

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Psychobiografický model péče prof. Böhma v sociální  
práci**

Adam Kyprý

**Bakalářská práce**

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou  
psychoterapii

vedoucí práce: PhDr. Eva Procházková, Ph.D.

**Praha 2019**

**Prague College of Psychosocial Studies**

**Psychobiographical model of care of prof. Böhm in social  
work**

Adam Kyprý

The Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Eva Procházková, Ph.D.

**Praha 2019**

**Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 20. 7. 2019

Podpis .....

**Poděkování:**

Rád bych poděkoval paní doktorce Procházkové za odborné vedení a cenné rady i zkušenosti, které mi po čas zpracování práce poskytla. Dále bych rád vyjádřil svůj dík domovu Palata a jeho zaměstnancům za poskytnutí podpory při zpracování výzkumu.

**Anotace:**

Ve své bakalářské práci se autor zabývá psychobiografickým modelem péče prof. Böhma a jeho uplatněním v sociální práci. V teoretické části se věnuje definici stáří v kontextu vývojové psychologie i sociální práce. Dále uvádí základní teoretické poznatky o Alzheimerově chorobě a specifiku práce se seniory, majícími její symptomy. Dále se podrobně zabývá psychobiografickým modelem a koncepcí biografické péče o seniory.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumu formou případové studie, jenž obsahuje kompletní biografii klientky a další důležitou dokumentaci včetně vyhodnocení.

**Klíčová slova:**

Psychobiografický model péče, Böhm, biografie, senior, regrese, stáří, Alzheimerova choroba.

**Abstract:**

In the thesis the author deals with the psychobiographical model of care of the professor Böhm and its application in social work. In the theoretical part it deals with the definition of the old age in context of developmental psychology and social work. Further it states basic theoretical facts about Alzheimer's disease and specifics of working with seniors having its symptoms. Furthermore, it in detail deals with the psychobiographical model and concept of biographical care for seniors.

Practical part is dedicated to qualitative research in the form of case studies which contains complete biography of the client and other important documentation including its evaluation.

**Key words:**

Psychobiographical model of care, Böhm, biography, senior, regression, old age, Alzheimer's disease.

# Obsah

Úvod .....	8
<b>Teoretická část .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Stáří v kontextu vývojové psychologie.....</b>	<b>9</b>
1.1 Stáří jako vývojové stádium.....	9
<b>2 Stáří v kontextu sociální práce .....</b>	<b>11</b>
2.1 Pojem stáří a senior.....	11
2.2 Základní sociální služby pro seniory .....	12
<b>3 Specifika sociální práce se seniory s Alzheimerovou chorobou .....</b>	<b>14</b>
3.1 Alzheimerova choroba .....	14
3.1.1 Specifikum práce se seniory s Alzheimerovou chorobou .....	15
3.1.2 Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou.....	16
<b>4 Psychobiografický model péče prof. Böhma .....</b>	<b>17</b>
4.1 Autor psychobiografického modelu E. Böhm .....	17
4.2 Základy modelu a jeho teorie.....	17
4.2.1 Coping .....	18
4.2.2 Princip normality .....	19
4.2.3 Sedm fází regrese.....	21
4.2.4 Biografie a psychobiografie.....	23
4.2.5 Terapie prostředím.....	24
<b>5 Koncepte biografické péče o seniory .....</b>	<b>26</b>
5.1 Autorka koncepte biografické péče o seniory E. Procházková .....	26
5.2 Primární sociální šetření v kontextu práce s biografii .....	26
5.3 Dokumentace .....	27
5.3.1 Biografie, biografická kniha a biografický list.....	27
5.3.2 Aktivity denního života .....	29
5.3.3 Rodokmen a datový list .....	29
5.3.4 Individuální plán péče .....	30
5.3.5 Systém rychlého skóre.....	31
5.4 Aktivizace při práci s biografii .....	32

5.5	Týmová spolupráce.....	32
<b>Praktická část.....</b>		<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Metodologie výzkumu .....</b>	<b>33</b>
6.1	Cíl výzkumu.....	33
6.2	Výzkumné otázky .....	34
6.3	Výzkumný vzorek.....	34
6.4	Výzkumné metody a techniky .....	34
6.5	Zpracování získaného materiálu .....	36
<b>7</b>	<b>Analytická část výzkumu .....</b>	<b>37</b>
7.1	Materiály.....	37
7.1.1	Biografie paní Marie (KBP) .....	37
7.1.2	Historický a regionální kontext .....	41
7.2	Aktivity denního života – ADŽ (KBP).....	44
7.3	Individuální plán péče (PALATA) .....	50
7.4	Rodokmen (KBP).....	54
7.5	Datový list (KBP) .....	54
7.6	Diferenciální diagnostika (PBM) a systém rychlého skóre (KBP).....	55
7.7	Systém rychlého skóre (KBP).....	55
7.8	Vyhodnocení biografie a ostatní dokumentace.....	56
<b>8</b>	<b>Závěr výzkumu .....</b>	<b>58</b>
8.1	Diskuse.....	60
<b>Závěr .....</b>		<b>62</b>
<b>Seznam literatury.....</b>		<b>63</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>		<b>65</b>
<b>Seznam příloh.....</b>		<b>65</b>
<b>Přílohy .....</b>		<b>67</b>

## Úvod

V bakalářské práci jsem se rozhodl věnovat psychobiografickému modelu péče prof. Böhma a jeho uplatnění v sociální práci v českém prostředí. Tato metoda pochází z Rakouska, kde je práce s biografií v zařízeních pro seniory legislativně ukotvena, zatímco v České republice je zatím jen doporučována. Mimo definované výzkumné cíle je proto záměrem sepsání této práce také šíření potenciálu a vize psychobiografické metody. Implementace této metody do českého prostředí je vzhledem ke kvalitě dosud poskytované péče náročný úkol a stává se dlouhodobým cílem. Do bakalářské práce jsem proto zahrnul také koncepci biografické péče o seniory, vyvinutou doktorkou Evou Procházkovou. Kromě těchto dvou teoreticko-praktických modelů, kterým se věnuji podrobně, se v práci zabývám pojmem stáří v kontextu vývojové psychologie i sociální práce, předkládám základní poznatky o Alzheimerově chorobě a práci se seniory.

V praktické části se zabývám výzkumem ohledně míry uplatnění psychobiografického modelu v praxi skrze vypracování kompletní biografie a ostatní dokumentace formou případové studie. Hlavním cílem práce je dokázat velký přínos psychobiografického modelu péče i koncepce biografické péče v sociální práci.



## **Teoretická část**

### **1 Stáří v kontextu vývojové psychologie**

Cílem této kapitoly je přiblížit cílovou skupinu skrze vývojovou psychologii. Vzhledem k rozsahu práce není možné zabývat se podrobně vývojovými stádii, která stáří předcházejí, ačkoliv člověka zásadně ovlivňují. Popis vývojového stádia stáří bude zaměřen na tělesné, emoční i kognitivní změny člověka.

#### **1.1 Stáří jako vývojové stádium**

Vágnerová označuje stáří jako poslední etapu lidského vývoje začínající asi v 60 letech a zároveň zmiňuje, že se jedná o tzv. postvývojovou fázi, jelikož by měly být všechny latentní schopnosti rozvoje již realizovány (Vágnerová, 2007). Jako každé vývojové stádium má i stáří svůj vývojový úkol. Podle Eriksona se jedná o dosažení integrity, což se projevuje přijetím svého dosavadního života jako celku s určitým smyslem (Erikson & Šimek, 2015).

Na první pohled se tento úkol může jevit jednoduše, což přestává platit, pokud si uvědomíme, že se v podstatě jedná o přijetí nejen úspěchů a pozitivních stránek, ale i vlastních selhání, nenaplněných snů a promarněných příležitostí. Erikson předkládá dva možné póly tohoto procesu. Podle něj se jedná o zoufalství proti integritě (Erikson & Šimek, 2015), jež nastává tehdy, když se starý člověk z nějakého důvodu nedokáže přenést přes pocit marnosti, viny nebo například nechce akceptovat blížící se konečnost. Podle Vágnerové naopak s přijetím svého života jako ukončeného díla i s jeho nedostatky, přichází ctnost, kterou Erikson nazývá moudrostí (Vágnerová, 2007). Jung zase vnímá stáří jako vrchol života, výsledek procesu individualizace. Podle něj by měl člověk omezit aktivity a zájmy, které nejsou v souladu s jeho bytostným já. Zároveň poukazuje na důležitost přijetí vlastního stínu jako odvrácené a neuvědomované složky osobnosti (Jung & Jacobi, 1995).

V podstatě se jak Jung, tak Erikson shodují v tom, že pro naplněné a smysluplné stáří je klíčové přijmout svůj dosavadní život, jeho pozitivní i negativní stránky.

Tělesné změny ve stáří jsou nápadné. Podle Langmeiera a Krejčířové se jedná například o sníženou imunitu, zpomalení hojení ran i zranění a zvýšené riziko onkologických onemocnění (Langmeier & Krejčířová, 2006). Samotné projevy i zdravotní stav je samozřejmě velmi individuální a podílí se na něm spousta proměnných. Vágnerová ve své publikaci definovala dvě základní kategorie vlivů, působící na zdravotní stav člověka ve stáří.

První kategorií jsou genetické dispozice, které jsou zakódovány v DNA. V této souvislosti hovoří o tzv. genetických hodinách, což znamená, že se v určitém věku aktivují geny, které proces stárnutí ovlivňují. Druhou kategorií jsou podle Vágnerové exogenní vlivy, které vycházejí ze způsobu prožití předchozích fází vývoje, např. životní styl, výživa či nadměrná zátěž některých orgánů (Vágnerová, 2007).

Co se týče emocionálních změn, je generalizace problematická. Ačkoliv se podle Langmeiera a Krejčířové stává citové prožívání méně bezprostředním a jeho intenzita většinou klesá, emocionalita cílové skupiny seniorů s Alzheimerovou chorobou je specifická a budu se jí věnovat v následujících kapitolách (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Kognitivní změny se projevují ve zhoršeném smyslovém vnímání a paměti. Podle Langmeiera a Krejčířové se asi u 90 % lidí po 60. roce věku výrazně zhorší zraková percepce a přibližně u 30 % podléhá zhoršení sluchu. Zhoršení paměti se týká většinou krátkodobé paměti, vzpomínky z dětství jsou často v paměti dobře uchovány a přístupny (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Změny na fyzické i psychické úrovni jsou ve stáří velmi znatelné. Kromě přijetí svého života a všech jeho stránek se musí stárnoucí člověk vyrovnat také s faktem, že jeho tělo ani kognice není tak výkonná, jako tomu bylo za mlada. S tím přichází také důležitý aspekt přijetí své vlastní konečnosti. Pokud je starý člověk zdravý (v rámci možností vývojového stádia), má funkční a pevné rodinné vazby a je materiálně zajištěný, prožívání tohoto stádia může být pozitivnější. Seniorům, kteří ze zdravotních důvodů nemohou nebo nechtějí zůstat ve svém vlastním zázemí či potřebují nějakou formu pomoci, jsou poskytovány různorodé sociální služby.

## 2 Stáří v kontextu sociální práce

Cílem této kapitoly je přiblížit seniora pohledem sociální práce, nastínit, jak se na starého člověka tento obor dívá, jaké potřeby definuje a co vidí jako rizika. Závěr této kapitoly bude věnovaný základním sociálním službám, které jsou seniorům k dispozici.

### 2.1 Pojem stáří a senior

Hranice stáří je i v sociální práci přibližně 60 let věku člověka. Matoušek v úvodu upozorňuje na stereotypní pohled na seniory, tkvící v přesvědčení, že senior automaticky ztrácí funkční schopnosti a soběstačnost, a tudíž každý potřebuje péči. Senioři jsou podle něj často vnímáni spíše jako přítěž pro společnost, jelikož odčerpávají velkou část zdrojů na pokrytí péče o ně (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010). Důležité je si tedy uvědomit chybnost tvrzení, že každý senior je automaticky nesoběstačný nebo nějak neschopný se o sebe sám postarat, a potřebuje tedy péči.

Janečková říká, že ačkoliv jsou senioři často odkázáni na pomoc okolí, potřebují své potřeby uspokojovat stejně jako kdokoliv jiný (Holmerová, Janečková, Vaňková, & Veleta, 2010). Kaufmanová pak ve svém výzkumu uvádí, že mezi základní potřeby seniorů patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, psychická a fyzická pohoda (Kaufmanová, 2004). Dvořáčková pak poukazuje na důležitost uspokojování potřeb osob v seniorském věku. Specifikum této skupiny uvádí fakt, že některé potřeby nejsou schopni naplnit svými vlastními silami (Dvořáčková, 2009). Z toho plynou další nároky na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, a sice umět rozpoznat i z nepatrných náznaků skutečné potřeby seniora a zároveň sledovat míru poskytované pomoci vzhledem k soběstačnosti starého člověka.

Matoušek uvádí několik kritických bodů, které jsou z pohledu sociální práce se seniory podstatné. Mezi ty základní řadí: vztah mezi sociální a zdravotní péčí – nutnost, aby sociální pracovník pracoval v týmu se zdravotnickým pracovníkem, jelikož nelze oddělit sociální a zdravotní péči, fakt, že sociální pracovník často pracuje také s rodinou seniora, a kvalitní provádění práce, přestože si senior často neumí, nemůže nebo nechce říct o pomoc nebo sdělit zpětnou vazbu (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010).

## 2.2 Základní sociální služby pro seniory

Podle Matouška je důležité směřovat sociální práci jen na ohrožené osoby, a to v důsledku sociálních či zdravotních faktorů. Mezi takové seniory patří například lidé velmi staří, osaměle žijící, trpící demencí či duševní chorobou, izolovaní nebo bydlící v nevyhovujících podmínkách (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010).

V tomto pohledu se Matoušek shoduje s Hrozenskou a Dvořáčkovou, které ve své publikaci říkají, že služby sociální péče jsou určeny pro seniory, kteří jsou společensky znevýhodněni. Zároveň uvádějí základní tři skupiny sociálních služeb: Pobytové, ambulantní a terénní (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Tato práce je zaměřena na sociální práci se seniory v pobytových zařízeních, tudíž se nejvíce bude věnovat této kategorii.

Ambulantními službami se podle Hrozenské a Dvořáčkové rozumí služby, do kterých je senior doprovázen nebo kam dochází sám, jejich součástí není ubytování, např. centra denních služeb, denní či týdenní stacionáře. Terénní služby se seniorovi poskytují v jeho přirozeném prostředí, např. pečovatelské služby (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Pobytová služba pro seniory je poskytována především formou domovů pro seniory nebo domovů se zvláštním režimem. Domovy pro seniory podle Matouška nabízejí trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost, vlastní osobu přes aktivizační programy až po náročnou zdravotní péči (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010).

Zákon o sociálních službách říká, že tato služba je určena pro osoby se sníženou soběstačností, vyplývající především z vyššího věku a vyžadující pravidelnou pomoc jiné osoby. Podle tohoto zákona služba obsahuje tyto základní činnosti:

„Poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 49 ods.1 a 2).

Domovy se zvláštním režimem zákon definuje jako zařízení, ve kterých:

„Se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se

stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, 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., § 50, odst. 1) a uvádí zároveň základní činnosti, které se v tomto zařízení poskytují. Jsou to:

„Poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 50, odst. 2).

### **3 Specifika sociální práce se seniory s Alzheimerovou chorobou**

Vzhledem k tomu, že psychobiografický model péče prof. Böhma se soustřeďuje především na péči o seniory s Alzheimerovou chorobou, je cílem této kapitoly uvést některá specifika sociální práce s touto cílovou skupinou. Obsahuje úvod k problematice Alzheimerovy choroby, specifika práce se seniory s touto chorobou a způsoby jejich aktivizace v pobytových zařízeních.

#### **3.1 Alzheimerova choroba**

Při Alzheimerově chorobě dochází podle Juklové a Skorunkové k úbytku neuronů a jejich synaptických spojení, a to v mozkové kůře a subkortikálních oblastech (Juklová & Skorunková, 2009).

Demence je dle Buijssena neurodegenerativního původu, nicméně patogeneze této demence není dosud zcela objasněna (Buijssen, 2006).

Typickým znakem tohoto onemocnění je, jak uvádí Regnault, její plíživý počátek. Především se projevuje poruchami krátkodobé paměti, řeči nebo chování a ztrátou orientace (Regnault, 2011).

Podle závažnosti onemocnění se rozlišují tři fáze této choroby – lehké, střední a těžké. Zvěřová je definuje následovně. Lehké stádium se projevuje zhoršením kognitivních schopností, které si uvědomují samotní pacienti a jež jsou zároveň měřitelné psychologickými testy. Aktivity denního života i složitější aktivity vyžadující pozornost jsou narušeny. Často se objevují také depresivní symptomy, které bývají umocněné tím, že si nemocný svou chorobu uvědomuje. U středního stupně choroby Zvěřová poukazuje na prohloubení snížení kognitivních funkcí i poruch při výkonu aktivit denního života, zejména se toto projevuje při obsluhování domácích přístrojů (pračka, trouba, myčka...) a hospodaření s finančními prostředky. Náhled na chorobnost je v této fázi velmi nepatrný a často se u pacientů objevují také psychické a behaviorální poruchy. Jako typické příznaky těžké demence uvádí Zvěřová masivní zhoršení kognitivních funkcí, dotyčný již nepoznává ani nejbližší osoby, je značně dezorientovaný v prostoru i času. Aktivity denního života jsou značně narušeny a tyto osoby jsou odkázány na péči okolí. Pečující osoby označují za nejnáročnější projevy behaviorálních poruch, poruch chování (Zvěřová, 2017).

### 3.1.1 Specifikum práce se seniory s Alzheimerovou chorobou

Senior s lehkou formou Alzheimerovy choroby je ještě více méně samostatný nebo se o něj dokáže bez větších potíží postarat jeho příbuzní. Pro takové případy jsou podle Matouška k dispozici různé služby sociálního poradenství či centra denních aktivit. V takových zařízeních poradí rodinným příslušníkům, jak se co nejlépe o takového člena rodiny postarat, a seznámí ho se sociálními službami, které budou vhodné při zhoršení stavu seniora (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010). Matoušek zároveň říká, že nabídka služeb zajišťujících institucionální péči pro osoby v pokročilém stádiu demence je v České republice stále nedostačující. Důvodem jsou především zvýšené požadavky na architektoniku zařízení a kvalifikaci pracovníků a ostatního personálu (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010).

Velký důraz by měl být kladen podle Zgoly na samotné zařízení, ve kterém senior žije. Důležité je, aby prostředí působilo bezpečně a jako doma (starší vybavení i architektonické rozvržení místností). Mělo by také být zajištěno proti odchodu seniora v dezorientovaném stavu. Velkou výhodou je, pokud jsou aktivizační činnosti zaměřeny na aktivity, na které byli senioři zvyklí celý život, např. háčkování, vyšívaní, vaření, hudba či tanec), v podstatě vše, co podporuje kognitivní a fyzické schopnosti (Zgola, 2003).

Výše vyjmenované aktivity se týkají současné seniorské generace. V případě pozdějších generací bude pro starého člověka normální aktivitou například práce na počítači nebo například focení. Podrobněji se tomuto tématu budu věnovat v kapitole Princip normality.

