

Biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory

Karla Dvouletá

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karla Dvouletá**
Osobní číslo: **H14004**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury na dané téma.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stáří, péče o seniory, biografie klienta a pobytových zařízení sociálních služeb.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace kvalitativního průzkumu metodou strukturovaného rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BÖHM, Erwin. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Maudrich, 2009. 289 s. ISBN 978-3-85175-911-2.

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav a Zdeněk KALVACH. Úvod do gerontologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Práce s biografií a plány péče. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2014. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-204-3186-8.

VEREŠOVÁ, Jarmila. Kvalita života seniorů. Trenčín, 2012. Rigorózní práce. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně, Fakulta zdravotníctví, Katedra ošetrovateľstvá.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jarmila Verešová
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016



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

L.S.



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 10.2.2014



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 nevytělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 jim 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 přihlídáne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá využitím biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. Teoretická část objasňuje pojmy stáří a stárnutí, seznamuje nás s aktuálním stavem seniorů v ČR, s historií péče o seniory, zejména poukazuje na rozdíly v péči před a po roce 1989, vyjmenovává druhy pobytových zařízení pro seniory a především popisuje základy psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma. Cílem praktické části je zjistit využití prvků biografie klienta v péči ve vybraném pobytovém zařízení pro seniory a názor pracovníků sociálních služeb tohoto zařízení na její přínos pro práci s touto cílovou skupinou.

Klíčová slova: senior, sociální služby, pobytová zařízení, biografie klienta

ABSTRACT

This thesis deals with the use of client's biography in care in residential social services for the elderly. The teoretical part explains age and ageing concepts, it introduces us to the current status of seniors in the Czech Republic, to the history of care for the elderly, it points in particular to differences in care befor and after 1989, it listed types of residential facilities for the elderly and mainly it describes the basics of the psychobiographic model of care according to Erwin Böhm. The aim of the practical part is to find out use of client's biography in care in selected residential service for the elderly and the opinion of the workers in these social service on its contribution to their work with this target group.

Keywords: senior, social services, residential facilities, client's biography

Děkuji paní PhDr. Jarmile Verešové za odborné vedení při vypracování mé bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumného šetření. Za podporu a pomoc děkuji také své rodině a blízkým.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 PÉČE O SENIORY	13
1.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	13
1.2 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ A STÁRNUTÍ POPULACE	16
1.3 HISTORIE PÉČE O SENIORY V ČR	17
1.4 PÉČE O SENIORY PŘED ROKEM 1989 A DNES	18
2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	21
2.1 ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	21
2.2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	23
2.3 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	25
2.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	28
3 SPECIÁLNÍ KONCEPTY.....	31
3.1 VALIDACE PODLE NAOMI FEIL	31
3.2 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	32
3.3 REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	32
3.4 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PROFESORA ERWINA BÖHMA	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
4 VÝZKUM.....	42
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	42
4.2 CÍLE VÝZKUMU	42
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
4.4 VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY	43
4.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÝCH VZORKŮ	44
4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	46
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	48
5.1 VÝSLEDKY STRUKTUROVANÝCH ROZHovorŮ S AKTIVIZAČNÍMI PRACOVNICEMI.....	48
5.1.1 Biografie klienta.....	48
5.1.2 Spolupráce s rodinou.....	48
5.1.3 Terapie prostředím	49
5.1.4 Skupinová aktivizace	49
5.1.5 Individuální aktivizace	50
5.1.6 Aktivizace klientů s demencí	50
5.1.7 Aktivizační činnosti	50
5.1.8 Tradice, zvyky, obyčejje	51

5.1.9	Vycházky a výlety	51
5.1.10	Pocit užitečnosti	52
5.1.11	Jednotlivé aktivizační terapie	52
5.1.12	Přínos biografie klienta v aktivizaci.....	55
5.1.13	Negativní stránka biografie klienta v aktivizaci.....	56
5.2	VÝSLEDKY SKUPINOVÉHO ROZHOVORU S PRACOVNÍKY PŘÍMÉ PÉČE.....	56
5.3	VÝSLEDKY ANALÝZY DOKUMENTŮ	59
6	DISKUSE	61
	ZÁVĚR	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

„Stáří se nevysmívej, vždyť k němu směřuješ!“

(Menandros)

Často diskutovaným tématem dnešní doby se stalo stárnutí populace. Stále se zvyšující úroveň medicíny přispěla k tomu, že se dnes lidé dožívají mnohem vyššího věku, než tomu bylo v minulosti, a období stáří se tak stalo poměrně dlouhou etapou lidského života. Pro každého z nás je jistě toto zjištění pozitivní, vždyť, přiznejme si, kdo z nás by nechtěl žít dlouho nebo nejlépe věčně? Málokdo z nás se už ale zamýšlí nad tím, jaké to je být seniorem v současném hektickém světě, ve kterém je až nezdravě propagováno mládí, krása, úspěšná pracovní kariéra a ve kterém se pojem stáří stal čímsi nechtěným, pro mnohé až nepřipustným, ve světě, kde přestárlí lidé jsou spíše na obtíž. Dnešní senior se sice v mnohém liší od seniora, který žil před několika desítkami let, přesto i jemu s přibývajícím věkem postupně ubývají síly a k tomu, aby se dožil toho vysněného vysokého věku, většinou potřebuje každodenní větší či menší pomoc druhých lidí. Právě to se ale mnohdy stává kamenem úrazu, ne každý člověk má totiž možnost zestárnout a dožít život v kruhu svých blízkých, což bylo v minulosti jakousi samozřejmostí, bylo jakousi nepsanou povinností dětí postarat se o své rodiče a prarodiče. Ráda vzpomínám na své dětství, když na vesnici stávala před každým domem lavička a na ní po celý den posedávaly stařenky, které nečinně s úsměvem na tváři pozorovaly a následně komentovaly dění kolem. Tyhle lavičky plné stařenek byste dnes na vesnici hledali jen stěží. Svět se změnil a změnil se i přístup mladých lidí ke svým rodičům a prarodičům. Ti, pokud nejsou alespoň trochu soběstační, tráví většinou své stáří v domovech pro seniory, kde následně také umírají. Tato zařízení sociálních služeb jsou v dnešní době doslova přeplněna a poptávka možnosti umístění v některém z nich několikanásobně převyšuje nabídku. Často se pak stává, že staří lidé, čekající na umístění, pobývají dlouhé týdny a měsíce v nemocnicích na lůžkách oddělení následné péče, případně na odděleních sociálních lůžek. Jakousi omluvou této situace jsou určitě dnešní ztížené možnosti postarat se o své blízké v jejich přirozeném prostředí. Strach ze ztráty zaměstnání, posun odchodu do penze o několik let a vlastní zdravotní problémy, to jsou faktory, které v dnešní době ztěžují dětem možnost postarat se o své stárnoucí rodiče.

Na pozici pracovníka v sociálních službách se setkávám se seniory takřka denně. Často jsem svědkem okamžiků, kdy k nám do zařízení přicházejí ze svých domovů, aby s námi prožili zbytek života. Musí být pro ně hodně těžké opustit místo, kde mnohdy strávili celý svůj život, a ve vysokém věku začít znovu někde jinde, v novém neznámém prostředí, obklopeni cizími lidmi. Mnozí z nich se adaptují brzy, některým to trvá déle, ale někteří si až do konce svého života nepřipustí, že se domů nikdy nevrátí. Tým našich pracovníků se všemožně snaží nacházet nové možnosti způsobu péče, pomocí kterých by těmto starým lidem zajistil klidné dožití v prostředí, které by jim co nejvíce připomínalo domov. Pokud ovšem nebudeme znát jejich životní příběhy, což je základem psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma, jen stěží si budeme moct představit, jaký ten jejich domov vlastně byl.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O SENIORY

„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří.“ (Haškovcová, 2010, str. 9)

O stáří během svého života většinou neuvažujeme až do doby, kdy se nás začne bezprostředně týkat. Při našem každodenním shonu se nám jeví jako vzdálená šedivá životní etapa, spojená s nemocemi a osaměním. Tento fakt ještě stěžuje současný ideál mládeže, který hlásá užívat si naplno bezstarostného života, než se ke slovu přihlásí ten hrozný vysoký věk. Někteří lidé se neodvratitelnou zákonitostí stárnutí dokonce pokoušejí přelstít a snaží se žít mladým životním způsobem i tehdy, když už je to směšné. Neúprosný běh životního času se totiž nedá zastavit (Haškovcová, 2010, str. 17). V následující kapitole se pojmy stárnutí a stáří snažíme přiblížit a definovat.

1.1 Stárnutí a stáří

Dvořáčková (podle Pacovského, 1990, 2012, str. 10) popisuje stárnutí jako přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím. Ve své další publikaci pak pojem stárnutí definuje jako přirozený a nezvratný biologický proces, který trvá od početí až po smrt jednotlivce, týká se nás všech a stejným způsobem. Rozdíly vidí pouze ve formě stárnutí a v jeho průběhu. K hlavním charakteristikám stárnutí řadí značné individuální rozdíly závislé na aktuálním zdravotním a psychickém stavu jednotlivce, jeho rodinném zázemí, vlastním sebepojetí, hodnotovém a postojevném vybavení. Dalšími důležitými faktory jsou podle ní také vývoj našeho života a životní styl každého z nás (Dvořáčková, 2013, str. 21). Malíková (podle Langmeiera a Krejčířové, 2006, 2011, str. 15) označuje stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti. Dientsbier (2011, str. 11) poukazuje na fakt, že jediné, co můžeme s procesem stárnutí dělat, je snažit se o jeho zpomalení a oddalování jednotlivých forem jeho projevů, a to způsobem svého života.

Celé období stáří bylo dříve označováno jako třetí věk, kdy dětství bylo prvním a dospělost druhým věkem. Stáří se ale postupně stávalo stále delší životní etapou, proto ho dnes dělíme na třetí a čtvrtý věk. Podle světové zdravotnické organizace WHO se období lidského věku s ohledem na seniorské kategorie dělí:

- 45-59 let – střední nebo také zralý věk,
- 60-74 let – vyšší věk neboli rané stáří,
- 75-89 let – stařecký věk neboli senium, také vlastní stáří,
- 90 let a více – dlouhověkost (Haškovcová, 2012, str. 99).

Dientsbier (2011, str. 78) ve své publikaci uvádí další členění stáří:

- 65-74 let – mladí staří,
- 75-84 – staří,
- 85 a více let – velmi staří.

Dvořáčková (2013, str. 21) stáří chápe jako pozdní fázi vývoje života člověka s řadou přirozených degenerativních procesů, které se projevují poklesem výkonu určitých funkcí. Je podle ní charakterizováno:

- polymorbiditou,
- zhoršujícím se smyslovým vnímáním,
- poklesem celkové pohyblivosti,
- poklesem schopnosti učení a regulace emocí,
- měnící se strukturou a funkčností paměti,
- snižováním kognitivního výkonu a celkové soběstačnosti.

Malíková (podle Mühlpachra, 2004, 2011, str.15) o stáří uvádí: „*Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.*“ Soběstačnost se podle ní s přibývajícím věkem výrazně snižuje, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a často k nucené životní změně. Špatenková (podle Pichauda a Thareauové, 1998, 2015, str. 33) řadí k nejvýznamnějším sociálním změnám vyššího věku:

- odchod do penze,
- odchod dospělých dětí z rodiny, narození vnoučat,
- biologické (fyzické) změny,
- změny v oblasti psychologického potenciálu a sociálních rolí,
- smrt partnera, blízkých lidí, přátel, vrstevníků, anticipaci vlastní smrti,
- změnu bydlení, přestěhování či institucionalizaci.

Někteří lidé se ale na odchod do penze a klidný seniorský věk, kdy budou obklopeni svými vnoučaty, těší. Jak uvádí kolektiv autorů (2012, str. 12), období seniorského věku může být

také příjemnou částí života a není třeba se jej obávat, pokud se na něj člověk náležitě připraví. S tím souhlasí i Haškovcová (2010, str. 176), která tvrdí, že by krátkodobá příprava na stáří měla probíhat již v době 3-5 let před odchodem do penze. Jak se všichni tito autoři shodli, důležité je zejména utužovat vztahy s rodinou, obnovit přátelství s vrstevníky, nalézt náhradní program v pěstování zálib, koníčků, sportovních a společenských aktivit, aby nedošlo ke ztrátě sociální komunikace. Doporučuje se také úprava bydlení a příprava finanční rezervy.

Potřeby ve stáří

Verešová (2012) ve své rigorózní práci zdůrazňuje, že stáří, tak jako kterékoliv jiné životní období, má své fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby, a proto je důležité, zda prostředí, ve kterém člověk žije, tyhle jeho potřeby naplňuje a saturuje. Ve své práci Verešová mimo jiné zjišťovala, co považují dnešní senioři v životě za nejdůležitější. Jak správně předpokládala, pro všechny její respondenty bylo nezbytné nebo velmi důležité především zdraví, které, jak citovala Holmerovou (2012), „*je důležitým předpokladem aktivního stárnutí a důležitou hodnotou života*“. Na následujících dvou příčkách se umístily fyzická soběstačnost a psychická pohoda. Více jak 91 % seniorů uvedlo jako velmi důležité také rodinné vztahy. Jak říká Procházková (2010, str. 21), „*je třeba nepodceňovat ani hodnotu vztahů negativních či vztahů s osobou již nežijící, která však měla prioritní úlohu v životě našeho klienta*“. Vysoké procento dotázaných považuje stále za velmi důležité milovat a být milován (více než 89 %). Na předních příčkách se umístila také pravda, dobrý spánek, bydlení, spravedlnost, bezpečí, mít a vychovávat děti, vztahy s ostatními lidmi, svoboda a práce. Peníze byly důležité pro 72 % dotázaných, víra pro více jak 56 % z nich. Překvapilo nás, že dobré jídlo patřilo k velmi důležitým položkám jen pro přibližně 37 % seniorů. Zajímavá byla také u seniorů tabuizovaná otázka sexuálního života, kterou nakonec považovalo stále ještě za velmi důležitou 22 % dotázaných. Za méně důležité pak dotázaní respondenti považovali politickou otázku, koníčky a odpočinek ve volném čase. Při možnosti jmenovat, co jiného by si ve svém životě přáli, dotázaní senioři uvedli možnost cestování, pomáhat druhým, nemít bolest, každé ráno se probudit, jistotu, starat se o vnoučata, mít soukromí, umět se smát, mít radost ze života, nebýt sám, pohodu a klid, umět odpouštět, dožít se vysokého věku a umřít doma (Verešová, 2012).

1.2 Demografický vývoj a stárnutí populace

„20. století začínalo jako století dítěte a skončilo jako století stáří.“

(Dvořáčková, 2012, str. 22)

Stárnutí populace se v dnešní době stalo celosvětovým problémem. V souvislosti se seniory a jejich zvyšujícím se počtem se často mluví o problému sociálním, a to především z důvodu obav z nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči (Svobodová in Dvořáčková, 2013, str. 19-20). Podle Čeledové a Čevely (2010, str. 83) je růst počtu a podílu starších lidí v populaci dán zvyšující se ekonomickou úrovní a vyšší kvalitou zdravotních i sociálních služeb. Jak dále uvádějí, podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 let a více a téměř tři miliony osob starších 65 let, což bude znamenat 31,3 % populace.

Z výsledků Českého statistického úřadu dále vyplývá, že za posledních 15 let vzrostla v České republice průměrná doba dožití u mužů o 4,2 % na 76 let, u žen o 3,4 % na 82 let, což poukazuje na přibývajícím počet starých žen. Vzhledem k faktu, že k nejvyššímu nárůstu došlo ve věkové kategorii 85 let a více, vzrostl počet osob závislých na pomoci druhých. V Česku je zcela odkázána na pomoc druhé osoby až jedna pětina seniorů, což je přibližně 400 tisíc starých lidí. Mnohonásobně se zvýšily výdaje ze státního rozpočtu právě na zdravotní a sociální péči o seniory. Výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči vzrostly od roku 2010 do roku 2014 o jednu čtvrtinu, u domácí péče o jednu pětinu. Jen pro představu, v roce 2014 bylo na dlouhodobou péči vydáno ze státního rozpočtu 62,1 miliardy korun, tj. téměř 18 % z celkových nákladů na zdravotní péči.

