

Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce  
Dis. Renata Bolechová

# **Interakce mezi zdravotnickým personálem a geriatrickými pacienty**

*Etnografická studie vybraného oddělení  
léčebny pro dlouhodobě nemocné*

vedoucí práce: Mgr. Hedvika Novotná  
Praha 2009

### *Čestné prohlášení*

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Souhlasím, aby tato práce byla uložena v Knihovně společenských věd T.G. Masaryka v Jinonicích v Praze. Eventuální zveřejnění v tištěné nebo elektronické podobě je možné pouze na základě mého předchozího písemného souhlasu.

V Praze dne 23.2. 2010

.....

Renata Bolechová

## *Poděkování*

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Hedvice Novotné, která mne svým kritickým a přitom podpůrným a povzbuzujícím přístupem provedla od začátku až do konce mým prvním výzkumnickým pokusem. Během našich konzultací jsem si uvědomila, jak je pro studentku příjemné a inspirující pracovat pod vedením kvalitní pedagožky, která má o své studenty a jejich snažení skutečný zájem.

Dále děkuji všem členům personálu zkoumaného oddělení LDN, že mi věnovali svou důvěru a umožnili mi provést v jejich léčebně svůj výzkum. Stejně tak mé díky patří informátorům z řad pacientů i personálu, kteří svolili k rozhovorům a podělili se se mnou o své názory a zkušenosti.

Nakonec bych ráda poděkovala za podporu, kterou mi poskytla má rodina, babička a přátelé. Z nich bych chtěla především ocenit pomoc Ivany Růžičkové s překonáváním všech možných studijních úskalí a Petra Šišky, který se ujal role mého svědomí a svým stálým dohledem mě usměrňoval i povzbuzoval.

## Obsah:

1. Úvod .....	4
2. Téma výzkumu .....	5
2.1 Teoretické ukotvení .....	5
2.2 Výzkumný cíl .....	9
2.3 Výzkumné otázky .....	10
2.4 Struktura výkladu .....	11
3. Metodologie .....	12
3.1 Výzkumná strategie a výzkumné pole .....	12
3.2 Techniky sběru dat .....	13
3.3. Analýza sebraných dat .....	15
3.4 Popis a reflexe výzkumu .....	16
3.5 Etické problémy .....	20
4. Popis prostředí LDN a jeho aktérů.....	23
4.1 Popis oddělení .....	23
4.2 Personál .....	26
4.3 Pacienti .....	27
5. Každodennost – režim LDN .....	29
5.1 Ranní směna .....	30
5.2 Denní směna .....	36
5.3 Noční směna .....	41
6. Interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty .....	44
6.1 Situace, ke kterým se interakce nejčastěji váže .....	44
6.1.1. Stav pacienta .....	44
6.1.2 Jídlo a pití .....	45
6.1.3 Hygiena .....	46
6.1.4 Vyměšování .....	48
6.2 Interakční strategie zdravotnického personálu .....	51
6.2.1 „Mateřská školka“ .....	51
6.2.2. „Nejsme služby“ .....	52
6.2.3 Rozdílné jednání s oblíbenými a neoblíbenými pacienty .....	55
6.2.4 My vs. oni, teritorium, řád .....	56
6.3 Interakční strategie pacientů .....	59
6.3.1 Snaha o soběstačnost .....	59
6.3.2 Slušnost .....	59
6.3.3 Přijetí sebepojetí personálu a jeho způsobu komunikace .....	60
6.3.4 „Komadující“ pacient .....	61
6.3.5 Oblíbení a neoblíbení pacienti .....	61
7. Faktory ovlivňující interakci mezi zdravotnickým personálem a pacienty .....	62
7.1 Osobnost .....	62
7.2 Osobní sympatie a antipatie .....	63
7.3 Zaměstnanecký kolektiv .....	64
7.4 Zvyk .....	66
7.5 Délka pobytu pacienta na oddělení .....	67
7.6 Stav pacienta .....	68
7.7. Únava, stres, „špinavá“ práce .....	71
8. Závěr .....	73
9. Literatura .....	76

## **1. Úvod**

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat problematikou seniorů umístěných v léčebně pro dlouhodobě nemocné (LDN), konkrétně otázkou interakce mezi zdravotnickým personálem a geriatrickými pacienty.

Téma i způsob provedení výzkumného projektu mají kořeny v mém předchozím vzdělání a celkovém osobnostním nastavení. Vystudovala jsem pastorační na vyšší odborné škole a kvůli zájmu o seniory a problémy, které se jich dotýkají, jsem byla v častém kontaktu jak s nimi, tak s lidmi, kteří se seniory pracují. Mnohdy jsem se tak setkala s negativním hodnocením situace seniorů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, ať již ze strany pracovníků neziskových organizací, médií, seniorů samotných nebo mých známých, což mne zaujalo a pochopila jsem to jako výzvu k prozkoumání dané oblasti.

Existují odborníci i laici, kteří zastávají názor, že stáří je životní perioda, kterou lze prožít kvalitně, a že i staří lidé, kteří jsou již ve velké míře závislí na druhých lidech, mají svá práva a důstojnost (Kalvach, Onderková, 2006; Evropská charta pacientů seniorů podle Haškovcová, 2002). K tomuto názorovému proudu bych se ráda se svým výzkumem připojila. Mým záměrem je vyplnění prázdného místa v dosavadním zkoumání problematiky léčení pro dlouhodobě nemocné. Nenašla jsem publikaci, která by se tomuto tématu věnovala z antropologického hlediska, jakkoli zrovna etnografický přístup by mohl pomoci zachytit prostředí LDN v jeho celistvosti.

Následující bakalářská práce je pokusem o načrtnutí živého obrazu jednoho konkrétního oddělení LDN, přičemž zorný úhel pohledu pozorovatele je zaostřen na interakci mezi personálem a pacienty. Cílem mého výzkumu bylo popsat a pokusit se porozumět tomu, co se na LDN odehrává, jakým způsobem a proč se to děje.

Během šesti měsíců, které jsem jako sanitářka a zároveň výzkumnice na oddělení LDN strávila, jsem pochopila, jak komplexním a různorodým jevem tato interakce je. Proto chci již v úvodu zdůraznit, že jsem se ve svých interpretacích nasbíraných dat nutně dopustila mnoha zjednodušení, a vyjádřit tak výzkumnickou pokoru, se kterou se v této práci snažím přistupovat ke zkoumanému jevu.

## 2. Téma výzkumu

### 2.1 Teoretické ukotvení

Demografické studie vypovídají o skutečnosti, že populace České republiky, podobně jako dalších hospodářsky vyspělých států, stárne. Stále větší počty lidí se dožívají vyššího věku a zároveň se snižuje míra porodnosti (Kalvach, 2004; Olson, 2003). Prognózy předpovídají, že v roce 2030 budou celou polovinu všech seniorů tvořit lidé ve věku 70 – 84 let (Vohralíková, Rabušic, 2004). Nejintenzivnější růst se tak bude týkat právě osob nejstarších věkových skupin, které mají zvýšené nároky na rodinnou, sociální a zdravotní péči (Ibid.).

Ve vyšším věku se nachází bez chronických nemocí nebo jejich příznaků jen velmi malé procento seniorů (Ibid.). Přesto Vohralíková a Rabušic (2004) uvádějí, že bezmocnost a nesoběstačnost se týká relativně malého podílu seniorů. Skutečností ale je, že i tento malý podíl bude postupem doby růst a tak bude mít stále více lidí zkušenost se životem v různých typech domovů pro seniory a s kratším nebo delším pobytem na oddělení LDN.

Léčebna pro dlouhodobě nemocné je zdravotnické zařízení určené pro nemocné ve stabilizovaném stavu, se stanovenou diagnózou i se stanoveným léčebným programem, kteří však kvůli nesoběstačnosti a vysoké míře ošetrovatelské náročnosti nemohou být ošetřováni v domácím prostředí, případně ani v domovech pro seniory. O pacienty je zde pečováno dlouhodobě, leckdy doživotně a v ošetrovatelské péči je zahrnut vysoký podíl terminální péče vzhledem ke skutečnosti, že na odděleních LDN je třikrát vyšší úmrtnost oproti nemocničním pobytům (Kalvach, 2004). Přestože na oddělení LDN může být umístěn pacient jakéhokoli věku, naprostou většinu pacientů tvoří senioři nebo přesněji řečeno seniorky. Ženy se nejen dožívají vyššího věku než muži, ale i zdravotní stav seniorů se liší v závislosti na pohlaví, přičemž u starších ročníků (nad 75 let) je u žen výrazně horší (Vohralíková, Rabušic, 2004).<sup>1</sup>

Protože stárnutí je vysoce individuální proces, který u každého člověka probíhá jiným způsobem, je přesné vymezení stáří obtížné (Kalvach, 2004). Ve své práci se budu opírat o členění stáří podle Neugartenové (1966 podle Kalvach, 2004), kdy počátkem sénia je 65. rok života a za staré resp. velmi staré seniory jsou považováni lidé ve věku mezi 75 až 84 lety resp. 85 let a více.

---

<sup>1</sup> Prostředí LDN by tak bylo možné zkoumat i vzhledem k jeho genderovému složení, protože většinu pacientů i ošetřujícího personálu tvoří ženy, ale rozhodla jsem se, že tento aspekt nebudu v rámci své práce zohledňovat. Z feministického úhlu pohledu zkoumá problematiku různých typů péče o seniory (domácí i institucionální) například Olson (2003) ve své studii situace v různé míře nesoběstačných seniorů v USA.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné považují za významný kontext podílející se na důležité etapě lidského života, jakou je stáří. V prostředí LDN prožívají staří lidé intenzivní a bolestné zkušenosti bezmoci a nemoci a pro některé z nich je léčebna místem, kde jejich život končí. Ema Hrešanová (2008) provedla etnografickou studii dvou vybraných porodnic, aby zjistila, jaký kontext formuje tak důležitou událost lidského života, jakou je porod a vše, co s ním souvisí (např. zdraví rodiček, novorozenců, apod.). Podobně jako Hrešanová považují za důležité a zajímavé podrobit zkoumání jedno z míst, na kterých lidé tráví část svého života v okamžiku, kdy slábnou, stávají se křehkými a umírají.

Další analogie ke svému výzkumu jsem našla v práci Kateřiny Nedbálkové (2006). Ve své studii ženské věznice Nedbálková (2006) dokládá, že prostředí instituce a její zaměstnanci ovlivňují sebepojetí uvězněných žen. Podobně jako v ženské věznici se i na oddělení LDN nacházejí prvky uniformizující instituce a jednání personálu s pacienty má na jejich sebepojetí nebo alespoň duševní pohodu rozhodně vliv. Pacienti jsou do určité míry stejně jako vězenkyně vytrženi ze svého navykého způsobu života, často z domácího prostředí, podřízeni řádu i dennímu chodu instituce, nuceni žít jen se zlomkem svého vlastnictví, většinou oblečení do uniforem (nemocničních pyžam) a do určité míry jim je odebrána možnost rozhodovat o svém každodenním životě.

Výše zmíněné studie (Hrešanová, 2008 a Nedbálková, 2006) byly pro můj vlastní výzkum zdrojem bohaté inspirace (k využití stávajících studií viz např. Seale, 2002). Důvodem byla skutečnost, že obě výzkumnice pojaly svůj výzkum jako etnografický, využily stejně jako já metody zúčastněného pozorování a své výzkumy provedly v institucích nacházejících se v České republice, či-li ve stejném kulturním kontextu, v jakém jsem uskutečnila výzkum i já.

Skutečnost, že zdravotnické prostředí lze zkoumat za použití etnografických metod, dokládají články „(Participant) Observation in Nursing Home Wards for People Suffering from Dementia: The Problems of Trust and Emotional Involvement“ od Declercqové a „Ethnography and HealthCare: Focus on Nursing“ Iana Hodgsona, které mi též byly inspirací.

Léčebna pro dlouhodobě nemocné je sice zdravotnickým zařízením, ale jak je z výše zmíněné definice patrné, řadový personál (zdravotní sestry, sanitáři, atd.) nevykonává mnoho zdravotnických úkonů a náplní jeho práce je především ošetrovatelská péče o pacienty. Také z tohoto důvodu a na základě faktu, že pacienti LDN jsou často velmi staří, někdy již osamělí křehcí lidé, považují aspekt interakce mezi personálem a pacienty za jeden z nejvýznamnějších aspektů, který utváří zkušenost pobytu na oddělení LDN.

Termín interakce používám záměrně. Vybíral (2005) definuje interakci jako pojem širší, než je komunikace, protože zahrnuje i aspekt vztahu. Komunikace je podle něho interakcí pomocí symbolů, ať už jazyka nebo v rámci neverbální komunikace. Ve své práci spojuji pojetí interakce jako komunikace s aspektem vztahu se sociologickou definicí interakce (Giddens, 1999), kdy je za interakci považován jakýkoli kontakt (včetně písemné korespondence, apod.) mezi dvěma a více lidmi. Zároveň ale tuto definici trochu zužuji a používám pojem interakce k popisu pouze takového lidského kontaktu, během kterého jsou jeho účastníci ve vzájemné fyzické blízkosti. V rámci ošetrovatelské péče totiž kromě samotné komunikace záleží i na způsobu, jakým jsou jednotlivé ošetrovatelské úkony prováděny (např. mytí, otáčení nebo přebalování pacientů).

Lze nalézt mnoho příruček o správné komunikaci ošetrovatelského personálu s pacienty (např. Haškovcová, 2002; Kalvach, Haškovcová, Dohnal, 1983; Zacharová, 2009), nicméně je otázkou, nakolik jsou tato pravidla opravdu uplatňována v praxi. Právě jednání ošetrujících na LDN a vůbec celkové podmínky na těchto místech bývají problematické. Zájem ošetrujícího personálu je často omezen pouze na naplňování základních biologických potřeb pacientů, kdy je sice o staré lidi dobře postaráno po zdravotnické stránce péče, ale neberou se v potaz jejich psychické, lidské potřeby (Kalvach, Onderková, 2006).

Paradigmatickým konceptem, který ve svém etnografickém výzkumu zastávám, je Geertzovo (2000) pojetí interpretativní antropologie.

Snahou antropologa má být podle Geertze (2000) zachycení „sociální rozmluvy“, kterýmžto pojmem jsou rozuměna jak slova, tak činy, v podstatě tedy celek lidské sociální interakce. Antropolog zachycuje proměnlivou a plynoucí sociální rozmluvu v takové podobě, ve které je možné se k ní dále vracet a zkoumat ji. Touto podobou je „zhuštěný popis“, koncept, který Geertz (2000) převzal od Gilberta Ryla. Opak zhuštěného popisu je „zředěný popis“, který popisuje data jako neinterpretovaná fakta, věcně. Lze snad říci, že tento popis je jakousi snahou o zakonzervování „čistých“ dat, mrknutí je popisováno jako akt zavírání a otevírání oka. Od tohoto způsobu zaznamenávání sociální rozmluvy se Geertz (2000) vymezuje, protože přes svou snahu o „vědeckou objektivitu“ nám o dané kultuře vlastně nesděluje téměř nic, nebo alespoň ne to hlavní a podstatné. Geertz (2000) je přesvědčen, že každé lidské jednání v sobě nese význam a zhuštěným popisem se antropolog snaží pozorované jevy popsat takovým způsobem, který ozřejmí nejen to, co daný člověk fakticky udělal (zavřel a otevřel oko), ale i jaký význam tomuto aktu přiřkl, co tím chtěl v rámci sociální rozmluvy „říci“ (např. spiklenecké mrknutí, které „říká“: „vždyť ty mi rozumíš“).



Geertz (2000) považuje za důležité, aby antropolog interpretoval zkoumané jevy z pohledu jejich aktérů, lidí účastnících a vytvářejících danou sociální rozmluvu. Výzkumník se musí snažit pochopit, jaké významy sami jednající připisují svým činům nebo slovům, jak je oni sami interpretují. Zhuštěný popis je tak srozumitelným zachycením výzkumníkových interpretací, které vznikly na základě analýzy interpretací aktérů sociální rozmluvy.

Interpretace aktérů „nevisí jen tak ve vzduchu“, ale jsou zachyceny v „rozvrstvené hierarchii významových struktur“ (Geertz, 2000, str.17). Spolu s Maxem Weberem považuje Geertz člověka za „zvíře zavěšené do pavučiny významů, kterou si samo upředlo“, přičemž tuto „pavučinu“ nebo-li hierarchii významových struktur označuje Geertz pojmem kultura (2000, str.15). V rámci této hierarchie nedochází pouze k interpretaci jednání, ale i k jeho produkci a vnímání aktéry. Protože lidské jednání (sociální rozmluva) je symbolické - činy podobně jako slova nesou význam, jsou znakem, který nese sdělení odkazující k něčemu jinému než ke znaku samotnému – a veřejné, je kultura jako komplikovaný soubor těchto symbolů také veřejná, společně sdílená členy dané skupiny nebo společnosti. Při analýze dat se antropolog ptá, co jednotlivé symboly sociální rozmluvy sdělují a jak zapadají do určitých významových struktur. Také určuje jejich sociální příčiny. Jeho úkolem je významové struktury a jejich vzájemnou provázanost pochopit a následně vyjádřit výsledky své analýzy.

Silně se ztotožňuji s Geertzovým přesvědčením, že etnografický výzkum je náročnou osobní zkušeností, kdy se výzkumník snaží vyznat v nové, nečitelné situaci a kdy je tato snaha vždy pouze částečně úspěšná. Nikdy není možné dojít k naprosto vyčerpávající analýze, porozumění a vysvětlení daného jevu nebo kultury, což je zřejmé tím více, čím hlouběji výzkumník jev zkoumá, a je nutné, aby měl antropolog tuto skutečnost na paměti.

Při analýze a reprezentaci nasbíraných dat jsem se též snažila dostat Geertzovu pojetí, kdy považuje za důležité, aby se analýza a předmět studia od sebe příliš nebo pokud možno vůbec nevzdálily, aby se výzkumník při své interpretaci dat nenechal unést a neztratil se v teoretických výšinách odtržených od pozorované skutečnosti. „Dobrá interpretace čehokoliv...nás zavede do jádra toho, čeho je interpretací.“ (Geertz, 2000, str.29).

V rámci této snahy jsem se pokusila data interpretovat podobně jako Geertz (2000). Například při vytváření modelových příkladů průběhu jednotlivých směn jsem se snažila o reprezentaci dat prostřednictvím specifického literárního žánru (deníku), abych čtenáři co nejlépe zprostředkovala zkoumané prostředí. Geertz zastával názor, že aby byla reprodukce zpracovaných empirických dat adekvátním obrazem studované kultury, je možné a snad až nezbytné, aby nabrala podoby literárního žánru nebo spíše aby se tímto literárním žánrem

stala (Soukup, 2004). To lze velice dobře pozorovat na jeho zhuštěném popisu kohoutích zápasů na Bali (Geertz, 2000).

Jakýmsi mottem mi tedy bylo Geertzovo vyjádření, kdy „zaměřit se na symbolické dimenze sociálního jednání“ znamená „vrhnout se přímo do jejich středu“ (2000, str.42).

V některých momentech jsem při interpretaci dat použila pro rozklíčování sociální rozmluvy aktérů Goffmanova (1999) konceptu (divadelního) představení. Představením je myšleno veškeré jednání člověka, které provádí ve společnosti konkrétního souboru pozorovatelů (obecenstva) a které má na diváky nějaký vliv. Pro provedení představení využívá jednotlivec ať už záměrně nebo mimoděk výrazové vybavení, které Goffman (1999) nazývá fasádou. Součástí fasády je „scéna“, což jsou v podstatě všechny prostorové kulisy a rekvizity, které jsou během jedincova představení přítomné nebo které jedinec používá. Jedná se tedy o jakési jeviště, které kromě jiného může umocňovat nebo naopak znevažovat dojem, který se člověk snaží svým představením v obecenstvu vyvolat.

Další částí fasády je „osobní fasáda“, což je veškeré výrazové vybavení, které účinkujícího následuje kamkoli (ne jako scéna, která v naprosté většině případů zůstává na jednom konkrétním místě). Jedná se o vzhled člověka, pohlaví, věk, etnickou příslušnost, oblečení, způsob jednání a mluvy, apod. Osobní fasádu je možné rozdělit na „vzhled“ a „způsob vystupování“, což je dělení podle funkce informací, které obecenstvu tyto podněty sdělují. Diváci téměř vždy od účinkujícího očekávají, že bude během představení zachovávat mezi vzhledem a způsobem vystupování soulad, vzájemné doplnění se, což se z různých důvodů pokaždé nestane.

Pokud chce člověk během svého představení vyjádřit určité ideální představy (ideální ve smyslu zjednodušeně pojímané, černobílé), například představu tvrdě pracujícího člověka, tak, aby své pozorovatele přesvědčil, musí skrývat činnosti, emoce a další projevy, které by byly s vyvoláním toho určitého dojmu v rozporu a tím pádem ho narušovaly.

Pro zkoumání jednání lidí na oddělení LDN je Goffmanův koncept představení vhodný, protože prostředí oddělení je samo o sobě velice specifickou kulisou a obecenstvo v podobě personálu a pacientů je přítomno neustále.

## **2.2 Výzkumný cíl**

Cílem mého výzkumu bylo pokusit se skrze etnografický popis a analýzu plasticky zachytit prostředí jednoho vybraného oddělení LDN.

Léčebna dlouhodobě nemocných je specifická tím, že pro mnohé své pacienty je tzv. konečnou stanicí. Jiní se odtud vracejí domů nebo odchází do domova pro seniory, ale i

tak zde často stráví několik měsíců. Je zřejmé, že prostředí, ve kterém se člověk nachází delší dobu, významně ovlivňuje kvalitu jeho života. Zastávám názor, že forma a způsob poskytované péče ve zdravotnické instituci ovlivňuje zdraví pacientů (Hrešanová, 2008) i jejich psychické rozpoložení (Zacharová, 2009; Skácelová, Krátká, 2009).

Proto jsem se ve své studii zaměřila primárně na nejbližší prostředí, které se pacientů dotýká, na prostor, který je obklopuje, na denní režim, kterému jsou podřízeni, a ve zcela zásadní míře na personál, jehož působení vytváří jejich každodennost. Výzkum je tedy úžeji zaměřen na interakci mezi personálem a pacienty.

Vycházela jsem z předpokladu, že nejvíce času s pacienty stráví řadový personál. Před samotným vstupem do terénu jsem si představovala, že se jedná hlavně o sanitáře a sestry. Během pobytu v terénu jsem následně do této skupiny zařadila také dělnice v kuchyni a fyzioterapeuta. Z vyšších postů jsem do svého pozorování zařadila staniční sestru, protože ta sice není v tak častém kontaktu s pacienty jako řadové sestry, ale působí jako přímý kontrolní orgán nad řadovým personálem a navíc část své pracovní doby stráví i přímou péčí o pacienty.

Hrešanová (2008) zasazuje svou etnografickou studii dvou porodnic do rámce studia reprodukčního zdraví žen, podobně já zasazuji svůj etnografický výzkum LDN do širšího rámce problematiky stáří a stárnutí společnosti. Na rozdíl od Hrešanové (2008) ale nepojímám svou práci tak široce (zpracování studie dvou porodnic v teoretickém konceptu organizační kultury). Zaměřuji se pouze na mikroúroveň organizační struktury dané instituce, tedy na sociální interakci mezi personálem a pacienty. Jedná se o pokus zachytit každodennost, která utváří život seniorů po tu dobu, kdy jsou pacienti na LDN.

### **2.3 Výzkumné otázky**

Širší vymezení výzkumných otázek jsem měla připraveno již před vstupem do terénu a při jejich formulaci jsem vycházela především ze zkušeností lidí, kteří s prostředím LDN přišli do styku, a z odborné literatury (Olson, 2000). Etnografický kvalitativní výzkum je specifický tím, že se výzkumné otázky a problémy během výzkumného procesu specifikují, mění a dokonce se mohou nahradit zcela novými (Hammersley, Atkinson, 1995; Disman, 2000; Mack, 2009). V mém případě se jednalo spíše o zúžení a upřesnění původního širokého vymezení výzkumných otázek.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Merton (1959 podle Hammersley, Atkinson, 1995) je toho názoru, že nalezení správné otázky je obtížnější než její zodpovězení a Hammersley s Atkinsonem (1995) dodávají, že v etnografickém výzkumu jsou výzkumné problémy málokdy definitivně zformulovány před samotným vstupem do terénu.

Na počátku výzkumu nebo spíše před vstupem do zkoumaného prostředí se mi jednalo především o proniknutí do každodennosti chodu oddělení LDN, jeho zachycení a dále o prozkoumání interakce mezi personálem a pacienty. Během pobytu v terénu se ukázalo jako zcela zásadní pokusit se definovat faktory, které velice specifickou a proměnlivou interakci mezi personálem a pacienty ovlivňují. Tyto faktory pak určují strategie jednání, které personál nebo pacienti při vzájemném kontaktu používají.

V průběhu výzkumu se tedy v podstatě upřesnila druhá výzkumná otázka a to o otázce, proč interakce v daném prostředí probíhá tím způsobem, jakým probíhá (faktory), a jaké způsoby jednání aktéři interakce volí, případně jakými se vyznačují (strategie).

Lze tedy shrnout, že pro mne vymezení výzkumných otázek i během výzkumu zůstalo poměrně široké. Zjistila jsem totiž, že v rámci problematiky interakce se vyskytuje mnoho zajímavých témat (vyměšování, hygiena, intimita a stud, moc a bezmoc, utrpení, smrt), která ale není možné prozkoumat do větší hloubky kvůli omezenému rozsahu bakalářské práce. Rozhodla jsem se proto nevyužít možnosti ještě užšího zacílení studie, protože to by v podstatě znamenalo změnu výzkumného problému a nemožnost zachytit interakci mezi personálem a pacienty v její celistvosti. Toto rozhodnutí s sebou nese nutnost zjednodušeného zachycení jednotlivých aspektů a jejich vysvětlení a zároveň i nemožnost hlubšího pochopení podmínek, které je určují.

## **2.4 Struktura výkladu**

Výklad začíná kapitolou o použité metodologii, do které je zahrnuta též reflexe výzkumu a nastínění etických problémů, se kterými jsem byla nucena se v terénu potýkat. Dále se věnuji popisu prostředí a jeho aktérů, aby si čtenář mohl představit základní aspekty a rysy léčebny pro dlouhodobě nemocné. Čtvrtý oddíl je pokusem o zobrazení každodenního života na LDN skrze modelové zachycení všech tří typů směn. Popis prostředí i každodennosti LDN poskytují širší rámec, do kterého pak zasazují analýzu samotné interakce mezi personálem a pacienty.

Teprve během zpracovávání nasbíraných dat jsem si uvědomila, že přes veškerou mou snahu rovnoměrně zachytit projevy, strategie i faktory ovlivňující interakci jak ze strany personálu, tak pacientů, se mi to nepodařilo a vznikla určitá asymetrie. Ve výkladu se nakonec více soustředím na analýzu jednání personálu. Tato skutečnost vychází z role výzkumnice-zaměstnankyně, kdy jsem nejvíce času trávila se svými spolupracovníky a skrze vlastní zkušenost práce na LDN jsem se přiblížila k pochopení toho, jak oni prožívají svou situaci.

Konečným faktorem zužujícím můj úhel pohledu byla má pozice sanitářky, takže například modelové situace během směn jsou vyličený právě ze zorného úhlu této zaměstnanecké funkce.

