

Využití biografického modelu při poskytování individualizované péče v domovech pro seniory

Štěpánka Samuels

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Štěpánka Samuels**
Osobní číslo: **H10102**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití biografického modelu při poskytování individualizované péče v domovech pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální práce se seniory orientované na model biografie klienta v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů a zpracováním biografie klienta.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

FRANKL, V. E. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.

GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.

Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní

poruchou. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada

publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3148-3.

PROCHÁZKOVÁ, E. Práce s biografii a plány péče. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN

978-80-204-3186-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Vaško

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22.4.2015

P. Krumpholtz

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 nevydělečně 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 užit 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Práce je zaměřena na využití konceptu biograficky orientované péče o klienty v domovech pro seniory. V teoretické části práce je představen biografický model péče a jsou vymezeny základní pojmy. V praktické části práce je popsána metodologie výzkumu a na základě realizace rozhovorů popsán způsob, jakým je tento koncept péče využíván v praxi a jaký je jeho vnímaný přínos pro uživatele i zaměstnance. Pozitivní efekty aplikace tohoto modelu péče jsou zřetelné již krátce po zavedení do praxe. V závěru práce autorka uvádí výsledky výzkumu a zpracovanou biografii třech klientů.

Klíčová slova: senior, biografie klienta, aktivity denního života, biografický model péče, individuální plánování, domov pro seniory, pracovník v sociálních službách, všeobecná sestra, sociální pracovník

ABSTRACT

The Paper is focused on the use of the concept of biographically oriented care of clients in Senior Care Homes. The theoretical part introduces Biographical care model and defines fundamental keywords. The practical part of the Theses describes the research methodology. Based on executed interviews describes method in which the care concept is used in practice as well as its perceived benefits to clients and employees. Positive effects of application of the care model are evident shortly after implementation. In conclusion, the author presents results of her research findings and compiled biography of three clients.

Keywords: senior, client's Biography, Activities of Daily Living, Biographical care model, Individual Planning, Senior Care Homes, care taker in social services, nurse, social worker

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Michaele Vaško za cenné rady a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Zároveň děkuji všem respondentům za jejich čas, vstřícnost a otevřenost při realizaci výzkumu. Své rodině a přátelům děkuji za podporu a pochopení po celou dobu mého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci s názvem „Využití biografického modelu při poskytování individualizované péče v domovech pro seniory“ vypracovala samostatně a veškeré zdroje informací uvedla v seznamu použité literatury.

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

Motto:

„Člověk není stvořen k tomu, aby život chápal, ale aby jej žil.“

George Sayntanay

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DOMOVY PRO SENIORY	13
1.1 STRUKTURA ZAMĚSTNANCŮ	14
1.2 KLIENTI V DOMOVECH PRO SENIORY	16
1.3 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	17
2 PÉČE O SENIORA V DOMOVECH PRO SENIORY	20
2.1 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI PÉČI O SENIORY	21
2.2 ROLE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	23
2.3 ROLE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ PŘI PÉČI O SENIORY.....	23
2.4 INDIVIDUALIZOVANÁ PÉČE.....	24
3 BIOGRAFIE KLIENTA V DOMOVĚ PRO SENIORY	28
3.1 BIOGRAFICKY ORIENTOVANÁ PÉČE	29
3.2 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL	31
3.3 PRÁCE S BIOGRAFIÍ KLIENTA	34
3.3.1 Role sociálního pracovníka při tvorbě biografického listu klienta	35
3.3.2 Role všeobecné sestry při tvorbě plánů péče	36
3.3.3 Role klíčového pracovníka v sociálních službách při tvorbě biografie	37
3.3.4 Role klíčového pracovníka při tvorbě individuálního plánu.....	38
3.4 VYUŽITÍ BIOGRAFIE V PRAXI	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
5 METODIKA PRÁCE	42
5.1 METODY A TECHNIKY TVORBY DAT	42
5.2 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	43
5.3 PRŮBĚH ŠETŘENÍ	44
6 OPERACIONALIZACE A KÓDOVÁNÍ	46
7 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	48
7.1 PŘÍNOS PRÁCE S BIOGRAFIÍ KLIENTA PRO INDIVIDUALIZOVANOU PÉČI	50
7.2 POSTUP IMPLEMENTACE BIOGRAFICKÉHO MODELU PÉČE	54
7.3 DOKUMENTACE PRO PRÁCI S BIOGRAFIÍ	56
7.4 BIOGRAFIE KLIENTA	58
7.4.1 Biografie paní F.....	59
7.4.2 Biografie paní L.	61
7.4.3 Biografie paní M.	62
7.5 POZOROVÁNÍ.....	65
8 DISKUSE	67
9 ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM TABULEK	73

SEZNAM PŘÍLOH.....	74
---------------------------	-----------

ÚVOD

Při své práci všeobecné sestry v domově pro seniory jsem si uvědomila více než při práci ve zdravotnictví, jak důležitým prvkem je porozumění a komunikace s těmi, o něž pečujeme. Pracovníci v přímé péči, sestry a pečovatelé, jsou mnohdy o dvě i tři generace mladší, než skupina uživatelů, o které pečují. Je nasnadě, že již z tohoto důvodu může docházet k častým nedorozuměním. Vzhledem k tomu, že lidé, o které pečujeme, prožívají poslední fázi svého života, a zejména pokud trpí demencí, navrací se ve svých vzpomínkách do svého mládí a dětství, porozumění a komunikace jsou nejdůležitějšími prvky při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Uvědomění si tohoto faktu přivedlo vedení domova, v němž pracuji, k prozkoumání konceptů péče, které by změnily dosavadní systém orientovaný především na spokojeného, sytého a saturovaného klienta, na systém péče umožňující při práci využít potenciálu klienta pro zachování jeho stávajících schopností.

Vítanou příležitostí poznat, jak jiný systém práce s uživateli v sociálním zařízení může fungovat ke spokojenosti uživatelů, jejich rodin i pracovníků, byla návštěva domova pro seniory využívající koncept Smyslové aktivizace a Biograficky orientované péče. Podstatou obou konceptů je znalost životního příběhu klienta.

Práci s biografií klienta vnímám jako základní stavební prvek v nastavení skutečně individualizované, správné péče a aktivizace. Zejména, jedná-li se o seniora s demencí, který si již nepamatuje mnoho ze své současnosti, má narušené kognitivní funkce a spoléhá na pomoc svého okolí. Jen znalostí jeho významných životních událostí, zvyků a aktivit jsme schopni poskytnout adekvátní, realitou orientovanou, lidskou péči.

Proškolení zaměstnanců v Biografickém modelu péče se stalo edukačním záměrem zařízení, ve kterém pracuji. Vzhledem k tomu, že roste povědomí o tomto modelu péče a vzdělávací kurzy pro zdravotníky jsou nabízeny v Národním centru ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů, jako první se v našem domově proškolují všeobecné sestry. Jelikož jde o koncept, který vyžaduje promyšlené plánování implementace Biografického modelu do každodenní praxe, je důležité nejen vzdělání v modelu samotných pracovníků, ale také vedení domova, především v přípravné fázi.

Součástí přípravné fáze implementace modelu do praxe v našem domově je též komunikace s jinými zařízeními, která tento koncept do praxe již úspěšně zavedly, a čerpání z jejich zkušeností a rad tak, aby transformace naší péče probíhala co nejefektivněji a nej-

klidnější formou nejen pro pracovníky, ale především pro uživatele zařízení a jejich rodinné příslušníky.

V teoretické části jsem se zaměřila na definici základních pojmů souvisejících s biografickým modelem péče a vymezení základních pojmů týkajících se pobytových zařízení a legislativy pro poskytování sociální služby. Významnou kapitolou teoretické části práce je představení biografického konceptu péče a jeho přínosu pro práci všeobecných sester a pracovníků v sociálních službách ve vztahu k tvorbě plánů péče a individuálních plánů klienta.

Literatura vztahující se k biograficky orientované péči o klienta podle modelu prof. Böhma je převážně v jazyce německém, a na českém trhu nedostupná, proto jsem informace k práci s biografií čerpala především z dostupné české literatury a článků PhDr. Procházkové, která je garantem a jediným školitelem tohoto konceptu v České republice. Jedním z důvodů je skutečnost, že se jedná o poměrně mladý koncept péče, jehož zavádění do praxe v České republice dosud není příliš rozšířené. Druhým důvodem je skutečnost, že do českého jazyka dosud nebyla přeložena stěžejní díla prof. Böhma, a česky psaná původní či originální díla, s výjimkou prací PhDr. Procházkové, dosud schází.

Praktická část práce je zaměřená na přípravu metodiky výzkumné části, popis zvolené výzkumné strategie a použitých technik, definici výzkumného souboru a postupu provedeného kvalitativního výzkumu. Následuje zpracování a vyhodnocení získaných dat, jejich interpretace, prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí. Výstupem praktické části pak je zpracování biografie klienta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMOVY PRO SENIORY

Domov pro seniory je podle § 49 zákona o sociálních službách (dále jen ZSS) zařízení s celoročním provozem, ve kterém je poskytována pobytová sociální služba převážně na dobu neurčitou. Cílovou skupinou jsou senioři se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby a kteří nemohou setrvat ve svém přirozeném domácím prostředí. Přijetí žadatele do domova pro seniory je možné, pokud žadatel splňuje podmínky stanovené v § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v § 36 jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. (zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb).

Matoušek (2005, s. 179) definuje domovy jako formu institucionální péče o seniory, jež nabízí trvalé ubytování a spektrum služeb od péče o domácnost po nejrůznější programy aktivit a ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené, jakož i hospicovou péči o umírající.

Dle Ministerstva práce a sociálních služeb poskytují domovy pro seniory „*dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.*“ (mpsv.cz, 2015)

Poskytování sociální služby začíná uzavřením písemné smlouvy o poskytování sociální služby mezi klientem a poskytovatelem, tj. vybraným domovem pro seniory. Smyslem a cílem poskytované služby je pomáhat klientovi vykonávat činnosti samostatně a podporovat jej v udržení aktivity a soběstačnosti s využitím jeho schopností a dovedností po co nejdelší dobu, což dle Malíkové (2011, s. 122) přispívá k zachování důstojnosti, podporuje jeho sebevědomí a vědomí vlastní hodnoty.

Legislativu pro poskytování sociálních služeb tvoří zákonné a podzákonné normy, etické normy a další strategické dokumenty: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách č. 505/2006 Sb., Ústava, Všeobecná deklarace lidských práv, Listina základních práv a svobod, zákon o ochraně osobních údajů a další.

Hlavním cílem zákona o sociálních službách je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti. Sociální služby umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti. K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí zákon následující zásadní nástroje:

- Každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství.
- Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládnání péče o sebe a v soběstačnosti, bude poskytována státem sociální dávka „příspěvek na péči“.
- Lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých, nabízí velmi pestrá nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.
- Zákon současně garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu.
- Zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji (Průvodce, 2006, s. 3).

1.1 Struktura zaměstnanců

V § 115 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je okruh zaměstnanců, vykonávajících odbornou činnost, stanoven takto: sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Pro tyto odborné pracovníky je v praxi používán termín pracovníci v přímé péči. Požadavky na ostatní profese, potřebné pro zajištění chodu organizace si na základě svých potřeb a finančních možností určuje management organizace. Charakteristickým rysem sociálních služeb je, že se na jejich poskytování účastní pracovníci různých oborů (odborní pracovníci, externí pracovníci, administrativní a provozní pracovníci, lékaři, dobrovolníci aj.).

Základem poskytované služby v domovech pro seniory je přímá péče o klienta, tj. přímá obslužná péče, zdravotní péče, aktivizační péče, kterou vykonávají pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry bez odborného dohledu.

Nejpočetnější skupinou zaměstnanců jsou **pracovníci v sociálních službách**, kteří vykonávají dvě základní kategorie činností:

a) přímou obslužnou péči o klienty, která spočívá v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při sebeobsluze, podpoře soběstačnosti, posilování životní aktivizace, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb, pomoci při osobní hygieně a oblékání, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů; (§ 116 zákona č. 108/2006 Sb.)

b) základní výchovnou nepedagogickou činnost, která spočívá v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, zajištění a realizace volnočasových aktivit, zaměřených na rozvoj osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností, zabezpečení zájmové a kulturní činnosti, provádění asistenční služby a osobní asistence (Malíková, 2011, s. 122).

Sociální pracovník je především administrativním pracovníkem, který zajišťuje jednání se zájemci o službu (budoucí uživatel/klient), sociální šetření, příjem nových klientů, vysvětlení a dojednání podmínek poskytování sociální služby, přípravu smlouvy o poskytování sociální služby, tvorbu standardů kvality pro svou organizaci, aj. Spolupracuje s vrchní sestrou, všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, aktivizačními pracovníky, dobrovolníky, účetní a dalšími zaměstnanci organizace (Malíková, 2011, s. 86 - 92).

Všeobecná sestra v domovech pro seniory má v souladu s moderním ošetřovatelstvím několik důležitých rolí. Je pečovatelkou poskytující základní ošetřovatelskou péči, je vzdělavatelem nemocného zdůrazňujícím prevenci nemoci a závislosti na službě, zajišťuje poradenství nemocným a jejich rodinám. Sestra je také obhájcem klienta-seniora. V situaci, kdy nemocný senior není schopen projevit svá přání, se stává jeho mluvčím. Dále je koordinátorem, který plánuje ošetřovatelskou péči, spolupracuje a realizuje ji s ostatními členy multidisciplinárního týmu. V neposlední řadě je všeobecná sestra také asistentem podílejícím se na péči, připravuje a asistuje u vyšetření a vykonává ošetřovatelské intervence, naordinované lékařem (Staňková, 2007, s. 11-12).

V souladu s biografickým modelem péče prof. Böhma je sestra nejen asistentem lékařů, ale díky nové legislativě má možnost pracovat samostatně a poskytovat terapeutickou péči, která vychází z konceptu bazální stimulace a následně z modelu psychobiografické péče. Tento ošetrovatelský model, který je hojně využíván v německy mluvících zemích, je obsahově zacílený na poskytování ošetrovatelské péče seniorovi se zaměřením na jeho psychiku a motivaci, která je hybnou silou pro mobilitu klienta, je směrodatným pro budování nových alternativních koncepcí v sociální politice a v péči o seniorskou generaci (Procházková, 2010, s. 14).

1.2 Klienti v domovech pro seniory

Cílovou skupinu neboli okruh osob, kterým je sociální služba poskytována, si definuje každý poskytovatel sociálních služeb (tedy konkrétní Domov pro seniory) sám, v souladu se základními principy stanovenými v § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a následnou registrací.

Dle dikce zákona o sociálních službách jsou klienty domovů pro seniory osoby se sníženou soběstačností, jejichž situace z důvodu věku a zdravotního stavu vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Senior je definován jako osoba starší 60 let a pojem stáří jako poslední etapa vyměřeného života (Hartl, 2000). Stáří je legitimním a završujícím procesem lidského vývoje (Jarošová, 2006), přirozeným obdobím lidského života. Stáří není nemoc, ale naprosto nevyhnutelný a přirozený proces změn trvajících po celý život. Tyto změny jsou v pozdějším věku více viditelné a zřetelnější. Stáří je ve vysoké míře spojeno i s častějším výskytem zdravotních obtíží, nemocí a v jejich důsledku též ztrátou soběstačnosti.

Jak vyplývá ze zákona o sociálních službách, klientem domova pro seniory je osoba se sníženou soběstačností z důvodu věku, tedy z důvodu stáří. V souvislosti se stářím a procesem stárnutí probíhá v lidském organismu celá řada změn, a to psychických, fyzických i sociálních. Penzionováním a často též v souvislosti se ztrátou blízkých osob nastávají výrazné sociální změny, především osamělost, ztráta prestiže a sociálního statutu, snížený finanční příjem a související ekonomické obtíže, nezřídka stěhování a změna životního stylu (Venglářová, 2007). Toto všechno jsou nejen důvody, proč osoby seniorského věku nakonec vyhledají služby domova pro seniory, ale též faktory, se kterými se musí

sami vyrovnat a se kterými musí pracovat i zaměstnanci domova pro seniory, kteří o klienta pečují. Podle Haškovcové (1989, s. 188) uvažuje stárnoucí člověk o odchodu do domova právě na základě perspektivy ztráty vlastní soběstačnosti, neboť jej pronásleduje strach ze závislosti a oprávněně se bojí, že nebude moci zvládat výzvy a každodenní práci všedního dne.

Reakce stárnoucího člověka na probíhající změny a způsob vyrovnání s nimi jsou ovlivněny především jeho osobností, výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi, prostředím, reakcemi okolí a jeho možnostmi (Malíková, 2011). Biografický model péče v souladu s výše uvedeným vede pracovníky ke znalosti životního příběhu klienta-seniora, neboť toto všechno pak musí být při poskytování sociální služby a individualizované péče o seniory zohledněno (Procházková, 2014).

Podle Eriksona (1997) je nejdůležitějším úkolem každého stárnoucího a starého člověka dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Pro dosažení integrity jsou nutné pravdivost, smíření a kontinuita. Pokud stárnoucí člověk správně zpracuje téma integrity, přijme i celý svůj život, akceptuje jeho smysl, své stáří, životní omyly a nezdary, odpouští si, neodsuzuje se a přijímá se takový, jaký je. To mu dává svobodu a možnost důstojně dožít své dny. Nezpracování tématu integrity vede k psychickým změnám a měnícím se rysům osobnosti. Realita se pak stává neúnosnou, stejně jako služba nesmířenému starému a nemocnému člověku (Erikson, 1997, s. 117; Malíková, 2011).

Starý člověk ve vysokém věku mnohem častěji prožívá významné ztráty blízkých a společných vztahů. Ve vyrovnávání s nimi je obsažen nejen hluboký smutek, ale také poselství, že brána smrti je otevřená a velmi blízko (Erikson, 1997, s. 109). Tato skutečnost klade vysoké nároky na pečující osoby (příbuzné a pracovníky), na jejich emoční inteligenci, vyzrálost a odvalu, aby mohli být seniorům laskavými průvodci na jejich cestě k věčnosti.

1.3 Domov se zvláštním režimem

Jedná se o pobytovou sociální službu, poskytovanou seniorům a osobám s demencí jakéhokoliv typu. Tato služba může být poskytována nejen v domovech pro seniory (není-li to vyloučeno v rámci negativního vymezení cílové skupiny), ale též v samostatném zařízení domov se zvláštním režimem. V praxi je nejčastěji v rámci jednoho poskytovatele

propojeno poskytování těchto dvou sociálních služeb: domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Služba domov se zvláštním režimem je definována v § 50 Zákona o sociálních službách jako pobytová sociální služba pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Způsob poskytování sociální služby je ve velké míře podobný jako v domově pro seniory, jen je přizpůsoben specifickým potřebám osob s demencí, tj. klienti mají k dispozici zvýšenou péči a dohled, pozornost a podporu zaměřenou právě na zvládnutí projevů jejich onemocnění. Personální zajištění služby vychází z doporučení České alzheimerovské společnosti (Strategie P-PA-IA), tj. na každých 8-15 klientů s demencí mají být ve službě min. 2 pracovníci přímé péče; podle stupně demence se určuje velikost skupiny – čím těžší stupeň demence, tím menší počet klientů na daného pracovníka (Holmerová, 2013, s. 158-164).

Sociální služba je poskytována takovým způsobem, aby zachovávala lidskou důstojnost, podporovala udržení a rozvoj schopností a dovedností klienta, umožnila klientům žít běžným způsobem i v podmínkách pobytového zařízení. (Zákon o sociálních službách, 2006; vyhláška č. 505, 2006). Způsob poskytování sociální služby odpovídá osobním cílům jednotlivých uživatelů služby, podle fáze demence a stupně dezorientace (regrese), skutečné míry potřebné podpory, pomoci či péče. Kroky potřebné k dosažení stanoveného osobního cíle jsou definovány v individuální dokumentaci klienta (individuální plán péče). (MPSV, 2002)

Způsob poskytování služby je postaven na základní metodě, kterou je individuální plánování průběhu služby, za jehož realizaci odpovídá klíčový pracovník. Základními koncepty poskytování sociální služby jsou Smyslová aktivizace, Bazální stimulace a Biografický model péče. Při poskytování služby jsou využívány vlastní zdroje a možnosti klienta (schopnosti, dovednosti, kompetence): činnosti, které klient zvládne sám, vykonává sám, případně s dohledem či dopomocí personálu, pomoc a podpora je poskytována pouze v těch oblastech a rozsahu, který si již klient není schopen zabezpečit či zvládnout sám (Vyhláška č. 505, 2006).

Tímto způsobem poskytování sociální služby jsou klienti motivováni k aktivitě a využívání vlastních schopností (v závislosti na aktuálním zdravotním stavu) po co nejdelší dobu, aby nedošlo k budování závislosti na poskytované službě a k zneschopňování uživatelů služby.

2 PÉČE O SENIORA V DOMOVECH PRO SENIORY

Předmětem činnosti domovů pro seniory je poskytování pobytové služby těm osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby zejména z důvodu vysokého věku. Sociální služba pak zahrnuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy a ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nabídku aktivizačních činností a pomoc při prosazování práv a zájmů (Matoušek, 2010).

Poslání Domovů pro seniory je poskytovateli definováno zpravidla jako podpora a udržení soběstačnosti v rámci schopností uživatele a možností poskytovatele. Prostřednictvím svých služeb se v domovech pro seniory snaží pro své klienty vytvořit takové životní podmínky, které se co nejvíce přibližují životnímu standardu běžné populace. Důraz je kladen na individuální potřeby jednotlivých osob (klientů), na jejich potřeby a práva, s přihlédnutím k jejich fyzickým, zdravotním a psychickým možnostem, jejich zdrojům, zachovaným schopnostem a dovednostem každého uživatele (Zákon o sociálních službách, 2006).

O seniory pečuje multidisciplinární tým, složený ze zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry bez odborného dohledu, fyzioterapeut), pracovníků v sociálních službách (pracovníci v přímé péči, aktivizační pracovníci) a sociálních pracovníků. Zázemí pro ně vytváří zpravidla pracovníci úseku ekonomického, provozního a stravovacího (Malíková, 2011).

Péče je zaměřena na poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytování pomoci při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Dále zahrnuje dle ZSS i sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Cílem poskytované služby a činnosti zaměstnanců je zabezpečit seniorům vysokou úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb, poskytovat individuální péči a vytvářet v domově podmínky přirozeného domácího prostředí (Zákon o sociálních službách, 2006; Malíková, 2011).

Součástí poskytované sociální služby je v souladu se ZSS lékařská, zdravotní a ošetrovatelská péče. Lékařskou péči zajišťují uživatelům služby privátní praktiční lékaři a odborní lékaři, nejčastěji psychiatr, neurolog, stomatolog, gerontolog a dermatolog. Další odborná péče je zajišťována dovozem seniorů do specializovaných ambulancí. Zdravotní a

ošetřovatelskou péči zajišťují klientům všeobecné sestry bez odborného dohledu. Základní metodou poskytování ošetřovatelské péče je ošetřovatelský proces, který je nástrojem individuální péče a slouží k zajištění bio-psycho-sociálních potřeb klientů (Malíková, 2011).

2.1 Role všeobecné sestry při péči o seniory

Profese všeobecné sestry s sebou nese povinnost poskytovat ošetřovatelskou péči nemocným (Pochylá, 2005, s. 43). Mezi základní činnosti všeobecné sestry patří poskytování základní ošetřovatelské péče (uspokojování základních potřeb klienta), výkon terapeuticko-diagnostické činnosti (příprava a provedení různých vyšetření, sledování zdravotního stavu a výkony spojené s jeho léčením), psychosociální činnosti (podpora klienta a snaha o dosažení celkové pohody klienta - komunikace, edukace, podpora a ochrana jeho zájmů), přípravné a dokončovací práce spojené s výkony a vyšetřeními (příprava, úklid a dekontaminace pomůcek) a administrativní práce (Staňková, 2002).