(<http://www.helpnet.cz/monitoring-medii/starnuti-se-v-cesku-zacina-prodrazovat>)

Dvořáčková (2013, str. 19) upozorňuje: „*Současné demografické chování mladé generace povede ve svých důsledcích k snižování zastoupení populace produktivního věku, rozvolňování rodinných vztahů, resp. omezování širších rodinných vazeb, což se již dnes odráží v rostoucích požadavcích na zabezpečení důstojného života starších generací profesionálními institucemi, ať už to bude v rámci státního, veřejného či soukromého sektoru.*“

1.3 Historie péče o seniory v ČR

„Komukoli můžeš prospěti, prospívej rád, možno-li celému světu. Sloužiti a prospívati je vlastnost povah vznešených.“ (J. A. Komenský)

O pomoci starým lidem můžeme mluvit již na počátku lidské civilizace. Tato pomoc spočívala v udržení kmenové pospolitosti, kdy se rod automaticky, z vrozeného cítění, postaral o své staré členy. Rodina se pak na dlouhou dobu stala jedinou možností péče o staré lidi. Ti, kteří rodinu neměli nebo se o ně rodina postarat nechtěla, živořili v nedůstojných podmínkách, potulovali se, žebrali, umírali hladem a žízni, podchlazením, ve špíně. Tradiční péče o staré lidi přišla s počátky křesťanství a jeho myšlenkou *„lásky a pomoci bližnímu svému, jako sobě samému“*. Měla charitativní charakter. Nejprve se jednalo o individuální neorganizovanou činnost, od 9. století pak dochází k organizované formě pomoci, ke které přispěl především vznik církevních a řeholních společností, řádů (benediktíni, johaniti, františkáni, klarisky, aj.) a klášterů.

3 základní typy charitní ústavní péče:

- středověké špitály - předchůdci dnešních nemocnic, sloužily jako útulky pro chudobné, staré, nemocné, vdovy a sirotky,
- klášterní nemocnice – byly určeny pouze pro hrstku vyvolených (řeholníci, šlechta),
- nemocnice pro malomocné.

První špitály:

- r. 1095 – špitál v Bratislavě – 1. nemocnice na Slovensku,
- r. 1363 – Útulňa pre práce neschopných starcov (její provoz trval 600 let),
- r. 1484 – Malostranský špitál v Praze (založen Vladislavem II.),
- r. 1502 – Novoměstský špitál v Praze.

K rozvoji sociální péče u nás došlo za vlády Marie Terezie a zejména jejího syna Josefa II. Na základě tzv. *„domovského práva“*, vydaného Josefem II. 3. 12. 1863, byla *„domovská obec povinna postarat se o chudé, k práci nezpůsobilé příslušníky, tj. poskytovat jim nutnou výživu a opatření v nemoci..., ale jen potud, pokud se jim nedostane pomoci od dobročinných ústavů a nadací“*. Na vesnicích vznikaly pastoušky, ve městech chudobince, starobince, chorobince, dále to byly farní chudinské ústavy a farní chudinské instituty.

- r. 1720 – položen základní kámen nemocnice Milosrdných bratří v Praze,
- r. 1722 – založena nemocnice Alžbětinek v Praze,
- r. 1733 – Všeobecný chudobinec městský (300-600 starých lidí),
- r. 1788 – otevřena Všeobecná nemocnice v Praze.

Na počátku 20. století se stal významnou postavou historie péče o staré lidi lékař a spisovatel Josef Thomayer, který v roce 1908 zahájil stavbu sociálního domu v rodném Trhanově „pro osoby nemocné, nezaopatřené a stářím sešlé“, který nazval *Nový Domov*. První obyvatelé se do tohoto domu nastěhovali v roce 1913. Za ubytování se zde neplatilo, klienti naopak dostávali peněžitou rentu. Obrat k lepší sociální péči nastal v souvislosti se vznikem samostatného československého státu. V roce 1919 byla ustavena Správa pro otázky sociální péče. V roce 1929 byly založeny tzv. Masarykovy domovy v Praze – Krči. Staly se unikátním zařízením, které nemělo v tehdejší Evropě obdoby. V objektu se nacházely chudobince, starobince, ozdravovny a zotavovny. Celý objekt čítal 3256 lůžek. V Masarykových domovech se nacházela první Klinika chorob ve stáří na světě. Péče v těchto domovech byla výjimečně kvalitní. V roce 1954 byly domovy přebudovány na Thomayerovu nemocnici. Z meziválečného období je nutné vzpomenout také činnost dobrovolných organizací a náboženských spolků, jako je Československý červený kříž, Charita, Diakonie, České srdce a další.

(Haškovcová, 2010, str. 18–19, Levická, 1999, str. 16–17, 37–38)

1.4 Péče o seniory před rokem 1989 a dnes

Po skončení 2. světové války a zejména po roce 1948 došlo k výrazným politickým, ale také praktickým změnám, které se dotýkaly jak zdravotní, tak sociální péče. V roce 1948 bylo zrušeno tzv. domovské právo a stát převzal plnou odpovědnost za sociální zabezpečení svých občanů. Senioři byli umísťováni do domovů důchodců, budovaných převážně za městy, mimo civilizaci. Ty byly jediným způsobem řešení jejich snížené soběstačnosti nebo její úplné ztráty. V roce 1959 bylo na území ČSR 296 domovů důchodců s 27 302 místy. Pod jednotnou správou byly v roce 1960 převedeny také ústavy, které do té doby patřily pod Českou katolickou charitu, evangelickou Diakonii a další náboženské subjekty (Haškovcová, 2010, str. 208-209, Malíková, 2011, str. 29).

Jak uvádí Haškovcová (2012, str. 73), vznikající domovy důchodců měly zajistit seniorům klidný a spokojený „podzim života“. Pro poválečné důchodce, kteří znali z vyprávění

smutné osudy hmotně nezajištěných starých lidí byla představa tohoto „*podzimu života*“ v domově důchodců, kde poskytovanou péči hradil stát, příjemná a představovala pro ně obrázek relativně příjemně prožitého stáří. Technický stav některých domovů, nedostatečné materiální vybavení i kasárenský způsob života se ale brzy staly terčem kritiky. Seniori bývali ubytováni ve vícelůžkových pokojích bez sociálního zázemí, objevovaly se problémy s prostory, vytápěním a také hygienou. Nikdo se nezajímal o návyky a dosavadní způsob života jednotlivých seniorů, všichni se museli přizpůsobit chodu a režimu zařízení. Malíková (2011, str. 29) upozorňuje na „*direktivní přístup, rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby a pocity, cítí a vnímá, jak je o ni postaráno*“. Nikdo se v té době nezajímal ani o možnosti komunikace se seniory s demencí. Často byla používána restriktivní opatření, aniž by byly o nich uvedeny záznamy nebo byly povoleny kompetentní osobou. Často byla porušována práva seniorů, ošetrovatelská péče neprobíhala podle zásad ošetrovatelského procesu. Nebyl možný ani svobodný výběr ústavu, protože při umísťování do domova byla dodržována spádová příslušnost v rámci regionu. V každém kraji se ale v té době nacházel minimálně jeden lepší domov důchodců pro tzv. vyvolené, což byli zasloužilí členové Komunistické strany Československa (Haškovcová, 2010, str. 214-225, 2012, str. 73, Malíková, 2011, str. 29-30).

Po roce 1989 se situace v České republice začala výrazně měnit. Sociální služby přestal výhradně poskytovat jenom stát a do péče o seniory se zapojily kraje a obce, nestátní neziškové organizace, církve, fyzické i právnické osoby. K nejzásadnějším změnám došlo především po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon nastolil nová pravidla a zaměřil se na přechod od institucionalizace k deinstitucionalizaci. Domovy důchodců byly přejmenovány na domovy pro seniory. Ty poskytují své služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jsou odkázány na pravidelnou pomoc druhé osoby. Seniori se stali klienty, kteří si sami podle svého uvážení objednávají potřebné sociální služby. Haškovcová (2010, str. 236) charakterizovala tyto dramatické změny jako „*vpád domova do domovů*“, s čímž můžeme z vlastní zkušenosti jenom souhlasit. Materiální úroveň domovů se zvýšila, jsou pěkně a útulně vybaveny, vícelůžkové pokoje se vyskytují jen ojediněle, zpravidla bývají seniori ubytováni v jedno nebo dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zázemím. Řada domovů poskytuje tzv. doprovodné služby, volnočasové aktivizační programy, nabízí možnost rehabilitace, pořádá pro seniory zájezdy, aj. Mimo pobytové sociální služby pro seniory se dostává do popředí

řada terénních a ambulantních služeb. Jejich cílem je umožnit seniorům co možná nejdéle pobývat v jejich přirozeném prostředí. K terénní formě služeb patří především domácí pečovatelská služba a služba osobní asistence. Mezi ambulantními službami pak jistě vítězí denní stacionáře, tzv. „školky pro seniory“, ve kterých je seniorům celodenně poskytováno potřebné zázemí, večer se pak mohou vrátit domů, ke svým blízkým. Co je ale nejvýznamnější změnou v péči o seniory po roce 1989, je morální a profesionální přístup ke klientovi s principy zachování lidské důstojnosti, soběstačnosti, spravedlnosti a rozhodování klientů o sobě samých. Uplatňuje se při něm holistické pojetí člověka, které klienta zohledňuje po stránce biologické, psychologické, sociální a spirituální (Čeledová, Čevela, 2010, str.112-117, Haškovcová, 2010, str. 235-243, Malíková, 2011, str. 29-30).

2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

„Sociální služby představují velice široký „vějíř“ činností, které ovšem spojuje docela stručně vyjádřitelný cíl sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ (kolektiv autorů, 2011, str. 15)

Jak jsme již zmiňovali v úvodu, většina lidí si přeje žít dlouho, zároveň ale všichni přiznávají, že chtějí žít dlouho pouze v případě vlastní soběstačnosti (Haškovcová, 2013, str. 69). Jak říká Dvořáčková (2013, str. 9), *„jestliže se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že již není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo úplně chybí, přichází na řadu péče institucionální“*. Jak ale dále upozorňuje, *„je důležité zamezit nevhodnému umístování seniorů do institucionální péče v případě, kdy to není nezbytně nutné“*. Trendem dnešní sociální politiky je umožnit seniorům žít, jak nejdéle je to možné, v jejich přirozeném prostředí, a to za pomoci terénních nebo ambulantních sociálních služeb. Sociální služby jsou od roku 2007 upravovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

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

Podle § 1 zákona č. 108/2006 Sb. *„tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“*.

(<https://zakonyprolidí.cz/cs/2006-108cast1>)

Ve vztahu k problematice péče o seniory zákon stanovuje:

- podmínky poskytování sociálních služeb seniorům,
- zřizovatele a způsoby financování poskytování sociálních služeb seniorům,
- kdo může poskytovat sociální služby seniorům,
- jaké druhy sociálních služeb mohou senioři využívat,
- stupně závislosti a jejich charakteristiku u seniorů, výši příspěvků na péči podle jednotlivých stupňů závislosti a podmínky a postupy pro jejich přiznání,

- pravidla pro nakládání s příspěvkem na péči,
- povinnosti poskytovatele sociálních služeb seniorům (registrace, sociální standardy, vypracovaná vnitřní pravidla pro pracovníky a pro klienty, atd.),
- postupy v projednání žádosti o přijetí, podmínky smluvního vztahu o poskytování sociální služby mezi uživatelem a poskytovatelem,
- rozsah povinných základních činností při poskytování terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb seniorům,
- způsoby kontrolní činnosti ke zjišťování kvality poskytované sociální služby seniorům,
- personální požadavky na pracovníky podílející se na zajištění odborné péče,
- požadavky na vzdělávání pracovníků poskytovaní sociální služby seniorům (Malíková, 2011, str. 48).

Pro poskytování sociálních služeb seniorům zákon vymezuje základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, také vymezuje podmínky pro poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory.

2.2 Pobytová zařízení pro seniory

Pobytovými sociálními službami pro seniory se rozumí služby, které jsou spojené s ubytováním v těchto zařízeních sociálních služeb. Mohou je poskytovat organizace nebo jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění, a to na základě schváleného rozhodnutí o registraci. Poskytovateli jsou zejména obce a kraje, MPSV a nestátní neziskové organizace. Neziskový sektor má v ČR krátkou tradici. První neziskové organizace vznikly po roce 1989 a v devadesátých letech začala vznikat první pobytová zařízení, jejímiž jsou poskytovateli. Jsou jimi obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení a církve. Situace neziskového sektoru je složitá, velkým problémem je financování a rozdílnost ve vytvořených podmínkách pro působení a poskytování sociální služby (Malíková, 2011, str. 58-59). Pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory máme několik druhů:

Domy s pečovatelskou službou

Domy s pečovatelskou službou vznikaly postupně od roku 1989. Jak uvádí Haškovcová (2012, str. 74-75), staly se oblíbenými u seniorů a seniorských párů, které už nestačily zvládat některé denní činnosti nebo se částečné ztráty soběstačnosti obávaly. Domy jsou kombinací pečovatelské služby a pobytového zařízení. Bydlení je v nich zajištěno na základě nájemní smlouvy. V nabídce je určitý rozsah pečovatelských a zdravotních služeb. Problémem těchto zařízení je ale reálný předpoklad, že se zdravotní situace ubytovaných seniorů v budoucnosti zhorší, čímž se tato zařízení stávají pouze jakýmsi mezistupněm péče.

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou nejrozšířenějšími poskytovateli pobytových služeb pro seniory. Poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba, stejně jako všechny ostatní pobytové služby, je poskytována za úhradu (www.mpsv.cz/cs/18661). Haškovcová (2012, str. 73) upozorňuje na sice regulované, přesto stále vysoké, měsíční platby za pobyt, které vzbuzují u seniorů obavy.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytovou službu s celoročním provozem osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou nebo jiným typem demence, které mají sníženou soběstačnost z důvodu tohoto onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Odlehčovací služby

Velmi vyhledávanou pobytovou sociální službou pro seniory je v dnešní době tzv. odlehčovací služba. Ta poskytuje úlevovou, odlehčovací péči laickým pečovatelům, především rodinným příslušníkům, kteří se dlouhodobě starají o starého člověka v domácím prostředí. Na určitou, předem dohodnutou dobu (zpravidla maximálně 3 měsíce), je těmto pečujícím osobám umožněn nezbytně nutný odpočinek, čas pro vyřízení neodkladných záležitostí nebo řešení vlastních zdravotních problémů tím, že umístí seniora do pobytového zařízení tohoto typu (Haškovcová, 2012, str. 143).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny do domácí péče až do té doby, než je jim zabezpečena pomoc blízkou či jinou fyzickou osobou anebo ambulantními nebo pobytovými sociálními službami. Také tato služba je poskytována za úhradu (Čeledová, Čevela, 2010, str. 106-108, Dvořáčková, 2013, str. 9-11, Haškovcová, 2012, str. 71-74, www.mpsv.cz/cs/18661).

Financování služeb v pobytových zařízeních pro seniory

Mezi financováním jednotlivých druhů sociálních služeb jsou rozdíly, které jsou závislé na druhu poskytované služby a na zřizovateli. Herman a kol. (2008) řadí mezi zdroje příjmů:

- státní dotace a granty,
- dotace ze strukturálních fondů,
- příspěvky zřizovatelů,
- příjmy od uživatelů,
- příspěvky na péči,
- příjmy z veřejného zdravotního pojištění,
- příspěvky samosprávných celků,
- dary,
- vedlejší hospodářskou a mimořádnou činnost (Herman a kol., 2008 in Malíková, 2011, str. 59-60).

Kvalita všech poskytovaných sociálních služeb je posuzována na základě standardů kvality sociálních služeb.

