

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce

Adéla Poláčková

**Přístup zdravotnického personálu ke geriatrickým pacientům s Parkinsonovou
chorobou**

vedoucí práce: Mgr. Eliška Pincová

Praha 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím jen uvedené literatury, která byla řádně ocitována. Současně dávám svolení k tomu, aby byla tato práce zpřístupněna v příslušné knihovně Univerzity Karlovy a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Adéla Poláčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Elišce Pincové, za její odborné rady, připomínky, podporu a ochotu při vedení mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat vedení zdravotnického zařízení za to, že mi umožnilo přístup do jejich prostředí a provést v něm výzkum. Poděkování také patří všem členům zdravotnického personálu, za jejich sdílnost, ochotu a trpělivost, se kterou se na mém výzkumu podíleli a věnovali mi čas.

Musím vyjádřit velký dík také své rodině, která mi svou podporou a povzbuzováním významně pomohla nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

Obsah

1. ÚVOD	1
2. TÉMA VÝZKUMU	3
2.1 Teoretické ukotvení	3
2.2 Výzkumný cíl	6
3. METODOLOGIE VÝZKUMU	8
3.1 Výzkumná strategie	8
3.2 Výběr vzorku a prostředí výzkumu	8
3.3 Techniky sběru dat.....	9
3.4 Analytické postupy	11
3.5 Hodnocení kvality výzkumu.....	12
3.6 Etické otázky výzkumu	13
3.7 Reflexe výzkumu	14
4. PROSTŘEDÍ VÝZKUMU.....	16
4.1 Zdravotně-sociální centrum a jeho služby.....	16
4.1.1 Popis zařízení	16
4.1.2 Uspořádání pokojů	17
4.1.3 Každodenní chod zařízení a hlavní činnosti zdravotnického personálu	17
4.2 Zdravotnický personál a pracovní činnosti.....	19
4.3 Klienti domova pro seniory	20
5. PARKINSONOVA CHOROBA.....	21
5.1 Parkinsonova choroba z klinického hlediska.....	21
5.1.1 Fyziologický náhled a projevy	21
5.1.2 Průběh onemocnění a výskyt	22
5.2 Psychická stránka	22
5.2.1 Vliv Parkinsonovy choroby na psychiku člověka.....	22

5.2.2 Změny psychického stavu	23
5.2.3 Potřeby osob s Parkinsonovou poruchou	23
5.3 Léčba	24
6. GERIATRICKÝ PACIENT	25
6.1 Popis oboru gerontologie a geriatrie.....	25
6.2 Pojetí geriatrického pacienta	25
6.2.1 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA).....	26
7. ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL	27
7.1 Psychická zátěž pracovníků.....	29
7.3 Syndrom vyhoření	31
8. PROBLEMATICKÉ ASPEKTY VZTAHU OŠETŘUJÍCÍ-KLIENT.....	32
8.1 Komunikace.....	33
8.1.1 Druhy komunikace	33
8.1.2 Zajištění kvalitní komunikace.....	38
8.1.3 Infantilizace.....	40
8.2 Důstojnost.....	41
8.2.2 Narušení soukromí a intimity klientů	42
8.3 Etika v ošetrovatelské péči	43
8.3.1 Hlavní zásady a etické kodexy.....	44
8.3.2 Ošetrovatelská etika v reflexi zdravotnického personálu	44
9. ZÁVĚR.....	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51

1. ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice geriatrických pacientů s Parkinsonovou chorobou, kteří jsou umístěni v domově pro seniory. Nejvíce se zaměřuji na téma přístupu zdravotnického personálu k osobám nacházejícím se v této obtížné životní situaci, kdy se stávají závislími na pomoci druhých, které se jim v nejvyšší míře dostává právě ze strany ošetřujících pracovníků zařízení, jejichž úkolem je zajistit kvalitní péči a pomoc všem klientům.

Zvolené téma a způsob jeho zpracování pramení z mé dobrovolnické činnosti v jednom z domovů pro seniory, kde jsem pozorovala vzájemné interakce mezi ošetřujícími a klienty a dokonce se jich sama účastnila. Problematika spojená s přístupem zdravotnického personálu ke geriatrickým pacientům, jejichž stav je ztížen trvalým upoutáním na lůžko, omezeným stavem vědomí a vážnými kognitivními poruchami, se v poslední době dostává do popředí, a to v souvislosti s debatami o zanedbávání péče a nevhodném chování ze strany pracovníků. Právě to bylo důvodem a největší motivací pro provedení výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jakou podobu má vztah mezi klienty s Parkinsonovou chorobou a ošetřujícími pracovníky v domově pro seniory, kde jsem působila. Ani zaměření na osoby s Parkinsonovu chorobou není náhodné. K tématu jsem se dostala vlastní zkušeností s osobou, která tímto onemocněním trpí.

Jelikož práce zdravotnického personálu pečujícího o geriatrické osoby zahrnuje mnoho různých činností a povinností, zaměřila jsem se pouze na vykonávání hlavních ošetrovatelských úkonů zahrnujících provádění hygieny a stravování a poté na psychologickou stránku péče, kde jsem se soustředila především na aspekty, jako jsou respektování důstojnosti a osobnosti starých osob a snaha o jejich podporu nejen při vykonávání běžných činností, ale i v komunikační oblasti.

Dalším cílem tohoto výzkumu je poskytnout či přidat informace do současného zkoumání problematiky domovů pro seniory a podobných zdravotních zařízení, jelikož zkoumání této oblasti je omezeno nízkým počtem provedených výzkumů, které by mohly obraz tohoto prostředí zobrazit. Mým úmyslem je tedy zachytit prostředí uvedeného zařízení a porozumět jeho chodu, způsobům a základním principům etiky péče uplatňovaných při vykonávání ošetrovatelských úkonů a při komunikaci a spolupráci s klienty, což by mělo být usnadněno mou osobní zkušeností a dobrovolnictvím, díky kterým jsem byla v častém kontaktu jak s ubytovanými klienty, tak se zdravotnickým personálem.

Během dobrovolnictví, které trvá již déle než rok a díky kterému jsem mohla proniknout přímo do prostředí zařízení a probíhaných událostí, jsem poznala, jak komplikovaná a proměnlivá oblast vzájemných vztahů mezi klienty a pracovníky může být a v důsledku čeho mohou v jejich vztahu vzniknout problémy. To se týká zejména etických aspektů, kterých se však ve zkoumaném prostředí vyskytuje příliš na to, aby mohly být v této práci sledovány všechny v celém měřítku.

Protože mým záměrem bylo zjistit, jak je vztah mezi ošetřovatelem a klientem budován a podporován, musela jsem oba aktéry pozorovat v jejich prostředí, tedy v domově pro seniory. Ve studiích, kde se výzkumníci zaměřují na zkoumání určité sociální reality, je nejvhodnější zvolit jednu z kvalitativních metod či přístupů. Zde nejvhodnější volbou byla etnografie. Můj výzkum se dá tedy označit jako etnografická studie problematických aspektů vzniklých ve vztahu mezi geriatrickým klientem a ošetřujícím v domově pro seniory.

2. TÉMA VÝZKUMU

2.1 Teoretické ukotvení

Podle statistik žijí v České republice asi 2% obyvatel nad 65 let, kteří z důvodu ztíženého zdravotního či sociálního stavu nutně potřebují institucionální soustavnou péči. Příčinou nepříznivého zdravotního stavu může být kromě klasických chorob projevujících se v období stáří i neurologická onemocnění jako je Parkinsonova choroba. Některé publikace dokonce tvrdí, že starší lidé jsou zasaženi některým z neurologických onemocnění čím dál častěji než srdečními či nádorovými chorobami. V současnosti u nás není přesná evidence osob postižených Parkinsonovou chorobou vedena a statistické údaje se tak různí - ÚZIS zveřejnil roku 2012 26 680 nemocných, zatímco EPDA udala počet 18 000 postižených osob. Podle nejnovějších průzkumů má česká společnost o této nemoci také nedostatek informací. Společnost Parkinson-Help uvádí ve své tiskové zprávě z roku 2015 prognózy, které říkají, že počet nemocných by se měl do roku 2030 zdvojnásobit a v roce 2040 by mělo zemřít více lidí právě v důsledku degenerativních onemocnění jako je Parkinsonova choroba.

Výzkum navazuje na výzkumy geriatrické a ošetrovatelské péče, které jsou však v české společnosti podceňované. Experimentální gerontologie či geriatrie má v České republice sice důstojnou tradici, ale těžištěm výzkumů jsou spíše biologické výzkumy a klinické studie a geriatrický výzkum je i přes svou důležitost podceňovaný. (Kalvach, 2004) V případě výzkumu Parkinsonovy choroby se jedná ve valné většině o výzkumy medicínského charakteru.

Oporou mého výzkumu byly publikace docentky Ivy Holmerové, která se věnuje sociálnímu lékařství a gerontologii a vede mnoho výzkumných projektů, ve kterých se zaměřuje především na Alzheimerovu nemoc, což je onemocnění Parkinsonově chorobě podobné, a proto výsledky jejích výzkumů považuji za velmi nápomocné a inspirativní. Další oporou mi byla také etnografická studie *Kultury dvou porodnic* Emy Hrešanové, ve které se zabývá sociálním a kulturním kontextem porodnického oddělení. Za nejvýznamnější aktéry tohoto prostředí nepovažuje jen porodníky a asistentky, ale i rodičky a jejich děti. Podle Hrešanové ovlivňují fungování poskytování péče i celého zařízení všechny tyto osoby a tak „formují kulturu porodnic.“ Právě na tyto aktéry se největší měrou zaměřila ve svém výzkumu, stejně jako já jsem se snažila poznat a poté charakterizovat vztah mezi hlavními aktéry v domově pro seniory, tedy mezi ošetřujícími a klienty, a jeho problematické oblasti. Podobností je také volba výzkumného postupu (metoda zúčastněného

pozorování) a zkoumaného prostředí. Prostředí porodnice a domova pro seniory považují za obdobné, jelikož jsou to místa, kde lidé tráví určitý čas důležitý pro jejich život a také proto, že se v obou případech jedná o instituce. Od Hrešanové se však odlišuji tím, že jsem se problematice domova pro seniory nevěnovala v tak komplexním měřítku a naopak jsem zkoumala jen některé aspekty.

Dlouhodobá zdravotní péče o seniory je strukturována do dvou typů péče v závislosti na diferencovaném poskytování služeb podle aktuálních potřeb seniorů. Jedná se o lůžkovou péči, ve které jsou pacienti po určité době propuštěni, a zdravotně sociální péči ošetrovatelského typu, která slouží naopak pacientům s trvalou potřebou zdravotnického dohledu a pomoci v běžných aktivitách a činnostech a kde je kladen důraz zejména na zachování kvality a důstojnosti života všech nesoběstačných a křehkých pacientů. Zdravotně sociální péče je dále členěna do několika zařízení - léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelská oddělení a domovy pro seniory. (Holmerová, 2007)

Domov pro seniory primárně neslouží k paliativní a zdravotnické péči. Základním úkolem zdravotnického personálu je zejména poskytování ošetrovatelské péče a zajištění psychických potřeb klientů. Rodiny klientů si často mohou myslet, že dlouhodobé ošetřování nemocných je především či výhradně v kompetenci zdravotníků, kteří jsou tak zodpovědní za kvalitu poskytované péče, což může vést k vytvoření určitého tlaku na členy personálu.

„Hromosvodem všeho zlého se stávají zdravotní sestry a ošetrovatelky.“ (Haškovcová, 2010, str. 272) Tento kritický postoj se může odrazit na jejich přístupu ke klientům, a to především k těm, kteří s tím nemohou nic udělat a bránit se, a to například porušováním etických zásad a neuctivou komunikací. (Haškovcová, 2010) Právě problematické jednání a podmínky v zařízení považují za jeden z nejpodstatnějších aspektů fungování a poskytování kvalitní péče, a proto se staly klíčovými oblastmi mého výzkumu, ve kterém mým cílem bylo zjistit, jak je tomu v pozorovaném zařízení. „Odrasovým můstkem“ pro mě byly zásady ošetrovatelské péče uvedené v publikaci Holmerové: dospělý nemocný je stále dospělým člověkem, respektování přání klientů a zároveň respektování nároků pečujícího. Právě z hlediska těchto principů jsem pozorovala probíhané interakce mezi aktéry a doplňovala je o další nalezené podobné prvky.

Člověk nastupující do domova pro seniory se dostává do složitého byrokratického systému, ve kterém se očekává jeho přizpůsobení. I přesto, že se v dnešní době se klade čím dál větší důraz na individuální přístup ke každému z klientů, stále v této oblasti převládají totální instituce, což znamená, že práce ošetřujících se více soustředí na výkony a výsledky než

na samotného ošetřovaného člověka. Nemocný člověk se tak stává objektem péče a není vnímán jako partner. (Holmerová, 2007) Ve svém výzkumu jsem se snažila postřehnout a zaznamenat, jak tento byrokratický přístup ovlivňuje kvalitu péče a atmosféru v zařízení. Lepší porozumění tématu institucionální péče mi umožnila práce Ervinga Goffmana, konkrétně jeho spis *Asylums*, ve kterém zkoumá totální instituce a popisuje jejich prostředí a události, což mi usnadnilo pochopení mého zkoumaného prostředí a porozumění probíhaným situacím. Totální institucí Goffman označuje místo, ve kterém se pravidelně odehrává určitá činnost a nárokuje si určitou míru času a zájmu svých členů. Slouží zároveň jako bydliště a pracoviště, které má „pohlcující tendence.“ Tato pohlcující či totální povaha spočívá v bariérách, které znemožňují sociální kontakt s vnějším světem a odchod (například zamčené dveře, vysoké zdi apod.) Goffman rozlišuje pět skupin takových institucí: první z nich jsou zařízení pečující o nesoběstačné, ale neškodné osoby (zařízení pro tělesně postižené, domovy pro seniory), dále zařízení pro nesoběstačné a pro společnost nebezpečné osoby (léčebny pro duševně choré), instituce pro nebezpečné osoby (vězení), zařízení pro realizaci technických záležitostí pro společnost (kasárny) a zařízení, která mají člověku poskytnout možnost utéct před světem (kostely, azyly). Znakem těchto institucí je časově rozvržené a pravidelné vykonávání činností na stejném místě a dozor autority, která vynucuje dodržování formálních pravidel a dohlíží na naplňování odlišných potřeb velkého počtu lidí a cílů dané instituce. Dalším rysem je rozdělení na zaměstnance a chovance či svěřence, kteří jsou od sebe podle předpisů distancováni a vzájemně se tak potkávají jen v konkrétních bodech. Tyto skupiny na sebe nahlízejí pod vlivem stereotypů, a to tak, že zaměstnanci chovance vidí jako zahořklé a uzavřené, zatímco chovanci vnímají zaměstnance jako povýšené a zlé. Podle toho se tak chovanci cítí slabě a podřadně a personál naopak nadřazeně a vždy v právu. Při vstupu do totální instituce člověk ztrácí oporu v podobě sebepojetí, které si vytvořil díky stabilitě a opoře svého domovského světa, za čímž následuje degradace a umrtvování jeho osobnosti. To je způsobeno také ztrátou veškerých sociálních rolí, separací od vnějšího světa a vzdálením od domovského prostředí. Goffman tento proces nazývá „civilní smrtí.“ (Goffman, 1969)

Zdrojem inspirace se pro mě také stala bakalářská práce *Interakce středního zdravotnického personálu s pacienty ARO*, jejímž autorem je Miloš Kukačka. Ve své práci jsem se zaměřila na zkoumání podobných etických aspektů za použití obdobných metod. I když se jeho zkoumané prostředí liší svou strukturou, funkcemi a složením přijatých pacientů, jeho postup při pozorování a náhled na interakce mezi zdravotníky a pacienty mi byl velmi nápomocný,

jelikož jsem díky tomu byla schopná najít podstatné a problematické aspekty i v mém zkoumaném prostředí.

2.2 Výzkumný cíl

Ve své práci jsem se zaměřila na prostředí domova pro seniory, konkrétně na jeho zdravotnický personál, který se podílí na péči o geriatrické pacienty. Jelikož se jedná o komplexní problematiku, předmět zájmu jsem zúžila na přístup zdravotnického personálu ke geriatrickým pacientům s Parkinsonovou chorobou. Toto téma ještě dále specifikuji a vymezuji zaměřením na dodržování etických zásad a postupů, kde se budu věnovat především aspektům jako je ochrana důstojnosti, respektování identity (oslovování jménem/titulem), ochrana soukromí a infantilizace. Zaměřuji se proto na vzájemnou interakci a spolupráci mezi zdravotnickým personálem a pacienty, abych zjistila, jak jsou splňovány výše uvedené aspekty v praxi.

Klienti s Parkinsonovou chorobou se často nacházejí ve stavu omezeného vědomí, což může nepříznivě ovlivnit jejich schopnost komunikace a vnímání správného přístupu zdravotnického personálu, na němž je většina z klientů závislá. Právě v tomto případě, kdy jsou členové zdravotního personálu většinou jedinými osobami pohybujícími se kolem nemocných a kdy jsou klienti bezmocní a křehcí, je pravděpodobné, že dojde k porušení etických hranic a ke vzniku nerespektujícího vztahu a neuctivé komunikace. Během výzkumu bylo mým záměrem poznat, jak je tomu v případě pozorovaného domova pro seniory. Proto jsem pozorovala vzájemné interakce mezi klienty a ošetřujícími a jejich problematické aspekty. Mým cílem bylo také zjistit, jak etiku vnímá ošetřující personál a jakým způsobem a v jaké míře se jí snaží uplatnit v praxi.