### **3. Metodologie**

#### **3.1 Výzkumná strategie a výzkumné pole**

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila etnografický terénní výzkum provedený technikou zúčastněného pozorování. Etnografickému výzkumu rozumím ve smyslu definice Hammersleyho a Atkinsona (1995), kdy se výzkumník po určitou dobu podílí na běžném životě lidí v určitém prostředí a zaznamenává jejich chování, vzhled, interakce, události, popisuje dané prostředí, vyptává se, stručně řečeno, sbírá veškerá data vhodná k objasnění výzkumných otázek.

Výběr výzkumného pole se odvíjel od skutečnosti, že můj cíl zachytit každodennost na LDN nebyl omezen požadavkem, že se musí jednat o zařízení se špatnou reputací. Výzkumné otázky studie bylo možné aplikovat na jakékoli oddělení LDN.

Jediná vymežující podmínka pro výběr terénu byla určena mým rozhodnutím zastávat v terénu pozici participantky – pozorovatelky s odkrytou identitou po dobu přibližně 3 až 4 měsíců (Disman, 2000). Proto bylo nutné najít oddělení LDN, které bude potřebovat sanitářku nebo jinou ve zdravotnictví nekvalifikovanou zaměstnankyni, a navíc budou jeho nadřízení souhlasit s mým výzkumem. Více starostí mi dělal onen souhlas než skutečnost, že bych nemusela najít pracovní místo. Na základě zmínek svých známých jsem nabyla přesvědčení, že na LDN nikdo pracovat nechce a že by mohli být rádi za každou pracovní sílu a tak jsem rozeslala přibližně deset emailů na různá místa. Byla jsem překvapená, že odezva nebyla taková, jakou jsem čekala. Pouze zástupci tří institucí odepsali, že potřebují doplnit stav personálu.

Protože léčebna pro dlouhodobě nemocné je institucí, oddělují ji od veřejného prostoru vcelku jasně vymezené oficiální hranice. Mým gatekeeperem, vrátným (Nedbálková, 2006), který střežil vstup za tyto hranice (Hammersley, Atkinson, 1995), byla vrchní sestra, jejíž dopis se zdál být nejvíce naléhavý, co se týče potřeby personálu. Odepsala jsem jí a dohodly jsme se na osobním setkání, které bylo zároveň vstupem do terénu, kde se následně odehrával můj výzkum.

### 3.2 Techniky sběru dat

Data jsem sbírala technikou zúčastněného pozorování. Zúčastněné pozorování patří mezi základní techniky kvalitativního výzkumu a má své kořeny v tradičním etnografickém výzkumu (Mack, 2009; Hendl, 1997). Tento způsob sběru dat pomáhá výzkumníkovi nejen popsat, ale také pochopit stanoviska (perspectives) aktérů ve studovaném prostředí. Výhodou zúčastněného pozorování je, že výzkumník pozoruje lidi v jejich přirozeném prostředí a skrze osobní zkušenost může danému prostředí lépe porozumět. Výzkumník, který používá tuto metodu, musí neustále vyvažovat svou pozici, kdy se pokouší co nejvíce proniknout do prostředí a porozumět mu, ale zároveň nesmí ztratit nadhled, odstup a schopnost kritického pohledu na zkoumané (Mack, 2009). Protože mezi rizika zúčastněného pozorování patří vysoká míra subjektivního zabarvení dat výzkumníkem, je nutné jasně odlišit objektivně pozorované skutečnosti, popis toho, co výzkumník pozoruje, od subjektivních pocitů, hodnocení a interpretací výzkumníka (Mack, 2009; Hammersley, Atkinson, 1995). Zúčastněné pozorování může pomoci k odhalení nových důležitých faktorů pro porozumění dané problematice, které byly v době vytváření výzkumného problému neznámé (Mack, 2009).

Výzkum proběhl ve dvou částech na přelomu roku 2009 a 2010. V první části výzkumu jsem aktivně sbírala data a to po dobu čtyř měsíců (září-prosinec). Ve druhé části, leden a únor, jsem už pouze analyzovala nasbíraný materiál a psala samotnou studii, ale stále jsem ještě pobývala v terénu a měla tak možnost doplňovat chybějící informace a udržet si živý obraz zkoumaného prostředí. Zároveň si uvědomuji, že jsem díky této situaci neměla určitý odstup, který bych získala odchodem z terénu, a který by možná osvětlil nasbíraná data zase z jiného úhlu pohledu.

Přímo v terénu jsem si pokud možno diskrétně psala stručné poznámky (jottings) na papírky, které jsem nosila v kapse svého pracovního oděvu. Poměrně často jsem k zapisování poznámek využila místo, které doporučují Hammersley s Atkinsonem (1995).<sup>3</sup> Jottings jsem pak přepsala do terénního zápisníku (nejčastěji v MHD cestou z práce) a rozvedla je do rozsáhlejšího popisu až popisného vyprávění (descriptive narrative) (Mack, 2009). Teprve následně jsem popis přepsala do počítače a případně doplnila o další data, na která jsem si vzpomněla.

Podle Hammersleyho a Atkinsona (1995) není možné zachytit a zapsat naprosto vše, co bylo pozorováno. Přestože se výzkumník má snažit o co nejkomplexnější a nejkonkrétnější popis sociálních procesů a jejich kontextů, musí provádět určitý výběr. Hlavním kritériem pro

---

<sup>3</sup> WC.

tento výběr jsou samozřejmě výzkumné otázky. Autoři navrhuje, aby ze začátku výzkumu měly terénní poznámky spíše širší záběr. Je zřejmé, že za cenu získání širšího záběru musí výzkumník obětovat určitou míru detailnosti popisu – později tomu bude naopak.

Během prvního měsíce jsem se při sbírání dat zaměřila převážně na členy personálu, jejich vzájemnou interakci a na reflexi svých dojmů, protože jsem jimi byla zahlcena a potřebovala jsem si je utřídit. Postupem doby jsem se stále více soustředila na zachycení interakce mezi personálem a pacienty.

Také jsem se snažila zachytit charakteristický slovník daného prostředí, protože je jedním z významných vlivů, které prostředí utvářejí, a odkazuje na porozumění aktérů jejich situaci (Hammersley, Atkinson, 1995).

Vzhledem k tomu, že jsem jako výzkumnice byla svým hlavním výzkumným nástrojem, bylo nutné, aby v datech byla přítomná reflexe mých myšlenkových úkonů, ale i pocitů a prožívání. Pro věrohodnou interpretaci sebraných dat je velice důležité si být vědoma svých vlastních očekávání, sympatií a antipatií, reakcí na podněty prostředí, apod. V terénních poznámkách jsem jasně odlišovala zápis pozorovaného jevu od svých interpretací, dojmů či nápadů k pozorované události (Mack, 2009; Hammersley, Atkinson, 1995). Transparentnost myšlenkových a pocitových pochodů výzkumníka je jednou z podmínek validity výzkumu. Jedná se o zpětnou sebekontrolu a zároveň možnost si uvědomit, čím mohou být ovlivněny analytické závěry.

V rámci zúčastněného pozorování jsem provedla šest polostrukturovaných rozhovorů s personálem a osm rozhovorů s pacienty a od jednoho člena personálu jsem dostala odpovědi na otázky e-mailem. Všichni respondenti z řad personálu souhlasili s audio nahráváním rozhovoru. Interview s pacienty jsem si kvůli šetření času rovnou zapisovala, abych neměla příliš mnoho audio nahrávek, které pak budu muset přepisovat. Zároveň jsem předpokládala, že viditelným zapisováním poznámek zapadnu lépe do představy, jakou podle mne staří lidé o studentech mají, a oni pak budou během rozhovorů méně nervózní a nedůvěřiví.

Na základě pozorování chování personálu k pacientům jsem si členy personálu rozdělila do tří skupin – ti, kteří měli k pacientům převážně pozitivní přístup, ti, kteří oscilovali mezi laskavostí a hrubostí a ti, kteří se chovali většinou špatným způsobem. Mým záměrem bylo udělat rozhovory se zástupci všech třech skupin.

Dalším kritériem byla snaha získat pro rozhovor alespoň jednoho člena personálu z každé zaměstnanecké pozice řadového personálu, která se na oddělení nachází. Druhé kritérium se mi naplnit podařilo, první nikoli kvůli nesouhlasu dotyčných lidí s interview.

Výhodou zúčastněného pozorování je ovšem možnost pozorovat i lidi, kteří nechtějí výzkumníkovi odhalit své vnitřní postoje a názory přímo.

Výběr respondentů mezi pacienty probíhal na základě několika kritérií. Zásadní byl stav pacienta. Bylo nezbytné, aby byl do určité míry schopen komunikovat a pochopit mé otázky. Dále jsem se vyhýbala rozhovoru s pacienty, kteří byli příbuznými někoho z personálu. Snažila jsem se, aby personál nevěděl, jaké otázky pacientům v rozhovorech kladu, abych nenarušila prostředí a zároveň, abych nevzbudila v členech personálu vůči sobě i pacientům podezřívavost. Jinak jsem si respondenty vybírala víceméně libovolně.

Nosková (2004) popisuje výzkumnické dilema, kdy si není jistá, jak se respondentům odvděčit za jejich důvěru, otevřenost a poskytnuté informace. V případě rozhovorů se zaměstnanci jsem toto dilema nepocítovala, jen jsem se cítila jejich důvěrou silně zavázána k pečlivému anonymizování výsledků své studie. Pacientkám a pacientům, se kterými jsem dělala rozhovory, jsem se snažila odvděčit tím, že jsem jim pozorně naslouchala i tehdy, když odbočili od tématu rozhovoru nebo když už mi všechny otázky zodpověděli a chtěli si jen dále povídat. Přestože se jejich vyprávění již netýkalo tématu výzkumu, byly pro mne tyto chvíle hlubokou inspirací.

Po dobu výzkumu jsem se také podílela na mnoha neformálních rozhovorech s personálem i pacienty, které jsem se pak snažila zaznamenat do terénních poznámek.

### **3.3 Analýza sebraných dat**

Hammersley a Atkinson (1995) se shodují s Dismanem (2000) v tvrzení, že již během sběru dat dochází k počáteční analýze. Sběr dat musí být veden jasně formulovaným výzkumným problémem a průběžná analýza terénních poznámek pomáhá v kontrole, jestli výzkumník neuvědoměle neuhýbá od vytyčeného směru. V podobě zatím spíše volných analytických poznámek (analytic memos) se rozvíjí předběžné koncepty, které zachycují pokrok v procesu výzkumu, jeho vývoj, nové myšlenky interpretace, apod. (Hammersley, Atkinson, 1995). Jedná se o dialektickou interakci mezi sběrem dat a jejich analýzou, kdy se obě komponenty navzájem ovlivňují a určují – i při tomto procesu je právě nutná reflexivita a jasná propojenost dat s interpretacemi. Etnograf se potýká s nestrukturovanými daty, textem, který je teprve třeba roztřídit do kategorií, objevit v něm strukturu. Po skončení pobytu v terénu dochází ke konečné analýze dat.

Výzkumník se musí pečlivě seznámit se všemi nasbíranými daty a všimnout si možných vzorců, souvislostí nebo rozporů. Formuluje kódy, pod které sdružuje data, která spolu podle určitých kritérií souvisí. Související kódy (okódované části dat) sdružuje do kategorií. Podle



Dismana (2000) si kategorie vytváří každý sám v závislosti na charakteru nasbíraných dat. Používala jsem otevřené kódování, které se zaměřuje na významy skryté za popisovanými jevy. V této fázi se jednalo o rozpracované koncepty, které se měnily a které spíše jen naváděly na směr, kterým se dívat, než aby určovaly co vidět (Blumer 1954:7 podle Hammersley, Atkinson, 1995). Kategorie se vyvíjely, ale nakonec se ustálil určitý soubor kódů a kategorií, kterými jsem pak označila a rozčlenila všechna nasbíraná data.

Dalším krokem bylo upřesňování kategorií, které se zdály být důležitými pro analýzu, a hledání, jaké mají vztahy k ostatním kategoriím. Během tohoto procesu začínaly jasněji vystupovat vzájemné vztahy a vnitřní struktury kategorií (Hammersley, Atkinson, 1995).

Mým záměrem nebylo vyvinout novou teorii či typologii a proto jsem svou analýzu ukončila určením jednotlivých kategorií a vztahů mezi nimi a tyto struktury pak použila k popisu a vysvětlení fungování daného prostředí a jeho aktérů.

Pro důvěryhodnost jednotlivých interpretací je nutné prověřovat ukazatele, které vedou k jejich vytváření. Linka spojující určitá data s vysvětlením nějakého jevu musí být zřetelná, podstoupena reflexi a uvažování, za jakých okolností byla ta určitá data („důkazy“ na jejichž základě je vytvořen nějaký koncept) generována – v jakém sociálním kontextu, ve vztahu k jakému publiku (etnografovi, dalším členům skupiny,...), v jakém čase, apod. Těchto vlivů se nelze zbavit, proto jsem si byla vědoma, že se nemohu snažit sebrat jakási „čistá“ data. Skutečnosti neustálého ovlivňování dat jsem se bránila tím, že jsem se podle doporučení Hammersleyho a Atkinsona (1995) snažila stále si uvědomovat, jakým způsobem mohla být sebraná data ovlivněna a to jsem pak brala v potaz při jejich interpretaci.

### **3.4 Popis a reflexe výzkumu**

Vstup do terénu je důležitým výchozím bodem, během kterého se odehrává mnoho významných momentů, proto je podle mého názoru užitečné podrobněji ho popsat. První setkání s vrchní sestrou zachycuji ve svých terénních poznámkách takto:

*Rozhodla jsem se nejprve setkat s vrchní sestrou z X, protože její nabídka zněla nejaktuálněji – potřebovali sanitářku a zdálo se, že bude vstřícná, i když nemám potřebný (zákonem vyžadovaný) sanitářský kurz.*

*Během prvního pohovoru jsme se dohodly, že protože nemám potřebnou kvalifikaci, budu muset pracovat na pozici dělnice v kuchyni. Vrchní sestra byla vstřícná požadavkům mého výzkumu i zájmu o pacienty a ujišťovala mě, že se k nim dostanu i z této pozice a chod oddělení budu moci dobře sledovat.*

*Paní Sokanská sama nyní při práci absolvuje magisterská studia a mám dojem, že má i díky tomu pochopení pro mé studijní snažení a záměry. Mluvila jsem s ní otevřeně o svém výzkumu i vztahu ke starým lidem a o tom, že si chci skrze práci na LDN ověřit, zda chci i nadále pracovat se seniory.*

*Vrchní sestra se téměř nevyptávala na můj výzkum a když jsem ji ujišťovala, že bude anonymní, řekla, že to považuje za samozřejmost. Také nezmínila, že by si chtěla výstupnou práci přečíst. Docela mě to překvapilo, už jen vzhledem k asi před rokem uveřejněnému článku v Mladé Frontě DNES „Za zdmi LDN je pacient nula“ (2008) a také vzhledem k možnosti použít výsledky práce jako reflexi svého oddělení a na jejím základě třeba něco zlepšit. Na jednu stranu je to pro mne velice výhodný postoj, který slibuje malou kontrolu vedení nad mým výzkumem<sup>4</sup>, ale zároveň mě ten nedostatek zájmu až zaráží. Že by byla s chodem svého oddělení až tak spokojená a jistá si jeho kvalitou?<sup>5</sup>*

Hned během prvního setkání jsme se tedy dohodly na mém přijetí a byla jsem zběžně představena staniční sestře, své přímé nadřízené.

Můj pak zcela praktický vstup do terénu obklopovala jakási informační „mlha“. Měla jsem nastoupit jako dělnice v kuchyni, ale v den, kdy jsem podepisovala všechny potřebné papíry a znovu se kvůli tomu setkala se staniční sestrou, došlo ke chvilkovému zmatení, protože staniční sestra tvrdila, že do kuchyně žádného dalšího zaměstnance nepotřebují. Během chvilky se přes telefon s vrchní sestrou dohodly, že nastoupím jako sanitářka, přestože nemám sanitářský kurz. Prostě jakési promlčení mé neexistující zdravotnické kvalifikace.

Vrchní sestra sice již od začátku informovala staniční sestru, že kromě práce budu taky dané oddělení zkoumat, ale předpokládám, že staniční sestra se o této skutečnosti před řadovým personálem příliš nezmiňovala. Soudím tak podle jejich překvapení, když se tuto skutečnost dozvěděli přímo ode mne, a proto že se hodně z nich podívovalo nad tím, proč studentka vysoké školy a ještě k tomu bez zaměření na zdravotnictví pracuje jako sanitářka.

Pro výzkum byla změna mé zaměstnanecké funkce výhodná, protože pozice sanitářky skýtala lepší podmínky pro pozorování interakce mezi personálem a pacienty než pozice dělnice v kuchyni.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Hammersley, Atkinson (1995) se zmiňují o skutečnosti, že gatekeeper může být osoba, která se bude snažit výzkumníka ovlivnit tak, aby zobrazil dané prostředí v lichotivějším světle, nebo se pokusí ho nějakým způsobem kontrolovat či jím jinak manipulovat. O do jisté míry neustálé kontrole nad její výzkumnickou činností hovoří též Nedbálková (2006).

<sup>5</sup> Terénní poznámky ze dne 29.8.2009.

<sup>6</sup> Tu jsem si v době dovolené svých kolegyně vyzkoušela a proto to mohu adekvátně posoudit.

Se svým výzkumem jsem se netajila, ale snažila jsem se na něj upozorňovat co nejméně a jeho hlavní zaměření, interakce mezi personálem a pacienty, jsem se ze zřejmých důvodů nesnažila specifikovat. Proto mi vyhovovalo, že se personál o výzkumu dozvídá postupně, zatímco si na mě zvyká a poznává mě, bez přílišné pozornosti upřené na mou pozici výzkumnice. Ale pokud se mě někdo přímo zeptal, tak jsem mu otevřeně odpověděla, i když jsem se snažila spíše položit důraz na skutečnost, že jsem studentka a píši závěrečnou práci do školy, a také na fakt, že plánuji pracovat se seniory a práci v LDN beru jako určitou zatěžkávací zkoušku svého odhodlání.

Přestože v sobě pozice plné participantky a zároveň pozorovatelky nese různá rizika, o kterých se dále zmíním, v prostředí daného oddělení LDN se ukázala být velice vhodnou. Mým hlavním trumfem bylo, že za ochotu nechat prozkoumávat „své“ oddělení mohu nabídnout sebe sama jako pracovní sílu. Je možné, že také proto jsem se v podstatě nesetkala s překážkou, která by mi bránila do terénu vstoupit. Dalším faktorem byla zřejmě i skutečnost, že jsem netajila svůj výzkumný záměr, takže jsem byla pro vrchní sestru „čitelná“ a zároveň jsem nabízela jakousi „protislužbu“.

Jako platný se též ukázal můj předpoklad, že bych si v roli pouhé pozorovatelky – výzkumnice nezískala dostatečnou důvěru personálu<sup>7</sup>, jeho chování by přede mnou nebylo dostatečně spontánní a tedy vypovídající a nedostala bych se na klíčová místa v klíčovou dobu. Stručně řečeno bych nebyla schopna plně participovat na každodennosti oddělení. Poté co jsem osobně poznala členy personálu, si nedokáži představit, jakým způsobem by mne vůbec vzali mezi sebe, kdybych je pouze pozorovala. Přestože věděli o mém výzkumu, to, že jsem zároveň jejich kolegyně a téměř každý den jsem s nimi „na place“, pomohlo k získání jejich důvěry a také k tomu, že přede mnou příliš nekorigovali své obvyklé chování. Podle mého názoru mě vnímali především jako svou kolegyni, případně jako studentku na brigádě s trochu zvláštními důvody pro práci na LDN.

Díky zaměstnanecké pozici sanitářky jsem mimo vizit, na kterých se nepodílí ani další řadový personál kromě staniční sestry, měla přístup na celé oddělení a ke všem denním aktivitám. K omezení tohoto druhu, které vyplývá ze zastávané pozice „pouhé“ pozorovatelky, odkazuje Hrešanová (2008), Nedbálková (2006) i Declercqová (2000) ve své studii pečovatelských domovů pro lidi trpící demencí.

Ale jak jsem výše zmínila, v roli participantky-pozorovatelky se nacházejí také jistá rizika. Rozhodně jsem se musela potýkat s problémem, který popisuje Disman (2000) jako

---

<sup>7</sup> Také Declercqová (2000) řeší otázku, jestli participovat nebo ne a problém přijetí ošetrovatelským personálem.

„go native“, tedy s problémem splynutí s jednou skupinou osob v terénu. Ze začátku (první měsíc) jsem byla naprosto na straně pacientů, protože jsem se nemohla ztotožnit s chováním většiny personálu k pacientům a navíc jsem se svými kolegy a kolegyněmi cítila nepřijata, což můj odstup vůči nim jen podporovalo.<sup>8</sup> S postupným pronikáním do prostředí, intenzivní únavou z práce a hlavně se zvyšujícím se přijetím alespoň některých zaměstnanců se stupňovala i má tendence identifikovat se s personálem, s jeho pohledem na prostředí, chování pacientů a práci. Tyto dvě svým způsobem protichůdné tendence k identifikaci s odlišnými skupinami ve mě v podstatě přetrvaly do konce výzkumu, i když přibližně začátkem čtvrtého měsíce pobytu v terénu jsem našla určitý mě vyhovující střed, kdy jsem se již necítila tak vnitřně rozpolcena.

Ze své pozice výzkumnice musím velice pozitivně hodnotit délku výzkumu, protože teprve během postupující doby jsem si začala na prostředí zvykat, odeznívaly nejsilnější emoce, které mi zakrývaly možnost pochopit pozorované jevy i z jiných úhlů pohledu, postupně se prolamovaly ledy mezi mnou a personálem a s některými kolegyněmi či kolegy jsem navázala přátelské vztahy. Myslím, že nakonec jsem snad získala důvěru většiny svých kolegů, i když třeba ne sympatie, a někteří z nich se stali pro můj výzkum klíčovými informátory. V rámci vztahů s pacienty, které byly pro mne bezproblémové již od prvního dne, jsem díky delšímu pobytu v terénu mohla pozorovat, že i oni se k různým členům personálu chovají různě a hlavně, což pro mne bylo velkým překvapením, hodnotí svou situaci na LDN jinak, než jaké byly mé předpoklady.

Dále jsem přes veškerá omezení, která s sebou nese, velice spokojena se svou volbou zastávat roli plné participantky. Vnitřní zkušenost, kterou mi zprostředkovala práce sanitářky, považuji za velmi důležitou pro navázání vztahů s pacienty i personálem, ale také pro interpretaci a porozumění pozorovaným jevům. První měsíc výzkumu jsem měla pouze osmihodinové ranní směny (6.00-14.00) každý den kromě víkendu a teprve na konci září mám ve svých terénních poznámkách záznam, že jsem odpoledne doma nespala. Únava se ukázala jako velice dobrý prostředek k pochopení i pocitu sounáležitosti se svými kolegy, ale zároveň je nutné uvést, že pro mne byla i překážkou při sběru dat a jiném výzkumnickém snažení, tedy že si vybírala daň na mé pečlivosti a výzkumnické snaze.

---

<sup>8</sup> Prožila jsem v podstatě totožnou výzkumnickou zkušenost jako Declercqová (2000), když popisuje, že vstup do terénu („get in“) pro ni představoval daleko menší problém než navázání vztahu s personálem („get along“). Zkušenost výzkumníka provádějícího zúčastněné pozorování podle mého názoru velice treffně vystihuje následující citace: „ (...) the person who cannot abide feeling awkward or out of place, who feels crushed whenever he makes a mistake – embarrassing or otherwise – who is psychologically unable to endure being, and being treated like, a fool not only for a day or a week but for months on end, ought to think twice before he decides to become a participant observer.“ (Wax, 1971, str.370 podle Declercq, 2000)

Interakce mezi personálem a pacienty, kterou se ve své studii pokouším zachytit v její každodennosti a v rámci možností vysvětlit důvody, které mohou vést k té které podobě komunikace či zacházení s pacientem, není zdaleka černobílým jevem. Nabývá mnoha podob u různých lidí i u toho samého člověka v různou dobu. Je ovlivněna mnoha faktory, které na sebe vzájemně působí, posilují se nebo oslabují. Budu ráda, když se mi podaří zachytit její pravidelnosti i proměnlivost, když se mi podaří zachytit to cosi, co se přede mnou skládalo z mého prožívání, z toho, co jsem mohla pozorovat a co jsem se dozvěděla z rozhovorů se svými kolegyněmi a kolegy a s pacienty. Každý z těchto aspektů výzkumnické zkušenosti vrhl na dané téma trochu jiné světlo a bylo opravdu zajímavé skládat tyto různé úhly pohledu do určitého, byť rozporuplného celku. Zároveň jsem tímto způsobem získávala určitou metodologickou triangulaci dat, kdy jsem si své analytické závěry mohla ověřovat prožitky skutečných lidí a jejich vlastním hodnocením a porozuměním své situaci.

V době, kdy píši tyto řádky, jsem ještě terén neopustila, tudíž nemohu svůj odchod zhodnotit. V každém případě bych zkoumané prostředí chtěla opustit způsobem, který by dal lidem, které jsem tu potkala, členům personálu i pacientům, najevo, že si vážím jejich důvěry a možnosti provést na „jejich“ oddělení svůj výzkum. Byla bych nejradši, kdyby se mi povedlo odejít tak, abych se mohla vracet a aby terén zůstal otevřený a ochotný případně přijmout dalšího výzkumníka.

### 3.5 Etické problémy

V průběhu výzkumu jsem narazila na několik závažných etických problémů.

Lze bez nadsázky říci, že během prvního měsíce výzkumu a zvláště během prvního týdne či dvou jsem prožívala kulturní šok. Dostala jsem se do prostředí, které bylo velice odlišné od mé dosavadní zkušenosti (Murphy, 2004).

Na oddělení LDN jsem se zblízka setkala s lidským tělem, jeho potřebami a funkcemi ve zcela odkryté formě. Mohla jsem pozorovat, jak lidské tělo stářím chátrá, jakým způsobem ho dokáže poznamenat nemoci. Byla jsem svědkem lidského utrpení, bolesti a smutku.

Dalším šokem pro mne byla samotná náplň práce. Při nástupu se se mnou nikdo „nemazlil“, byla jsem takříkajíc „hozena do vody“ a bylo na mě, abych se „naučila plavat“.

Nikdy nezapomenu na svůj první pracovní úkon:

*Narádily mi, ať jdu na záchod utřít zadek panu Sadskému. Teď já byla rozpačitá z toho, že budu utírat zadek dospělému člověku a nevěděla jsem do čeho, protože na záchodech pro pacienty nebyl toaletní papír. Myslím, že na mě houkly, ať si vezmu nějaký*

*hadr, a mě bylo hrozně divný, že budu někomu utírat zadek do pyžamového kabátku. Tak jsem tam šla, a nějak přátelsky mu řekla, že mu mám utřít zadek a že jsem tu nová, tak ať mě naviguje. A zvládli jsme to. Docela jsme si přitom i padli do oka.*<sup>9</sup>

Tento odstavec zároveň odkazuje na skutečnost, kterou nechci opomenout zmínit. Přestože jsem zažívala kulturní šok ze setkání s cizím prostředím, kde panují svébytné podmínky, pravidla a zvyky, nechyběl zde již od začátku aspekt humoru. Také někteří z mých kolegů se mi stali cennými rádci, kteří mi pomohli zvládnout moji práci.

Zásadním aspektem mého kulturního šoku byl způsob jednání personálu s pacienty, čímž se dostávám ke zmíněným etickým problémům. Mnohotvárnost, proměnlivost a podoby interakce mezi pacienty a personálem budu popisovat v samostatné kapitole, proto se zde dopustím určitého zjednodušeného náčrtu. Na druhou stranu tento zjednodušený „nákres“ odpovídá mým pocitům během prvního měsíce, kdy jsem pod dojmem výrazných emocí nebyla schopna rozlišit a pochopit různé nuance v jednání personálu s pacienty a to, že se ne všichni chovají stejně.

