospicové péče o umírající.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách popisuje domovy pro seniory jako zařízení poskytující pobytové služby pro osoby trpící zejména sníženou soběstačností způsobenou věkem a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Podle zákona tato služba pro seniory zahrnuje poskytování ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů sebez péče, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytování sociálně terapeutických a aktivizačních činností a pomáhá seniorům při uplatňování jejich práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.3 Domovy se zvláštním režimem

Podle Haškovcové (2012) jsou domovy se zvláštním režimem určeny především seniorům, kteří trpí závažnými, obvykle duševními onemocněními a nejsou schopni se o sebe postarat. Přesněji je to definováno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který říká, že v domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou nebo Alzheimerovou demencí či jinými typy demencí, které z důvodu těchto onemocnění mají sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje

pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je samozřejmě uzpůsobeno specifickým potřebám klientů.

2.4 Pobytová odlehčovací služba

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách dělí odlehčovací služby na terénní, ambulantní nebo pobytové. Jsou to služby poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je pečováno rodinou v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Dle Haškovcové (2012) odlehčovací služba dopřává pečujícím přestávku, ve které si mohou odpočinout, vyřídit vše potřebné a nabrat síly k dalšímu soustavnému pečování, protože mít v domácnosti nemocného starého člověka je velmi fyzicky i psychicky namáhavé. To znamená, že péči o dotyčného seniora za rodinu převzou profesionálové na určitou a předem dohodnutou dobu, která obvykle nepřesahuje 3 měsíce.

2.5 Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře jsou pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Ve stacionářích jsou prováděny aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Uživatelům je poskytována komplexní péče po celou dobu jejich pobytu Malíková (2010). Mlýnková (2011) upřesňuje, že týdenní stacionáře obvykle fungují od neděle večer nebo od pondělního rána do pátku odpoledne, a tudíž senioři tráví víkendy se svými rodinami. Týdenní stacionář je určen především pro seniory s poruchami paměti a s nedostatečnou soběstačností. Podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou v týdenních stacionářích poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba dle zákona poskytuje klientům ubytování i stravu, asistenci při osobní hygieně a sebeděči, nabízí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a nabízí sociálně terapeutické činnosti.

3 BIOGRAFICKÁ PÉČE O SENIORY

Termín biografie pochází z řeckého *bios* – život a *gramef* – psát. Správná biografie by měla kompletně a nezaujatě popisovat život dané osoby ve všech souvislostech. Biografie je někdy chápána jako životopis určité osoby, který sepsal někdo jiný a zachoval přitom neutralitu. Pojem biografie můžeme také definovat jako soubor informací o jedinci. (Procházková, 2014)

Jak uvádí Procházková (2014) práce s biografií nám umožňuje nacházet nové způsoby práce v geriatrici a gerontopsychiatrii s následným využitím nových informací o klientovi, potřebných pro individuální plánování přímé péče a tvorbu podkladů pro specifické ošetrovatelské intervence. Abychom lépe porozuměli klientům a jejich způsobům chování, je nutné znát jejich životní příběh. Tyto nové informace umožňují pečujícím pracovníkům lépe rozpoznat potřeby klientů a pochopit jejich specifické reakce, které se mohou vyskytnout například při setkání klienta s pro něj neznámou situací nebo při zvládnání aktivit denního života. Specht-Toman (2012) uvádí, že metody práce s biografií mají podnítit zájem, kreativitu a tvořivost personálu při pozorování seniora v objevování smysluplnosti vlastního života, jeho přijetí, integraci a smíření. Upozorňuje, že práce s biografií není terapie. Autor psychobiografického modelu péče Erwin Böhm (2009) uvádí, že pokud chceme klientovi porozumět a přistupovat k jeho potřebám vážně, tak se první musíme seznámit s jeho životním příběhem a jeho domovem, teprve pak to můžeme nazývat jako celostní přístup k uživateli zaměřený na jeho potřeby.

3.1 Historie práce s biografií

První zmínky o práci s biografií se objevují v 70. letech 20. století a pocházejí z prvních odborných prací profesora Erwina Böhma, který je autorem psychobiografického modelu péče. Tvrdí, že pokud chceme o pacienta pečovat individuálně, musíme znát jeho životní příběh. Jeho životní zkušenosti totiž velmi ovlivňují postoj k vlastnímu zdraví i nemoci a nám ukazují způsoby, jakými tato osoba zvládala zátěžové situace a jak tím rozvíjela svou schopnost adaptace na nové okolnosti. V průběhu 70. let 20. století se v oblasti geriatrici objevuje i koncept validace rozpracovaný Naomi Feil, který je zaměřen na komunikační techniky. Sběr biografických dat je právě nedílnou součástí validace, a to ve vazbě na reminiscenční teorii. Na biografické údaje se váže v 80. letech 20. století i strukturovaný ošetrovatelský model Moniky Krohinkel, která se zaměřuje na aktivity denního života. Biografie spatřuje své využití i v konceptu bazální stimulace, který také přichází v této době

do profesního povědomí. Autor konceptu bazální stimulace A. Fröhlich autobiografii vnímá jako podkladový materiál pro volbu stimulačních podnětů sensorických orgánů a využívá efekt sensorických paměťových stop. Jeho myšlenky rozvinula pro využití v ošetrovatelství Christel Bienstein, která upozorňuje na nutnost biografických údajů ve vztahu k jednotlivým smyslům, které jsou získávány z rozhovorů s pacientem a jeho nejbližšími členy rodiny a je nutno je zaznamenávat do dokumentační složky pacienta. (Procházková, 2014) Autorka mnoha odborných učebnic ošetrovatelství Liliane Juchli (1991 in Procházková, 2014) zdůrazňuje význam biografie pro poskytování správné péče a tvrdí, že biografie je základ pro smysluplné uspořádání života a udržení vlastních kompetencí. Dalším významem je podle ní snadnější vyrovnání se s minulostí v poslední etapě svého života. Uvádí, že právě v této souvislosti je práce s biografií velkým přínosem v péči o lidskou duši, která má také své potřeby. Je důležité si uvědomit, že nejen potřeby známé z pyramidy potřeb Maslowa, jsou v zájmu péče o seniora.

Od 90. let 20. století je již práce s biografií rozvíjena i pod vlivem legislativy v německy mluvících zemích, novými zákony je nařízena nutnost ošetrovatelské dokumentace, která musí obsahovat i složku biografie. Tato doba přináší i další ošetrovatelské modely, jako je například Mäeutický model péče holandské autorky Cory van der Kooij, který se intenzivně zabývá emocionálním prožitkem na straně pacienta i personálu a zdůrazňuje kreativní přístup k tvorbě nových inovačních ošetrovatelských postupů, které respektují biografii klienta. (Procházková, 2014) Friedlová (2007) ve své knize Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči uvádí: „*Práce s biografií klienta znamená volit ošetrovatelské nabídky zohledňující individualitu a biografii klienta, biografická data by měla být výchozím bodem pro individuální péči.*“ Díky její formulaci přichází první informace v české odborné literatuře, které poukazují na novou oblast zájmu v dokumentační složce péče, která má nenahraditelné místo v individualizované a důstojné péči (Procházková, 2014).

3.2 Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma

„*Porozumět pacientovi znamená podpořit kvalitu přímé péče.*“ (Böhm)

Böhm (2015) uvádí, že postupně za pomoci příslušné vědecké literatury vyvinul určitou myšlenkovou konstrukci. Řekl, že dnes je jeho model směsí kreativních a vědeckých elementů, jejíž úspěšnost lze prokázat u více než 12 000 rehabilitovaných pacientů, a to jen v jednom zařízení. Svůj model popisuje jako komplementární systémovou teorii, která doplňuje medicínský pohled na péči. Bez ohledu na to, zda došlo k organickému poškození

těla a mozku, měla by terapeutická péče, která vychází z thymopsychické biografie vést ke zlepšení duševního a somatického stavu klientů bez použití psychofarmatik. Tento model má za cíl nejen zlepšení zdravotního stavu klientů ale i pocitu pohody personálu. Svůj model autor neplánoval jako abstraktní nebo teoretický model myšlení, ale chtěl jej koncipovat jako schůdnou cestu využitelnou v praxi. Böhm (2015) podle svých slov, chtěl pouze dosáhnout zásadní změny v péči o seniory a chtěl vyvinout koncepci, ve které se bude odrážet to, že dokud člověk žije, měl by být živý.

Podle Procházkové (2019) vždy kritizoval klasické způsoby péče typu nakrmit, udržet v čistotě, v teple a pohodlí a provést předpisy lékaře. V psychobiografickém modelu se snaží o rozšíření úhlu pohledu na seniora, kdy se péče musí stát tolerantnější a opustit roli „všepečující matky“. Böhmův (2015) psychobiografický model je mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model a je zaměřen na podporu schopností sebepéče starých a zmatených lidí a na způsoby, jak tuto schopnost uchovat co nejdéle. Snaží se o to principem obnovení zájmu seniora a oživením jeho psychiky.

Böhm (2015) vytyčuje v péči následné cíle:

- znovuoživení psychiky klienta,
- oživit zájem pečujícího,
- rozšířit vnímání společenské normality.

PBM se zaměřuje na poskytování péče, která aktivizuje, podporuje pozitivní potenciál klienta. V tomto modelu je klient vnímán jako jedinečná osobnost, která prožívá životní fázi stáří. Nemoc je považována za sekundární a prioritní je dosažení pocitu pohody u klienta. (Böhm, 2015)

3.3 Biograficky orientovaná péče

Podle Böhma (2015) práce s biografií odkrývá nové možnosti pro podporu jedinečnosti a důstojnosti klienta a pro využívání jeho pozitivního potenciálu. Booker (2006) uvádí, že způsob práce s klienty se může posunout od modelu orientovaného na nemoc k modelu péče orientované na osobu. V tomto pojetí má být klient vnímán jako unikátní jednotlivec, má být respektováno jeho vidění okolí a mají být respektovány jeho potřeby.

Informace, které z biografie vyplynou jsou přirozeným vodítkem pro individuální nastavení péče, a tedy pro tvorbu individuálních plánů. Například informace ohledně schopností

seniora se adaptovat na nové podmínky nebo informace o postoji k jeho vlastnímu zdraví a životu představují důležitá vodítka při umístění klienta do pobytového sociálního zařízení. Díky znalosti životního příběhu můžeme odhalit, které situace by při péči mohly vyústit v problémové nebo regresivní chování klienta. (Sedláčková, Matoušek, 2022)

V české praxi je autorkou koncepce biografické péče o seniory a seniory s onemocněním demence PhDr. Eva Procházková PhD. Založila vzdělávací institut Erwin Böhm Institut, který se svolení pana profesora Erwina Böhm nazvala jeho jménem, jako poděkování za dlouhodobou spolupráci v rámci rozvoje moderních metod péče. Má výhradní zastoupení pro Českou a Slovenskou republiku pro vzdělávání v psychobiografickém modelu péče. Nabízí kreativní vzdělávací programy zaměřené na inovační formy péče na základě znalosti životního příběhu. (EBIN, 2015)

3.4 Využití biografické péče v pobytových zařízeních

Cílem využití biografické péče v pobytových zařízeních je naučit personál více porozumět klientům. Tomu, co je pro ně prioritní, co dokáže rozhybat jejich psychiku a tím i jejich tělo. Naučit personál jakým způsobem podpořit klienta v jeho samostatnosti a jeho schopnosti rozhodovat o svém životě a svých záležitostech co nejdéle. Aktivizovat a reaktivizovat psychické schopnosti i dovednosti seniora. Základním cílem je oživit psychiku člověka, protože člověk, který nemá chuť do života, nemá ani potřebu vstát z postele, provést hygienu nebo se obléct. Pokud pracovník díky biografii najde správnou motivaci pro klienta, tak klient dokáže přebrat iniciativu v sebeděči. Pokud ale personál plně převzme péči o klienta, nedá mu prostor pro využití jeho zachovalých schopností a dovedností a udělá z něj pouze pasivního příjemce péče, tak podporuje regresi klienta a oslabuje jeho schopnost sebeděče. Dalším cílem je povzbudit psychiku personálu a zvýšit jejich zájem o odbornou problematiku. (EBIN, 2015)

Biografická péče zpracovaná jako vstupní proces implementace psychobiografického modelu péče E. Böhma do české praxe využívá podklady z výše zmíněného modelu M. Krohwinkel, a to aktivity denního života a potenciál vztahu mezi pečujícím a seniorem z modelu Cory van den Kooij. Na základě praxe byly vytvořeny specifické diagnostické a skórovací postupy, které pomáhají pečujícím v porozumění péče, slouží k ujasnění vlastních kompetencí. (Procházková, 2019)

Koncepce biografické péče poskytuje dobře uchopitelné pracovní postupy pro zkvalitnění individuálního plánování péče a které jsou využity v péči o seniory:

- sběr biografických dat do biografické knihy a dalších materiálů,
- tvorba biografické knihy,
- tvorba aktuálních plánů péče na základě 15 sledovaných oblastí aktivit denního života,
- u klientů v regresi nastavení plánu péče pro podporu orientace časem, místem, osobou a situací,
- celkový transfer biografických dat do biografických individuálních plánů péče,
- hodnocení efektu poskytované péče – dokumentace,
- diagnostický proces pro určení stavu mobility a schopnosti orientace klienta (rychlé skóre),
- práce s rodokmenem a diagnostický proces pro určení rizika sociální izolace seniory,
- skórování zátěže pečovatele,
- skórování zátěže péče,
- skórování schopností soběstačnosti seniora. (Procházková, 2019)

Implementace koncepce biografické péče do praxe byla zpracována s cílem postupovat podle plánu, který má jasně nastavené parametry a díky tomu je možné přímo z praxe kontrolovat a měřit předpokládané výsledky. Biografická péče musí být transparentní, měřitelná, a hlavně reálná ve vztahu k výkonu intervencí obsažených v plánech péče a všeobecně v dokumentaci. Velkou snahou je podpořit kompetence klíčových pracovníků při poskytování biografické péče seniorům. Důležitou kompetencí je tvorba individuálních plánů péče na základě práce s biografií klienta, tím pomáhá definovat výslednou hodnotu a efekt poskytované biografické péče. (Procházková, 2019)

Podle Procházkové (2019) můžeme stanovit 3 oblasti na které je biografická péče zaměřena:

1. podpora seniora,
2. prevence psychické regrese seniora,
3. stabilizace emocionální deprivace seniora.

Práce s biografií seniora přináší do péče nový potenciál, kdy každý životní příběh, každá biografie je jedinečná, a tím představuje jedinečnost každého člověka jako osobnosti, která má své přání a potřeby ve vztahu k poskytované péči. Zaměstnávat se biografií – životním příběhem seniora z pohledu profesionála – znamená otevřít nový způsob porozumění člověka v odborné péči. Pokud se nám podaří vytvořit pevný a jednotný systém metod a dokumentace na základě práce s biografií klienta, můžeme využít vysoký humánní efekt této formy péče o seniora. (Procházková, 2019)

Je důležitým faktem, že čím objemnější je souhrn biografických údajů, tím individuálnější je následně daná péče. Práce s biografií není pouze o shromažďování informací o životě klienta ale také o schopnosti využívání těchto údajů do plánů péče s cílem podpořit schopnost sebepéče a soběstačnosti pacienta a lepší adaptaci na nové životní podmínky (Procházková, 2014).

Speciálně zaměřené plány péče jsou tvořeny z biografických informací a popisu současného stavu klienta formou naučené techniky transferu. Individualizovaný plán péče zahrnuje vždy specifické potřeby klienta na základě jeho zachovalých schopností a dovedností, které jsou známy pod termínem „pozitivní potenciální klienta“. Pečovatel je vybaven postupy pro výsledné hodnocení péče, ta je i náplní týmové vizitace péče. Péče je zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb na základě znalosti biografie seniora. Biografická péče splňuje indikátory individualizované péče. (Procházková, 2019)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

V našem výzkumu se zaměřujeme na využití biografického modelu péče v pobytových zařízeních pro seniory. Budeme se snažit zjistit, jak se zpracovává biografie klientů a jak se získávají informace potřebné pro tvorbu biografie. Také chceme odhalit, v čem tkví význam tohoto modelu péče a jak se biografický model odráží na kvalitě péče o seniory. Také nás bude zajímat, jak se znalost biografie klienta promítá v oblasti vztahů v zařízení.