Jedním z cílů bylo také etnografickým popisem vystihnout každodenní chod domova a zobrazit jeho prostředí. Prostoru považuji za důležitý prvek zkoumání, jelikož vzhled prostoru, jeho působení a celková atmosféra může mít výrazný vliv na vykonávání pracovních povinností a na psychiku a kvalitu života všech klientů. V domově pro seniory a podobných institucích na prostředí bývá většinou kladen velký důraz, protože tato zařízení jsou pro ubytovaného nemocného člověka místem dožití, proto je důležité, aby se zde cítil dobře a bezpečně. V pozorování jsem se z toho důvodu zaměřila na prostředí, které ležícího klienta obklopuje neustále, a to na jeho pokoj. Během toho jsem poznala i každodenní chod zařízení a pravidelně vykonávané činnosti zdravotnického personálu.

Díky zvolení kvalitativní výzkumné strategie nemusel být sledovaný problém ihned zcela ohraničený, díky čemuž jsem mohla předem určený cíl během výzkumu dále upřesňovat či vyjasňovat a zkoumané aspekty případně doplnit o nečekané situace a možnosti, se kterými jsem se ve sledovaném prostředí setkala. K několika takovým situacím došlo například při převozu klienta ve vážném stavu do nemocničního zařízení či při návštěvě lékaře. I když tyto situace byly významné, nebyly podstatné pro můj výzkumný cíl, jelikož se nejednalo o pravidelné jevy. K doplnění došlo v oblasti komunikace, kde jsem v oblasti komunikace zaznamenala četný výskyt infantilních výrazů.

3. METODOLOGIE VÝZKUMU

3.1 Výzkumná strategie

Vzhledem k celkovému zaměření této práce, která se snaží popsat, porozumět a pochopit určitou situaci, jsem se rozhodla zvolit kvalitativní výzkumnou strategii v podobě etnografického terénního výzkumu. Kvalitativní strategii považuji za vhodnou, jelikož poskytuje možnost sledovat životní situaci očima přímých účastníků, ne badatelů. (Chvistková, 2004) V mém pozorování se nalézaly dvě skupiny těchto subjektů - skupina klientů s Parkinsonovou chorobou, jejichž stav byl vážný či jejich vědomí bylo příliš omezené natolik, že se nemohli stát respondenty a přímými účastníky výzkumu. Druhou skupinou byl zdravotnický personál a právě na jeho perspektivu jsem se ve výzkumu zaměřila.

Kvalitativní metoda umožňuje hloubkové studium zvolené problematiky v přirozeném prostředí, což bylo v situaci, kdy byla většina pacientů trvale připoutaná na lůžku, příhodné, jelikož kromě centrálních koupelen a v některých případech při občasných návštěvách svých domovů je to jediné prostředí, ve kterém se nacházejí. Důvodem volby technik etnografie byla povaha stanovených výzkumných otázek, které se snažily zjistit skutečnost, a toho je možné dosáhnout právě pozorováním prostředí, jeho aktérů a jejich vzájemných interakcí. Pro ověření a získání více informací jsem navíc s členy zdravotnického personálu vedla polostrukturované rozhovory.

Cílem tohoto výzkumu nebylo vytvářet obecné závěry a teorie, ale nalézat ve zkoumané skupině struktury, vazby, pravidelnosti a pak na základě získaných dat a informací problém souhrnně charakterizovat, což je hlavní záměr kvalitativního výzkumu, a tedy i mého.

3.2 Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Výzkum byl proveden v jednom nejmenovaném domově pro seniory, konkrétně v jeho čtvrtém patře. Tohle prostředí jsem si pro výzkum vybrala, protože jsem se v něm pohybovala delší dobu, díky čemuž jsem se s místem již blíže seznámila, což mi umožnilo zaujmout v prostředí určitou pozici a jednodušší vstup, který v případě institucí jinak bývá často ztížen či omezen. V zařízeních jako je domov pro seniory může docházet k citlivým či nepříjemným situacím, při kterých jsem se snažila nepřekážet, aby má přítomnost nepůsobila zdravotnickému personálu, klientům nebo jejich rodině zbytečné obtíže. Díky dobrovolnické činnosti jsem měla možnost seznámit se se všemi ošetřujícími a klienty, kteří si v průběhu

času na mou přítomnost již zvykli, což mi výrazně usnadnilo pohyb v prostředí i samotné provedení výzkumu. Zdravotnický personál mě přijal a toleroval mou přítomnost při většině vykonávaných činností, byl vstřícný a choval se přirozeně, což považuji za velkou výhodu, které by se mi v případě vstupu do tohoto prostředí bez jakékoli zkušenosti či známosti nedostalo.

Výběrovou strategií v mém výzkumu byl výběr podle prostředí, ale jelikož jsem největší pozornost věnovala zdravotnickému personálu a jeho přístupu, jedná se také o výběr úsudkem, neboli výběr účelový. I přesto pokládám za nutné zahrnout do pozorovaného vzorku i klienty, jelikož bez nich by výzkum nebylo možné provést. Pozorovaný vzorek se skládal z jedenácti členů zdravotnického personálu (dvanáctým členem byl fyzioterapeut, jehož činnost a interakci s klienty jsem nepovažovala z důvodu nepravidelnosti za podstatnou) a třinácti geriatrických pacientů s Parkinsonovou chorobou (z celkových 24 klientů ubytovaných na sledovaném patře). V rámci zdravotnického personálu se vzorek v některých ohledech podobal (místo výkonu práce), zatímco v jiných se lišil (pohlaví, věk, pracovní pozice). V případě klientů byl rozlišujícím faktorem stav vědomí (z toho odvozené schopnosti komunikace apod.), stádium onemocnění, věk a pohlaví. Z toho tedy usuzuji, že se jednalo o vzorek heterogenní. Heterogenitu vzorku vnímám pozitivně a její přínos vidím v získání širšího pohledu na výzkumný problém. Kritériem pro zahrnutí těchto osob do výzkumu pro mě bylo podílení se na poskytování zdravotní či ošetrovatelské péče pacientům s Parkinsonovou chorobou.

3.3 Techniky sběru dat

Pro studium zvolených aspektů a zodpovězení otázek s nimi spojenými jsem zvolila techniky etnografie, jelikož umožňují nalézt odpovědi na to, co se děje ve zkoumaném prostředí, a vysvětlují události, které se v tomto prostředí odehrávají. Zvolenou technikou bylo zúčastněné pozorování, při kterém se výzkumník přímo účastní dění v sociální situaci a navazuje vztahy se zkoumanými subjekty. Pro určité ztotožnění s prostředím jsem si vybrala pozici účastníka jako pozorovatele, kdy má identita výzkumníka byla známá. Důvodů pro tuto volbu jsem měla několik. Prvním důvodem byla má pozice dobrovolnice, díky které jsem se mohla přímo účastnit probíhajících událostí a dění a díky které jsem přišla do styku s mnoha aktéry. Díky tomu jsem byla schopna lepšího porozumění pozorovaným jevům. Dalším důvodem byla má zkušenost se studovaným prostředím a lidmi v něm působícím.

Pozorování bylo prováděno tak, že jsem se v domově pro seniory volně pohybovala

a sledovala probíhající situace, které jsem si zaznamenávala. Události jsem sledovala v kontextu veškerého dění v pozorovaném úseku. Soustředila jsem se přitom jen na jevy a jejich příčiny, které by mi mohly pomoci zodpovědět stanovené výzkumné otázky, proto jsem odlišovala pravidelné činnosti od nepravidelných a neočekávaných, které v mém výzkumu nehrály roli. Během mého působení na pracovišti jsem mohla pozorovat při interakcích a provádění ošetřovatelských úkonů všechny ošetřující. K popisu sledovaných událostí jsem si neskrytě vedla popisné terénní poznámky (fieldnotes) a při nedostatku času heslovité poznámky (jotting), aby mi neuteklo něco důležitého. Pozorované jevy jsem se snažila co nejdětalněji pamatovat a následně po skončení pozorování je zapsat a analyzovat.

Dále jsem vedla polostrukturované rozhovory, které mi poskytly prostor pro reakce a vlastní vyjádření hlavních aktérů (zde tedy členů zdravotnického personálu) a umožnily hlubší porozumění tomu, jak sami dotazovaní chápou zkoumanou sociální realitu a jaké jsou jejich pocity, názory či zkušenosti. O rozhovor jsem požádala všechny členy zdravotního personálu (kromě fyzioterapeuta), s čímž souhlasilo devět osob - dvě zdravotní sestry a sedm ošetřujících pracovníků. Cílem těchto rozhovorů bylo zjistit, jak tyto pracovníci přistupují ke geriatrickým pacientům se sníženou úrovní vědomí a jak v praxi uplatňují etické zásady. Měla jsem v úmyslu vést rozhovor i s některými z klientů, ale většina z nich toho kvůli komplikovanému zdravotnímu stavu a vysokému věku nebyla schopná anebo odmítla. Rozhovory byly vedeny současně s pozorováním, abych mohla zjistit například určité nesrovnalosti či odchylky odpovědí od jednání dotazovaných. Zde však hrozilo, že ošetřující postřehnou předmět mého zaměření a své odpovědi podle toho přizpůsobí. K tomu podle mého názoru nedocházelo anebo jen v malé míře, protože výpovědi pracovníků na mě působí upřímně a nepovažují je za nijak přizpůsobené očekávání.

Ke každému z informátorů jsem přistupovala individuálně v závislosti na jeho momentální pracovní vytíženosti. Z toho důvodu rozhovory nebyly plánované a domlouvané, ale byly přizpůsobené času a chuti pracovníků vést rozhovor, takže jsem jen čekala, kdy se pro ně naskytne vhodná chvíle a prostor. Od toho se také odvíjela délka rozhovorů, která se pohybovala od 15 do 30 minut. V některých případech došlo k neočekávanému přerušení rozhovoru a navázalo se na něj při další příležitosti, kdy se naskytnul volný čas. U rozhovorů jsem nezaznamenala kromě těchto přerušení žádné problémy. V určité míře jsem mohla z počátku působit poněkud nejistě a roztržitě, když jsem se snažila v co nejkratším čase posbírat všechna data bez ohledu na to, zda pro můj výzkum byla relevantní. Uvědomila jsem si, že tím u dotazovaných mohl vzniknout pocit, že jsem na ně tlačila a spěchala, a tomu jsem se snažila vyhnout z mé strany uvolněnějším přístupem.

Rozhovor byl veden vždy pouze s jedním pracovníkem v sesterské místnosti, abych odstranila případnou nervozitu dotazovaného nebo mou. Významné věci mi říkali i nezávazně sami od sebe, jen tak „mezi řečí“ například na chodbě či v pokojích klientů. Rozhovory jsem nahrávala pomocí svého mobilního telefonu, odkud jsem nahrávky smazala ihned po jejich přeložení do počítače. Žádný z dotazovaných neměl s vytvořením nahrávky problém a na tuto skutečnost během rozhovoru zapomněli. To mohl ovlivnit zejména fakt, že jsem se s dotazovanými ještě před výzkumem často potkávala a s některými se znala a měli tak ve mně určitou důvěru. Proto jsem od nich také očekávala upřímné odpovědi.

Výzkum probíhal od ledna do května 2016, tedy pět měsíců, proto se jedná o výzkum stacionární, dlouhodobý. Zkoumaný domov pro seniory jsem navštěvovala nepravidelně, nejčastěji jednou či dvakrát týdně z důvodu dalších studijních povinností. Snažila jsem se v prostředí domova strávit co nejvíce času, abych byla schopná dostatečně zaznamenat chod zařízení během celého dne. Proto jsem do zařízení chodila jak v ranních, dopoledních i odpoledních hodinách. Počet hodin strávených v prostředí jsem neměla předem stanovený, odvíjel se zejména od volného času a potřeby. Délku výzkumu považuji za dostatečnou, avšak při delším výzkumu bych byla schopná zaznamenat některé zkoumané jevy detailněji a pozorovat členy zdravotnického personálu v dalších situacích a interakcích s klienty, čímž bych získala více dat k rozebrání.

3.4 Analytické postupy

V kvalitativním výzkumu analýza probíhá již od samotného počátku výzkumu. Průběžná analýza terénních poznámek vedených během pozorování mi umožnila zkontrolovat, zda jsem nevědomě neuhýbala od tématu a byla jsem stále vedena určeným výzkumným problémem.

Ke konečné analýze nasbíraných dat došlo po ukončení terénní fáze výzkumu. Do té doby jsem pracovala s volnými poznámkami, které zachycovaly postupný pokrok ve výzkumu a nově vzniklé interpretace a v nichž se současně formoval předběžný koncept. (Disman, 2000)

Nestrukturované poznámky a data jsem nejprve musela prostudovat a poté rozdělit do kategorií, přičemž jsem v nich hledala struktury, vzájemné vztahy a rozpory. K analýze dat jsem využila metodu segmentace, podle níž jsem přepsaný text rozdělila na menší smysluplné celky pro jednodušší práci a mohla vyřadit přebytečná data. Souběžně se segmentací jsem prováděla proces otevřeného kódování, které mi umožnilo vzniklé segmenty seřadit, zobecnit

a zestručnit, což mi usnadnilo identifikaci jevů potřebných k výzkumnému cíli. Označením více takových jevů vznikla řada kódů, které jsem podle jejich podobnosti poté sdružovala do kategorií týkajících se stejných výzkumných oblastí. Tyto kategorie jsem doplňovala nově nasbíranými daty po celou dobu výzkumu. Současně jsem prováděla poznámkování a datový materiál průběžně komentovala a analyzovala. Zvolené analytické metody mi umožnily najít struktury a pravidelnosti v datech a lépe jim porozumět.

V případě polostrukturovaných rozhovorů jsem provedla nejprve transkripci rozhovorů do písemné podoby a dále jsem postupovala stejným způsobem.

3.5 Hodnocení kvality výzkumu

Při užití kvalitativní metody jsou výsledky těžko zobecnitelné na širší populaci (slabá standardizace) a je obtížné provést ověření spolehlivosti, z čehož vyplývá nízká reliabilita. Na druhou stranu může mít výzkum potenciálně vysokou validitu neboli platnost, která je zajišťována použitím různých způsobů sběrů dat, znalostí zkoumaného prostředí a popisem celého procesu zkoumání. Vysokou validitu může zajistit i polostrukturovaný rozhovor, protože vytváří prostor na vysvětlení otázek i odpovědí, čímž zabraňuje nepochopení mezi tazatelem a respondentem.

I přesto, že jsem se při výzkumu snažila držet odstup a být nestranná, beru na vědomí, že má minulé angažovanost, znalost prostředí a některých aktérů a především moje pozice dobrovolníka, která mě v některých chvílích dostávala do pozice podobné pozicím zaměstnaných ošetřovatelů, ovlivnily mé vnímání pozorovaných situací. Obeznamenost s prostředím tedy není jen výhodou, zde naopak vytváří potenciální potíže, a to například přílišným zaměřením na jeden určitý jev a zanedbáním či malou pozorností vůči jevům ostatním, ale stejně důležitým. Osobní nasazenost a známost s některými z členů zdravotnického personálu mohly být důvodem zaujatosti, neobjektivity a zkresení pozorovaných interakcí a z nich získaných dat a tudíž i celého výzkumu. Podle Chenaila (1998) může kvalitativní výzkum často ztratit směr, což je pravděpodobnější zejména tehdy, kdy výzkumník má sám nějakou přímou zkušenost. „Zaujímání postoje toho, který (jakoby) neví, dává kvalitativnímu výzkumu jeho punc.“ (Chenail, 1998) Mé osobní zkušenosti s uvedenou problematikou mi sice poskytly určité předporozumění, ale již tato samotná zkušenost nějakým způsobem zformovala mé názory, které mohou být v nesouladu se zkušenostmi jiných lidí, a tak tu hrozila jistá míra předpojatosti z mé strany. Veškeré tyto prvky jsem se snažila neustále brát v úvahu a případně odstranit jejich vliv na pozorování.

V případě zkreslení mohlo jít i o zkreslení ze strany informátorů, které jsem nebyla schopná odstranit, ale určitý vliv na jeho snížení či odstranění mohla mít opět má známost s většinou informátorů.

U rozhovorů bylo podstatné klást jen takové otázky, které byly relevantní výzkumnému problému, což mohlo ohrozit nevázanost a volnost polostrukturovaného rozhovoru. Rizikem tedy mohl být sběr dat, která s výzkumnou otázkou nesouvisela, čímž by došlo k odchýlení od tématu. (Chenail, 1998) Toho jsem se vyvarovala tím, že jsem si stále připomínala stanovený cíl výzkumu a udržovala přehled o získaných datech. K tomu mi pomohla neustálá reflexe sledovaných jevů i průběhu výzkumu.

Kvalita výzkumu může být dále ovlivněna jeho délkou, během které jsem nebyla schopná nasbírat více relevantních dat.

3.6 Etické otázky výzkumu

V každém výzkumu je důležité držet se určitých etických zásad, které jsou nutnou součástí společenskovedního výzkumu. Etické problémy mohou vzniknout na několika různých úrovních, a proto bylo nutné se na ně připravit a předejít jim.