Během zúčastněného pozorování je při sběru dat výzkumník svým hlavním nástrojem a data jsou tak ovlivněna jeho osobností, postoji, názory a předporozuměním. Proto chci stejně jako Nedbálková (2006) a Declercqová (2000) vyjasnit svou pozici vůči aktérům zkoumaného prostředí. Protože je ve mě kvůli mému osobnostnímu založení i předchozímu vzdělání a zkušenostem více sociální pracovnice než výzkumnice, můj zájem i sympatie se již před vstupem do terénu soustředily hlavně na stranu pacientů a po seznámení se s terénem se tento dojem jen posilnil. Zjednodušeně řečeno jsem měla ze začátku výzkumu dojem, že jsou zde porušována snad všechna pravidla pro komunikaci se seniory a ne výjimečně i hodně hrubým způsobem. Pro ilustraci uvedu pár citací z terénních poznámek:

*"Víš, že sis posral koule, Péťo? Fůj, to je smrad!"*

*"A to Vás nenaučili kouzelný slovíčko?" „Jo, ona je vlastně ta vědkyně, zkoumá hmotu, ona nás prosit o nic nemusí."*

*„Von se nepřekulí, tak na to polohování seru, stejně už tu dlouho nebude.“*<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Terénní poznámky ze dne 4.9.2009.

<sup>10</sup> Ibid.

Ne veškerá interakce personálu a pacientů se odehrávala v tomto duchu. Naštěstí se již během prvních dnů ukázalo, že komunikace s pacienty probíhá často i vyloženě vřelým a laskavým způsobem nebo alespoň takovým, který bych nazvala neutrální.

Nicméně tato situace pro mě jako výzkumnici znamenala několik problémů.

Rozhodně se projevil jev, který Disman (2000) nazývá „go native“, protože se posílila má počáteční tendence k identifikaci s pacienty.

S tím související problém bylo zachování patřičného odstupu od prostředí, protože jsem se cítila emocionálně vtažena do jevů, které jsem pozorovala (podobně Declercq, 2000), a cítila jsem potřebu situaci nějakým způsobem napravit. Tato potřeba našla své vyústění v podobě mého jednání s pacienty, kdy jsem se snažila o laskavý trpělivý přístup a pochopení.

Tento fakt spolu s mou pozicí výzkumnice a specifícností zaměstnaneckého kolektivu daného oddělení způsobil, že jsem se vůči personálu dostala do pozice, kdy mě většina jeho členů víceméně ignorovala. To samozřejmě jen posílilo mé pocity antipatie vůči nim. Musela jsem tak tedy řešit problém odstupu od zkoumaného prostředí a zároveň neustále znovu a znovu zvažovat, jestli svým chováním terén měním a do jaké, pro mne únosné míry se mohu prostředí přizpůsobovat (Hammersley, Atkinson, 1995; Disman, 2000). Tyto problémy a mé vnitřní pocity se v průběhu výzkumu pomalu měnily v závislosti na různých vlivech. Postupně jsem si na prostředí zvykala, má citlivost vůči některým projevům personálu otupovala a zjišťovala jsem sama na sobě, jak může člověk a jeho jednání ovlivnit únavu a těžká práce. Přesto některé z výše zmíněných problémů přetrvávaly, zvláště když jsem se nacházela v blízkosti několika konkrétních členů personálu. Když jsem pak plánovala rozhovory nebo se prostě jen snažila chování těchto lidí pochopit, měla jsem velký problém zachovat respekt vůči respondentům či aktérům prostředí tak, jak ho popisuje Chvistková (2004).

Tímto bych ráda shrnula, že jedním z poznatků mé první výzkumnické zkušenosti je, že je velice obtížné udržet si úctu a snahu o pochopení vůči lidem, které člověk zkoumá a kteří přitom mají odlišné hodnoty a postoje než výzkumník.

Další oblastí, kterou shledávám eticky velmi náročnou, bylo udržení anonymity výzkumu. Problém se ani tak netýkal zkoumaných pacientů, protože těch je mnoho, a navíc někteří již oddělení LDN opustili. Přesto i zde jsem se potýkala s problémem anonymizace výrazných osobností, které se v době výstupu mé práce budou stále ještě na oddělení nacházet.

Daleko větším problémem bylo udržení anonymity personálu. Byla jsem překvapena skutečností, že nikdo z členů personálu, se kterými jsem dělala rozhovory, nechtěl podepsat

informovaný souhlas s tím, že mi věří, přestože mezi nimi byli i ti, s jejichž chováním k pacientům nesouhlasím. Tato důvěra mě zavázala ke snaze opravdu důsledně zajistit anonymitu svých informátorů.

Na mnou zkoumaném oddělení LDN pracuje jen malá skupina lidí a některé zaměstnanecké pozice jsou zastávány pouze jedním člověkem, proto i při veškeré snaze o zkreslení rozeznávajících údajů, jsem se ocitla v podobné situaci jako Nedbálková (2006). Totiž že prostředí je natolik malé a specifické, že pro lidi pohybující se v této oblasti, konkrétně pro nadřízené daného oddělení, by bylo velice snadné rozeznat, o koho se jedná.

Proto jsem se rozhodla své popisy terénu a jeho aktérů co nejvíce zobecnit a zakrýt identitu účinkujících. Konkrétní lidi skrývám za obecná označení sestry, sanitářky, členové personálu nebo zaměstnanci. Záměrně se tak vyhýbám bližšímu určení pohlaví či věku a dalších identifikačních znaků, protože na oddělení se nacházejí pouze tři muži a bylo by možné je podle způsobu jednání lehce identifikovat. Stejným způsobem jsem zobecnila i označování zaměstnanců v citacích svých terénních poznámek. Dále jsem se rozhodla, že nebudu odkazovat ke konkrétním rozhovorům. I kdybych informátory skryla za přezdívky, z jednotlivých odkazů na rozhovory s nimi by bylo možné sestavit jejich názorový profil a tak je identifikovat.

Doufám, že všechna tato opatření pomohou k tomu, aby identita aktérů jak ze strany personálu, tak ze strany pacientů zůstala skryta a přitom aby zůstala zachována určitá bezprostřednost zachycení daného prostředí.

## **4. Popis prostředí LDN a jeho aktérů**

### **4.1 Popis oddělení**

Když se otevrou dveře oddělení, je prvním vjemem vcházejícího ne příliš výrazný, ale těžký zápach moči, který se přes veškerou snahu vonných olejů a sprejů nedá zcela zakrýt. Prostor oddělení je vlastně dlouhá široká chodba, ze které vedou dveře do všech dalších místností. Vše je vymalováno příjemně působící banánovou barvou, na zdech chodby visí pár obrazů a nástěnek a nacházejí se zde i poličky s knihami.

Na patře je osm pokojů pro pacienty. Z toho kromě jednoho dvoulůžkového pokoje jsou všechny po čtyřech nebo pěti lůžkách. Dohromady je tak oddělení schopno pojmout třicet dva pacientů. V době mého výzkumu byly tři pokoje obsazeny muži, ve většině pokojů se tedy nacházelo ženské osazenstvo. Na pokojích má každý pacient vedle postele stůl a na své osobní předměty a ještě posuvný jídelní stůl. Přestože se jedná o docela malé plochy,



někteří pacienti, zvláště seniorky, jsou schopny využít všechny možnosti tohoto prostoru včetně zábran u postele s kreativitou a praktičností. Ve stolcích a na stolcích lze najít nejen předměty denní potřeby jako jsou brýle, krémy, oblečení, ale také fotky příbuzných, vnoučat, zemřelých partnerů, knihy, časopisy nebo květiny. Podle mého názoru se jedná o přeznačování prostoru, který zmiňuje Nedbálková (2006), kdy si pacientky vytvářejí z anonymního kusu bílého nábytku kousek vlastního domova. Stolek je vlastně jediným prostorem, který si pacienti mohou v pokoji (kromě případného vyvěšení jednoho nebo dvou obrázků na stěnu) upravit podle svého uvážení. Ale i toto platí jen do určité míry, protože „kuchyňka“ (dělnice z kuchyně) jim povrchy stolků uklízí, aby na nich byl pořádek podle představ personálu.

U dveří pokojů jsou věšáky na župany, případně kabáty návštěv a v každém pokoji se nachází WC a koupelna s umyvadlem, z toho ve třech pokojích i se sprchou. Pouze mizivé procento ze všech pacientů provádělo ranní hygienu v koupelně u umyvadla, místo na posteli s přistaveným lavorem na stolku, nebo se bylo schopno samostatně osprchovat. Pacienti jsou jednou týdně koupani v „centrální“ velké koupelně uzpůsobené pro sprchování nepohyblivých pacientů. Ti v lepším stavu sedí při koupání na „sedačkách“, speciálních pojízdných omyvatelných křeslech, která mají na sedátku pod hýžděmi otvor. Na těchto sedačkách je tím pádem možné dopravit pacienty, kteří jsou v lepším zdravotním stavu, na toaletu, aby nemuseli konat velkou potřebu do pleny. Těchto pacientů je také málo. Několik pacientů je schopno si samostatně dojít na WC nebo přistavené „gramofony“, což jsou přenosné toalety postavené u postele. Tyto gramofony vždy po vykonání velké potřeby personál vyčistí (vynese).

Ležící pacienti se do koupelny vozí na „vanách“, speciálně upravených pojízdných lehátkách, ve kterých lze pacienta vykoupat. Přesun nepohyblivých pacientů z postelí na vanu je poměrně náročný i přesto, že jak vanu, tak postel je možné nastavovat (aby byly výše, níže). Většinou přesun provádí tři nebo dva členové personálu a nemusím zdůrazňovat, že při této činnosti si člověk začne velice jasně uvědomovat hmotnost jednotlivých pacientů.

Kromě koupelny se na oddělení nachází „čistička“, místnost s velkým dřezem, kde jsou uchovávány různé potřeby pro hygienu pacientů, pleny, vozíky s prádlem, lavory na mytí a „hovňák“, vozík s pytlím, do kterého se odkládají použité pleny a ze kterého se při otevření vrchního poklopu šíří velice silný zápach.

Pro pacienty je k dispozici jídelna s televizí a rozsáhlejší knihovnou, ale všimla jsem si, že je jen málokdy využita a to spíše jen tehdy, když se sem pohybliví pacienti uchýlí se svými návštěvami, aby měli soukromí. Po dobu výzkumu se vyskytli pouze čtyři pacienti,

kteří jídelnu pravidelně navštěvovali. Například jeden z těchto pacientů se tam jezdil na kolečkovém křesle (měl amputovanou nohu) dívat na televizi a pít kávu, jiný si tam po té, co se zotavil, přál obědovat. Jinak je jídelna nejčastěji využita personálem, který si tu suší a žehlí pracovní oblečení.

Na obou stranách chodby se nacházejí skladové místnosti. V jedné je uložen materiál pro ošetřování pacientů, který vydává pouze staniční sestra. Ve druhé má staniční sestra šatnu, jsou zde uskladněny speciální matrace k prevenci dekubitů, vánoční ozdoby a jiné věci, někdy také různé pochutiny (káva, bonboniéry, apod.), které návštěvy přinesou personálu jako dárek. Tyto dárky zůstávají většinou na sesterně, ale některé z nich staniční sestra odnese a pak po určitých dávkách vydává zbytku personálu. Řadový personál nemá do těchto skladových místností přístup. Vedle jednoho tohoto skladu je šatna pro personál, vedle druhého jsou ve výklenku na chodbě pouze šatní skříňky, ale i zde se někteří členové personálu převlékají.

Veškeré jídlo pro pacienty se přiváží zvenku, takže v kuchyni, která je hned vedle jídelny, se vaří hlavně ranní bílá káva a čaj, který pacienti, kteří nemají své vlastní nápoje, dostávají k pití na celý den v dvoulitrových konvicích na stolky. Venku na chodbě stojí lednice, kam si mohou pacienti dávat potraviny označené svým jménem. Většinou tu návštěvy nechávají „něco dobrého na zub“ pro své blízké na svačinu.

Naproti sobě přes chodbu se nachází kancelář a sesterna. Kancelář svým vybavením působí jako ordinace obvodního lékaře – je zde skříň s léky, počítač, lékařská dokumentace (chorobopisy pacientů, apod.), obvazový vozík, různý materiál určený ke zdravotní péči o pacienty a klíče ke skladu s prádlem, s kyslíkovými bombami, se špinavým prádlem, apod.. Kancelář je pracovní místnost doktorek, staniční sestry a co se týče využívání zdravotnického materiálů a vedení ošetřovatelské dokumentace i řadových sester.

Sesterna slouží personálu spíše k odpočinku a jako jídelna, i když i zde je uložena a vyplňována ošetřovatelská dokumentace. Při svém příchodu jsem byla vybavením sesterny (i celého patra) příjemně překvapena. Očekávala jsem „socialistické“ staré nevkusné vybavení a místo toho jsem našla příjemně vymalovanou místnost, ve které se nachází sedací souprava s nízkým stolkem, lednicí, rádiem, televizí a dvd. Ze sesterny vedou dveře na malý balkónek, který je téměř při každé pauze obsazen alespoň dvěma kuřáky, ovšem někdy se tam natěsná i pět lidí, což je většina personálu na dané směně. K sesterně patří také toaleta a malá koupelnička předělaná na kuchyňku s varnou konvicí, dózami s kávou, čaji a ručníky. Pobavilo mě, když jsem byla ze začátku svého pobytu na oddělení poučena, že na této toaletě se ze zřejmých důvodů vykonává pouze malá potřeba, zatímco pro jinou záležitost se chodí na konec chodby na WC u koupelny pro pacienty. Všichni toto nepsané pravidlo dodržují. Když

si někdo z personálu potřebuje na toto místo „odskočit“ a chce dát vědět ostatním, že po nějakou dobu bude nepřítomen, řekne obvykle, že „jde na ministerstvo“.

## 4.2 Personál

Vedoucím oddělení LDN je primářka, která má pod sebou dvě doktorky, a tito tři lékaři se starají o dvě patra LDN, pro které dále pracuje jedna sociální pracovnice, hospodářka, vrchní sestra a uklízečka.

Na patře (dále pro zjednodušení oddělení LDN), kde jsem prováděla výzkum, byl personál složen ze staniční sestry, šesti zdravotních všeobecných sester, přičemž ve dvou případech se jedná o sestry pod dohledem<sup>11</sup>, jednoho zdravotního bratra, dvou sanitářek (ke kterým jsem se pak přidala já jako třetí) a jednoho sanitáře, dvou dělnic v kuchyňce, fyzioterapeuta a ergoterapeutky, která tu pracuje na částečný úvazek. Když budu mluvit o personálu, který jsem zkoumala a se kterým jsem byla v téměř neustálém kontaktu, pak budu mít vždy na mysli tyto lidi, přičemž nejvíce času jsem díky náplni své práce strávila se sestrami, sanitáři a „kuchyňkami“.

Většinu personálu tvoří ženy, jejichž věk se pohybuje mezi 50 až 60 lety. Pouze tři ženy z personálu jsou ve věku mezi 30 až 45 lety. Muži jsou tu tři a jejich věk je velmi různorodý. Zdravotnímu bratrovi je 25 let, sanitáři 42 let a fyzioterapeutovi 51 let.

Národnostně je personál složen ze Slováků a Čechů, přičemž tři zdravotní sestry, zdravotní bratr a fyzioterapeut jsou ze Slovenska.

Tři členové personálu mají kromě práce na oddělení LDN ještě stálý nebo příležitostný vedlejší úvazek

K práci na LDN se zaměstnanci rozhodli z různých důvodů. Někteří přišli proto, že jejich předchozí pracovní místa byla zrušena, mají blízko do důchodu a již nechtějí pracovat na náročnějších odděleních ve zdravotnictví. To se týká především zdravotních sester. Práce na LDN je náročná fyzicky a psychicky, ale nevyžaduje příliš odborné zdravotnické úkony. Jiní nemohli sehnat práci v místě svého bydliště a přijeli za prací ze Slovenska do Prahy. Další se rozhodli pracovat na LDN, protože jsou tu výhodnější platové podmínky (příplatky za třísměnný provoz, gerontologický příspěvek a příspěvek za psychickou zátěž) než v jejich předchozích zaměstnáních.

Doba, po kterou různí členové personálu pracují na tomto oddělení LDN (s tím, že šest z nich již dříve pracovalo na LDN nebo se seniory), se pohybuje od šesti měsíců (ale zrovna

---

<sup>11</sup> To znamená, že nemohou sloužit směnu bez dozoru jiné zdravotní sestry s uznanou registrací.

tito lidé pracovali již dříve delší dobu na LDN) po sedm let. Výjimečnými případy jsou staniční sestra, která zde v této funkci pracuje deset let (předtím strávila deset let jako řadová sestra na jiném patře této léčebny), a jedna z dělnic v kuchyni, která tu je osmnáct let (nejdříve jako uklízečka, nyní 6 let v kuchyňce).

Sestry a sanitářky pracují ve třísměnném provozu. Ten v sobě zahrnuje tři druhy směn – ranní od 6.00 do 14.00, denní od 7.00 do 19.00 a noční směnu od 19.00 do 6.00<sup>12</sup>. Vždy okolo 15.dne v měsíci je hotový rozpis směn na následující měsíc. Směny se nepravidelně střídají (samozřejmě včetně víkendů), není v nich žádný zvláštní systém kromě toho, aby za sebou nebyly více než dvě noční směny a podobně, aby za sebou nebylo příliš mnoho směn v kuse. Také se dává pozor na to, aby si personál odsloužil stejný počet víkendů, protože za to je zvláštní příplatek. O víkendech se neslouží ranní směny. Rozpis směn organizuje staniční sestra.

Staniční sestra slouží pouze ranní směny během týdne a o víkendu má volno. Ovšem i zde jsou výjimky, když má některá ze sester dovolenou a je potřeba pokrýt i denní směny.

Personál v kuchyňce má za sebou vždy dvě nebo tři dvanáctihodinové směny (6.00-18.00) střídající se se dvěma nebo třemi dny volna.

Fyzioterapeut pracuje ve všední dny od 7.30 do 16.00, případně si domluví přesčasy o víkendech.

Naprostá většina personálu jsou kuřáci.

### 4.3 Pacienti

Naprostou většinu pacientů tvoří lidé ve věku nad 75 let a ještě v rámci této většiny převažují senioři ve věku 80 a více let. Označovat pacienty LDN povšechně za seniory není zcela přesné, protože ženy (seniorčky) svým počtem muže zdaleka převyšují.

Přestože v mnoha případech platí Kalvachova (2004) definice zdravotního stavu pacientů<sup>13</sup>, někteří pacienti by mohli být ošetřováni v domovech pro seniory, ale zůstávají (občas i velice dlouhou dobu – rok i více let) na LDN, protože ve výše zmíněných zařízeních pro ně nemají místo. O této situaci se mluví v literatuře (Kalvach, 2004; Vohralíková, Rabušic, 2004), ale potvrdili mi ji i příbuzní pacientů nebo členové personálu.

---

<sup>12</sup> To se nyní od poloviny ledna 2010 změnilo na dobu od 19.00 do 7.00, ale protože převážná doba mého působení na LDN spadá do předchozího načasování směn, uvádím toto nyní již neplatné fungování nočních směn. Podobně se změnilo načasování některých pracovních úkonů, hlavně co se týče ranní hygieny pacientů, ale i v tomto případě platí výše zmíněné.

<sup>13</sup> LDN je určena pro nemocné ve stabilizovaném stavu, se stanovenou diagnózou i se stanoveným léčebným programem, kteří však kvůli nesoběstačnosti a míře ošetrovatelské náročnosti nemohou být ošetřováni v domácím prostředí, případně ani v domovech pro seniory.

Co se týče soběstačnosti, přes polovinu pacientů tvoří tzv. „ležáci“<sup>14</sup>, z nichž někteří jsou schopni se sami najít, umýt (kam dosáhnou) a jiným způsobem spolupracovat s personálem, zatímco jiné je třeba obstarat ve všech ohledech. Zbylí pacienti představují určitou „směs“, kdy někteří se sice sami nepostaví, ale s fyzioterapeutovou asistencí a za pomoci kompenzačních pomůcek jsou schopni chůze (při cvičení – procházky po chodbě). Tito pacienti si většinou přejí, aby je personál vozil na toaletu, aby tak mohli omezit používání plen. Jiní jsou poměrně soběstační a s „chodítkem“, holí nebo dokonce „jen tak“ si dokáží samostatně dojít na toaletu nebo přistavený gramofon, kromě zad se během hygieny celí omyjí (ale jinak jsou koupání spolu s ostatními v centrální koupelně), jídlo nejen sami snědí, ale zvládnou si ho i sami nakrájet nebo si například namazat chleba.

Naprostou výjimkou jsou pacienti (ti také pobývají na LDN nejkratší dobu), kteří se kromě zdravotnických zákroků o sebe zcela soběstačně postarají (většinou pouze 2 až 3 lidé na celém oddělení).

V podstatě téměř všichni pacienti mají pleny nebo alespoň plenkové stahovací kalhotky, protože i ti soběstačnější, kteří si sami dojdou na toaletu, trpí inkontinencí. Přibližně čtvrtina pacientů<sup>15</sup> si dokáže sama dojít na WC, ať už do koupelny na pokoji, ale častěji na gramofon přistavený k posteli, případně používá „bažanta“. Personál (v převážné většině případů sanitářky) pravidelně vyprazdňuje příslušné nádoby podle režimu dne. Pokud je do gramofonu vykonána velká potřeba, pacient zazvoní a personál vynes (vyčistí) nádobu ihned. Někteří z těchto soběstačnějších pacientů si výslovně nepřejí používat pleny a pokud udrží moč a stolicí, nejsou k jejich používání nuceni. Mnozí z nich si ale přejí mít plenu během noci.

Velice malý počet pacientů (jejich počet se většinou pohybuje okolo čtyř lidí) je v takovém stavu, že se pomočují do pleny, ale když potřebují vykonat velkou potřebu, mají dovoleno (většinou od doktorky) zazvonit na personál, který je na sedačce doveze na WC v pokoji.

Většina pacientů (jejich počet se pohybuje průměrně okolo 20 lidí) má pleny permanentně celý den i noc pro malou i velkou potřebu.

Ještě je třeba uvést, že nezávisle na soběstačnosti, má více než třetina pacientů zavedenu cévku, tím pádem nemočí do pleny. U všech pacientů se kvůli zdravotnímu stavu sleduje, jestli mají pravidelnou stolicí.

---

<sup>14</sup> Tj. pacienti, kteří nejsou schopni chůze ani za pomoci kompenzačních pomůcek.

<sup>15</sup> Tento počet se během doby mění, soběstačnější pacienti dříve či později odcházejí do domovů pro seniory nebo domů.

Naprostá většina pacientů se nají samostatně, pouze některým je třeba trochu pomoci nebo je zcela nakrmit. Během doby mého výzkumu přijímali tři pacienti potravu sondou.

Výše zmíněným záležitostem se tak podrobně věnuji proto, aby si čtenář mohl udělat lepší představu o náplni práce ošetrovatelského personálu a o míře závislosti pacientů ohledně naplňování svých základních tělesných potřeb.

Mezi specifika geriatrických pacientů patří skutečnost, že se u mnohých z nich vyskytují projevy různých stádií demence – omezení celkové schopnosti komunikovat, zmatenost, zapomnětlivost, apod. Omezení komunikačních schopností má samozřejmě kořeny i v dalších druzích onemocnění, ale právě demence v mnohém ovlivňovala jednání pacientů, se kterými jsem se na tomto oddělení LDN setkala.

## **5. Každodennost – režim LDN**

V této kapitole modeluji typický průběh tří druhů směn z pohledu sebe sama jako nekvalifikované pracovní síly na zaměstnanecké pozici sanitářky. Inspirovala jsem se bakalářskou prací „Were it not for the post-it notes...“ (Řepíková, 2007), ve které autorka modeluje typický běžný den vedoucího výzkumné skupiny. Zároveň jsem v duchu Geertzova (2000) zhuštěného popisu průběh směn popsala neformálním jazykem, abych tak čtenáři poskytla věrnější obraz prostředí LDN i sociální rozmluvy jeho aktérů.

Všechny tři druhy směn zachycuji typizovaným způsobem, přičemž bylo mým cílem zobrazit co nejvíce různorodých a proměnlivých aspektů interakce mezi personálem a pacienty. Průběh směny typizuji tak, že ji skládám z mnoha různých směn, které jsem zažila. Stejně skládám i jednání jednotlivých aktérů z různých způsobů jednání, kterých jsem během výzkumu byla svědkem u různých osob, a používám ho i v rámci jedné postavy. Samu sebe používám spíše jako kameru, způsob, jakým jsem mohla být následujících scén svědkem, proto vyjádření svého prožívání omezují na minimum.

Kvůli zachování anonymity, jsem při modelování musela téměř vypustit jednání staniční sestry a fyzioterapeuta, protože konkrétní jedince, kteří tyto funkce zastávají, nelze skrýt za typizované postavy. Ze stejného důvodu jsem do typizovaných postav sester a sanitářek skryla jednání zdravotního bratra a sanitáře. Znovu zdůrazňuji, že jednotlivé postavy vystupující v modelových scénách jsou složené z jednání více lidí a to tím způsobem, že do jedné osoby je promítnuto chování zaměstnanců, jejichž projev je podobný, nezávisle na skutečnosti, jestli se v realitě jedná o sestry nebo sanitářky. Pokud je jednání skutečné sestry a sanitářky podobné, v modelové scéně ho zobrazuji například jen v interakci jedné zdravotní sestry.

## 5.1 Ranní směna

Poloprobuzená vystupuji z výtahu a v 5.45 vcházím na oddělení. „Fuj!“ pokrčím nos, protože mě přes něj udeří typická směs pachů moči a dezinfekce. Zápach je všudypřítomný, nasáklo mi jím i oblečení a po ránu ho člověk vnímá zvláště citlivě. Jdu se převléct do šatny. Během mého převlékání dorazí zdravotní sestra Květa, se kterou mám ranní směnu. Rozespale se zdravíme a společně si stěžujeme na to, že musíme takhle brzy po ránu do práce.

Když dorazíme na sesternu, máme už připraveny naše hrníčky na kávu a v konvici vše voda. Ženský, co měly noční, zrovna vycházejí z balkónu, kde si byly zakouřit. „Ahojoj,“ zdravíme se, „tak jaká byla noční?“ „Ani se neptej,“ odpoví Zina a začne vypravovat, jak pan Kubát zase v noci cestoval, že ho našly nahého sedět v křesle. A paní Červinková zase celou noc povídala a nebyla k zastavení, až okolo třetí ráno jí zabraly tlumící prášky a konečně usnula. „V noci je vzhůru a teď bude spát celý den,“ komentuje to kolegyně. Mezitím dorazí Vlasta, která pracuje v kuchyni. Všichni ji hlučně zdraví a ona vesele odpovídá.

Zaléváme si instantní kávu, dárek od příbuzných pacientů pro personál, bereme si nahřáté sedáky, které byly opřené o radiátor a jdeme si s Květou sednout na balkón na ranní cigaretu. Včera Květu rozzlobila jedna kolegyně, takže když se k nám připojí i ženský z noční směny a Vlasta, rozvine se rozhořčená debata nad, podle mého názoru, domnělými i skutečnými křivdami, kterých se na člověku různí kolegové či nadřízení dopustí. Mezitím dorazí staniční sestra. Je nekuřačka, takže na balkón za námi nejde.

V souznění vyvolaném společným pomlouváním nepřítomných se vracíme do sesterny, zdravíme staniční a sestra z noční směny předává službu Květě. Informuje ji o stavu pacientů, medikaci a zdravotnických úkonech, které je třeba udělat. Okolo půl šesté se na mě Květa otočí: „Renatko pojď, jdem na ně.“ „Tak jo,“ vzdychnu, zvednu se a jdu na čističku pro vozík s prádlem. Květa vezme hovňák a za hlasitého skřípání dotlačíme oba vozíky na pokoj, kde začínáme s ranní hygienou pacientů. Musíme umýt tři pokoje, v dalších třech umyla pacienty už noční směna a zbylé dva pokoje budeme dneska koupat.

Vcházím do pokoje, rozsvčím světla a volám: „Dobré ráno!“ Na tomto pokoji jsou všechny pacientky ležící a víceméně nepohyblivé. Jdu do koupelny a pustím naplno vodu, aby co nejdřív odtekla studená a já mohla do lavorů napustit teplou vodu. Dneska se to povedlo poměrně rychle, ale jindy to moc dlouho trvá, tak myjeme pacienty studenou vodou. Co se dá dělat. Květa jde za mnou do koupelny a odnáší lavory s vodou. Do každého kápne trochu tekutého mýdla, které máme na vozíku.

V pořadí umývání pacientů je systém, vždy se jde od postele, která je první nalevo od dveří pokoje. Podle tohoto „číslování“ postelí jsou označeny i desky s chorobopisy. Na

deskách je například nálepka 53/1, kdy první číslo je číslo pokoje a druhé je pořadí postele. Usnadňuje to orientaci v pacientech, protože není vždy možné zapamatovat si všechna jména, zvláště nově příchozích. Jedna sestra pak například informuje druhou: „Té na padesát sedm dva máš odpoledne píchnout inzulín.“

Květa přichází k první posteli: „No fůůůj, ta je zase vymazaná! Vy jste prase!“ Rozhořčeně spílá pacientce, která nic neříká, kouká do stropu a ruce má špinavé od stolice. „To je nechutný!“ stěžuje si kolegyně, když namáčí „perlan“<sup>16</sup> a omývá pacientce umazané ruce. „Hm,“ přitakám a jdu k vedlejší posteli, kde leží paní Zimková. „Dobry ráno,“ zdravím, zatímco jí umývám z obličeje ospalky a kousky zaschlého jídla. Paní mi neodpovídá, ale slabě se usmívá. Je ještě celá rozespalá. Svlékám jí pyžamový kabátek a umývám jí dlaně a podpaží. „Pojďte, musíme přebalit plenu,“ říkám pacientce, zatímco jí rozepínám plenové kalhotky. Když plenu otevřu, zjistím, že paní Zimková má průjem. Zápach se šíří po celém pokoji. „Achich,“ vzdychnu a jdu si k vozíku pro pyžamový kabátek. Na omývání pacientů od výkalů používáme většinou kabátky, „anděly“<sup>17</sup> nebo povlaky od polštářů. Špinavé prádlo se pak hází do červeného pytle, který visí na vozíku s prádlem. Kus kabátku si namočím, vrátím se k pacientce, překulím jí na bok a snažím se jí očistit zadek tak, abych pokud možno nezašpinila postel. Co ušpiním budu muset převléct.

„Prosímte podej mi pěnu,“ volám na kolegyni, která jde k vozíku, „a taky asi budu potřebovat „tahačku“<sup>18</sup>.“ Pěna ve spreji trochu neutralizuje zápach a zároveň je s ní možno pacienta omývat. Když paní Zimkové očistím zadek, řeknu jí, že jí ještě musím umýt vepředu, protože je tam špinavá. Roztáhnou pacientce nohy a snažím se vyčistit přirození a třísla od stolice. Když jsem hotová, zabalím jí do čisté pleny, obléknu čistý pyžamový kabátek a přikryji paní Zimkovou dekou. „Zastrkala jsi tu deku?“ ptá se mě Květa, „ať je vidět, že jsme tu byly.“ Po větší část doby s kolegyní mlčíme, po ránu není člověku moc do řeči.

Do 7.00 umyjeme ještě deset pacientů a pacientek, z toho čtyři jsou schopni se z větší části umýt sami a my jim domyjeme jen části těla, kam si nedosáhnou, případně vyměníme špinavé nebo propocené ložní prádlo. Soběstačné pacientky i pacienti ochotně vstávají a snaží se toho co nejvíce sami zvládnout.

---

<sup>16</sup> Materiál určený k ranní hygieně pacientů, na omak jemný, nedráždící kůži. Při koupání pacientů v koupelně se používají klasické hadrové žínky.

<sup>17</sup> Typická nemocniční košile, která se na zádech po celé délce zavazuje šňůrkami – pokud tam jsou.

<sup>18</sup> Tak personál označuje kus ložního prádla, menšího než prostěradlo, který se přeloží do tvaru obdélníku přibližně 1,20x80 metru, a položí se pod pacienta tak, aby na něm ležel dolní část zad a hýžděmi. Je to velice praktický kus prádla, protože leckdy zabrání tomu, aby výkaly, které občas přetečou z pleny, umazaly prádlo pod ním. Zároveň se tento kus prádla používá při manipulaci s pacientem na posteli. Například když personál potřebuje pacienta povytáhnout výše do hlav postele, pacient se chytne závěsného držáku nad postelí a dvě sestry, každá z jedné strany, chytanou „tahačku“ a společnými silami pacienta posunou. Proto „tahačka“.



Někteří pacienti jsou po ránu zmatení a dělají přesný opak toho, co jim člověk řekne. „Otočte se!“ volám na pana Křivého. Nějak se mu nedaří probudit, tak s ním trochu třesu. Konečně pomalu otevírá oči. „Dobré ráno, přišla jsem Vás umýt,“ říkám důrazně, abych ho probudila. Trochu nechápavě se na mě dívá a je stále otočený na boku a oběma rukama se drží zábrany postele. „Musíte se pustit, abyste se mohl otočit na záda,“ snažím se ho přesvědčit ke spolupráci. Pan Křivý trpí vaskulární demencí, která se od doby jeho příjmu na oddělení pomalu zhoršuje. „Tak nic, uděláme to jinak,“ řeknu, když vidím, že se pacient nehne a začnu ho omývat, zatímco leží na boku. Postupně se trochu rozkouká a už se s ním spolupracuje lépe. Když ho přikryji dekou, tak se již dokonce usmívá. Moje kolegyně zatím vzdychá: „To je život.“ To je ostatně mezi personálem oblíbené rčení, pronášené napůl našťavaně, napůl s humorem. Pacient na vedlejší posteli si totiž v noci sundal plenu a celá postel je pročůraná, takže je třeba ji přestlat. Na třetí posteli leží nepohyblivý a nekomunikující pacient, který není schopen spolupráce a proto ho musíme obracet, zvedat a popotahovat samy.

Mezitím co myjeme pacienty na posledním pokoji, slyším z chodby duté rány. To Vlasta přivezla z přízemí plechové bedny, ve kterých má naskládané přikryté tácky se snídaní pro pacienty. Teď bude muset na připravený vozík jídlo vyskládat na tácky a těm pacientům, kteří toho nejsou schopni, což je dobrá polovina, namazat chleby nebo rohlíky, které mají ke snídani. Slyším, jak si v chodbě pro sebe nadává na práci.

Když skončíme s ranní hygienou pacientů, přesuneme se s Květou na pokoj, kde už staniční sestra a sestra Lída z denní směny připravují pacienty na přesun na sedačku nebo na vanu. Tady už se povídá víc, všichni jsou probuzenější a probírá se všechno možné od nákupů přes svatbu dcery. Občas se do hovoru zapojí i některé komunikativnější pacientky nebo pacienti.

Sanitářka Věra, která má také denní směnu, přiváží první vanu. Je pravidlem, že v koupelně koupe na prvním místě sanitářka (vždy z denní směny), pokud na směně není sanitářka, tak koupe sestra pod dohledem a jediné, když denní směnu slouží dvě „rovnocenné“ sestry, tak koupe jedna z nich, podle toho, jak se domluví. Spojenými silami nakládáme pacienty na vany a sedačky a Věra si je postupně odváží do koupelny. Když si na vaně odveze nahluclou a málo pohyblivou paní při těle, je pak z koupelny slyšet křik: „Ježíšikriste ženská, pohněte se trochu! Vy jste jak velryba. Copak jsem nějaká greenpeace?!“ Zatímco se pacienti koupou, kompletně převlékáme uvolněné postele do čistého prádla.

Přibližně v 8.00 jsou všichni vykoupání pacienti zpátky ve svých postelích. Zajdeme si do sesterny lounout kafe a na balkón na cigaretu. Pak (nebo spíše mezitím, protože nekouří) se staniční sestra přesune do kanceláře, sestry jdou píchnout inzulinu a připravují vozík, ze

kterého budou před snídaní podávat ranní dávku léků. Já s Věrou jdeme posazovat pacienty ke snídani. Ležící pacienty je třeba za tahačku s jejich větší nebo menší asistencí povytáhnout výše do hlav postele, aby až se postel sklopí na sezení, neměli vyvrácenou jen hlavu do pravého úhlu. Pak se jim přistrčí pojízdný jídelní stolek, na který Vlasta položí tácek se snídaní a plastový hrnek plný bílé kávy. Každému pacientovi dáme pod krk ručník jako bryndák, protože zvláště méně pohyblivým pacientům padá z rukou všechno možné nebo se netrefí do úst, něco rozlijí a podobně. Soběstačnější pacienti se posadí sami, pouze některým je třeba při tom pomoci.

Zatímco s Věrou posazujeme, Vlasta rozdává jídlo, a když skončíme s posazováním, rozejdeme se po oddělení k těm pacientům, které je třeba nakrmit. Jejich počet se obvykle pohybuje mezi čtyřmi až pěti lidmi. Není neobvyklé, že některému pacientovi, který byl delší dobu soběstačný, se po čase (např.: po měsíci či dvou) zhorší zdravotní stav natolik, že je nutné ho krmit. Někteří z těchto pacientů pak za měsíc či déle zemřou, jiní zůstanou v tomto nesoběstačném stavu delší dobu stabilní, další se po chvíli zotaví a jsou opět schopni jíst samostatně.

Snažím se přesvědčit pana Lísku, aby spolkl pár soust „lámačky“, toustového chleba nalámaného do misky a zalitého bílou kávou. Lámačkou se krmí pacienti, kteří mají problémy s polykáním nebo jsou celkově v horším zdravotním stavu, špatně vnímají své okolí a podobně. Pan Líska, který má rakovinu v pokročilém stádiu a trpí bolestmi, mou snahu odmítá. Přichází Věra, tak si jí stěžuji, že mi to nejde. Věra přijde k panu Lískovi, pohladí ho po hlavě a se lžící v ruce mu laskavým hlasem domlouvá: „Dědulko, musíš něco sníst, no tak, aspoň trochu.“ Zdá se, že takový přístup na pacienta zabírá, protože se pousměje (je jen tak napůl při vědomí) a nechá si dát pár lžic.

Když dokrmíme, koho je třeba a zkontrolujeme všechny pacienty, jestli je všechno v pořádku, případně sklopíme postele těm, kteří již dojedli, jdeme snídat my. Pokud se neobjeví nějaký zádrhel nebo není větší počet pacientů na krmení, vychází snídaně personálu přibližně na 8.30. Pacienti dostávají z jídelny ke snídani více pečiva než snědí, takže toto pečivo a různé sýry, šunka a jogurty zbude pro personál. Do 9.00 se tak stihne pořádná snídaně, případně další káva nebo čaj a každopádně cigaretová pauza.

V 9.00 vyrážíme opět za pacienty, všechny dohromady jak sestry, tak sanitářky z ranní i denní směny. Staniční sestra je v této době buď v kanceláři nebo na vizitě s doktorkami, Vlasta sklízí nádobí z pokojů. Postupujeme od jednoho konce oddělení k druhému a na každém pokoji je třeba dohlédnout, aby pacient vypil alespoň hrnek čaje. Pacienti, kterým nemocniční čaj nechutná, si mohou nechat od svých návštěv přinést vlastní pití. Většina

pacientů pije sama, jen některým je třeba pomoci tak, že se jim čaj do pusy stříká stříkačkou (20ml). Záleží na členu personálu a na tom, v jakém je spěchu, jestli vstříkne pacientovi do pusy celý obsah stříkačky nebo jen půlku, počká až pacient polkne a pak dodá zbytek.

Od vedlejších postelí slyším, jak se dvě pacientky rozkašlaly, asi jim při pití zaskočilo. Věru a Květu to dráždí, Věra se na pacientky utrhne: „Tak holky už dost!“ Když pacientky kašlou, tak jim nemohou dál stříkat čaj do pusy a musí počkat, než se kašel uklidní, což zdržuje. Květa podrážděně spustí na pacientku, které dává pít a která stále ještě kašle: „Kdo to má poslouchat celých dvacet čtyři hodin? To není možný s Vámi!“ Věra se přidá: „A ruku před pusou, když kašlete.“ Kašlající pacientky jsou poměrně nepohyblivé paní, které když už hýbou rukama, třeba při jídle, tak to dělají velmi pomalu.

Po pití přijde na řadu mazání. Natíráme pacienty krémy, které mají na stolku. Mažeme jim hlavně záda, ale i nohy, ruce a chodidla, aby se promastila suchá kůže. Když mažeme záda, dávají některé pacientky nahlas najevo svou spokojenost. Je jim to vyloženě příjemné. Občas si některá z kolegyň povzdychne: „A nám záda nikdo nenažije.“ Opět platí, že kdo je soběstačnější, namaže si tělo, kam dosáhne a my pomůžeme, pokud chce, se zbytkem.

Zkontroluje se plena, pokud v ní není stolice, tak se pacient nepřebaluje. Těm, kteří mají k posteli přistaven gramofon nebo pověšeného bažanta, se vyprázdní příslušné nádoby.

Nakonec se polohují ležící pacienti, aby neměli proleženiny a pohyblivějším se stele postel, upravují polštáře, případně obracejí deky, pokud je povlak z jedné strany příliš špinavý od jídla. „Kapna“<sup>19</sup> se případně převléká až po obědě, kdy už není taková šance, že ji pacientka nebo pacient umaže a navíc přicházejí návštěvy.

Když se takto obstará celé oddělení (přibližně v 10.00 jsme hotovy), jde si většina personálu zakouřit na balkón a chvíli si posedí v sesterně, aby si odpočinula.

Než si sedne na pauzu, musí sanitářka umýt lavory po ranní hygieně, svázat pytle se špinavým prádlem, případně hovňák, pokud je plný, a svézt je na vozíku výtahem do suterénu, kde je sklad špinavého prádla a odkud vedou dveře ven ke kontejnerům, do kterých se třídí různé druhy odpadu.

Na pauze se setkáváme také s Radkem, fyzioterapeutem, který dorazil okolo 7.30, a postupně procvičuje pacienty, u kterých se zrovna neprovádí hygiena nebo kteří již dosnídali.

Opět se probírá všechno možné, nadává se na práci, na pacienty nebo se naopak někteří pacienti litují, ale jako hlavní téma vévodí „co se vařilo a jak se to vařilo“, domácí

---

<sup>19</sup> „Kapna“ je povlak na deku.

mazlíčci, úklid domácnosti a povídá se o vnučích nebo ve většině případů už dospělých dětech.

Po pauze začnou sestry „psát papíry“, ošetrovatelské zprávy o pacientech, případně provádějí potřebné zákroky (např.: výměna cévky, měření EKG, atd.), zapisují, kdo z pacientů měl stolicí a podobně. U sanitárek záleží náplň práce na dnu v týdnu. V pondělí a ve čtvrtek se mužům holí vousy ( a jedné pacientce, která si to přeje) a ve středu se všem pacientům stříhají nehty na ruku. Během ostatních dnů a o víkendu mají v této době sanitářky volno až do 11.30, kdy se přiváží oběd pro pacienty. Volno mají v tom smyslu, že jsou k dispozici pacientům, kteří potřebují odvézt na záchod, přebalují, když někdo zvoní, že má stolicí, a „chodí na zvonky“, když pacienti něco potřebují. Pokud žádost pacienta přesahuje jejich kompetence, zavolají sestru. Když nikdo nezvoní a je klid, tak sedí a povídají v sesterně a čas od času si jdou i se sestrama a „kuchyňkou“ na balkón zakouřit.

Okolo 10.45 jde většinou některá ze sanitárek do centrální jídelny pro oběd všem, kdo ho mají objednaný. Do košíku podobnému nákupnímu ze samoobsluhy naskládá umělohmotné krabičky, ve kterých oběd přinese. Košík pak nechá v kuchyňce, protože personál obědvá až po pacientech. Jen občas si někdo dá ještě rychle polévku, než se jde posazovat na oběd.

V 11.30 jede sestra s vozíkem s poledními léky a ostatní zatím připravují pacienty k obědu. Když se zjistí, že má v pleně někdo stolicí, je třeba ho ještě před obědem rychle přebalit a vyvětrat pokoj. „Kuchyňka“ rozdá jídlo a všichni, včetně ní, krmí nesoběstačné pacienty. Pak personál prochází oddělení, pomáhá „kuchyňce“ sklízet tácy s nádobím, sklápí postele pacientům, případně jim dává napít. Ve 12.30 zasedají zaměstnanci k vlastnímu obědu a do 13.00 mají volno. Pokud v této době, podobně jako v době snídaně personálu, pacient zazvoní, může se mu leckdy, ale rozhodně ne vždy dostat podrážděné reakce, že „se chceme taky najíst!“.

Po jedné hodině čeká pracovníky na ranní směně poslední „velký běh“ oddělením. Veze se vozík s prádlem na přebalování, hovňák a skleněný džbán, protože po obědě se vypouští moč z močových pytlíků pacientů, kteří mají zavedeny cévky. Opět nastává přebalování, tentokrát se přebalují i pouze pomočení pacienti. Opět se dává pít a opět se vynáší, co má být vyneseno. Také se vyměňují špinavé ručníky, které slouží jako bryndáky. Pokud je nějaké ložní prádlo příliš špinavé, tak se převleče. Postele se ustelou a upraví a pacienti se opět napolohují. Do 14.00 musí ještě sanitářka z ranní směny svézt odpad a špinavé prádlo a sestra ranní směny předat službu sestře na denní směně. Pak už je čeká jen závěrečná cigareta a mohou jít domů.

## 5.2 Denní směna

Když dorazím do práce, nemám moc času se rozkoukat, protože jsem přišla chvíli před sedmou a v 7.00 musím už být koupelně, protože dnes koupu pacienty já. Rychle se převléknu a jdu si do koupelny pro igelitovou zástěru a „gumovky“. Kouknu na nástěnku – dnes se koupou dva pokoje, dohromady osm pacientů a pacientek, takže bude šrumec. Honem rychle zpátky do koupelny pro vanu. Když ji dotlačím k pokoji, se kterým se začíná a pozdravím kolegyně, sotva mi odpoví na pozdrav. Působí vystresovaně, sestry Lenka a Taťána se občas utrhnou na některé pacienty, kteří kvůli své pomalosti a neobratnosti zdržují rychlý sled práce. I sanitářka Jiřinka, která se obvykle chová k pacientům laskavě a vstřícně, je nervózní a podrážděnější. Staniční sestra pomáhá s převlékáním postelí i nandaváním pacientů na vany, trousí kolem sebe příkazy, asi také nemá zrovna nejlepší náladu.

Ve třech přesuneme prvního pacienta z postele na vanu a já si ho odvážím do koupelny. „Dobrý den, tak jak jste se vyspal?“ ptám se ho, zatímco pacient ještě rozespale mžourá do světla. Pustím vodu, nejprve sama ozkouším její teplotu na vnitřní straně předloktí a pak ji dám posoudit pacientovi: „Dobrý?“ Musím křičet, protože pán je nahluchlý. To tu není neobvyklé, proto má člověk leckdy na konci směny pěkně vyřvaný hlas a občas se mi stane, že přijdu do pokoje a automaticky začnu křičet a teprve pak si uvědomím, že zrovna v tomto pokoji nikdo nahluchlý není. Pacient souhlasí, že voda je akorát, a já začnu s mydlením a mytím. Mám od staniční sestry nakázáno, abych pacientům myla penis i za předkožkou, ale k tomu se nedokážu přinutit. Umýt, osušit, zabalit do kapny, hodit na břicho pacienta čistého anděla a už tu je Jiřina, aby si ho odvezla: „Na chodbě máš na sedačce pana Cvrčka a Bělavého.“ Vezmu si je do koupelny oba. Když umyji oba najednou, je to rychlejší a navíc nemusí žádný z nich čekat na chodbě, kde by mu byla zima.

Některé pacientky nebo pacienti se blaženě usmívají, když jim drbu hlavu šampónem. Nakonec koupu paní Kvapilovou, která je těžce tělesně postižena (zřejmě po mrtvici), vůbec nemluví a ani nevím nakolik rozumí tomu, co jí říkáme. Dokáže se usmát, poslechnout nějaké pokyny při přebalování („pusť se“), ale jinak kdo ví. Každopádně občas při přebalování, ale i při koupání křičí a sténá, i když nikdo neví pořádně proč. Je dost nepohyblivá a velká, takže s ní mám při převracení ve vaně docela práci. Půlku koupele zvládneme v tichu, ale když paní Kvapilové začnu smývat mýdlo z těla, už se jí to zřejmě přestává líbit a začne hlasitě kvílet. „No tak, Jaruško, přestaňte, už to bude,“ domlouvám jí, ale moc to nepomáhá. A to jindy křičí ještě hlasitěji, že to je slyšet po celém oddělení.

Po koupání následuje obvyklá rutina úklidu koupelny a čističky a přípravy pacientů ke snídani. Vlasta rozdává jídlo a sestry a sanitářky krmí. Přibližně v této době doráží Radek a na konci chodby se převléká do pracovního oblečení.

V 8.30 zasedáme ke snídani. Jindy hovorná Lenka dneska mlčí a tváří se nepřístupně. Zdá se, že má špatnou náladu. Taťánu, Jiřinu a Vlastu to znervózňuje, baví se sice mezi sebou, ale každou chvíli se ptají Lenky, co jí je a proč má špatnou náladu. Ta jim odsekne, že jí nic není a na Vlastu se oboří, ať už jí dá s tím vyptáváním pokoj. Ženský se stáhnou a ve vzduchu je cítit napětí. V této náladě odcházíme za pacienty, abychom jim dali napít, namazaly je a napolohovaly, případně přebalily. Vlasta je v prvním pokoji s námi, protože sklízí nádoby a uklízí stolky pacientům. Hned u první pacientky se rozkřikne: „Tak co je to tu za bordel?!“ Paní se začne obhajovat a vysvětlovat, ale Vlastu to moc neuspokojí a dál si vede svou: „Proč tu máte tolik věcí?“

Mezitím Lenka, Taťána a Jiřina obsluhují další pacientky. Lenka si prohlíží pacientku, které zrovna dává pít a která je čerstvě ostříhaná. „Vy jste ale krásně ostříhaná Jarmilko,“ chválí ji. Pak se otočí na pacientku na vedlejší posteli, kterou obstarává Taťána: „To Vám by nepomohla ani ostříhání, Vy nikdy hezká nebudete.“ Taťána jí souhlasně přizvukuje a houkne na pacientku: „Pij babo!“ Jiřina to nijak nekomentuje, ale také se k posmívání nepřidává.

Celé oddělení projdeme přibližně v této náladě. Vlasta je nabroušenější než obvykle, Jiřina většinu doby mlčí, s pacienty jedná slušně, ale i na ní je znát, že je nesvá, a Lenka s Taťánou dávají volný průchod své špatné náladě a podráždění.

Na jednom pokoji nás paní s hodně pokročilou demencí neustále chválí, jaké jsme hodné sestřičky a že moc děkuje a opakuje to celé dokola jako kolovrátek. Taťána na to reaguje: „Všechny paní jsou tady hodný, jen tahle ne!“ A nemyslí tím kupodivu pacientku, která mluví nebo spíš křičí, protože je nahluchlá, ale paní ležící na posteli vedle ní, která má průjem a Taťána jí musela přebalovat.

Když je celé oddělení hotové, jdeme si všechny zakouřit a pak se rozejdeme za svými povinnostmi. Já s Jiřinou musíme dnes ostříhat všem pacientům nehty, tak se domluvíme, že začneme každá na opačném konci oddělení. Na většině pokojů, kam přijdu, pacienti buď pospávají nebo si čtou, případně jen tak koukají do prázdna. Některé stříháním nehtů ani neprobudím, spí klidně dál. S těmi bdělejšími si povídám. Jsou rádi, že jim ostříhám nehty a že si mohou chvíli s někým popovídat. Přibližně v půli oddělení se setkávám s Jiřinou a máme

hotovo. Vracíme se chodbou na sesternu a cestou potkáme Radka s pacientem, kterého učí chodit v „chodítku“<sup>20</sup>, zabrané do hovoru.

Je 10.45, nejvyšší čas, abych vzala košík a nádobky, vyptala se, kdo chce co za oběd a vyrazila pro něj do jídelny, která se nachází mimo budovu léčebny.

Když se vrátím s jídlem, zjišťuji, že napětí v kolektivu zmizelo. Lenka roztála, je samý úsměv, vesele se baví s Taťánou, Jiřinou i Vlastou. Za rozveselené nálady posazujeme pacienty. Lenka napůl odevzdaně, napůl s humorem říká pacientovi, kterého před chvílí vytáhla do hlav postele, posadila a on se zase stihl sesunout dolů, ještě než jsme mu přinesly jídlo: „Teda Honzíčku, já Vás chtěla pochválit, jak pěkně sedíte a Vy jste se už zase sklouznul, no to je úroveň.“

Krmím pacientku na stejném pokoji jako Taťána. Ta krmí paní, která vůbec nekomunikuje, ani očima nebo úsměvem, špatně polyká a jediné co dokáže, že stáhne obličej, když je jídlo horké. Případně když opravdu nechce jíst, tak sousta vyplivuje nebo prská pití. Taťána se jí snaží nakrmit, ale paní odporuje, dneska se jí do jídla asi nechce, plive ho. Po chvíli to Taťána nevydrží a vyjede na pacientku: „Hedviko jsi zlá!“

V půl jedné sedíme už všechny u svého oběda, přijde si k nám přisednou i staniční a Radek. Nálada je družná až rozjařená, navzájem se špičkujeme a pošťuchujeme. Taťána vypráví, jak jeden zmatený pacient, který chtěl přebalit počůranou plenu, řekl naší kolegyni: „Evo, ty jsi mě pocíkala!“ Všichni se smějeme. Lenka se přidává s tím, že ten samý pacient si jí o přebalení říkal prosebným hlasem: „Pojď mi to udělat.“ To už se rozchechtáme naplno.

Chvíli před 13.00 zajdeme ještě na poobědovou cigaretu, staniční a Radek zatím sedí v sesterně a popíjejí čaj. V dobré náladě se vypravujeme za pacienty.

Mezi některými členy personálu a některými pacienty panují vřelé vztahy, proto když přijdeme na pokoj, kde leží pan Bejša, a Jiřinka mu chce dát napít, stáhne si jí pan Bejša nejdřív do náruče, obejmeme ji a přitom bručí: „Ahoouoj, kamaráde.“ Jiřina mu dá pusku na tvář a společně se smejí. Pana Bejšu srazilo auto na cestě domů, kus lebky má pryč a u nás na oddělení leží přibližně tři roky.