2.3 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb jsou zakotveny v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vyhlášce č. 505/2006 Sb., v platném znění. Jejich hlavním cílem je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva těch, kteří službu přijímají (uživatelů), ale také těch, kteří ji poskytují (pracovníků). Standardy kvality jsou souborem kritérií, skládajících se ze základních principů a pravidel poskytování sociálních služeb, jsou měřítky pro hodnocení jejich plnění. Jsou formulovány obecně, protože se týkají všech sociálních služeb. Každý poskytovatel si je pak musí podle druhu a rozsahu sociálních služeb, které poskytuje, rozpracovat a modifikovat na své konkrétní podmínky a pro vybranou cílovou skupinu tak, aby co nejvíce odpovídaly skutečné reálné situaci a co nejvíce vyhovovaly uživatelům služeb. Standardů kvality sociálních služeb je 15 a můžeme je rozdělit do třech okruhů, a to na procedurální standardy, personální standardy a provozní standardy (Bicková et al., 2011, str. 54-57, Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 11-14, Malíková, 2011, str. 70).

Procedurální standardy:

- Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- Ochrana práv osob,

- Jednání se zájemcem o sociální službu,
- Smlouva o poskytování sociální služby,
- Individuální plánování sociální služby,
- Dokumentace o poskytování sociální služby,
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby,
- Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.

Personální standardy:

- Personální a organizační zajištění sociální služby,
- Profesionální rozvoj zaměstnanců.

Provozní standardy:

- Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby,
- Informovanost o poskytované sociální službě,
- Prostředí a podmínky,
- Nouzové a havarijní situace,
- Zvyšování kvality sociální služby (www.mpsv.cz/cs/5963).

S ohledem na náš výzkum si blíže přiblížíme standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby:

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování sociální služby, podle těchto pravidel poskytovatel postupuje,
- b) poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby,
- c) poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle,
- d) poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance,
- e) poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Individuální plánování průběhu sociální služby

Individuálním plánováním služby zjednodušeně rozumíme sjednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli poskytována. Jak vysvětluje Malíková (2011, str. 158-159), „*klientům jsou služby poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Individuální plánování a sociální standardy jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů. Klient se stává aktivním spoluvtvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pečujících pracovníků. Již není jen pasivním příjemcem prováděných činností. Všechny služby, které jsou mu poskytovány, směřují k podpoře nebo udržování jeho soběstačnosti. Cílem poskytovaných služeb již není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý. Podporována je vlastní aktivita klienta. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost klienta, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny*“.

Při procesu individuálního plánování klient společně s pracovníkem hledá a následně se snaží dosáhnout společných cílů uživatele a poskytovatele. Výsledkem tohoto plánování je písemně zpracovaný individuální plán. Zákon ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost mít zpracovanou metodiku individuálního plánování služeb. Ta musí být podrobně zpracována ve spolupráci s pracovníky přímé péče a musí být přizpůsobená charakteru konkrétní sociální služby. Ze zákona mají poskytovatelé také povinnost vést písemné záznamy o průběhu poskytované služby, jehož součástí jsou i individuální plány uživatel (Zákon 108/2006, Sb., o sociálních službách).

Každému klientovi sociálních služeb je přidělený klíčový pracovník. Ten je prostředníkem mezi poskytovatelem a klientem, hájí jeho zájmy. Společně plánují průběh služby, sestavují individuální plán služby, hodnotí plnění osobních cílů. Klíčový pracovník zprostředkovává klientovi potřebnou podporu a pomoc a měl by dodržovat základní zásady, k nimž patří mlčenlivost, respektování možností klienta, jeho představ a přání. Klient si klíčového pracovníka vybírá sám nebo je mu přidělen. Pokud však není klient s klíčovým pracovníkem spokojen, může požádat o změnu (Bicková et al., 2011, str. 23-24).

Poskytování pobytových sociálních služeb pro seniory by se neobešlo bez multidisciplinárního týmu pracovníků, společně pečujících o své klienty.

2.4 Multidisciplinární tým

„Při práci se seniory je důležitá činnost multidisciplinárního týmu, který se může skládat z mnoha profesí.“ (Dvořáčková, 2012, str. 87)

Povolání, jehož pracovní náplní je pomáhat lidem, označujeme termínem pomáhající profese. Hartl a Hartlová (2000, str. 185) ve svém psychologickém slovníku definují pojem pomáhající profese jako *„souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější“*. Pracovník pomáhající profese by měl disponovat určitými předpoklady a především komunikačními dovednostmi, které jsou nezbytné pro navázání vztahu s klientem. K základním komunikačním dovednostem řadíme zejména aktivní naslouchání a empatii (Matoušek, 2016). Pracovník v sociálních službách pracuje na základě vztahu s klientem, a proto si musí být vědomý určitých zásad, které by měl respektovat, aby neublížil sobě, ani klientovi. Obecná i konkrétní pravidla jeho práce upravuje **Etický kodex pracovníků v sociálních službách ČR**. Etické zásady pracovníka:

- dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte,
- respektování jedinečnosti každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti,
- respektování práva jednotlivce na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob,
- pomoc jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků,
- přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy,
- služby musí být poskytovány na nejvyšší možné úrovni.

Etický kodex pracovníků v sociálních službách ČR upravuje pravidla etického chování pracovníka ve vztahu ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, ke svým kolegům, ke svému

povolání a odbornosti a ke společnosti (Etický kodex pracovníků v sociálních službách ČR).

V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se změnily požadavky na vzdělání i náplň práce jednotlivých členů multidisciplinárního týmu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory:

Sociální pracovník podle zákona č. 108/2006 Sb. vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství, analytickou, koncepční a metodickou činnost. Podle Papežové (2012) se postupně úloha sociálních pracovníků rozšiřuje i do oblasti individuální práce s uživateli, individuálního plánování a aplikace různých druhů terapií. Sociální pracovníci jsou více v kontaktu se samotným uživatelem i s jeho rodinnými příslušníky, koordinují práci dobrovolníků, metodicky vedou a proškolují pracovníky v přímé obslužné péči a vedou odborné praxe studentů (In Dvořáčková, 2012, str. 87). Hrozenská (2008) uvádí, že práci sociálního pracovníka můžeme chápat jako odbornou činnost, která je zaměřená na psychosociální pomoc a sociálně výchovné působení na staršího člověka. Mezi základní úkony sociálního pracovníka působícího v domově pro seniory řadí ulehčování adaptace seniora na nové institucionální prostředí, zprostředkovávání kontaktu s rodinou a společenským prostředím, zajišťování sociálně terapeutických činností a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů či obstarávání osobních záležitostí (Hrozenská 2008 in Dvořáčková, 2012, str. 88).

Práce **pracovníka přímé obslužné péče** podle zákona č. 108/2006 Sb. spočívá v nácviu jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Práce pracovníka, který vykonává **základní výchovnou nepedagogickou činnost** podle zákona č. 108/2006 Sb. spočívá v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Základní zdravotnické úkony provádí v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory **zdravotní sestry**.

Aby byly při péči, kterou celý multidisciplinární tým seniorům poskytuje, naplněny všechny jejich biologické, psychologické, sociální i spirituální potřeby v co možná nejvyšší míře, snaží se jeho pracovníci nacházet stále novější možnosti a způsoby péče. V další kapitole se seznámíme s některými novými speciálními koncepty, především pak s psychobiografickým modelem péče podle Erwina Böhma.

3 SPECIÁLNÍ KONCEPTY

„Nemůžeme přinutit hodiny, aby šly nazpátek. Můžeme je však znovu natáhnout.“

(Bonnie Prudden)

Současná péče o seniory je holisticky zaměřená na člověka jako na jedinečnou bytost s vlastní minulostí, s vlastními zkušenostmi, radostmi i životními ztrátami. To všechno má vliv na jeho chování, zvyky, návyky, názory a postoje. Nové modely péče jsou vysoce humaní a jejich cílem je posun v poskytovaných službách seniorům k naplňování jejich reálných potřeb. Vzpomeneme několik osvědčených a mezinárodně uznávaných konceptů, ze kterých většina poskytovatelů sociálních služeb pro seniory čerpá a ve větší či menší míře s nimi pracuje.

3.1 Validace podle Naomi Feil

Feil a Klerk-Rubin (2005, str. 15) charakterizují validaci jako metodu, „*která využívá schopnosti empatie k proniknutí do zážitkového světa starého, dezorientovaného člověka*“. Validace podle nich znamená potvrzení emocí a uznání, že tyto emoce jsou pravdivé. V naší republice je průkopnicí této metody Mgr. Mária Wirth, Ph.D., která při svých vzdělávacích programech zdůrazňuje, že člověk, který komunikuje s dezorientovanou osobou, by měl disponovat osobnostními předpoklady, jako jsou empatie, autenticita, akceptace, osobnostní zralost a nadhled. „*Zůstat objektivní a zároveň se co nejvíce přiblížit subjektivnímu prožívání klienta je ale proces, který má mnoho úskalí*“, upozorňuje Kopřiva (1997) ve své publikaci *Lidský vztah jako součást profese*, a dále uvádí, že „*pokud se chceme kdekoliv a s kýmkoliv ze zúčastněných porozumět, musíme vzít do úvahy obraz toho druhého, musíme jej pochopit zevnitř jako součást vnitřního světa druhého člověka. To ale neznamená, že se s ním musíme ztotožnit*“. Feil a Klerk-Rubin (2005, str. 15) dále popisují validaci jako vývojovou teorii, metodu komunikace s dezorientovanými starými lidmi jako způsob, který umožňuje starému člověku uspokojovat základní lidské potřeby a klidné prožívání závěrečné etapy pozemského života. Základ principům validace podle nich položila behavioristická, analytická a humanistická psychologie. Wirth (2009) ve své dizertační práci připomíná, že validace nepatří k metodám, které se dají použít v intervenci jednorázově a přinesou očekávaný efekt. Pozitivní výsledky přináší jen tehdy, když se u seniorů aplikuje cíleně a dlouhodobě, a v případě, že tuto filosofii přeberou všichni zainteresovaní do péče.

3.2 Bazální stimulace

Metodu bazální stimulace vyvinul německý profesor Andreas Fröhlich, speciální pedagog. Jedná se o koncept podpory, vedení a péče u těžce nemocných lidí. Nabízí nemocnému jasné, cílené a známé informace (stimuly) o sobě samém nebo jeho okolí, které pro něj byly elementární (bazální). Bazálně stimulující péče je individuální, zohledňuje jedinečnost ošetřovaného, jeho zkušenosti a historii. Je poskytována s ohledem na věk, schopnosti a stav nemocného (www.bazalni-stimulace.com).

Karolína Friedlová (2007, str. 11), která je průkopnicí této metody u nás, uvádí, že tento model sestavuje a uspořádává péči na základě biografické anamnézy klienta, podporuje jeho zachovalé schopnosti a zohledňuje jeho individualitu. Dalším důležitým činitelem je zapojení příbuzných klienta do péče. Zároveň Friedlová upozorňuje, že *„snaha nutit klientovi určitou péči, která vůbec nezohledňuje jeho individualitu a s ní spojené potřeby, může vyústit v psychosomatický útlum klienta nebo naopak v agresivní obrannou reakci klienta“*. Koncept bazální stimulace se podle Friedlové neustále vyvíjí, spolupracuje a prolíná se s jinými koncepty. Má mnoho technik, jejichž účinnost závisí na správném provedení

3.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je speciální metoda práce se seniory, která je založena na uznání důležitosti vzpomínání. Vznikla ve Velké Británii, zahrnuje široké spektrum interaktivních, kreativních a výrazových aktivit, jejichž základem je zájem o minulé životní zkušenosti seniorů, kteří se jich účastní (Špatenková, Bolomská, 2011, str. 9).

Špatenková s Bolomskou (2011) popisují reminiscenční terapii jako proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné události z minulosti. K navození správné atmosféry mohou sloužit staré fotografie, předměty, hudební nahrávky, filmy, apod. Reminiscenční terapie je podle nich založena na faktu, že v mozku zůstávají nejdéle uchovány ty vědomosti, návyky a vzpomínky, které máme uloženy v dlouhodobé paměti. Práce se vzpomínkami pomáhá pracovníkům, kteří se seniory pracují, k lepšímu pochopení jejich osobnosti, upevnění vztahu mezi seniorem a pomáhajícím pracovníkem a smysluplnému plánování služby (In Dvořáčková, 2012, str. 64).

Špatenková a Bolomská (2011) dále rozlišují reminiscenci obecnou a specifickou, kdy obecná reminiscence je předem naplánována, jsou při ní využívány různé reminiscenční pomůcky pro stimulaci vzpomínek na různá témata, využívá se při ní materiálů, které se dají lehce získat. Naproti tomu reminiscence specifická označuje cíleně vybrané a přesné užití specifických pomůcek (in Dvořáčková, 2012, str. 65). Mezi konkrétní aktivity využívané v praxi řadí autorky uspořádání vzpomínkové výstavy, tvorbu knihy vzpomínek, knihy života, reminiscenční krabice, dále jsou to také reminiscenční vycházky a výlety (Janečková, Vacková, 2010, str. 125, Špatenková, Bolomská, 2011, 81-86, 95-97).

Největším přínosem reminiscenční terapie je podle zmiňovaných autorek ve vytváření prostoru pro to, aby se seniorům v institucích naslouchalo. Je důležitým krokem ke smysluplné individualizované péči, růstu respektu vůči uživatelům služby a proměně vztahu příjemce-poskytovatel péče směrem k chápajícímu, nedirektivnímu přístupu.

3.4 Psychobiografický model profesora Erwina Böhma

„Nejvyšším cílem v práci s biografií je porozumění životní historii klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří.“

(Ervin Böhm)

Profesor Erwin Böhm,

narozený roku 1940 ve Vídni, pracoval od roku 1974 ve funkci „*hlavní sestry*“ na vídeňské psychiatrické klinice. Tady začal v roce 1978 se svým pilotním projektem „*Přechodná péče*“, který byl zpracován do ošetrovatelského modelu a je podkladem pro další výzkumné práce v této oblasti. Böhm za tento projekt obdržel mnoho významných ocenění. Jeho metoda je dnes využívána v domovech pro seniory po celé Evropě (Sociální služby, 2/2010, str. 23).

Základním stavebním kamenem psychobiografického modelu prof. E. Böhma je práce s biografií klienta. Ta nespočívá jenom ve sběru informací o klientovi, ale mění základní postoj personálu vůči seniorovi. Jde o humánní péči, plně respektující důstojnost stáří. Základním cílem Böhmovi péče je znovuoživení duše (psyché) starého člověka, kterou popi-

suje jako lidskou energii duše „*elan vital*“ a která, jak uvádí Procházková (2014, str. 6), je podle něj původním zdrojem pro naše veškeré konání a pro životní motivaci. Böhm (2009) tvrdí, že pokud člověk nemá chuť žít, nemá pak ani potřebu vstát z postele, umýt se a obléci se. Pokud se personál v takovémto případě rozhodne plně převzít péči o klienta a nepřenechá prostor pro jeho zachovalé schopnosti a dovednosti a určí mu pouze roli pasivního příjemce péče, hovoříme o tzv. „*péči betonující*“, která podporuje regresi klienta a deficit sebepéče. Dalším cílem Böhmova modelu je oživit psychiku personálu a podnítit zájem o odbornou problematiku, zvýšit úroveň těch, kteří poskytují přímou péči a jsou také nejvíce psychicky zatíženi (Sociální služby, 3/2010, str. 14, 6-7/2010, str. 28).

Vnímání klienta v jeho životních rolích v celospolečenském kontextu vyžaduje od personálu vysokou míru angažovanosti, nutí jej, aby se také zabýval dobou, ve které žili jejich současní seniorští klienti. Jak uvádí Procházková (2010), z historického hlediska je biografie obohacujícím prvkem pro mladou generaci, která neměla možnost poznat a zažít některé historické epochy. Tím tento model podporuje porozumění mezi dvěma generacemi a mezi poskytovateli a příjemci péče. Tzv. „*interfusionální aspekt péče*“ zrcadlí generační a kulturní rozdíly a následně ovlivňuje kvalitu poskytované péče (Sociální služby, 3/2010, str. 14, 6-7/2010, str. 28).

Böhm popisuje 7 fází psychické regrese seniora, a to na základě Eriksonovy vývojové psychologie. Ten popsal jednotlivé životní úseky od narození po období stáří (viz. Tab. 1) (Vágnerová, 2010, str. 147). Böhmovy fáze regrese zrcadlovitě kopírují Eriksonovy fáze, ale v opačném pořadí, od fyziologického, normálního stáří, až do období, kdy se senior postupně vrací po stupních svého vývoje do doby, kdy leží v poloze embrya a tím kopíruje prenatální stav (viz. Tab. 2).