První oblastí, kde mohlo k těmto problémům dojít, byla informovanost a souhlas všech účastníků výzkumu. Nejprve jsem proto informovala členy zdravotnického personálu o dobrovolnosti jejich účasti a ujistila se, zda všichni s mou přítomností v zařízení a při jejich pracovních úkonech souhlasí. V tomto případě mi stačil jejich ústní souhlas. S cíli a záměry výzkumu jsem detailněji seznámila jen ředitele zařízení a vedoucí pracovníky zkoumaného úseku. Zdravotnickému personálu jsem sdělila jen obecné informace, aby nebylo příliš zřejmé, na co se ve výzkumu zaměřuji a pracovníci by se tak tomu mohli přizpůsobit, čímž by jejich přirozené jednání bylo skryté. Svou přítomnost a prováděný výzkum jsem objasnila všem klientům, jejichž pokoje jsem navštěvovala bez ohledu na to, v jakém stavu vědomí se nacházeli, a krátce jsem je informovala o zaručení jejich anonymity. Mou přítomnost jsem vysvětlovala také návštěvám, se kterými jsem se na pokojích setkala. Sdělované informace všem postačovaly, v případě nutnosti jsem u sebe nosila průkaz studenta. Těmito způsoby jsem se snažila upevnit vzájemnou důvěru se všemi účastníky výzkumu.

Dalším zdrojem etických dilemat byla oblast anonymity. Z toho důvodu jsem hned na počátku výzkumu ve svých terénních poznámkách přidělila všem účastníkům jiná jména. Nebylo to nutné jen z důvodu ochrany osobních dat, ale také aby nedošlo k rozpoznání člena zdravotnického personálu, který by například výrazně porušoval etické zásady a zanedbával

pěči svou práci. Proto jsem se také rozhodla u rozhovorů neudávat informace o datu, kdy byly vedeny, aby osoby nebyly vyhledatelné podle směn. Stejně tak jsou skryté pracovní pozice (zdravotní sestra/ošetřující pracovník). Osobní údaje jako věk a dosažené vzdělání jsem zapsala jen do svých poznámek a počítače, který byl zabezpečen heslem, protože i podle těchto informací by mohlo být patrné, o koho se jedná, zvláště v případě menšího kolektivu. Také pozorovaní klienti byli anonymizováni a jejich identita je skryta smyšlenými jmény.

I při poskytování rozhovorů se mohou dotazovaní obávat z prozrazení osobních údajů, čemuž je možné předejít dodáním informovaného souhlasu, který by jim objasnil, jaká data budou použita, a umožnil použít získaná data ve výzkumu. Vzhledem k tomu, že mi pracovníci již dali ústní souhlas a v určité míře mě znali a věděli, co ode mě mohou očekávat, tuto metodu nepovažovali za důležitou, a tak jsem informovaný souhlas použít nemusela.

3.7 Reflexe výzkumu

Vstup do zkoumaného prostředí je důležitým momentem, od kterého se může odvíjet vnímání výzkumníkovy osoby všemi aktéry. Můj první vstup do zařízení v nové pozici výzkumnice pro mě nebyl příliš komplikovaný a probíhal stejně jako každý den mé návštěvy během dobrovolnictví.

Ve zkoumaném prostředí jsem vystupovala v pozici pozorovatele jako účastníka, kdy má identita výzkumníka byla odhalena a známá. Tato pozice mi umožnila se částečným zapojováním do běžných aktivit v určité míře s prostředím zařízení ztotožnit, k čemuž mi napomohly i minulé zkušenosti. Výzkum jsem před nikým neskrývala, ale nesnažila jsem na něj nebo na mou osobu nějak upozorňovat, aby si aktéři neuvědomili mou přítomnost jako výzkumnice a pak by hrozilo například zkreslení jejich jednání.

Při pozorování se mi několikrát stalo, že mi někteří členové personálu během nezávazných rozhovorů sdělovali důvěrné informace o sobě a svém životě. Tyto informace byly většinu citlivé a důvěrné, proto dále jsem s takto získanými daty nepracovala, jelikož by mohly dané osoby poškodit a došlo by tak k problémům. Zároveň jsem se vyhýbala konfliktním situacím, které vznikly mezi klientem a ošetřujícím a udržovala si odstup a neutrální hledisko.

Domnívám se, že díky mé dobrovolnické činnosti ve zkoumaném zařízení jsem se u většiny aktérů setkala s ochotou a tolerancí a nevzbuzovala u nich naopak podezření či nedůvěru, k čemuž by mohlo dojít v případě vstupu „cizince.“ Díky tomu, že vkládám do pomoci ubytovaným klientům dobrovolně určité množství svého času a energie a pomáhám při činnostech a komunikaci s klienty, se nevytvořil prostor pro to, abych byla vnímána jako

nedůvěryhodná osoba, která přišla pouze za tím účelem, aby pozorovala a hodnotila ostatní. Nedokážu si představit, jak obtížný by pro mě byl vstup a působení v tomto prostředí, kdybych zastávala jen pozici cizí pozorovatelky. Měla jsem pocit, že mě spíše než jako výzkumníka vnímali nadále jako jejich pomocníci a dobrovolníci, což mi celý výzkum výrazně usnadnilo. Díky pozici dobrovolníka jsem se dostala kromě návštěv a vyšetření lékařem a návštěv příbuzných k většině činností a událostí v zařízení. I přesto, že jsem činnosti vykonávala dobrovolně, mohlo dojít k riziku ztotožnění se zdravotnickým personálem nebo se skupinou klientů a pozorovat situace z jejich hlediska. (Disman, 2011)

Nemohu posoudit, jestli k tomu docházelo, jelikož v některých případech jsem byla na straně klientů (například když měl jeden z klientů problém s vyměšováním, za čímž následovala nepříjemná reakce personálu), jindy na straně personálu (například když jeden z klientů vyžadoval pozornost a celý den přivolával zdravotníky na pokoj). Zastávala jsem tedy takové střední stanovisko mezi oběma skupinami.

4. PROSTŘEDÍ VÝZKUMU

4.1 Zdravotně-sociální centrum a jeho služby

Výzkum byl proveden v jednom nejmenovaném zdravotně-sociálním zařízení, které poskytuje sociální služby občanům, kteří potřebují pomoc vzhledem ke svému zdravotnímu stavu či věku a bez pomoci druhých nejsou schopni překonat svou nepříznivou sociální situaci či zdravotní obtíž. Zařízení se skládá ze dvou úseků - z domova s pečovatelskou službou a z domova pro seniory, na který byl můj výzkum zaměřen. Posláním pečovatelské služby je zajistit seniorům a osobám se zdravotním postižením žít co nejdéle ve svém domácím, soukromém prostředí, dopomáhat jim v každodenních činnostech a podporovat je v životě v soběstačnosti. Domov pro seniory poskytuje péči seniorům, kteří z důvodů vysokého věku, sociálních důvodů nebo z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nemohou dále žít ve svém přirozeném, domácím prostředí a poskytnout jim zdravotní a ošetrovatelskou péči.

4.1.1 Popis zařízení

V této části stručně popisuji celý objekt, ale v největší míře se zaměřuji na úsek, ve kterém jsem se pohybovala nejvíce a který byl pro můj výzkum podstatný - denní místnosti zdravotnického personálu a především pokoje uživatelů ve čtvrtém patře, kde jsem prováděla svá pozorování.

Vstup do celého zařízení je možný pouze jedním vchodem, který je i s recepcí společný pro oba úseky. Interiér budovy působí moderně a udržovaně, zdi jsou natřené příjemnými světlými barvami a jsou na nich vyvěšeny nástěnky s plakáty, obrázky, květiny a vitríny s výrobky a památečnými předměty ubytovaných klientů. Abychom přišli do části domova pro seniory, je třeba dát se chodbou vlevo, která je zakončena dveřmi. Po otevření těchto dveří se dominantním vjemem pro příchozího stává výrazný zápach typický pro nemocniční prostředí a veselé obrázky ze stěn mizí.

Domov pro seniory se skládá ze suterénu, přízemí a tří pater, která jsou přístupná výtahem i po schodech, které jsou však uzamknuty velkou bránou, čímž je zajištěno, aby u pacientů s volným pohybem po celé budově nedošlo ke zraněním. V suterénu se nachází prádelna a místnost fyzioterapie, v přízemí již zmiňovaná vstupní hala s klubovnou, jídelnou, kanceláři, obchůdkem, ekumenickou místností a kadeřnickým salonem. Každé patro se rozděluje na dvě chodby, na jejichž začátku je denní místnost, skladovací místnost a střediska

osobní hygieny. V denní místnosti se nachází sociální zařízení s koupelnou, kuchyňským koutkem, pohovkou a stolem s televizí a počítačem a několika skříněmi. Dále se tu nacházejí pokoje uživatelů. Kapacita ubytování je 72 lůžek rozdělených do 36 pokojů s tím, že se na každém patře nachází 12 pokojů - 2 jednolůžkové, 8 dvoulůžkových a 2 třílůžkové.

4.1.2 Uspořádání pokojů

Každý pokoj je vybaven elektrickou polohovací postelí s pohyblivými zábranami a podložkou. Na postelích imobilních pacientů jsou nalepené papírky s označením iniciálního doteku.¹ Součástí pokojů je balkon a základní nábytek (skříňka, židle). Základní vybavení je často doplněno vlastními drobnými předměty uživatelů (fotografie, květiny) či vlastním elektrospotřebičem (nejčastěji rychlovarnou konvicí, rádiem a televizí), které jim pobyt příjemný a usnadní vytvořit nový domov. Vedle postele stojí příruční stolek většinou s léky, kapkami a nápoji, ke kterým personál potřebuje mít snadný a rychlý přístup.

V každém pokoji je samostatné sociální zařízení (kuchyňská linka, sprchový kout s WC), které však využívá jen několik málo uživatelů, jelikož většina ubytovaných není schopna samostatné hygieny a využívají proto koupelny přizpůsobené nepohyblivým pacientům a vybavené sedačkami, speciálními křesly a lehátky. Toaleta je u těchto uživatelů nahrazena například permanentním močovým katetrem či přenosnými toaletami.

4.1.3 Každodenní chod zařízení a hlavní činnosti zdravotnického personálu

V této části popisují průběh dne v domově pro seniory a činnosti vykonávané zdravotnickým personálem během denní a noční směny. Obraz průběhu dne podávám z pozice nekvalifikované dobrovolnice jazykem oproštěného od odborných a profesionálních termínů, abych čtenářům usnadnila představit si zkoumané prostředí a orientaci v něm.

V popisu průběhu dne se soustředím na pravidelné, typické scény a činnosti každodenního chodu domova pro seniory bez ohledu na neočekávané a mimořádné situace (příjem nového klienta, převoz do jiného zařízení, návštěva lékaře apod.), které nebudu zmiňovat, jelikož neměli na můj výzkum žádný vliv. Popisují hlavně denní směny, jelikož nočních směn jsem

¹ U každého pacienta je viditelně zaznamenáno nejvhodnější místo pro dotek, aby to bylo známé všem pečujícím pracovníkům, volí se na základě anamnézy a pacient je dotekem upozorněn na to, kdy péče začíná a kdy končí, např. pravý loket, levé zápěstí apod.

se jako dobrovolnice nemohla zúčastnit a informace o ní mi tedy chybí, ale snažila jsem se je co nejvíce doplnit informacemi získaných z rozhovorů se členy personálu. Do popisovaných osob a modelových situací je zahrnuto a promítnuto chování všech zaměstnanců vykonávajících tutéž práci a jejich jednání a činnosti jsou tudíž podobné.

Některé činnosti jsou vykonávány zpravidla jak při denní, tak noční směně - jedná se například o podávání léků či pravidelné kontroly klientů a jejich stavu v určených časových úsecích. Délka časových úseků závisí na závažnosti zdravotního stavu klienta - někteří jsou kontrolováni každou hodinu, někteří v méně závažném stavu každé dvě či tři hodiny. „*To je různý. Jeden potřebuje léky, přetočit, přebalit v jinou dobu než jinej, takže je to dost individuální. Sem tam se taky stane, že celej den nemáme klid a běháme za jedním pacošem, protože má bolesti nebo nemá zrovna svůj den.*“² Při některých kontrolách se u klientů trvale upoutaných na lůžku změni poloha z lehu na zádech na bok, častěji se však změni jen poloha opěradla polohovacího lůžka.

Denní i noční směna je zapisována jako 12hodinová i přesto, že výměna zdravotnického personálu z noční směny na ranní či naopak se někdy protáhne a je plně dokončena asi až 30 minut po stanovení času výměny, jelikož předání pacientů a seznámení všech členů zdravotnického personálu se změnami v zařízení či ve zdravotním stavu nastalých v době předchozí služby se může prodloužit a vyžadovat více času, než je určeno. Během předávání si pracovníci rozdělí činnosti. „*Kdo co bude během služby s nemocnýma dělat, neřešíme. Prostě se prostrídáme. Jeden den mám mytí, druhý den zase jídlo a krmení.*“³

Denní směna začíná v 7 hodin a začíná dezinfekcí lůžka a ranní hygienou, která probíhá nejdůkladněji a zahrnuje očistu celého těla a u některých přebalování, které je během dne několikrát opakováno dle potřeby. Několikrát do týdne jsou uživatelé holeni a stříhání také dle potřeby. V 7:45 se otevírá recepce a jsou přijímány návštěvy uživatelů a to až do 17:00. „*Příbuzní sem chodí většinou celý odpoledne, nejmíc asi o víkendu, to můžeme na chvilku polevit a dát si voraz, ale návštěvy nechodí za každým, takže musíme mít všechny pod dohledem i tak.*“⁴ Po celou službu zdravotní sestry poskytují ošetrovatelskou péči, podávají léky a stravu a sledují a hodnotí funkce uživatelů. „*Několikrát za den zkontrolujeme krevní tlak, puls, EKGéčko, tak dvakrát třikrát za den, ráno a pak pozdějc odpoledne. K tomu sledujeme vyměšování, dýchání, plyny a hodně taky kůži, ta je často suchá a je potřeba ji*

² Polostrukturovaný rozhovor.

³ Polostrukturovaný rozhovor.

⁴ Polostrukturovaný rozhovor

namastit.“⁵ Pracovník v sociální službě obstarávající obslužnou péči si během dne vede individuální záznamy o klientech a je pověřen pomocnou a obslužnou péčí, například dopomáhá klientům při vstávání, asistuje při podávání stravy či na toaletě. Má na starost také udržování pořádku a odstraňování nečistot. V určité dny přicházejí během odpoledne rehabilitační pracovníci a fyzioterapeuti, kteří s uživateli provádějí cvičení, při kterém někdy asistuje jedna ze zdravotních sester. V 19:00 začíná předávání služby pracovníkům noční směny.

Noční směna probíhá stejným způsobem jako ranní a začíná předáním pacientů a informací o změnách. Během noční směny před uložením pacientů ke spánku zdravotní personál provede noční hygienu, poklidí na pokojích, vymění použité kelímky na nápoje a odnese špinavé prádlo. Poté zdravotní sestra dokončí dokumentaci výkonů provedených během celého dne a začíná noční klid, během kterého jsou uživatelé kontrolováni minimálně, aby nebyl narušen jejich spánek. „*V noci zde máme většinou klídek. Párkrát se někdo z nás podívá do pokojů, nejčastěji třeba po cestě ze záchodu nebo z kouření. Snažíme se ty lidi zbytečně nebudit. Mokrát usnou u zapnutý telky, takže do pokojů chodíme, hlavně abysme je vypli a oni tak mohli spat v tichu a potmě.*“⁶ V 7:00 noční směna končí a personál se mění.

4.2 Zdravotnický personál a pracovní činnosti

V úseku domova pro seniory je zaměstnáno na plný úvazek šestnáct pracovníků, z nichž ošetrovatelskou a zdravotní péči poskytuje dvanáct pracovníků - devět pracovníků v sociálních službách obstarávajících přímou obslužnou péči, tři všeobecné sestry a jeden fyzioterapeut. Zbývající pozice zastávají vedoucí sociální péče, vedoucí zdravotní péče, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách zajišťující výchovnou nepedagogickou činnost, který vyhledává a organizuje volnočasové aktivity. Jelikož tito zaměstnanci nepřicházejí přímo do styku s pacienty s Parkinsonovou chorobou nebo vůbec, nebyli zařazeni do mého zkoumaného vzorku. Na každé směně zajišťují péči vždy tři pracovníci, ale složení sloužícího personálu je nepravidelné a mění se.

⁵ Polostrukturovaný rozhovor

⁶ Polostrukturovaný rozhovor.

4.3 Klienti domova pro seniory

Domov pro seniory poskytuje péči seniorům, kteří nejsou schopni dále žít v domácím prostředí, jelikož jim to nedovoluje jejich věk, zdravotní obtíže či sociální důvody (například osamocení život, strach, vliv rodiny). Cílovou skupinou jsou *senioři od 65 let, kteří potřebují částečnou nebo úplnou pomoc jiné fyzické osoby v běžných dovednostech; dále osoby pobírající invalidní důchod pro invaliditu III. stupně, které jsou zcela nebo částečně upoutány na lůžko, vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v běžných dovednostech a dosáhly věku alespoň 60 roků.*⁷ Při volné kapacitě se provádí šetření žadatelů o službu, během kterého je zjišťována potřebná míra pomoci a podpory žadatele a jsou posuzovány jeho individuální požadavky a podle toho vznikají pořadníky vytvořené podle naléhavosti, podle požadavků ohledně pokoje a podle pohlaví.