Na jiném pokoji potřebuje pacientka něco podat. Lenka si k ní sedne, obejmeme jí kolem ramen a řekne jí: „Pro Vás, zlatíčko, všechno, Vy si můžete říct o cokoliv.“ A podá jí, co potřebuje. Pak jdou s Taťánou k vedlejší posteli, kde leží paní Kloubková s hodně pokročilou demencí. Většinu času zírá bez výrazu do prázdna a když k ní někdo přijde, hledí mu upřeně do očí, což je většinou personálu i mě nepříjemné. Přes svou demenci je stále schopna

---

<sup>20</sup> Hovorový název pro kompenzační pomůcky různého typu, které se používají při nácvičce chůze.

komunikace, i když hodně omezené. Pacientka má v pleně stolici. Během přebalování spadne Lence do postele jmenovka, kterou nosí každý člen personálu přicvaknutou u límce. Lenka se rozzlobí a oboří se na pacientku: „Vidíte, teď mi to spadlo do těch Vašich hoven!“ Paní Kloubková na ni jen vyděšeně kouká. Taťána to znechuceně komentuje: „Vytřeštěný výraz debila.“ A jde dál.

Protože nemám koho přebalovat, vypouštím zatím močové pytlíky a hlásím sestře, která zapisuje příjem a výdej tekutin do desek za hlavou pacienta, kolik mililitrů moče v pytlíku bylo. Jiřina s Taťánou se snaží ještě napolohovat jednu pacientku, otočit ji na bok, ale ta se drží zábradlí, je nějaká zmatená, těžko se s ní hýbe. Taťána říká: „Paní se i sama točí, nevím, proč teď leží jako buchtička.“

Přijdeme na další pokoj a vesele zdravíme pacientky, které nám s úsměvem odpovídají. Lenka se ptá paní Staré: „A jakpak Vám je, berunko?“ Ta s povzdechem odpoví: „Ale bolí mě nožičky.“ Lenka na to: Třeba to znamená, že Vám rostou. To vždycky říkaly doma mě.“ Smějeme se. Jiřina zavazuje košili pacientce u okna a aby na ní dosáhla, musí se nad postelí hluboce naklánět. Směji se a volám na ni: „Prosím tě, kam ležeš Jiřinko?“ Jiřina se směje: „Lezu po pani Vrbový.“ Pani Vrbová se směje s námi. Když na pokoji uložíme všechny pacientky a už odcházíme, volá bodře Vlasta, která nám po obědě s přebalováním a vším dalším pomáhá, na pacientky: „Ruce na peřinu a spinkat. A kdo bude zlobit, půjde na balkón!“ Ještě čtyři pokoje a konečně je hotovo.

Nyní ve 14.00, předává sestra z ranní směny službu sestře na denní směně a staniční sestra informuje denní sestru o tom, co se má ještě za odpoledne, se kterým pacientem udělat. Jiřina svezí špinavé prádlo a plný hovňák a spolu s Taťánou s námi ještě zajdou na cigaretu a chvilku posedí v sesterně. Pak se rozloučí a jdou domů. Stejně tak i staniční sestra, i když té se kvůli povinnostem podaří odejít z práce většinou až v 15.00.

Na odpolední směnu zůstávám já se sestrou Lenkou, Vlastou v kuchyňce a Radkem, který celý den procvičuje pacienty. Ti, kteří to zvládnou, chodí po chodbě s chodítkem nebo holí sami.

Do 15.00, kdy se rozdává svačina, je docela klid, jen jednou musím jít převléknout pacienta, kterému se po obědě udělalo špatně a pozvracel sebe i postel. Pak ještě asi dva lidé potřebují přebalit a jedna paní zvoní, abych jí otočila, protože jí bolí bok a sama se obrátit nedokáže. Mezi těmito pochůzkami sedím na sesterně a buď si povídáme s Lenkou nebo Vlastou, když zrovna někde něco nezařizují. Jednou nebo dvakrát zajdeme na cigaretu.



Ve 14.00 začínají také návštěvní hodiny a trvají do 19.00. Některé příbuzné vídáme občas, jiní jsou tu každý den. Podobně jako s některými pacienty, i někteří příbuzní naváží s personálem vřelé nebo i poměrně blízké vztahy.

Když jdu něco zařídit na pokoj č.X, najdu tam Lenku v družném hovoru s panem Bílkem, jehož manželka u nás leží už třetím rokem. Spadla ze schodů a poranila si mozek takovým způsobem, že nejsou narušeny žádné základní životní funkce, tím pádem nemusí být na přístrojích. Pouze polykat nemůže, takže má zavedenu nasogastrickou sondu. Její manžel, přítelkyně nebo dcera přichází na návštěvu několikrát do týdne, přestože paní Bílková je v podobném stavu jako po lobotomii. Nekomunikuje ani pohledem, ani úsměvem nebo stiskem ruky.

Do 15.00 si Vlasta připraví na vozík svačinu pro pacienty, uvaří teplý čaj a ohřeje bílou kávu, která zbyla od snídaně. Ve tři hodiny jdeme s Lenkou a Vlastou po oddělení a těm pacientům, kteří chtějí, rozdáváme jídlo, případně krmíme ty, kteří si chtějí dát svačinu, ale nemohou se sami najíst. Přitom na pokojích vždy prohodíme pár slov s návštěvami. Celé odpoledne lze na chodbě potkat Radka rozcvičujícího jednotlivé pacienty, pracovní doba mu končí až v 16.00. Před čtvrtou hodinou rozdám pacientům teploměry, pak je seberu a teploty nahlásím Lence. Mezi prací si čas od času odskočíme s Lenkou a Vlastou na balkón na cigaretu nebo si chvíli povídáme v sesterně.

V 16.30 přivázejí večeři, opět je třeba na ni pacienty připravit, dát jim bryndáky a přibližně polovině pacientů pomoci se posadit. Proběhne večeře a krmení. Pak pomáháme Vlastě sbírat tácy s nádobím a ukládáme pacienty ze sedu do lehu, případně některé polohujeme.

Všimla jsem si, že když zbude nějaká dobrá polévka po personálu, samozřejmě nedotčená, Vlasta ji ohřeje a dá k večeři pacientkám, které mají jako dietu mixovanou stravu. Když jsem se jí na to ptala, říkala, že to dělá proto, „aby neměli furt tu kaši, chudáci“.

V této době už jsme pořádně unavené, takže méně mluvíme jak mezi sebou, tak s pacienty. Od 18.00 do 19.00 je třeba připravit polovinu oddělení na noc, zbytek pokojů si dodělá noční směna. Ukládání ke spánku obnáší přebalení pacientů do nočních plen (ty pojmu více tekutiny), dát jim napít, u některých z nich zapsat příjem a výdej tekutin, vypustit močové pytlíky a napolohovat pacienty tak, aby leželi na jiné straně těla než během odpoledne. Těm, kteří chtějí, už rovnou zhasneme. Jsme unavené, takže pracujeme rychle a moc nemluvíme, abychom měly práci už rychle za sebou.

Na konci směny musím ještě doplnit vozíky s prádlem, svést špinavé prádlo a odpad a uklidit čističku. Počkáme, až přijde noční směna, Lenka předá službu a máme hotovo. Já jdu

domů, Lenka ještě zůstává s Evou a Marií, které přišly na noční směnu. Jde si s nimi dát cigaretu a probrat den, pacienty, návštěvy a vztahy v personálu.

### 5.3 Noční směna

Noční směnu dnes sloužím se sestrou Evou. Když před sedmou hodinou dorazím převlečená na sesternu, zjišťuji, že Eva tu už je a povídá si s Vlastou, Taťánou a Jiřinou, které měly službu přes den. Zrovna probírají, jak se chovaly návštěvy, které tu byly během dne. Taťána říká, že příbuzní si chtějí vzít do domácí péče pana Kubáta. Tento pacient je po mrtvici a jeho chování i řeč jsou poměrně zmatené. Taťána to komentuje: „No ty uvidíš, jaká to je práce, jak se tady staráme. Ty si s ním doma užijou.“ Vlasta na to reaguje, že je ale zase vidět, že ho mají rádi, když si ho vezmou domu i s tím, jak na tom je.

Jdeme všechny společně na cigaretu a ženský ještě pomlouvají některé své kolegyně. Pak se zvednou, rozloučí a na sesterně zůstaneme jen já s Evou.

Okolo půl osmé vyrážíme s vozíkem prádla a hovňákem připravit na noc pacienty na zbylých třech pokojích. Pracujeme v klidu, Eva dbá na to, aby byly postele i na noc ustlané a peřiny založené v nohách postele. Nakonec popřejeme pacientům dobrou noc a zhasneme. Ti, kteří si ještě chtějí číst, si rozsvítí světlo nad svou postelí.

Do 21.00 si musím na vozík, který si půjčím z kuchyně, připravit pleny na doplnění a lavory na ranní mytí. Do velké koupelny donesu takový počet prádla a andělů, aby stačil pro pacienty, kteří se následující den budou koupat. Na nástěnce změním jména podle toho, kdo má službu následující den. Pak začnu doplňovat různý chybějící materiál určený pro úklid nebo ošetřování pacientů. Eva mezitím chystá léky na příští den.

Ve 20.30 se ozve zvonek z pokoje paní Hrdounové. Hned jak vejdu do dveří, tak na mě spustí, že je dobře, že jdu, že takhle to nemůže pokračovat, co tady s ní dělají. Prý už volala policii a ty jsou na cestě, aby všechno vyšetřili. Snažím se pacientku uklidnit a opatrně ji přikrýt, protože má zavedenou infuzi, ale paní Hrdounová je podrážděná a odežene mě s tím, ať to nechám tak, jak to je, aby to policie viděla, až přijede. Nechám to tedy být a jen o tom informuji Evu, která jde pacientku zkontrolovat. Pak pokračujeme ve své práci.

Ve 21.00 se vydáme s vozíkem a nočními léky na pokoje. Zatímco Eva rozdává pacientům léky, já doplňuji pleny do stolků u postelí a do koupelen připravuji lavory. Vše probíhá klidně, většina pacientů už spí. Jen na jednom pokoji si pacient přeje umýt zubní protézu a podat špunty do uší (jeho spolupacient strašně nahlas chrápe) a na jiném nás paní prosí, abychom ji přebalily.

Opět se vracíme ke své rozdělané činnosti. Když Eva skončí s přípravou léků, začne psát ošetrovatelskou dokumentaci pacientů. Na nástěnce v sesterně visí rozpis práce noční směny, která se vykonává pravidelně každou noc v týdnu spolu s každonoční náplní práce. Já dnes musím uklidit sklad s prádlem a Eva zkontrolovat a vyčistit skříň s léky v kanceláři. Znovu se ozve zvonek, tentokrát si málo pohyblivá a velice hubená paní Strnavská přeje, abych ji otočila, protože už ji bolí bok, na kterém leží. Jen co ve skladu otřu prach, což mi zabere pouhou chvíli, ozve se další zvonek. Paní Vrkovská mě prosí, abych ji dovezla na záchod. Pak je asi do 22.00 klid, jen slyším, jak na pokoji č.X mluví pacient nahlas ze spaní, což trvá celou další hodinu. Chudáci ti, co jsou s ním na pokoji. V sesterně si ke skládání pytlů na odpad pustím televizi.

Ve 22.15 zvoní pacient, který mě žádá o vypnutí televize, co má na pokoji. Už chce jít spát. Pak mě zavolá Eva, ať dojdou na druhé patro (našeho oddělení LDN) a zeptám se, jestli by nám dali pár tablet léků, které nám chybí. Když tuto záležitost vyřídím a vrátím se do sesterny, je chvíli klid a pak se zase ozve zvonek. Na pokoji č.X zvoní paní Stárková. Její zmatená spolupacientka chodí po pokoji, i když to má zakázané. Tím, jak pacientka vstala z postele, rozpojila se jí cévka a všude na zemi je moč. Jdu si pro něco na utření podlahy a pak se snažím dostat paní Špálů do postele. Pacientka se mě ptá, jestli tu je Václav, slyšela ho prý chodit po chodbě. Vysvětluji jí, že je v nemocnici a její děti jsou doma a spí. Omlouvá se mi a ochotně se nechá uložit na lůžko. Po této záležitosti až do půlnoci nikdo nezvoní. Když dodělám svou práci, koukám na televizi a občas zajdeme s Evou na cigaretu. Ta má ještě s úklidem léků práce nad hlavu.

O půlnoci projdeme celé oddělení, zkontrolujeme pacienty a ty, u kterých hrozí nebezpečí proleženin, napolohujeme do jiné pozice. Paní Špálů nacházíme opět mimo lůžko, přerovná si něco na stolku a hledá telefon, aby mohla zavolat dětem. Už lehce podrážděně jí domlouváme a ukládáme do postele. Zase s námi ochotně souhlasí a omlouvá se, ale my víme, že jí to ve vylézání z postele nezabrání. Přitom již dostala léky na uklidnění, ale očividně nějak nezabírají. Na pokoji č.X chce pan Vetchý přebalit. Zkontroluji mu plenu, nic tam nemá. Asi ho jen trápily větry.

Okolo jedné hodiny má svou práci hotovou i Eva a přisedne si do sesterny ke mě. V 1.30 zvoní paní Strnavská, abych ji otočila. Když se vracím do sestreny, zaslechnu z vedlejšího pokoje zvuky. Jak vejdu, najdu pana Kubáta stát nahého u okna. Bez odporu se nechá odvést do pokoje, nasadit plenu a přikrýt. Pak je zase přibližně hodinu klid, odpočíváme s Evou u televize, chvílemi si povídáme o její rodině nebo co všechno jako mladá sestřička zažila.

Ve 2.30 se ozve kvílivý nářek. Mě se nechce nikam chodit, někdo jen nařká ze spaní, ale Eva se zvedne a jde zkontrolovat, kdo křičí. Nejistí to, protože mezitím nářek umlkne, ale cestou zpátky najde paní Špálů, jak vychází z pokoje. Zavolá mě a už dost našťavaně paní Špálů ukládáme do postele a nařizujeme jí, že nesmí vylézat, jinak bude zle.

Ve 3.00 opět zvoní paní Strnavská, že prosí otočit. Pro jistotu rovnou zajdu zkontrolovat pana Kubáta. Najdu ho, jak sedí zase celý nahý na zdravotnickém křesle, co stojí u zdi pokoje. Postel je celá svlečená a cítím, že v pokoji něco smrdí. Když si rozsvítím světlo v chodbičce, zjistím, že na zemi leží pořádné hovno. Trochu se mi zvedne žaludek. Nechám pana Kubáta sedět v křesle a jdu si pro čisté prádlo a něco, čím bych ty výkaly zlikvidovala. Eva se ptá, co se děje, a když jí to řeknu, zvedne se a jde mi pomoci. Přitom si bručí, že ty lidi jsou dneska neuvěřitelný. Já už jsem také unavená a podrážděná. Zatímco uklízíme nepořádek, pan Kubát jenom beze slova kouká. Oblíkneme ho, uložíme a nařizujeme mu, aby už nevyběhl a hlavně, aby si nesvlékal plenu!

Po tomto incidentu je až do 4.30, kdy jdu vypustit močové pytlíky na celém oddělení, klid. Ještě rozdám a seberu teploměry a nahlásím Evě pacienty, kteří měli teplotu. Eva připraví do kuchyňky na sesterně hrnečky pro ty, kteří přijdou na ranní a denní směnu, a nasype jim do nich kávu. Asi v 5.00 bereme vozík s prádlem a hovňák a jdeme umýt pacientky a pacienty na třech pokojích, které nám ukládá rozpis na nástěnce. Další pokoje domýje ranní směna a zbytek se koupe ve velké koupelně. Budíme pacienty, těžko se jim vstává, ale neodporují a ti, kteří jsou soběstačnější, se začnou brzy sami mýt. Ostatní omýváme já s Evou. Jsme hodně unavené, takže moc nepovídáme a snažíme se udělat práci rychle. Eva je ale pečlivá a když vidí, že jsem něco neudělala pořádně, žene mě zpátky. Během umývání musím několika pacientkám a pacientům zavést čípek do konečníku – to je úkol sanitářky.

Okolo 5.30 domýváme poslední pokoj a z chodby je slyšet, že přichází naše kolegyně na ranní směnu a do kuchyně. Do konce naší směny musím ještě umýt lavory, odvést špinavé prádlo a odpad, případně doplnit vozíky s prádlem. Eva zatím zalila kolegyním kávu, obstarala odběry a napsala hlášení.

Pak ještě chvíli posedíme s ženskýma na cigaretě a napůl rozhořčeně, napůl se smíchem jim s Evou vyprávíme, co ti pacienti zase přes noc „vyváděli“. Kolegyně nás litují a smějí se.

Přibližně v 6.15 odcházíme s Evou domů.

## **6. Interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty**

Interakce mezi personálem a pacienty, tak jak jsem ji mohla během šesti měsíců pozorovat, je velice různorodým a komplexním jevem, takže se při pokusu o její interpretaci nutně dopustím mnoha zjednodušení a nepřesností.

V následující prezentaci výsledků analýzy již pojednávám o konkrétních a skutečných lidech a tentokrát pod zobecněná označení personálu skrývám názory, postoje a chování i staniční sestry a v rámci rozhovorů také fyzioterapeuta.

### **6.1 Situace, ke kterým se interakce nejčastěji váže**

#### **6.1.1 Stav pacienta**

Pod tento termín shrnuji všechny interakční situace, které se týkají případů, kdy pacient o něco žádá ve spojení se svým zdravotním stavem (např.: o prášky proti bolesti, čípek, apod.). Zároveň do tohoto oddílu zařazuji interakci personálu a pacienta, která je významným způsobem ovlivněna stavem pacienta. Mám na mysli případy, kdy pacient zjevně trpí, sténá bolestí, a situace, kdy je zřejmé, že pacient umírá, byť to někdy trvá i více týdnů, přičemž tyto situace se často překrývají.

Zaznamenala jsem, že očividné lidské utrpení má na chování personálu vliv, zvláště když zaměstnanci vědí, že daný člověk trpí rakovinou nebo mu třeba krvácí pahýl po čerstvě amputované noze. Většina členů personálu zjihne, zachází s pacientem jemněji a laskavěji, dokonce i tehdy, když se jedná o jinak ne příliš oblíbeného pacienta. Občas dochází i k fyzickému kontaktu, kdy sestra nebo sanitářka pacienta pohladí, aby ho uklidnila a vyjádřila soucit.

V určitém rozporu k této skutečnosti je situace umírajícího člověka. Očekávala jsem podobný typ reakcí jako jsou výše zmíněné, ale zjistila jsem, že pokud pacient viditelně netrpí, nenaříká bolestí nebo strachem z udušení, nezaznamenala jsem v chování personálu viditelnou změnu od normálu. Pokud trpí, jedná s ním většina jemněji, pokud je tichý a nenaříká, chovají se k němu podobně jako v době, kdy ještě nebylo zřejmé, že brzy zemře. Konkrétní podoba jednání s umírajícím pacientem se odvíjí od mnoha různých faktorů popsanych v příslušné kapitole.

Ohledně požadavků pacientů kvůli jejich zdravotnímu stavu jsem nejčastěji zažila situace, kdy si pacient stěžoval, že ho něco bolí. Tyto situace odlišuji od situací, které popisuji jako jednání s očividně trpícím pacientem. Následující případy v sobě zahrnují méně intenzivní prožitek bolesti nebo tělesné nepohody (i když i zde se najdou výjimky).

Ne málokdy jsem byla svědkem interakce, kdy si pacientka nebo pacient stěžovali na bolest a daný člen personálu odpověděl: „A to kdybyste věděla, jak bolí záda (nohy, ruce,...) mě?!“ Podle mého názoru se jednalo o nepřiměřené zlehčování pacientova prožitku, ale nejsem natolik zkušená, abych dokázala posoudit, kdy pacienti skutečně trpí bolestí a kdy se jim jedná spíše o získání pozornosti nebo svou bolest skutečně přehánějí.

Poměrně často jsem zakoušela situace, kdy si mě pacientka stěžovala na bolest nebo nevolnost nebo jiné obtíže, a já měla strach její žádost vyřídit, protože jsem se bála, že u (některých!) sester vzbudím podrážděné reakce. Ne vždy, ale také ne málokdy reagovaly sestry tak, jako by je pacientova žádost obtěžovala. Ze své pozice laika opět nemohu přesně posoudit, jestli tato podrážděnost byla způsobena například skutečností, že pacient už daný lék dostal a pouze to zapomněl a lék pouze ještě nezačal působit nebo z jiných důvodů. Každopádně jsem byla tímto jevem docela překvapena a zaskočena.

Během doby, kdy jsem byla přítomna zdravotnickým výkonům na pacientech<sup>21</sup>, jsem nepozorovala nějaký typický rys probíhající interakce, jako je třeba převažující vyjadřování znechucení při přebalování pacientů. Některé zákroky byly prováděny s citem a laskavým přístupem, jiné proběhly v neutrální atmosféře a pouze jednou jsem zažila situaci, kdy sestra ve spěchu bez jakéhokoli vysvětlení obrátila poměrně čerstvou (tedy ještě na poměry LDN nepřilíš zvyklou) pacientku na bok a pustila se do „vybírání“. To je zákrok, který se provádí tehdy, kdy pacient není schopen vytlačit stolicí a to ani po aplikaci čípku. Sestra si nasadí gumové rukavice a doslova vybere stolicí pacientovi z konečnicku.

Pacientka byla šokovaná a protože trpěla hemeroidy, tak jí zákrok i hodně bolel a plakala. S touto paní jsem pak také dělala rozhovor a aniž bych jí tuto situaci připomněla, sama si na ni vzpomněla, když popisovala některé chování sester, které se jí nelíbilo: „*Měly by člověka předem upozornit na to, že mu jdou vybírat hovínka. Ale oni člověka otočej ksichtem dolu a šťouraj se mu v zadku.*“

### 6.1.2 Jídlo a pití

Tato oblast péče je zdrojem možných střetů mezi pacienty a personálem, protože úkolem personálu je postarat se o to, aby pacienti pili a jedli, což někteří z nich nechtějí. Z pozorování i rozhovorů jsem vyvodila, že je pro personál frustrující, když pacient odmítá pít (na přijímání tekutin je na oddělení položen hlavní důraz). Přemlouvání či nucení k pití nebo k jídlu se opět odehrává různými způsoby.

---

<sup>21</sup> Jednalo se například o obvazování ran, ošetřování dekubitů (proleženin), zavádění cévky nebo nasogastrické sondy, zavádění infuze a podobně.

Byla jsem svědkem situací, kdy sanitářky nebo sestry přemlouvali pacienta nebo pacientku laskavým způsobem, skoro jako když se přemlouvá k jídlu malé dítě. Jindy při odmítnutí pít vymezovala sestra svou autoritu vůči pacientovi frázemi jako „*tady se neodmlouvá, tady se pije*“ nebo „*tady rozkazuju já*“.<sup>22</sup> Jednou jsem se setkala s případem, kdy pacientka, která plivala jídlo, byla sestrou označena jako „*zlá*“.<sup>23</sup> Občas se personál snažil pacienta přimět k přijímání potravy nebo tekutin „strašením“. Sestry popisovaly pacientovi, že pokud nebude jíst, dostane sondu do žaludku a že to není nic příjemného a lidem, kteří odmítali pít, zase popisovaly zavádění infuze. Někdy to opravdu zabralo.

Poměrně často bylo podle mého názoru nespravedlivě některým pacientům vyčítáno, že „zapatlali, co se dalo“. Přitom pacienti, které mám na mysli, mají většinou problémy vůbec donést jídlo do úst.

Před jídlem je vždy třeba přibližně polovinu pacientů na posteli povytáhnout a posadit, což je fyzicky velmi náročná práce. Opět je některým pacientům vyčítáno, že „*leží jako placky a nepomůžou*“ nebo že „*ženský se s Vámi tahaj a vy ležíte jak dřevo!*“.<sup>24</sup> Moje osobní zkušenost byla v podstatě vždy taková, že pokud se pacientovi jasně a zřetelně vysvětlilo, co se po něm chce, tak se snažil pomoci. Kromě asi jednoho případu jsem nezaznamenala situaci, ve které by pacient záměrně neulehčil personálu práci. Většinu výše popsaných situací považuji za výsledek nedorozumění, případně za opravdu nepodložené výčitky, protože mnozí pacienti mají problém vůbec se pohnout. Přesto jsou někteří z nich i během rozhovorů, které probíhají mezi personálem v sesterně, označeni za líné.

### 6.1.3 Hygiena

Pod tento termín zahrnuji koupání pacientů v koupelně, jejich ranní omývání a natírání pacientů krémy.

Hygiena probíhá často v rychlém sledu jednotlivých činností a členové personálu mnohdy používají frázi „*pospěšte si, máme zpoždění, vlak nečeká!*“.<sup>25</sup> Vznikají tak situace, kdy je nedorozumění mezi personálem a pacienty, případně podráždění personálu vyvoláno právě rozporem mezi pomalými a leckdy neohrabanými pohyby seniorů a snahou o rychle zvládnutou práci.

Těž jsem zaznamenala jev, který popisuje Olson (2003), kdy se s pacientovým tělem do určité míry zachází jako s věcí – posunování po posteli, převalování pacienta nebo jeho

---

<sup>22</sup> Terénní poznámky ze dnů 28.11. a 15.10. 2009.

<sup>23</sup> Terénní poznámky ze dne 3.12. 2009.

<sup>24</sup> Terénní poznámky ze dne 15.12. 2009.

<sup>25</sup> Terénní poznámky ze dne 2.10. 2009.

nakládání na vanu se provádí rychlými, trhavými pohyby a s pacientem se „hází“. Pacienti to většinou nekomentují, ale někteří se vůči tomuto způsobu zacházení ohrazují, což není vždy personálem přijato s pochopením.

*Pan Chalupa si mi už několikrát stěžoval, že s ním při přebalování házejí a že jemu se pak dělá blbě od žaludku a zvrací.<sup>26</sup>*

*Pan Tvrdík si při přebalování stěžoval, že ho bolí, jak ho přebalují a dostal vynadáno. Ale nedal se a nezmlknul.<sup>27</sup>*

V rámci hygieny je péče o pacienty velkým, byť oprávněným zásahem do intimity pacienta. Když mi kolega v den mého nástupu na oddělení vysvětloval, jak je třeba omývat pacientky, byla jsem šokovaná.

*"..pod prsama zkontroluju, jestli se jim tam netvoří zápařky, kolem pupíku, vepředu, když nejseš doktor, tak dovnitř nestrkáš prsty ani nic jiného..."<sup>28</sup>*

V rámci omývání nepohyblivé pacientky je potřeba, zvláště pokud je ušpiněná od stolice, vymýt i přirození, u mužů samozřejmě také. Během výzkumu jsem se přistihla, že tento aspekt péče odsouvám ze svých terénních poznámek a téměř ho nezaznamenávám, přestože je nedílnou součástí každodennosti.

Jak na straně personálu, tak pacientů hraje velkou roli zvyk. Přesto jsem se několikrát setkala i u patientek, které byly na oddělení delší dobu nebo které trpěly pokročilou demencí, s projevy nevole, když jsem je já nebo někdo jiný z personálu myl mezi stydkými pysky. Buď sykly nebo měly snahu zakrýt se kusem prádla a jedna paní občas křičela. V situacích, kterých jsem byla svědkem, se jejich reakce nikdy neobrátily vůči personálu, spíše to byly jakési „výkřiky do tmy“.

V rámci hygieny, která není úzce spojena s přebalováním, což je hlavně mazání pacientů různými krémy, si personál často s pacienty povídá a vtipkuje. Na rozdíl od činností spojených s vyměšováním je zde mnohem méně důvodů, které by mohly vyvolat znechucení nebo podráždění. Pacienti si natírání zad vyloženě pochvalují a za vykonanou péči děkují.

---

<sup>26</sup> Terénní poznámky ze dne 6.11. 2009.

<sup>27</sup> Terénní poznámky ze dne 8.9. 2009.

<sup>28</sup> Terénní poznámky ze dne 1.9.2009.



Několikrát jsem zažila, že si po takových dících někdo z personálu posteskl: „Kdyby takhle někdo namazal mě.“

Situace, kdy jsou pacienti takovýmto způsobem opečováváni, občas u personálu vyvolávají komentáře, které působí, jako by personál vnímal pacienty jako někoho, kdo „si leží a nic nedělá a ještě se mu dostává takovéhle péče“.

Stejně jako v jiných oblastech i v rámci hygieny provádí personál svou práci pečlivě. Dbá se na to, aby pacienti nejeli do koupelny po chodbě nazí. Vždy jsou zakryti kusem ložního prádla nebo na sobě mají anděla. Někteří z personálu trvají na tom, aby pacienti, kteří jsou přivezeni z koupelny, dostali pod hlavu ručník nebo kus prádla, aby si nezamokřili polštář. Součástí hygieny je i česání pacientů a pokud mají vlastní deodorant, jsou i navoněni.

#### **6.1.4 Vyměšování**

Podle mého názoru je péče o tuto základní potřebu pacientů úhelným kamenem, který zabírá velkou část náplně práce jak sanitářek, tak sester. Proto se interakce mezi personálem a pacienty točí často okolo tohoto tématu. Nutnost po celé dny znovu a znovu přebalovat a omývat většinu pacientů patří mezi skutečnosti, kvůli kterým je práce na oddělení LDN hodnocena jako velice těžká a nepříjemná. Neustálé odklizení lidských výkalů je nechutná a i fyzicky náročná práce, protože při omývání stolice je třeba nepohyblivé pacienty otáčet.

Zároveň jsou tyto situace pro pacienty častým zdrojem studu a pocitů trapnosti, i když samozřejmě záleží na stavu pacienta a také na délce jeho pobytu na oddělení, protože s postupujícím časem si lidé na nové životní podmínky zvykají. Přesto jsem se u soběstačnějších pacientů, kteří k vykonání velké potřeby potřebovali obsluhu (např.: „utřít zadek“), setkala občas i po jejich delším pobytu s reakcemi typu „*to je přesně ten stav, kterého jsem se nechtěl dožít*“.<sup>29</sup>

Na oddělení LDN je tato tělesná funkce, kterou se člověk již v raném dětství učí ovládat a která se brzy odsouvá ze scény veřejného života do zákulisí (Elias, 2006), odhalena a přivedena z oblasti přísného soukromí mezi diváky.

*Dvě sestry přebalovaly paní Trávníčkovou před převazem na vyšetření, průjem páchl, i já jsem měla připomínky. Pohlaví i hýždě pacientky, vše špinavé od stolice, byly vystaveny široké audienci. Ozývaly se nelichotivé, ulevující si komentáře a ještě ke všemu se vešel*

---

<sup>29</sup> Terénní poznámky ze dne 10.9. 2009.

*dovnitř podívat saniták, jak na tom jsme. Chvíli probíhajícího přebalování pozoroval, pak znechuceně řekl něco jako „no teda“ a odešel.<sup>30</sup>*

Výše popsaná situace je poněkud extrémní. V naprosté většině případů jsou při přebalování pacienta přítomni pouze ostatní pacienti na pokoji a sestry se sanitářkami, případně zaměstnankyně z kuchyňky, které jim pomáhají. Pokud je nutné přebalit někoho během návštěvní doby, je požádána, aby z pokoje odešla.

Určité množství situací, kdy je třeba přebalit pacienta, protože má v pleně stolicí nebo je pomočený, případně je pomočená celá postel, proběhne v atmosféře, kterou bych hodnotila jako přátelskou nebo neutrální. To znamená, že se personál vůči pacientovi projevuje vlídně, povídá si s ním, vtipkuje nebo se prostě mlčí a pracuje.

*Po obědě sanitářka domlouvala paní Staré, aby se nechala přebalit: „Zlatíčko, v tom nemůžete sedět, to byste byla opruzená“. Mluvila s ní povzbudivě a soucitně.<sup>31</sup>*

V mnoha případech ale na personál působí únava, namáhavost a nechutnost tohoto pracovního úkonu, což se projeví ve vyjadřování znechucení a v různých druzích komentářů. Toto chování se odehrává na škále reakcí od povzdechů „fuj“, „ach jo“ nebo „to je hrůza“ přes ironické a podle mého názoru ponižující poznámky. A ve vypjatých chvílích, v závislosti na členech personálu a množství práce navíc kvůli zašpinění pacientky a třeba i postele dochází až k vyloženě agresivním reakcím, kdy členové personálu na pacientku křičí, nahlas vyjadřují znechucení a stěžují si na svou práci. Tyto emoce ale nemají vliv na pečlivost provedené práce, ta je odvedena důsledně.

*Sestra zjistila, že paní Kloubková, pacientka s pokročilou demencí, je celá pomočená, včetně ložního prádla, protože se jí rozpojila cévka. Sestra hrozně nadávala a byla rozčilená: „Jsi celá pochcaná a ležíš v tom! To je hrozný! Fuj, ty smrdíš a to to necítíš, že jsi v mokrým?!“ A bručela si: „ Celá smrdí, musím ji umýt.“*

*Ale opravdu ji celou omyla vodou a mýdlem, což je nadstandardní péč, normálně se omývají pouze hýždě a přirození, vyměnila prádlo a přebalila ji. Postupně se sestra uklidnila a ke konci už s paní Kloubkovou mluvila vlídně a řekla mi, ať jí navoním parfémem, co má paní ve stolku. Paní Kloubková byla celou dobu zticha a když pak na ní byla sestra už zase*

<sup>30</sup> Terénní poznámky ze dne 7.10. 2009.

<sup>31</sup> Terénní poznámky ze dne 18.11. 2009.

*přívětivá, tak se taky usmívala a souhlasila s ní, že je hezký zase vonět. Zdálo se mi, že ji sestřin výbuch zase tak moc nerozházel, i když já a ostatní pacientky jsme zaraženě mlčely. Na druhou stranu nevím, jak se paní Kloubková během výstupu tvářila, protože jsem jí neviděla do tváře, jelikož jsem přebalovala jinou pacientku.<sup>32</sup>*

Po určité době strávené pozorováním prostředí jsem zaznamenala, že se v rámci interakce spojené s činnostmi ohledně vyměšování mezi personálem a pacienty odehrává určitá paradoxní komunikace. Personál jako by dával pacientům za vinu, že musí vykonávat tuto těžkou a nechutnou práci pokaždé, když oni zašpiní pleny nebo postel. Tento závěr jsem učinila na základě mnoha situací, kdy bylo pacientům vyčítáno, že jsou „posraný“ nebo že pomohli postel. Zvláště nespokojené až agresivní reakce si pacienti vysloužili tehdy, když vlastním přičiněním (neudržením moči, „prdnutím“ do obličeje personálu, neudržením stolice, zatímco seděli na „sedačce“ apod.) zašpinili buď personál samotný („*Prosim Vás podívejte, co jste zase udělala, počůrala jste mi ruce! To tady člověk musí furt mít pochcítý ruce?! Fuj!!*“<sup>33</sup>), nebo něco dalšího ve svém okolí. Podle mého názoru se nikdy nejednalo o případ, kdy by výše popsané tělesné projevy pacienta byly provedeny záměrně za účelem poškození personálu. Vždy se jednalo o tělesné funkce, které pacient nemohl ovládat.

Za paradoxní na tomto způsobu i obsahu interakce považuji jednak toto nespravedlivé vyčítání a zároveň skutečnost, že někteří ne-li většina pacientů tyto výčitky do určité míry přijala za své. Obávali se, že svým častým vyměšováním personál obtěžují a přidělávají mu práci. Proto měli při přebalování radost, když byla plena čistá a pokud měli stolicí, tak se někdy dokonce omlouvali. Přitom pro jejich dobrý zdravotní stav je důležité, aby se pravidelně vyměšovali. Navíc neměli jinou možnost, než konat svou potřebu do pleny.

V případě této specifické interakce se spolu střetávají přirozené tělesné potřeby pacientů na jedné straně a přirozené reakce personálu na straně druhé. Přes veškerý pozitivní přístup k pacientům na člověka intenzivní pach a pohled na výkaly působí a vyvolává určité tělesné reakce, které se samozřejmě projeví i na psychickém prožívání. Reakce personálu pak zpětně působí na pacienty, kteří následně ve svém projevu „jdou“ proti svým přirozeným tělesným potřebám. Znovu upozorňuji, že tento přístup není vlastní všem pacientům, ale byl natolik výrazným a častým jevem, že ho považuji za důležité popsat. Samozřejmě se na těchto situacích podílí celá řada faktorů ovlivňující jak personál, tak pacienty, ale jejich podrobnému

---

<sup>32</sup> Terénní poznámky ze dne 27.10. 2009.

<sup>33</sup> Terénní poznámky ze dne 29.10. 2009.

rozboru jsem vyhradila celou kapitolu, proto se zde dopouštím pouze zjednodušené interpretace a určuji jen pár základních rysů interakce.

## **6.2 Interakční strategie zdravotnického personálu**

### **6.2.1 „Mateřská školka“**

Skutečností, že mnozí z personálu (po uplynutí určitého času jsem se k nim přiřadila i já) ne-li většina s pacienty jedná jako s malými dětmi, jsem si všimla již během prvních pár dnů výzkumu. Ale až po delším pozorování jsem byla schopna rozeznat, že infantilizování nenabývá pouze podoby tykání, šišlání na pacienty nebo štípání do nosu, ale projevuje se více různými způsoby. Zjistila jsem, že zvláště interakce týkající se vyměšování, jídla či pití v sobě nese ze strany personálu podobné způsoby jednání, jaké jsem pozorovala u svých kolegů i sama u sebe, když jsem půl roku pracovala v mateřské školce. Například když má pacient čistou plenu, nehodnotí se situace obecně jako příjemná (polehčující) okolnost pro personál (méně práce), ale hodnocení se ze strany personálu vztáhne k samotnému pacientovi. Explicitně nebo implicitně je označován jako „hodný“ pacient.

Existuje tu tudíž způsob disciplinace podobný výchově v raném dětství. Pacientovi se dostává pochvaly nebo pokárání, ale narozdíl od vychovávaného dítěte se pacient sám nemůže svou snahou zasloužit o pochvalu, nebo se vyhnout pokárání. Chváleny nebo sankcionovány jsou potřeby jeho těla, které ale nepodléhají jeho kontrole. Navíc jsou tyto pochvaly týkající se pacienta, který si nemůže sám dojít na toaletu, v podstatě nesmyslné. Pro zdraví pacienta je přece důležité, aby měl pravidelnou stolici, dotazeno ad absurdum by měl být naopak chválen, když je plena plná.

Zdá se, že silněji než toto rozumové uvědomění působí na personál skutečnost (mohu potvrdit z vlastní zkušenosti), že přebalování je náročná a nechutná práce, nepříjemná pro oči i nos. Od této skutečnosti se pak odvíjí pozitivní či negativní reakce na přítomnost stolice v pleně (i jinde) a za současného působení dalších vlivů se tyto reakce nasměrují vůči pacientovi samotnému a získají rysy disciplinace dítěte dospělým.

V případech jídla a pití se strategie jednání personálu s pacienty jako s dětmi projevuje podobným způsobem. Pacientka, která nejí, může být v extrému označena jako „zlá“. Naopak pacientka, která vše snědla a vypila je chválena za to, „jak je šikovná, jak to všechno pěkně spapala“. Ostatně slovo „papat“ je často používané, i když také ne vždy a každým z

personálu.<sup>34</sup> Podobně jako se straší děti, že když nebudou jíst, tak nevyrostou, „straší“ se pacienti sondami a infúzemi. V případě dlouhodobého nepřijímání tekutin (a v rámci celkového zdravotního stavu) sice na infuzi často dojde, ale někdy je tato hrozba zveličena právě proto, aby pacient začal jíst nebo pít.

Když se pacientka při pití rozkašle, oznámí jí sestra, sanitářka nebo „kuchyňka“, že „při kašlání se dává ruka před pusou“. Pokud při jídle ve větší míře zašpiní ložní prádlo, stolec nebo pyžamo, je to pacientce vyčteno. Pacientka je disciplinována v rámci nedisciplinovatelného. Ruce se jí třesou, takže jídlo bude trousit dál, ať se bude snažit sebevíc a také kašlání bude pokračovat, protože má problémy s polykáním.

Z mnoha vlivů utvářejících tento způsob interakce bych chtěla zdůraznit dva, které podle mého názoru toto chování utvářejí v zásadní míře a možná se i podílejí na jeho samotném vzniku v jakémkoli prostředí.

Jednání s pacienty jako s dětmi je tím intenzivnější, čím méně pacient připomíná dospělého člověka. Posiluje se u lidí, kteří z různých důvodů (nejčastěji kvůli demenci) komunikují zmateně, jednoduše, zapomínají nebo dokonce nemluví vůbec. Staří lidé zvláště v situaci, kdy jsou pacienti, připomínají děti v mnoha ohledech – kvůli andělům jsou téměř neustále polonazí, většina má pleny, když si nevezmou nebo nemají zuby, tak šišljají i ti, kterým „to myslí dobře“, leckdy zapomínají, často se pohybují nejistě a neohrabaně a mohla bych pokračovat. Čím je pacient soběstačnější a komunikuje rozumně, tím méně vůči němu personál strategii „mateřské školky“ používá, případně ji nepoužívá vůbec. Celkový stav pacientů je jedním ze zásadních vlivů.

Za druhý důležitý vliv považuji samotnou náplň práce personálu. Ze své zkušenosti mohu posoudit, že vztah k člověku, kterého každodenně přebalujete a krmíte, se nutně mění v závislosti na této skutečnosti. Personál se o pacienti neustále stará a opečovává je podobným způsobem, jako se dospělí lidé starají o děti.

Když se tyto dva vlivy (spolu s dalšími) spojí, překryjí skutečnost, že se v případě pacienta jedná o dospělého člověka s mnoha životními zkušenostmi, silnějšími dojmy.

### 6.2.2 „Nejsme služby“

Práce na oddělení LDN je převážně ošetrovatelského rázu, což znamená, že je hlavně pečováním o základní tělesné potřeby a obsluhou v rámci záležitostí, které pacient nedokáže

---

<sup>34</sup> Přistihla jsem sama sebe, že toto slovo často používám. Zvláště mne na to upozornila jedna situace, kdy jsem se na pokoji pacientů zeptala, jestli už snědli oběd a jeden pán, bývalý profesor, s úsměvem podotkl, že si myslel, že slovo pro to, co tady dělají, je „papat“.

udělat sám (podat hrneček s pitím, podat noviny, které upadly na zem, zatáhnout žaluzie, když svítí slunce, otvírat a zavírat okna,...). Sama náplň práce do určité míry připomíná práci služebných (tak, jak o ní vládne všeobecná představa) a v kontrastu s ležícími pacienty se tento dojem umocňuje. Většina personálu je velice citlivá na jakákoli chování pacientů, které by zaměstnanec stavělo do pozice „služek“, někoho, komu je možné nařizovat obstarávání péče. Strategie „nejsme služky“ je tak vymezováním a obhajováním pozice profesionálního zdravotnického a ošetřovatelského personálu.

Ne vždy je tato strategie používána kvůli konkrétnímu chování pacientů. Za určitých okolností někteří členové personálu ztrácí realistický náhled na situaci, že se starají o nemocné lidi a začne u nich převažovat dojem, že pacienti „si jenom leží“ a oni jsou tu od toho, aby je „obskakovali“. Jak ukazuje následující úryvek z terénních poznámek, je v některých případech tento dojem rychle vystřídán přiměřenou reflexí situace:

*Když si na pokoji číslo X sanitářka otráveně stěžovala, že by radši ležela, než makala, paní Štychová se ozvala, že by zase radši makala, než tu ležela. Sanitářku tato reakce zarazila a odpověděla pacientce tónem, ve kterém jsem slyšela omluvu i uznání její situace: „Vždyť já vim.“<sup>35</sup>*

Situací, která většinu personálu rozčiluje a která si v závislosti na momentálním složení a rozpoložení personálu a oblíbenosti či neoblíbenosti pacienta vyslouží vtipné, ironické nebo podrážděné komentáře, je moment, kdy si pacient z jakéhokoli důvodu dá jednu nebo obě ruce za hlavu. Toto gesto mají lidé většinou spojené s někým, kdo odpočívá, kdo „si lenoší“, a proto se zřejmě v personálu umocní výše zmíněný dojem a pocit ukřivdění, že někoho „obskakují“. Disciplinace pacienta nebo pacientky pak probíhá buď vyloženými příkazy („Teď si nemůžete dávat ruce za hlavu, musíme Vás otočit.“), nebo více či méně ironickými komentáři („To se Vám to leží, co?“; „Proč máte ty ruce za hlavou? Tady nejste na Havaji!“ apod.).

Vypozorovala jsem (i u sebe), že pokud se ve způsobu či obsahu řeči nebo jednání pacientů projeví známky, které personál považuje za nedostatek respektu a aroganci nebo pokud má dojem, že pacient vyžaduje úkony, které by vzhledem ke svému stavu mohl vykonat sám, začne reagovat obranným způsobem. Implicitně nebo explicitně vyjadřují sestry a sanitářky svým jednáním a slovy, že nejsou služkami, že jejich práce je potřeba si vážit a že

---

<sup>35</sup> Terénní poznámky ze dne 23.10. 2009.

pokud bude pacient jednat tímto způsobem, nesetká se s pozitivní reakcí a ochotou mu vyhovět.

*Sestra ošetřuje paní Lublaňské nohu. Když skončí, řekne pacientka: „Dejte mi ještě tu hlavu nahoru.“ Neřekne to prosebným tónem, ani nepoprosí. Sestra na ni zakřičí:*

*„Prosím?!“ Paní Lublaňská si myslí, že ji neslyšela a žádost opakuje. Sestra znovu zakřičí: „Prosím?!“ Tento moment proběhne asi třikrát, než pacientka pochopí a řekne prosím a sestra jí zvedne postel pod hlavou. Paní Lublaňská poděkuje. Během této situace jsem v pokoji já, sanitářka a ještě jedna sestra. Sanitářka pak říká sestře, která měla incident s pacientkou: „Ale pochopila to..“<sup>36</sup>*

Poměrně často jsem se setkávala se stížnostmi personálu, že si pacienti vymýšlí zbytečnosti, kvůli kterým pak zvoní, nebo že „buzerují“. Proto jsem do rozhovorů zařadila otázku, jestli si dotazovaný myslí, že pacienti často vyžadují úkony, které ve skutečnosti nepotřebují. Někteří členové personálu v rozhovorech uvedli, že se nejedná o většinu pacientů, ale že k těmto případům nedochází ojediněle. Jiní byli toho názoru, že se jedná pouze o velmi malé procento a že se v případech označených za „buzeraci“ ze strany pacientů často jedná o problém komunikace a dostatečného vzájemného informování mezi pacienty a personálem. Další člen personálu neurčil, jestli se jedná o časté nebo ojedinělé případy, ale domníval se, že za případnými zbytečnostmi se může skrývat touha pacientů po něčem jiném, než je zrovna to, co vyžadují.

Empatie a pochopení pro různé nuance v chování pacientů, která byla v odpovědích personálu obsažena, mne překvapila. Během směn jsem totiž nabyla dojmu, že personál vnímá požadavky pacientů spíše černobíle a poměrně často je označí právě jako „vymyšlení si“.

Občas jsem pozorovala, že někteří pacienti požadovali něco nesmyslného nebo zbytečného (mám na mysli pacienty, jejichž uvažování a komunikace není příliš zasažena demencí nebo jinou nemocí) a nebo si o to říkali způsobem, který měl v sobě prvky arogance, ale podle mého názoru se jednalo o ojedinělé případy u jinak slušně a zdvořile vystupujících lidí. Zdůrazňuji, že se jedná o mé subjektivní pozorování, což jsem si jasně uvědomila zvláště v situaci, kdy ne příliš asertivní člen personálu mezi řečí podotkl, že ho potěší, když se

---

<sup>36</sup> Terénní poznámky ze dne 29.10. 2009.

k němu pacienti chovají slušně, protože se to nestává moc často. Tato poznámka mi znovu připomněla, kolika různými vlivy je interakce mezi personálem a pacienty utvářena.

### 6.2.3 Rozdílné jednání s oblíbenými a neoblíbenými pacienty

Podle způsobu jednání personálu s jednotlivými pacienty, jsem pacienty rozdělila do určitých kategorií, které se pohybují na široké škále. Na jejích opačných pólech by bylo možné umístit kategorie „u většiny personálu oblíbený pacient/pacientka“ a „u většiny personálu neoblíbený pacient/pacientka“. Existuje zde i určitý střed, ve kterém se nacházejí pacienti, ke kterým má personál v podstatě neutrální vztah. Tyto kategorie jsou určeny velice volně, bez jasně vymezených hranic. Podle mého názoru personál vědomě pacienty nekategorizuje, jako to podle určitých projevů a charakteristických znaků rodiček činí personál porodnic ve studii Hrešanové (2008).

Po dobu výzkumu jsem mohla pozorovat, že počet právě přítomných oblíbených pacientů byl vždy vyšší než počet právě přítomných neoblíbených pacientů. V celkovém součtu pak počet „oblíbenců“ převyšoval počet „neoblíbenců“ téměř o polovinu.

Mezi základní rysy interakce s oblíbenými pacienty patří skutečnost, že ji tolik neovlivňuje faktor momentálního rozpoložení člena personálu, který je jinak pro podobu interakce poměrně určující. S „oblíbenci“ jedná personál v naprosté většině situací vlídně, laskavě a vstřícně. Těmto lidem se ochotně vychází vstříc, když něco potřebují. K některým z oblíbených pacientů, zvláště pokud na oddělení pobývají delší dobu (několik měsíců, v některých případech i rok a více), si personál vypěstuje vztah, který se vyznačuje vřelostí, fyzickými projevy náklonnosti (objetí, pohlazení, polibky na tvář, škádlivé pocuchání vlasů, apod.) a vtipkováním.

*Sestra při přebalování poplácala paní Odřinskou po holém zadku. Pacientka se směje: „To se plácá do cizího.“ Sestra jí odpoví: „Vy nejste cizí, Vy jste naše.“ Paní Odřinská spokojeně zabručí: „Tak to jo.“<sup>37</sup>*

Z rozhovorů vyplývá, že někteří členové personálu prožívají smrt svých oblíbených a zvláště dlouhodobých pacientů s poměrně intenzivními emocemi. Na druhou stranu, když některý z „oblíbenců“ odcházel do domova pro seniory, zaznamenala jsem, že při jeho odchodu dával personál najevo méně silné emoce, než jaké jsem vzhledem k projevované

---

<sup>37</sup> Terénní poznámky 6.11. 2009.



náklonnosti očekávala. Zřejmě se tak projevila i nutnost určitého citového odstupu, který zaměstnanci musí vůči pacientům udržovat, aby se psychicky zcela nevyčerpali.

Jednání s neoblíbenými pacienty také příliš nepodléhá momentální náladě člena personálu a je v podstatě opakem interakce s oblíbenými pacienty. Personál se vůči „neoblíbencům“ projevuje chladně, ironicky, s odstupem a v ojedinělých případech dochází k jednání, které bych označila za šikanu.

Ema Hrešanová (2008) ve své studii porodnic uvádí, že kategorizace patří k zásadním rysům kultury. Také skrze tuto taxonomii získává kultura řád a člověk se díky ní může orientovat ve světě. Personál porodnic kategorizuje těhotné ženy a toto členění se projevuje i ve způsobu oslovování rodiček nebo v tom, jak o nich mezi sebou personál mluví. Zaměstnanci LDN oslovují pacientky nebo pacienty, ke kterým mají bližší vztah, křestním jménem nebo zdrobnělinou a občas těmito lidem tykají. Tykají zvláště těm, kteří mají demenci nebo jiné poškození mozku a jejich schopnost komunikace je tak do větší nebo menší míry narušena. Také se vyskytují oslovení „babi Hanušů“ nebo „děda Strčil“. Neutrálně pojímaným nebo neoblíbeným pacientů se většinou vyká a oslovují se „paní Nováková/pan Novák“, případně stejně jako u „oblíbenců“, tak u „neutrálních“ pacientů ve chvílích dobrého rozpoložení používá personál něžná oslovení jako „babi“, „dědulko“, „moja“, „broučku“, „hvězdičko“ nebo „zlatíčko“. Neoblíbení pacienti jsou v extrémních případech uráženi.

*Paní Brejchová je tlustá, hodně špatně slyší, mluví hrubým hlasem a až moc často děkuje. Většina personálu ji nesnáší. Při přebalování, koupání a podobně jí někteří běžně nadávají „pizdo, vorvani, krávo tlustá,...“.*<sup>38</sup>

Podle mého názoru zde oslovování pacientů není ustálené takovým způsobem, jaký popisuje Hrešanová (2008) a který by odkazoval k jasněji vymezeným kategoriím. Jediné výraznější dělení pacientů, které by bylo možné označit za kategorizování, je právě rozdílný přístup, který mne postupně vedl k definování dvou, popřípadě tří, kategorií oblíbených, neutrálních a neoblíbených pacientů.

#### **6.2.4 My versus oni, teritorium, řád**

Přestože mezi některými členy personálu panují napjaté vztahy plné osobních antipatií, setkala jsem se během výzkumu se situacemi, ve kterých se strategie jednání

---

<sup>38</sup> Terénní poznámky ze dne 11.9. 2009.

zaměstnanců odvíjela od pojetí existence dvou odlišných skupin na oddělení LDN – my (personál) versus oni (pacienti a jejich příbuzní, případně jiní lidé, kteří nepatří k personálu).

Jedním z podnětů, které mne na možné užívání této strategie upozornily, byly okamžiky, kdy se od sebe do velké míry lišil způsob interakce mezi členy personálu navzájem a způsob interakce ze strany personálu vůči pacientům. Členové personálu se k sobě chovali laskavě, vtipkovali spolu, oslovovali se zdvořilými křestními jmeny<sup>39</sup>, ale když pak přišli do kontaktu s pacienty, jejich jednání ochladlo a bylo odměřenější.

Dalším momentem byla skutečnost, že jsem za dobu výzkumu byla svědkem pouze dvou situací, kdy někdo z personálu vystoupil proti svému kolegovi nebo kolegyni kvůli chování toho dotyčného k pacientovi. I v situacích, kdy bylo zřejmé, že nesouhlasí s jednáním své kolegyně nebo kolegy, ostatní členové personálu třeba zaraženě nebo nesouhlasně mlčeli, ale nikdo se neozval.

Občas jsem tuto strategii nebo postoje, ze kterých vychází, mohla rozpoznat v rozhovorech zaměstnanců mezi sebou, kdy se personál označoval za „ty chudáky, co pořád dřou“ a pacienty za „ty, co nás pořád obtěžují“.

Interakční strategii „my versus oni“ personál nepoužívá vždy a za každých okolností.

Například někteří oblíbení pacienti nebo jejich příbuzní jako by překročili hranici a stali se součástí skupiny „my“, k čemuž odkazuje způsob, jakým s nimi personál jedná. Ale i tito pacienti nebo příbuzní jsou za členy skupiny „my“ přijímáni pouze tehdy, když se chovají určitým, personálu příjemným způsobem, a občas jsou z této skupiny na čas vyloučeni (v některých interakčních situacích), kdy jejich status pacienta nebo návštěvníka „z vnějšku“ zdůrazní jejich rozdílné postavení oproti zaměstnancům.

V případě strategie „my versus oni“ se jedná spíše o skrytější a možná ne příliš intenzivně prožívanou rovinu celkového jednání personálu s pacienty, jejich příbuznými a jinými návštěvy. Tato rovina se jen v některých okamžicích projeví zřetelněji a ve větší míře zvláště tehdy, když jsou narušena pravidla, která personál považuje za svá, nebo někdo „z vnějšku“ podnikne krok, který zaměstnanci vnímají jako vpád na své „teritorium“.

*Personál reagoval podrážděně, když příbuzní paní Šťastné přišli mimo návštěvní hodiny. Ty jsou pouze doporučené, ne nařízené a mimo ně povoluje návštěvu lékař. Příbuzní si návštěvu u doktorky vyžádali, ale neohlásili se na sesterně. Na dveřích oddělení přitom visí papír s upozorněním, že se zde mají všechny návštěvy ohlašovat. Zaměstnanec sedící*

---

<sup>39</sup> Tento způsob oslovování je ostatně typický, i když se nepoužívá za všech okolností a vůči každému členu personálu. Mě již od prvního dne téměř všichni oslovovali „Renatko“.

*v sesterně hrozně podráždilo, že jim příbuzní pořádně neohlásili, kdo jsou a za kým jdou, když jsou zde navíc ještě mimo návštěvní dobu.*<sup>40</sup>

Několikrát jsem zažila situaci, kdy příbuzní nebo někdo jiný přišel za pacientem mimo doporučené návštěvní hodiny, ale pokud se zdvořile ohlásil sestře nebo někomu jinému z personálu, nebyl jeho „vpád“ provázen tak podrážděnými reakcemi.

Jinou zajímavou situaci popisuje následující úryvek z terénních poznámek:

*Někdy během dne se odehrála zvláštní situace. Zvonil telefon a jedna sestra ho zvedla. Zamračeně nám pak vyřídila, že vrchní sestra posílá nahoru nějakou paní, která se chce podívat, jak naše oddělení vypadá, aby se mohla rozhodnout, jestli sem dát nebo nedat svojí maminku. Strhl se velice uražený rozruch, skoro všichni přítomní byli naštvaní, jak si to jako ta „ženská“ představuje.*<sup>41</sup>

Režim oddělení (a pravidla z něho vyplývající), přestože je určen někým jiným, bere řadový personál i staniční sestra do určité míry za svůj. Následkem toho pak někdy vůči pacientům vystupují členové personálu způsobem „tady pravidla určuji já“. Pacienti, kteří vyžadují přebalení, vykoupání nebo jiné úkony mimo dobu vyhrazenou režimem, jsou odkázáni do patřičných mezí s odvoláním se na pravidla chodu oddělení. Záleží pouze na vůli sester nebo sanitářek, jestli se rozhodnou daný úkon mimo stanovenou dobu vykonat. Vystupuje tu tak určitá míra moci skupiny „my-personálu“ nad skupinou „oni-pacienti a jejich příbuzní“. Na druhou stranu ale i ti mají své nástroje moci, například stížnosti, které mají svůj dopad na personál.

Interakce mezi personálem a návštěvami pacientů se občas odehrávala způsobem „nyní jste na našem území“ a většina návštěv toto pojetí respektovala a podle toho jednala s personálem.

Téma strategie „my versus oni“ a téma oddělení jako teritoria zde uvádím společně proto, že se podle mého názoru jedná o úzce propojené skutečnosti.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Terénní poznámky ze dne 16.9. 2009.

<sup>41</sup> Terénní poznámky ze dne 13.11.2009.

<sup>42</sup> Skutečnost, že zdravotnický personál je na svém oddělení pánem, zmiňuje i článek „A co vy? Jste také jenom lidé?“ v časopise Sestra (2007), který popisuje do jak svízelné situace se může zdravotní sestra dostat, když pracuje s pacientem v jeho domácím prostředí, kde je naopak pánem on.

## 6.3 Interakční strategie pacientů

### 6.3.1 Snaha o soběstačnost

Snadno pozorovatelnou strategií je snaha pacientů a patientek o co největší soběstačnost. Největší důraz je přitom položen na možnost se pohybovat a s tím úzce související schopnost dojít si samostatně na gramofon nebo toaletu. Z pozorování, rozhovorů i různých poznámek patientek či pacientů vyplývá, že základní snahou je udržet si soběstačnost v oblasti vyměšování. Přispívá k tomu, jak naučené chování a pocity ohledně této tělesné funkce, tak výše zmíněné reakce personálu. Čím soběstačnější pacient, tím méně práce pro personál v této nepříjemné záležitosti, což se projeví i na povaze interakce mezi zaměstnanci a daným pacientem. Tento princip platí samozřejmě i ve všech dalších oblastech jako je hygiena, jídlo a pití a podobně. Soběstačnost navíc poskytuje možnost nemít potřebu vyměšování tak přísně podřízenou dennímu řádu péče, jako je tomu v případě ležících pacientů, kteří mají plenu.

Někteří pacienti a patientky využívají často a rádi možnosti cvičit s fyzioterapeutem a zároveň cvičí i sami. Snaží se co nejvíce zvýšit svou pohyblivost, aby zlepšili svůj stav a tím i podmínky svého pobytu na oddělení LDN a zároveň přiblížili odchod domů.

Dalším aspektem usilování o co největší soběstačnost je snaha pacientů, aby personál co nejméně „obtěžovali“. Čím méně toho budou po sestřích nebo sanitářkách chtít, tím lépe s nimi budou vycházet. Skrytě se tento postoj projevoval v odpovědích během rozhovorů s patientkami, když jsem se jich například ptala, jestli se bojí zazvonit na sestru, když něco potřebují. Většinou odpovídaly, že moc nezvoní, že se snaží nejprve udělat všechno, co mohou a jen co jim opravdu nejde, tak kvůli tomu zvoní. Některé uváděly, že ze začátku toho potřebovaly více, takže na sestry zvonily častěji, ale když se jejich zdravotní stav zlepšil, tak už toho více zvládnou samy a tak často zvonit nemusí.

### 6.3.2 Slušnost

Naprostá většina pacientů jedná s personálem slušně a zdvořile. Když něco chtějí, tak poprosí a pak poděkují a někteří se do té míry, do jaké mohou, snaží personálu pomáhat a ulehčit mu námahu při práci svou spoluprací.

V rozhovorech jsem pacientů ptala, jestli si myslí, že mohou jednání personálu s nimi nějak ovlivnit. Někteří si myslili, že ne, že to záleží na náladě personálu, jiní byli toho názoru, že ano. Pokud se oni sami (pacienti) chovají slušně, bude se i personál chovat slušně k nim.

Jedna pacientka mi během rozhovoru popisovala, že určitý člen personálu s ní jednal drsným způsobem a používal vulgární výrazy. Postupem doby ale prý daná osoba zjistila, že pacientka na tento způsob mluvy nepřistupuje a navíc se k ní chová zdvořile a slušně, a své vystupování zjemnila. Jiný pacient tvrdil, že do velké míry záleží na tom, jak si to člověk sám zařídí, že například on sám prostě nedává podněty k tomu, aby na něho mohl být personál drzý nebo jiným způsobem nepříjemný.

### 6.3.3 Přijetí sebepojetí personálu a jeho způsobu interakce

Sestry, sanitářky i dělnice v kuchyňce považují svoji práci za velmi náročnou a sami sebe často vnímají jako „chudáky, kteří pořád dřou“.

Některé pacientky a pacienti v různé míře toto sebepojetí personálu přijímají a podle toho se také k zaměstnancům chovají. Soucitně komentují („holčičky, vy to ale máte těžký“) různé pracovní situace, litují, že personálu přidělali práci, když je potřeba je přebalit, a celkově s výroky a komentáři zaměstnanců spíše souhlasí.

Také přijímají způsob, jakým s nimi nebo i s jejich spolupacienty sestry nebo sanitářky vtipkují a komunikují.

*Když sestry a sanitářky přebalovaly paní Strnadovou, která měla průjem, komentovaly to, že je „teda pěkně zesraná“ a dělaly si legraci ze zápachu, který se šířil po pokoji. Další pacientka na pokoji, paní Vrtinová, se tomu smála a napodobovala mluvu (výroky) personálu o paní Strnadové.<sup>43</sup>*

Někteří z pacientů akceptují i často vulgární způsob vyjadřování se personálu, hlavně co se týče přebalování. Když jim sestra řekne „jste posraná“, reagují na to smíchem nebo prostě souhlasí. Jedna pacientka v rozhovoru uvedla, že se jí to na sestrách líbí, „protože to řeknou, jak to je“.

Ne všichni členové personálu také vždy reagují na žádosti pacientů ochotně. Mají dojem, že toho pacienti chtějí moc nebo to chtějí v nevhodnou dobu. Pacientky a pacienti, kteří přijímají sebepojetí personálu, akceptují i skutečnost, že jejich žádosti mohou zaměstnance obtěžovat. Proto leckdy pronášejí svou žádost s omluvami, prosebným tónem a někdy se vyloženě ptají: „A nezlobíte se?“ A to i v případě, že je jejich požadavek naprosto oprávněný jako například odvoz na toaletu.

---

<sup>43</sup> Terénní poznámky ze dne 30.9. 2009.

#### **6.3.4 „Komandující“ pacient**

Opačnou strategií než výše zmínění používají pacienti nebo pacientky, kteří jednají s personálem z pozice, kdy jsou přesvědčeni, že mají právo vyžadovat to, co zrovna vyžadují. Strategie „komandování“ se u pacientů vyskytuje spíše ojediněle. Pouze v extrémních případech si tito pacienti vymýšlejí nesmyslné požadavky, dožadují péče a pozornosti personálu příliš často nebo žádají po zaměstnancích vykonání nějakého úkonu, který by zvládli sami. Také občas nepoužívají slovo „prosím“ a svůj požadavek vznáší rozkazovačným tónem.

Zaznamenala jsem, že pokud pacient jedná v duchu této strategie, personál zareaguje strategií „nejsme služby“ a odkáže pacienta do patřičných mezí podle svých představ. Většinou se pacientovo chování po uplynutí určité doby změnilo a pacient přijal některou z výše jmenovaných strategií jednání.

#### **6.3.5 Oblíbení a neoblíbení pacienti**

Pokusila jsem se nalézt interakční strategii, kterou by používali všichni oblíbení pacienti, ale neuspěla jsem. Mezi oblíbené pacienty totiž patří nebo patřili téměř všichni dlouhodobí ležící pacienti, z nichž mnozí komunikují pouze zvuky, úsměvem, pohledem a nebo nejsou schopni ani této minimální komunikace.

U komunikujících oblíbených pacientů jsem v různé míře i složení rozeznala strategie slušnosti, přijetí sebepojetí personálu a v závislosti na jejich zdravotním stavu snahu o soběstačnost. Někteří z „oblíbenců“ se také vyznačují rozvinutým smyslem pro humor, celkovou spokojeností a smířením se stavem, ve kterém se nacházejí.

Vyozorovala jsem, že část oblíbených pacientů zastává specifickou interakční strategii. Jsou spokojeni s péčí, které se jim dostává, nestěžují si na ni a kolikrát ani na svůj zdravotní stav a snaží se co nejméně zatěžovat personál. To znamená, že od něho téměř nic nevyžadují, nechávají na personálu, jestli jim danou službu nabídne nebo ne. Provedla jsem rozhovor s jednou z oblíbených pacientek, paní s již poměrně pokročilou demencí a kromě schopnosti se sama najíst naprosto nesoběstačnou. Když jsem se jí vyptávala na chování personálu k ní, odpověděla mi, že na ní nikdo zlý není a že ona hlavně hledí na to, aby s každým vyšla, což opakovala několikrát. Během neformálních rozhovorů s personálem jsem pak zjistila, že někteří z nich na této paní pozitivně hodnotí právě fakt, že je velmi nenáročná, v podstatě o nic nepožádá.

Neoblíbení pacienti se též nevyznačují jednotnou interakční strategií. V každém případě nejsou oblíbeni ti, jejichž chování v sobě nese snahu nechat se obsluhovat i v rámci

toho, co by pacient mohl zvládnout sám. Rovněž nadřazený, rozkazovačný nebo vyžadující způsob řeči personál popouzí. Někteří z „neoblíbenců“ si také stěžují na péči nebo mají tendenci v různých záležitostech s personálem nesouhlasit nebo se dohadovat.

## **7. Faktory ovlivňující interakci mezi zdravotnickým personálem a pacienty**

### **7.1 Osobnost**

Osobnost daného jedince představuje jak v případě personálu, tak pacientů jeden ze zásadních faktorů, které formují podobu interakce mezi personálem a pacienty. Pojmu osobnost rozumím podle definicí Říčana (2007) a Nakonečného (2009), kteří osobnost pojímají jako jedinečné uspořádání celku psychiky konkrétního člověka.<sup>44</sup>

Podrobnější rozbor vlivu osobnosti člověka na jeho jednání by vyžadoval celkové zaměření výzkumu na psychologický aspekt interakce. Proto zde zmíním pouze pár zásadních skutečností.

Osobnost člena personálu podle mého názoru zásadním způsobem zpracovává všechny další faktory (např.: únavu, stres, dlouhodobou práci na LDN, atd.), které interakci ovlivňují, i když některé z nich jsou velice silnými vlivy, které mají zpětně dopad na samotnou osobnost a její chování. Někteří členové personálu mají celkově vstřícnější a osobnější přístup k pacientům, jiní i ve chvílích, kdy jsou odpočatí a nejsou pod stresem, se k pacientům chovají s větším odstupem.

Během výzkumu jsem zjistila, že i lidé s osobností, která se vyznačuje silně vyvinutou schopností empatie<sup>45</sup>, se dokáží chovat krutě. Nicméně projevy krutého chování, jehož záměrem bylo ublížit, jsem ze strany personálu vůči pacientům pozorovala jen opravdu výjimečně. Bylo pro mne překvapující skutečností, že se ho dopouštěli právě i ti lidé, kteří se v jiných situacích nebo během neformálních rozhovorů projevovali empaticky a citlivě.

---

<sup>44</sup> „Osobnost je pojmenování pro ten individuální celek dispozic k psychickým reakcím, který způsobuje, že v téže situaci reagují různí lidé různě právě proto, že ji subjektivně (vnitřně) různě zpracovávají a že tyto reakce vykazují určitou jednotu cítění, myšlení, vnímání, představ a snah.“ (Nakonečný, 2009, str.10) Říčan (2007) uvádí, že psychologie zkoumá osobnost jak ve smyslu osobitosti člověka (jeho odlišnosti od jiných lidí), tak jako strukturu (uspořádání) celku psychiky.

<sup>45</sup> „Empatie je taková schopnost osobnosti, s jejíž pomocí se člověk v rámci bezprostřední komunikace s druhým dovede vžít do jeho duševního stavu.“ (Buda, 1994 podle Vágnerová, 1999)

*Po snídani jsme dávali pacientům pít. U pana Cvrčka mi sanitárka řekla: „Toho mi nech, já to dělám ráda.“ A pak dodala směrem k panu Cvrčkovi: „Teď uvidíš.“ Dávala mu napít z láhve tak rychle, že se až zalykal.<sup>46</sup>*

V podstatě vždy se to odehrávalo výše popsaným způsobem nebo skrze posměch, nikdy ne tak, aby byla pacientovi způsobena bolest například zdravotnickým zákrokem.

Osobnost člověka a jeho životní zkušenost určuje, jakým druhem morálky se bude řídit a jaké hodnoty zastávat. U personálu to například znamená rozhodování, nakolik se bude chovat profesionálně a snažit se přistupovat ke všem pacientům pokud možno stejným způsobem, nebo do jaké míry dá při interakci s pacienty volný průchod svým pocitům sympatií nebo znechucení.

Osobnost pacienta zase kromě jiného zásadním způsobem určuje, jaké strategie pacient zvolí pro své jednání s personálem a jak se v prostředí LDN zorientuje a celkově se zde adaptuje. V případě pacientů je jejich osobnost do značné míry ovlivněna jejich nemocí a věkem (Říčan, 1990).

## **7.2 Osobní sympatie a antipatie**

Osobní sympatie a antipatie se ukázaly jako další z nejdůležitějších faktorů, které utvářejí přístup a případně vztahy členů personálu ke konkrétním pacientům nebo pacientkám. Přestože je například zaměstnanec nebo zaměstnankyně unavená nebo má špatnou náladu, ve chvíli, kdy jedná se svými „oblíbenci“, se její podrážděné chování většinou zmírní a zjemní. Naopak, i když je v dobrém rozpoložení, zachovává k neoblíbeným pacientům odstup nebo se vůči nim projevuje vyloženě nepříjemným způsobem.

Přestože lze nalézt určité jednotící prvky, které spojují většinu oblíbených nebo neoblíbených pacientů, v konečném důsledku zřejmě rozhodují právě osobní pocity náklonnosti nebo odporu. To vysvětluje skutečnost, proč pacientka, která je u poloviny personálu neoblíbená, patří mezi „oblíbence“ jiných členů personálu. Informátoři z řad personálu uváděli mezi důvody, proč si některé pacientky oblíbí například skutečnost, že jim připomíná někoho, koho znali, že je roztomilá, že za péči poděkuje, že se snaží zlepšit svůj zdravotní stav vlastní aktivitou (např.: cvičením) nebo že je na oddělení již dlouho a tak si k ní vypěstovali bližší vztah. Naopak na vzniku osobních antipatií vůči některým pacientům

---

<sup>46</sup> Terénní poznámky ze dne 11.9.2009.



se mimo jiné podílel stav pacienta (do této kategorie zahrnuji i tělesný vzhled), jeho celkový způsob chování a strategie jednání s personálem, agresivita nebo nespolupráce.

Pocity sympatie nebo antipatie se často tvoří na základě osobních preferencí a pocitů, které sám jedinec nedokáže leckdy vysvětlit, ale zároveň jsou zde přítomné i další pozorovatelné vlivy. Některým z nich se v následující kapitole věnuji podrobněji.

Pacienti své sympatie a antipatie vůči personálu spíše skrývají, protože jsou na zaměstnancích závislí. Otevřeně je projevit se odváží pouze někteří z nich. Zároveň snaha vyjít s personálem není vždy přímo úměrná míře závislosti na personálu – jako výraznější faktor zde působí osobnost pacienta.

### **7.3 Zaměstnanecký kolektiv**

V rámci zaměstnaneckého kolektivu ovlivňuje členy personálu a následně i jejich interakci s pacienty několik skutečností.

Mezi zaměstnanci panují různé osobní sympatie a antipatie, což znamená, že složení personálu dané směny se promítá do celkové atmosféry, která během dne panuje. Může se tak zvýšit nebo snížit napětí, stres, celková podrážděnost nebo uvolněnost, kterou personál pociťuje.

Dalším významným faktorem je nálada člena personálu, který je svými kolegyněmi a kolegy respektován, případně oblíben. Skutečnost dobré nebo špatné nálady takového jedince působí na ostatní již sama o sobě, ale zaznamenala jsem i docela často používanou interakční strategii, kdy se „silný“ člen skupiny během své špatné nálady choval takovým způsobem, že postupně přebírali jeho rozpoložení i někteří další členové kolektivu. Emoční naladění daného zaměstnance v té chvíli sloužilo jako prostředek moci, skrze který mohl ovládat prožívání ostatních spolupracovníků.

Celková nálada personálu je kromě výše zmíněných vlivů ovládána také specifickou dynamikou, která je závislá na postupující době směny. Nejedná se o zákonitost, která by se odehrávala vždy s přesnou pravidelností. Ale například jsem vyzorovala, že s postupující směnou a zvláště pak v době oběda personálu a následného přebalování pacientů dobrá nálada, pokud jsou pro ni podmínky, vrcholí. Ve 14.00 totiž končí ranní směna a tak blížící se konec práce a postupující únava „uvolňují“ projev zaměstnanců. Společné podílení se na náročné a často nechutné práci členy personálu sblízuje a zároveň vytváří určitým způsobem familiární atmosféru, kterou do jisté míry personál sdílí i s pacienty, zvláště některými. Proto

někdy interakce mezi členy personálu ale i mezi personálem a pacienty připomíná interakci „roz dováděných“ dětí, které se navzájem „pošť uchují“, vtipkují a halasí.

Je zajímavou skutečností, že existují rozpory mezi tím, jak personál o své práci a někdy i o pacientech mluví mezi sebou, a tím, jak hodnotí práci i pacienty bez přítomnosti svých kolegů. Goffman (1999) mluví o pracovním konsensu, kdy se skupina jednotlivců smluví na jednotném výkladu situace, který může a nemusí odpovídat skutečnosti a který tato skupina předkládá skrze své představení obecnstvu. V případě personálu mnou pozorovaného oddělení LDN bych jakýsi nepsaný (oficiálně nerozhodnutý) pracovní konsensus (s velkým zjednodušením!) charakterizovala slovy „vedení nedoceňuje naši práci, pacienti si pořád něco vymýšlejí a obtěžují, vzdělávací semináře jsou nutné zlo, práce je hrozná a těžká a my jsme chudáci, kteří to všechno musí oddřít“. Toto je výklad situace, který slouží za podklad pro představení, které členové personálu hrají navzájem mezi sebou a jsou tak herci i obecnstvem. Někteří zaměstnanci souhlasí s pracovním konsensem více, jiní méně a podle toho upravují svou osobní fasádu. Pokud se na směně setkají lidé (herci) s odlišným způsobem vystupování, přizpůsobuje se provedení představení těm, kteří jsou v dané skupině z různých důvodů (oblíbenost v kolektivu, zaměstnanecké postavení, inteligence, aj.) vnímání jako „silnější“. Dochází tak k určité segregaci obecnstva, kdy se pro různé diváky volí trochu jiná fasáda. Přestože toto představení nepočítá s pacienty jako s obecnstvem, má vliv na způsob, jakým s nimi personál jedná.

Podle Goffmana (1999) má představení na diváky zapůsobit zcela určitým způsobem, vyvolat v nich konkrétní dojem. Tento princip funguje v pracovním kolektivu, protože pokud jedinec nevyvolá ve svých spolupracovnících určitý dojem, hrozí mu pozice na okraji skupiny.

Ve vztahu k pacientům existuje jiná dynamika. Goffman (1999) mluví o skutečnosti, že aby byl představením vyvolán určitý dojem, musí účinkující skrývat projevy a pocity, které by byly s daným dojmem v rozporu. Během rozhovorů se zaměstnanci jsem vyslechla názory na to, jak má vypadat profesionální chování zdravotnického pracovníka, ale situace v praxi je taková, že této představě dostojí jen někteří. Jako by velká část pacientů nebyla dostatečně „kvalifikována“ k tomu být diváky, vůči kterým je třeba hrát představení vyvolávající dojem profesionality, a proto je ponechán volný prostor projevům celé škály emocí, které se obvykle s představou profesionálního zdravotnického pracovníka nespojují. Tato „kvalifikace“ je zřejmě podepřena možností sankcí, které by personál postihly, kdyby si daný pacient stěžoval. Tuto skutečnost lze pozorovat na případech komunikativně schopných a psychicky „normálně“ se projevujících pacientech, případně na pacientech, jejichž příbuzní patří

k personálu tohoto nebo jiného oddělení. V jejich přítomnosti personál své chování více kontroluje a některé projevy omezuje. Opět tedy dochází k segregaci obecnstva.

Před návštěvami je občas z různých důvodů hráno představení „my si tady s paní Vrbovou tak dobře rozumíme“, přestože za jiných okolností není interakce daného člena personálu s tím konkrétním pacientem tak vřelá nebo pozitivní.

Ale ani v rámci pracovního kolektivu, ani před určitými pacienty nebo lidmi „zvenku“ není o zachování dojmu tak silně usilováno, jako to Goffman (1999) popisuje u některých profesí vzhledem k zákazníkovi. Zřejmě je to tak proto, že sankce za narušení dojmu, který má představení vyvolat, nejsou tak vysoké.

#### 7.4 Zvyk

Zjistila jsem, že aspekt zvyku má velký vliv na prožívání personálu i pacientů a tak se významně podílí na formování jejich vzájemné interakce.

Senioři obecně hůře snášejí změnu (Kalvach, 2004; Říčan, 1990), proto jsou po určité době od přijetí na oddělení LDN často více zmatení, nejistí, nervózní a jejich reakce na personál a prostředí celkově mohou být pro zaměstnance matoucí a rozčilující. Podobně i členové personálu daného člověka neznají, neví, co od něho čekat a pokud se jedná o náročnějšího pacienta, vyvolá většinou jeho příjem vlnu stížností.

V závislosti na dalších faktorech se po různě dlouhém čase situace ustálí, pacient se v prostředí podle svých možností zorientuje, personál již ví, co od něho očekávat a získá k němu víceméně ustálený přístup. Poměrně často jsem během neformálních rozhovorů v sesterně slyšela vyjádření jako „nejdřív jsem ji neměla ráda, ale pak jsem si ji oblíbila“ nebo „ano, on se zklidnil, zvyknul si u nás“.

Skutečnost, že si na sebe personál a pacienti vzájemně zvykají, se zřetelně odrážela v rozhovorech s informátory z obou skupin. Některé pacientky uváděly, že pro ně ze začátku bylo jednání určitých členů personálu nepříjemné až šokující, ale tvrdily, že když se vzájemně lépe poznali, tak se chování dotyčných zaměstnanců zlepšilo.

Byla jsem překvapena, když jsem během polostrukturovaných rozhovorů s pacienty zjišťovala, že nespokojených s chováním personálu je jen málo z nich. Většinou považovali ze nepříjemné, že musí být v léčebně a chtěli domů, ale jinak si nestěžovali. Přitom jsem u některých z nich byla svědkem situací, kdy je jednání personálu rozesmutnilo, rozzlobilo nebo dokonce rozplakalo. Přesto mi jedna z těchto paní při propouštění řekla: „*Jsem ráda, že jdu*

*domů, ale taky jsem smutná. Já jsem si tady zvykla a byly tu na mě hodní.*“<sup>47</sup> Při snaze pochopit tento rozpor jsem vycházela i ze své osobní zkušenosti vypořádávání se s neznámým prostředím. Postupem doby jsem také projevy personálu, které mi byly nepříjemné, odsouvala do pozadí, a jiné způsoby jednání, které jsem nejprve hodnotila negativně, jsem díky lepšímu porozumění a orientaci se v prostředí nevnímala již tak negativně. Ovšem skutečnost, že si člověk dokáže zvyknout na různé podmínky, neznamená, že je vše v pořádku.

Zároveň je důležité zmínit, že faktor zvyku interaguje s dalšími vlivy. Například je významné, co se týče podob interakce mezi personálem a pacienty a zpětně pak prožívání větší spokojenosti či nespokojenosti na oddělení LDN, jestli se pacienti zařadí mezi personálem oblíbené, neutrálně pojímané nebo neoblíbené pacienty. Přestože se nejednalo o vždy platné pravidlo, vyjadřovali „oblíbenci“ v rozhovorech celkovou spokojenost (pokud nebereme v úvahu jejich nemoc a nutnost pobytu ve zdravotnickém zařízení), že „je jim tu dobře“, zatímco neutrální nebo spíše neoblíbení pacienti i po delší době pobytu tvrdili, že si zde zvykli, ale přesto měli k jednání personálu výhrady a v některých případech uváděli, že se tu necítí dobře a to zvláště během neformálních rozhovorů, kdy nebyl kromě mě přítomen nikdo jiný z personálu. Tato skutečnost je pro mne dalším důvodem k zastávání názoru, že vedle prožívání nemoci a kvality zdravotnické péče je mezilidský kontakt personálu a pacientů velice zásadním prvkem, který utváří prožívání každodennosti lidí, kteří jsou nuceni strávit určitý čas na LDN.

V případě personálu se na základě rozhovorů i pozorování ukázalo, že se zvyk za spolupůsobení dalších faktorů může rozvinout až do podoby vztahu, ale o tom již pojednává následující oddíl.

## **7.5 Délka pobytu pacienta na oddělení**

Velice zajímavým zjištěním pro mne byla skutečnost, že naprostá většina pacientek a pacientů, kteří na oddělení pobývali delší dobu (v rozmezí šesti měsíců až tří i více let), patřili mezi oblíbené pacienty. Přitom se téměř v polovině případů jednalo o pacienty, jejichž schopnost komunikace byla z různých důvodů do značné míry omezena a u několika zcela chyběla. Z tohoto důvodu je omezen vliv faktoru interakčních strategií samotných pacientů, ale zase stoupá působení faktoru stavu pacienta, který budu podrobněji rozebírat v dalším oddíle.

---

<sup>47</sup> Terénní poznámky ze dne 6.11. 2009.

Když je pacient nebo pacientka na oddělení delší dobu (tři a více měsíců), personál si na něho zvykne a on si zvykne na prostředí. Další důležitou skutečností je fakt, že personál může tohoto člověka dlouhodobě pozorovat a přitom o něho každodenně pečuje. Každý den se personál a pacient ocitají ve vzájemné interakci, což jsou podmínky, které mohou snadno vést k navázání vztahu. Ovšem je zajímavé, že se jedná převážně o vztah pozitivní, což z těchto podmínek nutně samozřejmě nevyplývá a v některých případech za spolupůsobení dalších faktorů (stav pacienta, interakční strategie, osobnost pacienta a člena personálu, osobní sympatie a antipatie, ...) k tomu také nedojde.

V rozhovorech se členové personálu vyjadřovali v tom smyslu, že když jsou pacienti na oddělení dlouho, člověk k nim získá takový „domáctější“ vztah, začne k nim přistupovat trochu jinak. Hodně při tom záleží také na příbuzných pacientů a jejich přístupu k personálu, jestli personál „přijmou“ nebo ne. Často se prý stává, že během delšího pobytu pacienta nebo pacientky na oddělení začnou příbuzní přistupovat k personálu jako „by to byli jejich vlastní“, přijmou je „za své“. To má podle informátorů také vliv na vývoj vztahu k tomu konkrétnímu pacientovi. Když umře pacient, ke kterému získá personál tento druh vztahu, mají někteří zaměstnanci pocit, jako by jim umřel někdo blízký, a jednání s pozůstalými je pak pro ně poměrně emocionálně náročné.

Rovněž některé pacientky nebo pacienti začnou prostředí LDN vnímat téměř jako „domácí“, zvláště tehdy, pokud pro ně propuštění z léčebny znamená návrat do prázdného bytu.

*Paní Berušková jde zítra domů. Dneska přes den poplákávala, na LDN byla 5 měsíců. Říkala, že začala brát ženský jako svou rodinu. Během pobytu na LDN jí umřel manžel a že jí prý tehdy personál podržel, aby myslela na něco lepšího. Sestry i sanitárky jí říkají Beruško.*<sup>48</sup>

Podobně někteří příbuzní (a nejen ti) přijmou prostředí LDN za „své“ a lze je „přistihnout“, jak v pokoji při svačině krmí pacienty, kteří obývají pokoj s jejich členem rodiny.

## **7.6 Stav pacienta**

Pod tento termín zahrnuji více skutečností. Stav pacienta samozřejmě znamená stav jeho těla i psychiky, který je poznamenán nemocí. K tomu patří i terminální stádium nemoci, kdy pacient umírá. Dále sem řadím i fyzický zjev pacienta a jeho převažující emoční naladění.

---

<sup>48</sup> Terénní poznámky ze dne 8.10. 2009.

Stav pacienta ovlivňuje interakci mezi personálem a pacienty velice zásadním způsobem.

Od zdravotního stavu se mimo jiné odvíjí míra pacientovy soběstačnosti a čím soběstačnější pacient, tím méně práce pro ošetřující personál a tím spíše možnost vzniku pozitivně laděné interakce. Přestože v určitých stádiích nemoci nemohou pacienti svůj zdravotní stav a jeho vliv na své tělesné i psychické projevy ovlivnit, je tento fakt personálem vědomě reflektován jen do určité míry. Právě míra reflexe pacientova nezaviněného stavu a její zohlednění při přístupu k pacientovi velmi úzce souvisí s osobností daného člena personálu. Někteří jako by pod tíhou únavy a množství práce s konkrétním pacientem zapomínali, že „jim to ten člověk nedělá naschvál“, jak je občas jejich dojem. Již dříve jsem zmínila, že jsou pacientům vyčítány projevy (kašel, nepohyblivost, aj.), které v podstatě nemohou vzhledem ke svému stavu ovlivnit, a přesto jsou někdy personálem nahlížené jako záměrné.

S nemocí pacientů je úzce spojeno jejich prožívání bolesti a pokud pacient viditelně trpí a naříká a personál ví, že jeho stav je způsoben vážným důvodem (rakovinou, amputací končetiny, apod.), v naprosté většině případů se jeho jednání s pacientem zjemní a interakce se odehrává v laskavém a soucitném duchu. Byla jsem ale svědkem i mnoha situací, kdy personál nebral pacientovy stížnosti, že ho něco bolí, příliš vážně, jako by měli dojem, že intenzitu své bolesti přehání. V těchto případech mnohdy chyběl faktor viditelného utrpení pacienta, což ovšem neznamená, že ho skutečně něco nebolelo.

Mnoho pacientů seniorů se z různých důvodů (často kvůli demenci) a v různé míře projevuje zmateně. Zapomínají zjevné skutečnosti (např.: že jedli), mají nesmyslné požadavky (např.: pacient, který nedokáže chodit, chce berle, aby mohl jít domů) nebo blábolí. To vše je pro personál velice únavné a stresující a i přes dobrou vůli (pokud je přítomna) to často vyvolává podrážděné reakce.

*Během snídane personálu zvoní paní Hrdová, sestra tam jde a já slyším, jak jí ostřeji říká: „Můžeme se nasnídat?! Já teď snídám.“ Když se vrátí do sesterny, ptám se, co paní Hrdová chtěla. Sestra mi odpoví: „Nevím, nerozuměla jsem jí. Něco si vymýšlí.“<sup>49</sup>*

Schopnost jasně myslet a komunikovat tak u personálu vzbuzuje pozitivní reakce a je jedním z důvodů, proč jsou někteří pacienti vyloženě oblíbení. Tato schopnost interakci mezi personálem a pacienty velice silně ovlivňuje i v případě, že jsou pacienti pojímáni neutrálně

---

<sup>49</sup> Terénní poznámky ze dne 18.11.2009.

nebo k nim má personál negativní vztah. Lze to pozorovat na skutečnosti, že komunikačně zdatným pacientům se daleko méně tyká a i míra jejich infantilizování je omezena.

Tímto se dostávám k zajímavému jevu a totiž, že stáří i nemoc formují celkový zjev i projev pacienta, který personál k infantilizování vyloženě „svádí“. Bezmocnost, šišlání, někdy drobné postavy pacientek, specifický vzhled obličeje, zmatenost a mnoho dalších projevů připomíná projevy dětí natolik, že je velice snadné zapomenout na skutečnost, že se jedná o dospělé lidi, kteří mají za sebou mnoho let života. Zaznamenala jsem, že všichni dlouhodobí ležící pacienti, kteří nejsou schopni komunikace kromě vydávání zvuků a i jejich kognitivní schopnosti jsou nemocí nebo úrazem zjevně vážně poškozeny, vzbuzovali i u členů personálu, kteří jinak s většinou pacientů jednájí s odstupem, reakce podobné těm, jakými lidé reagují vůči kojencům.

Je tedy zřejmé, že jednání personálu s pacienty ovlivňuje momentální stav a projev pacienta spíše než racionálně si uvědomovaný fakt, že se ve všech případech jedná o dospělé lidi. S těmi, jejichž projevy odpovídají obecně zastávané představě o projevech dospělých lidí, jednájí zaměstnanci jako s dospělými. Ti, jejichž chování vykazuje ve větší míře prvky, které člověk obvykle přisuzuje dětem, jsou v podstatě jako děti pojímáni.

Přestože jsem před vstupem do terénu považovala jednání se seniory jako s malými dětmi za jednoznačně negativní jev, musela jsem si po delším pobytu na oddělení LDN klást otázku, jestli to tak skutečně je ve všech případech a zvláště pak v případech seniorů se silně pokročilou demencí. Pokud byla ze strany personálu přítomna jistá dávka respektu a laskavosti, nepozorovala jsem, že by takové jednání vzbuzovalo u daných pacientů negativní odezvu, byť v danou chvíli potlačenou.

Většinu rozhovorů s pacienty jsem provedla s komunikačně schopnými pacientkami a pacienty, kteří často uváděli, že jim personál netyká a „babi“ je neoslovuje. Někteří ale zmínili, že pokud jim sestry nebo sanitářky řeknou „babi“ nebo „dědo“, tak jim to nevadí, protože vlastně „babičky“ jsou a jsou zvyklí, že je tak oslovují rodinní příslušníci.

Během neformálních i formálních rozhovorů s personálem jsem zjistila, že někteří infantilizující způsob jednání reflektují a ví, že je oficiálně považován za nesprávný. Několik členů personálu uvedlo, že rozlišují, k jakým pacientům se tak chovat mohou a k jakým ne (docela to odpovídalo mému rozlišení stavu pacientů a jejich schopnosti komunikace). Také zastávali názor, že některým pacientům, zvláště pacientkám je oslovování „babi“ vyloženě příjemné. Jedna sestra o velmi starých seniorkách řekla, „že ty babičky okolo devadesáti to vyloženě milují“.

Podrobnější prozkoumání této oblasti vzájemné interakce ošetrujícího personálu a geriatrických pacientů považuji za nosné téma dalšího výzkumu.

Zlepšení zdravotního stavu pacienta je pro personál důležitým jevem, zvláště pokud je tohoto zlepšení dosaženo v rámci ošetrovatelské péče. V rozhovorech respondenti uváděli, že zlepšení zdravotního stavu pacienta je jedním z aspektů, které je na jejich práci těší a ze kterého mají radost. Vypozorovala jsem, že celý personál je na péči, kterou poskytuje, velice hrdý a považuje ji za vysoce kvalitní. Skutečnost, že na „našem“ oddělení LDN nezáskávají pacienti proleženiny, nejsou dehydratovaní, pravidelně se koupou a myjí a leží v čistých postelích, je podle personálu ve srovnání s jinými léčebnami nebo domovy pro seniory výjimečná. Kromě jednoho všichni respondenti odpověděli, že by (hypoteticky) na naše oddělení své rodiče umístili.

Naopak úpadek fyzických a asi hlavně mentálních schopností pacientů působí na personál nepříjemným a stresujícím způsobem. V některých případech je pacient v takovém stavu, že si pravidelně sahá do pleny a zašpiní si stolicí ruce, ale třeba i obličej. Tehdy faktor stavu pacienta vlivem naprosto „přebije“ například faktor dlouhodobého pobytu a většina personálu k takovému pacientovi pociťuje odpor. Při interakci s ním pak vyjadřuje zhnusení a to i v případě těch členů personálu, kteří jsou schopni nahlídnout, že je tento stav zapříčiněn nemocí. Byla jsem svědkem takového způsobu interakce s tímto pacientem, který bych pro jeho stálost a rozšířenost napříč personálem nazvala šikanou. Zároveň se ale jedná o jev, který jsem v této podobě mohla na oddělení pozorovat jen výjimečně – jen v případech několika málo pacientů.

Pod termín stav pacienta jsem zahrнула i fyzický zjev, protože při ošetrovatelské práci má například hmotnost nebo výška pacienta nebo pacientky své důsledky a ty se odrazí na jednání s pacientem. Když se například spojí velká hmotnost, ne příliš líbivý fyzický zjev, hrubý hlas pacienta a třeba ještě hluchota, takže pacient často křičí a zároveň se s ním špatně komunikuje, je pravděpodobné, že takový pacient zažije při interakci s personálem více ústrků a hrubšího nebo nepříjemného chování, než drobná roztomilá „babička“. Nedokáži je přesně definovat, ale některé typy pacientek nebo pacientů považují mnozí z personálu za „roztomilé“ a podle toho se k nim chovají.

## **7.7 Únava, stres, „špinavá“ práce, ....**

V tomto oddílu shrnuji různé faktory, které se ve větší míře týkají spíše náplně ošetrovatelské práce, případně personálu samotného, než pacientů.



Pouze stručně zmíním, že ošetrovatelská péče na oddělení LDN je fyzicky a psychicky velice náročná práce. Proto faktorem, který interakci ovlivňuje velice zásadním způsobem, je samozřejmě únava. Ta dokáže i jinak povahovým založením vřelého a laskavého člena personálu proměnit v podrážděný a nevrlý „uzlíček nervů“. U některých zaměstnanců bylo snadné upozorovat, jak jsou buď po dovolené, nebo více dnech volna odpočatí a jak tím pádem mají s pacienty více trpělivosti, lepší náladu a chuť jednat s nimi laskavě.

Podobně působí i pracovní stres. Ten je někdy zapříčiněn nahromaděním více pracovních úkonů a zároveň nedostatkem času k jejich vykonání. Většinou se ale jedná jen o určité situační momenty během směny, ale ne o celkový charakter práce na tomto oddělení LDN. Odlišnou situaci popisuje Olson (2003), kdy jedním z faktorů nepříjemné interakce s klienty je právě téměř neustálá pracovní tíseň zaměstnanců. Na mnou pozorovaném oddělení bych za hlavní důvod pracovního stresu označila samotnou fyzickou a psychickou náročnost ošetrovatelské péče.

Psychika zaměstnanců je vystavena zátěži, protože jsou svědky neustálého chátrání lidského těla i mysli. Řadoví zaměstnanci jsou ti, kteří jsou v každodenním mnohahodinovém kontaktu s pacienty a sledují jejich nálady, utrpení nebo to, jak umírají. Oni jsou ti, jejichž práce má v sobě obsaženu emocionální složku, kdy lékař sice určí diagnózu a způsob následného ošetřování, ale jak to velice výstižně vyjádřila jedna má kolegyně sanitářka: „Pláčou pak tobě.“

Na interakci personálu s pacienty se též projevují roky, které členové personálu strávili prací na LDN. Vůči mnohému mohli otupět a vůči leckterým projevům pacientů získat averzi. Jsem toho názoru, že výše zmíněné je jedním z důvodů, které stojí za nelogickými výčitkami pacientům, necitlivostí, se kterou se k nim někdy přistupuje, „zvěcněním“ pacientova těla a celkovým potlačením reflexe, že se v případě pacientů jedná o nemocné a ve velké většině velmi staré lidi.

Mnoho interakčních nedorozumění vyplývá ze vzájemného střetu skutečnosti, že staří a nemocní lidé se pohybují neohrabaně, pomalu a také se často neohrabaně a pomalu vyjadřují a delší dobu jim trvá, než pochopí instrukce, a rychlého sledu činnosti personálu, který ne vždy pochází z časového stresu nebo nutnosti stihnout vše do určité doby, ale má kořeny spíše ve snaze zaměstnanců mít dané pracovní úkoly co nejdříve za sebou. Okřídleným úslovím personálu je věta „rychle, rychle, máme zpoždění, vlak nečeká“, která pochází z oblíbené české komedie.

Zajímalo mě, jestli je řadový personál za svou náročnou práci oceněn (pochvalou) vedoucími pracovníky oddělení, protože jsem předpokládala, že ocenění práce (a nejen

finanční) může mít vliv na kvalitu jejího provádění. Ve formálních i neformálních rozhovorech zaměstnanci uváděli, že chváleni nejsou, že se komentář „vedení“ k jejich práci odehrává spíše podle modelu, když je vše v pořádku, tak je „ticho“ a upozorňuje se jen na to, co v pořádku není. Přitom se naprostá většina dotazovaných členů personálu shodla, že by jim bylo příjemné (a někteří uvedli, že by je to i motivovalo), kdyby jejich práci vedoucí pracovníci ocenili pochvalou.

## 8. Závěr

V kontextu stáří, jako významné etapy lidského života, a jeho specifické problematiky jsem provedla šestiměsíční etnografický výzkum na vybraném oddělení LDN, přičemž jsem ke sběru dat použila techniku zúčastněného pozorování. Kromě zobrazení každodenního chodu léčebny jsem se soustředila na pochopení a vysvětlení interakce (sociální rozmluvy) mezi řadovým zdravotnickým personálem a geriatrickými pacienty.

Identifikovala jsem situace, ke kterým se interakce nejčastěji váže, a v rámci tohoto kontextu jsem hledala pravidelnosti v jednání jak členů personálu, tak pacientů. Pokud jsem našla způsob jednání, který se vyznačoval stálejšími rysy, definovala jsem ho jako strategii. Za nejvýraznější strategie personálu považuji „mateřskou školku“ a „nejsme služky“, u pacientů zase převažují strategie „slušnost“ a „přijetí sebepojetí personálu“.

Abych lépe porozuměla různým podobám interakce, snažila jsem se určit faktory, které se na jejich utváření podílejí. Olson (2003) řadí mezi hlavní faktory, které ovlivňují situaci a tím i jednání ošetrovatelského personálu v domovech pro seniory: společenský status zaměstnanců (často ženy z rozvojových zemí, příslušnice menšin, nižší společenská třída), nízké platy, velké množství práce, na kterou není dostatek času, nedostatek personálu a „komerční“ pojetí služeb seniorům, kdy se majitelé domovů snaží snížit náklady a vedou personál k rychlému a mechanickému stylu práce, který je sice efektivní v odvětví výroby, ale v případě péče o seniory jsou tak opomíjeny přirozené lidské potřeby klientů.

V případě zkoumaného oddělení by bylo možné najít analogii v situaci slovenských zaměstnanců, z nichž většina přišla do Prahy za prací, někteří bydlí na ubytovnách a většina má rodinu na Slovensku. Tato situace na ně může vytvářet tlak, se kterým se jejich čeští spolupracovníci nemusejí vyrovnávat.

Na nedostatečné množství personálu si zaměstnanci také stěžují, ale na základě svého pozorování jsem nezjistila, že by se většina pracovních hodin odehrávala z tohoto důvodu v časovém stresu. Odpočinkové pauzy během práce jsou v průměru docela běžné (velmi

záleží na náročnosti péče o pacienty, kteří jsou v danou dobu na oddělení přítomni), méně u zdravotních sester.

Podle mého názoru mezi faktory výrazně ovlivňující interakci ze strany personálu patří únava z fyzicky a psychicky velmi náročné práce a osobnost daného člena personálu. Jednání pacientů též silně formuje jejich osobnost a dále celkový zdravotní a psychický stav, ve kterém se nacházejí.

Péči o zdravotní potřeby pacientů považují zaměstnanci na tomto oddělení za velmi kvalitní, část z nich vyjádřila v rozhovorech ochotu umístit sem v případě potřeby své rodiče. Nedochází zde ke vzniku proleženin nebo dehydrataci pacientů, na kteréžto problémy v rámci léčeben pro dlouhodobě nemocné upozorňují někteří lékaři.

Problematičtější je péče o psychické potřeby pacientů. Jedním z důvodů, proč zdravotnický personál klade větší důraz na péči o „tělo“ než o „duši“, může být diskurz, který se uplatňoval ve vzdělávání zdravotních sester v době, kdy většina z těch, které nyní pracují na mnou pozorovaném oddělení LDN, studovala. Baštecká (2001) ve své knize uvádí rozhovor s PhDr. Alenou Mellanovou CSc. z Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství. Mellanová mluví o skutečnosti, že dříve bylo ošetrovatelství zaměřeno na výkon, plnění ordinací doktorů a vycházelo hlavně z biologických potřeb nemocného. Dnes je trendem individualizovaná péče, která pojímá pacienta jako celek a snaží se naplnit jeho biologické, sociální a psychologické potřeby. Tuto změnu paradigmatu lze pozorovat napříč literaturou týkající se zdravotnické péče (Kalvach, Onderková, 2006; Kalvach, 2004; Baštecká, 2001; Zacharová, 2009 aj.) i na tématech akreditačních seminářů pro zdravotnický personál. Přitom ve zkoumaném prostředí LDN jsem se s důrazem na tento trend ze strany staniční sestry a řadového personálu v podstatě nesetkala. Nicméně jsem zaznamenala jinou skutečnost, kterou Mellanová také zmiňuje, že totiž kvalitní zdravotní sestry (a já bych dodala sanitáři a další pracovníci ve zdravotnictví, kteří přichází do styku s pacienty) se vždy zajímaly o pacienty jako o lidské bytosti, navzdory převažujícímu úkolovému systému práce. Tato skutečnost je zřejmá i na mnou pozorovaném oddělení LDN a já k němu odkazuji jako k faktoru osobnosti člověka.

Navzdory výše popsané situaci se ale již během výzkumu ukázalo, že i na oddělení LDN začíná pronikat důraz na naplňování sociálních a psychologických potřeb pacientů. Od ledna 2010 do léčebny pravidelně docházejí dobrovolníci a věnují se seniorům – cvičí s nimi paměť, zpívají, čtou jim knihy, povídají si apod. Také je tu vždy jednou týdně prováděna canisterapie.

Podobně sem proniká další trend, který popisuje Hrešanová (2008) nazývá konsumerismem, kdy se na pacienty začíná nahlížet jako na klienty, kteří od zdravotnického personálu „kupují“ služby. Protože mnou vybrané oddělení je státní zařízení, není zde tak zřejmá situace, že pacienti jsou ti, kteří za péči zaměstnanců platí (i když z větší části nepřímo skrze daně a zdravotní pojištění). Proto u personálu podle mého názoru chybí intenzivní snaha o maximalizaci spokojenosti pacientů – klientů, kterou zmiňuje Hrešanová (2008) v případě personálu porodnic. K této skutečnosti se přidružuje fakt, že v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech pro seniory a v podobných zařízeních je chronický nedostatek míst a proto zde nefunguje tlak konkurence. Situace je spíše taková, že pacienti a jejich příbuzní jsou rádi, že našli nějaké volné místo. Jsem přesvědčena, že tyto podmínky v současné době stále ještě ovlivňují interakci mezi zdravotnickým personálem a pacienty, přestože v prosincovém magazínu (2009) dané instituce byla uveřejněna vize pro nový rok, ve které se o pacientech mluví již jako o klientech. Je zřejmé, že vždy trvá delší dobu, než se postoje vedoucích pracovníků promítnou do způsobu práce řadových zaměstnanců, i když právě ti se nejvíce podílejí na vytváření každodenního života pacientů.

Doufám, že navzdory všem nepřesnostem a zjednodušení se mi podařilo přispět malým dílem k dalšímu pochopení problematiky interakce mezi zdravotnickým personálem a geriatrickými pacienty, k poznání toho, jakých podob tato interakce nabývá a jaké vlivy ji formují, a tedy k hlubšímu proniknutí do prostředí, které tvoří jeden z kontextů, v rámci kterých se odehrává poslední etapa lidského života.

## 9. Literatura

- Baštecká, Bohumila, Petr Goldmann. 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha : Portál
- Declercq, Anja 2000. „(Participant) Observation in Nursing Home Wards for People Suffering from Dementia: The Problems of Trust and Emotional Involvement.“ *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1(1) : Art. 25. Dostupné z: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001254>
- Disman, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum
- Elias, Norbert. 2006. *O procesu civilizace I*. Praha : Argo
- Geertz, Clifford. 2000. *Interpretace kultur*. Praha : Sociologické nakladatelství
- Giddens, Anthony. 1999. *Sociologie*. Praha : Argo
- Goffman, Erving. 1999. *Všichni hrajeme divadlo: Sebereprezentace v každodenním životě*. Praha : Nakladatelství studia Ypsilon
- Hammersley, Martin, Paul Atkinson. 1995. *Ethnography: Principles in practice*. London, New York : Routledge
- Haškovcová, Helena. 2002. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 10: Manuál sociální gerontologie (praktická příručka pro sestry)*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně
- Hendl, Jan. 1997. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha : Karolinum
- Hodgson, Ian. 2000. „Ethnography and HealthCare: Focus on Nursing.“ *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1(1) : Art. 7. Dostupné z: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000172>
- Hrešanová, Ema. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni
- Chvistková, Lucie. 2004. „Výzkumný vztah jako sdílení zkušenosti s druhými lidmi.“ *Biograf* 35 : 28 odst. Dostupné z: <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=3510>
- Ivaňuchová, Hana. 2007. „A co vy? Jste také jenom lidé?“ *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické profese* 6: 22
- Kalvach, Zdeněk et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada Publishing
- Kalvach, Zdeněk, Helena Haškovcová, Karel Dohnal. 1983. *Zdravotní výchova v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v doléčovacích jednotkách*. Praha : Ústav zdravotní výchovy

Kalvach, Zdeněk, Alice Onderková. 2006. *Stáří : pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha : Galén  
(v příloze se nacházejí „desatera“ pro komunikaci s pacienty)

Mack, N. et al. „Qualitative Research Methods: A Data Collector’s Field Guide.“ [online] *Participant Observation*. [cit. 1.10. 2009]  
Dostupné z: [http://www.fhi.org/en/rh/pubs/booksreports/qrm\\_datacoll.htm](http://www.fhi.org/en/rh/pubs/booksreports/qrm_datacoll.htm)

Murphy, Robert Francis. 2004. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*.  
Praha : Sociologické nakladatelství

Nakonečný, Milan. 2009. *Psychologie osobnosti*. Praha : Academia

Nosková, Jana. 2004. „Tazatel, dotazovaný – dočasní "přátelé"?" *Biograf* 35 : 15 odst.  
Dostupný z: <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=3511>

Nedbálková, Kateřina. 2006. *Sputaná rozkoš: Sociální (re)produkce genderu a sexuality v ženské věznicí*. Praha : Sociologické nakladatelství (SLON)

Olson, Laura Katz. 2003. *The not-so-golden Years – caregiving, the frail elderly, and the long-term care establishment*. Maryland : Roman and Littlefield Publisher

*Respektování lidské důstojnosti : příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. 2004. Praha : Cesta domů

Seale, C. 2002. „Kvalita v kvalitativním výzkumu.“ přel.: Marie Černá. *Biograf* 27 : 3-16

Skácelová, Zdeňka, Anna Krátká. 2009. „Zdravotník v roli pacienta.“ *Diagnóza v ošetrovatelství : odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 10 : 26-27

Soukup, Václav. 2004. *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha : Portál

Šťastný, Ondřej. 2008. „Za zdmi LDN je pacient nula.“ [online] *Mladá fronta DNES* [cit. 1.10.09] Dostupné z: <http://mfdnes.newtonit.cz/default.asp?cache=463817> (elektronický archiv MF DNES)

Řepíková, Veronika. 2007. „*Were it not for the post-it notes...*“ : a laboratory leader’s day at work. bakalářská práce (Bc.), Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií

Říčan, Pavel. 1990. *Cesta životem*. Praha : Panorama

Říčan, Pavel. 2007. *Psychologie osobnosti : obor v pohybu*. Praha : Grada

Vágnerová, Marie. 1999. *Úvod do psychologie*. Praha : Karolinum

Vybíral, Zdeněk. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál

Zacharová, Eva. 2009. „Komunikace sestry a pacienta v ošetrovatelské péči.“ *Diagnóza v ošetrovatelství : odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 10 : 29-30