Ke konci roku 2022 žilo 57,6 tisíc seniorů (2,8 % ze všech osob ve věku 66 a více let) v některém ze zařízení sociálních služeb. Se zvyšujícím se věkem se zastoupení osob výrazně zvyšuje (ČSÚ, 2023). Pro nikoho není lehké odejít ze svého domova a už vůbec ne pro seniory. Proto je důležité, aby pro ně byl přechod do pobytového zařízení a následná péče v těchto zařízeních co nejvíce individuální.

Aby bylo možné nemocného lépe poznat a porozumět mu, musí personál znát jeho jméno a příjmení, seznámit se s jeho dosavadním životem a s uspořádáním jeho dne. Doprovázení klienta cestou vzpomínek s cílem vyhledat a podpořit celoživotně naučené mechanismy pro zvládání zátěžových situací. Tyto mechanismy si každý člověk utváří převážně do svých 25 let života a dále používá pouze kopie těchto mechanismů, toto jednou z důležitých metod v práci s psychobiografií seniora. (Procházková, 2019)

„Nejvyšším cílem v práci s biografií je porozumění historii klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojnosti stáří.“ (Böhm, 2015)

Existuje zahraniční studie The Effectiveness of Biographical Approaches in Long-Term Care: A Systematic Review, která zkoumala účinky biografického přístupu na kvalitu života, duševním zdravím, prosperitě, pocitu identity a sociálního zapojení. Studie ukázala, že biografický přístup je spojen s pozitivními výsledky ve všech těchto oblastech. Starší osoby, které dostávaly biografickou péči, hlásily vyšší úroveň kvality života, duševního zdraví, prosperity a pocitu identity. Byly také více sociálně zapojeny a měly silnější pocit vazby k minulosti. Starší osoby našly přístup jako uctivý a významný a personál jej považoval za cenný nástroj pro zlepšení kvality péče. (Menn, 2020)

4.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu je popsat proces využívání biografického modelu péče v pobytových zařízeních pro seniory. Dalším cílem je popsat, jakým způsobem probíhá tvorba biografie klienta. Zajímá nás i jak se získávají informace o klientech potřebné pro tvorbu jejich biografie. Chceme odhalit, v čem tkví význam tohoto modelu péče. Cílem je také zjistit, jak se odráží využívání tohoto modelu péče na kvalitě péče o seniory. Posledním z našich cílů je odhalit, jak se biografický model péče promítá v oblasti vztahů pracovníků a klientů.

4.2 Výzkumné otázky

HVO: Jak se využívá biografický model péče v pobytových zařízeních pro seniory?

DVO1: Jakým způsobem se zpracovává biografie klienta v pobytových zařízeních pro seniory?

DVO2: Jak se získávají informace potřebné pro realizaci biografické péče v pobytových zařízeních pro seniory?

DVO3: V čem tkví význam biografického modelu péče v práci s klientem v pobytových zařízeních pro seniory?

DVO4: Jak se biografický model péče odráží na kvalitě péče v pobytových zařízeních pro seniory?

DVO5: Jak se biografický model péče promítá v oblasti vztahů pracovníků a klientů?

4.3 Pojetí výzkumu

Za účelem zjištění, jak se využívá biografický model péče v pobytových zařízeních pro seniory jsme zvolili kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je vymezen jako „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 17) Kvalitativní pojetí volíme z důvodu, že chceme do problematiky vstoupit hlouběji, objasnit a popsat, jak se využívá biografický model péče v pobytových zařízeních pro seniory.

4.4 Výzkumný soubor

Naším výzkumným souborem jsou sociální pracovníci pobytových zařízení pro seniory, kteří mají zkušenosti s biografickým modelem péče, pracují s ním a jsou v něm proškoleni. Přesné požadavky a předpoklady pro vykonávání profese sociálního pracovníka nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. (Česko, 2006)

Našimi kritérii pro výběr jsou tyto podmínky:

- Sociální pracovnice pobytového zařízení pro seniory zapojená do našeho výzkumu má osobní zkušenost s biografickým modelem péče.
- Sociální pracovnice pobytového zařízení pro seniory zapojená do našeho výzkumu prošla školením od PhDr. Eva Procházková, Ph.D., která má výhradní zastoupení pro vzdělávání v psychobiografickém modelu péče pro Českou a Slovenskou republiku.
- Sociální pracovnice pobytového zařízení pro seniory je ochotna se zúčastnit našeho výzkumu a poskytnout nám potřebné informace.

Pro náš výzkum jsme zvolili metodu záměrného výběru, který je nejrozšířenější metodou výběru v kvalitativním výzkumu. Záměrným výběrem zkoumaného vzorku označujeme postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme jen ty jedince, kteří toto kritérium splňují a jsou ochotni s námi spolupracovat. (Miovský, 2006)

4.5 Technika sběru dat

Jako techniku sběru dat jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor. Jeho základem je vytvoření schématu, které vymezuje okruhy otázek, na které se bude výzkumník ptát. Tyto otázky musí být položeny všechny, ale je možné některé otázky přeformulovat či zaměňovat jejich pořadí dle vývoje rozhovoru. V průběhu rozhovoru může výzkumník pokládat doplňující nebo upřesňující otázky, stejně jako žádat o upřesnění či vysvětlení odpovědí účastníka. (Miovský, 2006)

Rozhovor byl prováděn se sociálními pracovníci v pobytových zařízeních pro seniory a otázky rozhovoru korespondují s cíli výzkumu a výzkumnými otázkami. Rozhovor probíhal přímo na pracovišti sociálních pracovníků pro autentičnost a zúčastnilo se ho pět respondentů. Obsahoval 6 otevřených otázek a každý trval zhruba 40-60 minut. V rámci rozhovoru se zaměřujeme na to, jak probíhá využívání biografického modelu péče v pobytových

zařízeních pro seniory. Jak se získávají informace z klientova života potřebné pro zpracování jeho biografie a jaké se k tomu využívají dokumenty. Dále chceme znát, jaký vidí sociální pracovnice význam využívání tohoto modelu péče při péči o klienta. Protože se při vypracovávání biografie pracovníci dozví hodně informací o klientovu životu, zajímá nás, jak se toto odráží na jejich vzájemném vztahu ale také na klientech nebo pracovnicích samotných. Otázky do rozhovoru jsou uvedeny v Příloze I.

4.6 Způsob zpracování dat

Nejprve byl proveden záznam rozhovorů na diktafon, který byl poté doslovně přepsán do písemné podoby. Pro následnou analýzu dat z rozhovorů jsme zvolili metodu zakotvené teorie. V rámci zakotvené teorie pracujeme se získanými daty ve třech typech kódování. Těmi jsou otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování, tyto typy kódování na sebe navazují. První jsme provedli otevřené kódování, kdy jsme přiřazovali kódy nalezeným významovým jednotkám. Tyto kódy jsme poté seskupovali do kategorií. V rámci axiálního kódování jsme kódy znova uspořádali a vytvořili spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi, za tímto účelem se používá tzv. paradigmatický model. Při selektivním kódování, tedy v poslední fázi jsme vybrali centrální kategorii, kterou jsme systematicky uvedly do vztahu k ostatním kategoriím. Centrální kategorie nám popisuje zkoumaný jev a vystihuje celou pointu výzkumu. (Strauss, Corbin, 1999)

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole analyzujeme a interpretujeme data, které jsme získali z výzkumného šetření. Při analýze a interpretaci dat jsme postupovali podle zásad a principů zakotvené teorie. Díky pohledu respondentů jsme mohli odhalit, jak se využívá biografická péče v pobytových zařízeních a jak se odráží v péči o seniory.

5.1 Interpretace kategorií

V první fázi analýzy bylo provedeno otevřené kódování. Rozhovory byly doslovně přepsány, několikrát přečteny a zakódovány. Následně na základě souvislostí mezi kódy byly seskupeny do kategorií. Vznikly tyto kategorie:

- Stavební kámen biografické péče
- Překážky v implementaci
- Péče šitá na míru
- Klíče k efektivnímu využití
- Cesta k lepšímu

Popis kategorií jsme doplnili o úryvky z rozhovorů, které lépe vystihují danou kategorii. Jednotlivé respondenty označujeme písmenem R a číslem, podle pořadí provedených rozhovorů.

5.1.1 Kategorie Stavební kámen biografické péče

První kategorie pojednává o důležitých pilířích, na kterých biografická péče stojí. V kategorii rozebereme faktory, které se ukázaly jako zásadní a bez kterých by biografická péče nemohla být v zařízeních využívána.

Tabulka 1 - Kódy první kategorie

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
Stavební kameny biografické péče	Proškolení zaměstnanci
	Zájem o spolupráci
	Znalost životního příběhu klienta
	Přínosný model vhodný pro všechny
	Zájem a nadšení pracovníků

(Vlastní výzkum 2023-2024)

Aby v zařízení mohla být biografie využívána je potřeba, aby pracovníci absolvovali školení., které jim pomůže k tomu, aby věděli, jak sbírat informace o klientech, a hlavně jak s těmito informacemi dále pracovat. Školení většinou probíhá postupně napříč celým zařízením. „*Do té biografie jsou zahrnutí všichni, jak pracovníci přímé péče, aktivizační, aktivizační na pohyb a i ty zdravotní sestry, takže je to provázané celým patrem.*“ (R1) Zaměstnanci často o klientech hodně ví, protože s nimi tráví spoustu času, a proto pro ně pak nemusí být tak těžký sběr informací, které vlastně už mají a jen se musí naučit s nimi pracovat. „*Holky byly šikovné i předtím, hodně o těch klientech věděly, takže proto jsem je popostrčila, že bysme do toho mohly jít. Informace jsme měly, jen byla potřeba vědět, jak s tím pracovat. Protože co si budem, ne každý věděl, jak s tím pracovat. Takže to školení a to vše, čím jsme si prošly nám ukázalo, jak s tím pracovat.*“ (R2) Zaměstnanci mají samozřejmě na výběr, zda školení absolvují, pokud se samozřejmě nejedná o zařízení, kde je využívání biografie podmínkou jak pro zaměstnance, tak pro klienty. Zařízení školení hradí svým zaměstnancům ale až po uplynutí zkušební doby, aby zařízení mělo jistotu, že když do nich zainvestují tak budou tento model využívat u nich. „*Prochází tím vždycky každý nový zaměstnanec ale až po třech měsících, aby se nám neproškolil a pak neodešel. Takže mají podmínku ten model používat tím, že do něj zainvestujeme, tak ať ten model běží dál a nejdou žádné mezery.*“ (R5) Při zpracování biografie je důležitým faktorem i zájem klienta a rodiny o spolupráci. Informace o možnosti zpracování biografie se klientům a rodinám podávají už při sociálním šetření, aby měli čas si rozmyslet, jestli do toho půjdou nebo ne. „*Už na sociálním šetření informujeme, že možnost té biografické knihy a jejího sepsání tady u nás je. Takže se pak zjistí, že třeba tady ta klientka, která nastoupí si myslí, že do té biografie půjde, protože si ráda povídá a moc se jí ten nápad líbil už při tom sociálním šetření.*“ (R4) Při nástupu se sociální pracovnice znova rodiny zeptá. „*Při nástupu se sepisuje, jestli si klient bude přát, abysme tu biografii sepisovali nebo ne. Buď souhlasí klient, protože samozřejmě s klientem to vyřešit musíme a nebo rodina.*“ (R2) Je důležité, aby bylo vše dobrovolné a rodiny i klienti měli zájem spolupracovat na tvorbě biografie, tedy i biografické knihy daného klienta. Biografie se může zpracovávat s každým klientem, pokud samozřejmě chce. V tomto modelu péče se nikdo do ničeho nenutí, protože by to potom nemělo smysl. „*Úplně nějaké podmínky nejsou ale neděláme biografie s každým. Je to o tom, že ten klient chce s námi tu biografii sepsat. Je to vždycky na dobrovolnosti toho klienta, nikoho nenutíme, je to jakoby nabídka, jestli do toho ten klient s námi půjde, do tohoto se ani nedá donutit, tam musí být prostě to, že ten klient do toho chce jít. Jinak to nemá smysl a nepřinese to nic dobrého.*“ (R4) Nejlepší je, když projeví zájem o spolupráci

sám klient, což se stává například u orientovaných klientů. „*My tady klasický domov máme 30 orientovaných klientů, kteří nám někdy projeví přání, že by to chtěli sepsovat.*“ (R2) Znalost životního příběhu klienta je vlastně základní stavební kámen biografické péče, protože: „*Biografický model péče je základ péče vycházející z toho, co ten klient zažil, vlastně z jeho života. Když si vezmu biografie můžu říct životopis a na základě toho se skládá ta péče. Vlastně to vytvoření té biografie je hodně pro ten život tady podstatné.*“ (R1) Díky znalosti životního příběhu se lépe nastavuje individuální péče klientům, protože se díky tomu ví, co ten klient zažil, čím si prošel nebo co má a nemá rád. „*Abychom s nimi dokázali pracovat, potřebujeme znát ty informace z toho jejich života, co oni měli rádi, co jim bylo příjemné a pak jsme díky tomu schopni nastavit tu péči tady u nás, abychom ji měli co nejvíce individuální.*“ (R2) Opravdu jde vidět, že díky tomuto modelu se zlepšuje a lépe nastavuje ta péče o každého klienta individuálně. „*Vidím výsledky, že ta znalost životního příběhu nám pomůže správně nastavit tu péči.*“ (R3) Například i víte, jak ke každému klientu přistupovat, na jaké ho zvat aktivity, aby měl radost nebo aby neměl strach. „*Ke klientům přistupujeme na základě informací, které máme o jejich životě. Když víte, že od malička nemá rád zvířata nebo že se bojí koní, tak ho nebudeme brát na hippoterapii nebo canisterapii, aby tam někde byl v rožku a bál se.*“ (R5) Tento model se jeví jako přínosný po všech stránkách. „*Myslím si, že je to přínosné pro všechny.*“ (R3) „*Pro klienta i pro personál to určitě má velký přínos.*“ (R5) Je také vhodný pro každého klienta bez rozdílu, podmínkou je pouze souhlas. „*Biografickou složku by měl mít každý na patře, takže žádné podmínky nejsou, tento model je vhodný pro všechny a jak říkám, mě se ta biografie moc líbí, mě to opravdu nadchlo, že se člověk opravdu hodně dozví.*“ (R1) „*Ten biografický model není ničím podmíněný, může ho sepsovat kdokoliv u nás a s jakýmkoliv klientem.*“ (R2) Zájem pracovníků je také důležitý, protože nemá smysl je do toho nutit. Pak by to nedělaly s nadšením ale z donucení, a to by nemělo význam. „*Ne každý pracovník na to popravě má. Některé biografie baví, to sbírání dat, to je vlastně gró sociálních pracovníků, sbíráme data, něco sepisujeme.*“ (R1) Také pokud vás něco baví je to velkou prevencí proti syndromu vyhoření. „*Pak také přínos v prevenci syndromu vyhoření, v rámci toho, že děláte něco jiného. Jak říkám, někdo se v tom našel.*“ (R2)

5.1.2 Kategorie Překážky v implementaci

Druhá z kategorií, jak vyplývá z jejího názvu, se věnuje překážkám v implementaci biografické péče. Popisuje negativní faktory ovlivňující implementaci biografické péče při péči o seniory.