Z dat, která mi byla poskytnuta, jsem zjistila aktuální obsazenost domova, která čítá na 71 uživatelů, a to 55 žen a 16 mužů, z toho jeden manželský pár. Celkový průměrný věk je 84,2 let (79,8 let u mužů, 85,5 u žen).

⁷ Webové stránky příslušného DpS, které nemohu z důvodu anonymity uvést, ze dne 24. 4. 2016.

5. PARKINSONOVA CHOROBA

V této části se zaměřuji na popis Parkinsonovy choroby. Nejprve onemocnění popisují z odborného, lékařského hlediska, ale jen obecně a stručně, jelikož detailní popis v tomto případě nepovažuji vzhledem ke stanovenému výzkumnému cíli za podstatný. Důležitější a pro můj výzkum přínosnější je charakteristika psychického rozpoložení osob s Parkinsonovou chorobou, jelikož toto onemocnění má dominantní vliv při formování chování postižených osob a jeho popis mi pomohl lépe pochopit reakce nemocných při interakci s druhými lidmi. Nakonec se ve zkratce věnuji problematice léčby tohoto onemocnění.

5.1 Parkinsonova choroba z klinického hlediska

5.1.1 Fyziologický náhled a projevy

Parkinsonova choroba je jedno z nejčastějších degenerativních onemocnění nervové soustavy, ke kterému dochází z důvodu postupného zániku buněk produkujících dopamin v substantia nigra.⁸ (Seidl, 2015) Hlavní funkcí dopaminu je přenos signálu mezi bazálními ganglii⁹ a kontrola funkcí svalů, pohybů a motoriky, takže jeho deficit vede k postupné ztrátě schopnosti řídit a kontrolovat své pohyby. (Seidl, Z., Obenberger, J. 2004) Postupně přináší různá nepříjemná omezení a obtíže, obvykle však nezkracuje délku života pacienta.

Projevuje se tzv. parkinsonským neboli extrapyramidovým syndromem, který zahrnuje řadu specifických příznaků, které se projevují jak v klidovém stavu, tak při pohybu. Nejvýznamnější jsou tremor (třes), rigidita (ztuhlost), porucha stability, bradykineze¹⁰ a hypokineze.¹¹ Mezi vedlejší projevy patří držení těla v předklonu, nestabilita, porucha chůze, šouravé kroky, pády a ztuhlost mimiky (tzv. maskovitý obličej). Onemocnění není jen neurologického charakteru, ale je doprovázeno dalšími poruchami, a to vegetativními (potence, zácpa), sensorickými (porucha sluchu, znečitlivění), kognitivními (porucha paměti, řeči) a psychickými. (Seidl, 2015)

⁸ Část mozku nazývaná také jako černá hmota nacházející se ve středním mozku.

⁹ Pomocná motorická koordinační ústředí uložená v mozkových hemisférách.

¹⁰ Celková zpomalenost pohybů.

¹¹ Nedostatek pohybu, nedostatek volných a reflexních pohybů.

5.1.2 Průběh onemocnění a výskyt

Jedná se o progresivní onemocnění, jehož průběh je pomalý. Rozdíl ve výskytu choroby mezi ženami a muži je zanedbatelný, ale o něco více se projevuje u mužů. U každého postiženého člověka je rozvoj onemocnění odlišný a projevy se mohou objevovat v různé míře a době. Existují případy, ve kterých se onemocnění projevilo ještě před 40 lety (juvenilní typ), nejčastěji se nemoc objevuje mezi 50 a 60 lety (klasický typ) nebo až po dosažení věku 65 let (pozdní typ). Postižené osoby se také liší stádiem nemoci, která se rozdělují na presymptomatické období, počáteční stádium, rozvinutou nemoc a pozdní stádium. (Roth J., Sekyrová, M., Růžička, E. 2009) Etiologie nemoci nebyla dosud spolehlivě určena. Některé teorie připisují původ genetickému defektu neuronů či enzymu ovlivňujícího tvorbu dopaminu, jiné teorie mluví o vlivu prostředí.

5.2 Psychická stránka

Postupně přicházející příznaky onemocnění jsou fyzickou i psychickou zátěží jak pro postižené, tak pro jejich příbuzné a osoby, které o ně pečují, a to zejména v pozdějších fázích, kdy je postižený neschopný samostatného pohybu.

5.2.1 Vliv Parkinsonovy choroby na psychiku člověka

Onemocnění může mít výrazný vliv na sebepojetí člověka a může postihnout jeho identitu, a to až do stavu tzv. non-person neboli nebytí osobnosti, kdy má člověk pocit, že se s onemocněním stal někým jiným, a v následku toho ztrácí vědomí, úctu a hodnoty. (Křivohlavý, J., 2002) Člověku, který trpí tímto onemocněním, se nabízejí dvě možnosti - nemoci se poddat nebo s ní bojovat a naučit se s ní žít.

Psychické problémy se u osob s Parkinsonovou chorobou vyskytují často, a to hned v počáteční fázi. Jedná se především o depresi, pocit smutku, zoufalství, beznaděje a podceňování vlastní hodnoty. Depresi provází nadměrná únava, poruchy spánku či poruchy příjmu potravy. Deprese je léčitelná, je však potřeba zasáhnout co nejdříve. U pacientů, kteří jsou o chorobě nedostatečně informovaní, se může objevit také velký strach z neznámého onemocnění, což může vést k dalším duševním problémům. (Roth J., Sekyrová, M., Růžička, E. 2009)

Při Parkinsonově chorobě se u postižených osob mohou objevit i halucinace a zrakové vidiny. Ty však nejsou způsobené onemocněním samotným, ale dochází k nim z důvodu chemické reakce na lék v mozku.

5.2.2 Změny psychického stavu

Část pacientů může trpět v pozdním stádiu onemocnění demencí, která se projevuje úbytkem rozumových schopností a intelektu a kdy dochází k poškození mozkového kmene. U pacientů se tak může projevit snížená schopnost orientace v prostoru, porucha paměti, zpomalené myšlení či poruchy koncentrace, kdy se člověk najednou zastaví, ztuhne a nemůže dál. Tento jev je označován jako *on/off stav*. Souhrnně můžeme demenci popsat jako vývoj kognitivních poruch, které se projevují jako: poruchy paměti (porušená schopnost naučit se novým informacím nebo si vybavovat informace již naučené), afázie (porucha řeči), apraxie (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost i přesto, že pohybové funkce nejsou postiženy), agnozie (neschopnost rozeznávat předměty i přesto, že sensorické funkce nejsou poškozeny) a poruchy výkonu činností. (Zgola, 2003)

Pokud dojde k těmto změnám, schopnost člověka pracovat a starat se o sebe je omezena či zcela znemožněna, jelikož nemocný nedokáže vykonávat denní činnosti, ztrácí pojem o čase, zapomíná a zmateně bloudí. Může dojít také k tomu, že nedokáže rozpoznat své příbuzné a nejbližší. Není tomu ale tak, že by postižený člověk nebyl schopen rozumové úvahy, navázání citových vztahů a náhledu na svou osobu a své jednání jako normální zdravý člověk. Nemusí si sice pamatovat, co se stalo ráno nebo včerejší den, ale vzpomínky na život před onemocněním mu v paměti nadále zůstávají. (Roth J., Sekyrová, M., Růžička, E. 2009)

5.2.3 Potřeby osob s Parkinsonovou poruchou

Postižená osoba může mít z důvodu ztráty kontroly nad svým tělem pocit, že přišla i o moc nad svými věcmi, a proto může být nejistá a zranitelnější než dříve. V jejím chování se často projevuje pocit nebezpečí, útek do samoty a zápas o moc k prosazení svých požadavků a potřeb. V tomto zápase nejde podle Schwarze o sobectví či egoismus, ale jde o nutnost klást na sebe a své potřeby největší důraz a být tím, kdo má moc nad svým tělem a svými věcmi. (2008)

Potřeby nemocného člověka se příliš neliší od potřeb zdravého člověka, přičemž ale je často závislý na pomoci svého okolí. Mezi hlavní potřeby patří podle Zgoly bezpečí, a to

nejen obecné, ale také bezpečí v podobě ochrany vlastní osoby před emocionálními hrozbami; dále potřebuje kontrolu nad situacemi, aby byly jeho požadavky brány v úvahu při manipulaci s jeho věcmi, osobou, časem; a vedle toho se neobejde bez náklonnosti druhých a bez pocitu příslušnosti ke kolektivu, ke kterému patří. (2003) Tyto potřeby by měly být naplňovány i když se může zdát, že nemocný právě nereaguje a nevnímá. Holmerová a kol. ve své publikaci navíc uvádějí důstojnost a respekt. (2007) Tomuto tématu se podrobněji věnují v osmé kapitole. Seznam potřeb v publikaci Dvořáčkové zahrnuje pocit jistoty, stability, fyzického a psychického bezpečí a důvěru. Dvořáčková také odkazuje na výzkum Kaufmanové, ve kterém bylo zjištěno, že důraz se klade především na potřeby a hodnoty, které člověk pocítuje jako ohrožené, například podmínky bydlení a úroveň kontaktů. (2012)

5.3 Léčba

Parkinsonova choroba je nevléčitelné onemocnění, ale je možné dlouhodobě potlačit nebo omezit jeho příznaky a projevy. K tomu jsou využívány léky, tzv. antiparkinsonika, která zvyšují počet chybějícího dopaminu. Vedle těchto základních léků jsou podávány i tzv. přídatné léky působící na nervový systém a tzv. pomocné léky, které zmírňují příznaky a vzniklé obtíže, například antidepresiva, hypnotika apod.

Nestačí však jen užívat léky, je potřeba řídit se doporučeními a nařízeními lékařů a dodržovat určité metody - rehabilitace, opatření či deník hybnosti. (Roth, Sekyrová, Růžička 2009) Pokud farmakologická léčba není dostatečná, přechází se k léčbě neurochirurgické. Nejčastěji je prováděna hloubková mozková stimulace, při které jsou elektricky pomocí elektrod v mozku stimulována bazální ganglia. Díky tomu odezní například třes, ztuhlost a zpomalenost, což nemocného vrátí do normálního života. Velice důležitou součástí léčby je pravidelná rehabilitace, jejímž cílem je zlepšit držení těla a koordinaci, udržet určitou soběstačnost a trénovat mimiku obličeje a řeč. (Roth, Sekyrová, Růžička 2009) Vedle klasické medicíny se rozvíjí také medicína alternativní, která se soustředí na změnu stravovacích návyků a životního stylu.

6. GERIATRICKÝ PACIENT

Jelikož jsem zjistila, že mnoho lidí není s termínem geriatrického pacienta obeznámeno nebo že geriatrický pacient bývá jednostranně ztotožňován s ostatními pacienty, rozhodla jsem se věnovat tuto část právě oboru geriatrie a gerontologie, jejich stručné charakteristice a problematice spojené s jejich pacienty.

6.1 Popis oboru gerontologie a geriatrie

V současné době přibývá stále více starých lidí a nastupuje dlouhověká společnost. I ve stáří je normální vést aktivní, nezávislý život v dobré fyzické i duševní formě, ale často tomu tak není. Podle Kalvacha by proto mělo dojít k procesu geriatrizace medicíny. To obnáší přizpůsobení lékařského zájmu a vznik oborů a služeb pro potřeby starých lidí a vtažení je do centra pozornosti. (2004) K tomu přispívá obor gerontologie neboli nauka o procesu stárnutí a stáří a o problematice starých lidí a jejich života. Stáří zkoumá z několika různých pohledů - z biologického, demografického a sociálního.

Gerontologie v klinické podobě se označuje jako geriatrie a jedná se o samostatný lékařský obor. Zabývá se prevencí, diagnostikou a „managementem“ onemocnění ve stáří a poskytuje specializovanou zdravotní péči osobám vyššího věku. Zaměřuje se na optimalizaci zdravotního a funkčního stavu, snížení trvalé disability a na podporu soběstačnosti (Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. 2007) Geriatrie sice spolupracuje s ostatními lékařskými obory a využívá jejich poznatky, ale není tomu tak, že by geriatrická péče nahrazovala činnost jiných klinických oborů.

6.2 Pojetí geriatrického pacienta

Definice geriatrického pacienta není jednoznačná a ustálená a v publikacích se liší. Kalvach a kol. považuje v širším smyslu za geriatrického pacienta nemocného člověka staršího věku, většinou nad 75 let, v užším smyslu pouze takové seniory, u kterých se projevuje vážný pokles zdraví doprovázený specifickými zdravotními problémy, a proto potřebují upravené přístupy, služby a režimy.¹² (2007) Holmerová a kol. charakterizuje geriatrického pacienta jako staršího pacienta ve věku 70 let a více, jehož onemocnění je komplikováno dalšími

¹² Mé pojetí geriatrického pacienta odpovídá definici v užším smyslu.

obtížemi jako je například porucha vědomí, ztráta hybnosti, tudíž potřebuje geriatrický režim. (2007) Takovým pacientem není každý nemocný senior.

Cílovou skupinou geriatrie jsou tedy senioři, jejichž zdravotní stav momentálně nevyžaduje specializované služby a ocitají se tak v území „nikoho“, kdy se jim nedostává potřebné péče. Hlavním místem poskytování geriatrické péče jsou léčebny dlouhodobě nemocných a domovy pro seniory, ale podle Kalvacha by se tato péče měla převést na geriatrické ambulance a oddělení, jak je tomu v zahraničí. (2008) Jedná se tedy o seniory zcela závislé a nesoběstačné, u kterých je nezbytná nepřetržitá kontrola a pomoc ať už rodiny nebo pečovateli v léčebnách a domovech.

6.2.1 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA)

Při posuzování, zda se jedná o geriatrického pacienta, je proveden multidimenzionální diagnostický proces, ve kterém jsou zhodnocovány zdravotní, funkční a psychosociální schopnosti pacientů. Tento proces je označen jako Komplexní geriatrické hodnocení CGA (*Comprehensive geriatric assesment*) a jeho cílem je zhotovit léčební plán. Vychází ze základního klinického vyšetření (stanovení deficitů, rizik, diagnózy, funkčního stavu) a dále ze speciálního hodnocení pomocí testů a dotazníků, prostřednictvím nichž jsou získávány informace o osobnosti pacienta, jeho duševním zdraví a sociálních souvislostech. (Kalvach, 2008)

7. ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL

V geriatrii je početná převaha zdravotních sester a ošetřovatelek, ale i tak je jich nedostatek. Stejně tomu je i v pozorovaném domově pro seniory. Jaroslava, jedna z ošetřujících, při otázce ohledně zaměstnanosti žen v jejím oboru dodává: „*Za dobu, co tady já pracuju, letos to budou čtyři roky, vždycky nás je tak deset ženskejch a pak dva, tři chlapi,*“ a se smíchem dodává: „*ale ti těm starejm neposluhujou jako my.*“¹³ Během pozorování v domově pro seniory pracovalo devět žen a tři muži, z nichž dva byli sociálními pracovníky poskytující obslužnou péči, a třetí byl fyzioterapeut, což potvrzuje výpověď Jaroslavy. Při pokusu o získání názoru na zaměstnanost mužů a žen v tomto oboru od ošetřovatele mužského pohlaví, Tomáše, se mi dostalo této reakce: „*Nad tím nepřemýšlím. Je to tak všude přece, ne? Ženský jsou takový víc empatický a citlivější, dokážou se do nemocných víc vžít a takový ty věci. To chlapům moc nejde,*“ a s úsměvem dodává: „*proto nás je tady jen pár vyvolených.*“¹⁴ Výrazná převaha žen zaměstnaných v oblasti zdravotnictví a ošetřovatelství je zapříčiněna především všeobecně převládajícím názorem, že tato povolání jsou ženská, jelikož, jak tvrdil Tomáš, žena je považována za více empatickou, obětavou, citově založenou a zaměřenou na rodinu. Některé publikace tvrdí, že žena si tak prodlužuje svou pečovatelskou roli, kterou měla vůči dětem v jejich nízkém věku, a nyní je nahrazuje starými lidmi stejně nemohoucími a bezmocnými jako byly její děti po narození. To vše hraje významnou roli nejen ve vykonávání ošetřovatelských prací, ale i ve vztazích s klienty a při řešení konfliktů s nimi. Muže na druhou stranu charakterizuje bojovnost, agresivita či panovačnost. Tyto vlastnosti však nejsou schopni v ošetřovatelském zaměstnání uplatnit a proto upřednostňují jiné pozice. Roli zde tedy hrají genderové role¹⁵, které rozdělují činnosti typicky „ženské“ a typicky „mužské.“ (Oackley, 2000)

Důvod nedostatku pracovních sil podle Haškovcové tkví, vedle nedostatečného platového ohodnocení a prestiže, zejména v tom, že vyléčení pacienti vyjadřují respekt a vděčnost lékařům, ale ne pečovatelům, kteří stojí u pacientova lůžka a místo docenění se naopak setkávají s častou kritikou. K tomu je v naší společnosti zakořeněn mýtus, který spojuje péči o staré s negativním vnímáním. „*Nevím, jak ostatní, ale nějak jsem se to naučila nevnímat. Kdybych měla řešit to, co říkají nebo co si myslí ostatní, nedělala bych nic jinýho. Víte, někdo to stejně dělat musí tak co,*“¹⁶ sděluje mi při rozhovoru Pavla a Blanka dodává: „*To se týká*

¹³ Polostrukturovaný rozhovor.