Aby mohly být uspokojeny veškeré potřeby nemocného na základě jeho individuálně určených potřeb, je a musí být práce sestry týmovou záležitostí, a to nejen s dalšími všeobecnými sestrami, ale především i s dalšími členy pracovního týmu, tj. fyzioterapeuty, pracovníky v sociálních službách, sociálními pracovníky a aktivizačními pracovníky. Taková péče se nazývá holistická, což znamená zabývající se člověkem ze všech stránek osobnosti. V takto složeném multidisciplinárním týmu má každý člen svou nenahraditelnou funkci a tyto funkce se vzájemně prolínají. Jeden člen bez druhého nemůže plnohodnotně vykonávat své povolání (Šamánková, 2002; Hanzlíková et al., 2007).

I sestra v domově pro seniory zastává v týmu několik významných a vzájemně se prolínajících rolí: pečovatelka (poskytuje základní ošetřovatelskou péči, zjišťuje zdravotní problémy seniorů a sestavuje ošetřovatelský plán), edukátorka (podílí se na podpoře zdraví a prevenci nemocí, rozvoji soběstačnosti seniorů, prevenci komplikací jejich nemoci a nácviku samoobslužných činností), obhájkyň (v situacích, kdy senior není schopen dát najevo své potřeby, sestra se snaží tyto problémy rozpoznat pomocí ošetřovatelského procesu a stává se jeho mluvčí a obhájkyň), koordinátorka (plánuje a realizuje ošetřovatelskou péči a úzce spolupracuje s ostatními členy týmu), asistentka (připravuje pacienta k vyšetřením, asistuje při výkonech a podílí se na zajištění léčebné činnosti předepsané lékařem), inovátorka (v domovech pro seniory velmi žádaná role sestry, kdy do praxe přináší nové prvky

moderní a bezpečné ošetrovatelské péče), mentorka (odpovědnost za studenty ošetrovatelství, kteří si plní praxi během studia). (Staňková, 2007, s. 11-12; Farkašová et al., 2005)

Šamánková (2006) tento výčet rolí doplňuje ještě o roli sestry-sociální pracovnice, především v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Také v těchto zařízeních je potřebná práce sestry, která poskytuje klientům základní ošetrovatelskou péči naordinovanou lékařem. Sestra napomáhá a snaží se podpořit každého člověka v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti a sebezpečí (Šamánková et al., 2002).

Od role sestry se očekává nejen profesionalita, aktivita, pomoc a rozhodnost, ale též porozumění, obětavost, laskavost, vstřícnost a skutečný zájem o nemocného. K sestře si klient vytváří vztah a zároveň si vytváří vztah i sestra ke klientovi. Chování sester a veškerého personálu způsobuje příjemnou, nebo nepříjemnou atmosféru na pracovišti a ta má opět velký vliv na vztah ke klientovi, jeho uzdravení nebo alespoň zlepšení zdravotního a psychického stavu a celkově na kvalitu života v instituci (Jarolímová a Holá, 2007).

Sestra navazuje kontakt a komunikaci s klienty i jejich příbuznými, předává potřebné informace vztahující se k ošetrovatelské péči o jejich blízkého. Příbuzní mohou být při poskytování péče velmi nápomocní. K vybudování dobrého, nosného vztahu mezi klientem a sestrou významně napomáhá její výraz tváře (přívětivost, laskavost), upravený vzhled a neverbální komunikace (Šamánková et al., 2002, s. 37-39).

Kompetence a pracovní náplň sester jsou vymezeny vyhláškou č. 424/2004 Sb. a v § 4 vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Do náplně práce sester (bez odborného dohledu) patří zejména vyhodnocování úrovně soběstačnosti klienta a sledování bolesti; sledování, hodnocení a zaznamenávání stavu klienta, vyhodnocování potřeb a míry soběstačnosti, sledování fyziologických funkcí, edukace klientů o režimových opatřeních, hodnocení sociální situace klienta, nácvik a podpora sebezpečí, mobility a sebeobsluhy, zajišťování příjmu, překladu a propuštění klienta (v domovech pro seniory ve spolupráci se sociálním pracovníkem), nakládání s léčivými zdravotnickými prostředky, podávání léčivých přípravků, aplikace kyslíku, odběr biologického materiálu, ošetrování ran, zavádění katétru do močového měchýře ženy, pečování o tracheostomickou kanylu a jiné stomie, asistence lékaři při ordinaci a odborných výkonech, provádění základní rehabilitační péče, psychická podpora a doprovázení umírajících a jejich blízkých, péče o mrtvé tělo, práce s dokumentací (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

2.2 Role pracovníků v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách vykonává činnosti v souladu se ZSS a navazující vyhláškou. Okruh poskytovaných základních služeb je vyjádřen vyhláškou v §15 a § 16. Důležitou úlohou v práci pracovníka v sociálních službách je role klíčového pracovníka. Barker jej definuje jako pracovníka v sociální péči, který je zodpovědný za koordinaci aktivit všech lidí podílejících se na péči o jednu osobu, včetně poskytování poradenství, terapie a případně též emocionální podpory (Barker, 2003, s. 238).

Matoušek (2003) uvádí, že klíčový pracovník neboli garant, je „pracovník,“ který osobně dohlíží na klienta účastnícího se skupinového programu a odpovídá vedoucímu organizace za průběh péče. Klíčový pracovník vypracovává plán péče, monitoruje jeho dodržování, koordinuje součinnost s jinými službami nebo odborníky, konzultuje s klientem jeho osobní problémy a pokračuje v kontaktu s klientem i po skončené intenzivní péči (Matoušek, 2003, s. 72).

Výkon práce pracovníka v sociálních službách zahrnuje, dle individuálních potřeb klienta, poskytování přímé obslužné péče klientovi, dovážení stravy a její příprava, dopomoc s příjmem potravy, péče o lůžko klienta, dopomoc v pohybových aktivitách mimo lůžko, pomoc při změně polohy, přípravu klienta na dobu odpočinku a spánku, dopomoc s osobní hygienou a vyprazdňováním, provádění péče o zemřelé tělo, u nekomunikujících klientů využívá techniky alternativní a augmentativní komunikace, vedení záznamů v dokumentaci individuálního plánu klienta. Pracovník v sociálních službách provádí aktivizaci klientů a využívá k tomu stimulační prvky či metody, plní roli klíčového pracovníka. Dále zajišťuje úklid pokoje klienta, udržování čistoty společných prostor, dodržování dezinfekčního řádu, manipulace s čistým a špinavým prádlem, dodržování hygienických předpisů. S přidělenými klienty pracuje na tvorbě individuálního plánu, vytváří návrh činností a intervencí, sleduje efekt prováděných činností, které také s klientem hodnotí (Malíková, 2011, s. 95, 96).

2.3 Role sociálních pracovníků při péči o seniory

Sociální pracovník bývá první kontaktní osobou zájemce o službu a je tedy pracovníkem, který může ovlivnit, jak zájemce bude vnímat domov pro seniory jako místo svého nového domova. Předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka jsou vymezeny v §

109 a § 110 zákona o sociálních službách. Řezníček (2000) uvádí výčet různých rolí sociálního pracovníka, které výkon této profese v sobě obsahuje: sociální pracovník je „*pečovatel nebo poskytovatel služeb, zprostředkovatel služeb, cvičitel (učitel) sociální adaptace, poradce nebo terapeut, případový manažer, manažer pracovní náplně, personální manažer, administrátor a činitel sociálních změn*” (Řezníček, 2000, s. 63-64).

Šimková (socialnirevue.cz) vnímá práci sociálního pracovníka jako roli mnohovrstevnou, s rolemi navzájem se prolínajícími, kdy jednotlivé role vystupují nebo jsou potlačeny dle kontextu právě vykonávané práce u daného případu. Dále uvádí příklad sociálního pracovníka v přímé péči s klienty, kde plní nejaktivnější roli poradce - terapeuta, a roli administrativní (např. podávání žádostí o dávky, jednání s institucemi), avšak méně znatelná bude například role experta na sociální procesy, což je v domovech pro seniory realitou.

Dle Matouška (2005, s. 179, s. 180) je sociální pracovník s vysokoškolským vzděláním adeptem na manažerskou pozici v pobytovém zařízení. V současné době je ale práce sociálního pracovníka v domově pro seniory zaměřena především na administrativu - od kontaktů s úřady, plánování příchodu klienta do instituce, provádění sociálních šetření, spolupráce s rodinou klienta, zpracování a zajišťování dodržování standardů kvality, zpracování individuálního a adaptačního plánu péče o klienta, zajišťování sociální služby a aktivizace pro klienty domova.

Sociální pracovník má v domovech pro seniory nezastupitelnou funkci, od okamžiku podání žádosti zájemce o službu až po sociální poradenství při úmrtí klienta. Přičemž jednání se zájemcem je většinou první společný kontakt. Spolupracuje a pomáhá klientovi v adaptačním období, zjišťuje jeho potřeby, způsob adaptace, spokojenost s poskytovanou službou a realizací individuálního plánu, spolupracuje s příbuznými klienta i veřejnými institucemi (Malíková, 2011, s. 123 a s. 124).

2.4 Individualizovaná péče

Plánování a průběh služby s ohledem na individuálně určené potřeby klienta, ukládá poskytovatelům sociálních služeb, tedy i domovům pro seniory, standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby (Vyhláška č. 505, 2006). Povinnost poskytovatele individuálně plánovat průběh poskytované sociální služby uživateli zahrnuje plánování, písemnou dokumentaci a hodnocení průběhu služby. Základem je vypracovaný individuální

plán, na kterém se podílí uživatel služby a klíčový pracovník (zpravidla pracovník v sociálních službách, všeobecná sestra, sociální pracovník).

Standard č. 5 má pět kritérií, z čehož první čtyři jsou zásadní a musí být vždy naplněna (viz tabulka 1).

Tab. 1 Standard č. 5 - kritéria (zdroj: příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.)

	Kritérium	Zásadní
a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ano
b)	Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.	ano
c)	Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.	ano
d)	Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.	ano
e)	Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.	ne

Standard stanovuje poskytování služeb na základě společně vypracovaného individuálního plánu. Sestavování a realizace individuálního plánu zohledňuje klientovy potřeby, jeho aktuální situaci a požadavky, stejně jako jeho zdroje, zachované schopnosti a dovednosti. Vede uživatele k smysluplnému životu i v pobytovém zařízení a k pocitu, že všechny prováděné činnosti slouží jako prostředek k dosažení jeho cíle. Podporuje klienta v udržování soběstačnosti, dochází k sociálnímu začlenění uživatele (Bílá kniha, 2003, s. 9-11, vyhláška č. 505, 2006).

Specifické funkce individuálního plánování jsou podle Adamse a Greider (2005, s. 39) následující:

- Budování společenství s jednotlivcem i rodinou, hledajícími sociální služby
- Zajištění kulturní kompetentnosti kritérií pro plánování a hodnocení služby
- Definují a popisují silné vlastnosti, potřeby, preference, zdroje a úkoly jedince
- Identifikace a stanovení kritérií pro očekávané výsledky, přehodnocení nebo ukončení poskytované služby
- Dokumentace ošetrovatelské potřeby klienta, očekávanou frekvenci, intenzitu a průběh poskytované péče a služeb
- Podpora vedení dokumentace služeb a její vyúčtování

Individuální plánování jako proces zahrnuje zkoumání klientovy situace (jeho omezení a jeho zdrojů, tj. zachovaných schopností a dovedností, tedy identifikace pozitivního potenciálu klienta), ze zdrojů klienta vycházející plánování potřebné míry podpory, pomoci a péče, následně realizace stanoveného plánu, tj. poskytování podpory (pomoci a péče), vyhodnocování průběhu služby, hodnocení dohodnutých cílů a stanovení nových cílů (MPSV, 2002, s. 45).

Individuální plán je dokumentací, která zahrnuje soubor dílčích dokumentů: osobní profil uživatele (tj. souhrn jeho potřeb a zachovaných schopností), dohodnutý osobní cíl, neboli cíl spolupráce (důvod, pro který sociální službu vyhledal), adaptační plán (záznam potřeb, přání, schopností a možností uživatele po dobu prvních tří měsíců od nástupu), vlastní individuální plán péče (postup práce s uživatelem, včetně identifikace rizik, aplikovaných metod práce a potřebných pomůcek). Tento dokument musí být vypracován na míru každému uživateli a pro personál zařízení je závazný. Denní záznamy pak obsahují každodenní předávání informací o aktuálním stavu uživatele, realizaci plánu a péči o něj, specifika služby jsou předávána mezi jednotlivými pracovníky ústní i písemnou formou (MPSV, 2002, s. 45; vyhláška č. 505, 2006).

Jednou z nejdůležitějších funkcí individuálního plánování a celého plánovacího procesu je způsob, kterým plánování podporuje práci pečovatelského týmu. Tým je přisloveným příkladem celku, jenž je větší než součet kterékoliv z jeho částí. Je to více než skupina lidí určená k výkonu práce na stejném pracovním úseku (na jednom oddělení) nebo práce pro stejnou klientelu. Na té nejjednodušší úrovni může být tým definován jako skupina lidí pracující na stejném cíli: skupina lidí spojená dohromady, aby se dělila o společný úkol nebo výzvu s vědomím toho, že skupina lépe uspěje tam, kde jednotlivec uspět nemůže. Úspěch je pak výsledkem spojení vzájemně závislé aktivity. Vytvoření individu-

álního plánu může poskytnout pojítka, které drží tým dohromady a podporuje jeho úspěch (Adams a Greider, 2005, s. 45).

Individuální péče nemůže a nesmí vycházet pouze z hodnocení tělesných změn, musí pojímat člověka v celé jeho celistvosti, kde všechno souvisí se vším, což předpokládá chápat klienta komplexně a bezvýhradně, bez kritiky, předsudků a soudů. Individuální práce s klientem pak staví na pochopení biografie konkrétní osoby a struktury programování jejího dosavadního života. Při procesu plánování průběhu služby je nezbytné zachovávat principy autonomie, nezávislosti, integrace, partnerství a subsidiarity (Bílá kniha, 2003, s. 6). Přesto, že jsou tyto teze logické a nezpochybnitelné, jejich naplnění v praxi činí poskytovatelům sociálních služeb nemalé obtíže.

Vypracování skutečně individuálního plánu a jeho následné plnění není možné bez dostatečné a hluboké znalosti životního příběhu - biografie klienta, a tato znalost musí být dostupná všem pečujícím osobám, které se jakýmkoliv způsobem podílejí na poskytování péče konkrétnímu klientovi. Takto zpracovaný individuální plán (biografický plán péče) se stává nejen základem pro naplnění standardu kvality č. 5, ale především základem pro lidskou, vztahovou péči. Na základě znalosti biografie klienta lze najít vhodné aktivizační, rehabilitační a motivační techniky usnadňující uživateli přijmout změny, které souvisí s pobytem a životem v sociálním zařízení, a k udržení vlastní autonomie, smyslu a motivace k životu (Procházková, 2014, s. 93).

Smyslem individuálního plánování a stěžejním cílem individuálního plánu je zachování autonomie klienta, jeho zmocňování a uschopňování (empowerment), podpora uplatnění vlastního rozhodování, utváření vlastního života a minimalizace závislosti na poskytované péči a službě. Charakteristickým znakem individualizované péče pak je „služba šitá na míru“, tj. upravená podle potřeb klienta v souladu s jeho požadavky, potřebami a hodnotami (Adams a Grieder, 2005, s. 22)

Sepsání biografie v rámci ošetřovatelské anamnézy je důležitá část ošetřovatelského procesu a pro ošetřující personál znamená volit intervence zohledňující individualitu klienta. Böhm k tomu říká, že „porozumět biografii znamená nabídnout klientovi správná a srozumitelná opatření.“ (Friedlová, 2007, s. 132).

3 BIOGRAFIE KLIENTA V DOMOVĚ PRO SENIORY

Nejvyšším cílem v práci s biografií je porozumění životní historii klienta. Základním stavebním kamenem (psycho) biografického modelu je práce s biografií klienta, která není jenom sběrem informací o klientovi, ale mění základní postoj personálu vůči seniorovi. Vztah mezi klientem a pracovníkem je podložen otevřeností, respektem, vstřícností a zájmem o klientovu minulost s jeho zážitky a způsoby překonávání zátěžových situací (Procházková, 2014, s. 23).

Biografie je umělecký (literatura, film) žánr založený na popisu života nějaké, většinou známé osobnosti (umělec, politik, sportovec). Správná biografie by měla komplexně a nezájatě popisovat život dané osoby v souvislostech. Hovoříme-li o biografii v souvislosti s poskytovanou péčí, vyjadřuje tento pojem soubor informací o jedinci, který se na její tvorbě podílí (Procházková, 2014, s. 13).

„Biografii neposuzujeme přece také podle její „délky“, podle počtu stránek – nýbrž podle jejího obsahového bohatství.“ (Frankl, 2006, s. 82). Práce s biografií klienta umožňuje pečujícímu personálu nalézat nové způsoby práce s následným využitím nových zdrojů informací pro individuální plánování péče a podkladů pro specifické ošetrovatelské intervence. (Procházková, 2014, s. 19). Podle prof. Böhma *„porozumět klientovi znamená podpořit kvalitu přímé péče“* (Procházková, 2014, s. 17).

Aby mohl pečující personál pracovat s biografií klienta, potřebuje poznat jeho životní příběh. Friedlová (2007, s. 131) vyzdvihuje životní příběh klienta a pokládá jej za významnou a nenahraditelnou část ošetrovatelského procesu. Podle něj je možné a také vhodné volit ošetrovatelské intervence, které zohledňují individualitu uživatele, a stávají se tak výchozím bodem pro individuální péči. Také prof. Böhm (Procházková 2010, s. 22) kritizuje klasický model péče (sytý, saturovaný, spokojený a neaktivní klient), ve kterém personál přebíral veškeré sebeobslužné úkony klienta (úkony sebeděče) bez ohledu na zachované schopnosti a dovednosti klienta, čímž vytváří klientovi závislost na péči a poskytované službě.

Naopak Böhmův model péče je zaměřen na podporu schopností sebeděče starých a dezorientovaných lidí a na hledání a uplatňování takových způsobů péče, které co nejdéle pomohou klientovi jeho schopnosti uchovat či navrátit, a to principem oživení zájmu seniора oživením jeho psychiky. Prof. Böhm ve svém modelu předkládá péči aktivizující a reaktivizující, a pokud používá ve svém modelu pojem rehabilitace, tak ve smyslu re-

aktivizace psychických schopností člověka, tj. „*nejdříve rozhybej psychiku, potom tělo*“ (Procházková, 2010, s. 22).

Dovednost personálu naučit se číst v biografické knize klienta a následné využití těchto poznatků v péči o seniora je dovednost specifická pro geriatrické a gerontopsychiatrické. Personál vnímá klienta v jeho životních rolích, což vyžaduje vysokou míru angažovanosti, protože se také musí zabývat dobou, ve které žila generace našich klientů. Důležitá metoda v práci s biografií je doprovázení klienta cestou vzpomínek s cílem vyhledat a podpořit celoživotně naučené mechanismy pro zvládání zátěžových situací (Procházková, 2010, s. 23).

3.1 Biograficky orientovaná péče

První zmínky o práci s biografií pochází ze 70. let 20. století a to z odborných prací E. Böhma, autora Psychobiografického modelu péče. Prof. Böhm tvrdí, že k poskytování individuální péče musí profesionálně pečující osoby znát životní příběh pacienta, včetně toho, jak jeho vlastní životní zkušenosti ovlivnily postoj k různým aspektům života, chování ve zdraví i nemoci, schopnosti adaptace na nové podmínky a způsoby, jakými se jedinec vyrovnával se zátěžovými situacemi. Od 90. let 20. století je práce s biografií rozvíjena za legislativní podpory v německy mluvících zemích a složka biografie je do ošetrovatelské dokumentace v geriatrické a gerontologické péči zahrnuta legislativou povinně (Procházková, 2014, s. 34, 35).

Prof. Böhm se svým modelem snaží rozšířit úhel pohledu na seniora a předkládá péči aktivizující a re-aktivizující. Nedostatečná je podle něj péče zaměřující se pouze na saturaci potřeb, přebírání schopností a dovedností klienta, a vytváření závislostí na ošetrojícím personálu (Procházková, 2014, s. 33).

Nejvyšším cílem Böhmova modelu péče je znovuoživení duše člověka, která je původním zdrojem veškerého lidského konání. Pokud člověk nemá chuť žít, nemá vůli ke smyslu (Frankl, 2006), pak nemá důvod radovat se, nemá předpoklady k navození pocitu duševního klidu a nemá ani chuť pečovat sám o sebe. Böhmovy cíle v tomto kontextu jasné: jde mu o ochranu zájmů starých, dezorientovaných a nemocných lidí, o jejich aktivizaci a re-aktivizaci prostřednictvím vnitřní motivace, což je plnohodnotná idea naplňující poslání sociální služby (Procházková, 2014, s. 116).

Rovněž Friedlová (2007, s. 131) klade důraz na poskytování odborné a individualizované péče na základě biografické anamnézy, neboť právě díky ní lze nemocnému člověku porozumět a doprovázet ho. Předpokladem efektivní a smysluplné integrace člověka do podmínek institucionální péče a do změněných podmínek je znalost jeho životních návyků, zvyků a prožitků. „*I staří lidé mají svůj vnitřní svět, který je bohatý podle toho, jaké byly jejich životní prožitky. Pokud si tento fakt uvědomíme a začneme vnitřní život starých lidí respektovat, jsme na cestě k toleranci a úctě.*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 19)

Získání životního příběhu a na jeho podkladě sestavení individuálního plánu je dlouhodobý, cyklicky se opakující proces, nikdy nekončící práce, který zúčastněným stranám nabízí cestu otevřeného dialogu, vytváření důvěrného vztahu a společnou práci v režii klienta na tom, co je v životě opravdu cenné – na důstojném životě (Procházková, 2014).

Péče o klienta vychází z jeho principu normality (biograficky definovaná individualita člověka, životní dlouhodobý princip normality, zahrnující kontinuitu života), který lze vyčíst z jeho individuální biografie. Na základě informací z biografie lze vytvořit adekvátní plán péče. „*Princip normality vnímaný jako centrální princip pro vytváření specifické formy péče je v hodnocení efektivity péče vynikajícím aspektem pro uchování tělesné i psychické mobility klienta, pro zachování soběstačnosti klienta, saturaci potřeby sebeurčení a sebehodnoty klienta.*“ (Procházková, 2014, s. 44)

Práce s biografií přináší další podněty do oblasti péče a ošetrovatelství, kde upozorňuje na podstatu důstojné péče, která vnímá důstojnost lidského bytí na základě znalosti lidského příběhu. Biografie, tedy životní příběh jedince, velmi specificky ovlivňuje plánování péče a poskytování přímé péče, jestliže chceme hovořit o péči individuální. Biografický model péče dává institucionální péči lidskou tvář. Podle Böhma (in Procházková, 2014, s. 18) prací s biografií není myšleno jen shromažďování informací o životě klienta, ale především plynulá integrace biografických údajů do plánů péče s cílem podpořit schopnosti sebepéče a soběstačnosti s využitím pozitivního potenciálu klienta. Neboť klient-senior má právo na psychickou rehabilitaci a re-aktivaci, a ne jenom na rehabilitaci fyzickou. Etická dimenze tohoto přístupu k starému člověku je ústředním mottem tohoto modelu a je neodmyslitelnou součástí veškerého snažení jednotlivých účastníků poskytování péče (management organizací, zdravotní sestry, pracovníci v přímé péči), jak zlepšit současný standard v poskytování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (Procházková, 2010, s. 23).

3.2 Psychobiografický model

Provázanost biografie a psychobiografického modelu spočívá v tom, že stavebním kamenem psychobiografického modelu prof. E. Böhma je práce s biografií klienta, která není jenom sběrem informací o klientovi, ale také mění základní postoj personálu vůči klientovi. Vztah a péče o seniora pracovníkem instituce na základě biografie je lidská, respektující důstojnost stáří. Psychické potřeby mají v psychobiografickém modelu opodstatněnou prioritu a biografie tvoří stěžejní informační materiál, který je využit k tvorbě plánů péče. Provázanost psychických potřeb a biografie je v celkovém pojetí tohoto modelu prioritní. Volba plánu péče je založena na diferenciatní diagnostice vypracované Böhmem, která pomůže stanovit, ve které fázi regrese se klient nachází (Procházková, 2014, s. 55).

Základní teze psychobiografického modelu jsou rozděleny do 6 celků:

1. Psychické onemocnění klienta vidí prof. Böhmm v duševním strádání, a nikoliv jako onemocnění organické.
2. Psychogenní problémy ve stáří (zmatenost, paranoia) jsou individuální způsoby chování, které jsou odrazem thymopsychické biografie.
3. Duševní fenomenologie je jako thymopsychický strom života. Roste z kořenů, na kterých jsou otisky etnologické a kolektivní socializace a životního prostředí, ve kterém klient vyrůstal. Kmen tohoto stromu tvoří charakter a osobní životní hodnotový systém klienta (osobní rituály, pocit domova). V koruně stromu jsou schovány systémy, kterými si klient přizpůsobuje svět obrazu svému (coping).
4. Biografii můžeme vidět také jako možnou cestu návratu, kdy se klient vrací do základní thymopsychické biografie. Vrací se do svého dětství a používá naučené emocionální způsoby chování ze svého dětství. A právě tento fenomén návratu je pro nás logicky nepochopitelný – náš senior se spirálově vrací po stupních vývoje do svého mládí, dětství, až po kopírování prenatalního stavu, ležící v poloze embrya.
5. Biografie obsahuje terapeutické prvky, které odpovídají na prožívající životní fázi klienta.
6. Rehabilitační a aktivizační péče má za úkol kompenzovat disharmonii duševního života seniora a pomáhat mu nacházet opěrné body v jeho vnitřním i vnějším světě. (Procházková, 2010, s. 22, 23)

Böhm ve svém modelu v rámci diferenciální diagnostiky pracuje se sedmi stupni (stádii) regrese. Rozdělení regrese je velmi důležité především v péči o seniora se symptomy demence, kdy se navázání kontaktu s klientem ve všech úrovních komunikace mění podle psychického stavu klienta (Procházková, 2014, s. 49).

1. stupeň – fyziologické stáří, biografický náhled na celý život seniora
 - primární socializace – probíhá na úrovni rodiny, důležitý je pocit domova, bezpečí, důvěry. Rozlišujeme, kde probíhalo dětství, jestli na venkově nebo v městském prostředí, v jaké společenské třídě.
 - sekundární socializace – je ovlivněna školní docházkou, postavením v kolektivu, přáteli
 - terciální socializace – je formována výběrem povolání, pracovním procesem, pracovními vztahy
 - komunikace – senior je schopen porozumět obsahu i sdělené formě komunikace s personálem, rozumí, co je po něm požadováno a umí adekvátně reagovat (Procházková, 2014, s. 49)
2. stupeň – stupeň regionálního dialektu a rčení, biografický náhled na období věku seniora v jeho 18 – 25 letech
 - vývojová fáze v období mládí, mezi 12 – 25 lety. V tomto období je důležité vše, co oddělovalo od dospělosti, humor, vtip, větná spojení s podtextem, komunikace mládeže. Regionální dialekt podporuje pocit domova, kam patřím, kde se cítím bezpečně.
 - komunikace – uživatel rozumí obsahu sděleného, aktivizační forma péče je dostatečná
3. stupeň – stadium sociálních potřeb a emocionálních potřeb, biografický náhled na období věku seniora v jeho 12 – 18 letech
 - v této fázi regrese mnoho potřeb dospělého člověka zůstává v pozadí zájmu a zbývají ty potřeby, které byly v životě člověka důležité. Jsou zapsány v paměťových stopách jako naučené automatismy a rituály. Saturace těchto potřeb, pokud je opomenuta, zhoršuje psychický stav klienta.
 - komunikace – klient přestává rozumět obsahu sděleného, je nutné používat dialekt klienta, volit slova známá, pořekadla, ustálená slovní spojení (Procházková, 2014, s. 50)

4. stupeň – stupeň zvyků a rituálů, biografický náhled na období věku seniora v jeho 6 – 12 letech
 - časové a místní ohraničení s naučenými rituály, které zajišťují pocit bezpečí. Významnou roli hraje strach a obavy. V této fázi je pro klienta důležité vše vlastnit a mít zásobu, projevuje se chování naučené z dětství. Častá je agresivita vůči personálu při provádění hygienických úkonů.
 - komunikace – senior přestává rozumět sděleným informacím, mnoho informací na jednu nedokáže roztrždit.
5. stupeň – stupeň pudů a instinktů, biografický náhled na období věku seniora mezi 3 – 6 lety
 - na významu nabývají pudy, sny a fantazie, častý je neklid, neschopnost najít se lžící.
 - komunikace – je v této fázi zaměřena na pohádky, dětské písně a básničky (Procházková, 2014, s. 51).
6. stupeň – intuice, biografický náhled na věkovou etapu mezi 1 - 3 lety
 - charakteristická pro tento stupeň regrese je ztráta racionálního myšlení. Klient se orientuje pouze kopírováním a zrcadlením svého okolí, pečující personál jedná intuitivně. V tomto období je častá „hra“ se stolicí, její manuální vybavování.
 - komunikace – především opakování slov a zvuků, neverbální komunikace doteky
7. stupeň – stupeň bazální komunikace, biografický náhled na období seniora v jeho 0 – 1 roce
 - kojenecké období pro oblast psychiky, je omezená i fyzická výkonnost. Prioritním prvkem je pocit slasti a orální stimulace, kontakt s vlastním tělem, doteky, škrábání, cucání palce.
 - komunikace – především neverbální na základě konceptu bazální stimulace (Procházková, 2014, s. 52)

Určení stádia regrese je důležitým faktorem při volbě aktivizační nebo re-aktivizační péče. Böhm vypracoval diferenciálnědiagnostický systém k určení fáze regrese. Na základě bodového výsledku je zvolena adekvátní forma péče. Určení psychobiografické normality klienta a její následnou implementací do péče začíná proces aktivizační nebo re-aktivizační péče (Procházková, 2014, s. 52, 53).

V psychobiografickém pojetí je biografie rozdělena podle tematických celků na singulární, historickou a regionální. Vychází ze znalostí životního příběhu jedince, v němž jsou zahrnuty emoce, kulturní aspekt doby a specifika regionu (Procházková, 2014, s. 14).

Jedinečnost člověka je odhalena, pokud biografie popisuje tělesné, duševní i spirituální aspekty jedince. Na tomto základě má pečující příležitost porozumět a vhodně jednat se starým člověkem (Procházková, 2014, s. 19).

3.3 Práce s biografií klienta

Plně porozumět klientům můžeme pouze tehdy, známe-li jejich životní příběh a tušíme-li, jaké reakce můžeme očekávat na rozmanité životní situace, při zvládání aktivit denního života, které dovednosti a schopnosti zůstaly zachovány a které je nutno podporovat. Z životního příběhu se dozvídáme, kým člověk byl a kým je, jeho podstatu v závislosti na prožitých životních situacích. Uvědoměním si, odkud jedinec přichází, v jakých podmínkách vyrůstal, jaké měl dětství, dospívání, dospělost, co ovlivnilo jeho životní postoje a názory, vztahy s rodinnými příslušníky a přáteli, zvládání konfliktních situací, můžeme podpořit jeho osobní identitu a porozumět.

U klientů s demencí znalost životního příběhu pomáhá personálu orientovat je v čase, místě, situaci. Nesnažíme se o zlepšení kognitivních funkcí, ale o co nejdelší zachování stávajících schopností a dovedností.

Metody práce s biografií mají podnítit zájem, kreativitu a tvořivost personálu při podporování seniora v objevování smysluplnosti vlastního života, jeho přijetí, integraci a smíření (Ruhe, 2012, s. 83; Specht-Toman, 2012, s. 101-109). Metody práce s biografií členíme do tří oblastí:

- Metody orientované na komunikaci – formou rozhovorů, diskuzí na téma z biografie klienta, psaní dopisů, utváření sociální sítě a vztahů
- Metody orientované na aktivity – společná tvorba, rukodělná činnost, pečení, vaření, oslavy, výlety
- Metody orientované na tvorbu dokumentu – tvorba rodokmenu, stromu života, rodinné dějiny, a především knihy biografie, jež je společnou prací klienta a personálu s využitím fotografií a dobových dokumentů

Práce s biografií není terapie. Terapeutická práce s biografií (zaměřením na biografické intervence) se uskutečňuje v terapeutickém prostředí, pod vedením a s výkladem externího odborníka (Specht-Toman, 2012, s. 4). Práce s biografií klienta v domově pro seniory je soubor technik, jejichž účelem je podporování vybavování vzpomínek seniora, sběr biografických informací a vytvoření individuálního plánu péče. Práce s biografií při tvorbě individuálních plánů péče zrcadlí specifické potřeby a přání jedince, a tím i možnost zachování a uplatnění vlastní autonomie klienta.

Známe-li biografii klienta, můžeme poskytovat individualizovanou péči. Základem pro tvorbu plánů péče je spolu s vypracovanou biografií i detailní rozpracování aktivit denního života a rodokmenového schématu. Základním cílem především u osob trpících demencí je podpora osobní identity, tedy vnímání toho, kým je, vnímání toho, kým ještě je.

Procházková (2014, s. 115, 116) uvádí, že v geriatrickém a gerontopsychiatrickém ošetrovatelství vzniká nová rovina pro tvorbu individuálních plánů péče využitím souhrnu biografických údajů o uživateli, zařazení informací do oblastí aktivit denního života včetně práce s rodokmenem a vztahových vazeb.

„Cílem modelu je naučit personál porozumět klientům a umět stanovit správný motivační impuls pro seniora, který rozhybe jeho psychiku a následně i tělo.“ (Procházková, 2014, s. 116)

3.3.1 Role sociálního pracovníka při tvorbě biografického listu klienta

Sociální pracovník získává informace o klientovi jako první a v modelu tvoří funkci koordinátora spolupráce mezi klíčovým pracovníkem a rodinou klienta. Sociální pracovník informuje rodinu a klienta o způsobu péče instituce a objasňuje přínos biografie klienta pro poskytování služeb a péče. Jako koordinátor individuálního plánování a podílí se na sběru dat, informací a stanovení individuálních cílů ve spolupráci s klíčovým pracovníkem a klientem při tvorbě individuálního plánu. Spolupráce týmu při tvorbě individuálního plánu se projevuje na kvalitě života seniora.

3.3.2 Role všeobecné sestry při tvorbě plánů péče

V biografickém modelu péče je cílem poskytované péče obnovení oživení duše starého člověka. Úkolem ošetřovatelství v rámci modelu je jeho oddělení se od somatizace a socializace duševních potíží a být systematickou péčí o „duši“ člověka. Celostní přístup v ošetřovatelství je zkvalitňován dostatečnou komunikací se seniorem. Uvědomění, že každý člověk reaguje na základě prožitých zážitků, stereotypně. Tyto zážitky jsou otištěny v psychice člověka již v období dětství a rané dospělosti a jsou hluboce uloženy v podvědomí, aby následně ovlivnily chování klienta v případě zátěžové situace. Pokud člověk nemá motiv dále žít, schází-li dostatek životní energie, dochází k deficitu sebezpečí. Böhmová péče je zacílena na oživení zájmu poskytovatelů ošetřovatelské péče (všeobecných sester) zvýšením jejich odbornosti (Procházková, 2010, č. 2, s. 23).

Pro individualizovanou formu plánu péče je důležité provést diferenciální diagnostiku (E. Böhm) ke zjištění fáze regrese a zvolení optimální ošetřovatelské intervence. Provázání biografie a psychických potřeb je v tomto modelu prioritním bodem zájmu a samotné onemocnění seniora hraje až sekundární roli (Procházková, 2010, č. 3, s. 14).

V implementaci modelu do ošetřovatelského procesu se v první fázi, **hodnocení**, zaměřuje personál na schopnost profesionálně klienta pozorovat. Dalším důležitým faktorem je spolupráce týmu v procesu pozorování a sběr dat a tím minimalizaci chybného hodnocení jednou osobou. Z biografie klienta v této fázi zjišťujeme „kdo je náš klient“. Je nutné pochopit jej s celou jeho historií. V druhé fázi ošetřovatelského procesu, **diagnostice**, se společně s medicínskou diagnózou, ošetřovatelskou anamnézou, hodnocením současného stavu klienta a biografií zabýváme také **diferenciální diagnostikou**, stanovenou na základě skórovací tabulky prof. Böhma (Procházková, 2010, č. 10, s. 26).

Diferenciální diagnostické skóre je rozděleno na 7 oblastí (emoce, obsahové myšlení, paměť, orientace, psychomotorika, formální myšlení, schopnost kontaktu). Diagnostika určí, do kterého stupně regrese patří klient.

Třetí fází je **plánování**, která formuluje cíle, výsledná kritéria a plán ošetřovatelských intervencí. Böhm v této fázi nabízí tzv. **impulzy**, které mají svou hodnotu v situaci nestabilního chování klienta. Impulz je intervence zaměřená na psychiku klienta tak, aby zlepšila jeho psychickou pohodu, a lze jej stanovit na základě znalosti biografie klienta. **Realizace** je čtvrtou fází ošetřovatelského procesu a i v této fázi se Böhm prioritně zaměřuje na psychiku klienta, její oživení a správnou motivaci, snaží se sám o aktivní výkon a

není závislý na saturaci svých potřeb personálem. **Vyhodnocením**, konečnou fází procesu, zjišťujeme, v jakém rozsahu dosáhl klient svého cíle, a tím i účinnost celého ošetřovatelského procesu. I zde Böhm využívá tabulky diferenciální diagnostiky, především u klienta se syndromem demence. Z pohledu Böhmova modelu péče je ošetřovatelský proces s implementací biografie klienta přínosný k rozlišení problémů klienta, které je nutné řešit, od problémů personálu, který reaguje na specifické chování klienta neprofesionálně (Procházková, 2010, č. 10, s. 27).

3.3.3 Role klíčového pracovníka v sociálních službách při tvorbě biografie

Klíčový pracovník hraje důležitou roli v adaptaci nového klienta do domova pro seniory. Biografie slouží jako komunikační instrument, napomáhající seniorovi v adaptaci na nové prostředí, pomáhá mu navázat nové kontakty. Umožňuje klíčovému pracovníkovi a také ostatním pracovníkům zachování respektu vůči klientovi ve všech fázích jeho nemoci. Zpracovaná biografie poskytuje klíč pro vytvoření vztahu založenému na důvěře mezi klientem a klíčovým pracovníkem. Vzpomínky na dobré časy oživují pozitivní emoce seniora (Procházková, 2014, s. 23).

Pomoc a podpora při naplňování aktivit denního života, vycházejících z biografie klienta, je jednou ze stěžejních aktivit a kompetencí klíčového pracovníka. Hlavním principem naplňování aktivit denního života je zachování lidské důstojnosti klienta. Stručně a souhrnně řečeno jde o respektování pravidel slušného chování, ochranu soukromí, ochranu osobních údajů, ochranu osobnosti, naplňování základních práv a svobod člověka, respekt k individualitě a jedinečnosti každého klienta a celostní, holistický přístup (Camenzind, 2013, s. 11 – 14).

Aktivita denního života lze shrnout do tří základních oblastí: fyziologické, sociální a mentální. V rámci fyziologických aktivit se hodnotí spánek a bdělost, mobilita (zachování pohybu a statiky), odpovědnost a nezávislost pro osobní péči (hygiena a oblékání), jídlo a pití (adekvátní příjem potravy a tekutin), vyprazdňování, regulace tělesné teploty a dýchání. Sledované aktivity v sociální oblasti jsou schopnost starat se o vlastní bezpečnost (pocit bezpečí a odpovídající chování - prevence rizik, nebezpečí a škody) a vytvářet prostor a čas (udržování rovnováhy mezi aktivitou a pasivitou, mezi prací a volným časem, včetně vztahu k životnímu prostředí). Na mentální úrovni se jedná o komunikaci, vnímání vlastní-

ho mužství/ženství a (především) hledání/nacházení smyslu ve vzniku, bytí, zániku (sebe-realizace, self-transcendence, smrt). (Modell von Liliane Juchli, s. 2 – 6)

Protože se na péči o klienty a zajištění služby podílí více členů pracovního týmu a také je často třeba spolupracovat s rodinou, dalšími institucemi a organizacemi, je každému klientovi stanoven jeden klíčový pracovník, který si iniciativně všimá zájmů, potřeb a cílů klienta, je koordinátorem práce týmu lidí, kteří jsou do služeb pro daného uživatele zapojeni, odpovídá za vytvoření a aktualizaci individuálních plánů, a rovněž odpovídá za realizaci individuálního plánu. Tím se poskytované služby lépe přizpůsobují potřebám uživatelů a poskytují podklady pro přesnější dlouhodobé plánování služeb (MPSV, 2002, s. 48).

Klíčový pracovník vede tematické porady věnované poskytování péče klientovi, vede a aktualizuje záznamy o průběhu poskytování služby konkrétnímu klientovi, vytváří funkční systém předávání informací o významných událostech, ke kterým během dne při poskytování péče došlo, spolupracuje s všeobecnou sestrou a dalšími členy týmu, účastní se týmové vizitace péče (MPSV, 2002, s. 49), sestavuje individuální plány, zjišťuje biografické informace klienta, zaznamenává a aktualizuje u svých klientů aktivity denního života, navrhuje potřebné intervence pro plány péče, podílí se na realizaci stanovených opatření.

3.3.4 Role klíčového pracovníka při tvorbě individuálního plánu

Využití struktury aktivit denního života a pro každou aktivitu stanovit cíle v jednotlivých plánech péče, vnímá Messer (2004, s. 320) jako možnost propojení informací z ošetřovatelského plánu s individuálními plány péče. Individuální plány jsou na základě aktivit denního života zaměřeny na přání a potřeby klienta. Klíčový pracovník z vypracované biografie klienta, biografického listu a aktivit denního života a ve spolupráci s ošetřovatelským personálem stanoví individuální plán klienta s úpravou prostředí a vhodnými aktivitami, které seniora budou motivovat, zajistí jeho pocit začlenění a podpoří jeho psychiku v adaptaci na nové prostředí.

3.4 Využití biografie v praxi

Práce s biografií se odráží v rovině kognitivní, emocionální a sociální u klientů s fází regrese na stupni 1-3, jež mají zachovalé kognitivní schopnosti a dovednosti je práce s vlastní biografií, tvorba biografické knihy a zápisy do biografického listu formou aktivi-

začnící. Na úrovni kognitivní je to podpora koncentrace a komunikačních schopností a dovedností, témata k rozhovorům a zapomenutá témata jsou znovu oživeny, cvičí se tak i klientova paměť. Emocionální úroveň nepodporována oživením pozitivních pocitů a radosti z pěkných starých časů, z pracovní aktivity. Dává možnost zpracovat konfliktní situace z nového úhlu pohledu, posílit pocit sebe hodnoty a osobní identity, pomáhá redukovat negativní emoce, strach, neklid, beznaděj (Procházková, 2010, s. 14).

Sociální rovina také zahrnuje velmi důležitý pocit „že stále ještě někam patřím“, možnost nových seznámení či oživení vztahů dávno minulých. Pro pracovníky příležitost poznat jedinečnou osobnost seniora, možnost vytvořit důvěrnější vztahy založené na respektu, volit vhodnou aktivizaci a tvorbu individuálních plánů (Procházková, 2010).

„Pochopit chování a reakce klienta může umožnit právě znalost biografie, protože prožitě se zohledňuje v každé nové reakci.“ (Friedlová, 2007, s. 151)

Znalostí biografie klienta je sníženo riziko mylného odhadu chování klienta v nových nebo kritických situacích. Biografie se stává komunikačním instrumentem. Plánováním vhodných denních aktivit podporujeme orientaci v místě, čase a situaci.

Práce s biografií dále napomáhá k co nejdelšímu zachování orientace vlastní osobou, denní režim je organizován dle informací z biografie klienta a tím je zachována a podporována orientace časem, místem a situací. Terapie prostředím je dalším základním prvkem, jenž umožňuje vybavit prostředí doplňky, které v životě klienta hrají důležitou roli, pomáhají v orientaci. Zejména u klientů se syndromem demence, kdy se nesnažíme o zlepšení kognitivních funkcí, ale o zachování jeho schopností a dovedností s jeho naučenými životními rituály a automatismy (Procházková, 2010, s. 15).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této části práce představím cíle výzkumu, dílčí výzkumné otázky a hlavní výzkumnou otázku.

Cílem výzkumu je zjistit, jak je biografický model péče využíván v domovech pro seniory v rámci individualizace poskytované péče a jak sami zaměstnanci hodnotí přínos práce s biografií klienta. Na základě získaných informací se pokusím nalézt vhodný způsob pro implementaci biografického modelu péče do každodenní praxe. Praktickým výstupem pak je vyhotovení vzorového formuláře pro práci s biografií klienta (DC1) a zpracování biografie u 3 vybraných klientů domova pro seniory (DC2).

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku „*Jakým způsobem je biografie klienta využívána v domovech pro seniory?*“ hledám pomocí těchto dílčích výzkumných otázek:

DVO1: Jaký je přínos práce s biografií klienta pro individualizovanou péči v domově pro seniory?

DVO2: Jaký je vhodný postup implementace biografického modelu péče do praxe domova pro seniory?

DVO3: Jakou dokumentaci používají sociální pracovníci, všeobecné sestry a klíčoví pracovníci při práci s biografií klienta v domově pro seniory?

5 METODIKA PRÁCE

V této části práce představím zvolenou výzkumnou strategii, charakteristiku výzkumného souboru, použité metody a techniky sběru dat a jejich zpracování.

Pro praktickou část práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, což je v souladu s doporučením Silvermana (2005, s. 13), který ji pro zkoumání chování lidí či jejich osudů navrhuje jako vhodnější, neboť může přinést hlubší porozumění zkoumané realitě a společenským fenoménům. Též Strauss a Corbinová (1999, s. 10-11) pokládají kvalitativní výzkum za vhodný pro zjišťování informací týkajících se života lidí, popisu jejich chování, vysvětlování společenských a vzájemných vztahů.

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.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 17) Záměrem výzkumníka je „rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (tamtéž, s. 17). Základním metodologickým pravidlem kvalitativního výzkumu dle Švaříčka a Šed'ové (2007) je široký sběr dat, neboť jde o to, prozkoumat daný jev či problém do hloubky. Výzkumník zaznamenává vše, co se v daném prostředí odehrává a poté získaná data analyzuje.

5.1 Metody a techniky tvorby dat

Proces získávání dat se označuje termínem *tvorba dat*, neboť výzkumník má přímou účast na kvalitě získaných dat a sám vznik těchto dat ovlivňuje. Jako základní metodou pro získání a tvorbu dat jsem zvolila nejstarší a nejčastěji používanou metodu, kterou je moderovaný rozhovor (interview), používaný za určitým cílem a účelem. Rozhovor je nutné provádět v kombinaci s metodami pozorování (extrospekce – pozorování účastníka rozhovoru a introspekce – sebereflexe výzkumníka a pružná reakce na vývoj rozhovoru), aby mohla být získána co nejkvalitnější data (Miovský, 2006, s. 141).

Základem polostrukturovaného rozhovoru je vytvoření schématu, které vymezuje okruhy otázek, na které se bude výzkumník ptát. Tyto otázky musí být položeny všechny, přičemž je možné některé otázky přeformulovat (kvůli lepší srozumitelnosti) či zaměňovat jejich pořadí dle vývoje rozhovoru, a to za účelem maximální výtěžnosti interview.

V průběhu rozhovoru může výzkumník pokládat doplňující a upřesňující otázky, stejně jako žádat upřesnění či vysvětlení odpovědi účastníka (Miovský, 2006; Hendl, 2005).

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že v průběhu jeho realizace může výzkumník získávat upřesňující informace a vysvětlení výpovědi účastníka, jak danou věc myslí. Přidanou hodnotou pak je kreativita rozhovoru (Kutnohorská, 2009, s. 40).

5.2 Výběr výzkumného vzorku

Při plánování strategie výběru výzkumného vzorku jsem zohledňovala velikost cílové skupiny, rozmanitost a hloubku zkoumaného jevu a hloubku záběru (tj. bohatost získaných dat vedoucích k odpovědi na výzkumné otázky). Pro výběr vzorku jsem zvolila metodu *záměrného (účelového) výběru*, což je podle Miovského (2006, s. 135) postup, kterým jsou cíleně vyhledáváni účastníci výzkumu podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je konkrétně určená vlastnost nebo stav (např. příslušnost k určité skupině). Hendl (2005) tento způsob výběru označuje jako předem danou strukturu výběru, neboť kritéria výzkumu jsou předem známá a nezávislá na výsledcích výzkumu.

Základním souborem jsou pro účely mého šetření zaměstnanci domovů pro seniory, ve kterých se pracuje s biografickým modelem péče, a výběrovým kritériem je skutečnost, že v domově pro seniory pracují. V rámci tohoto domova pak byli do výzkumného šetření zahrnuti 3 zaměstnanci, z toho zástupce managementu domova (ředitel/vrchní sestra) a zaměstnanci (sociální pracovnice, všeobecná sestra, staniční sestra).

Protože neexistuje v rámci registru poskytovatelů sociálních služeb žádná databáze, která by obsahovala informace o tom, v kterých zařízeních se pracuje s jakým modelem péče, což současná platná legislativa ani poskytovatelům nenařizuje, velmi obtížně jsem získávala informace o tom, v kterých zařízeních (domovech pro seniory) s biografickým modelem péče pracují. Nakonec jsem se obrátila na PhDr. Procházkovou, která mi několik zařízení doporučila a zároveň se za ně zaručila, že skutečně pracují s biografickým modelem péče prof. Böhma.

Jednotkou zkoumání jsou 2 domovy pro seniory, oba v Jihočeském kraji, a to příspěvková organizace zřizovaná městem, s kapacitou 120 klientů, poskytovaná služba domov pro seniory (DS1) a příspěvková organizace zřizovaná krajem, s kapacitou 249 klientů, poskytovaná služba domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (DS2). Vzhle-

dem k tomu, že jsem se v obou navštívených domovech pro seniory zaručila za anonymitu výzkumu, neuvádím zde žádné identifikační údaje těchto zařízení, ani samotných účastníků výzkumu.

Jednotkou zjišťování jsou pracovníci výše uvedených zařízení, pracující na vybraných pracovních pozicích, rozdělení do dvou datových skupin: management (M) a zaměstnanci (Z). V každém zařízení byli do výzkumného šetření zahrnuti 3 zaměstnanci. V DS1 se rozhovorů účastnila ředitelka (M1), vrchní sestra (M2) a staniční sestra (Z1), v DS2 byly respondenty vrchní sestra (M3), staniční sestra (Z2) a sociální pracovníce (Z3). Stručnou charakteristiku jednotlivých účastníků výzkumu uvádím níže v tabulce.

Tabulka č. 2 Charakteristika respondentů (vlastní zpracování)

organizace	účastník výzkumu	pohlaví	věk	pracovní pozice	délka praxe v DS
DS1	M1	žena	57	ředitelka	11 let
DS1	M2	žena	43	vrchní sestra	2 roky
DS1	Z1	žena	38	staniční sestra	5 let
DS2	M3	žena	57	ředitelka	6 let
DS2	Z2	žena	33	sociální pracovníce	4 roky
DS2	Z3	žena	46	všeobecná sestra	3 roky

5.3 Průběh šetření

V průběhu července 2015 jsem navštívila vybraná zařízení (domovy pro seniory, které mi doporučila PhDr. Procházková), ve kterých se pracuje s biografickým modelem péče. Předem jsem požádala ředitele obou organizací o souhlas s návštěvou a realizací rozhovorů. Dále jsem je požádala o určení termínu pro realizaci rozhovoru a zajištění účasti zaměstnanců pro realizaci rozhovoru, s čímž mi ochotně vyšli vstříc.

Každý z respondentů byl seznámen s účelem rozhovoru, byla mu zaručena naprostá anonymita a byl požádán o souhlas se zveřejněním výsledků výzkumu v bakalářské práci. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány pro účely snazšího zpracování. Otázky do rozhovoru jsou uvedeny v příloze P I.

V každém zařízení jsem vedením rozhovorů strávila jeden den. Rozhovory se zaměstnanci probíhaly v jejich přirozeném pracovním prostředí, tedy přímo na pracovišti, v rámci jejich obvyklé pracovní doby. V obou zařízeních mi na závěr rozhovorů umožnili exkurzi, jejímž smyslem byl přenos dobré praxe, tj. ukázka práce s prostředím, s biografií klienta a vedenou dokumentací.

V průběhu rozhovorů jsem se snažila zachovávat neutrální postoj, v souladu se svým upřímným zájmem o biograficky orientovanou péči jsem projevovala respondentům skutečný zájem a porozumění.

Získaná data byla zpracována metodou kódování. Pomocí stanovených dílčích výzkumných otázek byly definovány kategorie, které jsou pro snazší orientaci a práci s textem rozhovorů barevně označeny. Zpracování dat, tj. kódování, analýza a vyhodnocení jsou uvedeny v následující kapitole.

6 OPERACIONALIZACE A KÓDOVÁNÍ

V této části práce představím hlavní výzkumnou otázku rozpracovanou do jednotlivých dílčích otázek.

Přestože je terminologie užitá k popisu konceptu biograficky orientované péče při práci s konceptem zaměstnancům známá, v běžné řeči se příliš nepoužívá. Proto se nebudu ptát svých respondentů přímo, neboť by rozhovor mohl být příliš akademický, nepřirozený a respondenti by mi nemuseli správně rozumět. K požadovaným datům se tedy dostanu pomocí *operacionalizace*, což je zjednodušeně řečeno převedení výzkumných otázek z jazyka teoretického do jazyka praktického.

Operacionalizace je procesem hledání pojítka mezi odbornými koncepty a objekty sociální reality, přičemž jde o hledání ukazatelů těchto konceptů. Tyto ukazatele je možné nalézt pomocí pozorování, dotazování, rozhovory, studiem dokumentů atp. (Žižlavský, 2009). Abych tohoto účelu dosáhla, zvolím pro každou dílčí otázku indikátory a sestavím sadu otázek, pomocí kterých požadovaná data získám. Operacionalizace s přiřazením indikátorů a otázek k jednotlivým dílčím otázkám je uvedena v tabulce č. 3.

Hlavní výzkumnou otázku „*Jakým způsobem je biografie klienta využívána v domovech pro seniory?*“ rozpracovávám do tří dílčích výzkumných otázek (DVO) a dvou dílčích cílů (DC). První otázka je zaměřena na zkoumání přínosu biografického modelu pro individuální péči o seniory (DVO1), druhá na proces implementace biografického modelu péče do praxe (DVO2) a třetí zkoumá, s jakou dokumentací jednotlivé profese při poskytování biograficky orientované péče v domově pro seniory pracují. Dílčí cíle jsou zaměřeny prakticky, a to na tvorbu dokumentace pro práci s biografii (DC1) a zpracování 3 biografii (DC2) s využitím formuláře Biografický list klienta, zpracovaného v rámci DC1.

DVO1: Jaký je přínos práce s biografií klienta pro individualizovanou péči?

Tato dílčí otázka zkoumá „hmatatelné“ výsledky práce s biografií klienta, tedy jaký přínos má biografický přístup pro individualizovanou péči o klienta, tj. jak konkrétně se znalost biografie klienta promítá do individuálních plánů péče, ošetrovatelských plánů a intervencí, do systému předávání informací, práci s dokumentací a do aktivizačních činností.

Indikátory: pozorované změny, dokumentace, práce s prostředím, práce s klientem, propojení s dalšími aktivitami

DVO2: Jaký je vhodný postup pro implementaci biografického modelu péče do praxe?

Cílem této dílčí otázky je najít vhodný postup pro aplikaci biograficky orientované péče do každodenní praxe (co se osvědčilo), definovat, kdo se má na zavádění do praxe podílet, minimalizovat rizika a vyhnout se zbytečným problémům při zavádění biografického modelu do praxe.

Indikátory: postup činností, harmonogram, činnosti vedoucích zaměstnanců, činnosti sester

DVO3: Jakou dokumentaci používají sociální pracovníci, všeobecné sestry a klíčoví pracovníci při práci s biografií klienta v domově pro seniory?

Cílem dílčí otázky je zjistit, kdo je odpovědný za tvorbu používané dokumentace a s jakou konkrétní dokumentací jednotlivé profese, tedy sociální pracovníci, klíčoví pracovníci (pracovníci v sociálních službách) a všeobecné sestry, při poskytování biograficky orientované péče klientům v domově pro seniory pracují.

Indikátory: používaná dokumentace, odpovědnost za dokumentaci, uložení dokumentace, biografický list

DC1: Vypracování vzorového biografického listu (formuláře).

Cílem je nejen zjistit, kdo je odpovědný za tvorbu dokumentace pro práci s biografií klienta, ale především navrhnout/vypracovat vzorový formulář Biografický list klienta, který bude sloužit jako podklad pro zpracování biografie klienta.

Indikátory: odpovědnost za dokumentaci, biografický list

DC2: Ověření vzorového formuláře zpracováním 3 biografii.

Tento dílčí cíl prokazuje schopnost práce s biografií klienta na základě vypracovaného vzorového formuláře Biografický list klienta a zároveň ověřuje využitelnost a vhodnost formuláře v praxi.

Indikátory: biografie 3 vybraných klientů

7 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Tato kapitola je věnována vyhodnocení získaných dat (analýza a interpretace). Možností pro třídění, analýzu a vyhodnocení dat existuje velké množství, já jsem se rozhodla pro techniku kódování. Cílem vyhodnocení získaných dat je odhalit pravidelnosti, společná témata, datové konfigurace, kvality a vztahy získaných dat (Hendl, 2005).

Zjištěná data jsou uspořádána a prezentována v následujících oddílech podle dílčích výzkumných otázek. U každé dílčí otázky je vyvozen dílčí závěr a pomocí těchto dílčích závěrů je následně zodpovězena hlavní výzkumná otázka. Pro podpoření autentičnosti je interpretace doplněna úryvky citací z realizovaných rozhovorů.

Kódování je proces rozčleňování údajů na dílčí celky a segmenty, jejich následné pojmenovávání, třídění, klasifikování a kategorizování, ke kterému dochází již ve fázi získávání dat (Reichel, 2009). Kódování sestává z operací, kterými jsou získaná data rozebrána a znovu složena novými a kreativními způsoby (Strauss, Corbinová, 1999, s. 42).

Pomocí stanovených dílčích výzkumných otázek a dílčích cílů byly vytvořeny kategorie a jejich indikátory, které jsou pro snazší orientaci barevně označeny. Definované kategorie i s barevným rozlišením uvádím níže u každé dílčí výzkumné otázky.

1. Jaký je přínos práce s biografií klienta pro individualizovanou péči?

Kategorie: Přínos biografie.

2. Jaký je vhodný postup pro implementaci biografického modelu péče do praxe?

Kategorie: Implementace.

3. Jakou dokumentaci používají pracovníci jednotlivých profesí při práci s biografií klienta v domově pro seniory?

Kategorie: Dokumentace.

V následující tabulce uvádím operacionalizaci hlavní výzkumné otázky, tedy její rozpracování do dílčích výzkumných otázek, s přiřazením ke otázkám, které byly kladeny respondentům každé DVO a s barevným označením následně vytvořených kategorií.

Tabulka 3 Operacionalizace hlavní výzkumné otázky (vlastní zpracování)

HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA		
Jakým způsobem je biografie klienta využívána v domovech pro seniory?		
DVO	INDIKÁTORY	OTÁZKY DO ROZHOVORU
DVO1:		
<i>Jaký je přínos práce s biografií klienta pro individualizovanou péči?</i>	pozorované změny, dokumentace, práce s prostředím, práce s klientem, propojení s dalšími aktivitami	Kdo využívá poznatky z biografie klienta ve vašem zařízení? Jakým způsobem s biografií klienta pracujete? Jak je biografie klienta využívána? Jaký vidíte přínos znalosti biografie klienta pro svou práci? Jak využíváte biografický přístup při individuálním plánování? Jaký přínos má podle vás práce s biografií klienta pro individualizaci péče?
DVO2:		
<i>Jaký je vhodný postup pro implementaci biografického modelu péče do praxe?</i>	harmonogram, postup činností, činnosti vedoucích zaměstnanců, činnosti sester	Jak jste se ve vašem zařízení dostali k biografickému modelu péče? Jaké byly počátky zavádění biografického modelu péče do praxe? Co bylo při zavádění modelu do praxe obtížné? Co se vám při zavádění (implementaci) osvědčilo? Jak by podle vás měli v zařízení začít při používání biografie?
DVO3:		
<i>Jakou dokumentaci používají sociální pracovníci, všeobecné sestry a klíčovní pracovníci při práci s biografií klienta v domově pro seniory?</i>	používaná dokumentace, odpovědnost za dokumentaci, uložení dokumentace, biografický list	S jakou dokumentací při práci s biografií klienta pracujete? Biografický list, formulář aktivit denního života, biografická kniha? Kdo odpovídá za tvorbu vámi používané dokumentace? Kdo má k této dokumentaci přístup a kam ji zakládáte?

7.1 Přínos práce s biografií klienta pro individualizovanou péči

Výzkumná otázka č. 1 „*Jaký je přínos práce s biografií klienta pro individualizovanou péči?*“ zkoumá pozorovatelné výsledky práce s biografií klienta a hledá v odpovědích respondentů, jaký přínos má biografický přístup pro individualizovanou péči o klienta, tj. jak konkrétně se znalost biografie klienta promítá do všech vedených plánů péče (tj. ošetrovatelský plán, individuální plán, aktivizační plán, rehabilitační plán) do systému předávání informací, práci s dokumentací a do aktivizačních činností.

V rámci třídění a prováděné kategorizace byla této DVO přiřazena kategorie **Přínos biografie** a při práci s textem rozhovorů je označena oranžovou barvou.

Nejsilněji vnímaným, a také nejviditelnějším, přínosem biografického modelu péče je podle prvních reakcí respondentů v obou zařízeních práce s prostředím, tedy úprava společných prostor (zákoutí, chodby, odpočinkové zóny) a také individuální úprava vybavení pokojů klientů.

Z1: „*Máme takové zákoutí podle biografie, a hlavně pro lidi s demencí. Fototapeta dává pocit, že sedí v lese, a když se tam kouknete, uvidíte, že na ně jde shora sluníčko přes světelnou studnu.*“

M3: „*Změnilo se hodně prostředí než ve starým. Díky tomu, že jsme necelý rok po rekonstrukci, mohli jsme ještě do některých činností zasáhnout, teda myslím do vybavení pater a oddělení. Na vybavení podle biografie jsme čekali hodně dlouho, měli při výrobě zpoždění... nebylo jednoduché sehnat, co jsme si namysleli, že tu budeme mít.*“

V obou zařízeních intenzivně pracují s terapeutickým účinkem prostředí, což jim umožňuje a usnadňuje i fakt, že se jedná o nově postavené domovy pro seniory a v obou se již před rekonstrukcí pracovalo s biografickým modelem péče po stejně dlouhou dobu (od roku 2009). Při realizaci rekonstrukce v DS1 zahrnuli do stavebních úprav a vybavení domova i práci s prostředím a jeho terapeutický efekt. Společenské místnosti, odpočinkové zóny a klidová zákoutí jsou v obou domovech koncipovány v souladu s principem normality klientů, tedy v duchu 40 – 60 let (obýváky, kuchyňky, předsínky atp.).

M1: „*Novej domov se postavil a teďka teda jak naložíme tady s těma věcmi, který jsme už dělali, sbírali biografii, a když jsme měli zařídit tady ten barák, tak já jsem věděla, že tenhle koncept chci v celém baráku, ne jeden terapeutický pokoj. Já to úplně nesnáším, mít*

jednu místnost na tohle. Ne, já jsem prostě chtěla, aby to bylo v celém baráku, ten duch aby tam takhle jako žil, takže ty zákoutí pořád tvoříme.“

M3: „Biografické prostředí nemáme v celém domově, to by bylo moc drahé a zřizovatel by s tím měl problém, asi to znáte, tak je terapeutické prostředí jen na zvláštním režimu, kde je důležitější, než na seniorech, kde nemaj ještě takovou dezorientaci.“

V obou zařízeních jsou pokoje klientů vybaveny moderním nábytkem v duchu vysokých současných standardů, především pokud se jedná o polohovací pečovatelská lůžka, noční stolky s výklopnou jídelní deskou, společné koupelny s hydraulicky stavitelnou vanou, hydraulickými zvedáky aj.

M1: „Na pokojích máme moderní vybavení, ale to proto, aby měl personál usnadněnou práci, ale z domu si mohou klienti donést, co chtějí, jsou tady pokoje krásny a některé tak, jak se postavily.“

M3: „Pokoje jsou vybavené moderně, tak, aby se personálu dobře pracovalo. Hlavně polohovací postele, to je důležitý, a taky zvedáky, na převážení klientů. To vám víc řeknou holky z péče. Vanu máme moderní, sprchy taky. Vana je taková ta elektricky stavitelná, nemusíte dávat klienta dolů, ona vyjede za ním nahoru, až po ten zvedák. To jsou dobrý věci, vychytávky.“

Významnou hodnotu biografického přístupu spatřují vedoucí zaměstnanci (M1, M2, M3) v přínosu pro novou motivaci pracovníků přímé péče, mají opět chuť a elán do práce, kdy biografický způsob péče obohacuje nejen klienty, ale také pracovníky. Přínosem je též zapojení rodiny do péče a do dění v domově, rozšíření spolupráce mezi jednotlivými úseky, zlepšení komunikace a utváření kvalitních profesionálních vztahů.

M1: „Je to nová motivace pro ně, větší potěšení z práce, taky srdeční záležitost, úplně jiná dimenze, a taky prevence vyhoření.“

M2: „Musím říct, že se vám otevře další dimenze, protože ty sestry jsou jedna věc, ale ty pečovatelé vám potom dávaj ten koncept do praxe, jako uváděj do života, ony vám to budou posouvat dál. Sestry to znaj a v tomhle jedou s nima“.

M3: „A taky se nám tím vyčistily vztahy, vylepšila se komunikace a předávání informací a spolupráce s jinými úseky. Ale tam jsme je to učili dlouho.“

Z2: „Dokud jsme nezačali s biografií, nemohli jsme k nám příbuzné dostat. To jsme pro ně udělali společenské odpoledne nebo informační schůzku, a taky nikdo z nich nepřišel. Teď co pracujem s biografií, nosí nám materiál, fotky, někdy i celé rodokmeny.“

Z pohledu vedoucích zaměstnanců i přes občasné počáteční obtíže převažují pozitiva při zavádění biografické péče do praxe. Obě ředitelky shodně uvedly, že se jim díky změněné koncepci práce podařilo docílit toho, že nekvalitní zaměstnanci odešli.

M1: „Každý má svou roli, ty jako vedoucí mu to nastav. Samozřejmě, něco vodešlo (zaměstnanci). Někteří odešli dobrovolně sami, ale zase to nebylo tak hrozny, odešly dvě, a obě měly Böhma. Já řekla jedný kolegyni: „Slabší jedinci vodpadaj.“

M3: „Ale je to nekončící práce, hlavně pořád s personálem, vysvětlovat, školit, korigovat, a kdo to nechce dělat, může jít ze zvláštního režimu na seniory, my jsme moc lidí nevyhazovali, špatně se hledají dobří lidi. Tak některé jsme vyškolili, některé jsme vychovali ☺ a někteří taky odešli jinam. Ale sami, že to nevydrželi, ten tlak na výkon a jiný způsob práce. Ale to je přirozené, každý ty změny nezvládne dobře.“

Dopad do individuálních plánů a na aktivizaci klientů je v obou zařízeních podobný. Získané biografické informace se zapisují do dokumentace klienta, ze které čerpají všichni pečující pracovníci. Sociální a aktivizační pracovníci připravují pro klienty přirozené aktivity, vycházející ze zvyklostí každého klienta a z práce všedního dne. Maximálně se snaží zhodnotit znalost životní historie klienta při sestavování aktivizačních skupin a při volbě tématu.

Z1: „Do plánů péče jdou ty informace hned. Sestry si vyberou to svoje do ošetrovatel-skejch plánů, klíčáci do individuálních plánů a předávaj informace taky aktivizační (pracovníci) na ty její aktivity.“

Z2: „Hodně se věnujeme aktivizaci klienta podle jeho životní biografie, děláme pravidelné aktivizace zaměřené na komunikaci, kdy pracujeme v rozhovorech cíleně na získání informací o životě klienta, jeho dětství, mládí, co měl rád, jaké měl rituály, ptáme se, co ve svém životě považoval za důležité, na co je hrdý, na co hrdý není a jestli má nějaká tabu témata. S tímto pracujeme jak na zvláštním režimu, ale tam spíš s rodinou, oni už toho moc s demencí neřeknou, to už je pozdě. Ale hodně s tím pracujeme na seniorech, dokud jim ještě paměť dobře slouží.“

V zařízení DS2 se více věnují biografické aktivizaci klienta s využitím metod zaměřených na komunikaci, na aktivitu a metod zaměřených na tvorbu dokumentu. Při tvorbě dokumentu vznikají velmi hezky a kreativně zpracované rodokmeny klientů, biografické knihy plné vlastních a dobových fotografií. Tyto biografické knihy jsou v zařízení DS2 průběžně doplňovány o poslední kapitolu života seniora, prožitou v domově pro seniory.

Z2: „Taky tu biografickou knihu pořád doplňujeme a dáváme do ní fotky ze současnosti, z aktivit s klientem, z jeho života tady v domově. Aby pak jednou měla rodina na památku tu knihu i s tou naší kapitolou.“

V zařízení DS2 vnímají jako velmi žádoucí přínos zavedené biografické péče také lepší spolupráci s rodinou a větší zapojení rodinných příslušníků klientů.

Z2: „A taky se podařilo, že začali chodit na společnou biografickou aktivitu. To s námi třeba někdy pečou a připravují občerstvení, pak si to odpoledne sníme společně a u toho jim ukazujem, jak se žije na oddělení. To se nám moc osvědčilo.“

Z3: „Vytváříme hezké vztahy i s rodinou. Pak taky jsou ochotní doprovázet toho svého blízkýho, když umírá. To taky dřív nechtěli, báli se, nás, prostředí, umírání, všeho. Teď jsme v tom společně.“

Při ukončení pobytu (úmrtí klienta) je otevřená biografická kniha položena u kaple, aby se mohli ostatní klienti se zemřelým seniorem důstojně rozloučit. Nakonec tuto biografickou knihu předávají pozůstalým příbuzným jako poděkování za společný úsek cesty a poslední rozloučení s klientem a jeho rodinou.

Z2: „Ono se jim pak líp vyrovnává s tím, že jim ten jejich blízký odešel. My tu knihu necháváme dva týdny na polici u kaple, s rozsvícenou svící, aby se ti, co chtějí, mohli rozloučit, nebo jen podívat, kdo to byl a jak žil. A pak tu knihu dáváme rodině. Většinou si u toho všichni pobečeme, ale to je takový očistný, úlevný pláč.“

Na základě získaných odpovědí lze spatřovaný přínos biograficky orientované péče shrnout do těchto základních oblastí: úprava prostředí, profesionalizace vztahů, spolupráce mezi úseky, individualizovaná a biografická aktivizace klienta, zapojení rodiny klienta.

7.2 Postup implementace biografického modelu péče

Druhá dílčí výzkumná otázka „*Jaký je vhodný postup pro implementaci biografického modelu péče do praxe v domově pro seniory, a to na základě zkušeností manažerů z těch domovů, ve kterých již s biografickým model péče úspěšně pracují.*“ hledá vhodný postup pro implementaci biografického modelu péče do praxe v domově pro seniory, a to na základě zkušeností manažerů z těch domovů, ve kterých již s biografickým model péče úspěšně pracují.

Této DVO je přiřazena kategorie **Implementace** a při práci s textem rozhovorů je označena fialovou barvou.

Způsob seznámení s biografickým modelem péče a jeho zavádění do praxe byl v každém zařízení jiný. V DS1 získali informace nejprve manažeři na informačním semináři a následně absolvovali vzdělávání v tomto modelu. V DS2 absolvovala školení jedna sociální pracovníce (Z2) a na základě svého nadšení a vytrvalosti přinesla tento model péče do svého zařízení. Sama PhDr. Procházková k tomu na svých kurzech k implementaci biografického modelu říká, že je to způsob, který má velmi nepravděpodobnou naději na úspěch a s touto sociální pracovnící spolupracuje ve svých kurzech v rámci předávání dobré praxe.

M1: „*V roce 2009 jsme absolvovali informační seminář o biografii, ve 2010 jsme se vzdělali první dva zaměstnanci (já a tehdejší vrchní sestra), to ještě bylo jen pro sestry. A začali jsme úpravou prostředí“*

M3: „*Ona to tady J. do domova přinesla. Přijela tak nadšená ze školení, moc jsem tomu nevěřila, ale udělala nám prezentaci, a s takovým nadšením a vytrvalostí to prosazovala, že jsem jí dala volnou ruku, aby sama dělala, co uzná za vhodné. Nakonec po roce, kdy jsme viděli její výsledky v aktivizaci klientů a taky že se začli chovat jinak, jsem poslala další lidi na školení k Procházkové, do Brna a tak od té doby školíme opakovaně. Tak je to asi její zásluha. Procházková říká, že to je nejmíň pravděpodobná cesta, že jeden nebo dva vyškolení zaměstnanci něco v tom svém domově změní. Ale ona se nedala a nedala si to vymluvit a dneska jezdí k Procházkové prezentovat tu svou tvrdohlavost jako dobrou praxi.“*

V zařízení DS1 začali zavádět biografický model péče úpravou prostředí. Byla to sice nejviditelnější změna, ale nepřinesla očekávaný efekt, neboť úpravou prostředí ve smyslu vytvoření vzpomínkových místností nedosáhli žádné další změny. Z této zkušenosti

tedy vyplývá doporučení ředitelky zařízení DS1 začít vzděláním dostatečného počtu pracovníků a nevrhat se nekoncepčně do změn prostředí.

M1: „*No já ještě se vrátím na ten začátek, když jsme začali jezdit do toho Brna, tak jsme si řekli, že vygruntuju to prostředí, což samozřejmě bylo úplně blbě. Ale asi to tak dělaj úplně všichni, protože je to nejjednodušší.*“

M1: „*Tady máme, já nevím, jeden koutek a byla jsem docela jako naštvaná, že se toho nikdo nechopil, jo, že nemaj tu potřebu, a oni ji nemohli mít, když o tom nic nevěděli. Já jsem sice dala dost informací, ale asi mi dáte za pravdu, že dokád' si na to člověk nesáhne, to je prostě těžká až zbytečná práce. No, a takže jsem zavelela, a pak se zase něco udělalo, a pak jsem začala posílat ty lidi na ten kurz, takže jela první skupina, pak šla druhá.*“

V obou zařízeních se shodují jednoznačně na tom, že nejlepším začátkem při implementaci biografické péče do praxe je proškolení zaměstnanců, vyjasnění plánů a vizí, kvalitní přenos informací směrem k zaměstnancům, postupné malé kroky a důsledná kontrola.

M1: „*Proškolit zaměstnance v konceptu a připravit si formulář biografický list.*“

Z1 shodně s M1: „*Důsledně kontrolovat práci s biografickým listem a biografii klienta.*“

M2: „*Vykomunikovat s personálem a stanovit priority, cíle, termíny... malé kroky, až se zavede a usadí jedna změna a zavede do praxe, pak teprve stanovit další postup, další cíl. Jednu změnu, počkat, další změnu. Vyhovuje to klientům i pracovníkům, vyžaduje to čas. Také jsem ze začátku nebyla trpělivá. A pokud jim, pracovníkům jako, nedáte čas, aby si to zažili a přizpůsobili se, zahltí je to a nebudou to dělat. Nejdřív jednu změnu, počkat až si sedne, a pak další změnu, musíte si časové úseky nastavit podle svého kolektivu. Až uvidíte, že to jde a funguje, tak nastavíte další změnu.*“

Doporučený postup pro implementaci biografického modelu péče do praxe vidí manažeři v obou zařízeních na základě své zkušenosti shodně: sestavit plán, proškolení zaměstnanců, především ty profese, které budou s biografií klienta aktivně pracovat a začít se změnou postupně, pomalu a na jednom (malém, modelovém) oddělení.

M3: „*Je důležité mít plán, co kdo bude dělat, určit si časovou osu, ať ví každý, co má dělat a do kdy, mít termín a nedělat všechno hned a v celým baráku.*“

M1: „*No, musíte si to nastavit podle svého kolektivu a podle toho se orientovat. Až vidíte, že tohle se zajelo, a že na to maj, tak jo, ale pokud se za týden vrhnete na další změnu, tak to ne, oni to musí vstřebat.*“

M3: „*Zaváděli jsme tu změnu na malém oddělení, na zvláštním režimu, mohly se holky přihlásit, kdo tam chtějí pracovat jinak, podle biografie, i když moc nevěděly, do čeho se hlásí. Tak jsme je poslali do Brna (sestry), školení pro ostatní profese ještě nebylo. Ale pak jsme se domluvili s Procházkovou a ona nám přijela odškolit první vlašťovky z přímé péče. Pak už to šlo celkem rychle.*“

Doporučení pro úpravy prostředí vychází ze znalosti biografického modelu péče a terapeutického účinku prostředí. Prof. Böhm doporučuje provádět úpravu prostředí na základě znalosti principu normality klientů, což je v českých podmínkách s ohledem na omezené možnosti financování sociálních služeb a rozvojových aktivit obtížně řešitelný problém.

M3: „*Prostředí jsme navrhovali sami podle naší představy o tom, jak většina našich žila... v době, kdy byli aktivní. Nemáme to podložené žádným výzkumem, to ne, ani podrobnou analýzou podle našich seniorů, to ne. To se tak nedá dělat, celkem často se nám mění. To jsme se dohodli se sociální pracovníci, ekonomem a správcem, podle toho, co jsme vyčetli a absolvovali na kurzu biografie, a co jsme viděli v Rakousku.*“

Zároveň je dle zkušenosti v DS1 pro implementaci modelu do praxe nutné věnovat se manažerskému řízení změny a kontinuální kontrole.

M2: „*Jezdím na manažerský kurzy biografie, kde si předáte info a zjistíte, jak to kdo kde dělá a jako tu změnu dávat do té praxe, jak to dělat, jak to s nima řešit. Vy jste ten management, musíte koukat, jak to dělaj, dozorují je, kontroluju, aby nezapomínali.*“

7.3 Dokumentace pro práci s biografií

Třetí výzkumná otázka „*Jakou dokumentaci používají sociální pracovníci, všeobecné sestry a klíčoví pracovníci při práci s biografií klienta v domově pro seniory? Si klade za cíl zjistit, jakou dokumentaci zaměstnanci jednotlivých profesí používají při vlastní práci s biografií klienta.*

Této DVO je přiřazena kategorie **Dokumentace** a při práci s textem rozhovorů je označena zelenou barvou.

Z rozhovorů v obou navštívených zařízení vyplynulo, že pro sběr potřebných biografických dat a údajů používají původní, nijak neupravený formulář, jehož autorkou je PhDr. Procházková (příloha č. II) a který je součástí výukových materiálů, které účastníci vzdělávání obdrželi na kurzu. V DS1 využívají především biografický list, který slouží jako podklad pro individuální plány a aktivizační činnosti.

Z2: *„Pro práci na biografii, teda jako knize, používáme od Procházkové její biografický list, tak jak jsem ho dostala na tom kurzu. Ten nijak neupravujeme, vyhovuje nám tak, jak je.“*

Z3: *„Aktivity denního života máme v tom papíře, ale píšeme je i jakoby do těch individuálních plánů a máme to vždy historie, současnost, to je to, co nám vyjede z toho sběru informací, co každá děláme. Co víme z biografie, napíšeme jakoby historii k těm údajům.“*

Z1: *„Do plánů péče jdou ty informace hned. Sestry si vyberou to svoje do ošetrovatelských plánů, klíčáci do individuálních plánů a předávají informace taky aktivizační (pracovníci) na ty její aktivity.“*

V DS1 používají jako základní dokument pouze Biografický list, v DS2 kromě Biografického listu používají také vlastní dokument Záznamový list pro práci s biografií – aktivizace (příloha č. III). Samostatnou dokumentaci pro záznam aktivizace klienta na podkladě jeho biografie v DS1 nevedou.

Z2: *„Pak ještě pro aktivizaci používáme záznamový list na základě biografie, ten jsme si udělali sami (sociální pracovníci). Sestry mají svoji dokumentaci, kterou používají stále stejnou, jen je doplněná o informace ze života klienta, to co má vliv na péči o něho.“*

V DS2 pracují i s další biografickou dokumentací, a to do formuláře Aktivity denního života (příloha č. IV), Rodokmen (příloha č. V) a Transfer biografie, ADL a rodokmenu (příloha č. VI). Z provedeného transferu informací vznikne sběrný koš témat a aktivit, které jsou jakousi připravenou zásobárnou podnětů pro péči a aktivizaci, především pro období zhoršení zdravotního stavu klienta, jeho kognitivních funkcí a případný rozvoj demence, dezorientace a poruch verbální komunikace.

Z2: *„Ten transfer, to je vlastně předání informací, co víme z biografie, z aktivit denního života a z rodokmenu, a to se zapisuje na tři tabule, a pak z toho vznikne takový souhrnný koš aktivit, nebo témat, jako zásobní, až bude s klientem zle, abychom s ním mohli dobře pracovat, a abychom rozuměli, proč se chová, jak se chová. No a v tomhleto koši*

jsou pak v zásobě komunikační témata, konkrétní oblíbené aktivity, z toho nám vyplynou požadavky na přenos do rehabilitačních plánů, ošetrovatelských plánů, aby sestry mohly nastavit vhodné intervence.“

V zařízení DS1 i DS2 mají biografickou dokumentaci propojenou s dokumentací ošetrovatelskou, zdravotní i sociální, tak aby byly ucelené informace dostupné všem pracovníkům, kteří se o daného klienta starají, v tom rozsahu, v jakém jim znalost náleží. Odpovědnost za zpracování požadované dokumentace pak má každý pracovník v rámci výkonu své profese.

M2: „Biografické údaje si zaměstnanci předávají na biografickém listu, následně je k dispozici biografická kniha. Do tiskopisu zaznamenávají všichni, kdo jsou v kontaktu s klientem (rehabka, aktivizační, sestry, přímá péče) a kdo zjistí informaci z jeho života – klíčák tuto informaci převezme a dále zpracuje. Za svoji dokumentaci si odpovídá každý sám, to je jejich kompetence.“

Z1: „Biografii zpracovávají klíčoví pracovníci, až po nástupu klienta do domova. Sociální pracovníce zpracovávají individuální plán, podle prvotních informací o životě klienta, které zjistí při sociálním šetření, pak provázej klienta po adaptační dobu a vedou i záznamy a spolupracují s klíčákem na tvorbě toho IP.“

Z3: „Každý sám za sebe, svou profesi.“

7.4 Biografie klienta

V této kapitole předkládám zpracované biografie konkrétních klientů. Díky těmto konkrétním biografiím jsem se naučila nahlížet na naše klienty z více úhlů pohledu. Pochopila jsem, jak významný a nenahraditelný je při poskytování biograficky orientované péče personál, který chápe, že není možné uspokojovat pouze fyzické potřeby klienta, ale že je nutné nahlížet na člověka jako na celistvou bytost a pečovat s porozuměním a úsilím též o jeho duši, protože ta je hnacím motorem každého z nás.

Otázky do rozhovoru pro zpracování biografie klienta, vycházející z biografického listu zpracovaného PhDr. Procházkovou (2014), jsou uvedeny v příloze P VII. Zároveň byl použit navržený formulář, uvedený v příloze č. VIII, pro jeho ověření v praxi. Realizací rozhovorů a zpracováním biografie jsem zjistila, že mnou zpracovaný Biografický list je velmi vhodný pro úvodní sběr dat při nástupu nového klienta (ověřeno při zpracování bio-

grafie paní L.), navázání empatického vztahu s novým klientem, zapojení rodiny klienta a sestavení prvního individuálního plánu péče.

Pro sestavení biografie v podobě, jak je uvedena v kapitole 7.4.1 až 7.4.3, bylo nutné využít otázek dle formuláře PhDr. Procházkové (viz příloha č. VII), který slouží jako podklad pro zpracování životního příběhu klienta do biografické knihy. Každý z používaných formulářů má v procesu individuálního plánování a poskytování biograficky orientované péče klientovi své nezastupitelné místo.

7.4.1 Biografie paní F.

Paní Františka se narodila v roce 1924 v Olomouci. Otec Teodor pracoval jako slévač, matka Františka byla v domácnosti. Vzhledem ke špatné životní situaci odjela rodina do Francie za prací i s malou Františkou, která byla ještě v peřince. Rodiče pracovali ve strojním průmyslu. Maminka zde utrpěla úraz oka a chtěla se vrátit domů. V roce 1930 se tedy vrátili zpět do Československa. Žili v Prostějově, v nájemním, skromném bytě bez dvorku.

Maminka pracovala jako pomocnice v domácnosti a táta v Železárnách. V roce 1932 nastoupila do první třídy a narodila se její sestra Líba. Bezstarostné dětství skončilo a nastaly povinnosti školní docházky a péče o sestřičku. Volný čas trávila šitím oblečků pro panenky, vozila sestru v kočárku, četla. Večery trávila s rodiči, kteří dvojhlasně zpívali při světle petrolejových lamp. Pokud měl otec čas, chodili do přírody na dlouhé procházky, nejraději na Plumlovskou přehradu. Jak říká paní Františka: *„Byli jsme chudí. Dětství bylo krásné, ale složité.“*

Po ukončení základní školní docházky šla Františka do učení. Protože ji od dětství bavilo šítí, vybrala si obor dámské krejčovské. V životě chtěla něčeho dosáhnout, aby se na ni movití lidé nedívali přes prsty, tak jako tomu bylo v dětství. Ve volném čase přetrvávala starost o mladší sestru, šila, pomáhala s chodem domácnosti a zůstala jí láska ke knihám. Okolo 18. roku jí maminka našetřila na taneční, na které si ušila šaty. Kamarádké vztahy nevyhledávala. Veškerý volný čas trávila s rodiči a sestrou. Jak říká: *„Byla jsem sama sobě přítelem.“*

Období dospělosti nezačalo paní Františce šťastně. Za války chodila pomáhat šít do soukromých dílen. V roce 1944 byla povolána a totálně nasazena. Paní Františka byla od-

vezena vlakem do Německa a 14 měsíců odloučena od rodiny. Pracovala ve zbrojařském průmyslu ve městě Sonneberg. Po návratu, na konci války, žila u rodičů, kteří se o rok později rozvedli. Otec založil novou rodinu a dále se s dcerou nestýkal. Pracovala jako dámská krejčová, kde poznala svou první, velkou a celoživotní lásku, manžela Vojtěcha. Sňatek uzavřeli v lednu 1947. Pronajali si byt v Prostějově, kde později založili rodinu. V roce 1950 se jim narodila dcera Eva a o 4 roky později se narodil syn Petr. V roce 1955 si pronajali velký, čtyřpokojevý byt i s terasou. Od roku 1956 pracovala jako stříhačka v podniku Gala až do svého odchodu do důchodu.

Žili vždy skromně a šetrně. V průběhu manželství si koupili automobil značky Wartburg 1000 a chalupu v Rudolticích u Sobotína. Ve volném čase pravidelně navštěvovala divadelní představení v Olomouci, nejraději měla operety. Také ráda četla, chalupařila a chodila na procházky. Prázdniny trávila s rodinou u kolegyně z práce Věry F. na chatě na Plumlově a u přátel v Myslejovicích, kde sbírali houby.

Nejšťastnějším obdobím pro ni bylo narození dětí. Za největší ztrátu považuje úmrtí matky, která žila celou dobu s nimi a starala se o chod domácnosti, až do roku 1978.

V 56 letech odešla do starobního důchodu. Toto období brala jako životní běh, bez traumatu. S manželem si počátkem roku 1980 koupili dům, který zrekonstruovali a o rok později se nastěhovali. Ani v důchodu nezahálela, v novém domě si vytvořili malou dílnu. S manželem zde šili a hlavně opravovali kožešínové výrobky.

Paní Františka se velmi těšila na roli babičky. Pomáhala hlídat vnoučata Ditu, Lenku, Michaelu a Martina. S manželem velmi rádi cestovali do zahraničí. V roce 1982 byli na Kubě, v září 1989 podnikli cestu z Itálie ke břehům Afriky, kterou mají zdokumentovanou v knižní podobě. Navštívila Švýcarsko a Kanárské ostrovy. Věnovala se pěstování kytěk, navštěvovala divadlo v Prostějově. Volný čas trávila na chalupě v Rudolticích.

S manželem prožila klidné, spokojené manželství, které trvalo 63 let. Po úmrtí manžela se postupně začaly projevovat psychické i fyzické potíže, ztratila zájem o vše, co jí obklopovalo a také o své dosavadní koníčky.

Velkou oporou jí byla rodina, která se snažila vzbudit její zájem o okolí, dodat nový elán do života. V dubnu 2014 nastoupila pí. Františka do domova na oddělení DZR. Velice dobře se zadaptovala, má ráda společnost a neodmítne žádnou pořádanou akci v domově.

Pro práci s biografií jsem si vybrala paní Františku pro její optimismus a stále dobrou náladu. Velice ráda si povídá a vzpomíná na to, co bylo. Často se při rozhovoru vracela ke svému dětství a stále zdůrazňovala, jak byli chudí. Při prohlížení fotografií si vzpomněla na své mládí, na rodinu a děti, na místa, kde fotografie byly pořízeny. Na fotu ze současnosti rozezná sebe a dceru Evu, která ji pravidelně navštěvuje.

7.4.2 Biografie paní L.

Paní Ludmila se narodila v roce 1923 v Přerově. Její otec pracoval jako dělník - strojař a maminka byla ženou v domácnosti.

Paní Ludmila se narodila jako nejstarší ze tří sourozenců. Měla bratra Zdeňka, který zemřel v 62 letech na cévní mozkovou příhodu a sestru Drahomíru, která zemřela v 78 letech na celkové vyčerpání organismu. Pomáhala mamince s péčí o sourozence. K jejím povinnostem patřilo i pravidelné umývání chodby činžáku, ve kterém bydleli. Rodiče byli velmi hodní a tolerantní. Velmi ráda pletla a zpívala si lidové písně. Měla ráda cukrovinky a sladkosti. Chodila do obecné školy, později do měšťanky a na obchodní školu v Přerově. Ve volném čase chodila do oddílu trampů, se kterými procestovala téměř celou republiku. Nejraději měla Skalný u Sv. Kopečku a Bystřičku. Je vyznání římskokatolického. Ráda vzpomíná na dětství se sourozenci a na rodiče. Nerada vzpomíná na válku - pamatuje si, jak se sestrou šly přes náměstí a musely se schovávat před Němci v cizím bytě.

Vzhledem k tomu, že má absolvovanou obchodní školu, měla i více možností, když hledala zaměstnání. Proto nastoupila do Pivovaru jako účetní a později dělala u ČSD v kanceláři. Ve volném čase stále navštěvovala trampský oddíl, ve kterém potkala svou první lásku - budoucího manžela. V mládí velmi obdivovala zpěváka Rudolfa Cortéze.

V zimě 1942 se paní Ludmila provdala za Miloše, krátce poté se jim narodil jediný syn Miloš, 16. 6. 1943. Spolu s manželem si pronajali dvoupokojový byt, ve stejném domě, jako její rodiče. Když bylo synovi 9 měsíců, manžel zemřel na zánět mozkových blan tuberkulózního původu (zemřel v březnu 1944 - přesné datum si nepamatuje). Jak říká paní Ludmila, byly to těžké časy. Po 7 letech od smrti manžela se v roce 1950 provdala znovu, za pana Oldřicha. Na toto manželství nerada vzpomíná - manžel pil a choval se agresivně k ní i k synovi. Toto manželství netrvalo dlouho, protože paní Ludmila odmítala nadále přihlížet stupňující se zlosti manžela a zažádala o rozvod. Poté už na muže zanevřela a

zůstala se synem sama. Ve volném čase nadále navštěvovala tramský oddíl, ale již jen zřídka, protože nechtěla syna zanedbávat. Postupně přišla i o oba rodiče. Tatínek zemřel v 62 letech, maminka zemřela v 83 letech.

Když paní Ludmila odcházela do důchodu, měla obavy z nedostatku peněz, ale nakonec byla ráda, že je paní svého času a může si dělat, co chce. Do tramského oddílu přestala chodit, již se na to necítila, protože se tam s přibývajícím věkem střídaly různé generace a paní Ludmile se tam přestalo líbit. Sledovala televizní soutěže, detektivky a luštila křížovky. Také si našla brigádu, pracovala jako výběrčí v pojišťovně. Rovněž se těšila z role babičky - postupně se jí narodily dvě vnoučata, Jana a Miloš. Dodnes má ráda rodný Přerov a jeho okolní krajinu.

Nejšťastnější období pro ni bylo s manželem Milošem a jejich synem - bohužel jim bylo dopřáno jen krátce. Nejobtížnějším obdobím bylo rozvést se, v té době to nebylo tak obvyklé a hlavně měla pocit selhání... (nedokáže blíže specifikovat, ale kdo si prošel něčím podobným, jistě pochopí). V domově pro seniory je od května 2015.

Pro zpracování biografie jsem si vybrala paní Ludmilu, protože je samotářská, nekomunikující, dost často špatně naladěná a podrážděná. Proto jsem si chtěla vyzkoušet, zda je možné dostat se pod „slupku“. Díky práci na její biografii se mi podařilo vytvořit si s ní poměrně důvěrný vztah a hlavně ve spoustě věcí paní Ludmilu pochopit a nesoudit její projevy. Poznáním jejího životního příběhu a její 13. komnaty je mi mnohé jasnější a srozumitelnější, proto už se paní Ludmile nedivím, že občas nemá svůj den, protože ona znovu prožívá své vzpomínky a toulá se v nich, ať už v těch dobrých či zlých.

7.4.3 Biografie paní M.

Paní Milada se narodila v roce 1937 v chaloupce uprostřed obce Trnava na Valašsku. Narodila se do rodiny krejčího Josefa a jeho ženy Ludmily, a to jako druhé dítě. Bratr Josef se narodil v roce 1935. Později se paní Miladě narodily ještě dvě sestry, Liduška a Maňka.

Maminka brzy onemocněla, a proto nemohla chodit do práce. Starala se o děti, domácnost a hospodářství. Kromě pole měli také krávu Babušu, kozy, ovce, husy a kachny. Paní Milada chodila pást, řezat sečku (kopřivky, listy z řepy), pomáhala na poli vybírat kameny, sbírat klásky a mlátit obilí cepem. S ostatními dětmi sbírali lesní plody, které pak

chodili prodávat do města. Mamince chodila pomáhat také stařenka Filomena (tatínkova matka).

Rodina žila společně v malém domě po maminčiných rodičích. Dům měl kuchyň, světničku a komůrku. V kuchyni stála kamna, na kterých maminka vařila a pekla. V zimě na nich děti odpočívaly. V kuchyni se také koupali. Každou sobotu přinesli velkou dřevěnou vanu, do které nanosili ohřátou vodu. Potom se ve vaně jeden po druhém vykoukali.

Ve světnici byly dvě postele (v jedné spala ona se sestrami a v druhé rodiče), tatínkův šicí stroj a žehlící tabule. Bratr spal v komůrce. Když se nechtěla paní Milada mačkat se sestrami v jedné posteli, mohla si ustlat pod tabulí. V pokoji byla také polička, na níž stála soška Panny Marie. U té se každý den s maminkou modlili. I tatínek byl velmi zbožný a rád si při práci zpíval zbožné písně, hlavně Mariánské. Ráda svého tatínka pozorovala při práci. Někdy mu vypomáhala s drobnými pracemi, jako je třeba přišívání knoflíků, apod. Tatínka měla moc ráda. Byl to hlavně on, kdo děti vychovával. Maminka byla výborná kuchařka. Paní Milada dodnes s láskou vzpomíná na vůni a chuť maminčiných vdolečků, které nelze překonat. Měla moc ráda polévky a další valašská jídla.

K domu patřila zahrada, na které si často hrávali i s ostatními dětmi. Mnoho času děti trávily venku, skákali panáka, hráli si u potůčku, dělali ohníčky, běhali po kopcích. Paní Milada byla velmi živé dítě a měla kolem sebe vždy hodně kamarádů. Často a ráda vzpomíná na kamarádku Miladu. Někdy byla divoká až příliš a občas od tatínka také dostala.

Do školy moc ráda nechodila. Nejdříve chodila do obecné školy v Trnavě, potom do měšťanky ve Slušovicích a později v Želechovicích. Pan učitel je měl rád. Nejraději měla zpěv. Měla ušitý sotůrek na knížky, měli čítanku a tabulku s křídou na úlohy. Později psali inkoustovou tužkou a perem s kalamářem do sešitů.

Kromě pobíhání po venku měla ráda ruční práce. Sama si třeba ušila panenku a staříček jí pak pro ni vyřezal kolébku. Měla ráda tanec a zpěv a moc ráda chodila na poutě (na Sv. Hostýn). Děti nesměly zlobit, mluvit sprostě, musely se chovat podle křesťanských zásad.

Ráda vzpomíná na Vánoce. I když dostali jen drobnosti (třeba punčochy, nebo tkaničky do bot), doma byla taková pohoda. Ráno šel tatínek na stromek, většinou jedličku, který pak s bratrem nastrojili a schovali ho do komůrky, aby ho neviděly mladší sestry. K večeri maminka vařila "pohančenou kaši". Nepeklo se cukroví, ale spíš koláče a vdolečky.

V 15 letech odjela se svojí sestřenicí Ankou na internát do Prostějova, aby se učila pánskou krejčovou v OP Prostějov. Bylo to výhodné, rodina nemusela nic platit. Ani školu, ani ubytování. Jen se musela zavázat, že po vyučení nastoupí minimálně na tři roky do OP. Během učení bydlela na internátě, kde musela dodržovat pravidla, ale měla více volnosti než doma. Chodila s kamarády do divadla, cvičit gymnastiku, hrát volejbal. Chodili se koupat na koupaliště.

Školu ukončila po třech letech učení, to jí bylo 18 let. Na absolventském večírku potkala paní Milada Antonína, pracoval také v OP jako krejčí. Zamilovala se do něj na první pohled. Jevil se jí jako hodný chlapec, byl chytrý, rozumný, s takovým by chtěla být. Šítí ho moc nebavilo, rád by byl učitelem, ale protože byl ze 7 dětí, studovat nemohl.

Po škole musela zůstat paní Milada tři roky v OP Prostějov. Poté si našla práci ve Zlíně, kde pracovala také cca 3 roky. Práce pánské krejčové se jí líbila, byla ráda ve společnosti děvčat na dílně, bydlela na ubytovně, kde měla své soukromí.

Paní Milada si vzala Antonína, když jí bylo jí 22 let. Svatba se konala u nich doma v Trnavě. Nejprve byla svatba v kostele a potom se šlo na oběd do palírny. Navečer se sešli hosté v hospodě. Na svatbě bylo asi 100 hostů. Pekly se vdolečky, podávalo se víno a hodně masa. Po svatbě se manželé nastěhovali se do Křenovic, kde dostali dům po manžellových rodičích. Paní Miladě se dům příliš nelíbil, postupně si ho ale opravili. S jeho rodiči měli dobré vztahy, maminku měla paní Milada moc ráda. Přejít z Valašska na Hanou nešla paní Milada příliš dobře. Dodnes se jí po rodném kraji velmi stýská.

Kromě domu měli ještě zahrádku a několik zvířat, o které se paní Milada starala. Každý den, než jela do práce, šla ještě "popravit" zvířata (slepice, kačeny). Předtím než se narodily děti, dojížděla do OP do Prostějova, potom odešla šít do Kojetína a nakonec se nechala zaměstnat v JZD v Křenovicích.

Období, kdy byla doma s dětmi, hodnotí jako nejšťastnější v jejím životě. Jako první se narodil syn Antonín, potom syn Lumír a nakonec dcera Marcela. Během mateřské chodila pracovat na zástup do školky, kde vypomáhala s úklidem nebo vařením. Musela se starat o domácnost. Ráda na děti šla.

Manžela měla ráda, byl hodný. Občas měli neshody, protože manžel byl ve straně a paní Milada chodila do kostela. Někdy šel s ní, ale měl s tím potom ve straně problémy.

Stále udržovala přátelské vztahy s lidmi z rodné Trnavy. Někteří přátelé ji navštěvovali, i když byla vdaná a přestěhovaná v Křenovicích. Dopisovali si. Měla také dost nových přátel z práce a z Křenovic.

Paní Milada neměla žádné závažnější zdravotní potíže až do chvíle, kdy utrpěla úraz, poškodila si srpem achilovu šlachu a velmi dlouho se s tím léčila. Nakonec musela podstoupit operaci. Později začala mít potíže se srdíčkem. Proto odešla o dva roky dříve do důchodu

Ve volném čase paní Milada ráda pracovala na zahrádce a jezdila na poutě (sv. Hostýn). Víra byla pro paní Miladu v životě vždy hodně důležitá (mrzelo ji, že to s ní manžel nesdílel). S rodinou a přáteli jezdili na dovolené a zájezdy.

Z práce paní Milada odcházela postupně. Šla sice do předčasného důchodu (v 52 letech), ale ještě 2 roky chodila vypomáhat (prodávat mléko atp.). I po odchodu do řádného důchodu v 54 letech chodila na brigády, vypomáhala, kde bylo potřeba. Chodila uklízet do kostela, pomáhala na faře (šití apod.)

Téměř současně ona i její manžel vážně onemocněli. Zatímco ona se s rakovinou nakonec poprala, manžel v roce 2007 zemřel. I když jí děti hodně pomáhaly, cítila se na vše sama. Po manželovi zůstalo prázdno.

Kvůli zdravotním potížím musela být delší dobu hospitalizována a nakonec opustila svůj dům v Křenovicích a přestěhovala se do Domova pro seniory (9. 2. 2015). Už si zde zvykla a smířila se i s tím, že jejich dům bude pravděpodobně prodán. Ke spokojenosti by si ještě přála kousek zahrádky, na které by mohla pracovat.

7.5 Pozorování

Při realizaci rozhovorů jsem se řídila doporučením Miovského (2006) provádět rozhovory v kombinaci s metodami pozorování, aby mohla být získána co nejkvalitnější data. V průběhu rozhovorů jsem se tedy soustředila na sebereflexi (introspekce), abych svou znalostí biografického modelu péče neovlivňovala odpovědi respondentů a zároveň abych pružně reagovala na vývoj rozhovoru s cílem udržení tématu. Nejnáročnější pro mne bylo nezabíhat do příliš velkých podrobností v rámci zkoumaného tématu a udržet si profesionální neutralitu, neboť zavedení biografického modelu péče do praxe je mou srdeční záležitostí a aktuální pracovní povinností.

Pozorováním účastníků rozhovoru (extrospekce) v jejich přirozeném pracovním prostředí jsem měla možnost nenásilně, přirozenou formou ověřovat soulad mezi prezentovanou skutečností (jak účastníci chtěli, abych je viděla) a realitou, tj. skutečně žitou a vykonávanou praxí.

Na základě realizované exkurze na závěr rozhovorů v obou zařízeních jsem neshledala nesoulad mezi odpověďmi respondentů a jejich skutečnou praxí.

8 DISKUSE

Z předložených výsledků výzkumu vyplývá, že práci s biografií klienta hodnotí v obou domovech pro seniory jako velmi přínosnou. Ať už v oblasti individualizované, biograficky orientované, podporující vztahové péči, nebo při úpravě prostředí s využitím jeho terapeutického efektu, zvláště při péči o seniory s dezorientací či demencí.

Prostředí klidu, pohody a zájmu v poslední fázi života se podařilo docílit prostřednictvím proškoleného, erudovaného personálu, který si uvědomuje význam znalosti životního příběhu člověka, který v závěrečné fázi svého života potřebuje především pocit jistoty, porozumění, úcty a respektu. Znalostí osobní historie, tj. biografie klienta, vzniká nový vztah mezi pečujícím a pečovaným, založený na respektu, pochopení a oživení zájmu. Umožňuje personálu pečovat o klienta jen v míře, která je pro něj prospěšná, nepřepečovává ani nedegraduje seniora tím, že by za něj byly vykonávány úkony, které ještě zvládá sám nebo s drobnou dopomocí. Zachovalé schopnosti a dovednosti klienta jsou pečujícím personálem podporovány a na jejich základě vytvářeny vhodné aktivizační, reaktivizační nebo bazální činnosti. Shromážděné informace zařízení smysluplně využívá k integraci těchto údajů do plánů péče klienta.

Biografický model péče dokazuje, že na jeho základě lze poskytovat důstojnou a vztahovou péči, založenou na celostním pojetí osobnosti s jejími biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Práci s konceptem biografie klienta se podařilo zmírnit negativní projevy demence i bez navýšení medikace, jelikož v biografii nalézáme informace, jak klient senior zvládal zátěžové situace v minulosti, máme informace o jeho rituálech a zvycích.

Dnešní senior si prošel obdobím mnoha politických a hospodářských změn a na sklonku života se vyrovnává se všemi situacemi, které prožil. V poslední fázi života může být senior konfrontován se vším, co nestihl za svůj život vykonat. Z tohoto pohledu je práce s biografií neocenitelná, dává příležitost se vyrovnat s prožitým životem a realizovat, co se dříve nepodařilo, mnohdy vyřešit i komplikované rodinné vztahy. Práce s biografií poskytuje personálu komunikační vodítko, umožňuje navázat nová přátelství a zlepšit spolupráci s kolegy, klienty i jejich rodinami.

9 ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce byla věnována tématu biograficky orientované péče o klienty v domovech pro seniory. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem je biografie klienta využívána v domovech pro seniory, se zaměřením na vnímaný přínos biografie v individualizované péči, práci s biografickou dokumentací a nalezení optimálního postupu implementace biografického modelu péče do praxe. Dílčím cílem této práce bylo vytvoření vlastního formuláře „Biografický list“ pro zařízení, ve kterém pracuji, a ověření navrženého formuláře při zpracování biografii u vybraných klientů.

V teoretické části práce byly vymezeny základní pojmy týkající se domovů pro seniory a v nich poskytované péče, individuálního plánování, biograficky orientované péče a psychobiografického modelu péče, rolí vybraných profesí při péči o klienta a při práci s jeho biografii, využití biografie klienta v praxi.

Praktická část práce byla věnována popisu přípravy a průběhu výzkumu, vyhodnocení a interpretaci získaných dat pomocí otevřeného kódování. Základní výzkumnou metodou byl rozhovor, zaměřený na témata dílčích výzkumných otázek. Zkoumané oblasti se týkaly používané dokumentace při práci s biografii klienta, postupu implementace biografického modelu péče do praxe a vnímaného přínosu zavedení biografické péče v navštívených domovech pro seniory.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že biografie klienta je v domovech pro seniory využívána především pro individualizaci poskytované péče na základě znalosti životního příběhu klienta a využití jeho pozitivního potenciálu. Promítá se do všech aktivizačních činností, plánů péče sociálních i ošetrovatelských, zlepšení spolupráce mezi úseky, zapojení rodinných příslušníků klientů do péče a především pomáhá utvářet hluboké, nosné vztahy mezi pečujícími a pečovanými.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAMS, Neal, GRIEDER, Diane. *Treatment planning for Person-Centered Care*. 2005. USA, Burlington: Elsevier Academic Přes. ISBN 0-12-044155-1.
- [2] BARKER, R. L. *The social work dictionary*. 5th Edition. Washington, DC: NASW Press, 2003. 493 s. ISBN 0-87101-355-X
- [3] CAMENZIND, M. *Krankenpflege*. Zum 80. geburstag von Srov. Liliane Juchli: Beeindruckend, berührend und sehr motivierend. *Soins Infirmiers* 106, 2013; č. 10, s. 10-14
- [3] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2008, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- [5] FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2005. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta. ISBN 80- 8063-182-4.
- [6] FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Překlad Vladimír Jochmann. Brno: Cesta, 2006, 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
- [7] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- [8] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skripta pro Nástavbový kurz Bazální stimulace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, s 16. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- [9] HANZLÍKOVÁ, Alžběta et al., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Přeložily Jana Uhrová a Jaromíra Novotná. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.
- [10] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [11] JAROLÍMOVÁ, Eva a Miroslava HOLÁ, 2007. *Psychologie pro praxi ve zdravotně sociální péči*. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0178-1.
- [12] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.

- [13] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [14] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- [15] MARKOVÁ, E., M. Venglářová a M. Babiaková, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [16] MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. Vydání. Praha: Portál, 2003. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0
- [17] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [18] MODELL von Liliane Juchli. *Häusliche Krankenpflege B. Hämmerling*. S. 1-7. Dostupné online (citováno dne 16. 8. 2015) z <http://www.pflegespreewald.de/pdf/Modell%20von%20Liliane%20Juchli.pdf>
- [19] MPSV. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha: MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4.
- [20] MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- [21] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- [22] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- [23] PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství* 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3
- [24] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- [25] PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 133 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.
- [26] RUHE, G. H. *Methoden der Biografiearbeit*. 1. vydání. Berlín: Belzt. 2003. 152 s. ISBN 3-407-55882-1.

- [27] ŘEZNÍČEK, Ivo: *Metody sociální práce*. 1. Vydání. Praha: SLON. 2000. 80 s. ISBN 80-85850-00-1
- [28] SPECHT-TOMAN, Monika. *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken-, und Altenpflege*. 2. vydání. Berlín: Springer-Verlag. 2012. 169 s. ISBN 978-3-642-29988-9.
- [29] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 11: sestra – reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2002. ISBN 80-7013-368-6.
- [30] ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.

Časopisy:

- [31] PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Psychobiografický model E. Böhma*. Odborný časopis sociální služby. 2010, roč. 12, č. 2, s. 22-23
- [32] PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Psychobiografický model E. Böhma II. část*. Odborný časopis sociální služby. 2010, roč. 12, č. 3, s. 14-15
- [33] PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Psychobiografický model péče a jeho dokumentace*. Odborný časopis sociální služby. 2010, roč. 12, č. 10, s. 26-27

Elektronické zdroje:

- [34] Stručný průvodce zákonem o sociálních službách (2006). Dostupné ze stránek MPSV <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>
- [35] Bílá kniha v sociálních službách (2003), konzultační dokument. Dostupné ze stránek MPSV http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
- [36] HOLMEROVÁ, Iva et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a gerontologie*. [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 2013, 2, č. 3. 158-164 s. [cit. 2015-08-17]. Dostupné z alzheimer.cz/res/data/000136.pdf
- [37] www.mpsv.cz (<http://www.mpsv.cz/cs/18661#sszp>)
- [38] www.socialnirevue.cz (<http://socialnirevue.cz/item/role-socialniho-pracovnika-mnohovrstevnata-dynamicka-a-promenлива#5b>)

Legislativní zdroje:

- [39] ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006 provádějící některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupná z: <http://www.mpsv.cz/cs/3459>.
- [40] ČESKO. Vyhláška č. 424 ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004. Dostupná z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html
- [41] ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupná z: http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf
- [42] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>
- [43] ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Standard č. 5 – kriteria

Tabulka 2 Charakteristika respondentů

Tabulka 3 Operacionalizace hlavní výzkumné otázky

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Otázky do rozhovoru
- P II Biografický list dle PhDr. Procházkové
- P III Záznamový list pro práci s biografií – aktivizace
- P IV Aktivity denního života (formulář)
- P V Rodokmen
- P VI Transfer BIO+ADL+RODOKMEN=IP
- P VII Otázky pro zpracování biografie klienta
- P VIII Návrh formuláře Biografický list (DC1)
- P IX Přepis rozhovorů z DS1
- P X Přepis rozhovorů z DS2

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY DO ROZHOVORU

1. Na jaké pozici pracujete?
2. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?
3. Jak jste se ve vašem zařízení dostali k biografickému modelu péče?
4. Kdo využívá poznatky z biografie klienta ve Vašem zařízení?
5. Jakým způsobem je biografie klienta ve Vašem zařízení využívána?
6. S jakou dokumentací pracujete (biografický list, ADL, biografická kniha)?
7. Kdo odpovídá za tvorbu vámi používané dokumentace?
8. Kdo má k této dokumentaci přístup a kam ji zakládáte?
9. Jaké byly počátky zavádění biografického modelu péče do praxe?
10. Co bylo při implementaci obtížné?
11. Co se Vám při implementaci osvědčilo?
12. Jak by podle Vás měli v zařízení začít při používání biografie?
13. Jaký vidíte přínos znalosti biografie klienta pro svou práci?
14. Využíváte biografický přístup při individuálním plánování služby?
15. Jaký přínos má práce s biografií klienta pro individualizaci péče?

PŘÍLOHA P II: BIOGRAFICKÝ LIST DLE DR. PROCHÁZKOVÉ

Přílohy

Přílohy

Příloha 1: Biografický list*

Jméno

Místo narození

Ročník:

Otec – povolání

Matka – povolání – povinnosti

Dětství

1. Kde jste se narodil/a?

2a. Sourozenci

2b. Musel/a jste se starat o sourozence?

3. Zvláštní vlastnost

4. Zvláštní nadání/zručnost

5. Oblíbené jídlo/kamarád

6. Oblíbené jídlo/čítí

7. Oblíbené věře

8. Oblíbená píseň/hudba

9. Krajina domova/oblibeny obraz.....
10. Obľibená činnosť.....
11. Povinnosť doma.....
12. Povinnosť vo škole.....
13. Povinnosť v ďalšom vzdelávaní.....
14. Ostatní.....
15. Co bylo dovoleno ve volném čase.....
16. Co bylo zakázáno ve volném čase.....
17. Výchova.....
- Všeobecne.....
18. Náboženství.....
19. Přijaté vzpomínky.....
- Negativní vzpomínky.....

Mláďi

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

Dospělost

1. Povinnosť/pracovní díkoly.....
2. Světba.....
3. Manželství.....
4. Přátelství.....
5. Děti.....
6. Pečaty.....
7. Limit dítěte.....
8. Ostatní vztahy.....

9. Zdravotní problémy.....
10. Zdravotní omezení.....
11. Volný čas.....
12. Životní negativita.....
13. Víra, kultura, sport, zájmy, politika.....
14. Ztráty v dospělosti.....
15. Co bylo, bylo.....

Stáří

1. Odděd od peníze.....
2. Ztrata povinnosť.....
3. Nové díkoly, povinnosť.....
4. Nové plány.....
5. Nové role.....
6. Životní bilančování.....
7. Zvláštnosť v současnosť.....
8. Zvláštnosť stáří.....
9. Které životní období bylo pro vás nešťastnější.....
10. Co bylo v životě zvláště obtížné.....
11. Co ještě zůstává.....
12. Odděd a loučení.....
13. A co bude dál.....
14. Je vám 5 let.....
15. Co bylo, bylo.....

Datum.....
 Podpis.....

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

Děťství	Mláďi	Dospělost	Stáří

PŘÍLOHA P III: ZÁZNAMOVÝ LIST PRO PRÁCI S BIOGRAFIÍ – AKTIVIZACE

Forma práce: práce s jednotlivcem (*uved'te, s kým*)

práce se skupinou: 4 osoby

12 osob

(*uved'te, s kým*)

Časový rámec:

Materiál:

Příprava:

Zvláštnosti: *př. slepota, hluchota, diabetes mellitus*

Provedení:

Variace:

Místnost:

Metoda: rozhovor

aktivita

tvorba dokumentu

Cíl aktivizace:

Hodnocení: *reakce klientů*

Provedl:



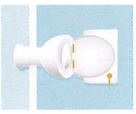


Dne:






PŘÍLOHA P IV: AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA (FORMULÁŘ)


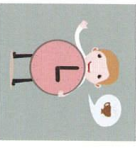


Příloha 2: Aktivity denního života

		+	-	Poznámky
1.	Komunikace 			
2.	Mobilita 			
3.	Podpora vitálních funkcí (bolest, TT, TK) 			

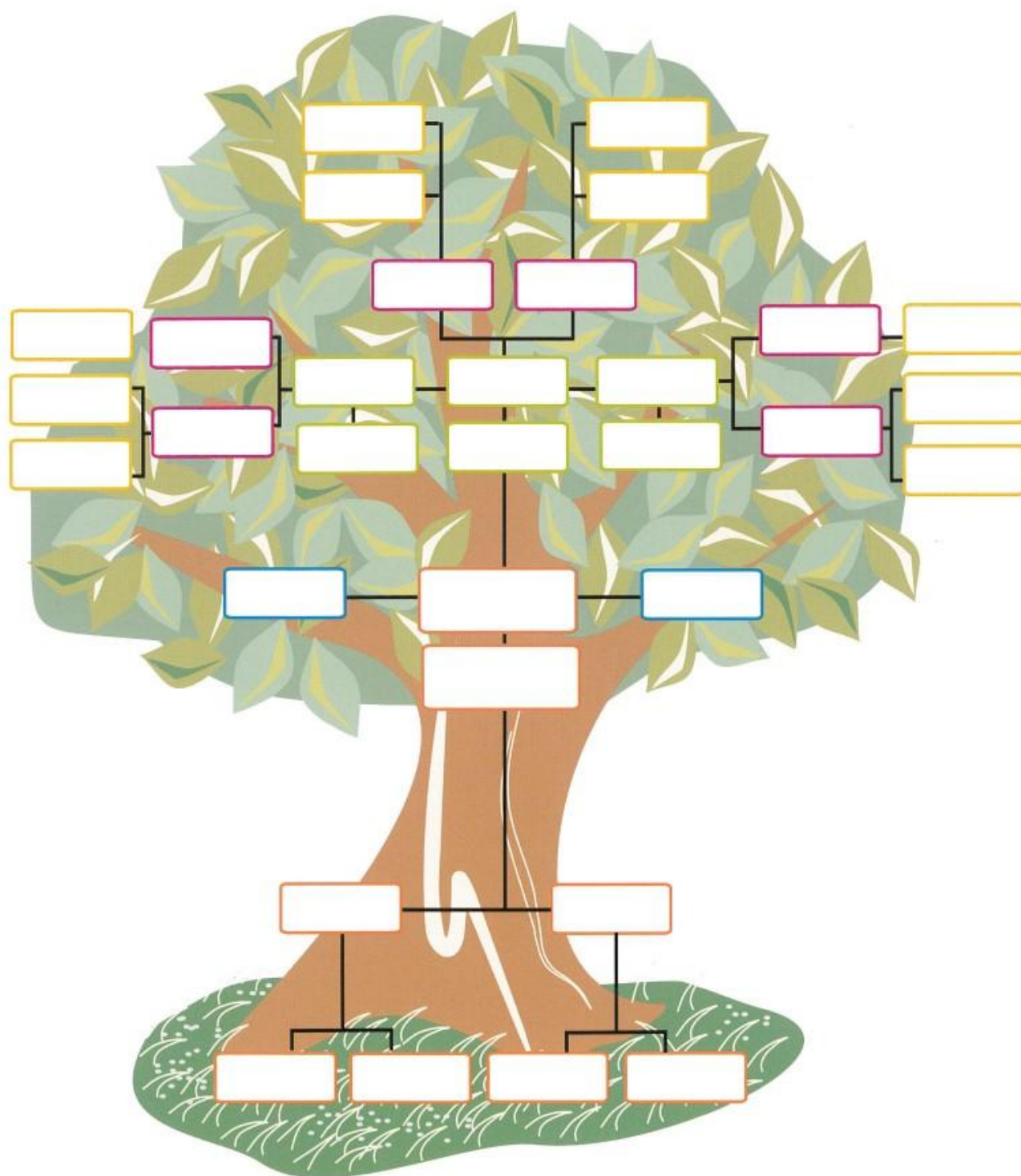
Příloha

4.	Sebepečce – hygiena 	+	-	Poznámky
5.	Příjem potravy a rektuin 			
6.	Vylučování 			
7.	Sebepečce – oblékání 			
8.	Být mužem/ženou Problematika sexuality 			

		+	-	Poznámky
9.	Zaměstnat se 			
10.	Klid a spánek 			
11.	Péče o bezpečné prostředí 			
12.	Zajistit sociální oblasti - vztahy 			
13.	Zvládání zářezových situací 			

		+	-	Poznámky
14.	Orientace prostředím 			
15.	Orientace časem 			
16.	Orientace osobou 			
17.	Orientace situací 			

PŘÍLOHA P V: RODOKMEN



PŘÍLOHA P VI: TRANSFER BIO+ADL+RODOKMEN=IP

Princip normality: rok narození klienta + 25 let =

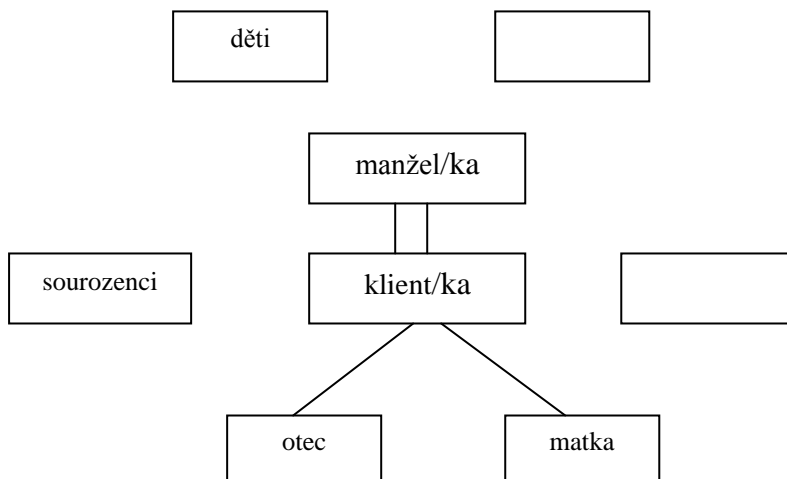
Významné informace z biografie klienta

dětství	mládí	dospělost	stáří

Aktivity denního života

ADL	biografie	Současný stav	Intervence (péče)
Komunikace			
Jídlo a pití			
Oblékání			
Aktivita			
Mobilita			

Rodokmen (⇒ trénink paměti, album, kniha vzpomínek)



PŘÍLOHA P VII: OTÁZKY PRO ZPRACOVÁNÍ BIOGRAFIE KLIENTA

Jméno, místo narození, rodiče?

Dětství

1. Kde jste se narodila?
- 2a. Sourozenci?
- 2b. Museli jste se starat o sourozence?
3. Zvláštní vlastnost?
4. Zvláštní nadání?
5. Oblíbené dítě, kamarád?
6. Oblíbené jídlo/pití?
7. Oblíbená vůně?
8. Oblíbená píseň/hudba?
9. Krajina domova/oblíbený obraz?
10. Oblíbená činnost?
11. Povinnosti doma?
12. Ve škole? V dalším vzdělávání?
13. Co bylo dovoleno ve volném čase?
14. Co bylo zakázáno ve volném čase?
15. Výchova?
16. Víra a náboženství?
17. Koníčky/zájmy?
18. Příjemné vzpomínky?
19. Negativní vzpomínky?

Mládí

1. Volba povolání?
2. Svoboda a svobodná rozhodnutí?
3. Povinnosti?
4. Idoly a vzory?
5. Aktivní činnost v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky?
6. Ukončení školy?

7. Radost z práce/povolání?

8. První láska?

Dospělost

1. Povinnosti/pracovní úkoly?

2. Svatba?

3. Manželství?

4. Přátelství?

5. Děti?

6. Zdravotní problémy?

7. Volný čas?

8. Víra, kultura, sport, zájmy, politika?

Stáří

1. Odchod do penze?

2. Ztráta povinností?

3. Nové úkoly, povinnosti?

4. Nové plány?

5. Nové role?

6. Životní bilancování:

7. Zvláštnosti v současnosti?

8. Zvláštnosti stáří?

9. Které období bylo pro Vás nejšťastnější?

10. Co bylo v životě zvlášť obtížné?

11. Co ještě zůstává?

12. Odchod a loučení?

13. A co bude dál?

PŘÍLOHA P VIII: NÁVRH FORMULÁŘE BIOGRAFICKÝ LIST (DC1)

Jméno a příjmení:

Místo narození:

Datum vyhotovení:

Zpracoval/a:

Rodiče

Otec – povolání/povinnosti:

Matka – povolání/povinnosti:

Nepřeje si sdělovat žádné informace

Rodinná situace

Životní partner:

Děti:

Sourozenci:

Další blízké osoby:

Sousedské vztahy:

Kde vyrůstal/a (v současném životním prostředí)?

Vzdělání:

Povolání:

Nepřeje si sdělovat žádné informace

Osobnost

Významné osobní zážitky (př. osobní úspěchy, zážitky z války, ztráta klíčových osob, onemocnění):

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

Jaké hodnoty považuje za důležité?

Nač kladl/a v životě velký důraz?

Zvláštní preference a nelibosti:

Je rád/a ve společnosti nebo je raději sám/sama?

Víra a náboženství (modlitby, náboženské svátky, bohoslužby aj.):

Přeje si návštěvní službu z farnosti/účast na bohoslužbách?

Oblíbená hudba/zvuky:

Oblíbená chuť a vůně:

Vztah k pohybu:

Nepřeje si sdělovat žádné informace

Volný čas a rituály

Koníčky, záliby, sběratelská vášeň:

Domácí mazlíčci:

Oblíbená/zajímavá témata (př. politika, cestování, život celebrit aj.):

.....
.....

Oblíbená média (TV, rádio, noviny, internet, knihy, kino aj.):

.....

Oblíbené společenské hry:

Organizace dne:

.....
.....

Rituály a zvyklosti (př. před spaním, při vstávání atp.):

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

Nepřeje si sdělovat žádné informace

Zvyky

Jak byla prováděna péče o tělo (př. četnost a denní doba, sprcha/koupelel):

.....
.....

Zvláštní preference (studená či teplá voda, v jakou denní dobu, mýdlo/bez mýdla, druh mýdla aj.):

.....
.....

Pravidelně používané kosmetické přípravky (př. tělové mléko, balzám po holení atp.):

.....
.....

Způsob péče o dutinu ústní (frekvence čištění zubů, péče o zubní protézu, používané přípravky aj.):

.....
.....

Péče o vlasy (jak, jak často):

Holení (jak, jak často):

Péče o nehty (jak, jak často):

Oblíbené oblečení a doplňky:

.....
.....

Zvláštní zvyky a libůstky (rtěnka, parfém, voda po holení aj.):

.....
.....

Nepřeje si sdělovat žádné informace

Stravování a pitný režim

Výška a hmotnost:

Oblíbená a neoblíbená jídla:

Frekvence a pravidelná doba stravování:

Oblíbené nápoje a denní příjem tekutin:

Tělesná konstituce (př. býval/a štíhlé či plnější postavy):

Váhový úbytek v poslední době:

Nepřeje si sdělovat žádné informace

Odpočinek a spánek

V jaký čas se ráno budí:

V jaký čas obvykle uléhá do postele:

Preferovaná poloha při usínání:

Rituály pro usínání (př. hudba při usínání, otevřené okno, rozsvícené světlo, nepřikrývat aj.):

.....
.....

Odpočinek přes den (polední spánek, posezení v křesle aj.):

Relaxace a uklidnění (např. co potřebuje k uvolnění, odreagování):

.....
.....

Pomoc při sestavování biografie:

Jméno, příjmení:

Vztah (příbuzenský):

Kontakt:

Žádost o spolupráci

Vážená paní/vážený pane, vážení příbuzní pana/paní
(uživatele služby),

Nová životní etapa, kterou Váš blízký začíná v našem Domově, je v prvních dnech velmi náročná a složitá. Pro usnadnění adaptace Vašeho rodinného příslušníka a správné nastavení péče potřebujeme informace z jeho života, především o jeho zvyklostech, zájmech, vztazích a způsobu života.

Informace požadované v tomto formuláři jsou pro naše pracovníky velkou pomocí při práci a komunikaci s naším klientem-Vaším rodinným příslušníkem. Čím podrobnější informace týkající se zvyklostí, preferencí, zálib a nelibostí získáme, tím vyšší je míra pochopení a porozumění, s jakým můžeme ke svému klientovi přistupovat.

Také povědomí o významných životních obdobích a dramatických událostech v minulosti nám pomáhá lépe porozumět klientům a chápat jejich reakce. Tato skutečnost je o to významnější, čím menší jsou možnosti a schopnosti klienta verbálně komunikovat a hovořit o své osobě, přáních a potřebách.

Prosíme Vás tedy o zodpovězení otázek v tomto formuláři, jehož vyplnění je samozřejmě dobrovolné. Pokud se rozhodnete poskytnout nám potřebné informace, bylo by vhodné a milé, pokud by se do vyplňování zapojil i samotný klient (je-li to s ohledem na jeho zdravotní stav možné). Jakékoliv dotazy z Vaší strany Vám ochotně odpovědí naši pracovníci.

Velké a upřímné díky za Vaši pomoc.

ředitelka Domova pro seniory

PŘÍLOHA P IX: PŘEPIS ROZHovorŮ Z DS1

Ředitelka (M1), vrchní sestra (M2), staniční sestra (Z1)

Jak jste se ke konceptu dostali?

M1 – v roce 2009 jsme absolvovali informační seminář o biografii, ve 2010 jsme se vzdělali první dva zaměstnanci (já a tehdejší vrchní sestra), to ještě bylo jen pro sestry.

Začali jsme úpravou prostředí a řekli jsme si, „A to je všechno?“, postupně se vzdělaly všechny sestry, protože pro nikoho jiného školení nebylo, dnes máme proškolený téměř všechen personál. Pracujeme i s koncepty smyslové aktivizace, validace, bazální stimulace a reminiscence, dají se vhodně kombinovat při práci s klientem s demencí, při práci s biografií.

Jak a kdo pracuje s konceptem?

M1 - s konceptem osobně nepracuji, pouze kontroluji a dohlížím na jeho udržení v praxi, kontroluji plnění úkolů, posouvám model dál

M2 - biografii zpracovává klíčový pracovník, biografický list se zakládá do ošetrovatelské dokumentace, používáme původní biografický list od Dr. Procházkové, žádné úpravy jsme v něm nedělali, vyhovuje nám tak, jak je.

Z1 - údaje z biografie slouží pro plánování péče, aktivizace klienta, k sestavení volnočasových aktivit a k úpravě prostředí. Biografii zpracovávají klíčovní pracovníci (PSS), až po nástupu klienta do domova. Sociální pracovníce zpracovávají individuální plán, podle prvotních informací o životě klienta, které zjistí při sociálním šetření, pak provázejí klienta po adaptační dobu a vedou i záznamy a spolupracují s klíčákem na tvorbě toho IP.

M2 - biografické údaje si zaměstnanci předávají na biograf. listu, následně je k dispozici biograf. kniha. Do tiskopisu (biograf. list) zaznamenávají všichni, kdo jsou v kontaktu s klientem (RHB, AP, SZP, PSS...) a kdo zjistí informaci z jeho života – klíčák tuto informaci převezme a dále zpracuje.

Přínos pro pracovníky:

M1 - motivace, srdeční záležitost, větší potěšení z práce, jiná dimenze, prevence vyhoření

😊

Kdo využívá poznatky z biografie a jak?

M1 - především klíčovní pracovníci, aktivizační pracovníci a PSS

M2 - s konceptem aktivně nepracuji, pouze pokud zastupuji staniční sestru, jsem taky proškolená v konceptu, ale využívám znalostí především při manažerské práci a kontrolní činnosti

Z1 - poznatky z biografie využíváme hlavně pro úpravu prostředí, to jde z vedení (managementu), a my dodáváme podklady, tedy jako informace ze životů klientů, čím byli, v jaké době aktivně žili a tak... a pak pro volbu aktivit pro klienty, že jim nevymýšlíme zbytečnosti, ale těžíme z jejich života, co dělali dřív rádi, aby mohli dělat i tady. A pak je z toho hned nápad na volnočasové aktivity.

Jak by měli v zařízení začít při používání biografie?

M1 - proškolit zaměstnance v konceptu a připravit si formulář „biografický list“ (původní od Prof. Böhma / Procházkové nebo upravit dle svých potřeb)

Z1 shodně s M1 - důsledně kontrolovat práci s biograf. listem a biografií klienta

M2 - vykomunikovat s personálem a stanovit priority, cíle, termíny... malé kroky, až se zavede a usadí jedna změna a zavede do praxe, pak teprve stanovit další postup, další cíl, realizovat další změnu.

Přínos biografie a kdo s ní pracuje?

Z1 – ta naše práce v podstatě stojí na důvěře. A jako pokud ty lidi nesouzněj, tak i to koupání nestojí za nic, jo a pokud si vytvoříte právě tu biografii... tedy zpracování biografický knihy... on se vám někdo nemusí otevřít, pokud jako nemá důvěru ve vás. Na to jsou kolegyně z péče lepší než já, prostě neuděláte nic. Otvírá se jiná dimenze služby, a když se to pochopí a chce se to chápat a chce se s tímhleťím takto pracovat, přestane to bejt taková ta každodenní rutina, unavená stereotypní práce.

Paní ředitelko, Vy s tím konceptem pracujete také?

M1 - Já? Ne. Já jsem prošla certifikovaným kurzem, normálně jezdím na ty manažerský prohlubující. Ale já sama s klientama bilancuju. Tady v tom baráku ne, možná na tom starým. Víte, ono to ani není dobrý. My jsme teďka byli na supervizi. Možná vrchní sestra, když ji to baví, tak ať to dělá, já na to ale nemám čas, já radši budu dělat manažerskou práci dobře. Věřím, že teď se barák začíná usazovat technicky, takže tam se nemusí spousta věcí hlídat. Já si myslím, že každý máme svoji roli v tom baráku a máme ji dělat dobře. Já jsem ráda, že s nimi prohodím pár slov a máme jiný sešlosti.

Jak jsme začínali?

M1 - No já ještě se vrátím na ten začátek, když jsme začali jezdit do toho Brna, tak jsme si řekli, že vygruntujuem to prostředí, což samozřejmě bylo úplně blbě. Ale asi to tak dělaj úplně všichni, protože je to nejjednodušší. Takže my jsme začali tahat starý kouty do baru a začali jsme se snažit o nějakou... o náky ty zákoutí a tak. A hmm, tady přesně je ten příklad, kdy ředitel do toho musí vstoupit, protože jako ta první vlna proběhla, a holky nadšeny, něco jsme tam dali, něco jsme udělali a ticho. Něká biografie, to vůbec. Tak jak ty aktivizační si zjišťujou a tak a já jsem si říkala: „To jako nebudeme už nic dělat?“ „To skončilo?“ Tady máme, já nevím, jeden koutek a byla jsem docela jako našťvaná, že se toho nikdo nechopil, jo, že nemaj tu potřebu, a oni ji nemohli mít, když o tom nic nevěděli. Já jsem sice dala dost informací, ale asi mi dáte za pravdu, že dokád' si na to člověk nesáhne, to je prostě těžká až zbytečná práce.

No, a takže jsem zavelela, a pak se zase něco udělalo, a pak jsem začala posílat ty lidi na ten kurz, takže jela první skupina, pak šla druhá, ale právě ten problém je v tom, že mohly jet jenom sestry ze začátku. Ale my jsem v té době měli i klíčáky sestry, takže ony byly angažovaný, tak to mohly naplňovat no a takhle to prostě postupovalo, až teda se rozhodlo, že se postaví nový domov. Nový domov se postavil a teďka teda jak naložíme tady s těma věcmi, ale my jsme už dělali, sbírali biografii a všechno se to tak nějak zažívalo trošku, a když jsme měli zařídit tady tenhle barák, tak já jsem věděla, že tenhle koncept chci v celým baráku, že nebudeme mít žádný terapeutický pokoj nebo jak se tomu říká. Já to úplně nesnáším, jo, jako budeme mít úplně nový barák a jednu místnost na tohle. Ne, já jsem prostě chtěla, aby to bylo v tomhle baráku, ten duch aby tam takhle jako žil, takže jsme ehh, a to už vám ukážeme prostě, ty zákoutí a tvoříme. Už jsme tady půl roku. Na pokojích máme moderní vybavení, ale to proto, aby měl personál usnadněnou práci, ale z domu si mohou klienti donést, co chtějí, jsou tady pokoje krásny a některé tak, jak se postavily.

Je užitečné si tím vzděláním projít, já jezdím na všechna setkání, takže jsem v obraze. Každý má svou roli, ty jako vedoucí mu to nastav. Samozřejmě, něco vodešlo (zaměstnanci).

Jak se Vám podařilo docílit, aby někteří odešli?

M1 - Musíte jim to říct. Někteří odešli dobrovolně sami, ale zase to nebylo tak hrozny, odešly dvě, a obě měly „Böhma“. Já řekla jedny kolegyni: „Slabší jedinci vodpadaj.“

Takže jsme si to řekly všechno, to důležité.

M2 - postřeh, já jsem tady vlastně dva roky a když jsem nastoupila, tak vlastně proškoleny byly sestry, protože pro někoho jiného ta školení nebyly. Já jsem jela s nima jakoby pečovatelkami a s aktivizačníma na to školení a musím říct, že se vám otevře další dimenze, protože ty sestry jsou jedna věc, ale ty pečovatelé vám potom dávají ten koncept do praxe, jako uváděj do života, ony vám to budou posouvat dál. Sestry to znají a v tomhle jedou s nima.

Máte u všech klientů zpracované biografie nebo zařazujete jen někoho? Jak s tím pracujete?

M2 - Nemáme, protože půlku jsme nedávno nabrali, tak jsou biografie zpracovávány postupně tak, jak chodí holky na to školení, tak je zpracovávají a pak si ti klíčoví ještě dovybírají další jakoby u svých klientů. Takže je budou postupně dodělávat, tvořit ty biografické knihy.

Z1 - do plánů péče jdou ty informace hned. Sestry si vyberou to svoje do ošetrovatelských plánů, klíčoví do individuálních plánů a předávají informace taky aktivizační (pracovníci) na ty její aktivity.

A u svých klientů?

Z1 - U svých klíčových pracovníků to, co ještě nemá zpracováno, oni to furt sbírají od sociálního šetření do té biografie, tak to pokračuje přes toho klíčáka a potom dál a všichni vlastně sbírají ty informace, takže když má někdo nějakou aktivitu, a někdo něco zjistí, že začnou hovořit, jo, a tak to všichni jakoby zapíší do toho biografického listu a pak z toho se čerpá zase na tu samotnou biografickou knihu.

Takže k biografickému listu mají přístup všichni v přímé péči?

M2 - To je v sociální dokumentaci, takže je to přístupný jako všem, a kdokoliv kdykoliv tam může dopsat nějaké informace.

Jakou používáte dokumentaci? Máte dost místa ve formuláři? Vytřídili jste i v listu, co vás zajímá?

M2 - Biografický list je daný ze školení, my jsme ho nechali tak, jak byl a ještě máme další volný papír, takže to není problém jakoby, jo, dopisovat kdykoliv kamkoliv.

Z1 - Ne, oni mají jejich (ze školení) dotazníky a formuláře.

Kdo vytváří formuláře? Kdo odpovídá za dokumentaci?

M2 – Formulář jsme převzali ze školení, ten původní od dr. Procházkové, k biografickému listu dávají holky volněj papír, aby tam každý mohl dopisovat, co zjistí. Ošetrovatelskou dokumentaci máme v programu PC, to je daný. Sociální si tvoří svoje formuláře sama, jen jí ho musí schválit ředitelka. Odpovídáme si každá za svoji dokumentaci, to jako sestry za sesterskou, klíčáci za individuální plány a za zpracování biografie pracovníci, kteří byli vyškolení. To už jsou dneska skoro všichni.

Jestli jsem to správně pochopila, pracuje s biografickým listem hlavně klíčový pracovník?

M2 - Ano, který postupně sestaví biografickou knihu a i tak, i když má tu biografickou knihu, tak klient donáší furt nový a nové informace. Protože vám řekne půlku informací, pak vám zase řekne něco dalšího, jiného, to je prostě živý materiál, jo, takže furt se s tím pracuje.

Máte tedy u každého nového klienta tento základ, který se neustále doplňuje?

Z1 - Tak, a i se spolupracuje s rodinami, informace z druhé strany od rodinných příslušníků, co si pamatují, co dělali, jak to bylo.

Z této biografie čerpáte v rámci individuálního plánu?

Z1 - Všechno navazuje a činnosti vychází tady z toho.

Je vše provázáno i ošetrovatelským plánem nebo více s přímou péčí?

Z1 - Sestra není klíčový pracovník, ale klíčový pracovník má deset klientů, aktivity u nich nedělají, ale můžou sestry vycházet z biografie. Když budou vědět, jakou má diagnózu, tak aby měli ty informace, aby věděli, čím ho můžou motivovat. Sestry mají v programu, který používáme kolonku, kam polopaticky pro PSS píšou informace o tom, co ho omezuje, co je limituje, a oni to tam vidí, to je ta provázanost mezi ošetrovatelskou a přímou péčí. Zdravotnická dokumentace se řídí jinou legislativou než v Rakousku, kde je dokumentace provázaná, ale máme i my info, které je povoleno sdílet.

M2 - Já myslím, že nejbliž jsou v přímé péči. Vy je pošlete na školení, pak zjistíte, že to nechtěj dělat, že jim to nejde. Když klient nastoupí, tak už bysme měli mít nějaký obrázek, jak klient vypadá, jak je pohyblivej, co bude potřebovat za péči, protože to musíte někomu v přímé péči říct.

Jezdíte na šetření i Vy?

M2 - Jezdila jsem, dokud nebyly staniční, ale teď už nejezdím.

Jak probíhá šetření, každý pracovník si zjišťuje jiné informace?

Vždy se ten klient na někoho naváže, buď na KP nebo na nás, dotazy se doplňujeme a zjišťujeme informace.

Jaký vidíte přínos v biografii? A máte přehled o všech biografiích?

M2 - Já znám jen ty klienty ze starýho domova, pár těch novejších taky, protože když se s nima střídám a když je zastupuju a jedu na sociální šetření, to ani není možné a myslím si, že mi to ještě bude nějakou chvíli trvat, než budu vědět, co každý klient potřebuje a tak dále. Je pravda, že když jsem byla v provozu, tak jsem měla větší přehled, některý věci fakt nevím.

Pokud chci něco kontrolovat, tak musím vědět. V podstatě, já s tím nepracuju, ale jezdím na manažerské kurzy biografie, kde si předáte Info a zjistíte, jak to kdo kde dělá a jako tu změnu dávat do té praxe, jak to dělat, jak to s nima řešit. Vy jste ten management, občas se kouknu, jak to dělaj, **dozoruji je, kontroluju, aby nezapomínali. Aktivitu je baví, i ty klienty, vidí, že to má nějaký význam, baví je to. Když je to chytne a začne bavit, což je vaše práce, je motivovat a pak vymýšlejí a chodí s nápady a vy to musíte kočírovat, změny, ať není přehřel, nezahltí se, nezahltit pracovníky. Jednu změnu, počkat, další změnu. Vyhovuje to klientům i pracovníkům, vyžaduje to čas. Také jsem ze začátku nebyla trpělivá. A pokud jim, pracovníkům jako, nedáte čas, aby si to zažili a přizpůsobili se, zahltí je to a nebudou to dělat. Nejdřív jednu změnu, počkat až si sedne, a pak další změnu, musíte si časové úseky nastavit podle svého kolektivu. Až uvidíte, že to jde a funguje, tak nastavíte další změnu.** Protože oni musej bejt ti, co to vstřebaj. Já také chci, aby to dělaly, ale dokud jim na to nedáte čas, aby si to zažily a osahaly, že tohle ano, oni si to zažijou a dáte jim čas, a pak je připravíte na další změnu. Je lepší, když opačný princip, když to vzejde, tak změna od ředitele nebo managementu.

Dali jste si nějaký časový úsek na provedení změn?

M1 - No, musíte si to nastavit podle svého kolektivu a podle toho se orientovat. Až vidíte, že tohle se zajelo, a že na to maj, tak jo, ale pokud se za týden vrhnete na další změnu, tak to ne, oni to musí vstřebat.

Jak se práce s biografií projevívá přímo v péči?

M2 - Oni dělají smyslovky, bazálku, dělají biografii. A tak biografie je v podstatě ten základ, který se prolíná do všech těch modelů a pak takhle jako by jedete, že jo, na určitou část uplatníte smyslovku, na určitou, když už není na smyslovku, bazálku, jo, a takhle to prostě je.

Jste schopni, ať už díky biografii, respektovat, v kolik chce člověk vstávat?

Jsme schopni, pak ale stejně zjistíte, že většina vám vstává brzo, protože jsou zvyklí jít na pole. Ještě naopak noční je mejou a připravují, protože oni se budí už ve čtyři, když byli zvyklí, ještě hodně jich pracovalo v zemědělství. Ale jsou lidi, kteří si raději pospějí, tak se u nich dělá úprava až poslední.

Změnilo se něco v rámci předávání služby, když jste se vyškolili v biografii?

Já si myslím, že ne. Normálně si předáte informace o klientech, klasicky, mohou si říct víc, ale ne nějak zásadně.

Sociální pracovnice vůbec nepracuje s konceptem biografie?

M2 - Pracuje, jsou teď čerstvě vyškoleni, hlavně s individuálním plánem. Na začátku vedou individuální plány a adaptaci, vedou si sociální papíry a musí úzce spolupracovat s klíčákem. Dělají adaptaci a pak individuální plány, musíme udržovat nějakou kultivovanost písemného projevu. Když by to mělo být přesně podle biografie, tak by to nemělo být jen úřední práce, ale měli by s nimi dělat i aktivity.

Měli jsme koordinátory, když nebyly staniční, ale nerozuměli ošetrovatelské péči a nemohli ji hlídat.

Je pravda, že když jsem si dělala sociální šetření, znala jsem je lépe.

Z pozice vrchní sestry a práce s biografii, pokud chci mít přehled, musím je kontrolovat. Já s tím nepracuju, eventuálně koordinuje staniční, takže já se k tomu připletu, jen když tady není ona.

Kdo pracuje s biografii?

Z1 – Já, jako staniční sestra to vidím, že nejbližší jsou pečovatelé. Na svém oddělení mám 58 klientů. Děláme tady smyslovku a pracujeme podle Böhma. Původně to mělo být oddělení se zvláštním režimem, ti klienti, který jsme tady stěhovali ze starého baráku, byli lidi s demencí. Nicméně, kraj usoudil, že míst pro klienty s demencí je dost, takže nám to neuznali. Klienti nám ale zůstali, člověka s demencí ale nově nepřijmeme. Oni by nám pak

museli přidat týden dovolený navíc, museli by přidat víc personálu. Jmenovky a fotky na dveřích máme zatím nalepeny, i informace o tom, u koho se dělá bazální stimulace. Většina klientů jí na pokojích nebo v respiriích. Nejprve dostanou polévku, samostatně, aby měli dost času si ji sníst, s odstupem asi dvaceti minut přijde kuchařka z jídelny, a jídlo servíruje na talíř. Pracovníci v přímé péči jim ji podávají stravu, kuchařky ji servírují. Fotky na dveřích máme, aby klienti trefili

M1 - my jsme měli tabletový systém, ale rozhodli jsme se, že to tak nechceme

Z1 - Na ošetřovně se nachází všichni v přímé péči. Jedna strana je prosklená do respiria, kde vidíme na klienty. Máme takové zákoutí podle biografie, a hlavně pro lidi s demencí. Fototapeta dává pocit, že sedí v lese, a když se tam kouknete, uvidíte, že na ně jde shora sluníčko přes světelnou studnu.

Mohla byste mi ukázat tiskopis na biografii?

Z1 - Myslím, že ho znáte, je úplně stejný jako ze školení.

Vy jste jej neupravovali?

Z1 - Ne ne, nechali jsme ho ve stejné podobě. Při sociálním šetření, když tam jedeme, tak i někdy zjišťujeme, že se jich ptáme na ty vnučky, když je pán nebo paní sdílná, ale spíš při tom sociálním šetření se zaměřujeme na péči, kterou od nás budou očekávat. Klíčový pracovník by měl jet na sociální šetření a pak z toho právě si bude tvořit tu biografii. Do biografického listu si ty informace sepisuje na základě toho.

Kdo všechno tedy jezdí na sociální šetření?

Jezdí sociální pracovník, pak jsem to já, nebo jiná sestřička, nebo vrchní, a pak jezdí klíčový pracovník. Takže tři. Někde to třeba neradi viděj, řeknou, že je chudák klient, ale my se o něj tady pak staráme a musíme si udělat obrázek, my ho tady pak máme. A taky začínáme sbírat biografický údaje každá ze svého úhlu pohledu, jako z ranku zabezpečovaných činností.

PŘÍLOHA P X: PŘEPIS ROZHovorŮ Z DS2

Rozhovory: ředitelka (M3), sociální pracovnice (Z2), všeobecná sestra (Z3)

Jaké máte výsledky s biografií?

Z3: Dobré, můžu za sebe a sestry říct, že dobré. Tak například klientka na jednom pokoji volala pořád manžela, i když sem chodil, takže jsme se podle biografie zkusili zjistit, proč. Dali jsme na pokoj velké fotografie manžela, a také jsme zjistili, že byla učitelka cizího jazyka a tak za ní jednou týdně dochází člověk, který si s ní popovídá a už teď nevolá, ale zeptá se sestřičky, kdy manžel přijde.

U klientů s demencí se snažíme adaptaci zmírnit tím, že hovoříme s rodinou, obzvlášť pokud to někdo nezvládne, ale musí být rychle umístěni, a je to pro ně taková změna, že se to musí řešit takto. My se snažíme klientům, kteří to nezvládnou, tak se snažíme aplikovat bazální stimulaci, a kteří jsou mobilnější, tak jiné aktivity podle biografie a pak podle diagnózy se snažíme najít vhodnou aktivitu k udržení co největší soběstačnosti a když víme, že s nimi chceme cvičit, tak už ráno začneme tím, že aplikujeme prvky bazální stimulace a snažíme se je jako aktivovat.

Z2: My děláme všichni všechno, do péče chodíme i sociální pracovnice a aktivizujeme všichni, i sestry, i pracovníci přímé péče. Aktivizační dělá hodně takové ty velké společné akce, jako i pro rodinu a veřejnost. Ale každodenní činnosti, jako aktivizující péči, to děláme všichni. Každý dělá to, co ho baví. Pracují tady teď na zvláštním režimu lidí, kteří tady takto chtějí pracovat. Hodně času trávíme s lidmi, a aktivitami.

Z3: V péči o klienty s demencí vycházíme z biografie, pokud mají nežádoucí projevy chování, tak se snažíme najít, co je ztiší a stimuluje ke spolupráci. Tak třeba i s jídlem, musíme tu biografii dostat do všech oblastí péče. S kuchyní je to někdy ještě složitější, ale hodně nám vychází vstříc, už se to naučili, zvykli si. Taky bylo ze začátku všelijak. Klientů se ráno ptáme, na co mají ráno chuť, co by si dali na snídani. Mohou si vybrat, na co mají chuť. Někdy se nám nepodaří sehnat, co by si přáli, tak hledáme náhrady. Pokud by chtěli jíst ráno zavináče, tak je budou mít, i pokud by chtěli každý den k obědu pivo, pokud na to byli zvyklí. Vidíme změnu u klientů i ti, kteří jinak potřebují pomoc s podáváním jídla, se nají sami, pokud jim naservírujeme něco, co jim velmi chutná, co znají ze svého dřívějšího života.

Z2: Pokud připravíte aktivity, které dělala vaše babička, tak se vždy trefíte. Ty činnosti, které jsou hluboce zakořeněné, jsou jednoduché. Přirozené aktivity.

Biografickou knihu zpracováváme každému. Volně můžeme vkládat listy. Pracovníci to napíší na papír a sociální to pak přepíše do formuláře a založíme do složky.

My jsme si formulář nijak neupravili. Klienti mají zájem o biografickou knihu, a dáváme ji i pozůstalé rodině, jako památku. Informace, které získáme, se snažíme hned dopisovat. Nemůžeme říct, že se nám podaří díky biografii zlepšit zdravotní stav, ale jistě vidíme, že díky biografii se klientům dožívá život radostněji, a snadněji i pro personál.

Jaké byly počátky zavádění biografie do praxe?

M3: Je důležité mít plán, co kdo bude dělat, určit si časovou osu, ať ví každý, co má dělat a do kdy, mít termín a nedělat všechno hned a v celém baráku. Sociální pracovnice si u nás trochu prošla péčí, aby věděla, a tak změnil přístup, má mít lepší přehled.

V rámci Böhma jsme přišli na to, že někteří zaměstnanci chodí v různých časech, aby bylo dost personálu, aby mohli poskytnout ranní péči všem, podle toho, jak vstávají klienti. To je dobré, to se osvědčilo. Už klienty nebudíme podle našeho harmonogramu. Ale je fakt, že je jich hodně brzo vzhůru, oni tak vstávali celý život, tak to mají tak i u nás. Ale ne všichni. Někteří by spali až do oběda ☺

Jaký je přínos biografie? Změnilo se u vás něco?

M3: změnilo se hodně prostředí. Díky tomu, že jsme nyní necelý rok po rekonstrukci, mohli jsme ještě do některých činností zasáhnout, teda myslím do vybavení pater a oddělení. Na vybavení podle biografie a principu normality jsme čekali hodně dlouho, měli při výrobě zpoždění... nebylo jednoduché sehnat, co jsme si namysleli, že tu budeme mít. Jak se sama podíváte, čekání se nám vyplatilo.

Biografické prostředí nemáme v celém domově, to by bylo moc drahé a zřizovatel by s tím měl problém, asi to znáte, tak je terapeutické prostředí jen na zvláštním režimu, kde je důležitější, než na seniorech, kde nemaj ještě takovou dezorientaci.

Prostředí jsme navrhovali sami podle naší představy o tom, jak většina našich žila... v době, kdy byli aktivní. Nemáme to podložené žádným výzkumem, to ne, ani podrobnou analýzou podle našich seniorů, to ne. To se tak nedá dělat, celkem často se nám

mění. To jsme se dohodli se sociální pracovníci, ekonomem a správcem, podle toho, co jsme vyčetli a absolvovali na kurzu biografie, a co jsme viděli v Rakousku. Máme to tam kousek, tak jsme se jeli podívat na západ do civilizace, hahah.

Pokoje jsou vybavené moderně, tak, aby se personálu dobře pracovalo. Hlavně polohovací postele, to je důležitý, a taky zvedáky, na převážení klientů. To vám víc řeknou holky z péče. Vanu máme moderní, sprchy tak. Vana je taková ta elektricky stavitelná, nemusíte dávat klienta dolů, ona vyjede za ním nahoru, až po ten zvedák. To jsou dobré věci, vychytávky.

Z3: Pracuje se nám líp, když o klientovi víc víme. Některým věcem se pak u něj už nedíváme, když zjistíme, jak žil, co všechno zažil, můžem si představit, co prožívá, když už není v současné realitě, že hledá své děti, i když s nimi mluví, protože on je minus dvacet, třicet let zpátky a tak je hledá malý... a ta rodina to nechápe a jsou z toho smutní a rozzlobení. A my jim to aspoň můžem vysvětlit, protože už to tak nějak víc chápem. A když je zmatenej, a chce domů, protože je večer, tak ten syndrom zapadajícího slunce už nás netrápí, protože s tím umíme pracovat... máme k tomu ty informace v listu, a někdy už máme napsáno, co na něj zabírá, jako jeho rituály a návyky. Nebo když to napsáno není, tak když na něco přijdem, a ono to funguje, tak to tam hned napíšem. No, je to přínosný spíš pro přímou péči, jako klíčáky, ale je dobrý, že jsme proškolený i my (pozn. sestry), můžem to pak těm novejm dovysvětlit, oni se v tom někdy ztrácej. Do ošetř. plánů toho biografickýho zatím moc nepíšem, spíš když je problém, tak to zjistíme z biografie a pak použijem.

Jak a kdy začínáte se zjišťováním biografických informací? A jakou na to máte dokumentaci?

Z2 - Při šetření jako sociální pracovníci mi nikdo nic neřekne o zdravotním stavu toho klienta, když za ním jedeme do nemocnice nebo do léčebny, ale pokud jede zdravotní sestra, tak si informace předají, jsou kolegiální. Tak už jezdíme spolu, pokud to jde, abychom se dozvěděli o klientovi i po zdravotní stránce co nejvíc. Šetření když není v domácím prostředí, tak se alespoň snažíme získat fotografie nebo informace od rodiny, jak ten člověk dříve žil a jak to u něj doma vypadalo.

Biografické informace, které zjistím na sociálním šetření, píšu do záznamu ze sociálního šetření, není to extra formulář, je stejný jako před biografii, jen si do něj dopisuji poznám-

ky o tom, co zjistím, když jsem u klienta doma. Aby měli v přímé péči obrázek o tom, kdo jim přijde, ještě než ten nový nastoupí.

Přínos biografie a konkrétní činnosti?

Z2 - Hodně se věnujeme aktivizaci klienta podle jeho životní biografie, děláme pravidelné aktivizace zaměřené na komunikaci, kdy pracujeme v rozhovorech cíleně na získání informací o životě klienta, jeho dětství, mládí, co měl rád, jaké měl rituály, ptáme se, co ve svém životě považoval za důležité, na co je hrdý, na co hrdý není a jestli má nějaká tabu témata. S tímto pracujeme jak na zvláštním režimu, ale tam spíš s rodinou, oni už toho moc s demencí neřeknou, to už je pozdě. Ale hodně s tím pracujeme na seniorech, dokud jim ještě paměť dobře slouží. Oni rádi vzpomínají a mluví o své životě, a tak se nám dobře tvoří. Jo, je to spíš individuální aktivita, jako práce s jedním klientem, aby měl dost soukromí a času. Taky je to náročné na personál, na čas, ono se musí po částech, toho je pak i na jednoho pracovníka moc, jako třeba když měl někdo hodně těžkej život, a začne o tom mluvit, to pak mám co dělat se s tím nějak vyrovnat. Co pracujeme s biografií, už nikoho nesoudím, ani to, jestli za nim rodina chodí nebo ne. Nevíme, co prožili, co mezi sebou měli, jestli si odpustili, nemůžu je hodnotit, ani soudit, to nás tady naučila biografie, sociální pracovníky, stejně jako sestry a klíčové pracovníky.

Když pak děláme ty biografický knihy, klienti jsou šikovní, někdy se zapojí jejich vnoučata nebo dcera, a to pak má ta kniha jinou hodnotu, pro všechny, kdo na ní dělají. Dokud jsme nezačali s biografií, nemohli jsme k nám příbuzné dostat. To jsme pro ně udělali společenské odpoledne nebo informační schůzku, a taky nikdo z nich nepřišel. Teď co pracujem s biografií, nosí nám materiál, fotky, někdy i celé rodokmeny, ale to bylo jen jednou nebo dvakrát.

A taky se podařilo, že začali chodit na společnou biografickou aktivitu. To s námi třeba někdy pečou a připravují občerstvení, pak si to odpoledne sníme společně a u toho jim ukazujem, jak se žije na oddělení. To se nám moc osvědčilo. A taky nám začali být štedřejší a už si tolik nestěžují na kde co.

Taky tu biografickou knihu pořád doplňujeme a dáváme do ní fotky ze současnosti, z aktivit s klientem, z jeho života tady v domově. Aby pak jednou měla rodina na památku tu knihu i s tou naší kapitolou. Ono se jim pak líp vyrovnává s tím, že jim ten jejich blízký odešel. My tu knihu necháváme 2 týdny na polici u kaple, s rozsvícenou svící, aby se všichni, kdo chtějí, mohli rozloučit, nebo jen podívat, kdo to byl a jak žil. A pak tu knihu

dáváme rodině. Většinou si u toho všichni pobřečíme, ale to je takový očistný, úlevný pláč. A tak to s námi dělá Böhm. Nejlepší, co jsme mohli pro nás objevit a udělat. Nedaj to všichni, tu práci podle Böhma. Ale to já nemůžu komentovat. Můžu jen říci za sebe, že jsme se v tom našla.

Z3: Vytváříme hezké vztahy i s rodinou, nejen s klientem. Pak taky jsou ochotní doprovodit toho svého blízkýho, když umírá. To taky dřív nechtěli, báli se, nás, prostředí, umírání, všeho. Teď jsme v tom společně. A za to vděčíme Böhmovi. A taky naší ředitelce, že do toho šla. Že nám věří a že chce Böhma tady v domově.

Jak jste začínali s Böhemem?

M3 - ona to tady J. (soc. prac.) do domova přinesla. Přijela tak nadšená ze školení, moc jsem tomu nevěřila, ale udělala nám prezentaci, a s takovým nadšením a vytrvalostí to prosazovala, že jsem jí dala volnou ruku, aby sama dělala, co uzná za vhodné. Nakonec po roce, kdy jsme viděli její výsledky v aktivizaci klientů a taky že se začli chovat jinak, jsem poslala další lidi na školení k Procházkové, do Brna a tak od té doby školíme opakovaně. Teď už jezdí Eva (Procházková) k nám, už jsou z nás staří partáci, tak řekla bych přátelé, a že nás dává na školení za vzor, tak jsme koncept asi dobře pochopili a zavedli do praxe. ☺

Ale je to nekončící práce, hlavně pořád s personálem, vysvětlovat, školit, korigovat, a kdo to nechce dělat, může jít ze zvláštního režimu na seniory, my jsme moc lidí nevyhazovali, špatně se hledají dobří lidi. Tak některé jsme vyškolili, některé jsme vychovali ☺ a někteří taky odešli jinam. Ale sami, že to nevydrželi, ten tlak na výkon a jiný způsob práce. Ale to je přirozené, každý ty změny nezvládne dobře. A taky se nám tím vyčistily vztahy, vylepšila se komunikace a předávání informací a spolupráce s jinými úseky. Ale tam jsme je to učili dlouho.

Jak jsme tedy začínali a čím?

M3: no, tím, jak jsem říkala, že jela tady J. na kurz a přijela moc nadšená. Tak je to asi její zásluha. Procházková říká, že to je nejmíň pravděpodobná cesta (teda jako nereálná), že jeden nebo dva vyškolení zaměstnanci něco v tom svém domově změní. Ale ona se nedala a nedala si to vymluvit a dneska jezdí k Procházkové prezentovat tu svou tvrdohlavost jako dobrou praxi ☺ ale to je přece pochvala ode mě, já to nemyslím zle.

Zaváděli jsme tu změnu na malém oddělení, na zvláštním režimu, mohly se holky přihlásit, kdo tam chtějí pracovat jinak, podle biografie, i když moc nevěděly, do čeho se hlásí. Tak jsme je poslali do Brna (sestry), školení pro ostatní profese ještě nebylo. Ale pak jsme se domluvili s Procházkovou a ona nám přijela odškolit první vlašťovky z přímé péče. Pak už to šlo celkem rychle. To je asi s podivem.

Jakou používáte dokumentaci? Kdo ji tvoří, kdo za ni odpovídá?

Z3: Každý sám za sebe, svou profesi. Aktivitu denního života máme v tom papíře, ale píšeme je i jakoby do těch individuálních plánů a máme to vždy historie, současnost, to je to, co nám vyjede z toho sběru informací, co každá děláme. Co víme z biografie, napíšeme jakoby historii k těm údajům. Do ošetřovatelských plánů píšeme jen ty informace z biografie, které právě u klienta potřebujeme. Nemůžeme tam mít všechno, protože to by bylo nepřehledné. Když se pak u klienta něco děje, třeba jako zhorší orientace, nebo nechce jíst, nebo jde do apatie, protože už je v těžší fázi demence, tak to si pak najdeme ty informace z jeho biografie, ty co jsou ve spisu v tom jako zásobníku pro ty horší časy, jak my tomu tady říkáme. A to nám pomůže nastavit intervence. Dost často musíme pracovat s rodinou toho klienta, aby nám některé věci sdělil, aby nám třeba pomohl s krmením, když už nechce jíst a uklidňuje ho třeba hlas jeho syna. Někdy se do toho taky rodině nechce, ale to už tak je. Pak taky píšeme důležité věci v rámci hlášení, to co si chystáme pro tu týmovou vizitaci, to musíme každá za svého klíčového klienta poreferovat.

Z2: No, pro sociální šetření před nástupem máme záznam o sociálním šetření s kolonkami na biografické údaje. Co nám řekne klient a jeho rodina, to tam zapíšeme volnou formou. Pro práci na biografii, teda jako knize, používáme od Procházkové její biografický list, tak jak jsem ho dostala na tom kurzu. Ten nijak neupravujeme, vyhovuje nám tak, jak je. Pak ještě pro aktivizaci používáme záznamový list na základě biografie, ten jsme si udělali sami (sociální pracovníci). Sestry mají svoji dokumentaci, kterou používají stále stejnou, jen je doplněná o informace ze života klienta, to co má vliv na péči o něho. Ale to vám řeknou spíš sestry. A pak máme týmové porady, ze kterých vždycky vyjdou nějaké úkoly a poznatky o klientovi a jeho životě. A taky se používá formulář na soupis aktivit denního života (ADL), ten je hodně užitečný, a taky je původní od Procházkové. Ten je osvědčený, ten jsme neměli důvod nějak upravovat, nám vyhovuje. Vypracuje ho vždycky ten, kdo dělá

biografii s tím jedním klientem. Tak vlastně každý klíčový pracovník, který má odškolenou biografii. Klíčový pracovník je nejčastěji pracovník přímý péče, ale i já, a aktivizační, a sestry, dokonce i kuchařka má jednoho klienta. Na týmové poradě děláme při vizitaci péče společný porady se všema profesema, každý má co říci. Pokud je zpracovaná nová biografie, tak si to tam řeknem, ten, kdo ji zpracoval, tak si tu poradu jako vede, a taky děláme ten transfer, to jo, začali jsme s tím po vyškolení všech těch PSP, co jsou na zvláštním režimu. Na seniorech ho ještě neděláme. Ten transfer, to je vlastně předání informací, co víme z biografie, z aktivit denního života a z rodokmenu, a to se zapisuje na tři tabule, a pak z toho vznikne takový souhrnný koš aktivit, nebo témat, jako zásobní, až bude s klientem zle, abychom s ním mohli dobře pracovat, a abychom rozuměli, proč se chová, jak se chová. No a v tomhleto koši jsou pak v zásobě komunikační témata (jak ty dobrý, tak ty nežádoucí, abychom klientovi třeba nepřitížili), konkrétní oblíbené aktivity (šití, nebo záliba ve vlacích a tak), z toho nám vyplynou požadavky na přenos do rehabilitačních plánů (podpora mobility, nácvik orientace v prostředí), ošetřovatelských plánů (třeba pokud je u klienta porucha orientace, porucha příjmu potravy, to je u demence pak často), aby sestry mohly nastavit vhodné intervence. Ale to vám víc řeknou sestry, myslím.