Raboch upozorňuje na zhoršení psychického stavu v podobě psychotických příznaků, například vizuální halucinace, bludy, paranoia a iluze (Raboch & Pavlovský, 2012). V souvislosti s tímto poznatkem je jasný požadavek na práci v multidisciplinárním týmu nebo alespoň spolupráce se zdravotnickými pracovníky. Pro sociálního pracovníka je důležitá také rozšířená kvalifikace, jelikož tato cílová skupina se v mnoha ohledech liší od běžné populace seniorů.

Zvěřová uvádí, že i v dnešní době se Alzheimerova choroba řadí k nevléčitelným nemocem. Cílem léčby je tedy co nejdéle udržet stav pacienta v lehké fázi onemocnění. V současnosti léčba kombinuje farmakologické přístupy s nefarmakologickými s těžištěm ve farmakologii. Zvěřová uvádí dvě skupiny léčiv – kognitiva a slabí antagonisté NMDA. Tato léčiva mají výzkumy prokázaný účinek. Často je nutné komedikovat s antipsychotiky (Zvěřová, 2017).

Podle Holmerové jsou nefarmakologické přístupy otázkou posledních let a klíčový je psychologický přístup k pacientům s velkou trpělivostí a empatií (Holmerová, Jarolímová,

& Suchá, 2007). Koukolík dodává, že cílem těchto intervencí je udržet kognitivní a somatickou stimulaci člověka co nejdéle soběstačného v co největší možné míře (Koukolík & Jiráček, 1998).

Psychobiografický model, ač je často kombinován s farmakologickými přístupy, se řadí mezi nefarmakologické přístupy a v dalších kapitolách bude podrobně popsán.

### **3.1.2 Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou**

Podle Wehnerové a Schwinghammerové se jedná o pojem odvozený od slova „aktivovat“ neboli uvést něco do pohybu nebo přimět ke zvýšené činnosti (Wehner & Schwinghammer, 2013). Aktivizace se tak řadí do nefarmakologické léčby Alzheimerovy choroby, k čemuž se přiklání také Zvěřová a zároveň uvádí některá specifika, se kterými je potřeba počítat. Protože výsledky bývají často přechodné vzhledem k postupující nemoci, je od pečující osoby vyžadován správný psychologický přístup s velkou trpělivostí. Zároveň je potřeba reflektovat užívané postupy a s postupující nemocí volit stále jednodušší přístupy. Jako cíl pak Zvěřová uvádí co nejdélší samostatnost klienta v co nejširším okruhu aktivit skrze aktivizaci, stimulaci a konfrontaci s realitou (Zvěřová, 2017).

Holmerová, Janečková, Vaňková a Veleta předkládají několik přístupů, které se při práci s klienty využívají. Počátek je již v časné diagnóze a podpora nastává v úvodní fázi nemoci včetně informování pacienta a navázání prvotního kontaktu. Dále autoři uvádějí celou řadu aktivit, vedoucích ke zlepšení nebo alespoň zachování kognitivních funkcí – reminiscenční terapie, orientace v realitě, adaptace na prostředí atd. Mezi další kategorie péče, které definují, patří zvýšení či zachování soběstačnosti v aktivitách denního života, zmírnění nebo odstranění problémového chování v oblasti psychologických příznaků nemoci, zlepšení komunikačních dovedností a v neposlední řadě také péče o pacienty v terminální fázi demence (Holmerová, Janečková, Vaňková & Valenta, 2005). K nefarmakologickým přístupům se řadí také právě psychobiografický model péče prof. Böhma.



## 4 Psychobiografický model péče prof. Böhma

Cílem této kapitoly je krátce představit autora tohoto modelu, uvést a objasnit základní pojmy, jež se v něm vyskytují.

### 4.1 Autor psychobiografického modelu E. Böhm

Profesor Erwin Böhm se narodil roku 1940 ve Vídni. Roku 1963 absolvoval své studium na zdravotnické škole jako zdravotník. Základy svého modelu začal rozvíjet při práci „hlavní sestry“ na psychiatrické klinice ve Vídni, a to skrze svůj projekt „Přechodná péče“ (Dostupné z webových stránek Erwin Böhm Institut: <http://www.ebinbio.cz>). Sám Böhm uvádí, že zásadním dílem do tohoto modelu přispěl empirický výzkum gerontopsychiatrické a geriatrické péče, jemuž se věnoval od roku 1968. Díky tomuto výzkumu mohl doložit zákonitosti formování psychogenních problémů projevujících se ve vysokém věku a jejich původ v dětství (Böhm, 2015).

### 4.2 Základy modelu a jeho teorie

Böhm se v první řadě vyjadřuje k původu svého modelu. Uvádí, že jako začínající zdravotník zažil jakési tři generace ošetřovatelství. V první fázi byli ošetřovatelé jako on vnímáni především jako hlídači. Jejich úkolem bylo v první řadě dohlížet, aby žádný pacient neutekl, nespáchal sebevraždu nebo například nespokl lžici. Druhá generace ošetřovatelství byla zaměřena převážně na užívání psychofarmak, kolem kterých se odvíjela většina péče. Nakonec přišel věk sociální psychiatrie, o které se Böhm zmiňuje v souvislosti s převládajícím zmatkem pečovatелů, co je vlastně nyní jejich úkol. V podstatě se dá hovořit o této nastalé situaci jako o pomyslném podhoubí pro psychobiografický model péče (Böhm, 2015).

Böhmovým záměrem tedy byl model nejen teoretický či abstraktní, ale především praktický, jako schůdná cesta využitelná v praxi. Velmi důležitý je pro Böhma celostní přístup. Ve svých publikacích hovoří o tom, že ačkoliv se o něm velmi často mluvilo, jeho využití v praxi nepozoroval (Böhm, 2015). Celostní přístup pro Böhma znamená: „naučit se chápat svou duši a duši druhého člověka. Přičemž ale rozbor vlastní a cizí duše vyžaduje... probádání vlastní biografie“ (Böhm, 2015, s. 21).

Základy svého modelu vysvětluje Böhm na tzv. „biografickém stromu života“. Tak jako každý strom má i člověk symbolicky kořeny, kmen a korunu (větve). Celý proces růstu

a vývoje pak Böhmm metaforicky přirovnává k vývoji člověka. Zasetí semínka stromu odpovídá početí člověka. To, kam se semínko zasadí, velmi ovlivňuje strom; stejně ovlivňuje člověka prostředí, do kterého se narodí. Tímto prostředím podle Böhmma nemusí být jen geografické místo, ale především rodina se svými vztahy, dynamikou, hodnotami a poměry. Dále sem lze zařadit kořeny kulturní, tzn. do jaké kultury se člověk rodí – jaké má tradice, hodnoty, zvyky a rituály. Do této oblasti lze zařadit také primární výchovu.

Jak se člověk postupně vyvíjí a roste, začínají na něj působit vlivy ze širšího než rodinného prostředí. Utváří se charakter, který symbolicky odpovídá kmenu stromu. Podle Böhmma jsou tyto charakterové rysy velmi ovlivněny právě kořeny. Jedná se o základní rysy jednání, chování, smýšlení, postoje atd. Z obsáhlého seznamu motivů je to například ctižádost, egoismus, chorobné uklízení, naděje, pomlouvačnost, tolerance, stud a mnoho dalších. Z tohoto pomyslného kmene může pocházet řada neurotických problémů, patologických jevů či agresivního chování.

Větve Böhmm chápe jako odraz našeho chování a jednání, které ve své terminologii nazývá coping. Coping definuje Böhmm jako vzorce, mechanismy a reakce na životní okolnosti a události. Pokud se tedy například dítěti povede dosáhnout svého pomocí pláče, vyhodnotí tento mechanismus jako účinný a následným stejně účinným opakováním se z něj stane coping, který bude vědomě, či nevědomě používat i v dospělosti. Jako příklad copingů uvádí Böhmm například cynismus, humor, křečkování, ponižování se, obviňování druhých, laskavost atd.

Díky vývoji se někdy podaří tyto strategie opustit nebo snížit jejich emocionální intenzitu. Böhmm ale poukazuje na to, že při regresi, kterou člověk se změněným způsobem chování (pojem demence Böhmm nepoužívá) prochází, se mohou copingy vracet i s původní emocionální intenzitou. Böhmm zároveň udává příklad muže, který bydlel v malém domě, kde jediným zdrojem tepla mu byla ohřívací láhev. Přestože se v průběhu života odstěhoval a teplo mu poskytovalo centrální topení, při regresi se navrátí zpátky do dětství a může prožívat velmi silně nepříjemné pocity, když nebude mít ohřívací láhev u sebe jako zdroj tepla (Böhmm, 2015).

#### **4.2.1 Coping**

Ve svých publikacích Böhmm uvádí, že jako pečovatelé bychom se měli zaměřit na okruh tzv. copingů, jež vznikly před nástupem do zařízení. O to více se to týká práce s člověkem s Alzheimerovou chorobou, jelikož takový člověk se prokazatelně obrací ke své minulosti.

Automaticky hledá své „přátele“ z dřívějšíka. Böhm zároveň upozorňuje, že „přáteli“ nemusí být jen osoby, ale také například chleba se sádlem, nářečí nebo staré vtipy (Böhm, 2015). V podstatě tímto naráží na princip normality, kterému se podrobně věnuje doktorka Eva Procházková – viz další kapitola. Böhm nabádá pečovatele, aby se nejdříve vcítili do způsobu života, kdy byl klient ještě mladý. Často se podle něj po nástupu seniora do zařízení stává, že si starý člověk chodí pro pocit bezpečí právě do dřívějších let svého života. Copingy z dětství se tak mohou vynořit při jakékoliv činnosti, pokud je alespoň principiálně podobná již prožité zkušenosti. Jako jednu z výzev Böhm vidí v rozpoznání copingu pečovatelem. Klient si totiž ani není vědom, že jedná na základě svého copingu; často o něm ani neví. Úkolem pečovatele je tedy rozpoznat vliv copingů v chování klienta a uzpůsobit tomu svou péči. U této až detektivní práce Böhm doporučuje odhadnout a sledovat, co je vlastně záměr klienta. Pokud se to povede, může pečovatel pomoci i těmi nejbanálnějšími mechanismy (Böhm, 2015).

U copingu můžeme pozorovat tzv. fenomén obratu, což je v podstatě pomyslný bod, který vede k regresi. Regresi definuje Böhm jako „návrát k vývojově dřívějším způsobům chování“ (Böhm, 2015, s. 127). To znamená, že pokud máme představu vývoje jako postupného procesu, je obrat zpět, tudíž návrat k již prošlým obdobím, regresi. Reakce klientů proto vycházejí z jiné části psychiky než jednání pečovatele. Böhm v podstatě říká, že jako každý zdravý člověk i pečovatel se snaží co nejčastěji jednat na základě své rozumové složky. Pokud se naproti tomu klient dostane do zátěžové situace (zátěžovou situací je např. to, že se začne cítit zmatený v okolí, které neodpovídá jeho principu normality, nebo zažije něco, co mu jen zlomkem připomene situaci z jeho života), nereaguje na ni rozumovou složkou, ale svým mladším „já“, tudíž regresivně. Tato regrese může zasahovat od dvacetiletého mladého člověka přes školáka až po kojence, který k dosažení svého kope kolem sebe a brečí (Böhm, 2015).

#### **4.2.2 Princip normality**

Při vysvětlování principu normality se Böhm v první řadě zaměřuje na to, aby pečovatel pochopil, že je rozdíl mezi vzpomínáním a regresivním chováním. Vzpomínání je podle něj naprosto přirozené. I pečovatelé, které vnímá jako zdravé lidi, si často zavzpomínají a přitom jim smysly, obrazy i myšlenky „odběhnou“ do dob minulých. Přehrávání a vybavování si vzpomínek chápe naopak jako přirozenou a zdravou fixaci v době krize či zmatku. Zároveň mu přisuzuje pozitivní vliv na kognitivní funkce. Oproti tomu regresi chápe jako opětovně použité způsoby chování z dětství (viz. kapitola Coping). Důležité je nevysvětlovat tyto

formy chování pacientům, ale přistoupit na ně. V podstatě k vyvolání důvěrně známých a pro klienta bezpečných starých pocitů směřuje činnost reaktivizace. Podle Böhma je velmi důležité si uvědomit, že domov pro seniory nemůže nikdy imitovat domácí prostředí seniora. I v případě aktivit, jako jsou například zavařování ovoce, pečení cukroví nebo zpívání se může jednat o kreativní nápad, ovšem vyvolá jinou reakci u klientů z měšťanských nebo dělnických rodin (Böhm, 2015). Klient, který celý život vyrůstal v měšťanské umělecké rodině, bude v těchto činnostech spatřovat jistou stabilitu, bezpečí a návrat k pevným bodům svého života. Naproti tomu na seniora z dělnické rodiny, kde se vůbec nezpívalo, cukroví doma z jakéhokoliv důvodu nepekli a zavařované ovoce nejedli, budou mít tyto aktivity zcela opačný efekt. Takto by se dal v krátkosti předvést princip normality.

Böhm se věnuje dvěma základním rovinám principu normality, a to osobní a kulturní. Do osobního principu normality lze zařadit domov a rodinu, do kulturního principu normality události, zvyky a rituály širšího okolí. Böhm se velmi podrobně věnuje různým typům rodiny. Ve své publikaci rozlišuje tři základní skupiny: měšťanský s křesťansko-sociálním základem, domov dělnické rodiny a její formy společného bydlení, domov rolnické rodiny. Senioři pocházející z první skupiny bývají podle Böhmovy pozorování častěji neklidní, toulaví – často se stěhovali, proto se můžou všude cítit doma (i v domově pro seniory). Typická je přísnost rodičů – znají nesouhlasný pohled matky nebo přísnost otce.

Pokud klienti pocházeli z dělnických kořenů, všiml si Böhm jejich kočovné povahy. Je obvyklé, že tito lidé nezůstávali dlouho na místě a nemají takový vztah k půdě a rodnému kraji jako rolnické rodiny. Často proto nemají vztah ani k osobnímu vlastnictví. Matky i otcové chodili pracovat, tudíž si nemohli s dětmi tak hrát a samotné děti nastupovaly do práce také velmi brzy. Z toho důvodu je patrný i odpor mládeže k jakékoliv namáhavé práci. Typický je také nedostatek náboženské výchovy, disciplíny a otcovské autority. Z dělnického prostředí přetrvaly i některé výroky, např. „odporný jak činže“.

U osob pocházejících z rolnických rodin si Böhm všiml velkého vlivu rodiny na společnou práci v jednom domě. Typické bylo určité motto domu. Rolníci žili velmi jednoduše, v souladu s přírodou. V těchto domácnostech byl typický srdečný vztah k jídlu – do chleba se musely udělat tři křížky na ochranu, nesměl ležet horní kůrkou na stole atd. Rolníci jsou také známi svou láskou k rodnému kraji (Böhm, 2015).

Z tohoto rozdělení plynou určitá specifika práce s každou skupinou. Proto je podle Böhma velmi důležité znát rodinné kořeny seniora, o něhož pečujeme. Jeho osobním i rodinným

zvykům a rituálům lze uzpůsobit reaktivizační činnosti a navázat s ním tak intenzivnější a respektující vztah (Böhm, 2015).

Rodina je pro formování osobnosti bezesporu velmi důležitá. Dalším podstatným činitelem se podle Böhma však stává také prostředí, ve kterém vyrůstá nejen senior, ale celá jeho rodina. Je důležité vědět, zda bydlela v krajině vína, kde stálo malé vinařství, v němž se každou sobotu scházeli všichni sousedé a hráli na hudební nástroje, nebo zda vyrůstal v zapadlé městské uličce, kde po setmění nemohl vycházet na ulici a doma s rodiči hráli karty při svíčkách (Böhm, 2015). Princip normality se přitom netýká jen rodinných zvyků, ale také osobních rituálů, např. čištění zubů před snídaní/po snídani, koupání jednou za týden, obléknutí se do formálního oděvu při návštěvě lékaře a vůbec styl oblečení jako takový atd. Princip normality se může týkat a také se týká i stravovacích návyků.

Paní doktorka Procházková na svých seminářích uvádí jednoduchý a výstižný příklad, že pokud je člověk celý život zvyklý jíst chleba se sádlem a škvarky, proč bychom mu měli v domově pro seniory podávat uzeného lososa. Podle Böhma je dále nutné přihlídnout ke kulturním zvykům (Böhm, 2015). Například na Moravě měli určitě jiné zvyklosti než v Praze na Malé Straně. I na životní situace, jež považujeme za běžné, jako jsou těhotenství, manželství, narození dětí, rozvod, úmrtí, se lidé z různých koutů země a společenství dívali jinak. Tyto skutečnosti by v ideálním případě měly ovlivnit aktivity, které se uplatní při práci s klientem. Paní doktorka Procházková na svých seminářích často poukazuje na fakt, že tyto poznatky už nebudou platit pro generaci seniorů narozenou v 60. či 70. letech. Tato generace bude mít jistě jiná specifika, zvyklosti a budou ji ovlivňovat jiné společenské události a normy. Je proto důležité vycházet z kořenů klienta, a to nejen rodinných, ale i kulturních. Je velmi podstatné poznat princip normality konkrétního seniora, protože vše ostatní, co do něj nezapadá, se bude seniorovi jevit jako nenormální, ačkoliv je to pro současnou generaci pečovatелů běžné.

#### **4.2.3 Sedm fází regrese**

Sedm fází regrese představuje podle Procházkové sedm vývojových stadií (jak je popsal Erikson), jež se vyvíjejí v opačném směru (Procházková, 2010). V podstatě to tedy znamená obrácený průběh vývoje, a to od stáří přes pubertu, dětství až do prenatalu.

Böhm tyto fáze definuje následovně:

První fáze regrese (dospělost, stáří) – Jedná se o běžné stáří, jak ho známe z vývojové psychologie. Senior je aktivní i stabilní v oblasti komunikace i kognice. Přizpůsobivost společenským konvencím je na vysoké úrovni. Poznatky z biografie se užívají k porozumění seniorovi.

Druhá fáze regrese (18–25 let) – Podle Böhma jde o fázi důvtipu. Výkon seniora pozvolna klesá, kvůli tomu se mu musí přizpůsobit také způsob komunikace. V této fázi se jako vhodná intervence doporučuje tzv. terapie humorem.

Třetí fáze regrese (12–18 let) – Böhm ji označuje za fázi, která se týká základních emočních potřeb. Změny v kognitivních i behaviorálních funkcích jsou již znatelné, např. v zanedbávání základních životních úkonů. Uspokojování základních potřeb klienta je v tomto stádiu velmi důležité jako prevence proti akutní zmatenosti.

Čtvrtá fáze regrese (6–12 let) – Böhm poukazuje na to, že se již uplatňují vzorce chování, naučené rituály a zvyky, které se z podvědomí dostávají na povrch v podobě tzv. copingů.

Pátá fáze regrese (3–6 let) – Senior jedná především na úrovni pudů a instinktů, fantazií a denních snů. Na podněty z okolí reaguje stejně jako v období 3–6 let.

Šestá fáze regrese (1–3 roky) – Podle Böhma odpovídá úrovni batolete – na podněty reaguje především emočně, rád si hraje. Důležitou roli hraje intuice, magický mód myšlení, mýty atd.