¹⁴ Polostrukturovaný rozhovor.

¹⁵ Role předepisující určité typy chování pouze ženám a jiné pouze mužům, definuje chování, citění, myšlení atd.

¹⁶ Polostrukturovaný rozhovor.

tak všech sester obecně. Každý si myslí, že jsme protivný, frustrovaný baby. To je pořád, že bysme toho mohly dělat víc. Jako bysme se tady doted'ka flákaly.“¹⁷ Profese ošetřujících se ve statistikách z hlediska prospěšnosti a náročnosti udržuje mezi sedmým a desátým místem, což ukazuje na její významnou pozici. Náročnost ošetřovatelské péče nespočívá jen v samotném vykonávání práce, ale také v zodpovědnosti za práci, v konfrontaci ošetřujícího s obtížnými životními situacemi a v neposlední řadě již zmíněné v nepřiměřeném finančním ohodnocení. I přesto, že je tedy negativní vnímání a kritika ošetřujícího personálu a jejich pracovních výkonů zcela neoprávněná, jedná se o všeobecný jev, k jehož udržení přispívají konfliktní interakce zdravotníků s některými klienty či jejich příbuznými nebo nepochopení a podcenění ošetřovatelské práce.

Povolání v oblasti ošetřovatelství je velkou výzvou, jelikož vyžaduje ochotu profesionálně se starat o (cizího) člověka, který potřebuje pomoc. Aby byla poskytovaná pomoc co nejkvalitnější a schopná angažovat více osob, které by se ztotožnili s cíli geriatry a nebyli pouhými vykonavateli pracovních povinností, je potřeba vytvořit správné motivace, podněty a stimuly. Zacharová ve své studii uvádí pro sesterské a příbuzná povolání tyto motivační faktory: ochota pomáhat (68%), rozšířené vědomosti (16%), nové kontakty (10%), finanční stimulace (5%) a ostatní (1%). (2010) Nejčastějším motivem k přijetí práci v ošetřovatelství je však skutečnost, že je v tomto oboru na rozdíl od jiných profesí mnoho volných míst. Člověk ve svém okolí nemusí najít vhodnou práci a tak volí práci v ošetřovatelství z nutnosti. Práce v tomto oboru je tedy často náhodnou volbou a přestupnou stanicí. „*Už jsme tady měli mladý holky, zrovna vystudovaly školu. No ale tam jim asi nikdo neřekl, že by mohly skončit u utírání zadků starých lidí. Zklamany rychle utekly.*“¹⁸

Ztráta elánu do práce, nepochopení, konflikty s klienty, osobní setkání s vážně nemocnými a jejich utrpením či se smrtí, to vše jsou negativní vlivy, které mají dopad na hodnoty, postoje a celkovou osobnost ošetřujících, ale navíc mohou vést ke ztrátě motivace, která výrazně ovlivňuje pracovní výkon, pocit uspokojení z práce, vztahy s kolegy a může dokonce skončit odchodem ze zdravotnictví.

K vykonávání této profese jsou samozřejmě zapotřebí odborné znalosti, ale ošetřující člověk musí mít navíc rozvinuté určité vlastnosti a osobnostní rysy jako odpovědnost, empatie, prosociální jednání a musí být duševně vyzrálý. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013)

¹⁷ Polostrukturovaný rozhovor.

¹⁸ Polostrukturovaný rozhovor.

7.1 Psychická zátěž pracovníků

Nejen že je dlouhodobá ošetrovatelská péče o staré pacienty nedocenená, jak bylo popsáno výše, ale k tomu je náročná a vysilující, jelikož tato péče trvá většinou až do smrti pacienta a neukazují se zde tedy žádné úspěchy léčby, za kterou by ošetrovatelé mohli být odměněni. Naopak při zhoršení stavu či smrti klienta mohou ošetřující začít pochybovat o tom, že udělali vše, co bylo v jejich silách. V jiných klinických oborech se tento úspěch projevuje jako uzdravení pacienta, v geriatrii jsou však ošetřující „lapeni do pastí“ a neúspěch považují za své osobní selhání. (Haškovcová, 2010) Blanka říká: „*Člověk si to nemůže moc brát, jinak by se z toho složil. Musíme tady být trochu otrlý a nedávat do toho moc ze sebe.*“¹⁹ Marie k tomu vzpomíná: „*Na začátku je to nejhorší. Začnete někoho každé den krmit, prohodíte s ním pár slov a pak třeba za rok umře. Je to, jako kdyby vám odešel třeba dědeček. Sama jsem zažila něco podobného. Musíte si na to zvyknout. Sice to není lehký, ale dá se to.*“²⁰ Podle Tomáše spočívá náročnost jeho zaměstnání ve spojení více profesí. „*Když si to tak vezmete, my ty starý lidi krmíme, mejeme, staráme se o ně. K tomu se snažíme s něma nějak komunikovat, aby měli pocit, že na ně ostatní nekašlou. Určitě to má vliv na jejich duševní stav. Však nás to i učili, že je potřeba zapojit do toho i tu psychologii.*“²¹ Ošetrovatelství tedy nespočívá jen v uspokojování biologických potřeb a udržování zdraví klientů, ale posláním je také plnit jejich psychické a sociální potřeby. I když si ošetřující uvědomují, že by se měli zajímat a uspokojovat i další potřeby kromě těch biologických a vědí, že by se měli vůči klientům chovat eticky, což je zřejmé z jejich výpovědí, tato rovina bývá většinou nepovšimnuta a nezbývá na ni příliš času. To se ukáže především v následující kapitole.

Haškovcová uvádí jako největší problém osamocenenost pacientů, kteří nemají nikoho jiného, a jelikož je ošetřující osoba jediným člověkem, se kterým přicházejí pravidelně do styku, může se stát, že se na ni pacient upne. (2010) Tento jev jsem při pozorování neobjevila v plné míře, ale jen jeho náznaky - pozorovaná situace, kdy pan Jeřábek opakovaně přivolává ošetrovatelku Marii, aby se s ním dívala na televizi, ale Marie ho odmítá slovy: „*Já na takový věci nemám čas, pane Jeřábek. Já sem chodím pracovat a ne vysedávat u televize, i když by se mi to teda líbilo.*“²² Poté Marie pohlédla na mě a vybídla mě, abych s panem Jeřábkem zůstala já. Má přítomnost však panu Jeřábkovi po chvíli přestala stačit a netrpělivě mě žádá: „*Zavolejte mi paní sestřičku. Už dlouho mě tady nebyla zkontrolovat. Já chci paní*

¹⁹ Polostrukturovaný rozhovor.

²⁰ Polostrukturovaný rozhovor.

²¹ Polostrukturovaný rozhovor.

²² Terénní poznámky.

sestřičku.“²³ Častěji jsem se však setkala se situací, kdy klient naopak lpěl na svém blízkém, nejčastěji manželovi či manželce. Například při návštěvě dalšího pokoje pan Kudrna volá i v nepřítomnosti své manželky: „*Mamko! Mamko! Potřebuju přebalit!*“²⁴ V tomto případě někdo z ošetřujících musel pana Kudrny ujistit, že paní Kudrnová přijde zítra odpoledne a že přebalit nepotřebuje. Pokud tohle nepomohlo, čekalo se jen, až se pan Kudrna unaví a usne.

Určitý tlak na ošetřující osoby vyvíjí i rodiny klientů, které si obvykle myslí, že veškerá péče o jejich příbuzné a jejich zdraví přísluší výhradně ošetřovatelům. Z toho důvodu jsou na ně kladeny vysoké nároky a požadavky, které však nemusejí být vždy splnitelné, jelikož jejich vykonání nemají zdravotníci ani v kompetenci, a tak může dojít ke konfliktu. Alena komentuje: „*Sem tam nás rodina prosí o nějaký speciální zacházení. Pamatuju si jednoho staršího pána, co sem nedávno chodil za svou paní. Chtěl po nás, abysme jí nosili několikrát týdně čerstvý kytky, že prej Marcelka je má ráda a že on se sem tak často nedostane. Museli jsme mu vysvětlit, že to fakt nepůjde.*“²⁵ Marie dodává: „*Někteří z příbuzných chodí třeba každé den a berou si je na víkendy domů. Jde vidět jejich zájem a snahu nenechat tady toho svého příbuzného ležet samotného, berou ho pořád do rodiny. Ale taky tady leží takový, za kterým neprijde nikdo, co je rok dlouhej. Prostě nám ho tady nechají a starejte se.*“²⁶

Vypovídá o tom také jedna z pozorovaných situací: paní Stejskalová přijde navštívit svého manžela a ptá se ho: „*Zdeněčku, tebe dneska neholili, že jsi tak zarostlej, co?*“²⁷ Pan Stejskal beze slov zavrtí hlavou. Za okamžik do pokoje přijde jedna z ošetřujících a paní Stejskalová na ni spustí: „*Mladá slečno, podívejte na ty jeho vousiska. Celej týden neholenej. Musíte se mi o Zdeněčka starat. Když on už chudák si o nic ani nedokáže říct.*“²⁸ Nesplnitelné a pro ošetřující neadekvátní požadavky nemusí vést ke konfliktům, ale zejména mohou negativně ovlivnit pracovní výkonnost a její hodnocení samotným ošetřujícím, který si může začít myslet, že jeho práce je nedostatečná, což by pracovníka mohlo demotivovat a vznikl by tak faktor vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření. Většina ošetřujících však rozsah svých pracovních povinností zná a je si vědomá toho, co je a není v jejich kompetenci. Členové rodiny klientů by si zajisté měli tedy uvědomit důsledky vznášení přehnaných požadavků a náročnost ošetřovatelské práce a na druhou stranu ocenit ochotu pracovníků starat se o jejich blízké.

²³ Terénní poznámky - pan Jeřábek se právě nachází v čilém stavu vědomí, je neklidný a nervózní.

²⁴ Terénní poznámky - pan Kudrna se právě nachází v omezeném stavu vědomí, je zmatený, dezorientovaný.

²⁵ Polostrukturovaný rozhovor.

²⁶ Polostrukturovaný rozhovor.

²⁷ Terénní poznámky.

²⁸ Terénní poznámky.

7.3 Syndrom vyhoření

V důsledku zmíněných stresujících faktorů je syndrom vyhoření v práci ošetrovatelství poměrně častým jevem. Jedná se o soubor specifických příznaků, které vznikají u pracovníků zejména v pomáhajících profesích z důvodu nedostatečné motivace a nezvládnutého pracovního stresu, který je způsoben setkáváním s vážně nemocnými a umírajícími pacienty. Projevuje se především ztrátou radosti ze života, energie a nadšení, což jsou při této práci klíčové prvky. Postihuje zejména jedince, kteří do práce přijdou nadšení a očekávají, že v této práci najdou smysl života. Poté však následuje změna postoje jak k práci, tak ke klientům, která pramení z pocitu selhání, vyčerpanosti a únavy. Pečující vidí, co ho ve stáří může potkat, vidí bezmocnost, jakýsi pád člověka, který nemine v budoucnu ani ho, což nikdo vidět nechce. „Syndrom vyhoření je výslednicí interakce podmínek k práci a subjektivního očekávání.“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 129)

Kromě samotného pozorování jsem se na tento problém zeptala jednotlivých ošetřujících. Ptala jsem se, zda mají pocit, že jsou vyhořelí, nebo zda začínají pociťovat určité tendence projevující se tímto syndromem. Jaroslava mi s úsměvem sděluje: „*Často jsem utahaná a říkám si, už abych byla v důchodu, ale pak si zasejč řeknu, co bych dělala doma. To si myslím, že je normální. Jinak si troufám říct, že mám tuto práci ráda.*“²⁹ Pavla zase říká: „*Někdy přemýšlím, že to tady zabalím a půjdu radši za kasu do obchod'áku. Je to tady náročný, to jo, ale ne že bych se z toho nějak skládala. Kdyby se mi naskytla lepší možnost, klidně i v jiným oboru, tak to hned s radostí беру.*“³⁰ Těmto vyjádřeným postojům, které odráží nedostatečnou angažovanost, by se opět dalo vyhnout vytvořením správných motivací, které by podporovaly potenciální zaměstnance v osobním ztotožnění s cíli ošetrovatelských služeb.

Aby k syndromu vyhoření nedocházelo, je nutná prevence v podobě snížení pracovních nároků a péče o psychickou rovnováhu a duševní hygienu zaměstnanců. Holmerová a kol. zmiňují také tzv. balintovské skupiny³¹, intervence psychologů a kontrolní, vzdělávací a podpůrné supervize. (2007)

²⁹ Polostrukturovaný rozhovor.

³⁰ Polostrukturovaný rozhovor.

³¹ Skupinová metoda řešení problému či konfliktu s cílem posílení supervize.

8. PROBLEMATICKÉ ASPEKTY VZTAHU OŠETŘUJÍCÍ-KLIENT

Kromě psychického vytížení zdravotnického personálu, který pracuje se starými a vážně nemocnými osobami, v této oblasti můžeme narazit i na další problémy, které vykonávání práce ošetřujících komplikují. Jedná se především o problém oboustranné interakce a komunikace, vzájemného respektu, úcty a vytvoření prostředí důvěry. Tyto prvky jsou v ošetrovatelské péči klíčové, jelikož jsou základním předpokladem vytvoření pozitivního vztahu mezi ošetřovatelem a klientem, a proto se jimi v této části zabývám nejvíce.

K problematickým situacím dochází zejména z důvodu neporozumění pacientovi, jehož stav je ztížen jak fyzickými obtížemi, tak často i duševními poruchami, kdy je jeho chování a úmysly deformováno a zkresleno onemocněním. V tomto případě je nemocný člověk odkázaný na své okolí a stává se závislým na svém pečovateli. Proto je důležité, aby se nemocnému dostávalo správné zpětné vazby a reakce, jelikož vedle ošetrovatelské a zdravotní péče tak může být kvalita života pacienta podpořena nejefektivněji. Je však důležité, aby nebyla respektována jen důstojnost a identita pacienta, ale musí být brán zřetel i na potřeby pečovatele. (Zgola, 2003)

Jak již víme, i u Parkinsonovy choroby se může projevit demence, což vede k tomu, že postižená osoba vzhledem k poruše paměti a neschopnosti vhledu, není schopná přizpůsobit sebe ani své jednání vzniklým konfliktům či nedorozuměním a dojit ke kompromisu. Veškerá zodpovědnost za vytvoření podpůrného a důvěrného vztahu spočívá tedy na ošetřující osobě. Zgola tento problém vysvětluje, jako by nemocný klient se svým pečovatelem vytvářel jeden společný svět, ale každý z nich na něj nahlížel z odlišné perspektivy - „Cílem pečování je vybudovat spojenectví, ve kterém jsou oba - nemocný člověk spolu s pečovatelem - schopni dělat cokoli, co je pro všední život zapotřebí a problémy zvládají společně.“ (Zgola, 2003, str. 16) Při navazování vztahu s nemocným klientem je potřeba seznámit se s povahou nemocného, s jeho zvyky, potřebami a schopnostmi a brát na ně ohled při každém setkání.

Dalšími ohledy vztahu mezi pečovatelem a klientem je respektování soukromí a intimity klienta. Toto téma považuji u geriatrických osob s Parkinsonovou chorobou, na které jsem ve výzkumu byla zaměřena, za podstatné, jelikož většina těchto osob je trvale připoutaná na lůžko a/nebo jejich vědomí je obluzené.³² Jelikož nemohou klást odpor a hájit se, je snadné porušit etické hranice a práci si usnadnit.

³² Dezorientovaný obsah psychiky, porušení vnímání, myšlení, paměti, jednání, neschopnost identifikace zevního světa příčinou interních či neurologických potíží.

8.1 Komunikace

Na komunikační schopnosti zdravotnického personálu pečujícího o staré a vážně nemocné osoby je kladen velký důraz, jelikož právě efektivní komunikace je jedním ze základních podmínek vybudování kladného vztahu mezi ošetřujícím a klientem. Komunikace je předávání informací, pocitů a citů druhým. Její podstatou nemusí být jen sdělené informace, ale také způsob komunikace, například tón hlasu, pohled, gesta či mimika. To je při komunikaci s nemocným nutné mít na paměti, i když se zdá, že právě nevnímá okolí a nereaguje. (Haškovcová, 2010)

Klient s kognitivní poruchou potřebuje zvláštní komunikaci, jelikož je vzhledem k mnoha obtížím zranitelnější. Je proto zapotřebí naučit se zvláštní slova a výrazy, kterým určitý klient rozumí a přijímá je, a přizpůsobit se jeho rytmu. Pokud tomu tak není, může se z toho stát zdroj konfliktů a problematického chování. Klient může také nesprávně pochopit, interpretovat sdělené informace a nemusí mezi nimi najít souvislosti. Zodpovědnost za správné porozumění toho, co je klientovi řečeno, i toho, co klient sám říká, leží na ošetřujícím. (Zgola, 2003) Iveta vysvětluje: „*Na každého pacienta musíte jinak. Jeden potřebuje povzbudit, aby chytl kelímeček a napil se sám, druhý potřebuje trochu zklidnit, tam už je potřeba trochu zdůraznit, zvýšit hlas, aby poznal, že takhle to by to nešlo.*“³³

8.1.1 Druhy komunikace

Jelikož v tomto případě, kdy zkoumanými jsou lidé postižení Parkinsonovou chorobou a jsou vyššího věku, a kdy projevy této choroby výrazně omezují schopnost komunikace, se jedná převážně o komunikaci jednostrannou, tedy vedenou ze strany zdravotnického personálu, kde chybí oboustranná snaha. Avšak komunikace vedená ze strany postižených a vzájemné rozhovory nezůstaly bez povšimnutí.