Tab. 1 Eriksonova vývojová teorie

1. stádium RECEPTIVITY	<ul style="list-style-type: none"> • získání důvěry ve svět oproti nedostatku důvěry a pocitu ohrožení
2. stádium AUTONOMIE	<ul style="list-style-type: none"> • dosažení emancipace a důvěry v sebe sama versus přetrvávání studu a pochybností o sobě samém
3. stádium INICIATIVY	<ul style="list-style-type: none"> • rozvoj iniciativnosti a aktivity zaměřené na pronikání do světa korigované svědomím oproti pocitu viny
4. stádium PÍLE	<ul style="list-style-type: none"> • píle zaměřená na dosažení dobrého výkonu versus pocit nedostatečnosti a méněcennosti
5. stádium IDENTITY	<ul style="list-style-type: none"> • vytvoření a rozvoj vlastní identity versus pocit nejistoty k sebepojetí
6. stádium INTIMITY	<ul style="list-style-type: none"> • vytvoření hlubokého intimního vztahu oproti izolaci
7. stádium GENERATIVITY	<ul style="list-style-type: none"> • vytvoření nějakého díla (výchova dítěte, práce) versus stagnace a neschopnost přijmout odpovědnost za vytvoření něčeho
8. stádium INTEGRITY	<ul style="list-style-type: none"> • smíření se s životem versus pocit zoufalství ze života, který nebyl smysluplně prožit

Tab. 2 Böhmová teorie regrese

1. stádium	• normální stáří
2. stádium	• důvtip, vrozený vtíp (18-25 let)
3. stádium	• emoční potřeby (12-18 let)
4. stádium	• emoční otisky (6-12 let)
5. stádium	• pudy a instinkty (3-6 let)
6. stádium	• intuice (1-3 roky)
7. stádium	• prvotní komunikace (0-1 rok)

Pro určení stádia regrese je pomocným nástrojem Böhmem vypracovaný **diferenciální diagnostický systém**, který je důležitý pro volbu adekvátního plánu péče. Hodnoceny jsou při něm tyto oblasti: emoce, psychomotorika, schopnost kontaktu, volní chování, orientace, paměť, formální myšlení a komunikace. Výsledné číselné hodnoty pak určují stupeň regrese klienta, a to ve fázi stabilní a ve fázi nestabilní. Pro každou fázi se volí adekvátní impuls z klientovy biografie a odpovídající forma péče (Sociální služby, 3/2010, str. 14, 6-7/2010, str. 29).

Böhm předkládá péči *aktivizující a re-aktivizující*. V **1. – 3. stupni regrese** vykazuje klient minimální změny v hodnocených oblastech, má zachované kognitivní schopnosti, a může proto sám aktivně spolupracovat a podílet se na péči. V aktivizačních programech jsou využívány metody:

- orientované na komunikaci – využívají rozhovory a diskuse na dané téma,
- orientované na aktivity – společné vaření, malování, koláže, hry, oslavy, výlety, atd.,
- orientované na tvorbu dokumentu – kniha biografie.

Smysl a účel práce s biografií se pak odráží v rovině:

Kognitivní:

- podpora koncentrace a komunikačních schopností a dovedností,
- aktivizace rezervního potenciálu klienta,
- mnoho témat k rozhovorům a zapomenuté detaily jsou znovu oživeny,
- cvičení paměti.

Emocionální:

- znovu oživit pocity z pěkných starých časů osobní a pracovní aktivity,
- nové zpracování konfliktních situací z nového úhlu pohledu a někdy i za pomoci klientů, kteří se ocitli v téže situaci,
- posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity,
- redukce negativních emocí, strachu, neklidu, beznaděje.

Sociální:

- práce ve skupinách je důležitá pro pocit, že někam patřím,
- možnost ostatní klienty lépe poznat a s novými se seznámit,
- personál vnímá klienty s celou jejich historií a ne jenom jako svazek deficietů a diagnóz,
- rozšíření horizontu poznatků na obou stranách, jak pro klienty, tak i pro personál,
- usnadnění práce klíčového pracovníka pro získání důvěry klienta,
- personál dokáže lépe pochopit symbolické způsoby chování klienta na základě poznatků z biografie,
- aktivizační programy jsou tvořeny na základě poznatků z biografie klienta,
- kreativita a radost z tvorby jsou maximálně podporovány (Sociální služby, 3/2010).

Ve fázi **regrese 4-6**, kdy má klient již patologické změny v oblasti formálního myšlení, je ale emočně dostupný, je zvolena forma re-aktivizační péče. Jak píše Procházková (2010), jejím cílem je navrátit klienta alespoň o jeden stupeň výše v dané stupnici fází regrese.

Ve fázi hluboké **regrese č. 7** je indikována forma péče bazálně stimulační, o které jsme se již zmiňovali výše (Sociální služby, 6-7/2010, str. 29).

Psychobiografický princip normality

„V souvislosti s tímto principem je nutné využít v naší praxi rezidenčních služeb co nejvíce prvků z klientovy biografie, které nám pomohou vytvořit prostředí pro klienta co nejvíce identické s jeho domácím prostředím, a tímto také podpořit pocit domova“, zdůrazňuje Procházková (2010), a jak dále uvádí „následně je nutné implementovat i časový harmonogram dne klienta, jeho zvyklosti a rituály z jeho domova, čímž se snižují patologické symptomy syndromu adaptace klienta a pocity úzkosti a bázně vedoucí ke změnám v chování seniora“.

Pro princip normality je nutné znát prostředí, v jakém klient žil, a jeho nynější prostor uspořádat podle těchto informací. Podpořit princip normality v jeho vztahu například k jednotlivým kusům nábytku, ke starému křeslu, obrazu, fotografii nebo jenom malému hrníčku. V souladu s biografií současných klientů, kteří prožili nejaktivnější část života v 50., 60. a 70. letech, je nutné koncipovat bytový interiér celé instituce. Prospěšné také dle Procházkové (2010) je umístit nabízené aktivity pro seniory do prostor, které jsou vybudované podle aspektů terapie prostředí, přičemž musíme vycházet z historické – kolektivní biografie. *„Konfrontace s cizím prostředím, bytovými doplňky a pomůckami denního života aktivně vyvolává patologickou změnu v orientaci klienta, a tím následně stavy dezorientace“,* dodává Procházková (2010). Böhm dává princip normality do souvislosti s pochopením toho, co bylo pro současné seniory normální a obvyklé. Náš senior podle něj žije v normalitě včerejška a co bylo pro něj tehdy normální, může se dnes jevit zvláštní a patologické, např. schovávání zbytků potravin značí pocity hladu z období 2. světové války... (Sociální služby, 10/2010, str. 26-27).

Psychobiografický model péče a jeho dokumentace

„Ošetrovatelský proces se skládá z 5 kroků, které na sebe navazují a podporují personál při poskytování přímé péče“ (Pavlíková, 2006, str.11).

Následně si těchto 5 kroků přiblížíme v souvislosti s Böhmovým modelem:

1. Hodnocení:

- v tomto kroku se Böhm (2009) zaměřuje na schopnost personálu adekvátně pozorovat klienta, tvrdí, že „*pokud nejsme schopni profesionálně pozorovat klienta, nejsme schopni ani profesionálně poskytovat péči*“, dalším důležitým faktorem je podle něj spolupráce celého týmu, jedině tak se dá předejít chybnému hodnocení klienta pouze jednou osobou, společné hodnocení by mělo probíhat formou pravidelných „*ošetřovatelských vizit*“.

2. Diagnostika:

- Böhm dává ošetřovatelskou diagnózu do vztahu s diagnózou medicínskou, s ošetřovatelskou anamnézou, hodnocením současného stavu klienta, biografií klienta a diferenciatní diagnostikou, která je stanovena na základě využití diferenciatní skórovací tabulky, na základě dosažených výsledků z této tabulky se pak tvoří adekvátní individualizovaný plán péče.

3. Plánování:

- Böhm nabízí kromě intervencí v plánech péče tzv. *impulsy*, což jsou intervence zaměřené na psychiku klienta v nestabilní fázi, plány péče musí podle Böhma vycházet z individuální biografie klienta, kdy musíme mít na paměti klientův princip normality, jeho zvyky a obyčeje, neboť, jak říká Böhm, co je pro jednoho člověka pozitivní, může být pro druhého pravým opakem,
- důležité je podle něj při plánování také vědomí, že „*každý člověk potřebuje mít alespoň pár minut denně pocít, že je něčím důležitý*“.

4. Realizace:

- Böhm se ve všech fázích ošetřovatelského procesu zaměřuje prioritně na psychiku klienta, podle něj je nutné poskytovat klientovi motivační stimuly, aby klient sám chtěl být co nejvíce soběstačný, v této souvislosti je výkon psycho-biografické péče popisován jako „*péče s rukama v kapsách*“, protože pokud je klient dostatečně a adekvátně motivován, snaží se následně o samostatný výkon a personál aktivně nesaturuje jeho potřeby, opačným způsobem péče – maximální aktivitou sestry – je klient manipulován do pasivního přístupu k vlastní soběstačnosti.

5. Vyhodnocení:

- provádí se opět podle tabulky diferenciální diagnostiky, kdy při zlepšení stavu klienta je možné změnit plán péče v souladu s další problematikou nebo jej ponechat s cílem zachovat současný stav.

Böhm (2009) doporučuje „využít ošetrovatelský proces s implementací biografie klienta k tomu, aby byly jasně odděleny problémy klienta, které je nutno řešit, od problémů samotného personálu, který reaguje na specifické chování klienta neprofesionálně“ (Sociální služby, 10/2010, str. 26-27).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Ve výzkumné části práce jsme se rozhodli zkoumat využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. Zajímalo nás, jak mohou prvky práce s životním příběhem klienta podle psychobiografického modelu péče profesora Erwina Böhma zasáhnout do všech oblastí péče o klienta, ať už je to oblast individuálního plánování průběhu služby, plánu péče nebo klientova aktivizace, a jak na využití biografie klienta v péči o seniory nahlíží pracovníci pobytových sociálních služeb.

4.1 Výzkumný problém

V rámci naší práce jsme stanovili jako hlavní výzkumný problém: Využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory.

4.2 Cíle výzkumu

Zjistit, jak se biografie klienta odráží ve všech oblastech péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Zjistit, jak nahlíží na využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory jejich pracovníci.

4.3 Výzkumné otázky

V souvislosti s cíli výzkumného šetření jsme stanovili následující výzkumné otázky:

1. Jak probíhají aktivizace seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb?
2. Jak se prvky práce s biografií klienta využívají při jeho aktivizaci?
3. Jaký názor mají na využití biografie klienta při jeho aktivizaci aktivizační pracovníci?
4. Jak nahlíží na využití biografie klienta při své práci pracovníci poskytující přímou péči seniorům v zařízeních?
5. Jak se biografie klienta promítá do individuálního plánování průběhu sociální služby?

4.4 Výzkumné metody a techniky

Vzhledem k tématu, které jsme se rozhodli zkoumat, jsme zvolili kvalitativní formu výzkumu. Jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007, str. 17), „*kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu*“. Pro účely výzkumu jsme se rozhodli využít metodu strukturovaného rozhovoru. Hendl (2007, str. 17) objasňuje, že „*strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. Tento typ rozhovoru se používá, když je nutné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit*“. Jak Hendl dále uvádí, data z takto získaného rozhovoru se snadněji analyzují z důvodu lehké lokalizace jednotlivých témat v přepisu rozhovoru. Využíváme jej v případě, že nemáme možnost rozhovor opakovat a máme málo času se respondentovi věnovat.

Stěžejní pro náš výzkum byly strukturované rozhovory s aktivizačními pracovníci vybraného pobytového zařízení sociálních služeb pro seniory, které proběhly na základě předem domluvených schůzek a uskutečnily se přímo na jejich pracovištích. Rozhovorům předcházela souhlas s výzkumem v daném zařízení, který ústní formou potvrdila jeho vedoucí. V rozhovorech jsme se nejprve zaměřili na otázky týkající se komunikačních partnerů, otázky pro výzkum zahrnovaly dva okruhy, jeden se týkal aktivizace v zařízení jako takové, druhý okruh otázek byl zaměřen na využití biografie klienta v rámci jeho aktivizace. Výzkum pokračoval skupinovým rozhovorem se čtyřmi pracovníci přímé péče. Skupinové interview má podle Hendla (2007, str. 184) několik výhod. Jak tvrdí, „*během krátké doby se získá kvalitní informace od skupiny lidí, a ne pouze od jedné osoby. Skupinová dynamika přispívá k zaměření na nejdůležitější témata*“. Také tento rozhovor byl dopředu avizovaný, pracovníci s ním ochotně souhlasili. Otázky rozhovoru se týkaly využití biografie klienta v péči podle psychobiografického modelu péče prof. Erwina Böhma.

Náš výzkum jsme nakonec rozšířili o obsahovou analýzu, jejímž předmětem byly dokumenty klientů používané v zařízení, do kterých nám jeho vedoucí umožnila nahlédnout. Miovský (2006, str. 98-99) chápe analýzu dokumentů v rámci kvalitativního přístupu jako

analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie. V užším pojetí tohoto termínu pak vidí výzkumnou strategii, založenou na již existujícím materiálu, případně materiálu, který vzniká interakcí mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu. Jde o texty nejrůznějšího druhu, filmy, fotografie, zvukové nahrávky i předměty. V rámci zachování anonymity nám vedoucí zařízení nedala souhlas s pořízením fotografií zkoumaných dokumentů. Zajímali nás především individuální plány klientů a jejich plány péče. Získaný materiál jsme následně vyhodnotili ohledně zkoumaného tématu využití biografie klienta v rámci individuálního plánování průběhu sociální služby.

4.5 Charakteristika výzkumných vzorků

Výzkum byl proveden v jednom záměrně vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory uherskohradištského regionu. Jednalo se o Domov pokojného stáří Boršice, který poskytuje seniorům dva druhy pobytových sociálních služeb. Jako první sociální službu ve výzkumu jsme uvedli odlehčovací službu, jako druhou domov pro seniory. Tamní odlehčovací služba disponuje kapacitou 8 míst, domov pro seniory má kapacitu 31 míst. Zkoumané vzorky byly vybrány metodou záměrného výběru a tvořili je pracovníci, kteří pracují v tomto pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory. Miovský (2006, str. 135) uvádí, že je záměrný výběr nejrozšířenější metodou výběru, s jakou se setkáváme u kvalitativního výzkumu. Záměrným výběrem zkoumaného vzorku označujeme postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle určitých vlastností. Kritériem výběru je podle něj určená vlastnost nebo projev vlastnosti. Na základě tohoto kritéria cíleně vybíráme jedince, kteří toto kritérium splňují a jsou ochotni spolupracovat. Kritériem pro výzkum vzorků do výzkumu byla práce ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory uherskohradištského regionu.

Individuální rozhovory se dvěma aktivizačními pracovníci se uskutečnily na jejich pracovištích a byly zaznamenány na diktafon. Na začátku rozhovoru byly pracovnice osloveny k udělení souhlasu s použitím získaných dat pro studijní účely. Z otázek č. 1, 2, 5 a 6 jsme získali informace o délce jejich praxe v zařízení a o sociální službě, ve které pracují, také jsme se dověděli o vzdělávacích kurzech, zaměřených na aktivizační metody, které absolvovaly (viz. Tab. 3). Otázky č. 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17 a 22 se týkaly aktivizace klientů, otázky č. 4, 9, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23 a 24 se týkaly využití prvků biografie klienta v rámci aktivizace.

Skupinový rozhovor se čtyřmi pracovníci přímé péče se uskutečnil na jejich pracovišti, konkrétně v kanceláři zdravotních sester. Všechny čtyři respondentky byly pracovníci přímé péče a pracovaly v tomto pobytovém zařízení pro seniory v rámci obou dvou poskytovaných sociálních služeb. Pracovnice byly na začátku rozhovoru jednotlivě osloveny k udělení souhlasu s použitím získaných dat pro studijní účely. Z otázek č. 1, 2 a 4 jsme se dověděli o jejich pracovním zařazení, délce praxe, a také, zda absolvovaly vzdělávací kurz zaměřený na práci podle psychobiografického modelu péče prof. Erwina Böhma (viz. Tab. 4).