Sedmá fáze regrese (narození – 1 rok) – Senior v této fázi jen leží v prenatální poloze a reagování na okolí je mizivé. Böhm ale upozorňuje na velmi vysokou potřebu stimulace, především kvůli duševní vůli k pohybu. V této fázi je klíčová bazální stimulace, kterou je také důležité vnímat v kontextu životního příběhu klienta (Böhm, 2009; Böhm, 2015).

Aby bylo možné určit stádium regrese, vypracoval Böhm tzv. diferenciální diagnostický systém. Pomocí něj můžeme zjistit, v jakém stádiu regrese se nachází klient ve stabilní fázi a v nestabilní fázi ve svém chování. Böhm uvádí oblasti, které jsou diferenciální diagnostikou hodnoceny: emoce, psychomotorika, schopnost kontaktu, volní chování, orientace, paměť, formální myšlení a komunikace. Po tomto vyhodnocení následuje určení stupně regrese (1–7), získání informací o klientovi z příslušného období v biografii a volba adekvátní formy péče. Fáze regrese popisuje Böhm následovně. V 1.–2. stupni regrese je klient stabilní a neproказuje výrazné změny v hodnocených oblastech. Díky zachovalým kognitivním oblastem je schopen aktivně spolupracovat, proto se volí aktivizační forma péče – podpora

jeho soběstačnosti, udržení schopností a aktivity. U 3.–5. stupně regrese jsou u klienta patrné patologické projevy v oblasti formálního myšlení, emočně však zůstává dostupný. Podstatnou rovinou komunikace mezi klientem a pečovatelem se stává neverbální komunikace. U této skupiny se volí reaktivizační forma péče, jejímž cílem je navrátit klienta alespoň o jeden stupeň regrese výše. K naplnění cíle se využívá speciální forma dokumentace. Při poskytování péče se v maximální možné míře využívají jeho naučené rituály a zvyky.

Od využití poznatků z psychobiografie při aktivizaci se tato péče liší v následné implementaci poznatků do péče, formou adaptace pečovatelů a instituce na normalitu klienta. U 6.–7. stupně se volí stimulující forma péče, jelikož se patologické změny projevují ve většině, či všech pozorovaných oblastech, jak v kognitivní, tak emoční složce osobnosti. Často bývá zvolena péče formou bazální stimulace (Böhm, 2015). Friedlová v této fázi vyzdvihuje také působení vůní či hudby (Friedlová, 2009).

#### **4.2.4 Biografie a psychobiografie**

Biografie mapuje život klienta, a to od narození po současnost (včetně života v zařízení) a zasazuje ho do historického, regionálního i rodinného kontextu.

Böhm mimo individuální biografie uvádí také pojmy singulární biografie – životní příběhy klienta s emocionálním podtextem (story biografie), historická biografie – společensko-kulturní charakter období, jenž má svůj vliv na biografii klienta, regionální biografie – specifika určitého regionu (Böhm, 2004).

Böhm upozorňuje, že biografie by neměla obsahovat jen životopis se suchými fakty, ale především živé příběhy, jež mají emocionální podtext. Právě na jejich základě můžeme pochopit projevy klienta a poté zvolit efektivní strategii, jak mu poskytnout co nejlepší formu péče (Böhm, 2015). Podle Procházkové lze tyto praktické návody pro péči nalézt přímo v biografii. Můžeme zjistit jak denní aktivity, jako jsou příjem potravy, spánek a klid, vylučování, ale i duchovní aktivity, jak je zvládal v minulosti a jak lze jeho rituály týkající se těchto oblastí využít v současné péči.

Velký přínos ve vypracování biografie a čerpání informací z ní vidí Böhm v tom, že klientovy problémy mají kromě medicínského vysvětlení také vysvětlení biografické. To znamená, že se mohou projevit pouze obranné mechanismy či copingy a nemusí nutně jít o zdravotní potíže nebo zhoršení stavu (Böhm, 2015). Z pohledu celého klientova života mohou mít takové projevy chování naopak naprostou logiku. Na svých seminářích paní doktorka

Procházková uvádí příklad, kdy jedna klientka neustále brala ubrousky z jídelny a nosila je na hlavě. Na první pohled se mohlo zdát, že se stav klientky zhoršil. Po prozkoumání biografie a fotografií v ní se však zjistilo, že klientka téměř celý život nosila na hlavě šátek, který v domově již neměla k dispozici. Když jí pečovatelé poskytli šátek, problematické projevy ustaly.

Böhm při problematických projevech v kontextu práce s biografií hovoří o třech etapách. Při určitých projevech by si pečovatel kvůli jejich interpretaci měl položit otázku „proč?“ – například: Co chybí? Co vytváří symptomy, strach, neklid atd.? Čeho se klientovi nedostává? atd. Srovnáním údajů z biografie a současných projevů se vytváří tzv. hypotetická ošetřovatelská diagnóza. Na základě těchto hypotéz se stanoví tzv. impulzy, které mají definovaný cíl a čas jeho dosažení a pravidelně se korigují v rámci vizit/schůzek. Impulzem může být stanovení konkrétního postupu při reaktivizační péči, který by ale měl vždy vycházet z biografie klienta. Za určitý čas by mělo proběhnout pozorování neboli evaluace zvoleného impulzu. Při tomto procesu si pečovatelé všímají, zda se původní problematické projevy zhoršily, či zlepšily. Pro posouzení využívají nejen pozorování, ale především diferenciatní diagnostiku. Při neúspěchu je potřeba zvolit inovační impulz a celý proces opakovat. Evaluace by měla být podle Böhma přítomna po celou dobu poskytování péče. Za úspěch je někdy považováno i pouhé zmírnění symptomů či zamezení jejich dalšího prohlubování a stupňování (Böhm, 2015).

#### **4.2.5 Terapie prostředím**

Posledním, avšak neméně důležitým prvkem psychobiografického modelu je terapie prostředím. Procházková říká, že znalost prostředí, ve kterém klient vyrůstal a doposud žil, je velmi podstatná. Alfou omegou je podle ní jeho porovnání s prostředím, kde žije nyní (domov pro seniory). Bytové zařízení instituce je podle Procházkové nutné koncipovat ve stejném duchu doby, ve které naši klienti prožili nejaktivnější část života (v současné generaci seniorů se jedná o 50.–70. léta). Terapie prostředí také silně podporuje motiv principu normality také tím, že je podpořen tzv. vztahový potenciál k jednotlivým kusům nábytku, obrazu či hrníčku (Procházková, 2014). Z tohoto důvodu je seniorům povoleno a zároveň doporučeno, aby si do domova pro seniory vzali ze svého domova předmět, se kterým jsou nějakým způsobem spojeni. Velmi často se proto v jednotlivých pokojích objevují osobní věci jako obrazy, fotky, staré dečky, drobné nádoby, lampy, ale také vlastní oblečení, které byl senior zvyklý nosit během svého života. Ve společenských místnostech není výjimkou, že zde



má některý senior své vlastní křeslo. Procházková se obrací v souvislosti s prostředím a jeho vybavením opět k principu normality. V podstatě poukazuje na to, že mít moderní zařízení s novými aktivizačními a terapeutickými pomůckami, včetně novodobých aktivizačních aktivit, působí na seniora se symptomy demence v konečném důsledku velmi neterapeuticky (Procházková, 2014). Znalost původního prostředí klienta je klíčová, a to i v maličkostech, jako je informace, na kterou stranu postele byl zvyklý vstávat. Na svých přednáškách paní doktorka Procházková uvádí případ jedné klientky, která měla postel v domově pro seniory obráceně a musela tak vstávat na druhou stranu, než byla celý život zvyklá. Potíže, které se projevovaly při mobilitě v souvislosti s lůžkem, pak byly mylně pokládány za zhoršení stavu klientky. Po otočení postele problémy s mobilitou ustaly.

## **5 Koncepce biografické péče o seniory**

Obsahem této kapitoly je základní uvedení do systému koncepce biografické péče o seniory, její dokumentace, návaznost na praktické užití prvků psychobiografie v českém prostředí sociální práce a požadavky na mezioborovou a týmovou spolupráci. Informace zde čerpám především z absolvovaného akreditovaného kurzu „Základy práce s biografií pro sociální pracovníky“ a vzdělávacích dokumentů poskytnutých v rámci tohoto kurzu. Procházková uvádí, že koncepce biografické péče je jakýsi mezistupeň mezi péčí v ČR běžně poskytovanou a psychobiografickým modelem péče.

### **5.1 Autorka koncepce biografické péče o seniory E. Procházková**

Doktorka Eva Procházková je zakladatelkou a ředitelkou Erwin Böhm Institutu – EBIM a certifikovanou lektorkou psychobiografického modelu s mezinárodní akreditací a výhradním zastoupením pro ČR a SR. Studiu psychobiografického modelu se věnuje od roku 2004. V roce 2009 obhájila svou mezinárodní akreditaci lektora projektovou prací na téma „Biografie a psychobiografický model péče“. Stala se tak autorkou pilotního projektu „Implementace biografie do české praxe – Koncepce biografické péče“. Na základě biografie vytvořila stmelující dokumentační složku, která tvoří základní nosnou strukturu pro specializovaná pracoviště. 1. listopadu 2016 byla oceněna v rámci projektu – Cena kvality v sociálních službách za rok 2016 a Osobnost roku 2016 v sociálních službách. V současné době vyučuje v Národním centru ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů v Brně a ve vzdělávacím centru Červeného kříže ve Vídni a jako odborný asistent na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tento inovativní model péče propaguje na svých přednáškách, vzdělávacích kurzech a odborných konferencích.

### **5.2 Primární sociální šetření v kontextu práce s biografií**

Podle Procházkové jsou základem práce s biografií a plány péče tři složky: biografie klienta, aktivity denního života, rodokmen. Bez znalosti těchto tří složek nelze poskytovat individualizovanou péči (Procházková, 2014). Pojem sociální šetření není legislativně definováno, přestože v podstatě spadá do standardu kvality č. 3 – Jednání se zájemcem o sociální službu. Paní doktorka Procházková ve svých kurzech uvádí, že práce sociálního pracovníka pracujícího s biografií začíná již při prvním kontaktu s potenciálním klientem a jeho rodinou. Při tomto setkání je nutná určitá biografická edukace, jež zúčastněným

poskytne základní informace ohledně přínosů znalosti biografie a prostředí, ve kterém zájemce o službu žije. Pro tento účel podle Procházkové sociální pracovníci vypracovávají interní dokumenty, které jim slouží jako podklady pro získání informací a biografie seniora. Po celou dobu by sociální pracovník měl být pozorný vůči domácímu prostředí žadatele a zapisovat si poznámky. Tyto informace a spolupráce sociálního pracovníka s klíčovým pracovníkem klienta velmi usnadňují adaptaci seniora na prostředí zařízení. Sociální pracovník pak podle Procházkové hraje důležitou roli při tzv. multifunkčních poradách týmu, kde je významným zdrojem informací.

### **5.3 Dokumentace**

Dokumentační systém je podle Procházkové důležitý nejen směrem k usnadnění a zkvalitnění práce s klientem, ale také zlepšuje odbornou komunikaci mezi členy pracovního týmu (Procházková, 2014). V souvislosti s koncepcí biografické péče lze hovořit o níže uvedených dokumentech.

#### **5.3.1 Biografie, biografická kniha a biografický list**

Biografie pochází z řeckého jazyka (bios – život, grafem – psát). Procházková také rozděluje pojem na aktivní biografii (v našem případě klient se sám na tvorbě podílí) a pasivní biografii, kdy se biografie tvoří na základě výpovědí ostatních zdrojů (v našem případě rodina, přátelé, známí a personál). Z obsahového hlediska pak Procházková předkládá následující dělení. Autobiografie – sám klient vypráví o svém životě, storry biografie – soubor údajů z vyprávění klienta se symptomy demence, které ovšem nevychází z reality, senzobiografie – soupis informací, rozdělených na základě senzoričkových oblastí (chuť, hmat, čich...), individuální biografie – slučuje v sobě výše uvedené termíny, má svou předem danou strukturu a tzv. procesní algoritmus pro její začlenění do plánu péče (Procházková, 2014).

Procházková předkládá také šablonu, která pečovateli, ale také samotným klientům či jejich rodinným příslušníkům pomáhá bohatý životní příběh strukturovat. Život rozděluje na čtyři základní celky – dětství, mládí, dospělost a stáří (Procházková, 2014). V každém z těchto celků jsou typické oblasti a konkrétní otázky, které pomáhají životní příběh komplexně zachytit a písemně uchovat. Procházková také definuje počátky i konce jednotlivých období. Dětstvím je myšleno období od narození po nástup do ZŠ. V tomto období se zjišťuje například: místo narození, sourozenci (jména, roky narození, pořadí, povolání), oblíbené jídlo, pití (kdo ho připravoval,...), oblíbená činnost, jak to bylo ve škole (paní učitelky, spolužáci,

třídní srazy), co bylo dovoleno/zakázáno ve volném čase, náboženství – jaké vyznání, špatné vzpomínky z dětství a jak se tyto negativní zážitky podařilo překonat atd. Mládí navazuje na dětství a většinou končí svatbou. V tomto období se otázky týkají volby povolání, svobody, idolů, první lásky a partnerství, ukončení školy a jiných aktivních činností. V dospělosti, jež opět navazuje na předchozí období a končí odchodem do penze, se dotazy točí většinou kolem rodiny. Procházková uvádí okruhy jako například povinnosti, manželství/přátelství, děti (narozené i nenarozené), zdraví, volný čas atd. Posledním obdobím – stářím se rozumí životní etapa od odchodu do penze až po současnost. Do biografie se zjišťují okolnosti odchodu do penze, nové úkoly, plány a povinnosti plynoucí z nové role, bilancování života a otázka budoucnosti (Procházková, 2014). Tento dokument – Životní příběh – je přílohou práce.

Na svých přednáškách paní doktorka Procházková říká, že informace o životě klienta se zjišťují již při sociálním šetření, a to většinou formou pozorování a dotazování.

Samotná práce s biografií začíná postupným vyplněním biografického listu. Böhm tvrdí, že ačkoliv se může u klienta objevit orgánové poškození, terapeutická péče by měla vždy vycházet z thymopsychické biografie (emocionální biografie). Úkolem práce s biografií je podle Böhma zlepšení psychického i fyzického stavu, a to i bez nutnosti užívání psychofarmak. Geriatrická péče má být primárně zaměřena na psychiku, až poté na somatický problém. Přínos rehabilitace psychiky podle Böhma je v orientaci na reaktivizační péči orientovanou na emocionální stabilitu, jež se stává účinnou prevencí regrese (Procházková 2014).

V souvislosti s prací s biografií hovoří Lindmeier o třech oblastech rozčleněných podle obsahu zaměření při aktivizačních programech (Lindmeier, 2004). Metody orientované na komunikaci dle Procházkové rozvíjejí společnou diskuzi nad daným tématem z biografie klienta. Tuto metodu lze použít také při skupinové aktivizaci. Metody orientované na aktivity mohou být zaměřené například na vaření, uměleckou či řemeslnou tvorbu, výlety atd., jež by ale měly být vždy podloženy poznatky z biografie. Metody orientované na tvorbu dokumentu odpovídají biografickým knihám (Procházková, 2014).

Procházková říká, že biografické knihy „jsou na rozdíl od biografického listu výsledkem kreativní spolupráce klienta a pečovatele s využitím fotografií a dobových dokumentů a obsahují další dobově dokumentační materiál“ (Procházková, 2014, s. 25). Oproti tomu biografický list je dle ní „pouhým textovým záznamem“ (Procházková, 2014, s. 25). Má svou pevně danou strukturu a posloupnost, přesto se nekladou kvalitativní či kvantitativní meze, co se týče jejich obsahu. Podle Procházkové není podmínkou k výkonu kvalitní péče mít v tomto

listu zodpovězeny všechny otázky, když pečovatel umí s dostupnými informacemi pracovat (Procházková, 2014).

Procházková na svých kurzech upozorňuje, že psychobiografický model péče je dynamický model péče, vztahuje se na konkrétní seniorskou generaci a tím se dynamicky mění. Biografie i ostatní dokumentace se neustále doplňuje a aktualizuje.

### **5.3.2 Aktivity denního života**

Dle Pokorné jsou aktivity denního života (ADŽ) činnosti, v jejichž obstarávání je člověk samostatný, případně potřebuje dopomoc druhé osoby. ADŽ se dělí na dvě skupiny – základní a instrumentální. Mezi základní se řadí například hygiena, oblékání, používání toalety, mobilita, příjem potravy a tekutin. Do skupiny instrumentálních ADŽ lze zahrnout telefonování, nakupování, péče o domácnost a finance. V případě, že člověk není schopen tyto aktivity naplnovat samostatně, je potřebná dopomoc. K posouzení míry samostatnosti se používají některé testy soběstačnosti (Pokorná, 2013). Podle Štěpánkové se jedná například o Barthelův, Katzův, Lawtonův test atd. (Štěpánková, Höschl, & Vidovičová, 2014).

Dle informací kurzu doktorky Procházkové sem patří komunikace, mobilita, podpora zdraví, sebedpěče – hygiena, příjem potravy a tekutin, vylučování, sebedpěče – oblékání, být mužem/ženou, zaměstnat se (péče o domácnost), klid a spánek, péče o bezpečné prostředí, zajistit sociální oblasti – vztahy, zvládání zátěžových situací, orientace (časem, místem, osobou, situací), spirituální potřeby. ADŽ jsou vedeny v tabulce, přičemž první sloupec je vyčleněný pro údaje z biografie, související s každou oblastí. Druhý sloupec představuje aktuální stav klienta a třetí sloupec péči neboli intervenci, která je u klienta naplánována či mapována. U všech sloupců se údaje rozdělují na pozitivní a negativní projevy. Podle Procházkové jsou tyto ADŽ obohaceny o informace z biografie důležitým podkladem pro tvorbu individuálního plánu péče spolu s biografií a rodokmenem (Procházková, 2014).

### **5.3.3 Rodokmen a datový list**

Rodokmen je dle Procházkové dalším nástrojem práce s biografií, díky němuž může sociální pracovník i pečovatel odhalit prioritní pozitivní vztahy a včas upozornit na riziko sociální izolace (Procházková, 2014). V rámci kurzu doktorka Procházková říká, že znalost členů rodokmenu může v problémových situacích odhalit, ke komu má klient momentálně pozitivní vztah.

Dle odborných instrukcí podle Procházkové je nutné ve zpracovaném rodokmenu vyznačit pozitivní vztahy s jednotlivými osobami (ať jsou aktivně či emocionálně prožívané).

Potřeba přimknutí se k ostatním lidem, sdílení společné komunikace a sociálních kontaktů vůbec je dle Říčana považována za základní. Odmítnutí, rozpad vztahu, smrt partnera nebo samotná absence sociálních kontaktů jsou často prožívány jako extrémně stresová situace, projevující se například depresí, hněvem, smutkem, žárlivostí i nenávistí (Říčan, 2009).

Procházková ve svých odborných kurzech poukazuje na fakt, že je někdy nutné hledat sociální kontakty také mezi přáteli (před nastoupením do zařízení i po něm) a případně mezi dobrovolníky. Tyto osoby se do rodokmenu dopisují také. Na základě podobných biografických prvků lze sestavit skupinu se stejnými zájmy a saturovat tak potřebu sociálního kontaktu. Procházková dále radí pečovatelům, aby také mapovali významné klientovy role, jako jsou například učitel, člen souboru, manžel, otec, syn, a to z důvodu lepší orientace v behaviorálních projevech klienta.

Další složkou rodokmenu bývá podle přednášek Procházkové datový list, což je dokument, ve kterém jsou zapsána pro klienta důležitá data. Například se může jednat o datum narození, svátek, výročí svatby, úmrtí manžela/ky a další důležitá životní jubilea. Důvodem jsou stovky případů, kdy byly projevy v chování seniora mylně pokládány za prohloubení patologické symptomatiky, přitom jeho chování ovlivnilo právě pro něj významné datum a s ním spojená událost.

#### **5.3.4 Individuální plán péče**

Individuální plán podle Bickové odpovídá legislativnímu požadavku plánování služby. Tento požadavek je na poskytovatele kladen skrze standardy kvality (konkrétně 5. standard – Individuální plánování průběhu sociální služby). Obsahem tohoto procesu je vyhodnocení dosavadního působení péče a dojednávání a plánování následující podpory. Dojednaná podpora musí podle Bickové reflektovat očekávání uživatele, jeho potřeb i cílů (Bicková, 2011).

Procházková vidí přínos kombinace individuálního plánu péče s biografií klienta v přeměně jednotných plánů péče na opravdu individuální, naplňující specifické potřeby a přání klienta. Za podstatné považuje, že:

„Využitím souhrnu biografických údajů o seniorovi a zařazených dat do oblastí aktivit denního života, včetně práce s rodokmenem a vztahových vazeb, vzniká nová podkladová

rovina pro tvorbu individuálních plánů péče. Pro využití této metody je důležitý nácvik dovedností přímo v praxi s podkladovými dokumentačními materiály a biografií klienta“ (Procházková, 2014, s. 100–101).

Přestože jsou plány péče velmi přínosné v mnoha směrech, Hauke pozoruje, že pro pracovníky v přímé péči je vypracování tohoto dokumentu problematické zejména proto, že nevědí, jak takový dokument vyhotovit a ani nevidí smysl v práci na něm. Hauke proto zdůrazňuje důležitost způsobu vedení rozhovoru a respektujícího vztahu ke klientovi. Společný cíl by měl být hledán společně s klientem a stejně tak postup jeho dosažení (Hauke, 2011).

Důležitým faktorem pro porozumění biografii seniora je odborné vzdělávání týmu, nikoliv pouhý pracovní povel pro vyplnění biografického listu bez podkladových materiálů a vzdělání. Podle přednášek Procházkové klient se symptomy demence toho často není schopen a právě zde může pečovateli pomoci biografie a ostatní dokumentace.

### **5.3.5 Systém rychlého skóre**

Systém rychlého skóre je podle Procházkové velmi užitečným ukazatelem fyzické i psychické mobility klienta. Rozdíl oproti psychobiografickému modelu spočívá v počtu stupňů regrese, se kterými pečovatelé pracují. Nepracuje se sedmi stupni regrese, jak uvádí Böhm, ale se čtyřmi interakčními kategoriemi, které Procházková označuje a definuje takto:

Psychická mobilita:

0 – Žádné psychogenní nápadné chování. Použité impulsy: Aktivizace.

M (mírný) – Lehké poruchy, nápadnosti v chování, rané stadium demence. Poruchy v jedné složce orientace (čas – místo – osoba – situace). Použité impulsy: Realitou orientovaná terapie, intervence na podporu orientace a trénink paměti.

S (střední) – Středně těžké poruchy chování, střední stádium demence, poruchy ve dvou složkách orientace (čas – místo – osoba – situace). Použité impulsy: Intervence na podporu orientace a rituálů, emocionální stabilizace.

T (těžký) – Těžké až velmi těžké poruchy chování, těžké stádium demence. Použité impulsy: specifické intervence, stimulace smyslů, bezpečí a jistota.

Fyzická mobilita je hodnocena též na základě čtyř kategorií podle Procházkové.

Fyzická mobilita:

0 – Klient se pohybuje samostatně.

1 – Klient se pohybuje samostatně s využitím kompenzační pomůcky (hole, chodítka atd.).

2 – Klient tráví většinu času v invalidním vozíku a pohybuje se s pomocí druhé osoby.

3 – Klient tráví většinu času na lůžku (může být posazován k příjmu stravy).

Procházková v kurzech říká, že tento nástroj může výrazně pomoci pečovatelům v rychlejší orientaci ve stavu klienta. Pečovatelé se učí posuzovat a hodnotit mobilitu u konkrétního seniora a deficity v oblasti orientace klienta časem, místem, osobou a situací. Na základě rychlého skóre lze stanovit optimální formu péče.

#### **5.4 Aktivizace při práci s biografií**

Aktivizace v konceptu biografické péče je značně podobná té v psychobiografickém modelu. Procházková v průběhu kurzů uvádí ten rozdíl, že vhodnou formu péče nestanoví pečovatel na základě diferenciální diagnostiky a sedmi fází regrese, ale prostřednictvím rychlého skóre. V případě plně orientovaného klienta (0) Procházková volí aktivizaci, pro mírný a střední stupeň regrese (M, S) stanovuje re-aktivizaci a pro těžký stupeň regrese (T) volí stimulační péči. Dále upozorňuje, že při veškerých aktivitách je nutné přihlídnout také k fyzické mobilitě, biografii a dalším dokumentům.

#### **5.5 Týmová spolupráce**

Týmová spolupráce hraje podle Procházkové klíčovou roli ve vztahu k práci s biografií, zejména z důvodu efektivního přenosu informací a kvalitní týmové komunikace. Týmová spolupráce musí být jasně definována a měla by splňovat základní požadavky na funkčnost týmu. Výše uvedené mechanismy mají podle Procházkové vliv nejen na kvalitu poskytované péče, ale i na atmosféru a vztahy v týmu (Procházková, 2014).

Plevová uvádí několik základních znaků dobrého týmu: sdílené cíle, kvalitní komunikace, sdílené cesty (způsoby dosažení sdílených cílů), rozdělení rolí, kvalitní vztahy (vzájemný respekt a přeorientování ze soutěživosti na dosažení společného cíle) a možnost rozvoje (Plevová, 2012). Podle Procházkové jsou důležité komunikační kanály mezi klíčovým pracovníkem a klientem, pečujícím a rodinou klienta, klíčovým pracovníkem a sociálním pracovníkem (Procházková, 2014).



## **Praktická část**

### **6 Metodologie výzkumu**

Během své praxe v rámci bakalářského studia na PVŠP jsem se většinou pohyboval v domovech pro seniory s velkým zastoupením klientů trpících Alzheimerovou chorobou či jinými symptomy demence. Ačkoliv jsem měl při volbě zařízení štěstí na taková, kde se ke klientům přistupovalo nadstandardně, po dobu praxe v supervizi jsem se dostal i do zařízení, kde tomu tak nebylo. Velký rozdíl ve stavu klientů, personálu, otevřenosti vedení a celkové atmosféře bylo více než znatelné. S ohledem na svou potřebu učit se od organizací na profesionální úrovni jsem si na závěr studia vybral k absolvování praxe domov pro zrakově postižené Palata, kde jsem také pod odborným vedením realizoval svůj výzkum.

Pro vypracování praktické části bakalářské práce jsem zvolil kvalitativní výzkum v podobě případové studie, jež spočívá ve vypracování kompletní biografické knihy a ostatní dokumentace, vyplývající z koncepce biografické péče o seniory. Ve svém výzkumu se zaměřím na uplatnění psychobiografického modelu péče prof. Böhma a jeho implementaci do české praxe.

Biografie i ostatní dokumenty jsou vypracovávány na základě polostrukturovaných rozhovorů a dotazníků realizovaných s klientkou, rodinou a pracovníky domova Palata. Klientka si nepřála, aby byly rozhovory nahrávány, poznámky jsem si dělal do formuláře Životní příběh. Vzhledem k původním a autentickým údajům nemohu zveřejnit tyto poznámky v příloze. Výstupy z nich jsem však zapracoval do biografie klientky.

#### **6.1 Cíl výzkumu**

Cílem mého výzkumu je přenést aspekty a metody psychobiografického modelu do péče o klienty v českém prostředí skrze koncepci biografické péče o seniory a dokázat tak jeho praktické využití.

Dalším cílem je vypracovat kompletní biografii a související dokumentaci, poté poznatky přenést do ADŽ a individuálního plánu péče, a to včetně vhodné formy aktivizace. Chce také upozornit na možné rizikové faktory související s péčí o konkrétní klientku.

## 6.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky zrcadlí stanovené cíle výzkumu a soustředí se zejména na použitelnost psychobiografického modelu a koncepce biografické péče v praxi sociální práce v českém prostředí.

1. Jaké informační zdroje a postupy lze uplatnit při vypracovávání biografie klienta?
2. Je psychobiografický model vhodný pro praktické užití v praxi?
3. Do jaké míry je možné provázat údaje z biografie s dokumentací klienta a individuálními plány péče?
4. Jakou roli hraje systém rychlého skóre (KBP) na základě pozorování klienta ve stanovení vhodné formy péče?
5. Jaká mohou být slabá místa při užívání modelu/koncepce v kontextu české legislativy?

## 6.3 Výzkumný vzorek

Klientka z domova pro zrakově postižené Palata byla vybrána na základě doporučení personálu a dobrovolného souhlasu klientky. Podstatnou roli hrál také fakt, že jsem měl možnost být v rámci praxe u primárního sociálního šetření klientky, jejího příjmu do domova a po dobu půldruhého roku jsem sledoval s odstupem proces, jakým se u ní pracuje s biografií a psychobiografickým modelem péče.

## 6.4 Výzkumné metody a techniky

Pro efektivní a kvalitativně nejvhodnější naplnění vytyčených cílů výzkumu jsem zvolil metodu kvalitativního výzkumu formou případové studie. Kvalitativní výzkum podle Hendla má výhodu v získání hloubkového popisu zkoumaného jevu. Zároveň se díky sledování vývoje zkoumají procesy, působení kontextu, situací a podmínek (Hendl, 2016).

Případová studie svou povahou zapadá do metod kvalitativního výzkumu. Podle Yina se jedná o:

„Intenzivní studium jednoho případu – tedy jedné situace, jednoho člověka, jednoho problému. Případová studie je metoda veskrze kvalitativní, neboť dokáže dokonale splnit základní cíle kvalitativního výzkumu – zkoumá současné fenomény do jejich hloubky v jejich skutečném kontextu zvláště v případě, kdy nejsou hranice mezi fenoménem a jeho kontextem zcela jasné. Ponoření se do hloubky jednoho fenoménu nám umožní důsledné porozumění

zkoumanému. Případová studie má však mezi metodami kvalitativního výzkumu jeden bonus navíc. Není pouze nástrojem pro rozšiřování teoretického zázemí četných disciplín, ale dokáže ideálně posloužit jako nástroj edukace praktických dovedností pro studenty i zkušené praktiky daného oboru“ (Yin, 2009, s. 18).

Touto definicí se názorově velmi přibližuje Hendlovi, který říká, že se případová studie „zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů“ (Hendl, 2016, s. 101).

Vzhledem k povaze výsledků, kterých má být ve výzkumu dosaženo, jsem zvolil metodu případové studie proto, že zkoumá jeden případ více do hloubky a že také má edukativní přínos. Vzhledem k podrobnému zkoumání konkrétního případu je dále vhodná pro zodpovězení otázky, zda jsou principy psychobiografického modelu vhodné pro praktické užití v praxi.

V průběhu výzkumu jsem pro sběr dat zvolil metodu polostrukturovaného rozhovoru, u něž jsou podle Handla předem stanovené okruhy a témata, ze kterých vyplývají dílčí otázky (Hendl, 2016).

Vzhledem k tomu, že při získávání informací ke zpracování biografie klienta se využívají interní dotazníky s předem danými okruhy, je forma polostrukturovaného rozhovoru nejvhodnější. V průběhu výzkumu povedu polostrukturované rozhovory s klientkou, přítomnými rodinnými příslušníky i pečujícím personálem zařízení Palata. Z údajů zaznamenaných v předepsaných dotaznících pak zpracuji biografii klienta. Z informací obsažených v biografii a na základě pozorování a systému rychlého skóre (KBP) vypracuji zbývající dokumentaci, kde navrhnu vhodnou formu péče a aktivizace. Osobní a životopisné údaje, které by mohly vést k identifikaci zkoumané osoby, budou z důvodů etických a legislativních pozměněny v takové míře, která výrazně nezkreslí použitelnost získaných výstupů.

Používané interní dokumenty mi byly poskytnuty manažerkou kvality domova Palata paní Burianovou. Při sociálním šetření jsem pracoval s dotazníky ADŽ Sociální šetření, Životní příběh a svými poznámkami. Dotazník ADŽ šablona jsem použil při rozhovorech s klientkou, při rozhovoru s přítomnými rodinnými příslušníky a s pečujícím personálem, kam jsem data zapisoval průběžně (BIOGRAFIE, ADŽ = KBP). Při pozorování klientky jsem data zapisoval do notesu k ostatním poznámkám. Vzhledem k téměř intimní povaze zápisků je nezveřejňuji jako přílohu, výstupy z nich jsou však zpracované do biografie i ostatní dokumentace.

## **6.5 Zpracování získaného materiálu**

Veškerý materiál týkající se života, zvyků, rituálů a ostatních relativních informací jsem zapracoval do biografie klientky. Při jejím zpracování je předepsána určitá volnější struktura, kterou je nutné dodržet, ale i zdánlivě méně významné informace je potřeba zapsat, jelikož mohou v konečném důsledku velmi pomoci při práci se seniorem. Ostatní informace týkající se vhodné formy péče ze všech mně dostupných informačních zdrojů jsem zapracoval do ADŽ a individuálního plánu péče, nacházejících se v analytické části výzkumu.

## 7 Analytická část výzkumu

Obsahem této kapitoly je kompletní biografie klientky domova Palata, vyplněný dokument podrobně mapující aktivity denního života (ADŽ), individuální plán péče, rodokmen, datový list – KBP.

Aktuální stupeň regrese určený na základě diferenciální diagnostiky a k tomu odpovídající interakční stupeň podle Böhma.

Aktuální stupeň regrese stanovený pomocí systému rychlého skóre podle Procházkové.

Všechny výše uvedené dokumenty jsou aktuální ke dni odevzdání bakalářské práce. Dále je v kapitole vyhotoveno vyhodnocení biografie a ostatní dokumentace.

Jména, data, povolání a ostatní osobní údaje jsou v rámci zachování soukromí a v souladu s etikou výzkumu změněny.

### 7.1 Materiály

#### 7.1.1 Biografie paní Marie (KBP)

##### Dětství

Marie Krejčová se narodila 2. května 1935 v malé moravské vesničce Polešovicích. Otec Jaromír Krejča pracoval celý život v zemědělství a matka Ludmila Krejčová pracovala jako prodavačka v místním pekařství a chodila uklízet do jedné bohaté rodiny. Marie Krejčová je čtvrtým dítětem Jaromíra a Ludmily. Rodina dříve žila v Uherském Hradišti, kde se jim narodil nejstarší syn Jaroslav (31. srpna 1925), po něm dcera Božena (12. listopadu 1927) a dcera Hana (4. dubna 1933). Několik týdnů po narození dcery Hany se přestěhovali do Polešovic, kde rodiče žili po zbytek života. Bydleli velmi skromně, v malém domečku byla největší místností světnička se stolem, kamny a velkou dřevěnou lavicí, na které často se sourozenci sedávala. Maminka ráda šila, a tak měli krásné barevné závěsy s krajkou. Před vchodem měli malou zahrádku s květinami, o kterou se starala starší sestra, tuto práci učila i Marii Krejčovou. Z této doby si vzpomíná na květinovou vůni, která ji podle jejích slov vždycky připomene domov a pohodu. S rodinou žila v malém domečku ještě Mariina babička z matčiny strany Miloslava, na kterou Marie Krejčová velmi ráda vzpomíná. Často zmiňuje rady, které jí jako malé holčičce dávala a vychovávala – byla pro Marii velkým vzorem. Často jí říkávala: „Maruško, to se na holčičku nesluší.“ Dědeček zemřel, když byla ještě velmi malá,

nevzpomíná si na něj. Protože byl tatínek velmi vytížen prací na poli a maminka pracovala až do večera, starali se o Marii její dva starší sourozenci Jaroslav a Božena. Marie Krejčová si jako malá velmi často hrávala na poli a v místním lese s dětmi z okolí. V kolektivu byla oblíbená. Vzpomíná, že při jedné hře dostala přezdívku malá Máří, kamarádi ji pak často oslovovali Máří. Marie Krejčová také vzpomíná, jak chodila za otcem na pole, kde choval jejich soused stádo ovcí. Jeho dcera byla součástí jejich party, a tak u nich a u ovcí trávila hodně času.

## **Mládí**

Navštěvovala místní vesnickou školu, kde ji velmi bavilo psaní, čtení, český jazyk, v němž zároveň i vynikala. Doma s rodinou často zpívala moravské písně, měla proto velmi vřelý vztah ke zpěvu a hudbě, i když říká, že zpívat neuměla. Ve vesničce se prý všichni navzájem znali, proto měla kolem sebe hodně blízkých lidí, chodili na návštěvy ke kmotřence nebo k babiččině kamarádce Nele. Rodinu nezdávka navštěvovali dva strýcové a teta z otcovy strany Josef, Petr a Jana. Někdy vedli s rodiči dlouho do noci veselé rozhovory a ony jako děti poslouchaly za dveřmi. Strýc Petr byl spisovatelem a básníkem a pozitivně ji tím ovlivnil.

Do měšťanky chodila do nedaleké vesničky Ořechov. Ráda vzpomíná na učitele, kteří pro ni byli velkými autoritami. Zejména ráda měla paní učitelku Janu Kořenou, která děti vedla k vlastenectví, k tomu, aby znaly svůj kraj, ale také aby věděly hodně i o celých Čechách, Praze a dějinách celé země. Její největší kamarádkou byla Miroslava Kovářová, vzpomíná, jak jednou sbíraly na otcově poli mandelinku a pak ji vysypaly do sousedovic sudu s dešťovou vodou, připravenou k máchání prádla. Hrávaly si s panenkami, Marie Krejčová měla nejraději panenku v bleděmodrých šatech s kloboučkem od tety Jany, která pracovala u Bati v podniku, přivezla ji ze Zlína.

Mívala ráda obyčejná jídla, vařilo se hodně z toho, co hospodářství dalo. Vypráví, že babička celé rodině vštěpovala vděk za jídlo. Marie Krejčová měla vždy chuť k jídlu, nejvíce měla ráda brambory s kyškou či s mlékem. Dokonce do domácnosti chodíval sousedův chlapec, co míval nechutenství, aby při pohledu na Marii při jídle dostal taky chuť.

V mládí prožila i válku, když šla fronta, schovali se do sklepa, ona tam usnula, když se probudila, nikdo ve sklepě nebyl, bála se, co se stalo, ale pak se ukázalo, že fronta přešla, a rodiče ji nechali spát dál.

S rodiči chodívala i v mládí na pole, s otcem později jezdívala na voze na vzdálenější louku u Ořechova (odtud pocházel její otec). Měla ráda vůni louky a fialek, poslouchala, jak si matka při sběru bylin zpívá, nejčastěji prý mariánskou píseň „Tisíckrát pozdravujeme tebe“.

Pomáhala i doma s úklidem a domácností, ve volném čase hlavně četla nebo psala – básničky, vyprávěnky. I její otec si rád četl a krásně kreslil. Několikrát jí nakreslil malý obrázek k jejím básničkám jako ilustraci – moc to pro ni znamená a často o tom vypráví.

Celá rodina byla katolického vyznání, chodívalo se do kostela, obřady bývaly církevní, zpívaly se mariánské písně. Desatero určovalo pravidla toho, co se má a nemá.

Když jí bylo patnáct a půl roku, dali ji rodiče do kláštera v Přerově. Jedna z jejích tet bývala jeptiškou, v rodině to mělo svou tradici. Studovala Misijní ústav učitelství v Přerově – pedagogiku a Teologickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci. Studium měla rozložené na čtyři semestry. Studovala také publicistiku. Byla výbornou studentkou, dostala několik diplomů za studijní výsledky. Sliby pro doživotní vstup do řádu během pobytu v klášteře nesložila. Studia ukončila v létě 1948, do roku 1954 učila náboženství na základní škole v Újezdci poblíž svého bydliště. V roce 1954 musela kvůli státem vyslovenému zákazu činnosti pro katechety z práce odejít a najít si jiné zaměstnání. Našla si práci v jednom textilním podniku, kde pracovala jako sekretářka, později ve skladu. Ještě téhož roku se potkala se svým manželem, kterého si v březnu 1956 vzala. Manžel Peter Sulický byl původem ze Slovenska a pracoval jako voják z povolání.

## **Dospělost**

V září 1956 se jim narodila první dcera Eva, o rok později druhá dcera Jana. V roce 1960 se s manželem rozvedla a dcery vychovávala sama. Později jí s výchovou pomáhal její bratr a nejvíce starší dvě sestry, později jen Hana. Krátkou dobu pracovala i v advokátní kanceláři ve Strážnici, kde žila do jara 1964. V tomto období již publikovala v časopisech (nejčastěji Beseda) a v regionálních novinách (Slovácko, Rovnost). Nejčastěji psala básně, povídky, fejetony a krátké pohádky. Vzhledem k tomu, že v té době byla již matkou, dnes by se řeklo samoživitelkou se dvěma dětmi, na další koníčky moc časových ani finančních možností nebylo. Žila ve velmi skromných nájemných bytech, během svého pobytu ve Strážnici se čtyřikrát přestěhovala.

Na podzim roku 1964 se přestěhovala do Uherského Ostroha. I zde se čtyřikrát přestěhovala, její poslední byt byl konečně s ústředním topením a teplou vodou, pracovala v Kabelovně zpočátku jako redaktorka závodního časopisu, po jeho zrušení pak opět jako sekretářka.

Téměř každý víkend jezdila i s dcerami za rodiči do domečku, kde vyrůstala. Rodiče ji podporovali především produkty z jejich rodinného hospodářství. Strýc a teta pomáhali také materiálně – dcerám kupovali občas oblečení. Své dcery vozila každé prázdniny k prarodičům, jezdily tam moc rády. Z jejich postojů, chování, vyprávění a příkladů si odnesly spoustu zásad a rad do života. Na dovolené nezbývaly finanční prostředky, proto se na ně moc nejezdilo. Pouze prý jednou do podnikové chaty Bača. Dodnes vzpomíná, jak tam děti upadly do mraveniště a mravenci je hodně poštipali.

Po odchodu z Kabelovny pracovala tři roky jako vychovatelka v Ústavu sociální péče pro mládež. Šlo o náročnou a také psychicky zátěžovou práci s postiženými dětmi. Od roku 1970 do roku 1976 pracovala v Jednotě, ve velkoobchodních skladech. Po maturitách v roce 1975 a 1976 obě dcery odešly do Prahy za studiem a zcela se osamostatnily. Během studií žily ze stipendií a z příjmů za brigády, které si v Praze samy našly. Domů prý moc nejezdily, jen na návštěvu a prázdniny. K poslední změně zaměstnání se Marie Krejčová rozhodla na podzim roku 1976. V zimě nastoupila k dráhám jako sekretářka. V této době již dcery studovaly ekonomii v Praze, měly výhodu režijního jízdného.

Marie Krejčová stále pokračovala v psaní, publikování nebo psala takzvaně do šuplíku. Jednu svou povídku dokonce poslala do tenkrát populárních televizních Bakalářů, kde ji později zdramatizovali a uvedli. Některé její fejetony a povídky odvysílal i brněnský rozhlas.

Během let si díky kontaktům ze svých studijních let průběžně přivydělávala opisováním církevního samizdatu. Také si přivydělávala distribucí tisku a prací v kulturním domě v Uherském Ostrohu.

Dlouhá léta měla zahrádku, kde pěstovala zeleninu, jahody a několik bylin. Na zahrádce měla také pár ovocných stromů. Hodně ráda dělala marmelády a zavařovala. Vzpomíná, že prací na zahrádce se jí vybavovaly zážitky z dětství, tím způsobem se do něj vracela.

Dcery vedla k samostatnosti a odpovědnosti za své jednání. Také dbala na to, aby si navzájem pomáhaly a měly se rády. Při výchově používala jednoduché rady, které slýchávala od své babičky nebo z okolí, kde žila. Například: „Nečiň jinému, co tobě nemilo; zvíře cítí jako ty, nedělej mu trampoty; pán Bůh všechno ví a vidí, jeho nikdo neošidí“, nebo „když něco děláš, udělej to pořádně“.



## **Stáří**

V roce 1990 odešla do důchodu a díky dcerám, které jí našly byt, se přestěhovala do Prahy. Našla si práci na zkrácený úvazek v Národní galerii, kde jako kustodka dozírala v expozicích. Nejdéle působila na Hradě v Anežském klášteře, kde se nacházely sbírky starého umění. Jednalo se často o obrazy s biblickou a náboženskou tematikou. Návštěvníkům mohla díky svému vzdělání a zájmu podat podrobný výklad o obsahu a významu obrazu. V galerii přestala pracovat v 72 letech.

V současné době má 3 vnuky (Tomáš – 1984, Petr – 1985 a Jonáš – 1990) a jednu vnučku (Eliška – 1989). Dokud byly děti malé, měla ráda jejich společnost, hodně jim vyprávěla zážitky a moudra ze svého dětství nebo jim četla. Má také 2 pravnoučata (Martin – 2004, Jan – 2006), brzy se narodí třetí. V posledních letech se prakticky stýká jen s rodinou. Po dovršení sedmdesátky plně rozevřela svou náruč stáří, objevily se komplikace chronických nemocí, hlavně cukrovky, zmizely povinnosti, život se stal pohodlnějším. Postupně prý přestala sledovat televizi, následně rozhlas, již v předchozích letech výrazně omezila četbu. Sport, pohyb, turistika, procházky – ty ji nezajímaly nikdy. Začala se vyhýbat technickým novinkám, méně se zajímala o současné dění ve světě i doma, více se začala vracet do minulosti. Pomalu přestávala být soběstačná, nebyla schopna již být v bytě sama, i když zaměstnané dcery vydatně pomáhaly. Do domova Palata nastoupila 15. dubna 2018 z důvodu stále se zhoršujícího zraku a neschopnosti se o sebe samostatně postarat v domácím prostředí.

### **7.1.2 Historický a regionální kontext**

Obsahem této kapitoly bude popis historických událostí, které se výrazně podepsaly na způsobu života v době, kdy vyrůstala a žila paní Marie Krejčová. Čerpat budu především z publikace Petra Bilíka „České země a Československo ve 20. století“ a zčásti i z vyprávění paní Krejčové. Ve druhé podkapitole bude stručně charakterizován regionální kontext jejího života.

#### **Historický kontext**

Paní Marie Krejčová se narodila v roce 1935. Abychom pochopili poměry, ve kterých vyrůstala, je nutné zmínit hospodářskou krizi, která se v Československu projevila pět let před Mariiným narozením. První oblastí, které se dotkla, bylo právě zemědělství, což mělo dopad na celkovou finanční situaci její původní rodiny. Kvůli neustále se prohlubující krizi a rozevírání tzv. sociálních nůžek, lidé s nadějí na vyšší životní úroveň začali podporovat

extremistické politické subjekty. Takto se dostala k moci KSČ v čele s Klementem Gottwaldem (1929). Alarmující byl také vzestup fašistických skupin a pozdější jmenování Adolfa Hitlera německým kancléřem (1933). Z důvodu zhoršujících se podmínek a výstavby pohraničního opevňovacího systému v roce 1935 abdikoval tehdejší prezident Tomáš Garrigue Masaryk a za svého nástupce doporučil Edvarda Beneše, který ještě toho roku ve volbách zvítězil. Situace v českém pohraničí se stávala kritickou a vyvrcholila mnichovskou dohodou roku 1938, na základě které bylo ČSR nuceno podstoupit pohraniční území Německu. Po této události nastala tzv. pomnichovská krize, která hluboce zasáhla do všech oblastí společenského života a poznamenala i celkovou atmosféru obyvatel národa. V září 1939 pak situace vyústila v útok Německa a Sovětského svazu na Polsko a tím započala druhá světová válka.

Každodenní život za války a okupace se změnil na život ve strachu a nejistotě.

Na lidech se silně podepsala hrozba perzekuce, neustálé riziko udavačství a kolaborace a také, ač minimální, povědomí o podmínkách v koncentračních táborech. Zavíraly se české vysoké školy, omezoval se počet středoškolských studentů a zavládla výrazná cenzura. I čeští umělci byli okolnostmi donuceni ke kolaboraci s fašistickým režimem.

Dalším problémem byl nedostatek potravin, přičemž přidělové lístky zdaleka neuspokojovaly základní potřeby rodiny. V roce 1944 to například byly dva litry mléka a čtyři vejce na osobu celý měsíc. Kakao, káva nebo čokoláda se od roku 1940 nesměly vůbec prodávat. Chvilkový únik z této atmosféry nacházeli lidé především ve sportu, který byl podporován i státem (V této době začínaly úspěchy běžce Emila Zátopka.).

Církevní i náboženský život byl pod vlivem okupujícího Německa cenzurován také. Po obsazení desítek klášterů byly pod přísným dohledem bohoslužby a více než stovka kněží byla transportována do koncentračních táborů.

Po skončení války roku 1945 se obnovená Československá republika, poznamenaná válkou, velmi lišila od první republiky. V letech 1946 zvítězila ve volbách KSČ a později se roku 1948 chopila absolutní moci. Na denním pořádku byly perzekuce a politické soudní procesy namířené proti odpůrcům režimu. Období nejtvrďšího komunistického režimu ustávalo po smrti J. Stalina a K. Gottwalda roku 1953. Toto uvolnění vedlo k pozoruhodným úspěchům v oblasti kultury v 60. letech nebo proměně režimu „československým jarem 1968“. Po něm však nastalo období normalizace v čele s G. Husákem, jež přineslo obnovení totalitních mechanismů. V běžném životě občana se kromě hrozby perzekuce a ostatních zmíněných

praktik komunistického režimu projevovala tato situace i v ostatních oblastech života. Změnou hospodářské struktury se v padesátých letech projevilo snížení životní úrovně. Hlavním projevem byl nedostatek spotřebního zboží, podpultovní prodej, běžné byly dlouhé fronty i na dnes nejběžnější zboží. Zakládaly se různé kluby (modelářské, sběratelské, sportovní...), otevíraly se lidové školy umění a organizovaly se masové akce na podporu režimu. Vlivem stupňujících se vnitřních i mezinárodních procesů vyústila tato situace v demonstrace a stávky a následný pád normalizačního režimu v Československu roku 1989 (Bilík, 2013).

### **Regionální kontext**

Polešovice jsou malá obec v okrese Uherského Hradiště ve Zlínském kraji. Podle informací od starosty, pana Zapletala, sahá první zmínka o Polešovicích až do roku 1220. Tato moravská obec má prý velmi silnou tradici ve vinařství, odtud pochází i motiv hroznu v jejím znaku. Okres Slovácko, ve kterém se obec nachází, je podle pana Zapletala typické nejen vínem a vinařstvím, ale také folklórem a folklorními festivaly. Místní obyvatelé byli a jsou pověstní svou pohostinností a klidnou povahou.

Mezi typická jídla patřil šumajstr (na sádle uvařené kroupy, uzené a škvarky s fazolemi), šlíšky (bramborové válečky, sypané praženou houskou s cukrem, mákem/vanilkou) nebo klasické zelňáky.

Podle paní Marie Krejčové byly časté také návštěvy a sousedská výpomoc. Často se prý chodilo na ochutnávky vína „na košť“ a obec žila jako celý kraj vínem. Velkou autoritou i symbolem ctnosti pro celou obec byl místní farář.

Strážnice, ve které později Marie Krejčová žila, je typické moravsko-slovácké městečko s krásným parkem, zámekem, s pozůstatky středověkých hradeb, město s kulturní a mimořádně významnou folklorní tradicí. Je to město plné hudby a historie.

Typická obydlí zemědělců a sedláků v té době představovaly podle paní Krejčové malé domky či stavení, skromně zařízené. Lidé žili v užším kontaktu se sousedy i zvířaty, celým krajem se nesly pranostiky, pořekadla a různé říkanky, související často s rodinou nebo přírodou. Také se hojně dodržovaly tradice.

## 7.2 Aktivity denního života – ADŽ (KBP)

Tabulka 1: ADŽ

Aktivity denního života	Biografie	Současný stav	Plán péče
<p><b>1. Komunikace</b></p>	<p>+ Klientka mluvila jižním slováckým nářečím. Klientka měla v dětství přezdívku Máří. Klientka byla komunikativní, napsala povídku do Bakalářů. Studium v Misijním ústavu. Dvě dcery (Eva a Jana) a péče o ně, obě vystudovaly vysoké školy a mají šťastná manželství</p> <p>- Manželství a následný rozvod po narození druhé dcery</p>	<p>+ Ráda vypráví o svém studiu v Misijním ústavu, jak psala krátké povídky do časopisů. Vypráví o dcerách a jejich rodinách. Klientka je komunikativní.</p> <p>- Hůře slyší na pravé ucho. Nerada mluví o manželovi.</p>	<p>Při jakékoliv komunikaci s klientkou se vždy představit a vysvětlit jí, z jakého důvodu ji oslovujete.</p> <p>Mluvit na levé ucho nebo více nahlas.</p> <p>Cílené rozhovory na témata – dětství, studium, dcery a jejich rodiny, její literární tvorba</p>
<p><b>2. Mobilita</b></p>	<p>+ V dětství si často hrála venku a běhala.</p> <p>- Později v životě neměla moc pohybu, při psaní i v zaměstnáních většinou sedávala.</p>	<p>+ Klientka chodí s vysokým chodítkem.</p> <p>- Klientka není schopna chodit bez opory chodítka, hrozí pád. Kromě reaktivizačních programů je motivovaná chodit jen kvůli nákupu sladkého v kiosku, problematické kvůli cukrovce.</p>	<p>Nabídky na docházení do různých aktivit – pro podporu mobility.</p> <p>Klientka bude docházet na rehabilitaci pro zlepšení mobility dolních končetin a pro podporu udržení schopnosti samostatné chůze ve vysokém chodítku.</p> <p>Nezasahovat do nákupů klientky „sladkého“ v kiosku, i když je to proti zásadám dietního omezení, klientka si do kiosku sama</p>

			dochází a tím se podporuje její mobilita.
<b>3. Podpora zdraví</b>	<p>+ V dětství klientku léčila babička pomocí bylin a babských obkladů. Maminka při horečce zpívala ukolébavky a hladila klientku po čele.</p> <p>- Ve stáří výrazné zhoršení zraku. Cukrovka.</p>	<p>- Klientka má ze zdravotních důvodů omezení ve sladkých jídlech.</p> <p>Klientka trpí inkontinencí (moč i stolice).</p>	<p>Klientku je důležité upozornit na rizika požívání sladkého jídla, ale nelze jí ho brát či bránit v pohybu při návštěvě kiosku.</p> <p>Klientku podporovat v kontinenci a užívat vhodné inkontinenční pomůcky.</p> <p>Ve spolupráci se SZP.</p>
<b>4. Sebepéče - hygiena</b>	<p>+ Klientka se v dětství myla jednou týdně a dbala na svůj vzhled.</p> <p>Zuby si čistila až po snídani.</p> <p>Za války se myli jelenem.</p>	<p>+ Klientka si hygienu provádí sama, je potřeba, aby personál na hygienu dohlédl. Při celkové koupeli dopomáhá personál. Klientka dochází ke kadeřnici a na pedikúru.</p> <p>- Klientce je potřeba kontrolovat oblečení, někdy je zašpiněné - klientka je inkontinentní (moč i stolice).</p> <p>Klientka si nepřeje při hygieně muže.</p>	<p>! HYGIENU nikdy nesmí provádět muž!</p> <p>Klientku podporovat v samostatnosti, ale vždy po hygieně klientku navštívit, zdali vše proběhlo v pořádku.</p> <p>Dohled nad čistotou oblečení, chválit.</p> <p>Pravidelně docházet ke kadeřnici a na pedikúru.</p>
<b>5. Příjem potravy a tekutin</b>	<p>+ Měla ráda jídlo, nejvíce brambory s kyškou nebo s mlékem.</p> <p>Klientka byla považována za vzor „jedlíkům“.</p> <p>Klientce byla vštěpována velká úcta k jídlu.</p> <p>- Za války nedostatek</p>	<p>+ Klientka sní vše, ale má ze zdravotních důvodů omezení v mléčných výrobcích a sladkých jídlech. Po obědě si dá ráda kávu.</p> <p>Klientka jí příborem. Ke každému jídlu se klientce dávají dva hrnky hořkého černého čaje (má svůj</p>	<p>Výběr z jídelního lístku, příprava příboru, nalití dvou hrníčků hořkého čaje.</p> <p>Personál klientce uvaří po obědě kávu (turka), sladit diabetickým sladidlem a dávat do klientčina hrnku.</p> <p>Klientce podávat</p>

	<p>jídla, úplná absence čokolády, kávy či kakaá.</p>	<p>hrneček).</p> <p>- Klientka má dietní omezení, nemůže mléčné výrobky a sladké. Je alergická na heřmánek. Klientka je citlivá na „červené omáčky“.</p> <p>Klientka si přeje vybírat jídla z jídelního lístku.</p> <p>Klientka dostává druhou večeři.</p>	<p>druhou večeři.</p> <p>Nedávat klientce heřmánkový čaj, je na něj alergická.</p> <p>Nepodávat klientce z dietních důvodů mléčné výrobky, sladké (kromě věcí, jež si koupí v kiosku) a červené omáčky.</p>
<p><b>6. Vylučování</b></p>	<p>+ Záchod měla mimo obývací část domečku – dřevěná kadibudka venku. V dospělosti měla vždy vlastní sociální zařízení v bytě.</p>	<p>+ Klientka po celý den i noc nosí inkontinenční pomůcky (inko. pom.).</p> <p>Dle potřeby se jí mění několikrát za den i noc. Někdy si sama zazvoní na výměnu.</p> <p>- Klientka si někdy před přesunem na aktivity sama sundá inko. pom. a tím znečistí pokoj i své oblečení. Klientka si nepřeje, aby jí vyměňoval inko. pomůcky muž.</p>	<p><b>!VÝMĚNU inko. pom. nikdy nedělá muž!</b></p> <p>Personál provádí výměnu inko. pom. dle potřeby – respektive při ranní a večerní hygieně, před obědem a v nočních hodinách, než jde klientka spát.</p> <p>Klientku před každou její aktivitou navštívit, zdali má inko. pomůcku.</p>
<p><b>7. Seběpěče – oblékání</b></p>	<p>+ V mládí a dospělosti dbala na svůj vzhled, nosila ráda šaty a byla upravená.</p> <p>Měla ráda sladěné oblečení a prstýnky.</p> <p>- Klientka nosila oblečení po sestře, pochází z chudé vesnické rodiny. Klientka byla kárána za ušpinění nebo poničení oblečení.</p>	<p>+ Klientka chodí upravená, sama si vybírá oblečení. Je potřeba dopomoc s oblékáním. Po celý den chodí v šatech nebo sukni s halenkou bez punčoch či ponožek. Lichotí jí pochvala, jak jí to sluší.</p>	<p>Dohled nad čistotou oblečení, chválit její vzhled.</p> <p>Dopomoc s oblékáním</p>