Budu se věnovat komunikaci vedené s klienty, kteří se nachází ve stavu vědomí (lucidní stav), a poté popíšu průběh komunikace s klienty s vědomím omezeným (obluzený stav). Právě stav vědomí hraje při komunikaci zásadní roli, a to zvláště při volbě povahy a délky sdělovaných informací a při projevení zájmu o klienta v psychické rovině. Na základě toho také odliším verbální a neverbální úroveň, z nichž právě neverbální je nejpodstatnější část komunikace s klienty v obluzeném stavu.

³³ Polostrukturovaný rozhovor.

V interakci mezi zdravotníky a klienty jsem pozorovala tři typy komunikace ve verbální podobě. Prvním typem je komunikace, kterou jsem označila komunikací z povinnosti, která je obvykle nazývána jako formální a je vedená odměřeně, rezervovaně. Jedná se o stručnou informaci, která je sdělována za určitým cílem. Je vyjádřena neutrálním způsobem, proto tu nevzniká prostor pro porušení obecných zásad komunikace. Jelikož jejím cílem je pouze informovat klienta, nevzniká tu ani prostor pro vyjádření určité náklonnosti. Tento typ se projevoval v největší míře v komunikaci se všemi klienty v obluzeném stavu. Jako příklad uvádím situaci, kdy ošetřující při otáčení klienta jen sdělí, co se s ním chystá udělat a ani nečeká na jeho reakci.

Daniela při odpolední obchůzce vchází do pokoje ke klientovi Dlouhému a chystá se změnit jeho polohu na lůžku. Přistoupí k lůžku, potřese panu Dlouhému ramenem a oznámí: „Musíme Vás otočit na chvíli na bok, pane Dlouhý.“ Nečeká na jeho reakci a úkon provede. Pan Dlouhý, který ještě před chvílí podřimoval, nezáčastně na Danielu hledí a než by stačil zaznamenat, co se ošetřovatelka chystá udělat, už leží na boku. ³⁴

V takových situacích jsem často měla pocit, že tato slova ošetřující prohazují jen tak automaticky, „aby se neřeklo“, z povinnosti. Naopak u klientů s plným nebo mírně omezeným vědomím klienta se tento pocit vytrácel, což bylo způsobeno zejména tím, že klient informaci zcela/z větší části porozumí a s ošetřujícím při provedení úkonu spolupracuje nebo je k tomu přímo pobídnut, pokud mu to jeho fyzický stav umožní. To jsem pozorovala například v tomto případě: *„Pane Procházka, nesu Vám léky. Tady, podržte si kelímek, abyste to mohl hnedka zapít, a do druhé si vezmeme ty prášky. Šup. A je to. Ted' si zase chvíli pospěte, já pak přijdu znovu.“ ³⁵* Zde můžeme vidět, že komunikace probíhá déle než u klienta s omezeným vědomím. Nejenže ošetřující Hana klienta informuje o tom, co se chystá udělat, ale povzbudí ho, aby se pokusil vzít si léky sám, a navíc mu sděluje, že za ním později ještě přijde. Často ošetřující klienty chválí, když zvládnou něco bez pomoci. *„Super, vidíte, jak Vám to jde!“ komentuje Hana a pozoruje, jak pan Dlouhý přikusuje k rohlíku, který drží v ruce. ³⁶*

Pro druhý typ komunikace jsem vybrala označení uvolněná komunikace, která probíhá vlídným a laskavým způsobem. Záměrem je navázat s klientem kontakt a v rámci možností si s ním popovídat. Tuto snahu samotných ošetřujících o konverzaci s klientem považují

³⁴ Terénní poznámky.

³⁵ Terénní poznámky - ošetřovatelka Hana při podávání léků.

³⁶ Terénní poznámky.

za komunikaci s jakousi „psychologickou hodnotou“, jelikož v sobě nese projev náklonnosti, zájmu či dokonce přátelskosti, což má zajisté pozitivní vliv na celkovou psychiku pacienta. Důležitým faktorem je také vzájemná sympatie mezi ošetřujícím a klientem. Uvolněná není jen komunikace, ale i celková atmosféra na pracovišti, což se projevuje příjemnější, lepší náladou nejen u klientů, ale i u pracovníků.

Ošetřovatelka Iveta přijde do pokoje k panu Novákovi. Mezitím, co poklízí po stole a v okolí postele, začne si s panem Novákem povídat. „Tak jsem slyšela, že nás zítra opustíte a jedete na lepší, jo?“ Pan Novák pokývá hlavou a s úsměvem odpovídá: „Přeci vám tady nemůžu pořád strašit.“ Na to Iveta veselým tónem namítá: „Ale jděte. Copak asi Vaše paní uvaří?“ Konverzace ještě pár minut v podobném duchu pokračuje, ale jen co Iveta douklízí, oznámí: „Musím se podívat i k dalším, jestli neudělali nějaký svinčik. Tak se ještě prospěte a zítra hurá domů!“ S těmito slovy odchází.³⁷

Ošetřovatelka Pavla stojí u postele pana Kučery a ptá se: „Pane Kučero, už jste dopil čaj?“ „Jo.“ „Mohl byste mi podat teda ten kelímek, prosím?“ Pan Kučera natáhne třesoucí ruku a podává kelímek Pavle. Ta s úsměvem poděkuje a odchází.³⁸

Rozhovor Pavly a pana Kučery na mě působil zvláštním dobrým pocitem. Pavla se snažila pana Kučeru „aktivovat“, ukázala mu, že je situace pod jeho vlivem a že se dokáže sám napít. Navíc s ním jednala velmi uctivě, což jen potvrzují slova, jako prosím nebo děkuji. Pavla v zápětí proběhnutý rozhovor komentuje: „Někdy je potřeba trochu je popostrčit. Zvyknou si na to a pak hodně věci dokážou udělat sami. Což je dobrý pro všechny.“³⁹

Tyto rozhovory, které začínali sami ošetřující, působily příjemně, uvolněně, živě. Avšak měla jsem možnost sledovat tento druh jen velmi zřídka, jelikož valná většina pozorovaných osob s Parkinsonovou chorobou této komunikace nebyla schopná, a proto se ošetřující ani nepokoušeli začít rozhovor, protože si mysleli, že by to nemělo smysl. Marie to komentuje slovy: „Když vidíte toho člověka, jak jenom sem tam otevře oči, a vidíte, že je úplně někde jinde, máte pocit, že byste z něho nevypáčili půl slova. To víte, že to zkouším, mluvím na ně, ale vždycky jen zavrtí hlavou, anebo ani to ne, a víc nic. Co naděláme.“⁴⁰ Radek přiznává: „Upřímně říkám, že podle mě je zbytečný se těchhle parkinsonáků nebo alzheimeráků na cokoli vyptávat. Oni maj svůj svět a nikoho do něj nepustí. Kdyby byl nějaký způsob, jak je

³⁷ Terénní poznámky.

³⁸ Terénní poznámky.

³⁹ Polostrukturovaný rozhovor.

⁴⁰ Polostrukturovaný rozhovor.

z toho dostat, trochu je probudit a zeptat se, jak se mají a tak, bylo by to supr. Ale bohužel...“

⁴¹ I tyto osoby, které podle Radka „mají svůj svět“, nacházejí se tedy v omezenějším stavu vědomí, mají světlé chvílky, které však kvůli tomuto přístupu často zůstaly bez povšimnutí. Ve většině případů však klienti odpovídali jednoslovně nebo nijak nereagovali. Z toho důvodu jsem často byla svědkem situace, kdy se ošetřující například při podávání stravy a úklidu bavil s druhým ošetřujícím a nesnažil se ležícímu člověku říct kromě informací o úkonech nic navíc.

Pavla a Daniela přicházejí do pokoje a chtějí oholit dva ležící pány v poněkud otupeném stavu. „Vstávat, jdeme se holit!“ oznamuje klientům Pavla. „Položím Vás na záda, na boku Vás těžko oholím,“ říká Daniela jednomu z klientů. Během holení vedou ošetřující mezi sebou rozhovor o pánovi ležícím ve vedlejším pokoji. „Ježiši, doufám, že zas Sedlák nebude vyšilovat, jak minule.“ „Prej že se dost vyřádil v noci, tak snad dá dneska pokoj.“ Dodá Daniela a protočí přitom oči. Poté se baví dál a nakonec Pavla prohlásí: „A je to,“ a obě opouští pokoj.⁴²

Nejaktivnějším ošetřujícím, který se snažil s klienty vést rozhovor, byl Tomáš. Jeho aktivita a zájem mohou spočívat v nadšení, které nebylo ještě tolik utlumeno zkušenostmi s osobami neschopnými komunikace, které ostatní ošetřující zaměstnanci mají. Tomáš zastává takový názor: „Jsou to pořád lidi, kteří někoho potřebují. Potřebují slyšet, že nejsou všem ukradený, ale že je tady taky někdo, kdo se zajímá. Někteří třeba pustím fotbal nebo zprávy a chvíli se s něma dívám, komentuju to a čekám, jestli k tomu taky něco řeknou. Někdy jo, někdy ne. Hlavní je, že mají někoho, komu to můžou říct, i když toho nevyužijou.“⁴³ Naskytla se mi příležitost Tomáše a klienta v jedné podobné situaci sledovat:

Tomáš zapne v televizi fotbal a sedne si na židli u postele pana Máchy. Vedle leží pan Starý, který spí. Tomáš sleduje zápas, ale zdá se, že pan Mácha je myslí jinde. I přesto Tomáš zápas komentuje slovy: „Je to tam.“ „To bylo něco, že pane Mácha?“ „To byl jasnej faul, viděl jste to?“ Pan Mácha vždy jen zakývá hlavou nebo jedním slovem přitaká: „Jo.“⁴⁴

Ve spojitosti s přístupem Tomáše odlišují ještě jeden speciální typ komunikace či interakce, který se od ostatních výrazně odlišuje. Nejedná se ani tak o uvolněnou a vřelou komunikaci prostřednictvím slov či gest, ale o komunikaci reflektující atmosféru sounáležitosti, úcty

⁴¹ Polostrukturovaný rozhovor.

⁴² Terénní poznámky.

⁴³ Polostrukturovaný rozhovor.

⁴⁴ Terénní poznámky.

a důvěry. Tento typ považuji za stejně přínosný a důležitý jako provádění ošetrovatelských úkonů či pronášení vlídných slov, jelikož odráží odpovědnost a empatii, což má pravděpodobně na zdravotní stav klientů léčivé a pozitivní účinky. Považuji za nutné informovat, že právě při poznávání tohoto typu interakce jsem se držela pozorovaných aspektů práce Kukačky, díky čemuž jsem došla k podobným poznatkům.

Třetím typem je komunikace negativní, s nepříjemným podtónem. Tento druh se objevoval tehdy, když některý z klientů způsoboval pracovníkům obtíže anebo jim komplikoval vykonání práce. Tento problém byl většinou způsoben neklidem, nervozitou, nebo v některých případech náladovostí jednoho z klientů. Ošetřující se však shodují na tom, že k tomu dochází jen ojediněle.

Pan Kučera je od rána nepokojný. Ošetrovatelka Slávka se ho snaží nakrmit, ale pan Kučera sní jen pár soust a další odmítá, stejně je to s pitím. Slávka odchází se slovy: „Vrátím se, až se zklidníte a pak to dojdete.“ Po jejím odchodu se pan Kučera vzteká a shazuje na zem peřiny i kelímek s čajem stojícím vedle na stolku. Slávka se vrátí a pana Kučeru napomíná: „Takhle by to nešlo. Já se Vás snažím nakrmit a vy mi ještě přidáváte práci.“ Po utření vylitého čaje se snaží dostat do něj zbytek oběda, ale neúspěšně. „Víte co, krucinál, já se na to taky můžu vykašlat. Kvůli tomu, že jste se jenom blbě vyspal, tady děláte takový scény. A zas tak neschopnej nejste, když tady můžete házet věcmi po zemi. Abyste se příště nekrmil sám!“ Slávka to vzdává a odchází z pokoje s nedojedeným obědem na talíři.⁴⁵

Společně s Jaroslavou jdeme do pokoje paní Koudelkové, která zmáčkla tlačítko. „Potřebuju novou plýnku,“ vysvětluje paní Koudelková. Jaroslava ji plnou plenu vymění a odcházíme z pokoje. Tato situace se však několikrát za dopoledne opakuje. Jaroslava si myslí, že paní Koudelková jen otravuje, a humorně s klidem namítne: „To není možný, paní Koudelková, před chvílí jsem Vás přebalovala, přeci nejste takovej počůránek, ne?“ Ukáže se, že paní Koudelková však potřebuje opravdu přebalit, jelikož při její nervozitě dochází k častému vyměšování. Při pozdějším opakování Jaroslava vybuchne a zvýšeným hlasem říká: „K čertu! S takovou nám tady dojdou brzo plýny a vy si v tom pak budete spat!“⁴⁶

Nemuselo jít vždy o klienta, ale také o momentální náladu ošetřujícího:

Na Blance je od rána viditelné, že nemá svůj den. Neusmívá se tak, jako vždy, a moc toho nenamluví, jen prohodí: „Doufám, že dneska bude klid. Ať si nemyslí, že mi tu dnes budou

⁴⁵ Terénní poznámky.

⁴⁶ Terénní poznámky.

blbnout. Na to dneska fakt nemám kapacitu. “ V tomto stylu probíhalo pár návštěv klientů, kde vznikl problém ať už s tím, že klient nechtěl jíst nebo se podle slov Blanky podělal. „Tady to je jak u prasat, okna zavřený, no skvělý. Kterej z Vás to pustil do kalhot co? “⁴⁷

Kromě těchto způsobů komunikace tu byl ještě jeden způsob, který jsem zaznamenala jen v případě jednoho ošetřujícího. Tento způsob bych nazvala jako chladný, odtažitý, jelikož vždy šlo jen o krátkou informaci o prováděném úkonu („*Nesu Vám snídani.*“⁴⁸) nebo pobídku klienta k urychlení vykonání činnosti („*Honem pijte, taky na to nemám celej den.*“⁴⁹) a tím komunikace skončila.

Při komunikaci s klienty není nutná jen verbální komunikace, někdy stačí jen pohled, úsměv či dotek. Právě dotek je základním nástrojem tzv. bazální stimulace. Jedná se o profesionální komunikaci na neverbální úrovni, která je založena na profesionálním doteku nemocného a na dalších specifických prvcích, jakými jsou například navození vlídné atmosféry, povzbuzování a příjemný hlas. (Haškovcová, 2010) Nemocní senioři jsou k těmto aspektům velmi vnímaví a díky nim poznají, zda člověk o komunikaci s nimi opravdu stojí. V případě Parkinsonovy choroby, která je provázena kognitivními poruchami, je právě tělesný kontakt nejvhodnější metodou. „*Když si myslím, že mě pacient neslyší nebo nevidí, je dobrý upozornit ho na svou přítomnost fyzicky, dotknutím nebo potřesením ramenem,*“⁵⁰ říká Tomáš. Aby byla reakce po fyzickém kontaktu možná, je u každého klienta s kognitivní poruchou určen iniciální dotek.

8.1.2 Zajištění kvalitní komunikace

V této části se věnuji způsobům, jak zdravotnický personál podle obecných zásad komunikace zajišťuje navázání spojení s klientem a jak odstraňuje vzniklé komunikační bariéry.

Podle Linhartové mezi obecné zásady komunikace patří volba adekvátního způsobu vzhledem k formě a stavu klienta, oční kontakt, neverbální projevy, srozumitelný a zvýšený hlas, aktivní naslouchání, empatie, tolerance, pochvala a trpělivost. (2007) Během pozorování jsem se pokusila najít tyto zásady a poznat způsob jejich uplatňování nebo také porušování. Za nejčastější chybu v komunikaci ošetřujícího a klienta považuji především to, že při

⁴⁷ Terénní poznámky.

⁴⁸ Terénní poznámky.

⁴⁹ Terénní poznámky.

⁵⁰ Polostrukturovaný rozhovor.

informování klienta se ošetřující často nenachází v jeho zorném poli a nemluví směrem k němu, přičemž může dojít, že klient zprávu nemusí zaznamenat.