Tabulka 2 - Kódy druhé kategorie

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
Překážky v implementaci	Počáteční těžkosti
	Potřeba informací
	Časová náročnost
	Nezájem rodiny
	Obava o soukromí
	Subjekt se mění

(Vlastní výzkum 2023-2024)

Zavádění nových modelů a konceptů péče o seniory je vždycky náročné a neobejde se bez překážek. Pokud se vedení rozhodne implementovat biografickou péči ve svém zařízení čeká ho běh na dlouhou trať. Musí projít proškolením zaměstnanců, oslovením rodin i samotných klientů a následně zpracovávání biografii stávajících i nových klientů. „*Já mám velkou radost, že se to u nás zavádí, i když je to samozřejmě velmi náročné. Fakt je to pro tu praxi velmi přínosné, takže se snažíme překonat ty těžkosti.*“ (R3) Překonání těchto počátečních těžkostí ale ve výsledku tu budoucí péči ulehčí. „*Já holkám říkala, že teď je to náročné, ale pak už to bude jiné. Pak už nad tím nebudou vůbec přemýšlet.*“ (R1) Zavádění něčeho nového má, na organizace také finanční dopad. „*Ten model je pro nás hrozně finančně náročný.*“ (R2) Počáteční těžkostí je také počítačová gramotnost, kterou třeba starší pracovníce nemají. Biografické knihy se následně zpracovávají elektronicky, dělají se hezky graficky, vkládají se do nich fotky a jiné obrázky, a proto je potřeba, aby pracovníce uměly pracovat s počítačem, což ne každá pečovatelka zvládá. „*Když to navazuje na tu péči, tak je to pro ty děvčata opravdu náročné. Některé jsou třeba výborné pečovatelky ale třeba ten počítač už tolik nedávají.*“ (R1) Při tvorbě biografie jsou samozřejmě potřeba informace o klientovi a jeho životě, bez nich by to nešlo. Informace o klientech jsou pro implementaci klíčové. „*Potřebujeme vědět, co ten klient má a nemá rád. To, že my o člověku zjistíme informace, tak nám to pomáhá rozvíjet dál toho člověka.*“ (R5) Pracovníci jsou ale rádi, když mají aspoň nějaké informace, zbytek si zjišťují sami třeba pozorováním. „*Samozřejmě lepší nějaká informace než žádná, horší je když nám ten klient nic neřekne.*“ (R4) Někdy bohužel ty informace chybí, protože klient už není schopen informace sdělit a nemá rodinu, která by informace poskytla. „*Záleží na tom, co a jak o těch klientech víme a nevíme, co nám ten klient sám řekne nebo rodina. Někteří klientu tu rodinu nemají, takže nemáme vlastně koho kontaktovat a sami už nejsou schopni nám něco říct a ty informace podat.*“ (R5) Informace jsou také velmi potřebné pro aktivizační ale i denní práci s klienty. „*Abychom mohli dělat*

aktivita, musíme znát ty data. S tím, že abychom rozhybali tu mysl, potřebujeme vědět ty data, ty historická data.“ (R2) Pokud o klientovi víme věci z jeho života, dokážeme s ním lépe pracovat a víme, jak se k němu chovat, co má a nemá rád. Překážkou je také časová náročnost tohoto modelu a samozřejmě by více zaměstnanců bylo pro model přínosnější. *„Nejde nám s tím pracovat, tak jak bysme si představovaly, protože není ten prostor.“* (R4) *„V pracovní době na to musí být vymezený čas, zatím testujeme, jestli je možné, aby člověk v těch službách byl v práci, ale měl volno na tu biografii na té směně.“* (R3) Biografická péče na rozdíl od jiných konceptů je časově náročnější, protože trvá vlastně nepřetržitě. Ať už sbírání informací, tvorba individuálních plánů nebo sestavování biografických knih zabere spoustu času. *„Pro ty holky jsou některé ty koncepty velmi náročné v rámci péče, není to teď si nachystám aktivitu a teď skončí ale ta biografie je tady pořád, ještě když to sepisujeme ty informace, tak je to na dlouho.“* (R2) Zaměstnanci jsou zvyklí na něco a toto je pro ně novinka, musí podstoupit školení a vznikne jim spousta nových povinností. *„Pracovníci to vnímají jako něco navíc, že se musí něco nového učit a budou mít víc práce.“* (R3) Velmi důležitá je také spolupráce s rodinou. Bohužel často se stává, že rodina nemá zájem spolupracovat. Často třeba poskytnou i nepravdivé informace. *„Oni vám tu biografii vymyslí, jen abyste jim dali pokoj.“* (R2) Bohužel je smutné, že spousta lidí seniora do zařízení odloží. *„Babička nebo dědeček se dají do domova a tím to skončilo.“* (R1) Spolupráce s rodinou je klíčová v případě, že klient už není schopen sám informace podat. *„Pokud s námi ta rodina nespolupracuje, nic neřekne, tak se ty informace nedozvíme.“* (R5) Stává se, že klient nebo rodina nechtějí na biografii spolupracovat a nepřejí si, aby se jejich biografie nebo biografie člena jejich rodiny tvořila. Často to bývá z obavy o narušení soukromí. *„Někteří se úplně nechtějí pouštět do toho, že vám tady budou předávat úplně všechno ze svého života a soukromí. Ne každý chce, aby si o něm četl někdo tady ty informace. Takže máme i hodně rodin nebo klientů, kteří si to nepřejou.“* (R2) Je proto velmi důležité jim vysvětlit o čem ta biografická péče je, poté už na to můžou nahlížet jinak. *„Stává se, že někteří klienti nechtějí, aby se jim někdo šfouval v životě, to samé i ty rodiny ale většinou mám zkušenost, že když se jim to vysvětlí, tak lépe pochopí o co jde. Protože možná to odmítnutí bylo jen z důvodu, že nevěděli přesně o co jde.“* (R3) Je důležité si i uvědomit, že se musí nahlížet na to, že se klient mění. Je dobré zkoušet a pozorovat tyto změny. *„V biografických datech třeba máme, že by klientka psa do lůžka nikdy nechtěla, protože nám řekla, že je to venkovní zvíře. Takže my někdy i byť ten klient něco odmítá tak ne, že bysme to násilně zkoušeli, ale někdy zkusíme. Zkusím, že ten pes přijde a ten klient si ho pohladí, rozzáří se a jde vidět, že se to změnilo. Takže ne vždycky ty data musí být trvalá.“* (R2)

5.1.3 Kategorie Péče šitá na míru

Tato kategorie nám reprezentuje důležitost respektování individuality a jedinečnosti každého klienta. Každý člověk je jiný a má jiné potřeby, přání ale i problémy. Při péči je důležité toto vnímat a respektovat.

Tabulka 3 - Kódy třetí kategorie

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
Péče šitá na míru	Aktivizace na míru
	Kognitivní trénink na míru
	Individuální plánování
	Přizpůsobení péče klientovi
	Pohled klienta
	Respekt klienta

(Vlastní výzkum 2023-2024)

Respektování individuality je například důležité při aktivizaci, je potřeba aby aktivita měla pro daného klienta smysl nebo aby aktivity pro ně byly přirozené. „Vymýšlím takové aktivity, jako je pečení, společenské věci, protože ty dámy chtějí být užitečné. I třeba poprosím v prádelně a vezme se koš s ponožkami a my to s babičkami setřídíme a poskládáme, jo takové aktivity pro ně přirozené.“ (R1) „Na základě tohoto modelu se dají dělat i ty aktivity, třeba o rodině, oni to berou úplně jinak, než když s nima půjdeme malovat obrázek.“ (R1) Klientům nic nedá to, že je někdo posadí ke stolu, ať malují obrázek a oni neví proč, proto by to mělo být provázané aktivitami denního života nebo jejich zájmy. Díky informacím z biografie aktivizační pracovnice ví, co klient má rád nebo co dříve běžně dělal a na základě toho se jim pro ně lépe vymýšlí aktivity přímo na míru. „Ať to není pojďme tady já nevím malovat, dobře to je krásné, ale půlka z nich vlastně vůbec neví proč to dělala. Takže pak je přímo aktivita na zakázku, kdy my z těch biografických dat, když víme, že máme tady klienty s podobnými zájmy děláme skupinky. Když holky na jaře dělají sadbu, tak už ví aha dobře aktivizační si vezmu tuhle, tuhle a tuhle paní, i třeba z různých oddělení a dají je do skupinky. Takže ta biografie nám fakt pomohla, že už jsme věděli a už jsme klienty skládali podle toho.“ (R2) „Také biografii využíváme při aktivizaci, ať už individuální nebo skupinové. Díky biografii víte, co ti klienti dříve rádi dělali nebo jakou měli profesi a podle toho můžete dávat dohromady skupinky klientů se stejným zájmem.“ (R3) Aktivizace ohledně profese je také velmi dobrá, protože člověk v práci stráví celý svůj život a senioři to často mají v živé paměti. „U nás spousta lidí pracovalo u Bati, takže je to u všech hodně podobné, že když jim

dáte ty boty, tak to bude často aktivita, kterou se trefíte a oni o tom budou rádi vykládat, jak tam vysekávali, šili, jak to lepili.“ (R4) Informace z biografie se využívají i při kognitivním tréninku, který také může být sestaven na míru každému z klientů. *„Dá se s tím pracovat i v té kognitivní rehabilitaci, v tom cvičení paměti.*“ (R1) *„Třeba když tady budu mít řeknu příklad řezníka, tak on asi nebude schopný nebo nebude chtít nám cvičit paměť nějakýma šilnými dotazníky z nějakých materiálů pro kognitivní trénink ale máme zpracované právě pracovní listy na téma zabijačka.*“ (R4) Individuální plánování je velmi důležité, každému klientovi je sestaven individuální plán, který také využívá informace ze života klienta. *„Hlavním tím významem, co to pro nás bylo, tak bylo abychom uměli nastavit to individuální plánování. Každý klient má u nás klíčového pracovníka, který s ním pracuje na individuálním plánování a sběru biografických dat.*“ (R2) V zařízeních, kde pracují s biografií se snaží zachovat zvyky seniorů z domácnosti a přizpůsobit jim tu péči. *„Třeba ta rodina nám řekne, co měla ráda a co bysme kdyžtak mohli vrátit zpátky v rámci naší služby. Nebo třeba ta rodina nám právě řekne: takhle to dělala, byla vždycky zvyklá chodit ke kadeřníkovi, vždycky byla upravená, teďka není, protože je k nemocnici. Dobře dáme jednou měsíčně kadeřníka a jak to měla? Barvila si vlasy? Na jakou barvu?“* (R1) Také denním rituálům, na které byl člověk zvyklý z domova se zařízení snaží přizpůsobovat. *„My tím, že třeba z té biografie víme, že byla zvyklá, že se koupala vždycky ve středu ráno, tak se jí snažíme dát koupání na ten den.*“ (R2) Velkou váhu má i pohled klienta, protože informace od rodiny jsou sice velmi potřebné a přínosné ale nikdo nezná svůj život a své potřeby líp jak člověk sám. *„V domově pro seniory se do toho ten senior více zapojuje, protože tam je úskalí toho, že děti úplně neznají informace z mládí toho svého rodiče nebo ty informace mohou být jen co se kde povídalo, takže nejpřesnější jsou samozřejmě informace přímo od klienta.*“ (R3) Aby byla péče co nejvíce přizpůsobená člověku, je potřeba ho respektovat, ať už je jeho zdravotní stav nebo chování jakékoliv. *„A právě z té biografie vlastně my bysme měli respektovat tu osobnost člověka.*“ (R1) Jedna ze zásad biografické péče je: *„Pečující nikdy nesoudí život klienta, ale respektuje jeho životní cestu.*“ (R1)

5.1.4 Kategorie Klíče k efektivnímu využití

Tato kategorie nám popisuje faktory, které mají vliv na efektivní využívání biografické péče v pobytových zařízeních. Pokud budou tyto faktory splněny, tak bude biografický model péče v zařízeních využíván efektivně.

Tabulka 4 - Kódy čtvrté kategorie

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
Klíče k efektivnímu využití	Spolupráce s rodinou
	Spolupráce mezi pracovníky
	Umění práce s informacemi
	Pozitivní vztah s klientem
	Důvěra
	Dobrovolnost, nikoho nenutíme

(Vlastní výzkum 2023-2024)

Klíčovým faktorem je spolupráce, jak s rodinou, tak mezi pracovníky. Rodina nám totiž může poskytnout spoustu informací a fotek, které jsou potřebné jak pro biografickou knihu, tak i třeba pro aktivizaci. „Proto je tam důležitá ta spolupráce, protože my to bez nich úplně moc nezvládnem. Když to není orientovaný klient tak to vesměs holky sepisují s tou rodinou.“ (R2) Rodina samozřejmě nejvíce spolupracuje na začátcích, protože chtějí získat místo pro toho svého blízkého. „Je dobré, když se to zpracovává už na tom začátku, protože ty rodiny tím, jak chtějí toho člověka umístit, tak jsou ochotné ke spolupráci, pak už ne. Jako některé ano, zaleží samozřejmě na typu rodiny.“ (R1) Spolupráce mezi zaměstnanci celého zařízení je také důležitá. „Tím, jak jsem říkala, že s námi spolupracují ty sociální pracovníce, které dělají příjem klientů, tak vlastně už noví klienti s tím budou přicházet.“ (R1) Informace mohou v péči hodně pomoci a je klíčové umět s nimi pracovat, právě proto aby byly využity co nejefektivněji. „Mě se to právě líbí, že můžeme pracovat s těmi podkladama, to je takový základ toho modelu, práce s těmi biografickými daty jak v péči, tak v těch aktivitách.“ (R1) Díky absolvovanému školení se pracovníci naučili pracovat se získanými informacemi a zjistili, že to není nic složitějšího. „Protože za mě to má smysl, není to nic složitějšího, je to jen o tom si s tím klientem popovídat, pak mít nějaké ty znalosti, jak ty informace aplikovat a domýšlet to, přemýšlet nad tím, co s tím člověkem dělám.“ (R4) Důležité je mít pozitivní vztah s klientem, který souvisí i s důvěrou. Aby se člověk dokázal svěřit potřebuje mít s pracovníkem už vybudovaný určitý vztah. „Většinou tu biografii opravdu zpracováváme až po měsíci, kdy vznikne nějaký ten vztah, kdy ten člověk si trochu navykne na tu péči tady u nás, zjistí jak to tady funguje a už nás v zařízení trochu zná.“ (R4) Ta důvěra je právě velmi důležitá, aby klient věděl, že se může se vším svěřit a nikdo jiný se to dál nedozví. Toto je velmi klíčové pro efektivní využití této péče, protože potom pracovník ví o klientovi opravdu všechno a může tomu mu péči velmi uzpůsobit. „Je to interní, je to jen mezi nimi, že si navázali ten vztah a klient měl tu důvěru mu tohle říct a pak je to na těch zaměstnancích,

aby tady ty informace nepouštěli dál.“ (R2) Pro efektivitu je také důležité, aby práce na biografii byla dobrovolná ze všech stran. *„Prostě nic se nemá lámat přes koleno, jsem zastáncem toho, že ne. Pokud ta rodina nechce, tak to tak nebude a udělá se to jinak.*“ (R1) Nemá cenu do toho nikoho nutit, pak by to nemělo smysl. *„Vždycky je to, že to musí být se souhlasem a podepisuje nám souhlas, že chce. Pokud nechce data se nesbírají.*“ (R2)

5.1.5 Kategorie Cesta k lepšímu

Poslední kategorie představuje přínosné následky využívání biografického modelu péče v pobytových zařízeních. Obsahuje samé pozitivní následky, které využívání biografie má. Díky těmto následkům se zlepšují životy klientů v zařízení.

Tabulka 5 - Kódy páté kategorie

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
Cesta k lepšímu	Zlepšení kvality péče
	Usnadnění péče
	Snadnější adaptace
	Podpora soběstačnosti
	Pochopení chování klienta
	Jiný pohled na klienta
	Pozitivní vztah s klientem

(Vlastní výzkum 2023-2024)

Využívání biografie má velký vliv na zlepšení kvality péče, která vlastně pochází od toho pracovníka. *„Také to má přínos na kvalitu péče, která vlastně vzniká u toho pracovníka. Ten pracovník, když je on v pohodě, tak přenáší tu pohodu i na klienty. A když mám ke klientovi dobrý vztah, tak se to musí odrazit na té kvalitě, protože když máte někoho ráda, tak na něj nebude škaredá a budete se mu snažit tu péči poskytnout co nejlépe, aby by spokojený a měl se dobře.*“ (R3) Protože právě díky znalosti biografie klienta pracovníci ví, co má a nemá rád a dokáží podle toho tu péči uzpůsobit a dosáhnou toho, aby byl klient co nejspokojenější. *„Samozřejmě to má vliv i na kvalitu té péče, protože když vím, co ten člověk má a nemá rád, tak se o něj můžu starat tak, aby tady byl co nejspokojenější a nezažíval nějaké stresové situace.*“ (R5) V péči je to také přínosné, protože díky biografii ta péče upouští od té ústavnosti, že každý to má stejně. Ale péče se uzpůsobuje každému klientovi, jak je pro něj nejvhodnější. *„U člověka s demencí můžeme používat z toho života hlavně věci do péče, co se týká stravování nebo hygienických návyků, velmi často to pomůže, když je například*

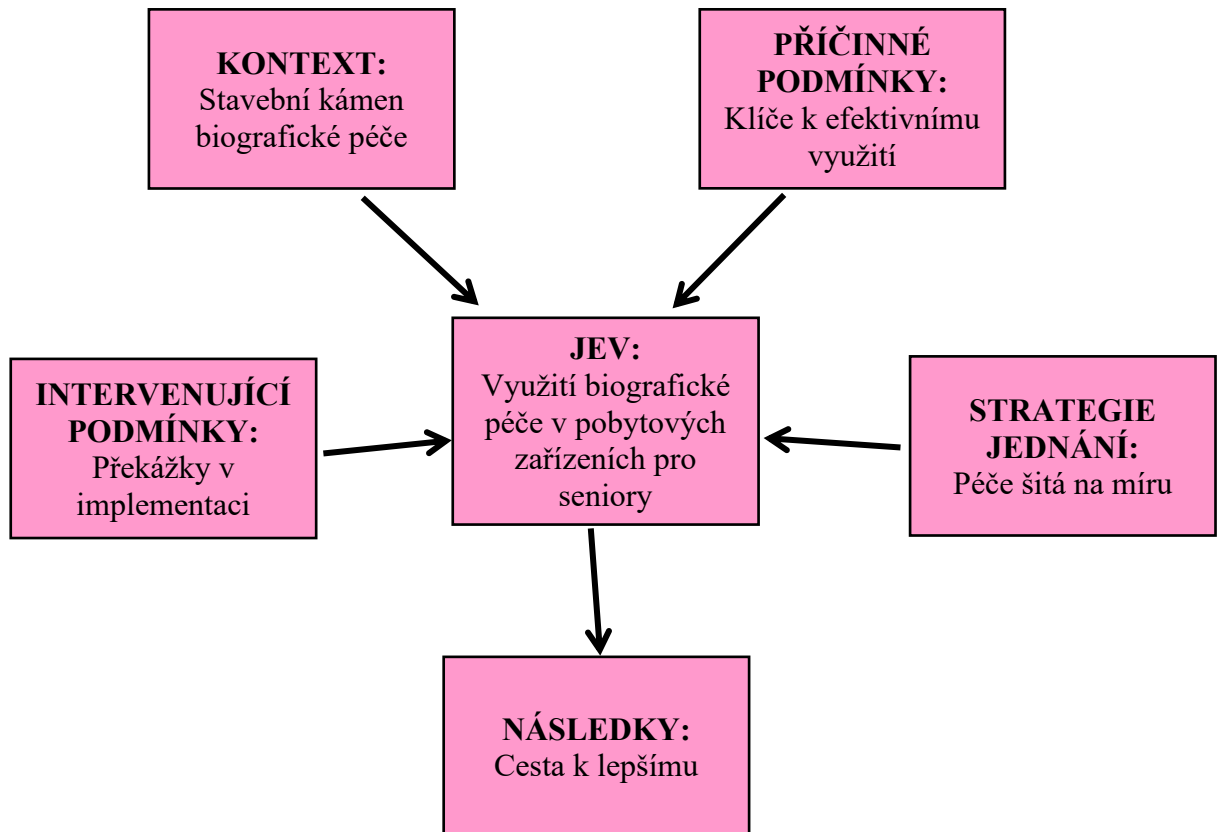
nějaký klient při koupeli neklidný, zavedeme věci, na které byl zvyklý a které měl rád, že už to není takové ústavní, že to mají všichni stejné.“ (R3) „Za mě určitě to pomáhá těm pečujícím, protože jak přistupují k tomu klientovi pomáhá jim to jakoby sladit tu péči s představou toho klienta. U klientů, kteří si třeba nedokáží říct co chtějí, tak jim to může pomoci, že ten klient třeba nebude odmítat tu koupel, ale můžou ho namotivovat třeba k rehabilitaci, takže to určitě pomáhá v péči těm pečovatelkám.“ (R4) Má to také velký vliv na adaptaci, protože přesun z přirozeného prostředí klienta je velmi náročný, a proto je dobré, že díky biografii mu ho můžeme aspoň trochu usnadnit. „Když ten klient k nám přijde a my se naučíme pracovat v rámci té biografie na těch jeho základech, na co byl zvyklý, tak už jenom ten přechod sem je pro seniora náročný ale když mu řekneme, ať si řekne, ať se nebojí a od rodiny víme, že to měl rád a to měl rád, tak je to pro něho taková ta jistota, že nasloucháme, že je to trošku jinak.“ (R1) Jak říká autor tohoto modelu péče, nejdůležitější je rozhybat mysl a tím rozhybeme klienta i fyzicky, a to pak pomáhá při udržení soběstačnosti klientů. „Jako hlavním principem proč jsme ten model u nás zaváděli bylo abychom co nejdéle udrželi soběstačnost našich klientů, ten biografický model je vlastně zaměřen na to, že napřed rozhybete jak kdyby toho člověka, tu jeho mysl a tím pádem rozhybete i toho klienta fyzicky.“ (R2) Biografie klienta nám také umožňuje lépe pochopit chování klienta. „Když bych vám řekla, že jsem těžce nemocná a byla bych jako nepříjemná, tak třeba toto si řeknete, dobře, ona je taková, protože teď ses něčím potýká a omluvíte si třeba některé to jednání. Kvůli tomu jsme právě chtěli, aby ty holky věděly, abychom jim vykreslili toho člověka, že to není jenom tady to tělo, které tady leží a jen přijímá stravu.“ (R2) Velkým přínosem je právě toto pochopení a následné přizpůsobení klientovi. „Ty přínosy, jak jsme se bavily, to porozumění klienta, proč se vlastně tak chová, proč je teď agresivní, protože ho jdu koupat a on mi nerozumí, takže pochopení tady tohohle, proč mi sprostě nadává.“ (R2) Takovým přesným příkladem jak toto pochopení chování klienta na základě informací z jeho života probíhá je: „Ze zkušeností, které s tímto těch modelem péče máme se ukazuje, že se v životě klienta dají najít některé momenty, které nám pomůžou rozklíčovat třeba chování v současné době. Například tady na oddělení je paní, která si schovává jídlo do šuplíku, nosí si zbytky ze snídaně, z oběda a my jsme nevěděli proč. Ale jak se díky biografii odkryl ten její životní příběh, tak jsme zjistily, že paní byla v koncentračním táboru, žila v chudobě, hladu, a právě proto teď v demenci se do toho období vrátila a má potřebu si takhle dělat zásoby. My jí za to nenadáváme, protože už ji chápeme, jednou za čas jí to znova vysvětlíme a ten šuplík uklidíme.“ (R3) Pozitivním následkem využívání biografické péče je i změna pohledu na klienty. „I ty děvčata je vidí

jinýma očima jo, že vlastně ten člověk byl takhle úspěšný, byl takový a takový, protože my už je tady jen vidíme v té posteli zkroucené někdy a vlastně díváte se na toho člověka úplně jiným úhlem pohledu. Mohl to být úspěšný člověk, laskavá máma. Rozhodně toho klienta vidí jinak. Hodně jsme si povídali při vypracovávání biografii s těma lidma a myslím si, že ty vztahy se krásně narovnaly a navázaly, fakt toho člověka vidíte pak jinak.“ (R1) Hodně lidí vidí seniory jako ležící a nesamostatné osoby, které potřebují pomoc, když ale znáte toho člověka a jeho život najednou se tento pohled změní. „Ten zorný úhel, kterým se na ty klienty díváme se změní. A to je dobře, k tomu to vede.“ (R1) „Takže holkám ta biografie ukáže, jaký ten člověk byl a že to byl jako třeba velmi hodnotný člověk, že toho plno dokázal, že vychoval osm dětí. A není to třeba poznání jen toho klienta ale i rodiny a známých, pak s nimi jednáte jinak, když znáte ty informace.“ (R2) „Oni vidí, že to není jen ten senior, který leží na lůžku a potřebuje pomoc, ale že to byl člověk, který ten život prožil aktivně, něco dokázal, něco postavil, vymyslel, pomohl někomu druhému. Takže i ti pracovníci mi sami říkají, že mají ten náhled na toho člověka jinačí, že vidí, že to byla nějaká osobnost.“ (R3) Když člověka vidíte jinak změní to i váš vztah s ním. Také hodně společně stráveného času při zpracovávání biografie napomáhá vzájemnému pozitivnímu vztahu. „Pro pracovníky je to prostě fajn, pomůže jim to vytvořit pěkné pozitivní vztahy s klienty, které postupně vznikají díky rozhovorům o jejich životě, protože spolu tráví opravdu hodně času, kdy si povídají a prohlíží si fotky, které pak využijí k tvorbě biografické knihy.“ (R3) Rozhodně má biografie pozitivní vliv na klienty. Ať už kvůli výše zmíněné péči, tak například i kvůli psychice člověka. „Když k tomu klientovi přijdete a znáte něco z té jeho biografie, tak můžete získat konverzační témata, můžete se s ním lépe bavit, daleko lépe ho znáte, takže ta péče vypadá jinak.“ (R4) Senioři se často cítí osamělí a nepotřební ale díky biografii právě vznikají konverzační témata o klientovu životě nebo zájmech a on se může cítit zajímavý a oceněný. „Velmi často to má příznivý vliv na něj, že se tak jako uvolní a myslím si, že je pro ně i důležité mít ten pocit, že se o ně někdo zajímá, že někoho zajímá ten jejich život. Je to pro seniora takové příjemné, že vidí, že něco dokázal, že něco uměl a někoho to teď zajímá.“ (R3)

5.2 Paradigmatický model a jeho interpretace

V druhé fázi analýzy dat získaných od respondentů jsme provedli axiální kódování, které je pokračováním na provedené otevřené kódování. Principem axiálního kódování je vzájemné propojování vzniklých kategorií a subkategorií na základě jejich vzájemného vztahu. Pro

lepší přehlednost vztahů mezi kategoriemi se využívá paradigmatický model. (Strauss a Corbin, 1999)



Obrázek 1 - Paradigmatický model – axiální kódování

První a ústřední částí paradigmatického modelu je jev, ten označuje hlavní téma, kterým se náš výzkum zabývá. Naším jevem, kterým se ve výzkumu zabýváme a který analyzujeme je využívání biografického modelu péče v pobytových zařízeních pro seniory. Na tento proces nahlížíme pohledem sociálních pracovníků.

Další částí modelu je kontext, ten je nedílnou součástí jevu a obsahuje vlastnosti jevu. Těmi jsou, jak z názvu kategorie vyplývá, stavební kameny biografické péče. Jsou to faktory, bez kterých by biografická péče nemohla být v zařízeních využívána.

Intervenující podmínky jsou faktory, jejichž povaha a kvalita se pozitivně nebo negativně promítá do strategií jednání. V našem případě spíše negativně, protože jsme k nim byla přiřazena kategorie překážky v implementaci.

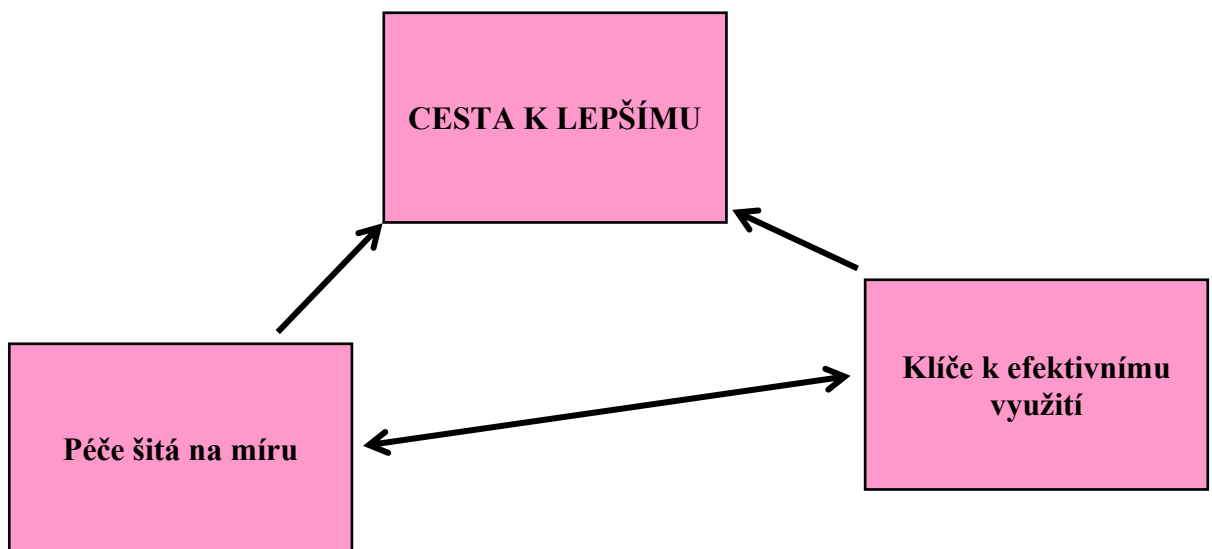
Strategie jednání jsou způsoby jednání, kterými je dosaženo výsledku a je jim přiřazena kategorie Péče šitá na míru. Ta prezentuje tu důležitost individuální péče a jedinečnost osobnosti klienta, kterou je důležité respektovat pro dosažení pozitivního výsledku.

Třetí částí jsou příčinné podmínky, které zapříčiňují vznik jevu. V našem případě je to kategorie klíče k efektivnímu využití biografické péče, díky které je biografie klienta využívána správně a má efektivní vliv na následky.

Poslední fází jsou následky, ty nám vyplývají ze strategií jednání a příčinných podmínek. K nim byla přiřazena kategorie cesta k lepšímu, protože za splnění nebo správné fungování strategií jednání a příčinných podmínek vzniknou pozitivní následky pro klienta.

5.3 Zakotvená teorie a její interpretace

Třetí a zároveň poslední fázi kódování nazýváme selektivní. V této fázi byly jednotlivé kategorie znovu posuzovány a přeskupovány. Byla vybrána centrální kategorie a k nově vzniklé teorii byl vytvořen model selektivního kódování. Díky tomuto kroku jsme našli odpovědi na naše dříve definované výzkumné otázky.



Obrázek 2 – Paradigmatický model – selektivní kódování

Naší centrální kategorií se stala kategorie Cesta k lepšímu. Byla vybrána z toho důvodu, že představuje následky využívání modelu biografické péče v pobytových zařízeních pro seniory. Ostatní kategorie ji ovlivňují a nalezneme v nich mnoho faktorů, díky kterým se zlepšuje péče o seniory v pobytových zařízeních.

Kategorie s názvem Cesta k lepšímu nám značí pozitivní následky využívání biografického modelu péče v pobytových zařízeních. Tím je např. zlepšení kvality péče, usnadnění péče, pozitivní vztah s klientem nebo podpora jeho soběstačnosti. Aby tyto následky vznikly je potřeba, aby byla péče šitá na míru každému klientu, to nám rozvíjí kategorie s obdobným názvem Péče šitá na míru, která se týká respektování individuality každého klienta, ať už v aktivizaci, která je přizpůsobená každému na míru nebo v individuálním plánování a přizpůsobení péče. Velmi důležité jsou také faktory, které mají vliv na efektivní využití této péče v zařízeních. Mezi tyto faktory patří například spolupráce s rodinou, která pracovníkům poskytuje informace nebo fotky, což je velmi potřebné pro tvorbu biografie klienta a následné využívání těchto informací. Toho se týká i umění práce s informacemi, protože sbírání informací nemusí být složité, ale je důležité, aby pracovníci uměli tyto informace využívat. Samozřejmě je potřeba i důvěra a pozitivní vztah s klientem, aby se klient nebál svěřit s jeho přáními, potřebami nebo obavami. Tyto dvě kategorie tedy nejvíce ovlivňují následky, a tudíž cestu k lepšímu. K lepší péči o klienta a lepšímu životu klienta v zařízení.

5.4 Interpretace a diskuse dat

Hlavní výzkumnou otázkou jsme chtěli znát odpověď na to, jak se využívá biografický model péče v pobytových zařízeních pro seniory. **Z rozhovorů vyplynulo, že biografický model péče se v zařízeních využívá prakticky nepřetržitě.** Znalost biografie, tedy životního příběhu klienta se využívá ve všech směrech péče. S biografií se pracuje jak při běžné péči a každodenních činnostech tak také v kognitivních trénincích, aktivizacích nebo třeba i v paliativní péči, kdy díky informacím z biografie mohou člověku co nejvíce zpříjemnit jeho poslední chvíle.

První dílčí otázkou jsme chtěli odhalit, jakým způsobem se zpracovává biografie klienta. První zmínky o biografické péči podává sociální pracovnice rodinám a klientům již na prvotním sociálním šetření. Klienti mají na výběr, zda chtějí biografii zpracovávat. **Biografie se zpracovává ve fázích dětství, mládí, dospělost a stáří. Výsledkem zpracované biografie je biografická kniha, která obsahuje hezky zpracovaný život klienta doplněný obrázky a fotkami.** Na to navazuje hned druhá dílčí otázka, kterou jsme chtěli zjistit, jak se získávají informace o klientech potřebné pro tvorbu biografií. Velmi záleží na sběru informací, pro zařízení je velmi důležitá spolupráce s rodinou, protože ne vždy je klient schopen informace podat. **Informace se sbírají pomocí rozhovorů s rodinou, klientem nebo i známými, také se dá hodně zjistit i pozorováním.**

Další z otázek, kterou jsme chtěli objasnit se zaměřovala na to, v čem tkví význam biografického modelu péče v práci s klientem. **Z výzkumu vyplynulo, že v zařízeních díky biografii lépe sestavují individuální plány klientů.** Už to není jako dříve, že je ta péče ústavní, a tudíž pro všechny stejná ale klientovi se péče přizpůsobuje a respektují se jeho odlišné přání, potřeby i strachy. Tento potenciál biografické péče a jedinečnost každé biografie a tím pádem každého člověka, který má své potřeby a přání zmiňuje i zakladatelka Erwin Böhm Institutu Eva Procházková (2019).

V rámci další otázky jsme se zajímali o to, jak se biografický model péče odráží na kvalitě péče o seniory. **Respondentky se shodly, že biografický model péče má přínosný vliv na kvalitu péče.** Protože když klienta díky biografii znají, rozumí mu, tak na něj nahlíží jinak, a to má vliv na kvalitu poskytované péče, která pochází od pracovníka. Pokud máte ke klientovi dobrý vztah, tak se to odráží na kvalitě péče, kterou mu dáváte. Když máte někoho ráda, tak se budete snažit poskytnout mu tu péči co nejlépe, aby se měl dobře a aby byl spokojený. O pozitivním přínosu na kvalitu péče hovoří i autor psychobiografického modelu péče Erwin Böhm (2015), který uvádí, že porozumět pacientovi znamená podpořit kvalitu přímé péče.

Poslední naší dílčí otázkou jsme chtěli zjistit, jak se biografický model péče promítá v oblasti vztahů pracovníků a klientů. Výsledek nás velmi příjemně překvapil. **Respondentky se shodli na tom, že se velmi narovnaly vztahy napříč celým zařízením.** Protože s klienty v rámci zpracovávání biografii trávili spoustu času, takže se velmi sblížili, vzájemně se poznali a pohlíží na ně jinak. Pracovníci ví, co klient v životě dosáhl, co si zažil nebo čím byl a klient zase cítí, že jim někdo naslouchá a jsou respektováni.

Závěrem tedy můžeme říct, že respondentky dospěly ke shodě, že biografický model péče je velmi přínosný pro všechny. Počáteční těžkosti se zaváděním tohoto modelu nebo časovou náročnost při zpracovávání biografii jim vynahrazují velmi pěkné vztahy s klienty, pracovníkům v přímé péči znalost životního příběhu klienta usnadňuje péči o něj a celkově to zlepšuje kvalitu péče poskytovanou v těchto zařízeních.

ZÁVĚR

Pro seniory je velmi náročné odejít z domácího prostředí do pobytového zařízení, proto je velmi důležité, aby pro ně péče v zařízeních byla co nejlepší. Na to má velký vliv právě využívání biografie klienta, díky které může být pro seniora snadnější, jak samotná adaptace, tak i následná péče, která se snaží být více individuální a respektovat potřeby a přání každého klienta.

Praktická část této práce se věnovala kvalitativnímu výzkumu. Stanovili jsme si výzkumný problém, výzkumné cíle, otázky a soubor a vybrali vhodnou metodu sběru dat. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky jsme zjišťovali odpovědi na námi stanovené otázky. Získaná data z rozhovorů jsme zpracovali pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Výsledkem šetření je zakotvená teorie, díky které jsme tak detailně mohli nahlédnout do zkoumané problematiky a získat odpovědi na naše dříve stanovené otázky. Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že biografický model péče využívá prakticky nepřetržitě a má přesah do více oblastí péče. Biografie se zpracovává díky informacím od rodiny, klienta nebo pozorováním. Biografický model péče pomáhá při individuálním plánování a je velmi přínosný pro kvalitu péče. Také se pozitivně odráží na vztazích mezi klienty a pracovníky.

Cíle práce se nám podařilo naplnit tak, jak jsme si na jejím začátku stanovili. Práce měla dopomoci k hlubšímu pochopení dané problematiky. Její výsledky mohou obohatit dosavadní teorii a může být také inspirací pro další rozšiřující a třeba již kvantitativní výzkumy v této oblasti. Práce může být také přínosná pro sociální pracovníky ale i pro samotná zařízení, která díky pozitivní zkušenosti jiných zařízení mohou přemýšlet o zařazení biografické péče i u nich.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÖHM, Erwin, 2009. *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. 4. Auflage. Wien: Maudrich. ISBN 978-3-85175-911-2.

BÖHM, Erwin, 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Přeložil Petra SOCHOVÁ. Praha: Mladá fronta. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3197-4.

BOOKER, Dawn, 2006. *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1843103370.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 9788072629008.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2022. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1952-1.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

POSPÍŠIL, David, 2015. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.

SPECHT-TOMAN, Monika. *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken-, und Altenpflege*. 2. vydání. Berlín: Springer-Verlag. 2012. 169 s. ISBN 978-3-642-29988-9.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Internetové zdroje:

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

EBIN, 2015. *Základní stavební kameny Psychobiografického modelu prof. E. Böhma*. Erwin Böhm Institut [online]. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>

HOLÝ, Dalibor, 2023. Senioři v ČR v datech. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/190537086/31003423.pdf/51b9a00e-39f9-4829-a535-20080aa9d71f?version=1.0>

MENN, Lara et al., 2020. *The Effectiveness of Biographical Approaches in Long-Term Care: A Systematic Review*. The Gerontologist Volume 60, Issue 4 [online]. [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz074>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č.	Číslo
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
Např.	Například
PBM	Psychobiografický model
R	Respondent
Sb.	Sbírka
Tzv.	Takzvaný

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Paradigmatický model – axiální kódování.....	43
Obrázek 2 – Paradigmatický model – selektivní kódování	44

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Kódy první kategorie	32
Tabulka 2 - Kódy druhé kategorie	35
Tabulka 3 - Kódy třetí kategorie	37
Tabulka 4 - Kódy čtvrté kategorie	39
Tabulka 5 - Kódy páté kategorie.....	40

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Otázky do rozhovoru

Příloha P 2: Ukázka kódování

Příloha P 3: Rozhovor

PŘÍLOHA 1: OTÁZKY DO ROZHOVORU

1. Jak byste popsal/a biografický model péče? Jak ho chápete?
2. Popište mi, jak se tento model realizuje ve vašem zařízení?
3. Jaké jsou podmínky realizace biografického modelu péče? Může být realizován se všemi klienty nebo jsou nějaká kritéria výběru?
4. Jak se získávají informace potřebné pro tvorbu biografie klienta? Jaké k tomu využíváte dokumenty?
5. V čem vidíte význam biografického modelu v péči o klienta?
6. Jaký má podle vás přínos využití biografického modelu péče? (pro klienta, pracovníka, vzájemný vztah)

PŘÍLOHA P 2: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ

ROZHOVOR 5

Jak byste popsal/a biografický model péče? Jak ho chápete?

Biografický model péče chápu tak, že ke klientům přistupujeme na základě informací, které máme o jejich životě. ^{znalost životního příběhu} Tyto informace ^{potřeba informací} vlastně využíváme potom do té péče, individuálně, ať už se do aktivizací nebo potom třeba v paliativní péči, nebo kdy už je ten klient v nějaké fázi té demence, tak jsou to informace, které můžeme využít. Je to prostě model pro péči, který nám ukazuje průběh života toho člověka, ^{znalost životního příběhu} abychom se dozvěděli, co ten klient zažil. Také díky tomu můžeme zjistit ty stop věci, které se mu nelíbí, které pro něj byly traumatizující a těch se pak můžeme vyvarovat. ^{odhalení}

Popište mi, jak se tento model realizuje ve vašem zařízení?

Využívá se ^{aktivizace} se to vlastně v té aktivizaci, že klienta neberete na každou aktivitu. ^{znalost životního příběhu} Když víte, že od malička nemá rád zvířata nebo se bojí koní, tak ho tam nebudeme brát jen aby tam byl a byl někde v rožku a bál se, ^{pochopení chování} tak ho tam nepovedete, rozumíte. Také v péči, například paní M, která má ráda brambory s osmaženou cibulkou a k tomu kefir, ^{individuální přístup} tak víte, že to klientovi udělá radost, takže to tady holky samy uvařily, nešlo to ani z kuchyně a můžete tomu klientovi udělat takhle radost. I když ten klient třeba může i nechtít nejíst a už ta demence je někde ve třetím čtvrtém stupni, tak třeba když víme pohádka z mládí, krupicová kaše tak i ten klient se vám může takhle aspoň lépe najíst, cítí tu chuť, ^{vzpomínky} vzpomene si na něco, protože ta informace je někde v hlavě ^{motivace klienta} schovaná, tak se i třeba nají, i kdyby to mělo být naposled. Nebo další příklad realizace je, že když byl klient doma zvyklý vstávat třeba v 9 hodin, ^{přizpůsobení péče klientovi} tak ať si i u nás vstává v 9 hodin. Já mu tu snídani donesu, kdy mi ji dají ale ^{možnost volby} má možnost, jestli chce snídat nebo ne, v kolik hodin a podobně. Klienti, kteří jsou zvyklí nějak a jsou samostatnější, tak jim nechávám volbu. Horší to je u závislých, tam je to podle času. Ale i tak pokud někdo nechce jíst počkám a podám stravu později. Nebo nechce vstávat, přijdeme později. Ta biografická péče je o tom, ^{individuální přístup} že se přizpůsobujeme chodu toho člověka. - přizpůsobení klientovi

Jaké jsou podmínky realizace biografického modelu péče? Může být realizován se všemi klienty nebo jsou nějaká kritéria výběru?

^{vhodné pro všechny} Podmínky nejsou asi žádné. ^{potřeba informací} Záleží na tom, co a jak o těch klientech víme a nevíme, co nám ten klient sám řekne nebo rodina. Někteří klienti tu rodinu nemají, takže nemáme vlastně koho kontaktovat a sami už nejsou schopní nám něco říct a ty informace nám podat. Takže ty informace si tak předáváme ^{sběr informací} vzájemně z toho, co vypozerujeme, co mu dělá dobře a co ne, protože každý klient i když nemluví, tak vám nějakým způsobem dá najevo, že toto je dobře a toto dobře není, ^{vhodné pro všechny} takže se to dá v podstatě já si myslím, aplikovat na každého. Každý i ten nový

toho člověka, ^{znalost seniora} jestli je extrovert, jestli byl introvert, co vlastně dělal rád jo ale vlastně zase musíme brát v potah i tu nemoc, ^{znalost seniora} ať je to demence nebo Alzheimerova choroba, protože ona ^{změna chování kvůli nemoci} ty kognitivní funkce ale i tu povahu toho člověka někdy hodně mění. ^{sdílení} že třeba on měl hodně skrývané nějaké... jak to říct, že se ten člověk skrýval jako třeba musel furt ustupovat třeba v manželství nebo něco. Nebo pořád měl takový respekt aj vůči dětem, že nenadával, že nedokázal se kontrolovat. Tak v té demenci se hodně stává, že naopak všechno jde nahoru a najednou paní, která byla celý život strašně hodná, tak najednou ty děti zírají, protože maminka nadává a škaredě nadává. A to jde prostě ven. A to samé třeba v tom partnerství nebo takhle se oni mění. ^{změna chování kvůli nemoci} Ale zase je to základ na tom, že my už víme, že ta žena se takhle a takhle chovala a už z toho profesního hlediska s tím dokážeme pracovat.

Je dobře, že už jak se to zavádí, tak s tím pracují sociální pracovníci už při tom příjmu. Oni nám vlastně předají už nějaký zpracovaný jednoduchý dokument, takže ^{obava o soukromí} my víme něco málo o tom klientovi. A už se vlastně zpracovává ta jako rodina. Protože hodně se nám teď stalo, když jsme to tu zaváděli, že třeba ty rodiny absolutně nechcú nic říct, oni nechcú abysme se jim šťourali v rodině. A právě, já jsem říkala, že je dobré, když se to zpracovává už na tom začátku, protože ty rodiny tím, jak chcú toho člověka umístit, tak jsou ochotné k té spolupráci, pak už ne. Jako některé ano, záleží na typu rodiny, ale jsou rodiny kdy jako nemáme šanci o těch klientech něco zjistit. Takže ^{sdílení informací} my to vlastně vezmeme jenom z toho našeho poznání, jak my jsme ho poznali, takže z toho sestavíme nějaký ten ^{documentace} biografický list, plán těch denních aktivit a tady těch věcí. Samozřejmě jsou lidé, kteří nemají opravdu nikoho, máme je tady, mají veřejné opatrovníky jo a tam už vlastně jenom to co my víme, co jsme ^{sdílení informací} náhodně zjistili, co jsme se tak nějak doslechli třeba když tu přijdou kamarádky nebo něco a je toho velice málo. ^{spolupráce s rodinou} Ale jsou rodiny, které krásně spolupracují i když ten člověk už tady byl. Proto říkám, že vím a mám zkušenosti, že když ta rodina má velký zájem toho seniora umístit, tak je ochotna k té spolupráci, pak už je to horší. Pak už se to zhoršuje, protože hodně seniorů bohužel, je to blbý říct, pak už ty kontakty nemá. ^{nezájem rodiny} Babička dědeček se ^{sdílení informací} dají do domova a tím to skončilo. Ale zase říkám, ^{spolupráce s rodinou} jsou tu rodiny, které tu jsou denně, které dochází, pořád se točí, děti, vnuci, pravnucci furt chodí dokola, takže dobře se s nimi spolupracuje. A hodně aj ty babičky třeba nechtěly taky, ^{důvěra} protože nemají k tomu důvěru, není to vlastně zvyklost, že bysme se takhle s nima bavili. Já, co můžu ještě osobně říct, co mám poznatky i od děvčat, že vlastně když zpracovávaly ty biografie a pořád za těma klientama docházely tak se ^{změna vztahu s klientem} vlastně úplně jinak narovnal vztahy mezi nima. I ty děvčata je vidí jinýma očima jo, že vlastně ten člověk byl takhle úspěšný, byl takový a takový, protože my už je tady vidíme jen v té posteli zkroucený někdy jo a vlastně díváte se na toho člověka úplně jiným ^{jiný pohled na klienta}

PŘÍLOHA P 3: ROZHOVOR

Jak byste popsal/a biografický model péče? Jak ho chápete?

Jako hlavním principem, proč jsme ten model u nás zaváděli bylo to, abysme nejdéle udrželi soběstačnost našich klientů a ten biografický model je vlastě zaměřen na to, že napřed rozhýbete vnitřní jak kdyby toho člověka, tu jeho mysl a tím pádem rozhýbete i toho klienta fyzicky. S tím, že abychom rozhýbali tu mysl, potřebujeme vědět ty data, ty historická data, protože my teď momentálně máme 118 klientů na zvláštním režimu, kde tam už ta kognitivní funkce není zachovaná a abysme s nimi dokázali pracovat, tak jsme potřebovali ty informace z toho jejich života, co oni měli rádi, co jim bylo příjemné a pak jsme díky tomu nastavovali vlastně tu péči tady u nás abysme ji měli co nejvíce individuální. Nejde to vždy a nejde to se vším. Přeci jenom jsme služba ale snažíme se to co nejvíc tomu klientovi přizpůsobit a zachovat tím co nejdéle tu jeho soběstačnost. Popřípadě ho v některé té soběstačnosti zlepšit. Nebo s tím, jak to teď momentálně zvládá, tak podle těch informací jít tím životem s ním a přizpůsobit mu to, aby to stáří a ten průchod naší službou pro něj byl co nejvíce příjemný. Přímou máme přes paní Procházkovou školení, ona s námi i spolupracovala v rámci proškolení toho konceptu tady u nás. Jsme i zařazeni do těch projektových domů ale nevím v jaké fázi to teď momentálně je. My jsme původně tu biografii převzali úplně se všemi těmi prvky, co ta biografie má, ale pak jsme zjistili, že úplně vše nejsme schopni tady u nás poskytnout v rámci toho, co tady s klienty děláme. My těch konceptů péče máme hodně, takže jsme si z té biografie vzali nějaké prvky, a to hlavně to sbírání těch dat. Původně se pracovalo na tom, že pečovatelky musely myslím každý čtvrt rok nebo půl rok, teď to nevím přesně, vypracovat vždycky biografickou knihu ale to bylo tolik dat, tolik časového resortu, který my jsme stejně nezvládali a kolikrát jsme to nestihli v rámci toho času co u nás klient byl. Takže od toho se upustilo a teďka to více zaměřujeme jenom na to, abychom dokázali individuálně plánovat.

Popište mi, jak se tento model realizuje ve vašem zařízení?

Prvotní informace ti klienti dostávají u žádosti. My už v rámci našich stránek máme dokument s názvem biografický list, který je dobrovolný. Vy ho nemůžete od těch klientů chtít, dokud nejsou vaši klienti ani pokud jsou tady a nebudou souhlasit. V žádosti je to brané jako dokument navíc a je to na dobrovolnosti té rodiny. Takže my už jim tu informaci dáváme, dáváme i letáčky při sociálních šetření, při té žádosti. Takže tím začínáme my jako sociální pracovnice. Pokud nám ten biografický list nepříjde s tou žádostí, tak ho dáváme na

sociálním šetřením, dáváme ho i když přijde s žádostí, je to kvůli tomu, že někdy chybí ty informace nebo třeba nám ta rodina ještě pak doplní něco dalšího. Takže úplně počátek děláme my, dáme to té rodině, ať si to v klidu sepíšou, není tam úplně to časové hledisko, že musí to sepsat, protože u nás ty nástupy jsou relativně rychlé od toho, co od nás klient odchází, než nabereme druhého klienta musí být nejdelší doba 14ti dnů, takže aby pro ně nebyl ten časový pres - teďka to musím sepsat. Oni by vám pak sepsali jenom něco, aby vám něco odevzdali, takže je to dané ať si to nechají, v klidu si to sepíšou a až to budou mít ať s tím přijdou. Zase je to na dobrovolnosti, pokud rodina nebo klient řekne, že nechce, protože vesměs klienti ve stavu, v kterém je bereme už to sepisuje více ta rodina a už to nejsou úplně ta pravá data, která by pro tu biografii byla ideální ale i tak jako ta rodina nám hodně řekne nebo nám aspoň řekne, co třeba byly střetové situace v rámci péče. Takže někdy zjistíme hrozně moc ale většinou ty rodiny úplně nežijí pospolu a k tomu seniorovi dochází ve chvíli kdy už potřebuje pomoc, takže vědí třeba ty informace z posledních let, ale někdy tam je takový jako mezidobí anebo je to ovlivněno pohledem toho člověka. Ale i tak to bereme jako hodnotná data, jenom to někdy musíme zkoušet, jestli to na toho klienta funguje nebo je to jen pohled té rodiny. Takže oni nám to sepíšou, já ten dokument pak při nástupu předávám našim pečovatelkám a každý klient má u nás při nástupu klíčového pracovníka, který s ním pracuje na individuálním plánování a sběru tady těchto biografických dat a ony si sepisují přitom nástupu, jestli si to klient bude přát, abysme tu biografii sepisovali nebo ne. Buď souhlasí klient, protože samozřejmě s klientem to vyřešit musíme, protože všechno podepisuje klient nebo jeho zástupce nebo rodina. Takže vždycky je to, že to musí být se souhlasem a podepisuje nám souhlas, že chce. Pokud nechce tak se ta data nesbírají. Nebo my si je sbíráme v rámci individuálního plánování, ale není to ryze biografie, protože tam pak mají holky napsané, že tady toto schraňovat nebudem. A oni už si to pak doplňují. Jakoby výstupem tady toho všeho je pak ta biografická kniha. Je to pak takový výstup pro ty rodiny. My si ty biografické knihy nenecháváme, dáváme je klientům nebo rodinám při úmrtí nebo když si to klienti přejou. Někteří klienti, my tady klasický domov orientované klienty máme 30 tady u nás. A ti nám někdy projeví přání, že by to chtěli sepisovat a těm to pak právě dáváme, byť to není dokončené, protože ta biografická kniha vám vlastně nikdy nekončí, nebo ty biografická data. Takže pak to buď jim necháváme v tom datumu, kdy jsme jim to předali nebo se to tam postupně doplňuje, je to v kružkové vazbě, takže není problém pak doplňovat další informace. Pokud teda je to, že pokračuje do úmrtí klienta, předává se pak ta biografická kniha rodině. My tady vždycky máme jednou ročně setkání s pozůstalými a tam ty biografické knihy jsou nachystané a ty rodiny si to pak odnáší, můžou si to

prolistovat. Někdy přichází už rodiny tady s tímto, že už ty data mají, protože tím, jak demence je čím dál častější, byť ty rodiny nejsou proškolené, tak jsou relativně dost šikovni a oni v rámci fotoknih nebo nám sepišou prostě ty příběhy, že to mají, že s těmi klienty už vzpomínají oni doma, jak navštěvují různé stacionáře, tak se tam s tím třeba seznámí, takže někdy ten klient přichází, že už to má hotové a předají nám tady toto a spolupracujeme i mezi sebou jako zařízení. Někdy třeba pečovatelské domy nebo jiné domovy to taky sepisují, takže už ty dokumenty posílají přímo i s tím klientem. Ta kniha je vlastně principem, jak to prochází v té biografii, takže od toho narození, pak je tam to dětství, mládí, dospělost a stáří. A tam to vlastně podle toho, kdy my to píšeme tak to končí vůči té době anebo holky si to pak doplňují, dávají tam když něco zjistí, ale vesměs to gró zůstává. Nejtěžší je získat ty data to dětství, mládí, dospělost a v tom staří tam pak už úplně moc těch biografických dat není. Může tam být třeba úmrtí partnera, úmrtí členů rodiny to ano ale už to není tak moc dat, jak když máte celý ten život. Fotky nám dávají k dispozici většinou rodiny. Proto je tam důležitá ta spolupráce, protože my to bez nich úplně moc nezvládnem, když to není orientovaný klient tak pak vesměs to holky sepisují s tou rodinou a tam to většinou nebývá tak moc obsáhlé, protože ty první data o tom narození, sourozenci nějaké oni mají ale není to úplně přesné jo, ale spíš tam jako jsou pak třeba fotky a není tam tolik textu ale je tam více fotek toho klienta. A pak ten život u nás evidujeme, takže tam jsou naše fotky z akcí co navštěvoval, co u nás dělal takže to pak používáme ten materiál tady u nás.

Jaké jsou podmínky realizace biografického modelu péče? Může být realizován se všemi klienty nebo jsou nějaká kritéria výběru?

Ten biografický model není ničím podmíněný, může ho sepisovat kdokoliv u nás a s jakýmkoliv klientem. Jediná, co je podmínka, že ten klient musí souhlasit. Naši klíčoví pracovníci mají podmínku, že musí těm klientům ten model nabídnout, pokud samozřejmě jim to ti klienti odmítnou, tak s tím nic neudělají, ale není to, že by třeba aj zaměstnanci byli z toho modelu vyřazení. Ten model je hrozně finančně náročný pro naši organizaci. Prochází tím vždycky každý nový zaměstnanec ale až po třech měsících, aby se nám neproškolil a pak neodešel. Takže mají podmínku ten model používat tím, že do něj zainvestujeme, tak ať ten model běží dál a nejsou tam nějaké mezery. Pokud souhlasí klient, rodina nebo opatrovník tak pak s tím modelem pracujeme, že prostě může kdokoliv i klienti v těžkém stavu kognice, kdy už prostě třeba nekomunikují, tak tam to více jde právě potom s tou rodinou a zjišťujeme co měli příbuzní rádi, co jim je příjemné. Aspoň ať máme tyto data, už to nejde úplně za tou biografickou knihou, protože ta by stejně byla zrcadlem té rodiny, ne

klienta ale jde to přímo do toho individuálního plánování. My tam máme vlastně jednu z kolonek biografická péče a tam si to pak holky zapisují. My jim prvotní informace dáváme vlastně ze sociálního šetření a tady si holky pak píšou plusy, mínusy, pozitiva a negativa a s tím oni nejvíce pracují v rámci péče. Takže pokud ten klient něco měl, nebo třeba úmrtí v rodině...měli jsme klientku, která se topila jako dítě a nezvládla, když jí tekla voda přes obličej, takže tam bylo důležité u koupání vědět pro holky, že tuto klientku, pokud ji budu umývat vlasy, nesmí jí téct voda přes obličej, protože ona pak byla agresivní, protože měla strach, že se utopí. Takže tam to může být aplikováno na kohokoliv, ale musí s námi ta rodina pak v tomto případě spolupracovat a ty data předat. Někdy vám ta rodina řekne, že nechce, oni mají ostych, nechtějí některé informace, protože některé informace v těch rodinách jsou hodně těžké třeba úmrtí nebo sebevražda. Taky agrese toho klienta v poslední době nebo agrese předtím a teď už ne, nemají dobré vztahy nebo se neznají, třeba je ten příslušník vyhledal až v dospělosti, že třeba spolu nežili, takže ty informace nemají a úplně se nechtějí pouštět do toho, že vám tady budou předávat všechno. Ono to pro ně není jednoduché se tak otevřít, vesměs tu biografii si tady může v rámci personálu přečíst kdokoliv. Ať jako všichni sepisujeme mlčenlivost, tak je to velké kvanto zaměstnanců, z toho ještě studenti, kteří k nám přicházejí, a ne každý chce, aby si o něm četl tady ty informace. Takže máme hodně rodin nebo i klientů, kteří si to nepřejou. Takže to je jak kdyby jediné, co to může omezit jinak asi tam nic takového není. U klientů, kteří mají veřejného opatrovníka je to tak, že se nám musí zavázat ten veřejný opatrovník, s tím oni vesměs nemají úplně problém. Ale pokud nikoho z rodiny klienti nemají a je to klient nekomunikující, kdy vám vlastně vážně jen leží v lůžku tak spíš je to takový pokus omyl. Zkoušíme třeba doteky, tam víc, než biografii pak používáme bazální stimulaci, protože tam už jak kdyby ani ty biografická data nemají úplně tu zpětnou vazbu, ale někdy třeba známí, že třeba nemá nikoho z rodiny, ale objeví se někdo známí a třeba nám řekne „ona nesnášela psy“ a my do té doby jsme s ní třeba dělali canisterapii nebo na oddělení máme kočky a on třeba řekne „ale ona se koček vždycky bála“ ale záleží. Ono i v rámci toho onemocnění ať Alzheimerera nebo demence se vám plno věcí mění. Plno věcí, co jste napřed nechtěla, tak v rámci té demence začnete přijímat. Klienti, kteří nikdy neřekli sprosté slovo, nebyli agresivní, tak v demenci jdou do velké agrese a já kolikrát při tom sociálním šetření slyším ty sprostá slova jedno za druhým. Takže nedá se ani říct, že vždycky vám ta biografie vlastně ukáže, jak tu péči dát. Ono může něco být a někdy třeba i ten klient v rámci té demence si tu situaci pak vysvětlí jinak. Úmrtí manžela, to je těžké, oni to v té chvíli když zemřel těžce nesli, nechtějí se o tom bavit ale teď třeba máme klientku, které manžel zemřel, byli i tady jako manželský pár a ona si to pro sebe

v rámci teďka toho stavu zpracovala tak, že jí utekl za milenkou, ona vám to řekne, ona nechce slyšet informace o tom, že to tak není ať bysme klientům s demencí neměli lhát ale zase na druhou stranu, když ji budete pořád vracet do toho „ne on zemřel“ a ona pak nebude dva dny jíst, bude z toho špatná tak být v biografii bylo psané ano nesla to těžce, je to tak pořád ale pro ni je teď lepší varianta to, že jí utekl za milenkou. Ale z biografických dat bych ji měla já realizovat v tom, že ano ale neutekl on přece zemřel. Takže ne úplně všechno, aj třeba s těmi zvířaty, neměli je rádi, vrátí se třeba do dětství nebo i pak už vlastně oni jdou pak, že se cucají palec, že už jsou fakt ve fázi toho miminka, že tam už by zas ty zvířata nevadili, že když přichází ten pes nebo kočka, tak se třeba přitulí ale v těch biografických datech máme, že psa by do lůžka nechtěla, protože když ještě na tom byla dobře, tak nám řekla, že to je venkovní zvíře. Takže my někdy i být jako ten klient něco odmítá, tak ne že bysme násilně ale někdy zkoušíme. Že někdy jako zkouším, že ten pes jen přijde a ten klient si ho pohladí, rozzáří se a jde vidět, že se to tedy pak mění. Takže ne vždycky ty data musí být jako trvalá.

Jak se získávají informace potřebné pro tvorbu biografie klienta? Jaké k tomu využíváte dokumenty?

Tam je to už při té žádosti, máme k tomu přímo sepsaný dokument, který je na našich stránkách. S tím, že my máme tady tento oficiální, ale ten je takový relativně strohý, protože ty rodiny fakt kolikrát nevědí a my si pak dopisujeme své. Ale to už pak do toho individuálního plánování nebo do přímo do té biografické knihy. Takže ten je takový základní, je v něm třeba: čeho se báli, co měli rádi, jaké jídlo, kde bydleli, jaké mají vztahy s rodinou, koho teďka mají. Takže to my máme, holky si pak sepisují ty své souhlasy, ty musí mít v rámci jako inspekce, když na nás přijde, tak oni chtějí vědět, protože toto jsou všechno informace nad rámec svým způsobem, ta inspekce to bere, na co toto potřebujete, proč potřebujete vědět, že manžel zemřel. A my musíme obhájit, proč tady tyhle informace zjišťujeme, protože oni by to pak brali tak, že zjišťujeme něco, co nás nemá zajímat, co je vlastně vnitřní věc toho člověka. Ale my si to obhájíme tím, že k tomu máme jak kdyby vypracovaný pracovní postup, který je vypracovaný ke každému modelu a podle toho pracovního postupu holky postupují a obhájíme si to, že to potřebujeme, aby ta péče byla individuální ale musí to být sepsáno a musí tam být ten souhlas, že on to chce. Že to není paušál, protože by bylo zvláštní, že ze 148 klientů všichni chtěou biografii. Takže to takhle není a úplně poslední ten závěr je ta biografická kniha, která je to gró celé té biografie. Nebo používáme to, co nám rodiny přinesou, někdy jsou fakt šikovní. Měli jsme manželský pár,

dcera byla učitelka a ta nám přinesla na počítači 30stránkový dokument souvislého textu o obou, takže to bylo moc super. Ale záleží na rodině, jsou rodiny, které vám napíšu nevím nechci. Nebo to vymyslí, když je vy tlačíte a pro ně to není úplně věc, kterou chtějí oni, tak oni vám klidně tu biografii vymyslí, abyste jim dali pokoj. Proto jim říkám už při tom sociálním šetření „klidně nám řekněte, že nechcete, pokud nechcete my vás budeme respektovat, pokud chcete a něco nevíte, tak nám to normálně napište“, protože ono, holky mají vlastně ten pracovní postup, oni jdou cíleně zatím, že ty informace chtějí zjistit ale někdy tlačí moc, někdy vás jako rodinu tlačí a jak teda toto ta maminka měla a teď ta rodina, že neví a zjistí, tak se vás 10x zeptají, protože to chtějí splnit a pak si ten rodinný příslušník radši něco vymyslí abyste mu už dala pokoj. Takže nastavit ty hranice, dívejte klidně nám řekněte, že už ne. I klientovi, měli jsme třeba klientku, která chtěla sepsovat biografii, ale jak pak zjistila, co to všechno je, ono jako pak ten člověk se svým způsobem vysvěleče do naha, oni vám řeknou hodně, oni pak třeba řeknou „toto ne, toto říkám jen tobě, toto tam nepiš“ a to jsou pak biografická data, která ví ten klíčový pracovník, kdyby od nás odcházel, tak on se s tím klientem může domluvit, jestli toto může předat dál. A správně pokud si to klient nepřeje by to neměl nikomu dalšímu říct. Je to interní jen mezi nimi, že si navázali ten vztah a klient měl tu důvěru mu tohle říct a pak je to právě jako na těch zaměstnancích, aby tady tyto informace nepouštěli dál. Mají to sepsané, oni nesmí, je dané že musí takto postupovat.

V čem vidíte význam biografického modelu v péči o klienta?

Hlavním tím významem, co pro nás bylo, tak bylo abychom uměli nastavit to individuální plánování. Protože fakt ti klienti k nám přichází ve velmi špatných stavech. Někdy jsou u nás týden, měsíc někdy roky a někdy se stane, že klienta přijmete a za měsíc on zemře, nebo fakt ve velmi krátké době. A ty biografická data, my sbíráme už přitom sociálním šetření. Ono už to sociální šetření je hodně zaměřené tady na tohle. Už to není takové jako „jak se oblékáte? S pomocí nebo bez pomoci?“ no tak co si pod tím představíte. Takže teď je to víc, jak to děláte? Jak jste to dělala? Protože když jsou třeba v nemocnici, tak tam je to „no já už to nedělám, já mám jenom anděla“ dobře jak jste to dělala doma? Co jste si oblékala? Co jste ráda nosila? Co ráda jíte? Takže už je to více zaměřeno na to, co měla ráda a co bysme mohli vrátit zpátky v rámci naší služby. Nebo třeba ta rodina nám řekne, co měla ráda a co bysme kdyžtak mohli vrátit zpátky v rámci naší služby. Nebo třeba ta rodina nám právě řekne: takhle to dělala, byla vždycky zvyklá chodit ke kadeřníkovi, vždycky byla upravená, teďka není, protože je k nemocnici. Dobře dáme jednou měsíčně kadeřníka a jak to měla?

Barvila si vlasy? Na jakou barvu? Jo a my i ty biografické data používáme do dalších konceptů, protože jak mám třeba smyslovou aktivizaci, tak ta navazuje i na tohle. Abychom mohli dělat aktivity musíme znát ty data. Ať to není pojd' me tady já nevím malovat, dobře to je krásné, že tam maluje 20 klientů ale půlka z toho vlastně neví proč to dělala. Protože si vůbec nepamatují, nějaká ta aktivizační mě sem dovedla a já tady sedím a maluju, protože mi dali něco na malování. Takže pak je přímo aktivita na zakázku, kdy my z těch biografických dat, když víme, že máme tady klienty s podobnými zájmy děláme skupinky. U mužů je to problematické, protože máme více žen než mužů a v rámci té služby my pak třeba se snažíme, měli jsme tu 2 klienty, kteří byli každý na jiném oddělení ale byli to holubáři, tak jsme se s nimi domluvili, musíte se domluvit s každým, protože samozřejmě nejde „jee dívejte vám tady vedu pána“ - „no ale já se s nikým bavit nechci“ takže nabídka, „dívejte se, je tu ještě jeden pán, který toto má rád“ a oni se pak už sami navštěvovali. Takže my v rámci té biografie pak odkážeme lépe skládat ty skupiny. Já při tom sociálním šetření se ptám, co ráda děláte, tak samozřejmě klasika televize, rádio, protože samozřejmě to tělo chřadne a když třeba zbrousím do toho, co měli napřed rádi, tak třeba teď se ptám „máte velkou zahradu, starala jste se o ni? „jo, dcera vařila a já jsem sázela květina a měla jsem ráda zahradničení“ a my tu máme ty vysoké květináče, takže když holky na jaře dělají sadbu, tak už ví aha dobře aktivizační si vezme tuhle, tuhle a tuhle i třeba z různých oddělení a dají je do skupinky.

Takže my to používáme v rámci toho, jak tu péči dělat, o to tělo a jak pak navázat ty aktivity anebo hledat ty další vazby. Je to jako ideální model, kdyby to tak bylo. Úplně to nefunguje u všech, v rámci toho, že tu demenci nebo Alzheimer, tady klienti mají v různých fázích, tak byť mají něco společného, tak toho jednoho nebo druhého by to mohlo rozrušovat, že oni to mají takové zrcadlo. Oni pak vidí „aha, takže tak já skončím? Já toto nebudu zvládat? Já se nebudu umět sama najíst?“ Takže musíte pak pracovat, že byť ty data máte, tak musíte pracovat i s tím jaké klienty k sobě dáte. Někomu je to jedno, někdo je takový ten pozorovatel, já si tam půjdu sednout, já nic dělat nebudu ale půjdu si tam sednout. Ale rád je v té společnosti ale tak jako na boku. A pak jsou klienti, kteří zase ano ale chtějí mít určitou úroveň těch klientů, my ani moc nemícháme ty klienty orientované a neorientované. Ono se to nezdá ale senioři dokážou být a mají na to právo ve svém věku a v tom všem co zažili, co museli zažít vám narovinu řeknou co si fakt myslí. Oni vám třeba fakt narovinu řeknou, že jste tlustá a hnusná jo. Fakt s tím nemají problém, takže my klienty, když je to klient neorientovaný a už tam nějaké ty projevy jsou, když se vás 20x zeptá, co má dělat a

co tu dělá. Tak ti orientovaní klienti řeknou „ježimarja co dělá, tu nemám ráda“ takže jo nedělá se to. Pokud to fakt není klient velmi šikovný klient, že by zvládl tady tohle nebo máme klienty, kteří původně byli na klasickém domově a v rámci onemocnění jsme si je museli přesunout, ale je to hraniční a má nahoře ty přátele, tak oni třeba za tím klientem sami chodí, nebo si ho vodí nahoru a tam s ním posedí, ale chvilku, třeba 5 minut a pak už je to taky nebaví. Oni už jsou hodně zaměřeni na sebe, a to je logické, protože prostě už času mají velmi málo a nechtějí ten část strávit nějak jako co vy po nich chcete, proč, z nějakého důvodu? Oni si tu službu tady popravdě platí, oni chtějí už mít svůj klid a nechtějí dělat službu nám, že potřebujeme zabavit jiného klienta. Takže víc tam pak vstupuje náš personál, který dokáže být na té úrovni, se snížit k tomu člověku jakou on potřebuje a neobtěžuje nás to, protože je to naše práce.

A ta biografie nám vlastně ukazuje i hodnotu těch klientů, když jsem klienty přijímala a teďka vám přišel klient a právě že, tady s pomocí, s dopomocí, kdybyste viděla ty výsledky šetření tak vlastně těch 140 klientů vypadalo úplně stejně ale když bych vás vzala na to oddělní, tak byste zjistila, že každý je úplně jiný a každý tu pomoc potřebuje trošku jinak. Přijímám i špatné i relativně dobré a někdy třeba když jsou to ti relativně dobří, ti si ještě dokáží získat vás jako osobu, i my jako v zaměstnání jsou nám lidé příjemní, nepříjemní, jak děti ve školce, s touto bych si moc ráda hrála, to je hezká copatá holčička no s tímto chlapečkem úplně ne jo ale v rámci profese to teda nějak uděláte ale tady s tou vám to bude příjemnější. No a u těch klientů to bylo podobné, jsou takové ty pohádkové babičky nebo dědeček, který už v ten den co přijde, je to takový ten děkuju, ano je to super, jste hodná sestřička, to že pak když ta sestřička odejde řekne „to je ale pěkná...“ jo to už je jedno, to už prostě tak to je ale pro nás je to klient, za kterým rádi chodíme, rádi ho zveme na aktivity a když máme mít individuál v rámci toho, že bych měla dělat aktivizaci, tak tu si vezmu, tady paní Nováková ta je super, ta vždycky tam povídá a zpívá a pak jsou takoví ti klienti a ti nás právě nejvíc potřebují ale neřeknou, ti co jsou tišší nebo už nezvládnou vám říct co by potřebovali a já pak kolikrát řeknu „dívejte, ona byla baletka“ tak byt' at' tam vidíte člověka, který nekomunikuje a leží oni jako, ale byla to baletka nebo byla to lékařka, potom máme i tituly, i oslovujeme, kdy tu máme dvě lékařky, jedna paní doktorka ta mě má hodně jako kancelářskou, takže já když tam přicházím, tak ji oslovuji jako lékařku a ona to u mě jako úplně nevyžaduje ale je ta komunikace pak jako snazší. Takže tam už v té biografii víme, že ona se i chce setkávat s klienty, kteří by byli na stejné úrovni. Nemáme je tady, takže teď momentálně úplně ona, my ji vezmeme na ty velké akce, kdy jsme měli Masopust tady toto

atd. ale do malých skupin moc nechodí, takže jako popravdě ona ty klienty vnímá, že jsou pod její úroveň. Ať onemocnění má stejné, zapomíná, i když ona ještě není úplně v tom nejtěžším stavu demence, takže plno věcí si jako pamatuje, ale chce mít tu úctu jo i chce mít i na jmenovce všude titulem, že je to lékařka. Jsou pak klienti, kterým je to jedno, ale také přeci jenom popravdě dáte ten titul, i třeba na tu jmenovku, už přistupujete k tomu klientovi jinak. Že je to nějaká váha, musel vystudovat a v té době kdy studoval to neměl úplně jednoduché. Takže holkám ta biografie ukáže, jaký ten člověk byl a že to byl jako třeba velmi hodnotný člověk, že toho plno dokázal, že vychoval osm dětí nebo že někdy i hodnota rodiny, kdy mi už bereme tu rodinu jako hodně úzkostnou, protože oni nám 20x přijdou říct, že takhle by to s maminkou nechtěli, že doma to bylo lepší. Ano my jim musíme vysvětlit, že jsme služba, že všechno nezvládneme přizpůsobit úplně tomu klientovi, ale když já pak třeba holkám pečovatelkám řeknu dobře, ale tahle rodina 10 let pečovala o takhle těžkého klienta, tak pro ně pak ta rodina má také jinou hodnotu, protože chápou to, nebo by měly pochopit, to že ta rodina si to zkusila. Ona moc dobře ví, jak je to těžké a měli to ještě těžší než naše holky, protože ty zavřou dveře po dvanáctce a jdou si odpočinout a doma takového klienta třeba nemají. Oni pracovali v práci a přišli domů a začala jim další směna s nemocnou maminkou. Takže není to třeba poznání jen toho klienta ale i rodiny a známých. Pak s nimi jednáte jinak, když znáte ty informace. Když bych vám řekla, že jsem těžce nemocná a byla bych jako nepříjemná, tak třeba toto si řeknete dobře, ona je taková, protože teď se s něčím potýká, omluvíte si třeba některé to jednání, takže kvůli tomu, my jsme právě chtěli, aby ty holky věděly, abychom jim vykreslili toho člověka, že už to není jenom tady to tělo, které tady leží a jen přijímá stravu, ale že to byl člověk, který třeba žil pro tu rodinu. Jo že pečoval, že ta rodina ho má velmi ráda a že třeba pro něj bylo fakt důležité to, že se mu řeklo, že byla ta lékařka. Takže i přitom třeba to oslovování, když už fakt ten klient je na tom velmi špatně, tak oni připomínají nebo pracují s těma fotkama „dívejte takhle jste vypadala, taková jste byla nevěsta, to jste vy a váš manžel“ jo a když pak vidíte ty fotky, i třeba kolikrát když vidíte, jak krásné byly ty ženy oproti tomu, jak přijdou sem a už prostě to tělo jim tak neslouží, tak prostě fakt ty holky se k těm klientům dokážou chovat lépe. Někdy samozřejmě zjistíme informace, které jsou negativní. Tam se pak zas musíme od toho oprostit, že tam nebudeme jako jim nějak předhazovat, to že prostě takhle byl zlý nebo byl manželku, ano teď už to tak není. Nebo měl milenku, milenka sem teď dochází, takže někdy je to těžké. Takové jako na hraně a i pro ty holky jako kolikrát se oprostit, oni si k těm klientům pak najdou velmi úzký vztah tím, že o nich pak hodně ví a sepisují to a fakt s nimi tráví ten čas, tak pořád ještě tam musí být to profesní hledisko, nesmí to být úplně, že by to přesáhlo dál.

Pořád je to klient, jako když to tak blbě řeknu, pro mě jsou to papíry, klient zemře a já to zavřu, ano pracuju s tím, když cokoliv potřebuje rodina, pomůžeme, pak se s nimi setkáme ale zase nemůžu si to vztahovat úplně k sobě jo ale ta biografie vám někdy jako nechá, jsou klienti, kteří vám utkví, jsou klienti, kteří bylo to velmi takové, ano byl tady relativně dlouho ale vlastně taková šedá myška u které víte, že tady byl ale rodina se moc neprojevovala a službou nějak procházel, nějak jsme pečovali, nikdy moc nepotřeboval a moc informací jsme nevěděli, tak ano ale není to úplně tak že by vám ležel v hlavě a mysleli jste na něj. Takže podle nás je to hlavně do té péče, abysme od toho mohli odvíjet dál a dál. Právě nám to i pomáhá, protože k demenci a Alzheimerovi hodně patří, že ti klienti jsou agresivní. Není to agrese jako agrese je to strach. A ten strach je nejčastější právě: teď půjdeme do koupelny a my, když si to řekneme, tak vy rozumíte tomu, že já vám řeknu, že se jdeme koupat do koupelny ale klient, tím že je v těžké fázi demence, už tady to racionálně nechápu, oni na vás koukají, oni vidí jako ano teď tady se mnou někdo je, teď na mě nějaká sestřička sahá a teď mě někam vede ale jako co po mě vlastně chce? Jo a tam pak už se to překlápí k tomu zrcadlení nebo k té validaci, a to už je pak další model ale my tím, že třeba z biografie víme, že byla zvyklá, že se koupala vždycky ve středu ráno, tak se jí snažíme dát koupání na tento den, aby ona měla zafixované ano v tento den se koupu, ale když ji budete koupat v neděli, tak ji úplně dezorientujete, protože oni řeknou „dneska je středa? Ne je neděle ale já jsem se dneska koupala, je středa“ no a oni jsou pak rozhození, třeba i 3 dny rozhození, kvůli tomu, že jste je okoupala jen v jiný den. Takže i když jsou třeba nemocní nebo něco, tak my někdy koupání odkládáme, že třeba jim není dobře ale většinou se snažíme to navázat, když není nutnost samozřejmě, že by tady byly čtyřicítky a klient celý zpocený. Ale snažíme se zachovat nějaký ten řád a to pravidlo, které je vlastně udržuje v nějaké té jistotě, protože oni vážně už nechápu to, co po nich chcete ale toto mají zafixované. Už je středa, takže dneska už jde s tím vozíkem a dneska se koupu. Takže kvůli tomu my to všechno děláme, aby to pro ty klienty bylo co nejpříjemnější.

Jaký má podle vás přínos využití biografického modelu péče? (pro klienta, pracovníka, vzájemný vztah)

My, když jsme napřed sepisovali sociální šetření, tak popravě já jsem si klienty jako, my jsme napřed měli klientů více orientovaných a ty si víc zapamatujete, ty potkáváte oni tady chodili po chodbách, oni za námi si chodili popovídat a na návštěvu, takže ty jsme si pamatovali. Ale ty na tom zvláštním režimu byli jen s pomocí, bez pomoci a já jsem vůbec nevěděla. Teďka zaprvé s rodinou jako hodně, když vy mi ukážete, že fakt se o toho člověka

zajímáte, že to není jen o tom, pojd'te nám zaplatit lůžku tak oni to pak berou taky jinak. Ale je to i závazek. Protože sociální šetření k nástupu trvá tak 2 hodiny nebo 2 a půl hodiny, je to strašný, předáváme hrozně moc informací a hrozně moc informací si bereme a je to závazek i vůči té rodině. Pokud já po nich chci ať tady se mnou teď ty dvě hodiny tráví a vyzpovídávám je tady jako fakt úplně ze vším, jak to dělali, co dělali, co rodina, toto tamto tak oni pak zase očekávají, že když sem klient přijde a já jsem některé data předala, tak že to takto půjde. Že třeba když někdy nic není ideální, pořád jsme služba, máme plno klientů a plno zaměstnanců a může se stát, pečovatelky vždycky to sociální šetření dostávají před nástupem klienta a mají se s tím seznámit všechny, úplně všechny. Já ještě za nimi pak chodím jim předat o tom klientovi a chystáme ten pokoj dopředu. Když ten klient přichází, tak rodina nám sem donese věci, osobní - oblečení, tak i televizi, rádio, fotky obrázky a my už ten pokoj jak kdyby nachystáme a klient přichází do toho pokoje, dívejte se toto je vaše lůžku, tady máte fotky, tady televizi, tady své oblečení ve skříni. Napřed se to dělalo tak, že přijeli na nástup a my ty věci tam teprve vybalovali, takže klient se doma sbalil, a to pro něho bylo těžké, protože sbalte se, kdybych vám teď řekla za týden nastupujete, sbalte se a dovezte mi to sem a teďka co si mám vzít? „Však si vezte základní věci“ a oni mají celý vybavený byt „to si sem nemůžete vzít“ a co s tím budu dělat? „mami to neřeš, to vyřešíme my“ ale oni nechtějí, protože to jsou jejich věci, které mají celý život v bytě kde bydleli a já jí řeknu „no tak si k nám vezte hrneček, televizi, fotky jo a když to bylo takto tak oni se sbalili doma, přijeli sem, kde jsme vše zase vybalili, předkládávali, protože dřív se psali i seznamy, kdo si co přinesl, pak jsem to zase odvezla, protože se to vezlo na značení. Takže ten člověk se jak kdyby 3x mu někam cestovali věci. U klienta orientovaného dobrý, ten si to nějak racionálně vysvětlí, musí je to tak ale ten klient s demencí ne, otevře skříň a tam prázdná skříň, ne já tady nebydlím já tady nemám žádné věci jo „však my vám to vyskládáme, jsou v prádelně“ ale co si obleču? Teď jsou ve stresu. Proto podmínka přijetí k nám je, aby měli nachystaný pokoj. Rodina musí přijet před nástupem a dovezou nám věci a nachystáme pokoj. A takhle už ta rodina očekává, když pro nás relativně dost udělají a stráví s náma hodně času, i když ne vždycky jsou ty vazby dobré, nemusíte mít dobrý vztah s rodiči, ale pak vám v 60 ti zavolají váš tatínek je v nemocnici postarejte se. Ne vždy je to ideální a oni očekávají, že pokud investují do toho rodinného příslušníka, že to tady bude pak nějak vypadat. Takže když já tam posbírám dvouhodinový rozhovor a pak naše sestřičky si špatně přečtou sociální šetření a přijdou a zeptají se „a paní jako inkontinenční pomůcky má?“ tak to už je pak jako na to, dát po prstech. Protože nechcete už dvacátému člověku říkat, že ty inkontinenční pomůcky mám, protože už se mě na to ptala jednou, už se mě ptali

podruhé zdravotní sestra a teď se mě na to ptá pečovatelka, proč jste se na to ptali při tom sociálním šetření?“ Takže oni toto už prostě ano když přijdou s tím, dá se to obejít, dá se všechno. „Chtěla jsem se jenom zeptat, zůstalo to stejné, nebo potřebujete teďka něco víc? Ohledně třeba tady tohoto“. Ano my ověřujeme ty informace, kolikrát co zjistím já tak pak se může měnit. Nebo ten klient jim pak něco řekne, to, co nesdělil mě tak to ony si pak dopíšu. Ale když už tu biografii chceme, chceme ať nám to sepisují, tak pak se tím musíme řídit a ono se to nezdá ale holky mají kolem 24 až 27 klientů na oddělení, klíčák má pod sebou třeba 3-4 ale když na té službě ten klíčák není tak každá ta sestra musí znát. A musí vědět, že tahle paní toto třeba nemá ráda ať jí třeba neumejou ten obličej, takže je to pak o tom, jak se předávají ty informace. Pro ty holky jsou ty koncepty velmi náročné v rámci péče. I v rámci toho, že ne každý pracovník na to popravě má. Některé biografie baví, to sbírání dat, to je vlastně gró sociálních pracovníků, sbíráme data, něco sepisujeme. Ale jsou pečovatelky, které vám jdou za tím, že chtějí okoupat, obléct, podat stravu a neshledanou. Já nechci tady sepisovat biografickou knihu a sbírat informace. A na každém oddělení někdo takový je. Tam se pak pracuje s tím, že pokud člověk na to úplně nemá, tak buď si pomáhají sestřičky mezi sebou „já radši okoupu půlku oddělení ale ty dělej tu biografii“, nemělo by to tak být ale v rámci toho, aby to raději dělal člověk, co to dělat chce, tak to raději uděláme takto a vlastně zavřeme oči, že nevidíme, že tato to nedělá, protože formálně to dělá a to, že jí s tím někdo pomáhá a pokud z toho vyjde něco co potřebujeme tak raději toto, než aby tam chodila a jenom to nějak sepsala, ještě nedejbože buď na tu rodinu nebo na toho klienta nebyla úplně příjemná, protože se v tom necítí dobře, tak raději tak. Tou biografií musí projít každý jo, každá pečovatelka a úplně tam zrovna tady u tohoto konceptu nejde je z toho vymanit. Když máme paliativní péči, tak tam to víc jde, ne všichni kolem klientů jsou v paliativní péči, takže tam se dá, že prostě ano dobře ta přímo nebude tady na tohle, ale u té biografie to úplně nejde. Nemůže to tam sepisovat jedna pracovnice. Takže to je takové jediné, co pak u té biografie je náročné. Ty přínosy to jak jsme se bavili, to porozumění klienta, proč se vlastně tak chová, proč je vlastně teď agresivní, protože ho jdu koupat a on mi nerozumí, takže pochopení tady tohohle, proč mi třeba prostě nadává, máme klientku, která prostě pořád říká vulgární slova, tak ano vysvětlit to tomu personálu, vysvětlit to i rodinám, protože ona když sedí na chodbě a teď vám nadá do všeho možného, tak vy hledíte a řeknete si co, ne každá rodina úplně chápe demenci, takže oni úplně to nechápou u svých rodinných příslušníků, natož u někoho cizího ale je to pak nás takové jednodušší to omluvení toho, proč to takto je, že to není vlastně ten člověk ale je to ta nemoc. A abychom mohli nastavit tu individuální péči, respekt a úcta ke klientovi, aby se vytvořil ten vztah mezi

klientem a pečující osobou. Také práce s prostředím, ono i tím, že vlastně zjistíme co ten klient potřebuje, tak my jsme pak schopni lépe navázat v tom jeho pokoji, jak to udělat, co by tam chtěl, zase jsou to, když bysme měli všechny jednolůžkové pokoje tak by to bylo ideální, tak bysme mu tam klidně nastěhovali tu jeho obývací stěnu, máme tady manželský pár, ti mají svoji obývací stěnu, mají tam křesílka, původně měli i lůžka vedle sebe ale paní se velmi zhoršila a pak byla vůči manželovi agresivní, tak jsme je rozdělili a teď je to lepší ale dlouho byli i vedle sebe v lůžku. Takže jako když ty možnosti máme, chtějí své křeslo dáme jim křeslo, ale zase jdou to někdy malinké pokojíky a úplně se nám tam neveze všechno, takže někdy musíme pracovat tady s tímto, že jim řekneme ano je to super, že by tam toto křeslo chtěla ale my to tam nemáme, jak dát. Bud' se pak třeba řeší stěhování na ten jednolůžkový pokoj nebo prostě se pak třeba ten druhý. Když máme dva imobilní klienty, musíte dát lůžka do prostoru a pak už se vám tam třeba nic jiného neveze. Někdy i to vybavení toho pokoje není jenom pro toho klienta ale i třeba pro tu rodinu. Když máte příjemné prostředí, máte tam ty fotky, ono s těmi klienty s demencí už ta komunikace je těžká a když jsou to už klienti, kteří moc nekomunikují, tak my jsme někdy moralisti a řekneme „noo tady přišel na návštěvu a byl tu 10 minut“ ale ono zkuste si, když jste na pokoji a když je klient s kterým si nějak popovídáte i když jen „polívka byla nedobrá, toto tamto, manžel, ježišmarja“, ale popovídáte si, nějak to jako je, i ta rodina, jak se máš, to je dneska hezky, takové ty obecné věci. Ale za to klient, když leží, možná se na vás nějak dívá, že navazuje oční kontakt, ale nekomunikuje a vy tam takhle 10 minut sedíte, teď 3x přijde sestřička, a vy už si říkáte ježiš, jak já tu vypadám, co bych tak měla říkat, co jí mám dát, ona třeba už ani nejí, má sondu, takže kokina jí nedám, napít jí nedám, takže vy tam tupě sedíte a připadáte si jako nemístně a ještě nedejbože když zrovna ten druhý klient co tam je velmi aktivní a pozoruje vás při té návštěvě. Takže třeba oni, když tam mají ty fotky, tak si je prohlíží s klientem a pak je to pro ně taková berlička, dívej mami tady máš ty fotky, tady si byla, takže i pro ně je to někdy návod co na té návštěvě dělat, ať tam těch 10 minut jenom neseď. Nebo je i dobré, když máte popsání, kdo na těch fotkách je, protože kolikrát „jee to je hezká fotka to jste vy?“ Jojojo a pak přijde rodina a řekne „to je její maminka s manželem“ takže když nám i dávají fotky tak jim řekneme ať nám ji zezadu zleva popíší, že to je syn Franta. Nebo máme právě i třeba vypracovanou fotoknihu a tamto přímo mají napsané poznámky. Ona teda ta, co to vypracovávala je sociální pracovnice z léčebny, takže ona to znala jako setkávala se s tím, takže ta to měla moc dobře nachystané. Ale je to pak jednodušší, nepřipadáte si třeba tak hloupě, protože když vás posadí do společenské místnosti s 5 klientama a říkáte si, co si s nimi jako mám říct? „Jak se máte?“ „Dobrý“ jo to

nám to uteklo. Takže když máte ten biografický koncept tak se můžete doptávat. Pak také přínos jen prevence syndromu vyhoření, v rámci toho, že děláte něco jiného. Jak říkám, někdo se v tom našel, víc si myslím, že se našli v té smyslové aktivizaci, protože ta je taková jako ta je prostě aktuálně teďka si nachystám aktivitu, a teď skončí. Ale ta biografická péče je pořád, ještě když to sepisujeme ty informace tak je to prostě na dlouho a některé ty holky na to takto nemají, nebo třeba začnou psát, investují do toho strašně moc času a klient zemře. U té smyslovky to tak není, tam je to teďka jsem si připravila aktivitu, že je zima a vezmu klienty si osahat sních. Takže prostě jako v tomto jako je to super ale prostě pro některé klienty to není a pro některé zaměstnance to není. To je jediné takové to riziko u všech konceptů, my tím že jich máme hodně, tak to nějak prolínáme mezi sebou, protože nic úplně neděláme jako do detailu, dělali jsme, ale nezvládali jsme to časově. Máme validaci, paliativní je nejnovější, smyslovou a pak jsme zavedli biografii. Protože jsme zjistili, že smyslovka bez biografie nejde. Jde ale takové ty aktivity jaro, masopust, Vánoce a vy si zjistíte, tady ta má ráda to a to svým způsobem jsme taky dělali biografii, protože jsme zjišťovali co by tak mohla mít ráda a jestli by na tady tu aktivitu šla. Protože já, když jsem si dělala seznam na aktivitu tak jsem byla velmi biograficky zdatná a domluvila jsem si 3 klienty, dovedla si je na tu aktivitu a všichni 3 mi řekli, že nesnáší Velikonoce a já jsem měla smyslovku na Velikonoce jo, takže jsem pak říkala ano tak to se zadařilo. Takže ta biografie nám fakt pomohla, že už jsme věděli a už jsme si klienty skládali podle toho. Ale i tak hodně pracujeme individuálně, s tím, jak poskládat úplně ty klienty, že by se nám povedlo, že bysme si je dali blíž k sobě moc nejde, protože oni už nechtějí, oni raději pracují sami a vy jim řeknete pojd'te tady za panem Novákem si povídat „ale já si nechci povídat“. Oni to někteří dělají i kvůli nám, že to je povinnost což by nemělo být. My jim vždycky říkáme je to jen na vás, my vám to jen nabízíme ale pro ně je to jako „ona se o mě stará, ona je hodná, já už ji 10x odmítl, že nikam nepůjdu, nebo že nechci psát biografii, tak bych měl“ oni to někdy dělají, aby se nám zalíbili, nebo té rodině, protože my jim to nabídneme a ta rodina říká klientovi „jee to je super, že bys to měla sepsané, že bys tam měla fotky“. Jako ano, ono je to fakt hezké, když to ti klienti vidí. My jim to k dispozici dáváme.