	Jako malá chodívala často bosa.		
<b>8. Být mužem/ženou</b>	<p>+ Klientka má dvě dcery. Bylo pro ni důležité být upravená, sladěná. Nosila ráda prstýnky. Dodržovala zásady, které se naučila při studiu a pobytu v klášteře.</p> <p>- Klientka se rozvedla, s mužem neměla hezký vztah, podruhé se již nevdala. Negativní zkušenost v souvislosti s válkou.</p>	<p>+ Za klientkou docházejí obě dcery, vnoučata i pravnoučata. Klientka vždy chodí upravená, nosí pouze sukně či šaty, nikdy kalhoty (ty nosí muži). Klientka se na společenské aktivity převléká do „svátečnějších šatů“. Klientka nosí prstýnky a řetízky s křížkem.</p> <p>- Nemá ráda cizí muže.</p>	<p>Nerozvíjet konverzaci o manželovi, pokud o něm nezačne klientka sama hovořit.</p> <p>Hygienu a ostatní intimní úkony nesmí provádět muž!</p> <p>Podpora v návštěvnosti rodiny.</p> <p>Klientce chválit vzhled a zvolené oblečení.</p>
<b>9. Zaměstnat se</b>	<p>+ Ráda psala povídky, články do časopisů. Ruční práce – háčkování Klientka měla zájem o náboženství díky studiu. Klientku bavila ve škole literatura, psaní, čtení a zpěv (měla pocit, že zpívat neumí). Jako malá se od starší sestry učila pečovat o zahrádku, měla to ráda.</p> <p>- Musela se starat sama o své děti a žila ve skromných poměrech, takže na jiné koníčky nebyl čas ani finance, rodiče ji pomáhali.</p>	<p>+ Přispívá básničkami do místního měsíčníku. Háčkuje prostírání, ale dlouho u toho nevydrží, bolí ji ruce. Někdy dochází dle své nálady na trénování paměti. Dochází na mši. Na pokoji si luští křížovky, čte knihy. Vede vlastní čtení z bible, o které je zájem i ze strany dalších klientů. Klientka zvládne zčásti úklid pokoje sama, PSS jí dle potřeby dopomůže.</p> <p>- Klientka někdy odmítá aktivity v domově, sama si určuje, kam a na jakou aktivitu půjde.</p>	<p>Podpora v psaní článků, docházet na mši, luštění křížovek, čtení časopisů a knížek, trénování paměti, reminiscence.</p> <p>Čtení úryvků z bible - každou neděli od 9:00 hod. na denní místnosti.</p> <p>Pomáhat klientce při úklidu pokoje a skříní.</p>

<p><b>10. Klid a spánek</b></p>	<p>+ V dětství spaly všechny děti v jedné místnosti, každé mělo svou postel. Spala ráda při otevřeném okně, často větrala. Spát klientka v dětství chodila v 8 a vstávala brzy ráno, aby pomohla s domácností. Maminka klientce zpívala v dětství ukolébavky a hladila ji. Vždy dobře spala.</p> <p>- Jako malá měla zážitek, že se vzbudila po válečném útoku a byla sama (rodiče byli naštěstí vedle, jen ji nechali spát).</p>	<p>+ Klientka dobře spí, ale je někdy potřeba ji zkontrolovat, když dlouho v noci svítí, hrozí pád. Klientka má vždy otevřené okno. Klientka se brzy budí. Po obědě si klientka krátce zdřímne.</p>	<p>Klientka si nepřeje noční kontroly. Pokud klientka dlouho do noci svítí, navštívit ji – riziko pádu a v případě potřeby klientce vyměnit inko. pomůcku. Klientka se budí brzy ráno – navštívit ji, zdali je vše v pořádku, a v případě potřeby dopomoci s hygienou.</p>
<p><b>11. Péče o bezpečné prostředí</b></p>	<p>- Jako malá mívala strach z pavouků. Traumatický zážitek z války. Manželství.</p>	<p>+ Klientka se sama pohybuje po domově za pomoci chodítka. - Klientka si nepřeje dopomoci s hygienou od mužů.</p>	<p>Ponechávat chodítka na určeném místě. U klientky hygienu neprovádí muž.</p>
<p><b>12. Zajistit sociální oblasti – vztahy</b></p>	<p>+ Velmi silná vazba na rodinu, v rodině panovaly dobré vztahy a příbuzní se navzájem velmi často navštěvovali.</p> <p>- Později bývala klientka pouze s dětmi, do společnosti mimo práci moc nechodila.</p>	<p>+ Za klientkou docházejí pravidelně její dcery a vnoučata. Velmi dobře vychází se svou spolubydlící paní Hankou. Vede skupinu čtení z bible. Je výřečná – často mluví o dětství. + projevila zájem o rozhovory s psychologem</p>	<p>+ Podpora rodinných návštěv, skupiny čtení z bible. Rozhovory s pracovníky domova, psychologem.</p>



<p><b>13. Zvládání zátěžových situací</b></p>	<p>- V dětství měla strach z pavouků. Za války prožila její rodina několik útoků, zejména pak při přechodu fronty – jedná se o velmi negativní zážitek, nechce o něm mluvit. Neměla dobrý vztah s manželem - rozvedli se.</p>	<p>+ Velmi dobrý vztah s psychology Domova, se kterými si povídá. V případě zátěžových situací si klientka přeje tyto situace řešit s vedoucí úseku a psychology. Zátěžové situace klientka nikdy neřeší s dcerami.</p> <p>- Nemá ráda cizí muže.</p>	<p>Pravidelné rozhovory s psychology.</p> <p>V případě zátěžové situace rozhovory s vedoucí úseku.</p>
<p><b>14. Orientace (časem, místem, osobou, situací)</b></p>	<p>Časem: + Klientka nosila celý život náramkové hodinky.</p> <p>Místem: + Klientka si pamatuje na místa, kde žila.</p> <p>- Často se stěhovala.</p>	<p>Místem: + Klientka ví, kde teď bydlí, kam má docházet na jídlo i kde se pořádá páteční mše svatá, kde je kiosek, pokladna – klientka se po Domově pohybuje zcela samostatně.</p> <p>Časem: - Klientka není orientována a dochází na jídlo v jinou dobu nebo si nepamatuje, že už na jídle byla. Nosí náramkové hodinky, na pokoji má hodiny.</p> <p>Osobou: + Klientka pozná své rodinné příslušníky.</p> <p>Situací: Klientka je orientována situací, avšak při zátěžových situacích má obtíže na tyto situace nahlížet objektivně.</p>	<p>Klientce připomínat čas, a to vždy když klientku navštívíme v jejím pokoji, kdy probíhají aktivity, vč. stravování.</p> <p>Klientce se personál vždy představí jménem.</p> <p>Pokud se klientka nachází v zátěžové situaci a není schopná objektivního náhledu, tak ji její náhled nevyvracet, ale nabídnout návštěvu psychologa či vedoucí úseku.</p>

<p><b>15. Spirituální potřeby</b></p>	<p>+ Klientka byla silně věřící, pobývala také v klášteře, studovala Misijní ústav učitelství. Pro klientku má velký význam rodina.</p>	<p>+ Klientka je silně věřící, čte nábožensky založené knihy, navštěvuje mši a předčítá z bible.</p>	<p>Podpora v docházení na mši a vedení její vlastní skupiny „čtení z bible“.</p>
---------------------------------------	---	--	--

Zdroj: Vlastní zpracování

Při stanovení vhodných intervencí (podle Böhma „impulsů“) je porovnání údajů z biografie a současného stavu klíčové. Jako příklad uvádím dvě intervence popisující zvolený impuls a jeho provázanost s údaji z biografie.

Název intervence: Založení jejího vlastního přednáškového cyklu „čtení z bible“.

Tato intervence vznikla na základě potřeby klientku více socializovat a především podporovat její osobní důležitost (těžce nesla svoji inkontinenci, což snižovalo její sebevědomí). Klientka si na víře velmi zakládá a je v tomto směru velmi sečtělá. Klientka si občas posteskla, že ji něco takového v zařízení chybí, i když pravidelně chodí na mši. Klientka ráda předává své vědomosti dále, je ráda ve středu dění.

Název intervence: Nabídka psaní příspěvků do místního bulletinu.

Klientka celý život píše básničky a fejetony, proto byla tato intervence logická. Klientka pravidelně přispívá svými básničkami. Bulletin je klientce vždy donesen, aby věděla, že její básnička byla otištěna. Své publikované básně následně ukazuje dcerám.

### 7.3 Individuální plán péče (PALATA)

Tabulka 2: Individuální plán péče

<p><b>Individuální plán péče</b></p>
<p>Jméno a příjmení: Marie Krejčová Oslovení: paní Krejčová Platnost: 31. 5. 2019 – 31. 8. 2019</p>
<p>Životní příběh klientky: Klientka Marie Krejčová se narodila 2. května 1935 v malé moravské vesničce Polešovicích. Maminka byla laskavá, otec moudrý a vážný. Marie Krejčová je čtvrtým dítětem Jaromíra a Ludmily. Navštěvovala místní vesnickou školu, do měšťanky chodila do nedaleké vesničky Ořechov. V mládí prožila i válku.</p>

Studovala Misijní ústav učitelství v Přerově – pedagogiku a Teologickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci. Učila náboženství na základní škole v Újezdci poblíž svého bydliště. V březnu 1956 se vdala. Manžel Peter byl původem ze Slovenska a pracoval jako voják z povolání.

Narodily se jim dvě dcery – Eva a Jana. Po narození druhé dcery se s manželem rozvedla a dcery vychovávala sama. Pracovala jako sekretářka v advokátní kanceláři ve Strážnici. Ve Strážnici žila do jara 1964. V tomto období již publikovala v časopisech.

Na podzim roku 1964 se přestěhovala do Uherského Ostroha, kde pracovala v kabelovně, později jako vychovatelka v Ústavu sociální péče pro mládež, prodavačka v Jednotě a nakonec na pozici sekretářky u drah.

Celý život píše krátké příběhy o lidech, jejich osudech, lásce a lhostejnosti. Některé povídky vyšly v časopisech, jedna byla dokonce uvedena v televizních Bakalářích.

Dlouhá léta měla zahrádku, kde pěstovala zeleninu, jahody a několik bylin. V roce 1990 odešla do důchodu a díky dcerám, které jí našly byt, se přestěhovala do Prahy, kde pracovala v Národní galerii jako kustodka.

V současné době má 3 vnuky, vnučku a 2 pravnoučata.

Klientka nastoupila do domova 15. dubna 2018 z důvodu stále se zhoršujícího zraku a neschopnosti se o sebe samostatně postarat v domácím prostředí.

Zdroje informací: rozhovor s klientkou, s dcerami klientky, mapování

Dojednaná podpora (cíl):

1. přímá obslužná péče, která vychází z aktuálního stavu klienta – viz plán péče,
2. udržení pohyblivosti,
3. zúčastňovat se vybraných aktivit,
4. zprostředkování kontaktu s okolím.

Kroky k naplnění cíle:

1. PŘÍMÁ OBSLUŽNÁ PÉČE
  - Ranní vstávání

Klientka vstává okolo 6 h. Čas od času se klientka budí dříve a zvoní si na výměnu inko. pom.

- Ranní hygiena, oblékání, stlaní lůžka

Klientka si sama dojde do koupelny, která je na pokoji, sama se umyje a PSS pomůže s oblékáním.

Klientka používá celodenně zalepovací kalhotky a přes ně se nandají její bavlněné kalhotky. Tento úkon provádí PSS, přijde na pokoj za klientkou kolem 6:30 h.

Klientce zastele lůžko. Po pokoji se posbírání znečištěné osobní prádlo. Klientce se pere její osobní prádlo na oddělení.

- Podávání stravy

Klientka dochází celodenně na jídlo na DM. Ke každému jídlu se klientce vždy nalévají dva hrnečky hořkého čaje do jejích osobních hrníčků. Před každým jídlom je jí aplikován inzulin. Klientka nevyžaduje žádnou úpravu stravy. Jí příborem, druhé jídlo dostává na mělkém talíři. Klientce se po obědě vaří káva (turek, jedno sladidlo, bez mléka, do jejího

hrníčku), kterou jí připraví personál. Klientka je citlivá na jídla, která obsahují mléko, z tohoto důvodu si klientka přeje brambory místo bramborové kaše, a také je citlivá na červené omáčky.

Klientka si každý měsíc vybírá jídla z jídelního lístku se svým KP, a to i když má dietní omezení – domluveno s nutričním terapeutem.

- Podávání tekutin

Klientka dochází na podávání stravy na DM (denní místnost), kde má vždy připravené dva hrníčky hořkého čaje. Pokud čaj vypije, sama požádá o dolití. Na pokoji má vlastní termosku, do které se klientce vždy ráno doplní hořký černý čaj a v případě potřeby se termoska po obědě doplní. Klientka si sama čaj dolévá do hrníčku.

- Večerní hygiena, svlékání, rozestlání lůžka

Klientka si večerní hygienu provádí sama, je potřeba se u klientky zastavit a zeptat se, zdali vše zvládla. Oblékne si noční košili, s rozestláním lůžka je někdy potřeba dopomoc. Ve 20:00 je klientce aplikován inzulin SZP a podána druhá večeře. Klientce PSS vymění zalepovací kalhotky a jsou jí na to nandány spodní kalhotky. Dle potřeby jí v noci vymění inko. pom.

- Večerní usínání, noční kontroly

Klientka si chodí lehnout po druhé večeři, často se však stává, že klientka v noci svítí, proto je potřeba jít ji zkontrolovat kvůli možnosti pádu. Klientka si vždy na noc větrá. Noční kontroly si nepřeje, pouze první návštěvu.

- Celková koupel, údržba čistoty pokoje

Klientka se koupe se svým klíčovým pracovníkem (KP), a to vždy po vzájemné dohodě v minimálním rozsahu 1× týdně. KP jí pomůže umýt hlavu, záda a nohy, ostatní si umyje sama. Hygienu nikdy nesmí provádět muž. Klientce se vyfoukají vlasy, dle potřeby se jí ostříhají nehty na rukou. V tento den se dezinfikuje a převléká lůžko, utrou se povrchy. Osobní prádlo se klientce pere v pračce na oddělení. Klientce se často mění osobní spodní prádlo, neboť si sundává inko. pom. a již si nevezme nové a znečištěné prádlo různě poschovává na pokoji.

- Používání inkontinenčních pomůcek

Klientce se dle potřeby vyměňují inko. pom., respektive vždy při ranní a večerní hygieně, před obědem a dle potřeby (před aktivitami). Klientka je schopna si samostatně docházet na WC. Klientce dle potřeby dokupují inko. pom. dcery.

## 2. UDRŽENÍ POHYBLIVOSTI

U klientky se zvýšilo riziko pádů. Klientka se pohybuje pomocí kompenzační pomůcky – vysokého chodítka. Klientka dochází na rehabilitace na zlepšení pohyblivosti dolních končetin a zlepšení její mobility. Každé ráno po domluvě s rehabilitační sestrou si klientka dojde na rehabilitaci sama. V rámci udržení pohyblivosti jsou klientce tolerovány menší nákupy sladkého v kiosku.

## 3. ZÚČASTŇOVAT SE VYBRANÝCH AKTIVIT

Klientka je věřící, vystudovala Misijní ústav učitelský a Teologickou fakultu v Olomouci. Učila náboženství na základní škole, stále se ráda dělí o informace získané při studiu náboženství. Z tohoto důvodu klientka vede každou neděli od 9 hodiny vlastní přednáškový blok „čtení z Bible“. Toto čtení využívají i klienti z jiných oddělení.

Také vystudovala publicistiku, píše básně, povídky a fejetony – klientka s nadšením pravidelně přispívá do místního bulletinu.

Klientka si aktivity vybírá sama. Klientka je věřící, dochází každý pátek na mši, která je pořádána domovem. Ráda se účastní skupinového čtení na DM, trénování paměti, kdy se vaří i káva. Občas navštíví i skupinové luštění křížovek na DM.

#### 4. ZPROSTŘEDKOVÁNÍ KONTAKTU S OKOLÍM

##### - Komunikace

Komunikace je s klientkou dobrá, hůře slyší na pravé ucho. Ráda si povídá o dětství, náboženství, svých dcerách, jejich dětech. Klientka má ve svém pokoji nástěnku, kde má celou svoji rodinu na fotografiích.

##### - Klient a rodina

Klientka se pravidelně stýká se svojí rodinou, zejména s dcerami. Udržují velmi pěkný vztah.

##### - Zprostředkování kontaktu s poskytovanými službami v zařízení

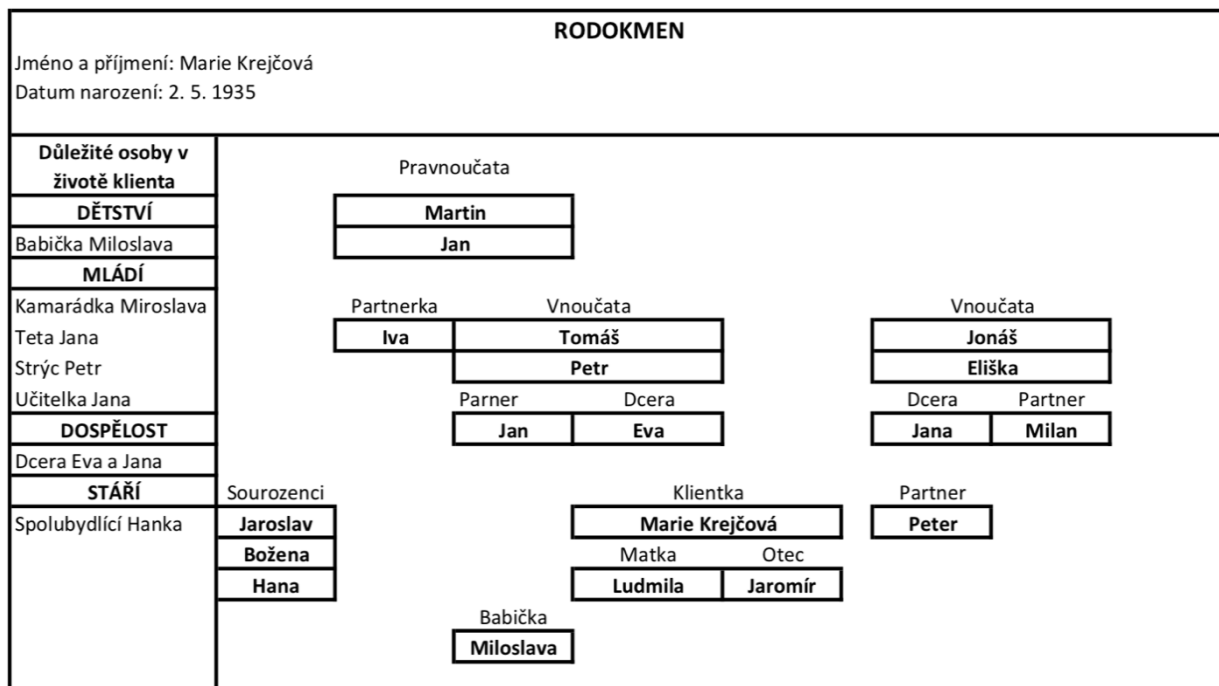
Klientka využívá služeb kadeřníka a pedikúry. V kiosku si nakupuje sama.

Změna: Klientce se ze zdravotních důvodů vaří káva na DM odd. B. S klientkou je dohodnuto, že káva se uvaří jedna po obědě a jedna odpoledne ke svačině. Do kávy se přidá jedna tableta diabetického sladidla. Vše má klientka označené svým jménem.

Datum: 22. 5. 2019

Zdroj: Vlastní zpracování

## 7.4 Rodokmen (KBP)



Obrázek 1: Rodokmen

Zdroj: Vlastní zpracování

## 7.5 Datový list (KBP)

Tabulka 3: Datový list

Datový list	
Jméno a příjmení: Marie Krejčová	
Datum	Událost
2. 5. 1995	Narození
31. 8. 1925	Narození bratra Jaroslava
12. 11. 1927	Narození sestry Boženy
4. 4. 1933	Narození sestry Hany
Březen 1956	Svatba s manželem Peterem (roku 1960 se rozvedli)
19. 9. 1956	Narození dcery Evy
5. 10. 1957	Narození dcery Jany

Podzim 1964	Stěhování ze Strážnice do Uherského Ostroha
Červen 1975 a 1976	Odchod dcer z domova na vysoké školy
15. 4. 2018	Nástup do domova Palata

Zdroj: Vlastní zpracování

## 7.6 Diferenciální diagnostika (PBM) a systém rychlého skóre (KBP)

Diferenciální diagnostika a diagnostika na základě systému rychlého skóre se prováděla 17. července. U procesu diferenciální diagnostiky je důležité, aby určité projevy klienta pozorovaly nejlépe tři osoby. Spolu s dalšími dvěma pracovníky domova Palata jsem stanovil aktivitu klienta, která bude hodnocena (zvláště pro stabilní a nestabilní fázi).

Stabilní fáze: Klientka obědvá na denní místnosti.

Nestabilní fáze: Klientka přišla na pracovnu a shání se po své červené dece, která je v prádelně. Klientka tvrdí, že ji někdo ukradl. Nepřijímá vysvětlení, že je deka v prádelně.

Po pozorování jsme popsali průběh a prezentovali ho týmu. Na základě údajů a diskuse jsme diagnostikovali klientku ve stabilní a poté v nestabilní fázi. Na závěr je potřeba vypočítat průměr a tím klienta zařadit do stupně regrese.

Tabulka 4: Diferenciální diagnostika

OBLAST	STABILNÍ FÁZE	NESTABILNÍ FÁZE
Emoce (citový život)	4	5
Psychomotorika	3	5
Schopnost kontaktu (sociální kontakt)	3	5
Volní chování (vůle)	2	5
Orientace	2	4
Paměť	4	4
Formální myšlení	3	5
<b>STUPEŇ REGRESE</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

## 7.7 Systém rychlého skóre (KBP)

U systému rychlého skóre může skórování provádět jeden pracovník, ale s následnou korekcí v týmu kvůli k objektivitě. Na základě pozorování jsem tedy stanovil stupně rychlého skóre. Při stabilní fázi odpovídá skóre 1-M a v nestabilní fázi 1-S. Hodnotí se pouze schopnost orientace.

Podle interních dokumentů se stanoví vhodná forma péče a zaneše se do individuálního plánu péče.

## 7.8 Vyhodnocení biografie a ostatní dokumentace

Při zpracování biografie jsem vycházel především z vyprávění klientky, rozhovorů se sociální pracovníci a pečovatelkami a interní dokumentace zařízení. Rodinní příslušníci mi poskytl několik informací skrze dokument „Životní příběh“. Tyto informace však byly velmi stručné a motivovat rodinné příslušníky k jejich sepsání bylo obtížné. Při sociálním šetření jsme jim spolu se sociální pracovníci vysvětlovali, k čemu je dobré znát životní příběh jejich maminky. I přesto byla z jejich strany spolupráce minimální. V průběhu výzkumu se však více otevřeli a poskytli nám další údaje do biografie.

Klientka byla ve vyprávění velmi otevřená a dle mého názoru výrazně pomohlo, že mě znala už ze sociálního šetření. Po nějakém čase začala být sama od sebe sdílná i směrem k pečovatelkám a sociální pracovníci, ty mi nové poznatky o klientce sdělily nebo jsem čerpal z interní dokumentace.

Na klientce bylo znát, že se i ve vzpomínkách nejvíce vrací do dětství, což je u osob se symptomy demence zcela běžné. Znatelný také byl prohlubující se vztah mezi mnou a klientkou, a to zejména skrze sdílení životního příběhu. Při jednom rozhovoru mi klientka vyprávěla osobní zkušenost z dětství, kterou jsem s ohledem na její intimní povahu nezveřejnil v biografii. Potřebná opatření v oblasti péče plynoucí z jejího zážitku jsem zanesl do ADŽ i individuálního plánu péče.

Z biografie vyplynulo několik hlavních oblastí, které byly stěžejní při vypracování ADŽ i individuálního plánu péče. Konkrétně se jedná například o velmi dobrý vztah k dětství a skromnému vesnickému životu, silná víra, vřelý vztah k původní i současné rodině a zájem o psaní. K náročnějším tématům patří manželství, prožitá válka a s ní spojené zážitky



v dětství a nepřítomnost partnera. Jako rizikový faktor na mě působilo také velmi četné stěhování klientky a chybějící blízké sociální kontakty po rozvodu s manželem.

Při sestavování ADŽ bylo velmi zajímavé vytáhnout z biografie silné a rizikové body. Při včlenění poznatků z klientčina života do tohoto dokumentu a jejich porovnání s momentálním stavem bylo stanovení plánu péče jednoduché a svým způsobem i kreativní. Samozřejmě bylo potřeba i pátrat po správné informaci a někdy vhodná forma péče vyplynula až z mapování, ale úspěšný výsledek byl o to motivačnější.

Individuální plán péče mi pomohl podrobně konkretizovat jednotlivé kroky plánu péče uvedené v ADŽ. Nutnost uvedení krátkého výtahu z biografie v tomto dokumentu mě vedla ke stanovení základních opěrných bodů při poskytování péče.

Sestavení rodokmenu je určitě velmi nápomocné ke zjištění míry sociálních vztahů klienta. Posiluje se také orientace pracovníka v rodině klienta. V tomto případě není riziko sociální izolace veliké – klientku navštěvuje rodina a dobře vychází se svou spolubydlící. Důležitost údajů z datového listu jsem bohužel neměl možnost za tak krátkou dobu ověřit. Podle informací od sociálních pracovníků zařízení jim však mnohokrát pomohly k vysvětlení zhoršené somatiky klienta.

Diferenciální diagnostika je vhodná k zorientování se v momentálním stavu klienta. Díky popisu toho, jak se která oblast (komunikace, kognice, emoce atd.) projevuje v konkrétním stupni regrese, je tato diagnostika velmi podrobná. Na jejím základě jsem stanovil vhodnou formu péče a tím lze určit, co už klient není s to vykonávat či pochopit. Jedná se však o nástroj, který vyžaduje hlubší poznatky v psychobiografickém modelu péče a bez absolvování odborného kurzu není vhodné, nejspíš ani možné ji používat.

Systém rychlého skóre sice není tak podrobný, ale díky čtyřem integračním kategoriím popisujícím psychickou a fyzickou mobilitu se jedná o efektivní nástroj ke stanovení aktuálního stavu klienta. Zároveň se jedná o poměrně jednoduchý diagnostický nástroj, který po zaškolení zvládne i řadový pracovník. Obě diagnostiky jsem použil ke stanovení vhodné formy péče v tzv. stabilní i nestabilní fázi klienta. V tomto případě se jedná o re-aktivizační formu péče, a to jak ve stabilní, tak nestabilní fázi. Klientka se dle diferenciální diagnostiky nachází ve 3. stupni regrese, ve kterém jsou jádrem zájmu emoce a základní potřeby. Odpovídá věku 12–18 let. Rituály a zvyky se dostávají do popředí. V nestabilní fázi se klientka nachází v 5. stupni regrese, kde působí především pudy a instinkty. Odpovídá věku

3–6 let. Klient se v této fázi nachází ve svém světě a kognice zdatně ustupuje do pozadí. Často se využívají v komunikaci pohádky, básně či písně.

Podle výsledků rychlého skóre lze usoudit, že klientka je pohyblivá s kompenzační pomůckou (chodítkem) a kolísá od mírných poruch chování (stabilní fáze) až po střední poruchy chování (nestabilní fáze).

## 8 Závěr výzkumu

- Cílem kvalitativního výzkumu bylo zmapovat aspekty a metody psychobiografického modelu v péči o klienty v českém prostředí za součinnosti koncepce biografické péče o seniory a dokázat tak praktické využití.
- Dalším cílem bylo vypracovat kompletní biografii a související dokumentaci.
- Poté poznatky přenést do ADŽ a individuálního plánu péče včetně vhodné formy aktivizace.
- Dále upozornit na možné rizikové faktory související s péčí o konkrétní klientku.

Stanovené cíle považuji vzhledem k úspěšnému vypracování potřebných dokumentů a stanovení konkrétních postupů při péči za splněné.

Během výzkumu jsem měl příležitost získat podněty k zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

### **Jaké informační zdroje a postupy lze uplatnit při vypracovávání biografie klienta?**

Hlavním informačním zdrojem byl v mém výzkumu sám klient. Mezi ostatní informační zdroje patřili dcery klientky, sociální pracovník a pečovatelé a také interní dokumentace. Při popisu historického a regionálního kontextu jsem použil odborné historické publikace a telefonický rozhovor se starostou obce, kde klientka vyrůstala. K vypracování biografie by mohly sloužit například i deníky nebo výpovědi přátel.

### **Je psychobiografický model vhodný pro praktické užití v praxi?**

Použitelnost tohoto modelu v praxi se v rámci výzkumu potvrdila. Teorie psychobiografie je úzce propojena s praxí a samotný model nabízí praktické návody na její uplatnění. Díky jasně definovaným teoretickým východiskům je možné model provázat i s dokumentací. Velkým přínosem je v této oblasti Koncepce biografické péče, která tvoří jakýsi odrazový můstek pro uplatnění psychobiografického modelu v praxi.

### **Do jaké míry je možné provázat údaje z biografie s dokumentací klienta a individuálními plány péče (IPP)?**

Údaje obsažené v biografii bývají podrobné a pro účely dokumentace je nutné najít základní oblasti, jež ovlivní aktuální plán péče. Provázanost se týká zejména rituálů, zvyků a principu normality klienta. Postupy v IPP a ostatní dokumentaci mohou tyto oblasti zahrnout do péče a stanovit vhodné intervence.

## **Jakou roli hraje systém rychlého skóre (KBP) na základě pozorování klienta ve stanovení vhodné formy péče?**

Systém rychlého skóre představuje efektivní a poměrně rychlý diagnostický nástroj. Hodnotí psychickou a fyzickou mobilitu, a to ve stabilní i nestabilní fázi. Díky němu lze stanovit vhodnou a vyloučit nevhodnou formu péče o klienta na základě zjištění jeho momentálního fyzického i psychického potenciálu.

## **Jaká mohou být slabá místa při užívání modelu/koncepce v kontextu české legislativy?**

V průběhu výzkumu jsem identifikoval dva hlavní problémy v souvislosti s touto otázkou.

- Prvním je legislativní rozdělení sociálních a zdravotnických pracovníků, kvůli čemuž je znemožněn informační tok týkající se zdravotního stavu klienta.
- Druhým problémem je legislativní neukotvení práce s biografií, ten v případě tohoto výzkumu způsobil počáteční nízkou míru spolupráce ze strany rodinných příslušníků.

## **8.1 Diskuse**

Metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně případová studie je dle autora vzhledem ke stanoveným cílům stále nejvhodnější postup. Tato metoda má samozřejmě svá slabší místa projevující se zejména v časové náročnosti, velkém rozsahu dat, nebo naopak nedostatek informací o určitých životních obdobích. Je důležité vytáhnout klíčová fakta a zároveň neopomenout oblasti, které jsou pro klienta subjektivně velmi podstatné.

S klientkou přijde do styku nejdříve sociální pracovník v rámci sociálního šetření a při samotném pobytu několik dalších pracovníků a pečovatelů, což klade vysoké nároky na komunikaci a týmovou spolupráci. Při takto početném týmu může dojít ke komunikačním šumům v interní dokumentaci, které mohly ovlivnit nejen výzkum, ale také samotnou péči o klienta.

Výsledky nelze generalizovat na celou populaci a vzhledem k hlavnímu těžišti v životním příběhu klienta ani na jinou další osobu.

Jako nejslabší místo práce vnímá autor omezený počet zkoumaných osob. Přestože bylo cílem vypracovat kompletní biografii vč. dokumentace a na případu jednoho klienta názorně předvést použitelnost modelu, v případě většího počtu respondentů by bylo možné použitelnost modelu více prokázat. Jako výzvu vnímá autor práci s diferenciální diagnostikou

nebo systémem rychlého skóre, která by mohla porovnávat výsledky klientů, u kterých se pracuje s biografií, s těmi, u kterých se s biografií nepracuje.

Autor dále uvažoval nad tím, že zachycené životní příběhy, a to i přes nutné změny v souvislosti s etikou výzkumu, jsou velmi intimní a je potřeba dbát na zachování anonymity klienta. V rámci výzkumu se vyskytla situace, kdy klient vyprávěl autorovi velmi osobní zážitek, který nebylo možné uvést. Nutná opatření v poskytování péče byla zavedena do ADŽ i individuálního plánu péče. Své opodstatnění má pro pečující znalost etických zásad pro práci s biografií seniora (KBP).

Autor zůstává s klientem i personálem nadále v kontaktu a sleduje průběh života klientky.

## Závěr

Bakalářská práce se v teoretické části věnuje základním východiskům psychobiografického modelu péče prof. Böhma a koncepci biografické péče o seniory. Sepsání této práce a absolvování odborného kurzu práce s biografií pomohlo přiblížit autora k tomuto tématu. Autor vnímá komplexnost psychobiografického modelu a potřebu se pro jeho efektivní a profesionální použití v praxi odborně vzdělávat. Prostřednictvím tohoto modelu lze poskytovat skutečně individuální péči s respektem ke klientovi. Velký přínos modelu vnímá autor také v samotném vztahu pečovatele a klienta. Za seniorem totiž díky celému procesu práce s biografií krystalizuje jeho životní příběh se všemi zkušenostmi, radostmi, zvraty i příležitostmi, které pracovník může vnímat.

Praktická část je věnována případové studii, sepsání kompletní biografie klienta s potřebnou dokumentací. Mimo výzkumné cíle je pro autora důležitý také cíl edukativní. V rámci praxe v domově Palata měl autor možnost vidět velký přínos tohoto modelu a vysokou profesionalitu personálu v poskytování péče.

Práce s lidmi se symptomy demence je práce vyžadující určitou osobní zralost, osobnostní předpoklady a odbornou způsobilost. Psychobiografický model na těchto základech staví, oživuje a rozhýbává psychiku klienta a pozitivně ovlivňuje také pečovatele.

Autor věří, že naplnil nejen výzkumné cíle, ale také že přispěje k šíření vize psychobiografického modelu i koncepce biografické péče.

## Seznam literatury

- Bicková, L. (2011). *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
- Bilík, P. (2013). *České země a Československo ve 20. století*. Olomouc: Olomoucký kraj.
- Böhm, E. (2004). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Böhm, E. (2009). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. Wien: Maudrich.
- Böhm, E. (2015). *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta.
- Buijssen, H. (2006). *Dementia: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál.
- Dvořáčková, D. (2009). Společenské uplatnění seniorů aneb aktivní stáří. *Sociální péče*, 4, 24–25.
- Erikson, E. H., & Šimek, J. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Devět věků člověka*. Praha: Portál.
- Friedlová, K. (2009). *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace.
- Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. Praha: Grada.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holmerová, I., Janečková, H., Vaňková, H., & Veleta, P. (2005). Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*, 9(4), 180–184.
- Holmerová, I., Jarolímová, E., & Suchá, J. (2007). *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations.
- Hrozenká, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada.
- Juklová, K., & Skorunková, R. (2009). *Základy psychopatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Jung, C. G., & Jacobi, J. (1995). *Člověk a duše*. Praha: Academia.

Kaufmanová, P. (2004). Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/sociální práce*, 2, 95–105.

Koukolík, F., & Jirák, R. (1998). *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Lindmeier, 2004

Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

Plevová, I. (2012). *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada.

Pokorná, A. (2013). *Ošetrovatelství v geriatrici: Hodnoticí nástroje*. Praha: Grada.

Procházková, E. (2010). Diferenciální diagnostika, stupně regrese a formy péče. *Sociální práce*, 12(6–7.), 28–29.

Procházková, E. (2014). *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta.

Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Regnault, M. (2011). *Alzheimerova choroba: Průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál.

Řičan, P. (2009). *Psychologie*. Praha: Portál.

Štěpánková, H., Höschl, C., & Vidovičová, L. (2014). *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Wehner, L., & Schwinghammer, Y. (2013). *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

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

Zgola, J. M. (2003). *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada.

Zvěřová, M. (2017). *Alzheimerova demence*. Praha: Grada.