Ošetřovatel Tomáš otírá obličej pana Máchy a přitom směrem k panu Starému, který leží ve vedlejší posteli, říká: „Až to tady dodělám, tak se podívám na tu Vaši vyrážku a kdyžtak to trochu máznem.“ Přitom se pan Mácha dívá z okna a ani nepostřehne, že sdělovaná informace patřila jemu.⁵¹

Ošetřovatelka Iveta utírá na podlaze rozlitý čaj, přičemž klečí a paní Malá, která leží v posteli ji tak nemůže vidět. I přesto Iveta říká: „Co takhle si na chvíličku sednout nebo aspoň lehnout na jeden bok?“ Párkrát mezitím na paní Malou pohlédne, ale ta vypadá, že ani neví, co tam Iveta dělá. „Zase nemluvíte, s Váma je taky práce.“⁵²

Častým jevem bylo také doplňování slov. Příčinou toho může být nedostatek času na čekání, než se klient „vymáčkne“, z nedostatku trpělivosti nebo také z lítosti, o čemž svědčí výpověď Blanky: „Když vidím, jak se trápí s mluvením nebo nějakým slovem, myslím, že to pro ně není příjemný a radši jim pomůžu a řeknu to za ně.“⁵³

„Dal byste si něco? Čaj, vodu? Vaše paní Vám zde nechala i džus. Tak co?“ Pan Bednář se při odpovědi zakoktá a dřív než je schopen odpovědět, že si dá džus, jak tomu napovídala první slabika jeho odpovědi, Hana za něj odpověď dokončí a nalije mu džus.⁵⁴

Aby byla komunikace vedena správně, je důležité, aby byl vyjadřován respekt, a to ze strany personálu i klientů. Toho se dosahuje pozdravem, vhodným oslovováním a vymezením rolí a hranic, a to hned na počátku komunikačního vztahu. Ošetřující by měl podle Hrozenké a Dvořáčkové zjistit, na jaké oslovení či titul je klient zvyklý a zajisté by se měl vyhnout tykání, kvůli němuž by ošetřující mohl sklouznout do osobního vztahu. (2013) V interakcích jsem nezaznamenala žádná familiární oslovení ani oslovení titulem, ale pouze oslovení pane/paní. Pouze ošetřovatelka Jaroslava oslovovala jednoho z klientů křestním jménem, jelikož se s ním znala ještě před jeho přijetím do zařízení (jinak mu však neposkytovala žádnou speciální péči či zacházení).

Zvláště na mě působilo velmi časté užívání množného čísla v informacích o prováděných úkonech. „*Oholíme Vás.*“ „*Dáme si čaj, ano?*“ „*A teď si lehneme.*“⁵⁵ Vysvětlila jsem si to

⁵¹ Terénní poznámky.

⁵² Terénní poznámky.

⁵³ Polostrukturovaný rozhovor.

⁵⁴ Terénní poznámky.

jako projev pomoci, spolupráce a spojení výkonu ošetřovatele a klienta, jako by tím ošetřující chtěl říct „*lehněte si, já Vám s tím pomůžu.*“

8.1.3 Infantilizace

Komunikace s osobou s demencí svádí často ke zdětinštění starého člověka, což doprovází infantilizace neboli jednání se starým člověkem jako s dítětem, v tomto případě se jedná o mluvení jako s dítětem, a to jak formou, tak obsahem.

Infantilizace byla patrná již od začátku pozorování. Projevovala se veselým, čilým hlasem ošetřující a docházelo k ní především v situacích, které se týkaly stravování a vyměšování. „*Kousněte si ještě do rohlíčku, jinak budete mít brzo hlad.*“ „*Vy jste se dneska ještě nepokakal! No to jste ale šikula.*“ „*Před chvílí jsem Vás přebalovala, přeci nejste takovej počůránek, ne?*“⁵⁶ Infantilizaci jsem nezaznamenala u všech ošetřujících, zjistila jsem však, že sklon k infantilizování klientů se nejvíce ukazuje u mladších členů zdravotnického personálu. Klientovi se dostává pochválení nebo napomenutí, ale jak je zjevné, samotní klienti na to svým chováním nemají vliv - pochvala či napomenutí jsou vyjadřovány ve spojitosti s tělesnými procesy, k tomu některé pochvaly, například v případě klientova vyprazdňování, mohou postrádat smysl - jednalo se jen o klientovu potřebu, ne o chování klienta se snahou o to, aby byl pochválen.

Důvodem užívání infantilních výrazů může být, že vykonávaná činnost je namáhavá a spojená s „nepříjemnými“ a komplikujícími podmínkami. Například v případě vyměšování pleny se jedná o činnost sice nepříliš náročnou, za to kvůli zápachu pro většinu jistě nepříjemnou až odpornou. Pokud je plena čistá, následuje kladná reakce v podobě pochvaly, jelikož se ošetřující nemusí trápit se zápachem a úklidem pleny, v případě plné pleny je tomu naopak. Podobně je tomu při stravování. „*Vy jste to všechno spapala? No vidíte, jak jste šikovná!*“⁵⁷ V případě, kdy klient odmítá jíst, následuje napomenutí a pohružka, že budou hladem nebo budou „*napíchnutí*“ na umělou výživu, což pro klienty určitě nepředstavuje nic příjemného. Ve spojitosti se stravováním, kdy jeden z klientů upustil lžičku s jídlem do peřiny nebo vylil čaj, se objevovala tendence ke zdětinštění také. „*Podívejte na to, vy jste ale čuně.*“

⁵⁸ Dalším důvodem je zajisté stav některých klientů. Pokud klient mluví s obtížemi, musí se

⁵⁵ Terénní poznámky.

⁵⁶ Terénní poznámky.

⁵⁷ Terénní poznámky - ošetřovatelka Daniela při sklizení nádob po obědě.

⁵⁸ Terénní poznámky - ošetřovatelka Marie při zjištění, že jeden z klientů upustil lžičku s jogurtem do peřiny.

přebalovat, nemá zuby apod., může ho ošetřující vidět jako dítě a podle toho se k němu tak chovat.

8.2 Důstojnost

I v ošetrovatelské péči, kde ošetrovatelé pracují se starými nemohoucími klienty, kteří nejsou schopni sami se najíst a vyprázdnit, čímž se stávají závislími a odkázanými na každodenní péči ošetřujících, musí být zachována důstojnost každého klienta. Klient v takové situaci nedokáže plnit své role a v důsledku toho může ztratit pocit vlastní ceny a úctu k sobě samému (dochází k devaluaci vlastní osoby), jelikož neschopnost vykonávat obvyklé činnosti a ztráta nezávislosti ho může zanechat v nedůstojné pozici. (Dvořáčková, 2012) Pojmu důstojnosti rozumím podle Holmerové jako „morální, etické kategorie zdůrazňující vědomí člověka o významu osobnosti a o uznání jeho práv.“ (2007, str. 29)

U osob s Parkinsonovou chorobou a podobnými onemocněními, které jsou doprovázeny demencí a kognitivními poruchami, se může zdát, že důstojnost pro nemocné nemá již žádnou hodnotu a podle toho s nimi ošetřující mohou jednat. Předpokládá se, že ošetřující vytvoří s klientem partnerský vztah, který bude založen na úctě a respektu, ale právě v případě, kdy je nemocný klient křehký a nesoběstačný, může být tento vztah narušen ze strany pečujících zdravotníků neuctivým a nevhodným jednáním.

Existuje mnoho faktorů, které vedou k porušování či ztrátě důstojnosti. Hrozenská s Dvořáčkovou jsou toho názoru, že za tím stojí věková diskriminace starých osob neboli ageismus, který pramení v preferenci mládí před stářím, neúctě a averzi vůči starým. (2013) Kalvach vidí porušení důstojnosti nemocného člověka jako důsledek vyčerpání spojeného se syndromem vyhoření, bezbranností pacientů způsobenou poruchami či trvalým upoutáním na lůžku nebo nedostatečnou edukací ošetřujících. (2008)

Kromě oblasti komunikace, které jsem se věnovala v první části této kapitoly, jsem se ve svém pozorování zaměřila na několik dalších projevů nedostatku důstojnosti v péči, které uvádí ve své publikaci Holmerová: zanedbávání, nahlížení klienta jako věci a nerespektování intimity a studu. (2007)

Při pozorování provádění ošetrovatelských povinností mi nepřišlo, že by někdo z ošetřujících svou práci zanedbával. Všichni klienti byli vždy umytí, v čistém pyžamu i povlečení a byly jim pravidelně podávány léky a strava. Při každé „nehodě“ spojené s vyměšováním byl klient přebalen, v případě potřeby i umyt. Určitá míra zanedbání by se však mohla najít v psychické rovině, kdy byly ošetrovatelské úkony prováděny ve spěchu, lhostejně bez povšimnutí klienta nebo bez jeho souhlasu (například když byl v otupělém

stavu), což mohlo mít neblahý vliv na psychiku klientů, i když se zdálo, že svět kolem sebe nevnímají. I přesto, že péče ze strany některých pracovníků byla poskytována chladně a přezíravě a mohla působit, jako by ošetřující pracovali spíše s objektem než s člověkem, péče byla poskytována kvalitně a dostatečně.

Chladnost a přezíravost se kromě rozhovorů ošetřujících na pokoji klientů objevila i při vykonávání práce ošetřovatelů, v jejich výpovědích podaných při rozhovoru nebo během při běžné vzájemné komunikaci mezi členy personálu. Týkalo se to především výpovědí o klientech, kteří byli často nazýváni jako *ti staří, starý lidi* - „*my ty starý lidi krmíme, mejeme, staráme se o ně.*“ V části o komunikaci jsem již zmiňovala Radkovo nevhodné označení klientů jako *parkinsonáků a alzheimeráků*. Co se týká dalších nevhodných slovních výrazů, ty se objevovaly především v situacích, kdy klient opakovaně potřeboval výměnu plné pleny nebo z důvodu zápachu na pokoji. „*Jak ve chlívků!*“, „*Tady to je to jak u prasat. Kterej z Vás to pustil do kalhot, co?*“⁵⁹ Jednalo se však pouze o chvíle, kdy ošetřující musel vykonat nepříjemnou činnost a „ztratil u toho nervy“, nešlo o trvalý jev, který by se vyskytoval pravidelně za účelem určitého klienta urazit.

8.2.2 Narušení soukromí a intimity klientů

Oblasti soukromí a intimity klientů jsem při pozorování věnovala velkou pozornost, proto je rozebírám od ostatních problematických aspektů odděleně. Pozorovala jsem, kdy dochází k jejich narušení anebo jak mu naopak ošetřující předcházejí.

Soukromí klientů na pokojích je většinou narušeno zejména přítomností jednoho či dvou dalších klientů ležících na pokoji. To je z důvodu kapacity neřešitelné a v případě klientů s omezeným vnímáním na jednom pokoji to není až tak závažný problém. Navíc jsou v každém pokoji neprůhledné rolovací závěsy zelené barvy táhnoucí se od stropu až k podlaze, které oddělují alespoň lůžka a malý prostor kolem něj a klientovi tak poskytují větší soukromí. Závěsy však nedokážou zajistit soukromí při rozhovorech a k tomu jsou nedostatečně široké, a tak nepokryjí celý výhled na lůžko druhého klienta. Všimla jsem si však, že jak návštěvy klientů, tak zdravotnický personál příliš často závěsy nevyužívá, a to ani v takových choulostivých situacích jako je přebalování. Vliv na používání závěsů měl také stav vědomí klientů na pokoji. Celkově jsou pokoje uzavřené a nepříliš přizpůsobené dohledu personálu či snadnějšímu přístupu ke klientům. Za narušení soukromí mohou být považovány

⁵⁹ Terénní poznámky.

otevřené dveře pokojů, ale na druhou stranu to ošetřujícím usnadňuje kontrolu ležících klientů.

Intimitu chápu jako součást soukromí klienta, proto je i její zajištění zásadní. Klienti na sobě nemají erární pyžama či nemocniční anděly, ale jsou oblečeni do vlastních pyžam. Ti klienti, kteří jsou stále schopní volného pohybu, nosí župany. Nehrozí tu tedy narušení intimity tím, že by některý z klientů byl ponechán nahý. Tak je tomu pouze při převlékání, toaletě či následné očištění po vyměšování. Z ranní očisty celého těla je však klient přivezen již zcela oblečený, takže je respektován stud klienta a nepřichází k nepříjemným situacím.

8.3 Etika v ošetrovatelské péči

V této části se zaměřuji na to, jakým způsobem a v jaké míře jsou uplatňovány etické zásady v praxi. Snažila jsem se také získat data o vnímání těchto zásad ze strany samotného zdravotnického personálu, jehož jednání principy ošetrovatelské etiky ovlivňují největší mírou.

Samotnému pojmu etiky rozumím tak, jak ji ve své publikaci vysvětluje Sokol, tedy ve smyslu praktické filosofie, která se zabývá lidským jednáním, rozhodováním a hodnocením (co je dobré či správné), ale i jeho jejich omezeními a důsledky. Praktičnost spočívá ve snaze pomáhat člověku v tíživých situacích, ve kterých si člověk není schopen pomoci sám, jelikož je nesoběstačný a závislý na druhých. (2010) Etika vzniká tedy v závislosti na situaci, kdy se člověk cítí být zodpovědný za pomoc druhému člověku v tísní, tudíž psaná pravidla a principy, které jsou obsahem etických kodexů, hrají malou roli. Z toho vyplývá, že neznalost obsahu etických příruček (která se ukáže ve výpovědích v následující části) nutně neznamená, že etický přístup není uplatněn vůbec.

Svou morálku čili etiku a určité povinnosti má každý obor lidské činnosti a stejně tak i obor ošetrovatelství. V ošetrovatelství však základem nejsou jen specifické povinnosti, ale navíc také rozhodování o tom, co klientovi prospěje nejvíce, co podpoří jeho soběstačnost a autonomii či o tom, jak zajistit, aby byla respektována jeho důstojnost a vůle. Ošetrovatelská etika je tedy to, co se týká dobra, prospěchu nebo škody a ublížení nemocnému klientovi, přičemž morální dopad mají všechny ošetrovatelské úkony. (Kutnohorská, 2007)

Jak již bylo uvedeno v úvodní části, etický přístup personálu ke klientovi jsem hodnotila podle kritérií Kutnohorské: podpora autonomie a soběstačnosti, podpora rozvoje osobnosti a respektování důstojnosti a hodnoty života klientů a zabezpečí jeho kvality. (Kutnohorská, 2007) Podle těchto principů jsem se řídila při pozorování interakcí mezi aktéry.

8.3.1 Hlavní zásady a etické kodexy

Poskytování zdravotní péče a s ní spojenou problematiku lidské důstojnosti právně upravuje *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti*, která se snaží zajistit ochranu důstojnosti a svébytnosti všech klientů a integritu jejich osoby, práv a svobod ve zdravotní péči. Zákon 20/1966 Sb. vyžaduje od pracovníků ve zdravotnictví svědomitost, poctivost, hluboký lidský vztah k občanům a vědomí odpovědnosti ke společnosti. Důležitým ve zkoumané oblasti je etický kodex *Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících* nebo *Praktické doporučení SCIE⁶⁰ k zajištění lidské důstojnosti při poskytování péče*, které zahrnuje principy spojené s respektem, sociální inkluzí, komunikací, autonomií, zajišťováním soukromí, hygienou a dalšími aspekty.

8.3.2 Ošetřovatelská etika v reflexi zdravotnického personálu

Jelikož jsem se zabývala problematickými oblastmi vztahu mezi klientem a ošetřovatelem, k nimž dodržování etických zásad za jisté patří, mým cílem bylo tyto oblasti najít a charakterizovat, ale současně jsem se snažila zjistit, jak tyto problémy vnímají pracovníci, jak je řeší a co je podle nich hlavní podstatou etického přístupu.

Během výzkumu jsem měla možnost nahlédnout do etického kodexu pracovníků domova pro seniory a několika podobných příruček. Byly uloženy ve stole v sesterské místnosti a vypadaly, jako by je předtím nikdo ani neotevřel. „*Ani jsem nevěděla, že tady něco takového máme schovaný*“, ⁶¹ dodává Pavla se smíchem. Při zjišťování, zda se o etice ošetřovatelé učili na školách nebo seminářích, Marie odpověděla: „*Tak nějak víme, co se od nás čeká. Ono se to naučit stejně snad ani nedá, člověk se do toho prostě musí dostat a k tomu mu nějaká brožurka nepomůže*.“ „*Na střední jsem se učil jen samý základní věci, to až na vošce do nás pořád hučeli etika, etika! A nějak to ve mně zůstalo. Myslím, že můj přístup k nemocným je ale díky tomu správněj*.“ ⁶²

Když jsem se jednotlivých ošetřovatelů zeptala, co si představují pod pojmem ošetřovatelské etiky, dostávalo se mi různých a někdy neurčitých, obecných odpovědí. „*Etika je určitě důležitá. Nemůžeme se k nemocným chovat, jak se nám zachce*“, ⁶³ říká Pavla a víc k tomu nedodává. Hana odpovídá: „*Tak musíme se o ně umět postarat, rozumět jim, aby se*

⁶⁰ Social Care Institute for Excellence, instituce snažící se zvyšovat úroveň poskytování sociálních služeb a za tím účelem vytváří standardy do sociální péče.

⁶¹ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶² Polostrukturovaný rozhovor.

⁶³ Polostrukturovaný rozhovor.

cítily dobře. K tomu musíme vědět, jak jim pomoci, co můžeme a co nemůžeme a takový věci. To k tomu prostě patří.“⁶⁴ Odpovědi dalších ošetřujících byly velmi podobné a bylo z nich zřejmé, že etické zásady ošetřující ztotožňují s pravidly slušného chování.