Tab. 3 Tabulka respondentů – aktivizační pracovnice

Číslo respondenta	Sociální služba	Praxe v zařízení	Kurzy
1	Odlehčovací služba	11 let	validace smyslová aktivizace
2	Domov pro seniory	7 let	validace smyslová aktivizace

Tab. 4 Tabulka respondentů – pracovnice přímé péče

Číslo respondenta	Praxe v zařízení	Pracovní pozice	Kurz PBM
3	12 let	pečovatelka	NE
4	5 let	pečovatelka	NE
5	11 let	pomoc. pečovatelka	NE
6	11 let	zdravotní sestra	ANO

V rámci analýzy dokumentů nám bylo umožněno nahlédnout do individuálních plánů šesti klientů domova pro seniory (viz. Tab. 5). Součástí IP byly také plány péče. Individuální plány průběhu služby jsou v tomto zařízení vedeny v elektronické podobě.

Tab. 5 Tabulka respondentů – klienti domova pro seniory

Respondent č.	Pohlaví	Věk	Délka pobytu	Mobilita
R 7	MUŽ	86	1 ROK	CHODÍTKO
R 8	ŽENA	90	5 LET	DOBRÁ
R 9	ŽENA	81	2 ROKY	CHODÍTKO
R 10	ŽENA	81	2 ROKY	CHODÍTKO
R 11	ŽENA	83	5 LET	CHODÍTKO
R 12	ŽENA	81	4 ROKY	CHODÍTKO

V rámci námi zvoleného pobytového zařízení pro seniory jsou poskytovány dva druhy sociálních služeb – odlehčovací služba a domov pro seniory. Zařízení je situováno v rozlehlém přírodním areálu s květinovými záhony, jezírkem, venkovním posezením, záskutím se sochou Panny Marie, zahradou a vinicí. Z interiéru domova je cítit „domácká atmosféra“, kterou umocňuje jednak dobový nábytek, který klientům připomíná jejich přirozené prostředí, a také optimisticky naladěný personál. Součástí rozlehlé budovy je kaple, ve které je každodenně sloužena mše svatá. Klientům je k dispozici aktivizační místnost, jejíž stěny jsou pokryté fotografiemi, pořízené na společných akcích, dále jsou to fotografie, které připomínají klientům dobu jejich mládí a dospělosti, a fotografie s tematikou regionu. V rámci výzkumu nám bylo umožněno pořídit několik fotografií, které jsou součástí přílohy č.

4.6 Způsob zpracování získaných dat

Nejprve jsme nahráli záznamy všech tří rozhovorů na diktafon. Pro analýzu dat získaných na základě dvou strukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníci jsme zvolili metodu zakotvené teorie. Podle Miovskeho (2006, str. 226) je jednou z velkých výhod této metody její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak více různých metod získávání dat a současně využívat různých přístupů v samotné analýze. Po transkripci těchto rozhovorů jsme provedli otevřené kódování. Získaná data ze skupinového rozhovoru s pracovníci přímé péče jsme prezentovali

za pomoci doslovné transkripce. Hendl (2006, str. 208) definuje transkripci jako „*proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby*“. Tuto techniku jsme zvolili z důvodu sice výstižných, ale velmi stručných odpovědí respondentek této diskuse. K analýze dokumentů, ze kterých jsme získali poslední data našeho výzkumu, jsme využili individuální plány šesti respondentů, kteří využívají sociální služby domova pro seniory. Součástí těchto individuálních plánů námi vybraných klientů byly také plány péče. Výsledky výzkumného šetření jsme shrnuli do tabulky.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Získaná data jsme rozdělili do tří skupin.

5.1 Výsledky strukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníci

Výsledky rozhovorů s aktivizačními pracovníci jsou stěžejní částí našeho výzkumu. V závislosti na zaměření otázek jsme je rozdělili do následujících kategorií:

5.1.1 Biografie klienta

Výzkumem jsme zjistili, že obě dvě respondentky o **psychobiografickém** modelu péče podle prof. Erwina Böhma slyšely a ví, že základem tohoto modelu péče je práce s **biografií klienta**. Samy ale proškoleny v práci s tímto modelem péče nejsou.

Ani jedna ze dvou poskytovaných sociálních služeb v zařízení s tímto modelem péče systematicky nepracuje, ale využívá v omezené míře některé z jeho prvků.

Při poskytování první ze dvou zkoumaných služeb **biografické listy** sepisovány nejsou, údajně proto, že se jedná o odlehčovací službu a klienti zde pobývají pouze přechodnou dobu (maximálně 3 měsíce). Informace o klientech tady zapisují pouze do plánů péče. Při poskytování druhé sociální služby sepisují biografické listy s klienty **klíčoví pracovníci**. Tyto jsou uchovávány v písemné podobě a jsou zakládány k **individuálním plánům péče**. Postřehy z nich se pak využívají zejména při výběru **aktivizačních činností**.

R1 *„My tady vzhledem k tomu, že je to odlehčovací služba, biografii neseepisujeme, my právě seepisujeme takový ten krátkodobý plán péče, protože ti klienti jsou tady maximálně 3 měsíce.“*

R2 *„Biografický list nám hodně pomáhá...“*

5.1.2 Spolupráce s rodinou

S **rodinnými příslušníky** klientů v zařízení spolupracují v rámci poskytování obou dvou sociálních služeb. Dovídají se od nich potřebné **informace z minulosti klientů**, jaké záliby a koníčky klienti měli. Tato spolupráce je velmi důležitá při poskytování odlehčovací služby, kde se klienti často střídají a informace od rodiny jsou nezbytně nutné pro poskytování relevantní péče o jejich blízké. Spolupráce s rodinami klientů je většinou na dobré úrovni.

R1 *„Jejich příbuzných se ptáme, kde třeba pracovali, co mají rádi, aby potom člověk věděl, jak k nim přistupovat, jak s nima komunikovat...tam je dobrá spolupráce, pokud ta rodina je vstřícná, má zájem.“*

R2 *„...informace jsou nám nápomocni rodinní příslušníci, kde nám zodpoví, kam rádi jezdili, zpracováváme biografický list.“*

5.1.3 Terapie prostředím

Výsledky výzkumu ukázali, že si do zařízení v rámci první poskytované sociální služby klienti vlastní nábytek přinést nemohou, a to z důvodu časově omezeného pobytu. Mohou si však přinést jiné drobné předměty, které by jim připomínaly jejich **domov**, např. **fotografie** aj. V rámci poskytování druhé služby vybraného zařízení si klienti mohou přinést z domu i jednotlivé **kusy nábytku, obrazy, nádobí, fotografie a jiné předměty**, které měli rádi.

R1 *„Nábytek určitě ne, protože je to odlehčovací služba...můžou si donést třeba fotografie a nějaký obrázek nebo třeba nějakou drobnost, nějakého andělíčka nebo něco takového.“*

R2 *„Doporučujeme, aby měli takovou vzpomínku nebo co měli rádi doma, jakýkoliv nábytek, křeslo, obrazy, takže to je jen pro ně dobře.“*

5.1.4 Skupinová aktivizace

V rámci poskytování první služby v zařízení skupinové aktivizace neprobíhají, a to z důvodu malých prostor. Někdy se sejde na větším pokoji skupinka dvou až tří klientů. Aktivizace tady probíhají každý všední den v dopoledních i odpoledních hodinách.

V rámci poskytování druhé služby jsou klienti rozděleni do **skupinek** především podle jejich **zájmů**, přihlíží se také k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Aktivizace probíhá taktéž ve všední dny v dopoledních i odpoledních hodinách. K dispozici je klientům **aktivizační místnost**, případně jídelna domova.

R1 *„Na odlehčovací službě probíhají ty aktivizace na pokojích jednotlivých, protože tady nejsou prostory, aby se mohli všichni sejt...nebylo by to pro ty lidi příjemné...nebo na tom pokoji jako skupinově, třeba 2-3 lidi pohromadě.“*

R2 „V zařízení máme skupinky podle zdravotního stavu uživatelů a uživatelé tak sami si řeknou, jakou činnost by chtěli...aktivizační místnost máme, denně se nás schází 10–15 uživatelů.“

5.1.5 Individuální aktivizace

Individuální aktivizace probíhají v rámci obou sociálních služeb v zařízení. Především jsou **individuální aktivizační činnosti** nabízeny **imobilním klientům**, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko, dále také klientům s momentálně zhoršeným zdravotním stavem. V rámci poskytování odlehčovací služby je poskytována individuální aktivizace klientům také z důvodu stísněných prostor v tomto zařízení.

Individuální aktivizace probíhají v časových intervalech, které závisí od aktuálního zdravotního stavu a **zájmu klientů**, zpravidla od 5 minut do půl hodiny.

R1 „Záleží, jak kdo je přístupný nebo jak dlouho to vydrží, u někoho je to třeba pět minut, a u někoho, když ho to baví nebo vydrží, tak třeba i půl hodiny nebo víc.“

R2 „...každý den procházíme pokoje...u lůžka maximálně 10-15 minut, uživatelé jsou unaveni...tak podle jejich potřeby.“

5.1.6 Aktivizace klientů s demencí

Obě respondentky se shodly v názoru, že klienty s demencí je dobré aktivizovat ve **vlastní skupině**, neboť mají špatné zkušenosti s chováním klientů bez demence ke klientům s demencí.

R1 „...ti, kteří jsou lepší, tak ti to nějak odmítají, a pak mezi nimi vznikají špatné nálady a není to dobré.“

R2 „...děláme skupinky, kde tihle uživatelé mají aktivitu samostatnou.“

5.1.7 Aktivizační činnosti

Výzkumné šetření ukázalo, že aktivizační činnosti v tomto pobytovém zařízení pro seniory jsou zaměřené na **individuální zájmy** klientů, na jejich oblíbené **činnosti z dřívějšíka**. Patří k nim především povídání, např. podle ročního období a pranostik, dále také prohlížení fotografií, **vzpomínání na mládí a dospělost**. Z pracovních aktivit je to především

práce s vlnou, jako je háčkování, párání a tkaní koberečků. K oblíbeným činnostem klientů patří také třídění bylinek ze zahrady, louskání ořechů a podobné **činnosti z jejich mládí**.

Při individuální aktivizaci se pak zpravidla jedná o povídání a četbu.

R1 *„Vzpomíná se vlastně podle pranostik, podle ročních období, vzpomíná se na mládí, na jejich dětství, vlastně na to, kolik měli dětí, kde pracovali, kde se třeba učili nebo kde muži sloužili na vojně, protože oni mají vlastně spíš tu dlouhodobou paměť, takže na toto si dobře vzpomínají.“*

R2 *„...kde si povídají, mají své témata, třeba společné zaměstnání, například švadlenky...stačí říct v aktivizaci téma a lidé povídají, kde pracovali, kam jezdili, navštěvovali... druhá skupinka ráda pracuje, že pečeme společně koláče...děláme i práce z vlny, například děláme jako tkané koberečky.“*

5.1.8 Tradice, zvyky, obyčeje

Při výzkumu jsme zjistili, že jsou **tradice** v zařízení poctivě **dodržovány**, a to v průběhu celého roku. Jejich tematika je zaměřená na roční období. Hned z kraje roku se pořádá **fašankové veselí**, na jaře se slaví **Velikonoce**, staví se **Máj**, na podzim si klienti připomínají Den seniorů, **hody**, **dušičky**, **Mikuláše** a na konci roku **Vánoce**. Senioři si také rádi připomínají svátky, které znali z dřívějšíka, což je především **MDŽ**. Mimo to, jak jsme již vzpomínali, si každý den připomínají **pranostiky**, **křesťanské svátky**, **jmeniny**, to vše z důvodu lepší **časové orientace**.

R1 *„V rámci celého domova, který je spojený vlastně tady s odlehčovací službou, se konají různé akce, teď třeba bylo stavění Máje, na Velikonoce se dělají takové dílničky, pak se dělá třeba Fašank, vánoční takové posezení, tady vlastně v rámci celého roku se něco děje a připomínají se jim ty staré tradice...slaví se třeba MDŽ.“*

R2 *„Tradice dodržujeme podle ročního období...děláme velikonoční symboly, malujeme kraslice...oslavy pořádáme, například MDŽ, to je příchod jara, to vzpomínají z jejich mladých let, tradice, hody.“*

5.1.9 Vycházky a výlety

Vycházky po okolí se v zařízení, jak jsme mohli zjistit, pořádají v **letních měsících**. Mimo to se, zpravidla jedenkrát do roka, koná **zájezd** klientů v rámci celého zařízení. Cíl zájezdu si klienti **volí sami**. Většinou se jedná o nějaké **poutní místo**, letos se připravuje zájezd

do nedalekého lázeňského města. Tyto zájezdy jsou velmi populární, umožňují klientům **vrátit se** do míst, která v minulosti navštívili se svými blízkými.

R1 „*Od června do září, když je venku pěkně, tak se dají na vozíčky, ti, co jsou schopni jdou pomalu pěšky, a jdeme se projít třeba tady po okolí...většinou je to na přání klientů, že se dopředu zeptáme, obejde se domov a zeptáme se vlastně, kam by si přáli se podívat a podle toho se většinou zvolí místo.*“

R2 „*Dáme návrhy a společně pak uživatelé rozhodnou, kde by chtěli, máme tady šikovnou paní, která ráda jezdí na poutní místa, takže se dá říct, že každý rok navštívíme poutní místo v měsíci červnu, pak letní měsíce po okolí, kde ráda chodí tady na zvířátka, na ovečky.*“

5.1.10 Pocit užitečnosti

Profesor Erwin Böhm (2009) zdůrazňuje, že „**každý člověk potřebuje mít alespoň pár minut denně pocit, že je něčím důležitý**“. Při našem výzkumném šetření jsme zjistili, že se v tomto zařízení aktivizační pracovnice opravdu snaží nabízet klientům takové činnosti, při kterých by se během dne alespoň chvíli užiteční cítili.

R1 „*Klienti třeba párou svetr a ví, že pak ta vlna se použije zase na něco, nebo prostě dělají něco, co je naplňuje, jakože ví, že to bude ještě...nebo loupou ořechy nebo něco takového, že to bude dál prostě využité, že to má nějaký smysl.*“

R2 „*...upečeme koláč, kde při svačince, při kávě posedí...malý dáreček uděláme nebo přáníčka, tak vždycky klienti mi poví, že mají pocit, že jsou ještě potřební, a mají takovou radost z činnosti, vánoční trhy taky navštěvujeme...máme tady keramickou hlinu, takže modelujeme si betlémký...mají i dárečky pro svoje pravnoučátka, vnuky, a to je velmi naplňuje.*“

5.1.11 Jednotlivé aktivizační terapie

Při našem výzkumu jsme dále zjišťovali, jakým způsobem probíhají v zařízení jednotlivé druhy aktivizačních terapií. Následně se budeme věnovat každé z nich.

Arteterapie

Léčba, zaměřená na obrazy a výtvarné aktivity, se při poskytování aktivizačních činností v zařízení pravděpodobně, dle výpovědi respondentek, moc nevyužívá.

R1 „*...každý individuálně, podle svých možností...*“

R2 „*...no, arteterapie ani ne.*“

Aromaterapie

Aromaterapie je na rozdíl od arteterapie v zařízení mezi klienty velmi oblíbená. Zejména výroba „voňavých pytlíčků“, které jsou výborným artiklem pro prodej na vánočních trzích, kde mívá námi zvolené pobytové zařízení pro seniory každoročně svůj stánek. Klienti také rádi poznávají podle vůně jednotlivé bylinky, které jim jejich aktivizační pracovnice připraví do sklenic.

R1 „*Někdy se přinese olejíček a poznávají, jaká je to vůně.*“

R2 „*Máme tady zahrádečku, takže máme nasázené bylinky a sušíme do skleniček, děláme, příklad, 10-20 lahviček, a děláme u stolu prostě tu aromaterapii, nebo i s kořením, bylinky se nám osvědčily, že například dáme jenom majoránku, pepř, kmín, prostě tyhle bylinky...paní si nemohla vzpomenout na majoránku, ale řekla mi, tohle jsem používala, vždyť já jsem to dávala do bramboráku, takže pak se všichni zapojili, že je to majoránka.*“

Bazální terapie

Respondentka číslo jedna, aktivizační pracovnice odlehčovací služby, uvedla, že ani jedna z nich není pro vykonávání této aktivizační metody proškolená, přesto pohlazení a doteky jsou při poskytování péče v tomto zařízení běžné.

R1 „*Na to nemáme kurzy, ale vlastně vím, že jsou to doteky a různé věci, jako z dřívějšíka, takže se snažím různě třeba ty lidi hladit, aby jim to bylo příjemné.*“

R2 „*Bazální nevyužíváme.*“

Biblioterapie

Jak jsme již v rámci našeho výzkumu uvedli dříve ohledně individuální aktivizace, četba knížek, jako léčebná terapie, je v zařízení poměrně rozšířená. Klienti mají také k dispozici velkou knihovnu v prostorách jídelny, kde jsou pro ně knihy volně dostupné. Imobilním klientům knížky na požádání ochotně přinese kterýkoliv člen personálu.

R1 „*...na pokračování čteme nějakou knížku.*“

R2 „*...ano.*“

Muzikoterapie

Výzkumné šetření jsme dále zaměřili na využití muzikoterapie v zařízení. Zjistili jsme, že do zařízení pravidelně, jedenkrát měsíčně, dojíždí muzikoterapeutka. Klienti zařízení si na pravidelné muzikoterapie zvykli, mimo to pořádá domov pro seniory pravidelně, něko-

likrát ročně, různé hudební koncerty. Při výběru interpretů se vedoucí domova snaží přihlídnout k věkovému obsazení klientů a zajistit jim hudbu, kterou dobře znají. Klienti si také rádi zpívají „*jen tak pro radost*“ každý den.

R1 „...*sem dojíždí každý měsíc muzikoterapeutka...zpívají si u kytary.*“

R2 „...*střídáme při kytáře a dá se říct, že uživatelé i sami mají přání písničky, takže tady tohle užíváme.*“

Pohybová terapie

Vzhledem k průměrnému věku klientů nelze v tomto zařízení s nějakou větší pohybovou aktivitou počítat. Přesto je sportovní vybavení domova pro seniory na velmi dobré úrovni. Klienti většinou bez problémů zvládnou lehčí cviky v rámci protažení těla.

R1 „...*na postelích, protože ti klienti jsou, jakože, špatně mobilní, takže spíš, jakože, procvičí ruky nebo nohy.*“

R2 „*Cvičíme s prsty, motorika, máme tady i kuželky, máme tady šlapadla pod pergolou, takže dolní končetiny trénujeme.*“

Reminiscenční terapie

Vzpomínání na minulost je asi nejoblíbenější činností seniorů vůbec. Rádi vzpomínají na dobré i horší časy svého života. K dispozici mají především fotografie, ale také drobnosti, které mají pro ně nějaký specifický význam.

R1 „...*to se vlastně používá každý den, protože jsou to vlastně vzpomínky na dětství, na mládí, také to se vlastně u těch klientů nejvíc asi využívá.*“

R2 „...*v aktivizační místnosti zřídili, kde mají uživatelé určité nádoby, hrníčky...snažíme si místnost si tak držet i podle období ročního, že si trháme květinčky.*“

Trénink paměti

K dalším oblíbeným aktivitám seniorů patří dle výsledků výzkumu trénink paměti. Klienti jsou velmi soutěživí, mají rádi různé vědomostní kvízy, vrací se při nich do školních let. Někteří z nich luští křížovky.

R1 „*To je výborná věc, já jsem absolvovala dřív několik kurzů v Praze a jsem trenérka paměti, takže to je výborné, to ano, to hodně.*“

R2 „*Trénink paměti máme zahrnut jednou týdně, takže hrajeme hry, to jich velmi baví.*“

Zahradní terapie

Pozorováním jsme zjistili, že se sice v areálu tohoto pobytového zařízení nachází rozlehlá zahrada, ale kopcovitost terénu brání klientům ji navštěvovat. Seniors, dle výzkumného šetření, tento fakt velmi mrzí, protože jednou z hlavních náplní volného času byla v době jejich aktivních let právě práce na poli nebo na zahradě. Aktivizační pracovnice se jim to snaží vynahradit alespoň společným vysazováním květin do květináčů a truhlíků. Imobilním klientům nosí čerstvé květiny do vázy.

R1 *„Oni by rádi, ale vlastně vzhledem ke zdravotnímu stavu, tady je terén, který je do kopce, do svahu, takže, bohužel, maximálně co mají, tak ve váze květinu nebo tak.“*

R2 *„Jak už máme jarní období, velmi rádi sázíme květinčky, muškáty, bylinky, mátový čaj.“*

Zooterapie

Z našeho výzkumu vyplynulo, že v zařízení neprobíhá žádný z mnoha druhů zooterapie. V letních měsících klientům poskytují zábavu tohoto druhu pouze dvě kočky, které patří jednomu z klientů domova pro seniory. Nedaleko tohoto pobytového zařízení se nachází rozlehlá farma, která je častým cílem letních vycházek s klienty.

R1 *„To maximálně, když sem přijde nějaká návštěva a má třeba pejska...že by sem třeba jako někdo chodil na canisterapii, to ne...jsou tady dvě kočky, takže mají možnost si je pohladit.“*

R2 *„Máme tady ve vesnici zřízenou farmu, takže navštěvujeme v měsících letních, kolem rybníčků...“*

5.1.12 Přínos biografie klienta v aktivizaci

Obě dvě oslovené aktivizační pracovnice se shodli, že je znalost biografie pro péči o klienta, především v rámci aktivizace, velmi přínosná.

R1 *„Já si myslím, že je to důležité, protože člověk ví, z čeho má vycházet, a ví, co od těch klientů očekávat, čeho se třeba vyvarovat, aby z toho potom nebyli nějakí méněcenní...biografie je výborná věc.“*

R2 *„Máme takové body, kde se můžeme chytit, a jak s klientem pracovat.“*

5.1.13 Negativní stránka biografie klienta v aktivizaci

Aktivizační pracovnice odlehčovací služby upozornila také na jednu z negativních stránek, jak se domnívá, vzpomínky na nějakou traumatizující událost z minulosti klienta v něm mohou vyvolat nepříjemné pocity. Aktivizační pracovnice druhé poskytované sociální služby žádné negativa v práci s biografií klienta nevidí.

R1 „...to, že někdo prožil něco, co je mu nepříjemné, a má na to špatné vzpomínky a my se k tomu třeba vracíme...on si vlastně tím vybavuje to špatné.“

R2 „Ne.“

5.2 Výsledky skupinového rozhovoru s pracovníky přímé péče

V další části prezentujeme výsledky skupinového rozhovoru s druhou skupinou respondentů, pracovníky přímé péče v zařízení, kde výzkum probíhal.

T: Na jaké pozici v pobytovém zařízení pro seniory pracujete?

R3: Pracuji na pozici pečovatelky dvanáctým rokem.

R4: Pečovatelka.

R5: Pomocná pečovatelka.

R6: Zdravotní sestra.

T: Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

R3: 12 let.

R4: Já 5 let.

R5: Taky 11 let.

R6: 11 let.

T: Měla jste už předtím nějaké zkušenosti s prací se seniory z předchozího zaměstnání?

R3: Taky ne.

R4: Já taky ne, až tady jsem se s tím setkala.

R5: Já ne.

R6: Ano, z nemocnice, z původního zaměstnání.

T: Absolvovala některá z vás kurz „Práce s biografií klienta“?

R3: Ne.

R4: Ne.

R5: Já ne.

R6: Ano, já jsem absolvovala v Praze. Myslím si, že je to tak před 4 lety, kurz u doktorky Procházkové Evy.

T: Kolik tady máte vyškolených pracovníků tímto kurzem?

R6: 3 pracovníky.

T: Využíváte ve vašem zařízení psychobiografický model péče podle Erwina Böhma?

R6: No, dalo by se říct, že částečně v určitých odvětvích, snad v té vzpomínkové fázi, že si tady uživatelé mohli vzít nějaký oblíbený kus nábytku, křesla, ušáky, mají vystavené fotografie.

T: Mohli si vaši klienti přinést do zařízení nějaký nábytek nebo nějaké vzpomínkové předměty, které by jim připomínaly domov?

R3: Ano, mohli přinést, skříň, křesla, hodiny, nějakou keramiku, hrnky, třeba lžíce, příbory, cokoli takového.

R4: Spíše takové drobné předměty, které nezaberou moc místa.

R5: Taky tak.

T: Spolupracujete s rodinnými příslušníky klienta?

R3: Taky, taky se snažím. Když se potřebuju něco dovědět, jako, co nevím, tak.

R4: Já se snažím.

R5: Ano, spolupracujeme.

R6: Ano, dalo by se říct, že spolupracujeme, určitě.

T: Zabýváte se otázkami minulosti klientů, zjišťujete například, jaké měli dřív koníčky, jaké bylo jejich povolání, čím se zabývali ve volném čase?

R3: Ano, ano, zeptala jsem se jich, samozřejmě, abych o nich něco věděla.

R4: V rámci rozhovoru se svojí klientkou zjišťuji.

R5: Taky v rámci rozhovoru.

R6: Ano, zjišťujeme, určitě, jakou měli profesi, a na tom potom dál stavíme.

T: Sepisujete s vašimi klienty jejich biografie? Biografické listy?

R3: Ano, sepisujeme.

R6: Ano sepisujeme a zakládáme je do individuálních plánů péče.

T: Využíváte biografie při plánování péče o klienty?

R3: Ano, využíváme.

R4: Ano, odráží se od toho ta péče.

R5: Samozřejmě, využíváme.

R6: Ano, využíváme.

T: Zahrnujete poznatky z biografie do aktivizace klientů?

R4: No, bavila jsem se o tom s aktivizační pracovnící, která, když tak, může s tím pracovat dále, ale já konkrétně ne.

T: Dodržujete u vás v zařízení nějaké dřívější zvyky, obyčeje, které by klientům připomněly jejich minulost?

R3: Stavění Máje, Mikuláše.

R5: Fašank, Den seniorů.

T: Myslíte si, že znát biografii klienta pomáhá při péči o něj?

R3: Určitě je to dobré.

R4: Já si myslím, že je docela hodně důležité, znát jejich minulost.

R5: Já si myslím, že ano.

R6: No pomáhá.

T: Myslíte si, že je na tomto modelu péče i něco negativního?

R3: Já nevím, teda já si myslím, že ne.

R4: To si nemyslím.

R5: Těžko říct. R6: Já si myslím, že biografie je spíš pozitivní pro péči.

5.3 Výsledky analýzy dokumentů

Tab. 6 Přehled činností respondentů v pobytovém zařízení pro seniory

Respondent	Volný čas	Individuální plán – přání a cíle
1	-alternativní léčba -bylinky -čtba -TV – zprávy, dokumenty -účast na aktivizaci	-důstojné a klidné dožití v domově -pravidelná účast na mši svaté -účast na společenských akcích- Fašank, velikonoční dílničky, stavění Máje, koncert -účast na zájezdu
2	-čtba -TV -posezení u kafička	-klidný život v prostředí co nejvíce připomínajícím domov -účast na společenských akcích -účast na zájezdu
3	-telefonování s dcerou -psaní deníku -čtba -TV Noe, Šlágr -chůze s chodítkem	-klidné dožití v prostředí co nejvíce připomínajícím domov -pravidelná účast na mši svaté -pravidelný kontakt s rodinou -účast na společenských akcích -účast na zájezdu
4	-účast na aktivizaci-párání vlny, louskání ořechů -posezení u kafička -procházky po areálu s doprovodem -TV Šlágr	-klidné dožití v prostředí co nejvíce připomínajícím domov -pravidelná účast na mši svaté -účast na společenských akcích -účast na zájezdu
5	-polehávání v posteli -TV Šlágr, AZ kvíz	-udržet si dobrý zdravotní stav -pravidelná účast na mši svaté -účast na společenských akcích -účast na zájezdu -pravidelný kontakt s rodinou -vycházky po obci
6	-účast na aktivizaci-výroba koberečků -TV -posezení u kafička	-být v dobré pohodě s přáteli -pravidelná účast na mši svaté -účast na společenských akcích -účast na zájezdu

V tabulce jme ve sloupci nazvaném „*Volný čas*“ barevně vyznačili společné zájmy námi zvolených respondentů. Zjistili jsme, že všichni respondenti rádi sledují televizi, oblíbené jsou zejména stanice Šlágr a Noe. Televizní stanice Šlágr je mezi seniory vyhledávána zejména pro možnost slyšet písničky, které dobře znají a připomínají jim jejich mládí. Ženy respondentky si také rády posedí u kafička, což je pro mnohé z nich celoživotní rituál, tři z dotázaných respondentů rádi čtou. Četba je ale u seniorů podmíněna dobrým viděním textů.

Ve sloupci nazvaném „*Individuální plán – přání a cíle*“ jsme barevně vyznačili přání a cíle respondentů, které obsahují alespoň některé prvky z biografie. Všichni se shodují v zájmu o účast na společenských akcích, které jsou v tomto zařízení pořádány v rámci tradic a zvyků. Všech 6 respondentů má zájem zúčastnit se zájezdu, neboť je to pro ně, jak jsme již zmínili dříve, možnost vrátit se do míst, která v minulosti navštívili se svými blízkými. Důležitá pro všechny respondenty je také pravidelná účast na mši svaté, která je v jejich zařízení denně sloužena knězem, který je také klientem domova. Víra v Boha tyto klienty zpravidla provází po celý život. Mezi přání poloviny našich respondentů patří pravidelný kontakt s rodinou. Podle našeho mínění jde zřejmě o ty klienty, které rodina pravidelně navštěvuje a mají hezký vzájemný vztah.

6 DISKUSE

Práce je zaměřena na využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. V první kapitole teoretické části jsme se zaměřili na objasnění pojmů stárnutí a stáří, zmapovali jsme aktuální stav seniorů v České republice, vzpomněli jsme historii péče u nás a srovnali péči v pobytových zařízeních pro seniory před a po roce 1989.

Ve druhé kapitole jsme mimo jiné vyjmenovali druhy pobytových sociálních služeb pro seniory, popsali jsme náplň práce sociálního pracovníka a pracovníků v sociálních službách v těchto zařízeních, definovali jsme pojmy sociální standardy a individuální plán průběhu sociální služby.

V poslední kapitole teoretické části jsme se snažili přiblížit některé z nových modelů péče, největší část této kapitoly jsme věnovali objasnění základů psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma.

V první kapitole praktické části jsme si vymezili výzkumný problém a stanovili cíle výzkumu spolu s výzkumnými otázkami. Zvolili jsme metody a techniky výzkumu, charakterizovali výzkumné vzorky a popsali způsob zpracování dat. Velkou část praktické části jsme věnovali analýze a prezentaci získaných dat. Následovala diskuse s doporučením pro praxi.

Výzkumu se přímo zúčastnilo 6 respondentů, 2 z nich byly aktivizační pracovníce, 4 z nich byly pracovníce přímé péče. Všechny pracovali v námi zvoleném pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory uherskohradištského regionu, které poskytuje dva druhy sociálních služeb. První sociální službou je odlehčovací služba, druhou domov pro seniory. Potřebné informace o dalších 6 respondentech jsme získali z dokumentace, do které nám bylo umožněno nahlédnout.

K naplnění výzkumných cílů jsme nejprve využili metodu strukturovaného rozhovoru s aktivizačními pracovníci dvou poskytovaných sociálních služeb v námi zvoleném pobytovém zařízení pro seniory. Úvodní část rozhovoru byla zaměřena na základní informace o respondentkách a vztahovaly se k ní otázky č. 1, 2, 5 a 6. Z odpovědí na ně jsme se dověděli, že jedna z respondentek pracuje na oddělení odlehčovací služby, která má kapacitu 8 míst, druhá v domově pro seniory, který disponuje 31 místy. První respondentka (dále jen R1) v zařízení pracuje již 11 let., druhá (dále jen R2) 7 let. R1 i R2 absolvovaly vzdě-

lávací kurz Validace podle Naomi Feil a kurz smyslové aktivizace podle Lore Wehner. O psychobiografickém modelu péče podle Erwina Böhma mají obě základní informace, ale kurz ohledně tohoto modelu ani jedna z nich neabsolvovala.

Cíl 1 Zjistit, jak se biografie klienta odráží ve všech oblastech péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb.

K tomuto cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 1,2 a 5.

Výzkumná otázka č. 1 Jak probíhají aktivizace seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb?

K této výzkumné otázce se vztahovala první část strukturovaného rozhovoru s aktivizačními pracovníci, která byla zaměřena na aktivizaci seniorů, její součástí byly otázky č. 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17 a 22. Otázky č. 7 a 8 zjišťovaly místo, čas a průběh skupinové aktivizace. V zařízení R1 aktivizace probíhají většinou jednotlivě na pokojích, a to z důvodu stísněných prostor na oddělení. V zařízení R2 aktivizace probíhají v aktivizační místnosti, kde se schází pravidelně 10-15 klientů. Dělí se do skupin podle zájmů klientů. V obou zařízeních probíhají aktivizace v dopoledních i odpoledních hodinách, každý všední den. Odpovědi na otázky č. 10, 11, 12 a 13 nám objasnili průběh a časový rozsah individuální aktivizace a aktivizace klientů s demencí. Individuální aktivizace probíhají na oddělení R1 téměř u všech klientů, jak jsme již zmínili z důvodu malých prostor, a trvají dle zájmu klientů v časovém rozmezí 5-30 minut. V zařízení R2 jsou individuální aktivizace nabízeny především imobilním klientům, trvale upoutaným na lůžko, nebo klientům s aktuálně zhoršeným zdravotním stavem. Aktivizace tady trvá maximálně 10-15 minut. Obě dvě respondentky klienty s demencí aktivizují ve vlastních skupinách, z důvodu špatných zkušeností ohledně chování klientů bez demence ke klientům s demencí. Otázky č. 16 a 17 objasňovali téma vycházek a výletů s klienty. Toto téma je v zařízení řešeno u obou poskytovaných sociálních služeb společně. Vycházky po okolí se uskutečňují především v letních měsících při vhodném počasí, každoročně je pořádán jeden větší zájezd. Cíle vycházek i zájezdu si klienti volí sami, zatím vždy vítězila známá poutní místa, v letošním roce navštíví klienti lázeňské město. Rozsáhlejší otázka č. 22 byla zaměřena na jednotlivé druhy terapií prováděných v rámci aktivizace. I když rozhovory probíhaly individuálně s každou z respondentek zvlášť, v odpovědích na tuto otázku se většinou shodly. V tomto pobytovém zařízení se v rámci poskytování obou dvou sociálních služeb využívá ve větší míře aromaterapie, biblioterapie, muzikoterapie, reminiscenční

terapie a trénink paměti (při této otázce jsme zjistili, že R1 je vyškolená trenérka paměti). V omezené míře jsou využívány také arteterapie, pohybová terapie a zahradní terapie. Zoo-terapie není využívána vůbec.

Výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena.

Výzkumná otázka č. 2 Jak se prvky práce s biografií klienta využívají při jeho aktivizaci?

K této výzkumné otázce se vztahovala druhá část rozhovoru, zaměřená na biografii klienta. Její součástí byly otázky č. 4, 9, 14, 15, 18, 19, 20 a 21. Otázka č. 4 se týkala Böhmovi terapie prostředím, měla zjistit, zda si mohou klienti při vstupu do zařízení přinést svůj nábytek, případně jiné předměty, které by jim připomínaly domov. Jak vysvětluje Procházková (2010, str. 22), „*prostředí má svou hodnotu také terapeutickou – melietherapie znamená institucionální prostředí co nejvíce přizpůsobit původnímu prostředí klienta*“. Do zařízení R1 si klienti z důvodu přechodného pobytu (max. 3 měsíce) klienti vlastní nábytek přinést nemohou. Mohou si ale přinést jakékoliv drobnější předměty, jako jsou fotografie, obrázky, kusy nádobí, polštářky, apod. Do zařízení R2, kam se klienti stěhují k trvalému pobytu, si, jak se nám podařilo zjistit, mohou přinést i nějaké kusy nábytku, jako jsou křesla, komody, zrcadla, apod. Mimo to je jim samozřejmě umožněno přinést si spoustu drobnějších předmětů z jejich domovů. Jak jsme již avizovali výše, celý interiér je vybaven tak, aby na klienty působil „*domácky*“ (viz. Příloha PII). Z otázky č. 9 a 19 jsme zjistili, že se obě respondentky zajímají o minulost klientů, jejich povolání, zájmy, koníčky, aby v návaznosti na tyto informace mohly zaměřit aktivizační činnosti. K získávání těchto informací jim pomáhá také dobrá spolupráce s rodinnými příslušníky klientů. Zvláště na oddělení odlehčovací služby jsou informace jimi poskytnuté nezbytné pro správné poskytování komplexní péče o klienty včetně aktivizace. Prostřednictvím otázek č. 14 a 15 jsme se dověděly o dodržování zvyků a tradic v zařízení. Klienti si je připomínají v souvislosti s ročními obdobími během celého roku. Vzpomínají, jak je prožívali v minulosti. Oslavy Fašanku, Velikonoc, stavění Máje, hodové veselí, dušičky, Mikuláš a Vánoce, tvoří jen základní kostru připomínání tradic v zařízení. Z dalších svátků, který byli klienti zvyklí v minulosti slavit, si připomínají MDŽ. Nejpodstatnější otázkou této části rozhovoru byla otázka č. 20, která zjišťuje, zda jsou v zařízení s klienty sepsány biografické listy. R1 odpověděla, že na oddělení odlehčovací služby biografické listy nesepisují z důvodu krátkého pobytu klientů. Potřebné informace o zájmech a trávení volného času klientů vepisují pouze do plánů péče. R2 sdělila, že biografické listy s klienty sepisují klíčoví pracovníci a příkládají je k individuálním plánům péče. Následným zkoumáním dokumentů jsme zjis-

tili, že biografické listy mají v domově sepsané pouze někteří klienti. Jelikož počet klientů domova není velký, členové personálu pravidelnými rozhovory postupně zjišťují podstatné údaje o klientech a jejich minulosti, ale do biografických listů je většinou neseписují. Zajímavá v rámci prvků psychobiografického modelu péče byla otázka č. 21, která zjišťovala, zda jsou do aktivizace zapojovány činnosti, které vytváří u klientů pocit, že jsou alespoň na malou chvíli denně něčím užiteční. Jak cituje Procházková Böhma (2010, str. 27), „každý člověk se potřebuje cítit něčím důležitý“. Obě respondentky nás ubezpečily, že takové činnosti klientům nabízejí a ti je rádi využívají. Patří sem například loupání ořechů, páření vlny, výroba předmětů k prodeji na vánoční a velikonoční trhy, výroba dárečků pro své blízké, aj. Poslední dvě otázky strukturovaného rozhovoru budeme rozebírat později, neboť se vztahují k výzkumnému cíli č. 2.

Po shrnutí této části strukturovaného rozhovoru jsme zjistili, že se v tomto pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory využívají při aktivizaci v omezené míře některé prvky psychobiografického modelu prof. Erwina Böhma.

Výzkumná otázka č. 2 byla zodpovězena.

Výzkumná otázka č. 5 Jak se biografie klienta promítá do individuálního plánování průběhu sociální služby?

K zodpovězení této výzkumné otázky nám posloužila analýza dokumentů. Vedoucí pobytového zařízení sociálních služeb pro seniory nám umožnila nahlédnout do individuálních plánů několika klientů, ale, jak jsem zmínila výše, nedovolila nám v rámci zachování anonymity pořídit jejich fotografie.

Záměrným výběrem jsme zvolili 6 respondentů. Kritériem pro jejich výběr byl trvalý pobyt v námi zvoleném pobytovém zařízení pro seniory. Postupně jsme jejich individuální plány analyzovali a získané informace jsme zaznamenali do tabulky (viz. Tab. 6). Mezi respondenty byl pouze jeden klient mužského pohlaví, průměrný věk respondentů byl 84 let, průměrná doba pobytu v zařízení byla 3 roky. Jedna z respondentek byla plně mobilní, ostatní používali k chůzi kompenzační pomůcku.

Záznamy v tabulce poukazují na fakt, že k oblíbeným činnostem klientů ve volném čase, pokud se zrovna neúčastní aktivizačních činností, patří sledování TV, především TV Šlágr a TV Noe, posezení u kávičky a četba.

Z individuálních plánů zvolených respondentů jsme mohli vyčíst, že hlavním přáním většiny z nich bylo klidné dožití v prostředí co nejvíce připomínajícím domov. Všichni respondenti si přáli účastnit se společenských akcí, které jsou v zařízení pořádány v rámci dodržování tradic a zvyků, všichni měli zájem zúčastnit se plánovaného zájezdu. Dále jsme zjistili, že 5 z celkového počtu 6 respondentů si přeje zúčastnit se každý den mše svaté sloužené v místní kapli a 2 respondenti preferují ve svých přáních dobré vztahy s rodinou.

Shrneme-li poznatky získané při analýze dokumentů, zjistíme, že se v individuálních plánech klientů pobytového zařízení sociálních služeb pro seniory vyskytují přání a cíle, které se vztahují k minulosti klientů. Jednak jsou to pravidelné oslavy tradičních svátků, pak také výlety do míst, která jim mohou připomenout jejich mladá léta, neboť si cíle výletů volí sami. Dalším prvkem je dobrá spolupráce s rodinou a v neposlední řadě jejich víra, která je provází celý život.

Výzkumná otázka č. 5 byla zodpovězena.

Výzkumný cíl č. 1 byl splněn.

Výzkumný cíl č. 2 Zjistit, jak nahlíží na využití biografie klienta v péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory jejich pracovníci.

Výzkumná otázka č. 3 Jaký názor mají na využití biografie klienta při jeho aktivizaci aktivizační pracovníci?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsme využili posledních dvou otázek strukturovaného rozhovoru s aktivizačními pracovníci č. 23 a 24, ale odpověď jsme postupně nacházeli v průběhu celého rozhovoru. Obě respondentky hodnotily využití biografie klienta v rámci aktivizace velmi pozitivně, znalost klientovi minulosti udává směr jejich práci. R1 ale vyjádřila poznámku k negativní stránce využití biografie klienta, kterou by podle ní mohla být nějaká prožitá stresující událost klienta, která by se mu při vzpomínce na minulost opět oživila.

Výzkumná otázka č. 3 byla zodpovězena.

Výzkumná otázka č. 4 Jak nahlíží na využití biografie klienta při své práci pracovníci poskytující přímou péči seniorům v zařízeních?

Odpověď na poslední otázku nám poskytlo skupinové interview, čítající 4 respondentky -

pracovnice přímé péče ve vybraném pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory. Respondentky byly zvoleny záměrným výběrem, kritériem pro výběr byla práce v přímé péči ve vybraném pobytovém zařízení pro seniory. Skupinový rozhovor čítal 16 otázek a prezentovali jsme jej formou transkripce. První část byla zaměřena na základní údaje o zvolených respondentkách. Z prvních 5 otázek jsme zjistili, že 2 respondentky pracují v tomto zařízení na pozicích pečovatelek, jedna z respondentek pracuje na pozici pomocné pečovatelky, poslední z respondentek pracuje na pozici vrchní sestry. R3 pracuje v zařízení 12 let, R4 5 let. R5 a R6 shodně 11 let. Zkušenosti s cílovou skupinou seniorů měla z předešlého zaměstnání pouze R6, která pracovala v nemocnici. Vzdělávací kurz Práce s biografií klienta, jak jsme se mohli dovědět dále, absolvovala opět pouze respondentka č. 6. Z následujících otázek jsme zjistili, že v zařízení absolvovaly tento kurz celkem 3 pracovnice. Na otázku, zda se v zařízení využívá psychobiografický model péče podle Erwina Böhma, odpověděla zase jenom R6. Sdělila nám, že se tento model v zařízení využívá jen omezeným způsobem, využívá se zejména prvek terapie prostředím. Z dalších otázek jsme následně zjistili, že názor respondentek na využití biografie klienta v péči je pozitivní, žádná z respondentek neupozornila na žádná negativa. V omezené míře se prvky práce s biografií objevují jak v individuálním plánování péče, tak také ve všech ostatních oblastech péče.

Výzkumná otázka č. 4 byla zodpovězena.

Výzkumný cíl č. 2 byl splněn.

Na závěr diskuse bychom chtěli na základě výsledků výzkumu **doporučit pro praxi v zařízeních pobytových sociálních služeb pro seniory:**

- umožnit svým pracovníkům absolvování vzdělávacích kurzů týkajících se práce s biografií klienta
- sepisovat s klienty při jejich nástupu do zařízení biografické listy, které jsou vodítkem pro další práci s těmito klienty
- umožnit klientům vybavit si své pokoje v zařízeních tak, aby jim co nejvíce připomínaly jejich domov
- zaměřit se při péči o klienty a především při jejich aktivizaci na jejich zájmy a zvyklosti z přirozeného prostředí

- využívat prvky psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma ke snazší adaptaci klientů na nové prostředí a při jejich lepší orientaci v něm

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma využití biografie klienta v péči mi opět rozšířila obzor ohledně této tematiky. Zhruba před pěti lety jsem, společně se dvěma dalšími pracovnicemi našeho pobytového zařízení pro seniory, absolvovala v Praze kurz Práce s biografií klienta u doktorky Evy Procházkové, která je velkou propagátorkou psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma v České republice. Nadšení z absolvovaného kurzu nám zůstalo ještě dlouho poté, co jsme jej zdárně dokončily vypracováním biografické knihy námi zvoleného klienta našeho pobytového zařízení pro seniory (viz. samostatná příloha PIV). Naše velké plány se začaly zdárně naplňovat. Sepisovaly se biografické listy klientů, sháněl se dobový nábytek, označovaly se pokoje dezorientovaných klientů pro ně známými symboly... Postupem času se naše nadšení pomalu vytrácelo, některé podstatné prvky Böhmova konceptu však v péči o seniory v našem zařízení zůstaly. Vypracování bakalářské práce na téma biografie klienta mi pomohlo znovu si uvědomit Böhmův přínos pro péči o naše seniory.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BICKOVÁ, Lucie et al., 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 272 s. ISBN 978-80-90466-814.

BÖHM, Erwin, 2009. *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. Maudrich. 289 s. ISBN 978-3-85175-911-2.

BUDINSKÝ, Václav et al., 2013. *Příjemný zralý věk*. 1. vyd. Praha: Alfom. 225 s. ISBN 978-80-87785-02-7.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DIENSBIER, Zdeněk a Zdenka PROCHÁZKOVÁ, 2011. *Ó, sladké stáří*. 1. vyd. Praha: Radix. 169 s. ISBN 978-80-87573-00-6.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FEIL, Naomi a Vicki de Klerk-Rubin, 2005. *Validation Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Ernst Reinhardt. 166 s. ISBN 3-497-01794-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, Jan, 2007. *Kvalitativní výzkum, základní teorie, metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JANEČKOVÁ, Hana, 2010. *Reminiscence*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- KOPŘIVA, Karel, 1997. *Lidský vztah jako součást profese: psychologické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
- LEVICKÁ, Jana, 1999. *Náčrt dějin sociální práce – 1. část*. Trnava: SAP. 106 s. ISBN 80-88908-29-9.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- PAVLÍKOVÁ, Stanislava, 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 134 s. ISBN 978-80-204-3186-8.
- ŠIMKOVÁ, Svatava et al., 2011. *Dobrovolníci mění svět: sborník příkladů dobré praxe: Evropský rok dobrovolnictví*. Praha: Národní institut dětí a mládeže MŠMT. 119 s. ISBN 978-80-87449-15-8.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. 1. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠVARŤÍČEK, Roman et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6.

VEREŠOVÁ, Jarmila, 2012. *Kvalita života seniorů*. Trenčín. Rigorózní práce. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně, Fakulta zdravotnictví, Katedra ošetrovatelství.

WIRTH, Mária, 2009. *Pedagogická intervencia v starostlivosti o seniorov s Alzheimerovou chorobou*. Doktorská dizertační práce. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. Pedagogická fakulta.

Odborné časopisy

Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, roč. 12, č. 2. ISSN 1803-7348.

Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, roč. 12, č. 3. ISSN 1803-7348.

Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, roč. 12, č. 4. ISSN 1803-7348.

Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, roč. 12, č. 6-7. ISSN 1803-7348.

Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, roč. 12, č. 10. ISSN 1803-7348.

Internetové zdroje

<http://www.bazalni-stimulace.com>

<http://helpnet.cz/monitoring-medii-starnuti-se-v-cesku-zacina-prodrazovat>

<http://mpsv.cz/cs/5963>

<http://mpsv.cz/cs/7334>

<http://mpsv.cz/cs/18661>

<http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>

<http://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108cast1>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č.	číslo
et al.	a kolektiv
PBM	psychobiografický model
Sb.	Sbírka
str.	strana
Tab.	tabulka
viz.	najdete na...
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Eriksonova vývojová teorie (str. 35)

Tab. 2 Böhmová teorie regrese (str. 36)

Tab. 3 Tabulka respondentů – aktivizační pracovníce (str. 45)

Tab. 4 Tabulka respondentů – pracovníce přímé péče (str. 45)

Tab. 5 Tabulka respondentů – klienti domova pro seniory (str. 46)

Tab. 6 Přehled činností respondentů v pobytovém zařízení pro seniory (str. 57)

SEZNAM PŘÍLOH

- PI** Rozhovor s aktivizačními pracovníci
- PII** Fotografie pořízené v zařízení
- PIII** Doslovný přepis rozhovoru s aktivizační pracovnící
- PIV** Samostatná příloha: Biografická kniha pana Jaromíra

PŘÍLOHA P I: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S AKTIVIZAČNÍ PRACOVNICÍ

1. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?
2. O jaký typ zařízení se jedná?
3. Kolik klientů máte na oddělení?
4. Mohou si klienti při nástupu do zařízení s sebou přinést svůj nábytek nebo nějaké předměty, které by jim připomínaly domov?
5. Jaké vzdělávací kurzy zaměřené na aktivizační metody jste absolvovala?
6. Říká Vám něco pojem psychobiografický model péče podle Erwina Böhma?
7. Jakým způsobem probíhá ve Vašem zařízení skupinová aktivizace a kde?
8. Jak často aktivizace probíhá?
9. Zaměřujete se při aktivizaci na činnosti, které by klientům připomínaly jejich minulost?
10. Jakým způsobem probíhá ve Vašem zařízení individuální aktivizace?
11. Jak dlouho trvá individuální aktivizace klienta?
12. Máte ve Vašem zařízení klienty s demencí?
13. Aktivizujete klienty s demencí společně s klienty bez demence?
14. Dodržujete v zařízení nějaké zvyky, tradice a jaké?
15. Pořádáte ve Vašem zařízení oslavy nějakých svátků, na které byli klienti zvyklí z minulosti a které se už dnes neslaví?
16. Organizujete ve Vašem zařízení vycházky a výlety s klienty?
17. Podle čeho vybíráte místa, která v rámci vycházek a výletů navštěvujete?
18. Zajímáte se o to, jaké měli Vaši klienti koníčky, zájmy, povolání?
19. Spolupracujete s rodinnými příslušníky klientů?
20. Pracujete v rámci aktivizace s biografiemi klientů? Sepisujete biografické listy?
21. Jsou součástí aktivizace činnosti, které by u klientů vytvářely pocit, že jsou stále ještě užiteční a potřební?
22. Jak probíhají ve Vašem zařízení jednotlivé aktivizační terapie:
 - arteterapie
 - aromaterapie
 - bazální terapie
 - biblioterapie
 - muzikoterapie
 - pohybová terapie
 - reminiscenční terapie
 - trénink paměti
 - zahradní terapie
 - zooterapie

23. Jaká pozitiva vidíte v práci s biografií klientů?

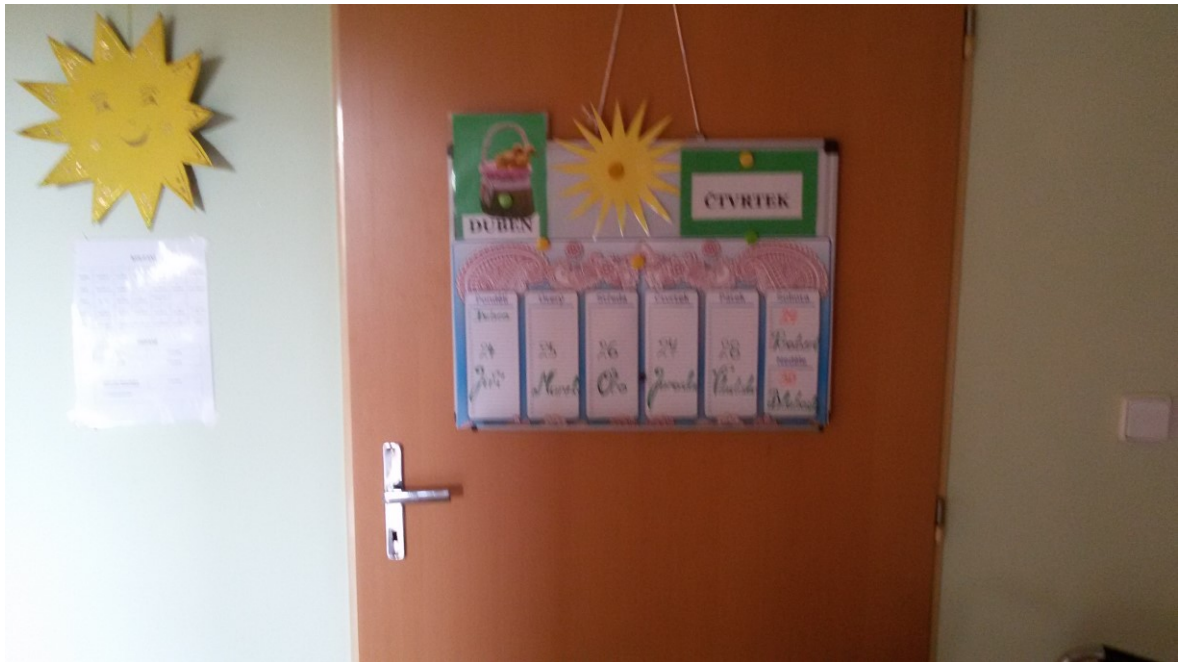
24. Vidíte nějaká negativa na práci s biografií?

PII FOTOGRAFIE, POŘÍZENÉ V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ









PIII DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU S R1

Strukturovaný rozhovor s aktivizační pracovnící

T: tazatel

R1: aktivizační pracovnice

T: Takže na začátku bych se chtěla zeptat, jestli mně dáte souhlas s tím, abych tento rozhovor použila pro studijní účely.

R1: Ano, souhlasím.

T: Tak, první otázka. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

R1: V tomto zařízení pracuji 11. rokem, je to vlastně s přestávkama, kde jsem pracovala v centru denních služeb a zpátky jsem se vracela sem a teď jsem na odlehčovací službě.

T: Takže typ zařízení je?

R1: Odlehčovací služba.

T: Kolik klientů máte tady na oddělení?

R1: Většinou to bývá kolem 8 klientů.

T: Mohou si klienti, když nastupují na odlehčovací službu, přinést z domu nějakou část nábytku asi ne, ale nějaké předměty, které by jim připomínaly domov?

R1: Nábytek určitě ne, protože je to odlehčovací služba, je to přechodná služba a můžou si donést třeba fotografie a nějaký obrázek nebo prostě nějakou drobnost, nějakého andělíčka nebo něco takového.

T: Vy sama, absolvovala jste nějaké vzdělávací kurzy, které byly zaměřené na aktivizační metody?

R1: Ano, za ty roky už toho bylo moc těch kurzů, vlastně i ten první byl i nepedagogická činnost a potom to byly vlastně různé validace, já už si ani na ty kurzy všechny nevzpomínám, ale prostě aktivizace smyslová, za ty roky těch kurzů bylo prostě nespočet.

T: Říká vám něco pojem psychobiografický model péče podle Erwina Böhma?

R1: Ano, každý vlastně, kdo tady je klíčový pracovník, má tady svého klienta, tak vlastně ten vypracoval na toho svého klienta biografii, takže vím, o co se jedná.

T: Teď k té aktivizaci. Jak probíhají v této vaší službě v zařízení skupinové aktivizace a kde probíhají?

R1: Tady přímo na odlehčovací službě spíš probíhají ty aktivizace na pokojích jednotlivých, protože tady nejsou prostory vyhrazené k tomu, aby se mohli všichni sejít, je to tady stísněné, takže by to takové, nebylo by to pro ty lidi příjemné, takže se spíš postupuje po pokojích a jednotlivě.

T: A jak často tyto aktivizace probíhají?

R1: Většinou každý den u každého klienta nějakou chvíli, nebo na tom pokoji jako skupinově, třeba 2-3 lidi pohromadě, co jsou na pokoji.

T: A jaké činnosti provádíte? Zaměřujete se třeba na aktivity, které by jim zase připomínaly jejich minulost, jejich koníčky a tak dále?

R1: Ano, vzpomíná se vlastně podle pranostik, podle ročních období, vzpomíná se na mláďa, na jejich dětství, vlastně na to, kolik měli dětí, kde pracovali, kde se třeba učili, nebo kde muži sloužili na vojně, protože oni mají vlastně spíš tu dlouhodobou paměť, takže na toto si dobře vzpomínají.

T: Takže u imobilních klientů, kteří jsou upoutaní na lůžko, vlastně taky probíhá individuální aktivizace, že?

R1: Ano, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu.

T: A jak dlouho tak ta aktivizace u nich trvá?

R1: Záleží jak kdo je přístupný, nebo jak dlouho to vydrží, u někoho je to třeba 5 minut a u někoho, když ho to baví, nebo vydrží, tak třeba i půl hodiny, nebo víc.

T: A máte ve vašem zařízení klienty s demencí?

R1: Ano, převážná většina klientů bývá s demencí.

T: A tyhle aktivizujete společně s ostatními, nebo zvlášť mají aktivizaci?

R1: Většinou každý zvlášť, protože ze zkušenosti vím, že klienti, kteří jsou na tom hůř, tak ti kteří jsou lepší, tak ti to nějak odmítají a pak mezi nimi vznikají takové špatné nálady a není to dobré, když jsou skupiny dementních a nedementních. Je lepší, když je každý individuálně podle toho, v jakém je stavu.

T: A dodržujete tady v zařízení nějaké tradice, zvyky a jaké jsou to?

R1: Ano, tady přímo na odlehčovací službě ne, jakože se třeba vyzdobí na Vánoce nebo Velikonoce, ale v rámci Domova, který je spojený vlastně tady s odlehčovací službou se konají různé akce. Teď třeba bylo stavění máje, na Velikonoce se dělají takové dílničky, pak se dělá třeba fašank, vánoční takové posezení, tady vlastně v rámci celého roku se pořád něco děje a připomínají se jim ty staré tradice.

T: A pořádáte třeba nějaké oslavy svátků, na které byli klienti dřív zvyklí, ale teď už se tak moc neslaví?

R1: Ano, slaví se třeba MDŽ, a teď třeba byl nový svátek, tak zrovna včera tady měli vystoupení pana Černohouze, ale to bylo v rámci, který je teď nový svátek, svátku matek.

T: A organizujete v zařízení výlety s klienty a vycházky po okolí?

R1: Tady na odlehčovací službě, tady je vlastně velká terasa, takže ti klienti můžou jít na terasu a třeba od června do září, když je venku pěkně, tak se dají na vozíčky, ti co jsou schopni jdou pomalu pěšky a jdeme se projít třeba tady po okolí. Jinak na Domově, což je vlastně taky součást tady této budovy, tak se pořádají výlety několikrát do roka.

T: Podle čeho vybíráte místa, které v rámci výletů a vycházek navštěvujete?

R1: Většinou je to na přání klientů, že se dopředu zeptáme, obejde se Domov a zeptáme se, vlastně kam by si přáli se podívat a podle toho se většinou zvolí místo.

T: A zajímáte se tak, jaké měli vaši klienti doma koníčky, jaké mají záliby ve volném čase, jaké bylo třeba jejich povolání?

R1: Ano, na to se vždycky ptáme, vlastně když oni nastupují, tak se píše takový plán péče a tam se jich ptáme, nebo jejich příbuzných se ptáme, kde třeba pracovali, co mají rádi, aby potom člověk věděl, jak k nim přistupovat, jak s nima komunikovat.

T: Takže spolupracujete s rodinnými příslušníky?

R1: Ano, tam je dobrá spolupráce, pokud ta rodina je vstřícná, má zájem.

T: Pracujete při aktivizaci s biografií klienta a sepisujete biografie klientů?

R1: My tady vzhledem k tomu, že je to odlehčovací služba, biografii neseepisujeme, my právě sepisujeme takový ten krátkodobý plán péče, protože ti klienti jsou tady maximálně 3 měsíce.

T: A jsou součástí aktivizace činnosti, které by u klientů vytvářeli pocit, že jsou pořád ještě užiteční a potřební?

R1: Ano, tady ti klienti třeba párou svetr a ví, že pak ta vlna se použije zase na něco, nebo prostě dělají něco, co je naplňuje, jakože ví, že to bude ještě...nebo loupou ořechy, nebo něco takového, že to bude dál prostě využité, že to má nějaký smysl.

T: A teď bych se chtěla zeptat, jestli tady probíhají ve vašem zařízení jednotlivé terapie a jakým způsobem. Takže arteterapie?

R: To je spíš jako ručně, ale to je vzhledem tady k zařízení, jakože každý individuálně podle svých možností.

T: Aromaterapie?

R1: To je, někdy se přinese olejíček a poznávají, jaká je to vůně.

T: Bazální terapie?

R1: To zatím na to nemáme kurzy, ale vlastně vím, že jsou to doteky a různé věci jako z dřívějšíka, takže se snažím různě třeba ty lidi hladit, aby jim to bylo příjemné.

T: Biblioterapie?

R1: To je vlastně s knihama, ale to vlastně třeba na pokračování čteme nějakou knížku.

T: A muzikoterapie?

R1: Ano, to sem dojíždí každý měsíc muzikoterapeutka, vlastně oni se schází a zpívají si u kytary.

T: A pohybová terapie?

R1: To spíš na postelích, protože ti klienti jsou jakože špatně mobilní, takže spíš jakože si procvičí ruky, nebo nohy, nebo tak něco.

T: Pak reminiscenční terapie?

R1: To se vlastně používá každý den, protože jsou to vlastně vzpomínky na dětství, na mládí, takže to se vlastně u těch klientů nejvíc asi využívá.

T: Pak tady mám ještě trénink paměti?

R1: Trénink paměti taky, to je výborná věc. Já jsem absolvovala dřív několik kurzů v Praze a jsem trenérka paměti, takže to je výborné, to ano, to hodně.

T: Pak ještě tu mám zahradní terapie?

R1: Oni by rádi, ale vlastně vzhledem ke zdravotnímu stavu, tady je terén, který je do kopce, do svahu, takže bohužel maximálně co mají ve váze květinu, nebo tak.

T: A poslední je zooterapie?

R1: To maximálně když sem přijde nějaká návštěva a má třeba pejska, nebo něco, tak jinak, že by sem třeba jako někdo chodil na kanisterapii, to ne, ale když sem přijde nějaká návštěva, tak se zkouší, jestli se třeba toho pejska nebojí, nebo kočičky. A jsou tady 2 kočky, takže si je mají možnost pohladit.

T: A poslední dvě otázky. Jaká pozitiva vidíte v práci s biografií klientů?

R1: Já si myslím, že je to důležité, protože člověk ví, z čeho má vycházet a ví, co od těch klientů očekávat, čeho se třeba vyvarovat, aby z toho nebyli potom nějakí méněcenní a já si myslím, že biografie je výborná věc.

T: Takže a negativa vidíte nějaké?

R1: Negativa maximálně to, že prostě někdo prožil něco, co je mu nepříjemné a má na to špatné vzpomínky a my se k tomu třeba vracíme a chceme to po něm, ale je to špatně, protože on si vlastně tím vybavuje to špatné. A je to negativní.

T: Dobře, takže děkuji vám za rozhovor.