## Seznam tabulek

Tabulka 1: ADŽ .....	44
Tabulka 2: Individuální plán péče.....	50
Tabulka 3: Datový list.....	54
Tabulka 4: Diferenciální diagnostika.....	55

## Seznam příloh

Příloha 1: Adaptační individuální plán .....	67
Příloha 2: Životní příběh – vyplněný od rodiny.....	68
Příloha 3: Životní příběh – šablona.....	71
Příloha 4: Fotografie – vybavení denní místnosti v domově Palata .....	74

## Přílohy

Příloha 1: Adaptační individuální plán

*Palata – Domov pro zrakově postižené, Na Hřebenkách 5, 150 00 Praha 5*

# Adaptační individuální plán

Jméno klienta: Marie Krejčová

Datum nástupu: 15. 4. 2018

oblasti	úkony	samostatně	s pomocí	nevykoná	Poznámka/jakým způsobem
MOBILITA	Vstávání/uléhání	x			
	Změna polohy do sedu	x			
	Změna polohy na lůžku	x			
	Chůze	x			S chodítkem
OBLÉKÁNÍ/ SVLÉKÁNÍ	Oblékání/svlékání		x		Oblékání
	Výběr oblečení	x			
	Obouvání/zouvání	x			
ORIENTACE	Ve svém pokoji	x			
	V nejbližším okolí (dům)	x			
	Venku	x			
STRAVOVÁNÍ	Porcování/krájení	x			
	Přijímání stravy	x			
	Přijímání tekutin	x			
	Příprava kávy/svačiny	x			Zalévá si vše teplou vodou z vodovodu
HYGIENA	Koupání/sprchování		x		
	Mytí vlasů		x		
	Stříhání nehtů			x	
	Péče o zuby/zubní protězu	x			
	Holení				
POUŽITÍ WC	Vyhledání a použití WC	x			
	Použití mobilního WC				
	Výměna pomůcek pro inkontinenci				Inkontinentní, nepoužívá inko. pomůcky
KOMUNIKACE	Slovní	x			
	Písemná	x			
	Telefonická	x			
NAKLÁDÁNÍ S PENĚŽI	Hospodaření s penězi	x			
VOLNOČASOVÉ AKTIVITY	Organizace volného času	x			Tráví čas doma
	Zapojení se do společenských aktivit				Spíše samotářka
DOMÁCNOST	Mytí nádobí	x			V rámci zrakové vady
	Úklid povrchů/utírání prachu	x			V rámci vady
	Výměna ložního prádla		x		Dcery
	Stlání lůžka	x			

Zdroj: Palata - domov pro zrakově postižené

Příloha 2: Životní příběh – vyplněný od rodiny

Na následujících řádcích bychom Vás chtěli požádat, abyste stručně vypsali/a Vaš osobní životní příběh. Zaměřte se, prosím, na osoby a události, které Vás ve Vašem životě výrazně ovlivnily, na co rád/a vzpomínáte, o čem rád/a hovoříte. Uvedené body slouží pouze jako inspirace, nemusíte se nutně vyjadřovat ke všemu. Naopak můžete přidat i další momenty Vašeho života, které jsou pro Vás důležité. Vámi sepsaný životní příběh poslouží pracovníkům domova k tomu, aby Vám vytvořili podmínky, ve kterých byste se mohli cítit jako doma.

## ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH

Jméno a příjmení: Marie Krejčová

Datum a místo narození: 2. května 1935, Polešovice

Rodiče: Jaromír a Ludmila Krejčovi

Otec – povolání: zemědělec

Matka – povolání: prodavačka

### DĚTSTVÍ – končí nástupem do ZŠ

- 1) Datum a místo narození? **2. 5. 1935 v Polešovicích**
- 2) Sourozenci – jména, roky narození, pořadí, povolání? **Jaroslav – 1925 (tesař), Božena – 1927 (učitelka) a Hana – 1933 (švadlena).**
- 3) Starost o sourozence, mezi sourozenci?
- 4) Zvláštní vlastnosti, situace z dětství (maminka mi vždy říkala..., přezdívka mezi kamarády, ve škole...)?
- 5) Zvláštní nadání, zručnost (v dětství jsem byl/a nejlepší, co mi nešlo...)? **Psaní**
- 6) Oblíbené jídlo, pití (kdo ho připravoval,...)? **Brambory s kyškou a mlékem (jedli prý, co měli – byli chudí).**
- 7) Vůně spojené s dětstvím (jídlo, květiny,...)? **Květiny**
- 8) Oblíbená píseň/ hudba? **Moravské písně.**
- 9) Jak to doma vypadalo, v domě, okolo domu, krajina? **Skromné bydlení, domeček u lesa, vlastní pole a zahrádka**
- 10) Oblíbená činnost? **Psaní**
- 11) Povinnosti doma? **Starost o domácnost**
- 12) Jak to bylo ve škole – paní učitelky, spolužáci, třídní srazy?
- 13) Ocenění – ve škole, sporu, doma?
- 14) Ostatní drobnosti z dětství – oblíbené knížky, časopisy, zvířata, aj.?
- 15) Co bylo dovoleno ve volném čase – co znamenal volný čas v dětství a byl vůbec nějaký? **Hrávala si venku s místními dětmi**

- 16) Co bylo zakázáno ve volném čase?
- 17) Výchova – rodičů, prarodičů, co se nesmělo, maminka vždy říkala, rady tatínka, babičky, dědečka, aj.? **Tatínek byl prý vážný a moudrý, maminka laskavá. Zmiňuje hodně babičku a její rady, moudra.**
- 18) Náboženství – jakého vyznání, chodili do kostela, oblíbené modlitby...? **Katolička, pobývala i v klášteře a studovala Misijní ústav v Přerově a Teologickou fakultu v Olomouci.**
- 19) Na co rád/a z dětství vzpomínám? Zájmy, sbírky – známek, obaly,... **Rodina, rodná vesnička.**
- 20) Špatné vzpomínky z dětství a jak se tyto negativní zážitky podařilo překonat (2. sv. válka)? **Válka**
- 21) Věty z dětství, které se vryly do paměti a jsou pozitivní?

### MLÁDÍ – od nástupu do ZŠ do svatby

- 1) Volba povolání? **Učitelka, potom sekretářka.**
- 2) Svobodná rozhodnutí – a tak jsem se rozhodl/a, že...? **Pozici učitelky musela ukončit z důvodu státního zákazu.**
- 3) Svoboda – svoboda v oblékání 50.–60. léta – oblíbený oděv, svoboda slova – časopisy, noviny – oblíbený časopis, aj.?
- 4) Povinnosti – vzdělání, zaměstnání, povinnosti doma?
- 5) Idoly a vzory – herci, sportovci aj.? **Babička**
- 6) Aktivní činnost v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky – diplomy, vyznamenání, členské knížky)?
- 7) Ukončení vzdělání – jaká škola, řemeslo, jaké bylo hodnocení? **Ukončení v létě 1948 – Misijní ústav, získala ocenění za studijní výsledky.**
- 8) Radost z práce/povolání – první výplata, první dovolená?
- 9) První láska – jak jste se poznali, první rande, milostný dopis? **Poznala manžela, Petera Sulického**
- 10) Co bylo, bylo – mládí uběhlo rychle – vojenská služba, manželství, děti?

### DOSPĚLOST od svatby do odchodu do penze

- 1) Povinnosti/pracovní úkoly – povinnost pracovat, právo na práci?
- 2) Svatba – požádání o ruku, plánování svatby, svatba samotná, svatební šaty, kytice, dort aj? – foto **V březnu 1956 si vzala Petera Sulického, ale v 1960 se rozvedli – nerada na něj vzpomíná.**
- 3) Manželství – první radosti a starosti, bydlení, tchýně a tchán? **Nechce odpovídat.**
- 4) Přátelství z období dospělosti a ostatní vztahy (jak se Vám v nich vedlo – práce, široká rodina)? **Mimopracovní vztahy žádné.**
- 5) Děti – kdy se narodily, jména, výchova, jak studovaly (školka, ZŠ, SŠ, VŠ), jaké zaměstnání? **Eva (1956) a Jana (1957), obě vysokoškolačky, ekonomky.**

- 6) Zdraví – operace, nemocnice, jizvy, možné následky či omezení po operacích či jiných zdravotních problémech (diety, omezení chůze a nutné kompenzační pomůcky)?
- 7) Trávení volného času – byl vůbec nějaký, volný čas s dětmi, partnerem a s přáteli?  
**Ráda píše povídky.**
- 8) Co nás v dospělosti nejvíce negativně zasáhlo a jaké proběhly „ztráty“ v dospělosti (týkající se zaměstnání, rodiny, vztahů, co si život vzal...)?
- 9) Víra?
- 10) Politika?
- 11) Kultura, sport a zájmy?
- 12) Co bylo, bylo – zhodnocení dospělosti, děkuji a nikdy více..., nikdy nezapomenu na ...? **Vzpomíná na dětství, na svoje rodné místo a na rodinu.**

<b>STÁŘÍ od odchodu do penze do současnosti</b>
---

- 1) Odchod do penze – řádný či pozdní, stále pracuji, těším se na penzi, aj? **Na penzi se těšila, po odchodu do důchodu jsme jí našli byt v Praze, kde pracovala v Národní galerii do 72 let.**
- 2) Ztráta povinností – radost/smutek, co se změnilo, co mi chybělo a naopak co mi dělalo radost?
- 3) Nové úkoly a povinnosti – vnoučata, zahrada, starání se o ...?
- 4) Nové role – babička/dědeček, role penzisty? **V roce 1984 se narodil vnuk Tomáš, pak Petr (1984), Jonáš (1990) a vnučka Eliška (1989).**
- 5) Nové plány – a co teď po odchodu do penze, co se pro mě vše změnilo a co mě nyní čeká? Co mě těší? **Stále ráda píše.**
- 6) Životní bilancování – které životní období bylo pro mě nejšťastnější (oslavy a výročí, zlaté, stříbrné svatby, vnoučata, plesy, pozdní lásky, domácí mazlíčci), a které naopak neobtěžnější (odchod partnera, dětí, aj.) a co mi ještě zbylo?

Děkujeme za vyplnění a spolupráci.

Zdroj: Palata - domov pro zrakově postižené

### Příloha 3: Životní příběh – šablona

Na následujících řádcích bychom Vás chtěli požádat, abyste stručně vypsali/a Vaš osobní životní příběh. Zaměřte se, prosím, na osoby a události, které Vás ve Vašem životě výrazně ovlivnily, na co rád/a vzpomínáte, o čem rád/a hovoříte. Uvedené body slouží pouze jako inspirace, nemusíte se nutně vyjadřovat ke všemu. Naopak můžete přidat i další momenty Vašeho života, které jsou pro Vás důležité. Vámi sepsaný životní příběh poslouží pracovníkům domova k tomu, aby Vám vytvořili podmínky, ve kterých byste se mohli cítit jako doma.

## ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH

Jméno a příjmení:

Datum a místo narození:

Rodiče:

Otec – povolání:

Matka – povolání:

<b>DĚTSTVÍ – končí nástupem do ZŠ</b>
---------------------------------------

- 1) Datum a místo narození?
- 2) Sourozenci – jména, roky narození, pořadí, povolání?
- 3) Starost o sourozence, mezi sourozenci?
- 4) Zvláštní vlastnosti, situace z dětství (maminka mi vždy říkala..., přezdívka mezi kamarády, ve škole...)?
- 5) Zvláštní nadání, zručnost (v dětství jsem byl/a nejlepší, co mi nešlo...)?
- 6) Oblíbené jídlo, pití (kdo ho připravoval,...)?
- 7) Vůně spojené s dětstvím (jídlo, květiny,...)?
- 8) Oblíbená píseň/ hudba?
- 9) Jak to doma vypadalo, v domě, okolo domu, krajina?
- 10) Oblíbená činnost?
- 11) Povinnosti doma?
- 12) Jak to bylo ve škole – paní učitelky, spolužáci, třídní srazy?
- 13) Ocenění – ve škole, sporu, doma?
- 14) Ostatní drobnosti z dětství – oblíbené knížky, časopisy, zvířata aj.?
- 15) Co bylo dovoleno ve volném čase – co znamenal volný čas v dětství a byl vůbec nějaký?
- 16) Co bylo zakázáno ve volném čase?
- 17) Výchova – rodičů, prarodičů, co se nesmělo, maminka vždy říkala, rady tatínka, babičky, dědečka aj.?

- 18) Náboženství – jakého vyznání, chodili do kostela, oblíbené modlitby...?
- 19) Na co rád/a z dětství vzpomínám? Zájmy, sbírky – známek, obaly,....
- 20) Špatné vzpomínky z dětství a jak se tyto negativní zážitky podařilo překonat (2. sv. válka)?
- 21) Věty z dětství, které se vyryly do paměti a jsou pozitivní?

### MLÁDÍ – od nástupu do ZŠ do svatby

- 1) Volba povolání?
- 2) Svobodná rozhodnutí – a tak jsem se rozhodl/a, že...?
- 3) Svoboda – svoboda v oblékání 50.–60. léta – oblíbený oděv, svoboda slova – časopisy, noviny – oblíbený časopis, aj.?
- 4) Povinnosti – vzdělání, zaměstnání, povinnosti doma?
- 5) Idoly a vzory – herci, sportovci aj.?
- 6) Aktivní činnost v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky – diplomy, vyznamenání, členské knížky)?
- 7) Ukončení vzdělání – jaká škola, řemeslo, jaké bylo hodnocení?
- 8) Radost z práce/povolání – první výplata, první dovolená?
- 9) První láska – jak jste se poznali, první rande, milostný dopis?
- 10) Co bylo, bylo – mládí uběhlo rychle – vojenská služba, manželství, děti?

### DOSPĚLOST od svatby do odchodu do penze

- 1) Povinnosti/pracovní úkoly – povinnost pracovat, právo na práci?
- 2) Svatba – požádání o ruku, plánování svatby, svatba samotná, svatební šaty, kytice, dort aj? – foto
- 3) Manželství – první radosti a starosti, bydlení, tchýně a tchán?
- 4) Přátelství z období dospělosti a ostatní vztahy (jak se Vám v nich vedlo – práce, široká rodina)?
- 5) Děti – kdy se narodily, jména, výchova, jak studovaly (školka, ZŠ, SŠ, VŠ), jaké zaměstnání?
- 6) Zdraví – operace, nemocnice, jizvy, možné následky či omezení po operacích či jiných zdravotních problémech (diety, omezení chůze a nutné kompenzační pomůcky)?
- 7) Trávení volného času – byl vůbec nějaký, volný čas s dětmi, partnerem a s přáteli?
- 8) Co nás v dospělosti nejvíce negativně zasáhlo a jaké proběhly „ztráty“ v dospělosti (týkající se zaměstnání, rodiny, vztahů, co si život vzal...)?
- 9) Víra?
- 10) Politika?
- 11) Kultura, sport a zájmy?
- 12) Co bylo, bylo – zhodnocení dospělosti, děkuji a nikdy více..., nikdy nezapomenu na ...?



## STÁŘÍ od odchodu do penze do současnosti

- 1) Odchod do penze – řádný či pozdní, stále pracuji, těším se na penzi aj?
- 2) Ztráta povinností – radost/smutek, co se změnilo, co mi chybělo a naopak co mi dělalo radost?
- 3) Nové úkoly a povinnosti – vnoučata, zahrada, starání se o ...?
- 4) Nové role – babička/dědeček, role penzisty?
- 5) Nové plány – a co teď po odchodu do penze, co se pro mě vše změnilo a co mě nyní čeká? Co mě těší?
- 6) Životní bilancování – které životní období bylo pro mě nejšťastnější (oslavy a výročí, zlaté, stříbrné svatby, vnoučata, plesy, pozdní lásky, domácí mazlíčci), a které naopak neobtěžnější (odchod partnera, dětí aj.) a co mi ještě zbylo?

Děkujeme za vyplnění a spolupráci.

Zdroj: Palata - domov pro zrakově postižené (ze studijních materiálů E. Procházkové)

Příloha 4: Fotografie – vybavení denní místnosti v domově Palata





Zdroj: Vlastní zpracování

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora:** Adam Kyprý

**Studijní program:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Psychobiografický model péče prof. Böhma v sociální práci

**Vedoucí práce:** PhDr. Eva Procházková, Ph.D.

**Rok dokončení:** 2019

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)**

**Přímé citace:** 2 707

**Ostatní text:** 111 213

**Celkový počet znaků:** 113 920

**Názvy souborů umístěných na doprovodném CD**

**Text práce ve formátu PDF:**

BP\_Kypry\_Psychobiograficky\_model\_pece\_prof.\_Bohma\_v\_socialni\_praci

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:**

**Další soubory:**

**Posudek vedoucího/oponentů bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Adam Kyprý

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Psychobiografický model péče prof. Böhma v sociální práci

Vedoucí/oponent práce: PhDr. Eva Procházková, PhD

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 64

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 33 celkem

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	ANO			
--	-----	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	ANO			
--	-----	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	ANO			
--	-----	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		ANO		
--	--	-----	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		ANO		
--	--	-----	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		ANO		
--	--	-----	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		ANO		
--	--	-----	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		ANO		
--	--	-----	--	--

Využití praktických zkušeností

		ANO		
--	--	-----	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		ANO		
--	--	-----	--	--

Naplnění cílů práce

		ANO		
--	--	-----	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		ANO		
--	--	-----	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		ANO		
--	--	-----	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		ANO		
--	--	-----	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	ANO			
--	-----	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Objasněte:  
KBP - Rychlé skóre podle EP  
PBM - Diferenciální diagnostiku podle EB  
Přínosy do praxe:

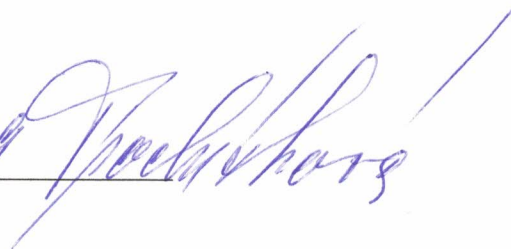
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Celkové pojetí práce hodnotím velmi kladně i vstřícný přístup studenta při definování jednotlivých korekcí. Zájem o téma, které si postupně osvojoval a aktivně hledal jakým způsobem ověřovat teorii v praxi.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji/nedoporučuji\***

Navrhovaná klasifikace:2

Datum, podpis:

19. 7. 2019 

\* nehodící se, škrtněte

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Adam Kyprý

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Psychobiografický model péče prof. Böhma v sociální práci

Vedoucí/oponent\* práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Přímé citace: 2 707

Ostatní text: 111 213

Celkový počet znaků: 113 920

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnosť prezentácie záverů práce (publikácie, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a námety k diskusi při obhajobě:

1. Ako sa v danej metóde pristupuje ku klientovi, ktorý pre aktiváciu nie je motivovaný, resp. ju odmieta?

Celkové hodnotení práce (klady, nedostatky):

Adam Kyprý sa v práci venuje problematike psychobiografického modelu starostlivosti prof. Böhma v sociálnej práci. Práca je vypracovaná kvalitne, jednotlivé kapitoly zrozumiteľne na seba nadväzujú, aj praktická časť s prípadovou štúdiou a individuálnym plánom starostlivosti je vypracovaná starostlivo a zrozumiteľne. Oceňujem tiež, že kolega Kyprý prispel svojou prácou k obohateniu a popularizácii metódy, ktorá v Čechách ešte nie je pravdepodobne patrične rozšírená. Ako veľmi cenné v nej vidím otvorenosť k jedinečnému osobnému príbehu každého človeka v jedinečnej kultúre, v ktorej vyrastal. Veľmi cenné je uvedenie "impulzov" v danej prípadovej štúdiu. Jedinú pripomienku mám k tvrdeniu, že u seniora v tzv. 5 stupni regresie (ktorý zodpovedá veku 3-6 rokov) pôsobia predovšetkým pudy a inštinky a vhodná úroveň komunikácie s ním je v podobe rozprávok, piesní. Rozprávky a piesne sú plné sveta a vzťahov a preto dané tvrdenie pôsobí prírodovedne, biologicky a tým reduktívne. Práca je vypracovaná kvalitne, odporúčam ju k obhajobe s výsledkom výborne.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

Navrhovaná klasifikace: výborne

Datum, podpis: 20.8.2019



\* nehodící se, škrtněte