Při tázání, které z etických principů považují členové personálu v ošetrovatelské péči za nejdůležitější, většina zmínila ochranu soukromí a intimity (*„aby se nikde nikdo neukazoval nahatej“*, *„od toho jsou na pokojích závěsy.*“) Tomáš navíc dodává: *„Důležitější je taky respekt vůči všem, ať už jsou v jakýmkoli stavu,*“⁶⁵ což ve své výpovědi zmiňuje i Iveta: *„S uživateli musíme jednat s úctou a pochopením a snažit se jim nějak přizpůsobit.*“⁶⁶ Jaroslava dodává: *„Musíme myslet na to, že ti lidi tady jsou v poslední etapě života, a tak si zaslouží cítit úctu, v určité míře spokojenost a povzbuzení, aby na sebe mohli být hrdí, když to jde.*“⁶⁷ Tomáš klade také velký důraz na komunikaci. Ošetřující tedy sice věděli, jak by etický přístup měl vypadat a podle toho také odpovídali, ale jejich vykonávání práce vypovídalo o něčem jiném. Jak jsem již zmiňovala, ošetřující většinou při úkonech nezatahují závěsy, které by mohly zajistit určité soukromí a berou na lehkou váhu to, že druhý klient, ačkoliv se nezdá, je při vědomí a vše vidí.

Když měl personál celkově zhodnotit uplatňování etických principů na jejich patře, všichni, až na Tomáše, se shodli na tom, že nedochází k žádným vážným problémům a že je jejich etický přístup je správný a neustále přítomný. Tomáš však popuzeně říká: *„Já se snažím s pacientama trávit hodně času, trochu je povzbudit, pokecat si, když je to možný. Nechci působit, jakože tady toho dělám nejvíce a nejlíp, ale tu snahu moc u ostatních nevidím, udělej si svoje a odejdou. Dalo by se tady toho hodně vylepšit, ale on na to jeden nestačí, že jo.*“⁶⁸ Myslela jsem si, že kritičtí budou zejména pracovníci vyššího věku, jelikož mají s prostředím a interakcí s klienty zkušenosti, a tak vědí, co je potřeba dělat a jak by to mělo vypadat. To mi však vyvrátil Tomáš a jeho odpovědi. Zdálo se mi, že Tomáš si nejvíce uvědomoval nedostatky komunikace s klienty a etiky, kterých si ostatní členové zdravotnického personálu nebyli vědomi nebo se je snažili přehlížet. Roli v tom může hrát vzdělání, ve kterém mohl být v každém případě kladen důraz na jiné aspekty poskytování péče, tudíž některé potřebné znalosti z oblasti etiky mohly u některých ošetřujících chybět, jelikož se vzděláním lišili nebo mohly být u starších pracovníků i zapomenuty. Předpokládala jsem, že uplatňování etických zásad bude také ovlivněno syndromem vyhoření, který má negativně dopad na používání

⁶⁴ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶⁵ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶⁶ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶⁷ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶⁸ Polostrukturovaný rozhovor.

a vnímání etiky a především komunikaci s pacientem, avšak k tomu docházelo v určité míře jen v případě zmiňované Oldřišky.

Jak je tedy patrné, s uplatněním etiky se váže mnoho problémů, z nichž většina tkví zejména v zanedbání či zapomenutí jejího užití. Sokol příčinu tohoto problému vysvětluje takto: „O věcech, o nichž se přestane hovořit, vzniká dojem, že přestaly být. Musí se o nich hovořit často, aby se na ně nezapomnělo. Občas vzniká dojem, jako kdyby veřejnost na mravní otázky prostě zapomněla.“ (2010, str. 21-22) Prvním důvodem nedostatečného či nesprávného etického přístupu je tedy fakt, že etika není hlavním tématem diskuzí.

V ošetrovatelství je oblast etiky zastíněna zájmem o problémy spojené s kvalitou zdravotních služeb a nedostává se jí tak dostatečného prostoru. Sokol doplňuje: „O tom, čím se ve svých jednáních řídíme (etika), nemluvíme také proto, že to neumíme.“ (2010, str. 22) Druhá příčina pramení z neznalosti potřebných způsobů komunikace a navazování vztahů, což může být zapříčiněno nedostačujícími schopnostmi ošetřujících. Úkolem etiky je podle Sokola „nabrousit jazykové nástroje.“ (2010, str. 22) V tomto případě podle mě není úkolem ošetřujících naučit se ovládat jen nástroje jazykové či komunikační, ale i „psychologické“, které by přispěly k empatii a úctě vůči klientům.

9. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit, jak ve sledovaném domově pro seniory přistupují členové ošetřujícího personálu ke geriatrickým osobám, jejichž stav je komplikován fyzickými a kognitivními obtížemi způsobenými Parkinsonovou chorobou. Svě vlastní zkušenosti, které jsem získala jako dobrovolnice, jsem do výzkumu nezapojila, jelikož mým záměrem bylo poznat přístup ke klientům pouze ze strany ošetřujícího personálu, který je s nimi ve styku dennodenně. Tudíž jsem do něj nezahrnula ani interakci klientů s fyzioterapeutem a dalšími pomáhajícími osobami, u kterých jsem sice měla možnost být, ale jelikož v jejich případě docházelo jen k občasným návštěvám a interakce probíhala v mnohem větší míře než v případě zdravotních pracovníků.

Od ošetřujících se očekává nejen zajištění ošetrovatelských služeb a biologických potřeb klienta, ale také zabezpečení jeho psychické pohody a klidu a splnění dalších individuálních požadavků. Na kvalitu poskytování těchto služeb a činností má vliv několik faktorů, které jsem se snažila ve sledovaném prostředí zachytit.

Prvním faktorem ovlivňujícím přístup ošetrovatelů ke klientům byl vliv samotné instituce domova pro seniory. Pod tímto vlivem se ošetřující soustředí při práci spíše na výkony a plnění pracovních povinností a nejsou přizpůsobeni individuálním potřebám každého z klientů. (Holmerová, 2007) Tak tomu bylo i v pozorovaném zařízení. Stejně jako já, tak i jiní příchozí by mohli být oklamáni klidnou a vstřícnou atmosférou, která ve sledovaném úseku panovala po většinu času stráveného v zařízení, kdy se mi zdálo, že za každým úsměvem a vřelým gestem ošetřujícího stojí velký zájem a snaha o blaho každého klienta. Poskytování péče se skládalo však jen ze základních úkonů, jako například podávání léků či přebalování. Způsob provádění těchto činností na mě působil, jako by je ošetřující vykonávali bez rozmýšlení a automaticky, a to především z toho důvodu, že u každého klienta probíhalo ošetřování ve stejné podobě a za použití stejných či podobných slov. Za příčinu považuji v případě některých ošetřujících vyšší věk a tedy i delší dobu strávenou v tomto oboru, čímž by mohlo dojít k jakémusi zpasivnění a uvyknutí si. U ostatních členů personálu důvodem mohl být nedostatečný zájem o klienta jako individuálního člověka se svými potřebami a jeho přehlížení a naopak pouhé zaměření na vykonání svých pracovních povinností. Určitý vliv připisuji i syndromu vyhoření, na který jsem se však kvůli nedostatku času nemohla zaměřit podrobněji. Klienti, z nichž většina byla trvale upoutaná na lůžko, a jejich vědomí bylo často omezené, byli vnímáni, jakoby ztratili veškeré schopnosti komunikace, rozhodování či

jakékoliv reakce a nebylo s nimi tedy zacházeno jako s rovnocennými partnerem či spolupracujícími.

Měla jsem pocit, že za tímto nezájmem většiny ošetřujících přidat něco k ošetřovatelským úkonům mohlo být očekávání, že se toho ujmu já a další přítomní dobrovolníci. Vypadalo to, jakoby zajištění „toho navíc“ bylo jen naší odpovědností a personál se nemusel o nic snažit. Uznávám, že komunikace s klienty a výpomoc je úkolem náplní činnosti dobrovolníků, ale pouze z části - dobrovolníci jsou tu od toho, aby pomohli či asistovali starým nemohoucím klientům, ale ne proto, aby v této oblasti zcela převzali část práce zdravotnického personálu.

Důležitou roli hrál také stav vědomí klientů. Od něj se odrážela kvalita činností, komunikace i dodržování etických zásad. Pokud se klient nacházel v omezeném stavu vědomí a byl po většinu času zmatený, práce byla náročnější. Ošetřovatelské činnosti byly u těchto osob prováděny rychle, ve spěchu a bez čekání na reakci ošetřovaného a často z těchto důvodů byly provedeny nekvalitně (například klient byl špatně oholený, na stolku u klientova lůžka stála plastová láhev s vodou, kterou však klient nebyl schopen sám otevřít apod.).

V oblasti komunikace se objevovaly tři typy - komunikace z povinnosti, vlídná a komunikace s nepříjemným podtónem. Tyto typy se od sebe lišily obsahem i způsobem, jakým byly vedeny. V pozorovaném úseku převažoval první typ, tedy rezervovaná komunikace z povinnosti. Vlídná komunikace se objevovala jen v interakci s klienty v plném vědomí. K tomu by podle mnoha publikací nemělo docházet a ošetřovatelé by stav klientů neměli podceňovat, protože i když se zdá, že nemocný nevnímá, může se to jen zdát. Poté se „odfláknutý“ klient může cítit špatně, což nepříznivě ovlivňuje jeho psychiku. Zgola ve své publikaci říká: „Opravdová komunikace není pouhá fyzická blízkost ani výměna informací nebo myšlenek. Je v tom ještě něco jiného: Je to přítomnost mého „já.“ (2003, str. 139) Autorka zde připisuje vliv nejen fyzické přítomnosti osoby ošetřovatele, ale za důležité považuje především, aby klient cítil, že je stále brán jako člen společnosti a byl za tím účelem povzbuzován ke komunikaci. Tak tomu však nebylo ani u klientů s vědomím, kdy jsem nezaznamenala téměř žádné situace, kdy by si jeden z ošetřujících udělal čas a posadil se k ležícímu klientovi a začal s ním vést rozhovor. Bylo tomu spíše tak, že klientům na pokoji pustil jen televizi nebo rádio a vrátil se do denní místnosti za ostatními. Pokud některý z ošetřujících jevil zájem o navázání komunikace s klientem, bylo tomu tak jen v případě nejmladších členů personálu. Ošetřující komunikující s klienty nedbali ani na to, aby se pohybovali v zorném poli klienta, což by komunikaci zajisté usnadnilo. Z důvodu poměrně

krátké doby výzkumu však nemohu posoudit, zda tomu tak bylo ve všech případech, jelikož jsem neměla možnost pozorovat všechny interakce.

Při interakcích nezáleželo jen na stavu klienta, ale také na osobě ošetřujícího. Zde hrála roli psychická zátěž zaměstnání, syndrom vyhoření a popřípadě věk. Tento jev byl zaznamenán především u ošetřovatelky Oldřišky, která nejvila o klienty patřičný zájem. Na interakci měla také vliv momentální nálada či psychické rozpoložení jak ošetřovatele, tak klienta. Při špatné náladě ošetřovatele se ošetřovatel snažil provést úkony co nejrychleji a co nejvíce si je proto usnadňoval, například jeden z klientů požádal ošetřujícího, aby mu pomohl dojít na toaletu, ale ten mu dal jen plenu. Je tedy zřejmé, že v těchto situacích ošetřující nehleděli a ani se nesnažili o klientovu soběstačnost, naopak hleděli na rychlost provedení, aby si co nejrychleji oddělali to své a „měli pokoj.“

V oblasti etických zásad jsem se nejvíce zaměřila na respektování důstojnosti a soukromí všech klientů s Parkinsonovou chorobou. Jak jsem předpokládala, u klientů s omezenějším vědomím docházelo k porušení těchto zásad nejčastěji, což bylo zřejmé ze způsobu provádění ošetřovatelských činností. Oblast intimity byla v tomto případě narušena zejména častým opomináním přítomnosti dalších klientů a nepoužíváním závěsů, které by lůžka klientů alespoň do určité míry oddělily. Zásadní význam tato skutečnost měla při výměně plen a podobných úkonech. Ve výpovědích ošetřující často závěsy zmiňovaly, ale jejich používání se při pozorování nepotvrdilo. Usuzuji, že k těmto nedostatkům docházelo především kvůli tomu, že pro ošetřující zabezpečení soukromí a intimity při poskytování péče není podstatné nebo si své nedostatky neuvědomují. Roli zde může hrát také nedostatečná informovanost o etických principech v ošetřovatelské praxi.

I přes tyto vážné nedostatky v etickém přístupu byl zdravotnický personál většinu času pozitivně naladěný a povinnosti vykonával bez závažnějších problémů. Atmosféra na pracovišti mi přišla pohodová a uvolněná, což mohlo být způsobeno tím, že prostředí domova pro seniory není v takové míře neosobní jako například prostředí nemocničního oddělení. Ačkoli jsem se v několika případech setkala s neosobním jednáním s klientem jako s objektem, ošetřující své klienty a jejich potřeby znali a jednali s nimi jako s konkrétními lidmi. To je ovlivněno zejména delší dobou pobytu klientů v zařízení, které je pro téměř všechny místem dožití. Vzniká tu tedy větší prostor pro osobnější a důvěrnější vztahy, což je však omezeno stavem vědomí některých klientů.

I když prostředí působí přátelsky a vlídně, jak již bylo zmíněno, přístup a zájem o klienty bych charakterizovala spíše jako odměřený, profesionální než jako vstřícný a laskavý. Vztahy mezi ošetřujícími a klienty s Parkinsonovou chorobou ve valné většině postrádaly důvěru

a snahu o spolupráci a soběstačnost. Ze strany ošetřujících se neuplatňovaly žádné speciální dovednosti a hodnoty, které by interakce s klienty zkvalitnily či podpořily klienty k vybudování osobnějšího vztahu.

Z výpovědí a pozorovaných situací je očividné, že ve vztahu mezi ošetřujícím a klientem vzniká prostředí úcty, kterou vzbudila nemohoucnost a bezbrannost starého a nemocného člověka. Jelikož vztah mezi ošetřujícím a klientem je však nevyvážený, je otázkou, jaký význam zde úcta vůbec má. Úcta je ocenění osobnosti druhého a vyzdvižení jeho schopností. Podle Sokola úcta začíná ve chvíli, kdy si člověk sám všimne něčeho výjimečného na druhém člověku, přičemž je tato výjimečnost do jisté míry skrytá - v případě vážně nemocného pacienta tato výjimečnost spočívá zejména v boji proti nemoci a nevzdávání se. Z této výjimečnosti druhého by měla pramenit úcta ke druhému, nikoli závist či zlomyslnost, což je však komplikované, jelikož „co vyniká, to také provokuje.“ (2008, str. 119) Nejen že si tohoto člověka vážíme, ale chtěli bychom se mu i v jeho výjimečnosti podobat a právě úcta odráží naše uvědomění, že k této výjimečnosti máme ještě daleko. Svými slovy bych úctu ve spojitosti se vztahem ošetřujícího a nemocného klienta popsala jako: „pokud snášíš velkou bolest a trápení, ale nevzdáváš se a stále bojuješ, zasluhuješ mé uznání a pomoc.“ Úcta se tedy projevuje vůči druhým lidem a vyjadřuje, jakou hodnotu těmto lidem přikládáme, z toho tedy plyne, že úcta je mnohem více než být jen taktním či slušným člověkem.

Uvědomělé užití etického přístupu se tedy projevovalo spíše jen na úrovni projevování úcty než stále přítomnou a trvalou empatií ošetřujících. Je to zejména z toho důvodu, že požadavek stálého empatického soucítění a vžití do role pacienta je nezvládnutelný, jelikož empatie je sice ohromná vlastnost, ale za to velice zatěžující lidskou psychiku. Ošetřující pracovník by tak byl vystaven plné zátěži a nedostalo by se mu možnosti polevit a jeho psychické vyčerpání by tak následovně mohlo vést k dalším komplikacím znemožňujícím poskytování kvalitní péče a budování kvalitního vztahu, například k tomu, že by ošetřující tuto empatickou složku „vypnul“ při zátěžových situacích, které by se mohly vymknout jeho kontrole. Proto je důležitějším projevem a tvůrcem etického přístupu profesionálních ošetřovatelů i dalších zdravotních pracovníků právě úcta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměň. vyd. Praha: Karolinum, 2011.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012.

GOFFMAN, Erving. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: Anchor books, 1961.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

HEŘMANSKÝ, Martin. E_Úvod do společenských metod. *Kvalitativní analýza dat* [online]. Praha : FHS UK, © 2009/2010 [11. 3. 2016]. Dostupné z: <<http://www.moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>>.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013.

CHVISTKOVÁ, L. Výzkumný vztah jako sdílení zkušenosti s druhými lidmi. *Biograf* (35), 2004, 28 odst.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a TREZNEROVÁ, Ivana. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada).

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada).

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada).

MZCR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZCR. [11. 3. 2016].
Dostupnost z <http://www.mzcr.cz/>

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1995.

NOVOTNÁ, Hedvika. E_Úvod do společenskovedních metod. *Kvalitativní strategie výzkumu* [online]. Praha : FHS UK, © 2009/2010 [11. 3. 2016]. Dostupné z:
<<http://www.moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>>.

OAKLEY, Ann. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000.

Parkinson Help. *Tisková zpráva* [online]. Parkinson Help. (2014). [10. 4. 2016]. Dostupnost z
<http://parkinson-help.cz/tiskova-zprava/>

ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen. *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf, 2009.

SEIDL, Zdeněk, OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004.

SCHWARZ, Shelley Peterman. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008.

SOKOL, Jan. *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008.

SOKOL, Jan. *Etika a život: pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2010.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007.

ZACHAROVÁ, Eva. *Motivační faktory v sesterském povolání* [online]. Sestra. (2010). [15. 5. 2016]. Dostupnost z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/motivacni-faktory-v-sesterskem-povolani-452655>

ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada).