

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce
Miloš Kukačka, DiS

Interakce středního zdravotnického personálu s pacienty na ARO

*Etnografická studie zaměřující se na některé
etické aspekty ošetrovatelské péče*

vedoucí práce: Mgr. Hedvika Novotná
Praha 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou práci vypracoval samostatně s použitím uvedených pramenů a literatury, které byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 6. 6. 2011.

.....

Miloš Kukačka, DiS

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval především všem zdravotním sestřám, které se podílely na mém výzkumu za trpělivost, se kterou tolerovaly mou přítomnost a odpovídaly na mé dotazy. Času a energie, jež mi v průběhu svého pracovního nasazení věnovaly, si velmi vážím. Můj dík samozřejmě patří také vedení oddělení, které mi umožnilo přístup do tohoto velmi zajímavého prostředí a v neposlední řadě také ostatnímu personálu oddělení, se kterým jsem v průběhu výzkumu přišel do kontaktu.

Dále bych velmi rád poděkoval vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Hedvice Novotné, která mě v průběhu celé naší spolupráce trpělivě prováděla všemi úskalími etnografického výzkumu, se kterým jsem do té doby neměl žádné zkušenosti. Bez jejích rad, typů a inspirujících rozhovorů bych jen stěží dokázal svou výzkumnickou prvotinu zpracovat do předkládané práce.

Musím též poděkovat svému kolegovi Radku Žárskému za pomoc při vytváření příloh zobrazujících plánů oddělení. Trpělivě snášel moje mnohočetné požadavky a přepracovával své návrhy až do jejich finální podoby. Velmi věrohodně působí zejména jeho 3D zobrazení.

A konečně musím vyjádřit velký dík také své rodině, zejména manželce. Děkuji jí nejen za její trpělivost, díky níž jsem mohl tento časově poměrně náročný výzkum uskutečnit, ale zejména za její celkový přístup k mému studiu, kterým mi významně pomáhá k jeho úspěšnému zakončení.

Obsah:

1. ÚVOD	5
2. TEORETICKÁ ČÁST	7
2.1. Reflexe literatury	7
2.2. Výzkumný cíl	9
2.2.1. Praktická doporučení SCIE	10
3. METODOLOGIE VÝZKUMU	14
3.1. Výzkumná strategie	14
3.2. Výběr vzorku a prostředí výzkumu	14
3.3. Techniky sběru dat	16
3.4. Analytické postupy	19
3.5. Hodnocení kvality výzkumu	19
3.6. Etické otázky výzkumu	21
3.7. Reflexe výzkumu	22
4. PROSTŘEDÍ VÝZKUMU	27
4.1. Oddělení	27
4.1.1. Stavební dispozice oddělení	27
4.1.2. Lůžko a prostor kolem něj	28
4.1.3. Režim oddělení	29
4.1.3.1. Denní směna	29
4.1.3.2. Noční směna	31
4.2. Personál	32
4.2.1. Kvalifikace středního zdravotnického personálu	32
5. KOMUNIKACE	34
5.1. Formy komunikace	34
5.1.1. Formální způsob komunikace	34
5.1.2. Vřelý způsob komunikace	35
5.1.3. Nepříjemný způsob komunikace	37
5.2. Kvalita komunikace	40
5.2.1. „Přesná a výstižná“	40
5.2.2. „Něco chybí“	42
5.2.3. „Beze slov“	43
5.3. Vlivy působící na formu a kvalitu komunikace	44

5.4. Komunikace personálu v přítomnosti pacienta	45
5.4.1. Rozhovor s účastí pacienta	45
5.4.2. Rozhovor bez účasti pacienta	46
5.5. Rozhovor o pacientovi v jeho nepřítomnosti	47
5.6. Komunikace s neverbálními pacienty	48
5.7. Eufemismy	49
5.8. Síla hlasu	50
5.9. Komunikace jako jeden z faktorů preference pacientů	50
6. SOUKROMÍ A INTIMITA PACIENTŮ	54
6.1. Soukromí pacientů	54
6.1.1. Stavební dispozice oddělení	54
6.1.2. Závěsy	54
6.2. Intimita pacientů	56
6.2.1. Nahota pacientů	56
6.2.2. Situace, při kterých dochází k narušování intimity pacientů	57
6.2.2.1. Hygiena pacientů	57
6.2.2.2. Očista pacientů po stolici / utírání zadku	63
6.2.2.3. Provádění výkonů a vyšetření	63
6.3. „Zapečování“ pacientů jako měřítko kvality ošetrovatelské péče	64
7. ETICKÉ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V REFLEXI ZDRAVOTNÍCH SESTER	66
7.1. Etické kodexy	66
7.2. Etický přístup	67
7.3. Uplatňování etického přístupu na ARO	69
8. ZÁVĚR	72
SEZNAM LITARATURY A PRAMENŮ	81
PŘÍLOHY	83

1. ÚVOD

Práce s lidmi je vždy náročná. Je při ní zapotřebí pozorně naslouchat, vhodně reagovat, správně se chovat a ovládat mnoho dalších aspektů lidské interakce. Pracujeme-li navíc s lidmi, kteří jsou odkázáni na naši pomoc, jsou nároky na výše zmíněné atributy ještě vyšší a vykonávaná práce ještě náročnější. A přesně takovou práci vykonává zdravotnický personál. Tento pojem samozřejmě zahrnuje mnoho jednotlivých profesí, jež spolu vzájemně spolupracují, doplňují se a občas spolu i trochu soupeří. Troufám si však tvrdit, že všem jde v první řadě o vysoce kvalitní a komplexní péči poskytovanou všem pacientům.

Všichni zdravotníci samozřejmě vědí, jakým způsobem by tuto péči měli správně poskytovat a co všechno by měla obsahovat. Protože jsem však sám jedním z nich a ve zdravotnictví se pohybuji již přes deset let, vím, že se občas teorie s praxí poněkud rozchází. Někdy se daří naplňovat schválené standardy, závazné předpisy a jiná ustanovení, jichž neustále přibývá, lépe a někdy hůře. Samotný přístup k pacientům je, zdá se, touto narůstající agendou rovněž ovlivňován. V mnoha zdravotnických diskusích je možné zaslechnout debaty o tom, že formulářů přibývá a na péči o pacienty je stále méně času. Přesto i nadále zůstává základem pracovní náplně zdravotních sester. A právě činností této profesní skupiny jsem se ve své práci zabýval.

Práce sester však zahrnuje velké množství rozličných činností. Bylo tedy nezbytné stanovit si, na které z nich se zaměřím. Z vlastní zkušenosti jsem měl pocit, že obecně je poměrně velká pozornost věnována odborné přípravě sester. Velký důraz je kladen na teoretické znalosti a orientaci v mnoha lékařských oborech a relevantních vědeckých disciplínách. Jedné z nich je však podle mého soudu věnována nedostatečná pozornost. Paradoxně má právě tato disciplína velmi podstatný vliv na přístup zdravotníků k pacientovi. Učí nás, jaký přístup volit při komunikaci a jednání s pacientem. A to není málo, neboť to se ukazuje jako jeden z dominantních faktorů ovlivňující celkovou spokojenost pacienta s poskytovanou péčí. Touto disciplínou je etika.

Svou pozornost jsem tedy zaměřil na etické aspekty ošetrovatelské péče. Tato oblast sesterské péče je však stále ještě příliš široká na to, aby mohla být v rozsahu bakalářské práce komplexně prozkoumána. Ačkoliv jsem se tedy etickému přístupu věnoval jako celku, přece jen jsem se hlouběji zaměřil jen na jeho určité aspekty. Šlo zejména o komunikaci s pacienty a oblast zajišťování jejich soukromí a intimity.

Protože mi šlo o zjištění skutečného stavu věcí, musel jsem práci sester sledovat přímo v jejich pracovním prostředí. Pro studie, jejichž tématem je zkoumání sociální reality, jsou nejvhodnější kvalitativní sociálněvědecké přístupy, přičemž ideálním byla etnografie. Tato

bakalářská práce má tedy být etnografickou studií zabývající se některými etickými aspekty činnosti zdravotních sester v rámci ošetrovatelského procesu.

Podle Hrešanové (2008) vztah a interakce mezi poskytovateli zdravotní péče a jejími uživateli patří v oblasti medicínské sociologie ke klasickým námětům výzkumu, přesto jsme ve zdravotnickém prostředí zvyklí spíše na klinické studie, zaměřující se například na testování nových léčiv, přístrojů či léčebných postupů. Užívání antropologických, respektive etnografických výzkumných metod zde tedy není v porovnání s nimi příliš obvyklé. O tom svědčí i jeden z dokumentů vydaných ředitelem pro lékařskou péči zdravotnického zařízení, kde jsem svůj výzkum prováděl. Jde o pokyn č. 2/2009, který specifikuje podmínky provádění klinických studií. Podobný pokyn zaměřující se na provádění jiných typů studií či výzkumů (např. společenskovedních) vydán nebyl.

Pro svůj výzkum jsem si vybral anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Tento typ oddělení má mnohá specifika. Jedním z nich je závažnost zdravotního stavu pacientů. Typickému „árovému“ pacientovi selhala nebo selhává minimálně jedna ze základních životních funkcí, a proto je mu poskytována intenzivní péče. Mortalita pacientů je tu vyšší než na většině jiných oddělení a doba hospitalizace se tu (také proto) pohybuje řádově ve dnech. Rovněž z etického hlediska je ARO ojedinělé. Pacienti jsou zde často nazí, mohou být v bezvědomí nebo nemusejí být schopni mluvit.

Tato specifika, spolu s nízkým počtem společenskovedně orientovaných výzkumů prováděných na těchto odděleních, mě vedla k myšlence uskutečnit svůj výzkum právě zde. Velkou výhodou jsem spatřoval také v tom, že jsem vedení oddělení i část personálu znal z minulosti. Troufám si tvrdit, že toto byl jeden z nejdůležitějších aspektů, jenž mi umožnil provést můj výzkum.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Reflexe literatury

Ošetrovatelská péče se neustále vyvíjí a s ní se také do určité míry mění i přístup zdravotnického personálu k pacientům. Na střední zdravotnický personál je postupně kladeno čím dál více nároků, které se týkají jejich kvalifikace, schopnosti samostatného úsudku, ale i praktických dovedností při péči o pacienta. Rovněž musí být schopen ovládat čím dál sofistikovanější přístroje, bez kterých již současná moderní medicína nemůže existovat. Tyto zvýšené nároky jsou podmínkou nárůstu kompetencí sester a jejich samostatnosti při provádění množství odborných výkonů. Při tom všem by však sestra stále měla zůstat empatická, citlivá a ochotná.

V literatuře se můžeme dočíst, že důraz kladený na soucitný a citlivý charakter sestry byl od počátků ošetrovatelské profese významným rysem zdravotních sester (Bradshaw, 2009). Zdůrazňovány byly vnitřní ctnosti, což dokládají slova Florence Nightingelové: „Kdyby zdravotní sestra neuplatňovala své heroické ctnosti, tak potom kdo?“ (Bradshaw, 2009: 465) Až do 60. let 20. století byla koncepce ošetrovatelské péče chápána jako vývoj těchto ctností uplatňovaných v rámci vědecky podložené praxe. Tento koncept se začal měnit v průběhu následující dekády a v současné době se dá říci, že soucitná péče již v západních zemích není axiomem ošetrovatelské praxe. Ta je stále více byrokratizována a ovlivňována ekonomickými aspekty, přičemž ekonomická efektivita péče je čím dál více zdůrazňována.

Přestože se i nadále uznává, že ošetrovatelská péče vychází z morálního rámce, dochází v důsledku výše uvedených změn ke stále větší institucionalizaci pacienta (Murphy, 2001). Přesto, nebo možná právě proto, je však kladen také stále větší důraz na etický přístup k pacientovi, jenž je patrný mimo jiné i z velkého počtu různých etických kodexů a jiných závazných dokumentů, kterými se zdravotnický personál má řídit (Fišerová, 1995).

Střední zdravotnický personál se tedy dostává do složité situace, kdy se agenda jeho práce postupně rozrůstá, což však nesmí mít vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, která zůstává těžištěm jeho činnosti. Je zbytečné dodávat, že tím dochází k určitému stresu, se kterým se tyto zdravotníci musejí denně vypořádávat, a přesto i nadále přistupovat k pacientovi eticky, ochotně, mile a s empatií. To se, samozřejmě, ne vždy daří. Někteří autoři, jako například Bauman (Bradshaw, 2009) se dokonce domnívají, že tradiční ošetrovatelský přístup založený na lásce k bližnímu (vycházející z židovsko-křesťanské tradice) se již rozpadl pod tlakem byrokratizace. S tou se při svém výzkumu setkává i Murphy, který konstatuje, že „Nemocnice má všechny rysy byrokratické organizace a stejně jako byrokratické organizace kdekoli jinde plodí neosobnost, přičemž z neosobnosti zároveň žije.“ (Murphy, 2001: 26). Byrokratizace

jako taková inhibuje lidskou interakci a myšlení a vede k racionalizaci stále větší části lidského světa. V ošetrovatelství nazývá Ritzer (Bradshaw, 2009) tento trend „McDonaldizací“ sester. Na „fast foodovém“ řetězci McDonald ukazuje, jak jeho principy – účinnost, propočitatelnost, předpověditelnost, kontrola a nahrazení lidské činnosti vyspělými technologiemi – prostupuje stále větší sektor společnosti a prosazuje se i v ošetrovatelství.

Dokladem tohoto tvrzení jsou například snahy Britské vlády a Royal College of Nursing. Tyto instituce v červnu 2008 oznámily, že budou měřit míru soucitu v ošetrovatelské praxi. Kritické těmto snahám vyčítají, že se snaží komodifikovat cosi, co je ze své podstaty těžko hodnotitelné. Od sester to navíc požaduje pouze osvojení si umění úsměvu a teplého slova, přičemž zvládnutí těchto dovedností se rozhodně nedá ztotožnit s projevy soucitu. Bradshaw (2009) upozorňuje, že bude-li soucit v ošetrovatelské péči vynucován autoritami coby technika ošetrovatelské péče, ze zdravotních sester se stanou jakési herečky, pro které bude projev soucitné péče jen fasádou jinak nadále nesrdečného přístupu.

Z výše uvedeného je patrné, že odklon od tradiční ošetrovatelské péče (včetně jeho neblahých důsledků pro péči o pacienta) si uvědomují i odpovědné autority jednotlivých států. Dosáhnout určité změny, či pouze umět zhodnotit současný stav věcí, je však velmi obtížné. Problémem zde totiž není něco, co by se dalo snadno klasifikovat a tedy relativně jednoduše zlepšit jako například odborná kvalifikace sester či technické vybavení nemocničních oddělení. Podstatou je zde etický, nebo chcete-li jednoduše „lidský“ přístup člověka k člověku, personálu k pacientům.

Existuje mnoho teoretických prací, které se věnují etickým aspektům ošetrovatelské práce.¹ Ty jsou doplňovány pracemi popisujícími praktické uplatňování výše uvedených zásad, jež vycházejí z empirických výzkumů.² Těchto výzkumů je však, podle mě, v českém prostředí prováděno stále málo. Většina z nich je navíc, stejně jako moje práce, jen primárním výzkumem, na který nenavazuje žádný další.

2.2. Výzkumný cíl

Ve své práci jsem se zaměřil na interakce mezi středním zdravotnickým personálem (SZP)³ anesteziologicko-resuscitačního oddělení jedné krajské nemocnice a pacienty zde

¹ Například Jankovský 2003; Bělík 1995 nebo Fišerová 1996.

² Například Wichsová 2009, Bolechová 2009 nebo Votřel 2011.

³ Vzhledem k tomu, že kvalifikaci zdravotní sestry nemají všichni aktéři výzkumu (jeden jedinec má „pouze“ kvalifikaci zdravotnického záchranáře), měl bych tuto skupinu správně nazývat skupinou středních zdravotnických pracovníků. Budu však používat rovněž generalizující výraz „sestry“, ačkoliv se tím budu dopouštět určité nepřesnosti. Pro toto zjednodušení se rozhoduji na základě skutečnosti, že všichni aktéři

hospitalizovanými. Širším rámcem mého etnografického výzkumu je tedy intenzivní péče, respektive ta její část, která je zajišťována zdravotními sestrami. Na rozdíl od Hrešanové (2008) se však nezabývám touto problematikou tak komplexně (koncept organizační kultury), ale zaměřuji se pouze na mikroúroveň organizační struktury vybraného oddělení, tedy na sociální interakci mezi zdravotními sestrami a pacienty. Tu navíc ještě dále konkretizuji zaměřením na určité etické aspekty poskytované péče (komunikace, soukromí, intimita).

Obecně lze tvrdit, že pacienti hospitalizovaní na ARO se nacházejí v závažném zdravotním stavu. Velmi často jsou v bezvědomí (spontánním či uměle navozeném) a ti, kteří mají vědomí zachováno, mohou mít omezenou možnost komunikace například z důvodu zajištění dýchacích cest tracheostomií⁴, která jim znemožňuje verbální komunikaci. Jsou tedy kompletně nebo velmi významně odkázaní na pomoc druhé osoby. V takovýchto podmínkách může v určité míře docházet k porušování určitých etických zásad, přičemž se dá očekávat, že u pacientů v bezvědomí může být tato míra vyšší vzhledem k jejich omezené schopnosti vnímat své okolí. Personál u nich může celkem pochopitelně získat pocit, že jim (na rozdíl od pacientů vnímajících) nevádí choulostivost některých situací. To může vést k určitým projevům chování a jednání ze strany ošetřujícího personálu. Právě proto se na ně hodlám soustředit ve svém výzkumu.

Cílem mého zájmu tedy bylo zjistit, jak je v současném konceptu ošetrovatelské péče uplatňována etické rovina sesterské práce. Zaměřil jsem se na pozorování interakcí mezi zdravotními sestrami a jejich pacienty, přičemž jsem zjišťoval, jakým způsobem s pacienty komunikují a do jaké míry se jim daří zajišťovat soukromí pacientů a chránit jejich intimitu. Dále jsem sledoval, jakým způsobem se o pacientech vyjadřují v jejich nepřítomnosti, a také pátral po případných rozdílech v přístupu k pacientům s ohledem na stav jejich vědomí. U pozorovaných projevů chování jsem se snažil nacházet obecné trendy a hledal možné příčiny jejich výskytu.

Výzkumné problémy a cíle se však v průběhu kvalitativního výzkumu mohou dále specifikovat, proměňovat, doplňovat nebo dokonce nahrazovat zcela novými (Disman, 2000). Já jsem své výše uvedené cíle doplnil interpretací kvality toalet pacientů, coby měřítko kvality poskytované péče. Vzhledem k zaměření výzkumu jsem považoval rovněž za důležité zeptat

výzkumu mají stejnou náplň práce, která má svůj základ v ošetrování nemocných, tedy tradiční činnosti zdravotních sester.

⁴ Tracheostomie – chirurgický výkon, při němž je na krku vytvořen v průdušnici otvor umožňující trvalé dýchání. Do něj je zavedena tracheostomická kanyla, která zpravidla znemožňuje pacientovi verbální komunikaci (Vokurka, Hugo 2006: 909).

se zdravotních sester na to, co si vlastně představují pod pojmem etický přístup k pacientům a také na to, zdali se podle nich na oddělení uplatňuje.

Protože etické jednání s pacientem zahrnuje mnoho různých oblastí, rád bych upřesnil, že pro účely této práce budu v rámci etického přístupu zdravotních sester k pacientům posuzovat pouze formu a obsah jejich komunikace s pacienty a míru jejich snah zajistit pacientům soukromí a ochránit jejich intimitu. Přesto považuji za vhodné zmínit se krátce i o dalších oblastech. K tomuto účelu využiji text Evy Rohanové (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007: 29-48), který vychází z praktického doporučení SCIE (Social Care Institute for Excellence), nevládní britské organizace, jež se zabývá kvalitou sociální péče. Přesto, že se tato společnost zaměřuje především na oblast poskytování sociální péče, považuji její doporučení za smysluplné i v oblasti péče zdravotní.

2.2.1. Praktické doporučení SCIE

Praktické doporučení SCIE k zajišťování lidské důstojnosti při poskytování péče zahrnuje tyto oblasti: (Rohanová in: Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007: 38-45)

- respekt
- komunikaci
- sociální inkluzi
- autonomii
- soukromí
- hygienu a osobní úpravu
- podávání stravy
- stížnosti
- zneužívání
- whistleblowing

I když na ARO nelze zajistit naplnění některých uvedených oblastí, zmíním se v krátkosti o všech:

Respekt – v etických kodexech jde o zdůrazňovanou oblast. Slovník cizích slov jej definuje jako vážnost, úctu či ohled. Jde však o velmi široký pojem, jehož obsah může korespondovat rovněž například se zdvořilostí či dobrou komunikací. Tato oblast je tedy poměrně obsáhlá a jako specifickou kategorii ji lze proto jen těžko konkrétněji vymezit a tedy i v terénu jasně identifikovat.

Komunikace – velmi významná oblast lidského života, ošetrovatelskou péčí nevyjímaje. Podle Zacharové (2010) má dokonce zásadní význam nejen pro vztah mezi pacientem a sestrou, ale především pro léčbu pacienta. Základním pilířem psychosociální komunikace je přitom rozhovor, jehož praktické zvládnutí není zdaleka samozřejmé. Zacharová doporučuje sestřám jak seznámení s teoretickými aspekty rozhovoru, tak jeho praktický nácvik formou modelových situací, neboť musí být schopné používat slova „obratně, uvědoměle a cíleně“ (Zacharová, 2010: 28). Mezi základní aspekty by mělo patřit vhodné oslovení, sdělování všech nezbytných informací vhodnou formou a dotazování ze strany personálu.

Základními požadavky nezbytnými pro komunikaci jsou chuť komunikovat, dovednost komunikovat a možnost komunikovat (tedy vytvořit si pro komunikaci příležitost). Překážkou v komunikaci může být například tichý hlas, jazyková bariéra, emoce, bolest, fyzický stav a další. Na straně sestry může dále docházet ke sdělování nepřesných nebo nejasných informací, k úniku od tématu či k určité dvoukolejnosti, kdy se sestra a pacient navzájem neposlouchají. Za neprofesionální se považuje sdělování nadměrného množství informací či neetické chování spojené s výsměchem, dvojsmyslností nebo urážkami pacienta.

Specifikum komunikace na odděleních ARO spočívá právě v komunikaci s pacienty v bezvědomí, s pacienty ve velmi vážném zdravotním stavu a dále s pacienty neschopnými verbální komunikace.

Autonomie neboli též svébytnost či nezávislost. V podstatě jde o možnost dělat nezávislá rozhodnutí. Je ohrožena pokaždé, když člověk potřebuje pomoc druhých při uspokojování svých potřeb, tedy mimo jiné i při hospitalizaci. Na odděleních intenzivní péče je míra omezení autonomie poměrně vysoká. V důsledku zdravotního stavu, respektive poskytované péče, je pacient často omezen nejen ve svých rozhodnutích, ale také v pohybu. V oblasti autonomie jde na ARO především o to, aby byla omezena v co nejnižší míře a na co nejkratší dobu.

Je-li do nemocnice přivezen pacient v takovém stavu, který mu nedovoluje podepsat souhlas s hospitalizací, informují pověřeni pracovníci nemocnice soud, aby mohlo být zahájeno tzv. detenční řízení. Jedná se o řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče. Zákon, který toto řízení přikazuje, tedy ochraňuje autonomii člověka s jeho nezadatelnými právy i v případech, kdy je naprosto závislý na jiných osobách.

Soukromí – je pro mě další velmi podstatnou oblastí zájmu. Jako u předchozí oblasti také tady platí, že v nemocnicích svým způsobem vždy dochází k porušování soukromí. Na ARO dochází k větším zásahům do soukromí, než je tomu na jiných typech oddělení. Je to dáno

právě charakterem intenzivní péče, která je determinována zdravotním stavem pacienta. V jejím rámci jsou například pacienti na lůžku většinou nazí. To pochopitelně klade na personál větší nároky stran ochrany soukromí a intimity pacientů.

Do této oblasti však můžeme zařadit rovněž ochranu informací o zdravotním stavu pacienta a jiných citlivých údajů o jeho osobě. Implicitně je zde zahrnuto také chování personálu, které by mělo respektovat pocity studu pacienta. „Veškerá poskytovaná péče by měla být prováděna tak, aby nedocházelo ke zbytečnému odhalování, aby poskytovaná péče nebyla pokořující a neuváděla lidi do rozpaků.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007: 40)

Rovněž sféra hygieny a osobní úpravy mě velmi zajímala. Pacienti na ARO jsou vždy alespoň částečně odkázáni na pomoc personálu. I když někomu jeho fyzický stav dovoluje umýt se sám, přesto potřebuje pomoc přinejmenším s přípravou pomůcek, protože žádnému z pacientů není povolen samostatný pohyb mimo lůžko. U pacientů v bezvědomí je pochopitelně péče v této oblasti kompletně zajišťována personálem, přičemž její organizace a provedení spadá právě do kompetencí zdravotních sester.

Také podávání stravy má u pacientů na ARO svá specifika. V nemocničních zařízeních obecně je tento akt jakousi rutinou, která nebývá nijak individualizována. Někteří pacienti se sice mohou najíst samostatně, míra jejich samostatnosti však může být z různých důvodů snížena. Zajímá mě zejména způsob „stolování“, pokud můžeme tento termín v kontextu ARO vůbec použít. Velká část pacientů má však zavedenou nasogastrickou sondu⁵, kterou sestra podávána tekutou stravu přímo do žaludku. Další možnost výživy pak spočívá v podávání stravy nitrožilně. Zde se však nejspíše nedá hovořit o podávání stravy jako takové, neboť nedochází ke „stravování“ potravou trávicím traktem, nýbrž k dodávání živin přímo do krve pacienta.

Co se týká stížností, tato oblast nebyla primárně cílem mého zájmu. Sledoval jsem spíše, jestli zaregistruji nějaké projevy nespokojenosti nebo nevole ze strany pacientů při poskytování ošetrovatelské péče.

Whistleblowing se dá definovat jako upozorňování na chyby, kterých se dopouštějí ostatní kolegové. Ani tato oblast nebyla v této studii cílem mého zájmu. Pokud by však nastala situace, která by se dala za whistleblowing označit, měl jsem v úmyslu ji zaznamenat a interpretovat.

⁵ Nasogastrická sonda – hadička zavedená nosem do žaludku, např. k umělé výživě nebo k odsávání žaludečního obsahu (Vokurka, Hugo, 2006: 840).

Sociální inkluze neboli začlenění do společnosti není oblastí, která by v péči na ARO hrála dominantní roli. Snahou intenzivní péče je zejména návrat do života jako takového. Do oblasti sociální inkluze bychom mohli zařadit snad jen umožnění kontaktu s příbuznými a přáteli v rámci návštěv. Být navštěvován je však jedním z práv pacientů (viz příloha č. 2) a tak jsem neočekával, že by zde docházelo k velkým problémům. Na druhou stranu lze souhlasit s Murphym (2001), který píše, že sociální status či role za zdmi nemocnice mizí, neboť všichni jsou zde pacienti. Získávají tak novou roli, která je pro všechny identická. V podstatě tak vždy dochází k určité sociální exkluzi.

Do sféry zneužívání patří zanedbávání péče či její opomíjení. To se může projevat například ignorováním fyzických či psychických potřeb pacientů, ale také nesdělováním relevantních informací. Do této oblasti spadají také různé formy týrání či diskriminace. Objektivně posoudit, došlo-li k nějaké formě zneužití pacienta ve formě zanedbání jeho péče, je však velmi těžké. Je pro to třeba stanovit, jak by péče měla být poskytována a to někdy nelze zcela jednoznačně. Navíc mým cílem v této studii nebylo hodnotit odbornou stránku poskytované péče (necítím se být dost erudovaný), ale spíše přístup k pacientům jako takový.

3. METODOLOGIE VÝZKUMU

3. 1. Výzkumná strategie

Jako výzkumnou strategii jsem zvolil kvalitativní přístup ve formě etnografického terénního výzkumu. Mým cílem totiž nebylo ověřovat existující teorii, nýbrž zkoumat reálnou sociální interakci. Zvolená kvalitativní strategie výzkumu umožňuje hloubkové studium zvoleného fenoménu v jeho přirozeném prostředí a průběžné zpracovávání a doplňování získaných dat. Za účelem zodpovězení výzkumných otázek jsem zvolil metody a techniky etnografie. Pozoroval jsem prostředí, chování aktérů, jejich interakce⁶ s pacienty, vedl jsem se sestrami rozhovory a studoval tiskopisy týkající se poskytování ošetrovatelské péče na zkoumaném oddělení (ošetrovatelské standardy, nařízení vedoucích pracovníků či směrnice). Pročetl jsem také internetové stránky organizace.

3.2. Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Jak jsem již uvedl, místem konání výzkumu bylo anesteziologicko-resuscitační oddělení jedné krajské nemocnice. Toto oddělení jsem si vybral proto, že jsem zde v minulosti sám pracoval⁷. Troufám si tvrdit, že toto byla zásadní skutečnost, která mi jednak umožnila získat přístup do vybraného prostředí a jednak zajistila lepší postavení v terénu.

Výzkum institucí obecně bývá často ztížen právě získáním přístupu. Většina z nich má totiž nastavena pravidla, která zakazují přístup nekompetentním nebo nepovolaným osobám. Co se týká zdravotnických zařízení, tam může být pro nezdravotníky získání svolení k provedení výzkumu poměrně obtížné a to obzvláště na uvedeném typu oddělení. Příčin vidím hned několik. Pacienti na ARO se nacházejí ve velmi vážném zdravotním stavu a o vypjaté emoce ze strany příbuzných tak není nouze. Je velmi důležité počínat si vzhledem k těmto okolnostem velmi citlivě a nezavdat příčinu k možným stížnostem ze strany příbuzných, ani nepřekážet personálu při práci. Vždy jsem byl proto vhodně oblečen⁸ a

⁶ Za interakci budu považovat nejen *vzájemné* působení sester a pacientů, které je možné v podstatě jen u péče poskytované pacientům lucidním, ale také do značné míry *jednostranné* působení sester při péči o pacienty v bezvědomí, neboť „proces sociální interakce nepředpokládá nutně vzájemnost působení...“ (Winkler, Petrušek 1997: 439).

⁷ Od ledna 2001 do prosince 2002.

⁸ Hned při našem prvním setkání mě vrchní sestra upozornila, abych se vždy před vstupem na oddělení oblékl do erárního modrého oblečení sestávajícího z haleny a kalhot, které na oddělení nosil veškerý sesterský personál a nosil si přezůvky. K tomuto účelu mi byl umožněn přístup do šatny personálu, který jsem získával půjčením klíče od některé z přítomných sester.

označen visačkou studenta Univerzity Karlovy.⁹ V případě potřeby jsem byl připraven vysvětlit příbuzným důvod své přítomnosti na oddělení. Rovněž ze strany personálu může docházet k emocionálně vypjatým situacím, které mohou nastat v průběhu ošetrovatelského procesu. V těchto okamžicích přítomnost cizí osoby pozorující blíže nespecifikovanou činnost rozhodně na klidu nikomu nepřidá.

Dalším faktorem ztěžujícím snad ani ne tolik přístup na oddělení, jako pozorování samotné je to, že zdravotní sestry zde nejsou zvyklé na to, aby je při jejich činnosti někdo pozoroval a snad dokonce zpochybňoval jejich odbornou práci, pro kterou jsou vysoce kvalifikované. Moje předchozí zkušenost s prací na tomto oddělení mi pomohla uvědomovat si tato specifika ještě před započatím výzkumu.

Osobní znalost provozu oddělení, jejího vedení, ale i některých členů personálu, tak byla velkou devizou při mé snaze proniknout do studovaného prostředí, ale také při samotné realizaci výzkumu. Podstatným byl rovněž určitý časový odstup, který mi umožnil hodnotit věci s jistým nadhledem a nezúčastněně. To byl také důvod, proč jsem svůj výzkum (byť trochu jinak orientovaný) nakonec neuskutečnil na svém současném pracovišti, jak jsem původně zamýšlel.

A konečně mi mé předchozí vazby umožnily do jisté míry setřít výhodnější mocenskou pozici zdravotníků, která je při etnografických studiích v lékařském prostředí častá (Hrešanová, 2008). Mocenské vztahy mezi studovanými a výzkumníky jsou v tomto prostředí v podstatě opačné, než jak to obvykle při etnografických studiích bývá.

Hendl (1997) popisuje několik způsobů, kterými lze dosáhnout přístupu do zvolené organizace. Mimo jiné uvádí také využití pomoci přátel a známých, či pomoci někoho uvnitř organizace. Z výše uvedeného vyplývá, že právě tento postup byl vhodný také pro mě.

Jako výběrovou strategii jsem tedy volil výběr podle prostředí. Protože jsem však nechtěl pozorovat všechny zaměstnance tohoto oddělení, ale pouze zdravotní sestry, šlo rovněž o výběr účelový. Co se týkalo zkoumaného vzorku zdravotníků, ten sestával ze zdravotních sester a zdravotnických záchranářů. V některých parametrech se tento vzorek podobal (pracovní pozice a oddělení), zatímco v jiných se lišil (věk a typ kvalifikace). Přesto ho hodnotím jako vzorek poměrně homogenní a to i navzdory faktu, že ve zkoumané skupině osob se nacházel jeden muž.

Pacienty, kteří byli součástí mé studie, nezahrnuji do vzorku, neboť nebyli těmi, které bych primárně pozoroval. Tvořili spíše jakýsi kontext, v jehož rámci jsem mohl pozorovat

⁹ K tomuto účelu mi posloužila ISIC karta, kterou jsem nosil připnutou na kapse blůzy. Ačkoliv jsem k tomu nebyl vyzván vedením oddělení, považoval jsem za důležité být kýmkoliv snadno identifikován.

činnost zdravotních sester. Přesto považuji za důležité uvést, že tento kontext vytvářeli všichni pacienti, kteří byli v průběhu mého terénního výzkumu na oddělení hospitalizováni, a to bez ohledu na jejich věk, pohlaví, profesi či jiné parametry.

U pacientů jsem si všiml nejprve stavu jejich vědomí, přičemž za bezvědomí jsem považovat takový stav, ve kterém pacient nereagoval na podněty z okolí, anebo byly jeho reakce jen nepatrné (např. obličejová mimika či mírné pohyby končetin). Příčina stavu jejich vědomí pro mě nebyla směrodatná, neboť tento aspekt nijak neovlivňoval sledované projevy chování. Z valné většiny byl však stav jejich vědomí navozen farmakologicky (analgoedací¹⁰). Nešlo tedy většinou o spontánní bezvědomí, ale o tzv. „umělý spánek“.

U pacientů při vědomí jsem rozlišoval, jestli byli schopni verbální komunikace či nikoliv. Pokud nebyli schopni verbálně komunikovat s okolím, bylo to ve všech případech způsobeno zajištěním jejich dýchacích cest, nejčastěji tracheostomií, méně často pak endotracheální intubací¹¹. V těchto případech jsem si pak všiml využívání jakýchkoliv pomůcek pro usnadnění komunikace s těmito pacienty.

3.3. Techniky sběru dat

Základní technikou sběru dat bylo zúčastněné pozorování. Jako stupeň ztotožnění se studovaným prostředím jsem zvolil roli pozorovatele jako participanta (Disman, 2001) a to z několika důvodů. Zaprvé jsem předpokládal, že vzhledem ke své kvalifikaci bych mohl být příležitostně nápomocen při ošetrovatelském procesu a tím se bezprostředně účastnit probíhajících interakcí. Několikrát tomu také tak bylo¹². Sliboval jsem si od toho lepší pochopení pozorovaných způsobů chování.

Druhým důvodem byla opět moje znalost prostředí i části personálu. Předpokládal jsem totiž, že by se díky tomu mohly sestry chovat ve svých interakcích přirozeněji, což bylo vzhledem k cílům studie žádoucí. K tomu mělo přispět také to, že jsem svou přítomnost zdůvodnil pouze obecně a nesděloval své konkrétní výzkumné cíle.

Samotné pozorování jsem prováděl tak, že jsem se na oddělení volně pohyboval a sledoval všechny interakce, které jsem mohl kvalitně zaznamenat. Protože není možné zapsat naprosto vše, co je pozorováno, dochází k určitému výběru dat. Aby tento výběr odpovídal co

¹⁰ Analgoedace – součást anestezie spojující tlumení bolesti (analgezií) a zklidnění (sedaci). Sestry často tento termín zkracují na „sedace“, ale myslí tím obecně analgoedaci (Vokurka, Hugo 2006: 44).

¹¹ Endotracheální intubace – zavedení endotracheální rourky (trubičky) do průdušnice, která umožňuje mechanickou ventilaci (Vokurka, Hugo, 2006: 424).

¹² Vždy při ranní hygieně, kdy jsem v podstatě zaskakoval za sanitáře, který zrovna nebyl k dispozici. Moje činnost spočívala většinou v přidržování pomůcek či pacienta v požadované poloze.

nejvíce realitě, musí výzkumník usilovat o co nejkompexnější a nejkonkrétnější popis sociálních procesů a jejich kontextu (Hammersley, Atkinson, 1995). Snažil jsem se proto zachytit každou interakci v celé její délce, tedy od momentu, kdy sestra k pacientovi přišla, do doby než svou činnost u lůžka dokončila. To se mi však ne vždy podařilo, neboť například ranní hygiena trvala přibližně hodinu, během které jsem zaznamenával činnost zpravidla několika sester najednou. To bylo poměrně snadné, pokud jsem zaujal místo, ze kterého bylo možno pozorovat čtyři, respektive pět lůžek současně. Toto místo je v příloze č. 1a označeno písmenem P v kroužku (pozorovací místo). Pokud jsem musel svou pozornost takto třístit, vždy jsem se snažil zaznamenávat ty oblasti ošetrovatelské péče, které byly pro mou práci stěžejní. Troufám si tvrdit, že vzhledem k pozvolnému tempu ranní hygieny se mi to poměrně dobře dařilo.

V průběhu výzkumu jsem měl možnost pozorovat 22 zdravotních sester, přičemž většina z nich vstupovala do kontaktu s různými pacienty, a to opakovaně. Osm sester jsem pozoroval pouze při jedné své návštěvě, sedm při dvou návštěvách, na třech směnách jsem měl možnost sledovat čtyři sestry a na čtyřech jsem se setkal se třemi. Pouze s jednou osobou jsem se nesetkal při žádné ze svých návštěv na oddělení, což bylo do značné míry dáno tím, že její pracovní úvazek činil 0,2.

Svá pozorování jsem si zapisoval v podobě terénních poznámek (field notes). Ty jsem zaznamenával do svého zápisníku zcela neskrytě hned v průběhu pozorování. Tyto poznámky jsem pak nejpozději do večera téhož dne doplňoval tak, abych získal zhuštěný popis, který jsem průběžně vyhodnocoval a analyzoval.

Dále jsem prováděl polostrukturované rozhovory, jimiž jsem získával osobní údaje jednotlivých aktérů, zjišťoval jejich názory a zkušenosti z praxe a rovněž některé teoretické znalosti¹³. Zároveň jsem v těchto rozhovorech občas nacházel rozpory mezi prohlášeními konkrétních osob a jejich přístupem k pacientům, přičemž jsem se snažil nalézt možné příčiny tohoto jevu.

Se žádostí o rozhovor jsem oslovil 15 sester (cca 2/3 zkoumaných osob). Jen jedna z nich mou žádost odmítla.¹⁴ Více rozhovorů se mi, zejména z časových důvodů, uskutečnit nepodařilo. Zařadil jsem je totiž až do té fáze výzkumu, kdy jsem již v podstatě dokončil svá pozorování. To bylo vhodné proto, že jsem na jejich základě mohl rozhovory lépe připravit a také z taktických důvodů. Z pokládaných otázek totiž mohli respondenti relativně snadno

¹³ Týkající se etických aspektů ošetrovatelské péče.

¹⁴ Jednalo se o sestru s introvertní povahou, což jsem také považoval za důvod jejího odmítnutí.

poznat, na co se ve svém výzkumu zaměřuji, což by u nich mohlo vést k určitému „vhodnému“ přizpůsobení jejich přístupu k pacientům.

Cílem rozhovorů bylo zjistit povědomí sester o etických aspektech jejich práce. Zjišťoval jsem znalost obsahu etických kodexů, které byly k dispozici na oddělení (viz přílohy č. 2 a 3), dále to, jak má podle sester tento etický přístup vypadat a konečně jsem chtěl znát také jejich názor na to, je-li na oddělení uplatňován v praxi.

Záznam rozhovorů jsem prováděl na hlasový záznamník svého mobilního telefonu. Všechny rozhovory jsem postupně stahoval do svého notebooku a zároveň mazal z telefonu, abych zajistil maximální ochranu před případným zneužitím. Záznamy jsem pak přepisoval formou doslovné transkripce.

Rozhovory netrvaly zpravidla déle než 20 minut. Příčiny byly dvě. První spočívala v tom, že se odehrávaly vždy na oddělení a to ve chvílích, kdy měli dotazovaní jedinci trochu času. Ukázalo se, že najít nepřerušovaných 20 minut času hraničilo s možnostmi personálu, respektive chodu oddělení. Musím rovněž sebekriticky přiznat, že druhou příčinou relativně krátkých rozhovorů byla moje nezkušenost s jejich vedením. Ta se projevovala zejména při prvních rozhovorech, kdy na mě byla patrná nervozita a nejistota. Cítil jsem však, že s každým dalším rozhovorem se situace zlepšovala. Nervozita na straně respondentů pak byla nejčastěji způsobena sdělením, že si rozhovor budu nahrávat. Většinou byli překvapeni, nicméně nikdo z nich s tím neměl zásadní problém. Na základě průběhu rozhovorů jsem získal pocit, že většina z nich po pár minutách na tuto „třetí osobu“ úplně zapomněla.

Vzhledem k tomu, že jsme se s některými sestrami znali, jsem tuto techniku sběru dat shledal jako velmi přínosnou. Vycházel jsem přitom z úvahy, že ty, které jsem znal z dřívějšíka, by ke mně mohly mít důvěru a tu pak přenést i na kolegyně, se kterými jsem se při výzkumu setkal poprvé. Od této důvěry jsem si pak sliboval pravdivější výpovědi a upřímnější vyjádření.

Sběr dat jsem prováděl v období od února do dubna 2011, tedy zhruba po dobu tří měsíců. Jednalo se tedy o krátkodobý stacionární výzkum. Na oddělení jsem docházel nepravidelně, přibližně dvakrát týdně. Mým cílem bylo uskutečnit 15 až 20 návštěv a strávit na oddělení alespoň 50 hodin. Tyto cíle jsem si stanovil na základě realistického odhadu svých možností. Vytyčený plán se mi nakonec podařilo téměř přesně realizovat, když jsem uskutečnil 15 návštěv, během nichž jsem strávil na oddělení přibližně 54 hodin. Délku každé návštěvy jsem vždy přizpůsobil aktuálnímu dění na oddělení a svým časovým možnostem. Nejvíce času jsem na oddělení strávil v době od 9 do 13 hodin, neboť v tuto dobu byla aktivita na oddělení velmi vysoká (viz podkapitola 4.1.3. Režim oddělení).

Doba výzkumu by v ideálním případě mohla být delší, neboť podle mého názoru ještě nedošlo k úplnému nasycení vzorku. Dá se totiž předpokládat, že zejména u jedinců, které jsem měl možnost pozorovat jen jednou (na jedné směně), bych mohl získat více relevantních dat. Přesto jsem z důvodů organizace svého studia nebyl schopen provádět terénní část svého výzkumu déle než uvedené tři měsíce.

3.4. Analytické postupy

Podle Dismana (2000) dochází k počáteční analýze dat již při jejich sběru. Ten je veden formulací výzkumného problému, přičemž průběžná analýza nasbíraných dat pomáhá zajistit, aby výzkumník neodbočil od vytyčeného směru. Ke konečné analýze dat pak dochází po ukončení terénní fáze výzkumu.

Vzhledem k cíli výzkumu jsem volil analytické postupy založené na segmentaci a kódování. Jsou vhodné pro zkoumání sociální reality a pomáhaly mi tak odhalit to, „co se skutečně dělo“. Segmentaci jsem využíval pro lepší práci s nasbíranými daty a pro nalézání vzorů a pravidelností v nich. Kódováním jsem popisoval, třídil a tím zestručňoval zaznamenané informace, abych tak identifikoval relevantní jevy a „zobrazil“ je. Pod jednotlivé kódy jsem sdružoval data, která spolu podle určitých kritérií souvisela. Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu jsem používal otevřené, induktivní kódování, přičemž jsem využil popisné a interpretativní typy kódů. Pro tvorbu kódů jsem zvolil metodu zobecňování, kdy jsem postupoval od tvorby konkrétních kódů, ke kódům obecnějším. Kódy, mezi kterými byla souvislost, jsem sdružoval do vyšších celků, tzv. kategorií. Po určité době se vytvořil soubor kódů a kategorií, do kterých bylo možno rozřídít všechna nasbíraná data. Následovalo upřesňování jednotlivých kategorií a hledání vzájemných vztahů.

Při interpretaci analyzovaných dat jsem prováděl tzv. „poznámkování“. Tím jsem se snažil zachycovat předběžné úvahy a komentáře k nasbíraným datům a vytvořeným kódům. Sběr dat, jejich analýzu a interpretaci jsem prováděl průběžně po celou dobu výzkumu.

3.5. Hodnocení kvality výzkumu

Protože je můj výzkum kvalitativní povahy, je jeho standardizace slabá, a jeho reliabilita tím pádem nízká. Správnost provedení výzkumu a z něj vyplývajících závěrů bude tedy hůře ověřitelná a těžko aplikovatelná na jinou než zkoumanou skupinu osob. Jestliže byl však výzkum dobře zpracován a získaná data správně interpretována, může mít vysokou validitu, tedy platnost. Pro zvýšení důvěryhodnosti výzkumu jsem použil triangulaci, zejména různé způsoby sběru dat v terénu (pozorování, polostrukturované rozhovory) a částečně i mimo

terén (pročítání relevantní dokumentace na oddělení). Snažil jsem se rovněž pozorovat a komunikovat s dostatečným počtem osob. Jasným, přehledným a otevřeným popisem průběhu celého výzkumu (včetně všech relevantních detailů) jsem se pak snažil o transparentnost své práce.

Přínosem pro kvalitu výzkumu mohla být rovněž má výše uvedená znalost zkoumaného prostředí, přičemž podstatný je zde fakt, že jsem si již získal od zkoumané problematiky určitý odstup. Přesto si uvědomuji, že právě tato znalost prostředí, a zejména některých zdravotních sester, ze mě učinila do jisté míry insidera, což nemuselo být jen přínosem. Naopak. Nebezpečí, že mi zůstaly skryty jevy, které by oku outsidera neunikly, je relativně vysoké. Mohl jsem tak přehlédnout podstatné prvky chování, které přehlédnuty být neměly. Navíc existuje i riziko, že kvůli své „profesionální deformaci zdravotníka“ (která se formovala pomalu, ale o to silněji může ovlivňovat mé pozorovací schopnosti) jsem si takovýchto nedostatků nemusel všimnout po celou dobu výzkumu. Dalším limitujícím faktorem mohly být osobní vztahy, které s některými sestrami mám z dob společného působení. Mohlo tak z mé strany velmi snadno dojít k neobjektivnímu posuzování jednotlivých situací podle toho, jaký vztah jsem měl s tou kterou sestrou. K podobnému zkreslení mohlo docházet i z druhé strany – někdo se přede mnou mohl chovat strojeněji, jiný naopak. Proto jsem se snažil všechny tyto aspekty uvědomovat a tím významně eliminovat jejich dopad na svou práci.

Z výše napsaného vyplývá, že z mé strany mohlo docházet k relativně velkému zkreslování výzkumu. Ze strany účastníků výzkumu (přinejmenším těch, se kterými se znám z minulosti) se dá míra zkreslení naopak očekávat menší, než by byla v případě, že bych byl úplným „cizincem“. Tyto aspekty reaktivity jsem rovněž muset zohlednit jak při sběru dat, tak při jejich analyzování.

Kvalitu výzkumu pak v neposlední řadě mohla ovlivnit jeho poměrně krátká terénní fáze. To vedlo například k tomu, že některé osoby jsem měl možnost pozorovat jen při jedné ze svých návštěv na oddělení a dále k tomu, že se mi nepodařilo oslovit všechny zkoumané jedince s žádostí o rozhovor.

A konečně jsem se rovněž snažil o to, aby mé myšlenkové pochody byly srozumitelné a bylo tak zřejmé, jakým způsobem jsem z nasbíraných dat dospěl k vysvětlení nějakého jevu. Za neustálé reflexe pozorovaných dějů, ale i své výzkumné činnosti, jsem se snažil o transparentní popis svých úvah. Trvale jsem se snažil hodnotit, čím mohla být nasbíraná data ovlivněna a zohledňovat to pak při jejich interpretaci.

3.6. Etické otázky výzkumu

S etickými aspekty jsem se v průběhu výzkumu setkal hned v několika rovinách. První byla ta, jež vyplývala z mého vztahu ke zkoumaným osobám. Bylo nezbytné, abych všem zdravotním sestřám sdělil, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná, a ujistil se, že souhlasí s tím, abych je pozoroval. K tomu mi stačil jejich ústní, tedy pasivní souhlas.

Protože bylo nezbytné, aby se zkoumané osoby projevovaly ve svých interakcích co nejpřirozeněji, popsal jsem jim předmět svého zájmu pouze obecně. Tento etický problém jsem však vyřešil tak, že jsem o svých záměrech a cílech studie podrobněji informoval vedoucí pracovníky ARO - primáře a vrchní sestru. Nezbytnou podmínkou provedení studie byl též informovaný souhlas podepsaný primářem oddělení coby zástupcem zdravotnického zařízení, ve kterém jsem svůj výzkum prováděl.

Svou přítomnost na oddělení, jsem vysvětlil také všem lucidním¹⁵ pacientům. Někteří sami projevíli zvědavost a ptali se personálu, kdo je ten člověk, který jen někde postává a zapisuje si cosi do sešitu. Většinou jsem však byl já tím, kdo představení své osoby inicioval, neboť jsem to považoval za samozřejmé a zároveň nezbytné. Všem lucidním pacientům jsem se představil křestním jménem a sdělil jim, že jsem student, který pozoruje, jak se o ně personál stará. Tato odpověď byla ve všech případech dostačující a nikdo po mě nepožadoval další upřesnění.

Zachování anonymity všech zdravotních sester i dotčených pacientů bylo druhou rovinou etiky výzkumu. Anonymita sester zaručí, že žádná z nich nebude na základě svého přístupu potrestána svými nadřízenými za případné provinění proti platným nemocničním ustanovením. Záměrem tohoto výzkumu totiž není soudit jeho účastníky, resp. jejich přístup k pacientům, ani poskytnout informace, jež by toto umožňovaly nadřízeným pozorovaných osob, nýbrž nalézt obecné trendy, které se v těchto přístupech budou manifestovat.

Anonimizací jsem se zároveň snažil předejít možnému zhoršení vztahů mezi jednotlivými sestrami, ke kterému by případně mohlo po zveřejnění výsledků výzkumu dojít. V tomto ohledu bylo mou snahou zanechat zkoumaný kolektiv sester co možná nejvíce nedotčený mým badáním. V rámci výše uvedených opatření jsem použil smyšlená jména, která nemají nic společného s pravými jmény zkoumaných osob. Rovněž jsem se rozhodl nekonkretizovat většinu událostí či rozhovorů daty dnů, ve kterých k nim došlo. Nebylo by totiž obtížné zpětně dohledat, kdo daný den sloužil a případně i identifikovat, kdo má jaký pseudonym. Data dnů uvádím jen v případech, kdy se vyjadřuji k obecnému dění na oddělení.

¹⁵ Lucidita – jasnost vědomí (Vokurka, Hugo, 2006: 523).

Protože jsem při rozhovorech se zdravotními sestrami zjišťoval i jiné citlivé údaje (např. stav, náboženství, věk, počet dětí), bylo nezbytné ochránit také tato data. Správnou identitu respondentů je možné zjistit jen z mých terénních poznámek a netbooku, do něhož je přístup ochráněn heslem.

Anonymitu pacientů jsem zajistil rovněž používáním pseudonymů. Pro účely studie jsem u nich zjišťoval jen tři základní parametry. Byly jimi pohlaví, rok narození a počet dní hospitalizace na ARO. Pro přehlednost svých poznámek jsem považoval za užitečné uvádět u každého z nich rovněž číslo lůžka, na kterém ležel. Takto jsem dokázal spolehlivě rozlišit jednotlivé pacienty a přitom dostatečně ochránit jejich osobní údaje. Tím, že jsem se snažil o maximální ochranu osobních údajů všech zúčastněných osob, jsem postupoval v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. v platném znění.

Protože jsem se věnoval zkoumání poměrně citlivého tématu, nijak blíže nespecifikuji nemocnici ani pracoviště, na kterém jsem svůj výzkum prováděl. Z tohoto důvodu také nepřikládám informovaný souhlas, na základně kterého jsem svůj výzkum mohl provádět, neboť je v něm uvedeno jméno i adresa zdravotnického zařízení. Chci tím předejít případným nežádoucím důsledkům svého výzkumu, které by mohlo toto zdravotnické zařízení nést (případné stížnosti příbuzných pacientů atp.). Konečné rozhodnutí chci ale učinit až po konzultaci výsledků výzkumu s primářem oddělení, případně vedením nemocnice.

3.7. Reflexe výzkumu

Můj první kontakt se zástupcem vybraného oddělení jsem učinil začátkem roku 2011, tedy asi měsíc před plánovaným vstupem do terénu. Zavolal jsem primáři ARO a svěřil se mu se svým záměrem provést v rámci své bakalářské práce společenskovední výzkum na „jeho“ oddělení. Hned v průběhu tohoto krátkého a velmi obecného telefonátu mě ujistil, že to nebude problém. Rozhovor jsme ukončili s tím, že můžu kdykoliv přijít a domluvit se na detailech. Prvnímu osobnímu kontaktu byla přítomná i vrchní sestra. Oběma jsem sdělil, co konkrétně hodlám zkoumat a jakým způsobem. Zároveň jsem je oba požádal, aby při zdůvodňování mé přítomnosti personálu (včetně staniční sestry) nebyli příliš konkrétní, pro což měli pochopení. Ve většině případů jsem však nakonec svou činnost na oddělení vysvětloval osobně, a tak jsem to mohl dělat podle svých představ. Vrchní sestra mi

v krátkosti sdělila podmínky, za jakých se mohu na oddělení pohybovat (oděv a označení – viz výše), což byly ze strany vedení v podstatě jediné podmínky pro uskutečnění výzkumu.¹⁶

Hned první setkání se „starými známými“ bylo pro mě příjemné. Práce na tomto oddělení mě velmi bavila a také pracovní kolektiv, včetně lékařů a sanitářů, byl v době, kdy jsem zde působil velmi dobrý. Po odchodu z tohoto oddělení jsem se tu byl několikrát podívat a tak jsem určitý (byť nikterak intenzivní) kontakt s personálem udržoval.

Tyto vzájemně spíše pozitivní vztahy mezi mnou a „jimi“ mi umožnily hned od počátku v podstatě splynout s okolím, ačkoliv má přítomnost v prvních momentech vyvolávala spíše překvapení a údiv. Překvapení nad tím, že sem jdu opět pracovat, které se však změnilo v údiv ve chvíli, kdy jsem zvědavým exkolegům sdělil skutečný důvod své přítomnosti. Obecně jsem jim sděloval, že v rámci bakalářské práce je budu s jejich souhlasem pozorovat při práci. Zpočátku byli spokojeni s tímto jednoduchým sdělením a až postupem času se snažili vyzvídat detaily. Důvodem bylo zejména to, že mě pořád viděli zapisovat si cosi do sešitu. Podle reakcí jsem usuzoval, že je moje zápisky opravdu zajímaví, neboť padala vyjádření typu: „*co si to tam pořád píšeš?*“, „*ty už jsi tu zase s tím bonzblokem?*“ nebo „*my tě stejně přepadneme a ten blok ti vezmeme*“.¹⁷ Na to jsem reagoval tak, že jsem jim jen v podstatě opakoval, že je pozoruji při práci.

Pokud jsem cítil určitou nervozitu či nespokojenost s touto odpovědí, ujišťoval jsem je, že rozhodně nehodnotím správnost provedení ošetrovatelských postupů, ani jejich schopnosti či dovednosti. Snažil jsem se tím předcházet možným nedorozuměním, které by mohly pramenit z pocitu, že jakýmkoliv způsobem zpochybňuji či kritizuji kvalitu jejich práce. Dával jsem si na jakékoliv projevy tohoto charakteru bedlivý pozor. Za celou dobu výzkumu jsem se nesešel s výraznější averzí vůči mé přítomnosti a to až už ze strany sester, sanitářů nebo lékařů. Jen jednou Zlatka při mém příchodu na oddělení prohodila: „*No ty jsi nám tu chyběl.*“ Vzhledem k tónu hlasu a povaze této mé bývalé kolegyně si však trůfám tvrdit, že to bylo míněno spíše v žertu.

Přesto, že jsem v terénu hodlal zastávat pozici pozorovatele participanta, přesto jsem byl snad až na tři výjimky v podstatě úplným pozorovatelem. Moje zapojení do činnosti na

¹⁶ Po třech návštěvách mě staniční sestra požádala, jestli bych ji nemohl dát vždy dopředu vědět, kdy opět přijdu na oddělení. Na můj dotaz proč to potřebuje vědět, odpověděla, že jen prostě chce mít přehled o tom, co se na oddělení děje. Neměl jsem důvod nevyhovět. Protože jsem přítomnost na oddělení operativně plánoval podle svých dalších aktivit, volal jsem vždy ráno ten den, kdy jsem hodlal přijít. I když se mi to zpočátku zdálo na poslední chvíli, staniční sestra s tím kupodivu neměla problém a tak jsem u této praxe zůstal až do ukončení výzkumu. Toto byl poslední požadavek vedení týkající se mé přítomnosti na oddělení.

¹⁷ Terénní poznámky.

oddělení spočívalo dvakrát v asistenci při ranní toaletě, jednou v asistenci při přesunu pacienta do křesla a párkrát jsem něco podal či přemístil dle přání personálu. Prakticky pokaždé ale musela přijít nabídka z mé strany. Nikdy žádost o výpomoc nevzešla ze strany sester. Má přítomnost tak byla využita podstatně méně, než jsem si původně představoval.

Příčinou mohlo být to, že jsem většinu času strávil pozorováním a opravdu velmi častým zapisováním dat do svého sešitu. Mohl jsem tak působit dojmem, že jsem zaneprázdněn a personálu tedy mohlo připadat, že by mě žádostí o pomoc vyrušoval. Dalším důvodem může být to, že zdravotním sestřám přišlo neprofesionální žádat o pomoc někoho, kdo na oddělení není zaměstnán. Musím však podotknout, že jsem byl svědkem jen minima případů, kdy sestra potřebovala pomoc druhé osoby, která však momentálně nebyla k dispozici, přičemž daná situace nesnesla odkladu. Většinou si personál rozvrhl práci (a potřebu výpomoci) podle aktuálního dění na oddělení tak, že k podobným situacím prakticky nedocházelo.

Zejména na počátku svého výzkumu jsem pocíťoval tendence identifikovat se s personálem a jeho projevy chování vůči pacientům. To mohlo být způsobeno právě hladkým přijetím do zkoumaného prostředí, ale také jakýmsi „flashbackem“. Ten se projevoval v podobě návratu určitých pocitů, myšlenek a návyků, které jsem si osvojil a prožíval na tomto pracovišti. Svůj vliv mohlo hrát i to, že práce na tomto oddělení byla mou první pracovní zkušeností po získání kvalifikace. Sem jsem po škole nastoupil v podstatě jako „tabula rasa“, na kterou se první zkušenosti a návyky zapsaly nesmazatelným písmem. Osmiletá odmlka se najednou nezdála být tak dlouhá.

Musím přiznat také určitou míru nervozity, kterou jsem si vysvětloval svou novou rolí, jež jsem však hrál před starým publikem. Byla to pro mě premiéra bez předchozí generálky, navíc doplněná pocitem neznalosti textu a absencí nápovědy. Snažil jsem se vše maskovat za fasádou klidu. Svůj první den v terénu jsem si však zapsal jen pramálo relevantních informací, zato s použitím mnoha slov.

Postupem času jsem však cítil, že se můj pohled na činnost sester přece jen objektivizuje a já získávám tolik potřebný odstup. To jsem si začal uvědomovat v momentech, kdy jsem si najednou všiml věcí, které jsem do té doby neregistroval. Šlo například o světlo svítící pacientům do očí i v době, kdy bylo možné zhasnout, o ledabyle zatažený závěs, který neplnil funkci, kterou měl, o slova, která nesouzněla s tónem hlasu, jakým byla vyřknuta či o konverzaci, kterou pacient slyšet nemusel. Cítil jsem, jakoby se mi otevíraly oči a já začínal vidět jiný, do té doby jen tušený svět. Tehdy jsem se začal cítit klidnější a zároveň soustředěnější na účel své práce.

Zároveň se mi však začal potvrzovat můj původní předpoklad, že sociální realita je velmi pestrá barevný svět, ve kterém se jen velmi obtížně nachází nějaké pravidelnosti. Pozorované projevy chování se lišily nejen mezi jednotlivými zdravotními sestrami, ale někdy i u téže sestry v různou dobu. Čím více se mi dařilo vidět za oponu, tím silnější jsem měl pocit, že cíl, který jsem si stanovil, nemohu naplnit. Musel jsem vyhodnotit různé zdroje (pozorování, rozhovory, texty), týkající se různých jevů vyskytujících se v rámci ošetrovatelského procesu a objevit v nich nějakou zákonitost či obecný trend. Něco, co by tyto jevy určitým způsobem spojovalo a dávalo jim řád. Když jsem končil terénní část svého výzkumu, rozhodně jsem si nebyl jist, že se mi na základě nasbíraných dat podaří splnit svůj úkol.

Při interpretaci a analýze získaných dat jsem si opět uvědomil sílu a vliv mých předchozích zkušeností s charakterem pozorované činnosti. Všiml jsem si totiž svých tendencí interpretovat některé činnosti spíše na základě těchto zkušeností, než na základě opravdu pozorovaného chování a jednání zdravotních sester. Aby k tomu nedocházelo, snažil jsem se pozorně soustředit na to, abych při jakékoliv interpretaci a výkladu nasbíraných dat tento vliv potlačil. Svou dovednost vzájemně odlišovat jednotlivé vlivy jsem musel poměrně těžce budovat, a to s větším úsilím, než jsem si na začátku výzkumu připouštěl.

Tyto mé snahy o objektivní interpretaci skutečností se však postupně přehoupaly do druhého extrému. Původní pohled zdravotníka, který měl tendenci vysvětlovat pozorované jevy ve prospěch zdravotních sester, byl nahrazen pohledem jakéhosi arbitra, jenž (více méně na základě svého osobního názoru) hodnotí vhodnost či nevhodnost pozorovaných projevů chování. Oprostit se od těchto hodnotících tendencí nebylo jednoduché, a tak jsem si vědom toho, že se mi to nemuselo podařit do takové míry, která by byla vhodná pro etnografickou studii. Přesto však věřím, že prezentované výsledky jsou kvalitní.

Můj odchod z terénu, ostatně jako celý výzkum, proběhl v přátelském duchu. Ještě několikrát jsem po ukončení terénní fáze oddělení navštívil, abych si doplnil některé informace, a vždy jsem se setkal s ochotou odpovídat na moje mnohdy velmi osobní otázky. Po své poslední návštěvě na ARO jsem poděkoval všem, kteří ten den byli na oddělení, za jejich trpělivost a ochotu spolupracovat na mém výzkumu. Protože nebylo možné rozloučit se se všemi zaměstnanci oddělení a poděkovat jim osobně, požádal jsem přítomné, aby mé díky vyřídili také zbývajícím kolegům. Nabídl jsem rovněž, že zájemce seznámím s výsledky svého výzkumu, o což v průběhu mého působení projevovali zájem nejen aktéři výzkumu, ale i někteří lékaři. Cítím to zároveň jako určitý projev díky za jejich participaci na tomto výzkumu.

V průběhu celého terénního výzkumu jsem se snažil vystupovat tak, abych se na oddělení mohl opět vrátit. Zároveň jsem doufal, že bych tímto způsobem mohl otevřít dveře i jiným, zdravotnicky nekvalifikovaným a pro vedení „neznámým“, výzkumníkům.

4. PROSTŘEDÍ VÝZKUMU

4.1 Oddělení

Jak už jsem uvedl výše, svůj výzkum jsem prováděl na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nejmenované krajské nemocnice. Oddělení čítá šest lůžek a jeden příjmový sálek plnící funkci urgentního příjmu. Zde se nachází další lůžko, které však neslouží k hospitalizaci pacienta. Maximální počet pacientů v jednom okamžiku tak může být šest, respektive sedm. Pouze jednou v průběhu mé přítomnosti bylo na oddělení sedm pacientů, a to jen velmi krátce. Nejčastěji se počet pacientů pohyboval mezi čtyřmi a šesti. Počtem lůžek a personálu se tedy jedná spíše o menší až středně velké oddělení.

4.1.1. Stavební dispozice oddělení

Nyní se pokusím stručně popsat stavební dispozici oddělení, přičemž se zaměřím jen na tu část, ve které se nacházejí pacienti, a ve které jsem tedy prováděl svá pozorování. Patří sem lůžková část oddělení, sesterna, příjmový sálek a denní místnost sester. Nebudu se zmiňovat o anesteziologické části oddělení, skladech, technických místnostech, lékařských pokojích a dalších prostorách oddělení, neboť na průběh výzkumu neměly žádný vliv. Pro lepší pochopení popisu bude vhodné nahlédnout do přílohy č. 1a a 1b. Ty zobrazují zjednodušený plánec popisované části oddělení ve 2D (1a), respektive 3D (1b) rozměrech.

Oddělení se nachází ve druhém patře budovy. Její zdi jsou natřené modrou omyvatelnou barvou, což je vzhledem k hygienickým požadavkům velmi vhodné. Oddělení prošlo před pár lety celkovou rekonstrukcí, a tak jeho interiér působí velmi vkusným a moderním dojmem.

Při vstupu na oddělení je třeba dát se chodbou doleva. Na jejím konci se nachází příjmový sálek, ze kterého se dá vejít do jednoho ze skladů. Vlevo před sálkem najdeme denní místnost sester, která je vybavena sociálním zařízením se sprchou, kuchyňkou, sedací soupravou, stolem s počítačem a monitorem. Ten zobrazuje záběry na jednotlivá lůžka, která jsou monitorována kamerami. Pokoj je dále doplněn několika kusy nábytku a dekoračními předměty.

Chodba pokračuje od příjmového sálku doprava a vede do lůžkové části oddělení. Podél jejích stěn jsou umístěny drátěné koše, ve kterých je umístěn v podstatě veškerý materiál potřebný pro práci sester. Koše jsou průběžně doplňovány ze skladů tak, aby byl potřebný materiál vždy po ruce.

Hned vedle sálku se nachází první box s lůžkem číslo 1. Toto lůžko je jako jediné relativně oddělené od ostatních, a tak často slouží jako izolace, byť není uzavřeno dveřmi. Konec konců dveře v lůžkové části oddělení nejsou nikde. Za tímto boxem se nachází

sesterna, ze které je přes prosklenou stěnu možno vidět na lůžko číslo 1. Na druhou stranu je rovněž přes prosklenou stěnu vidět lůžko číslo 2, které se také nachází v jakémsi boxu, avšak ten je od zbytku lůžkové části oddělen pouze třetí prosklenou stěnou. Ta je zároveň poslední takovouto stěnou na oddělení. Za ní se pak nachází poměrně velký prostor, ve kterém najdeme lůžka číslo 3, 4 a 5 a za rohem (na konci chodby) konečně lůžko číslo 6. Tato čtyři lůžka se nachází prakticky v jediném, stavebně nijak nerozděleném prostoru a je proto možné vidět téměř odkudkoliv dění u jakéhokoliv z těchto lůžek. Tomu do jisté míry mohou zabránit závěsy, které se na oddělení v určitých místech nacházejí. Podrobněji se k nim vyjádřím v samostatné podkapitole (viz podkapitola 6.1.2. Závěsy).

Tento možná příliš detailní popis oddělení se může zdát zbytečný, přesto je podle mého názoru důležitý. Nastiňuje totiž jakýsi kontext, ve kterém jsem probíhající interakce pozoroval. Na jeho základě je pak lépe vidět, jak zásadním způsobem byla možnost zdravotních sester chránit soukromí a intimitu pacientů ovlivňována právě stavebními dispozicemi oddělení.

4.1.2. Lůžko a prostor kolem něj

Každé lůžko je elektrické a automaticky polohovatelné. Má pohyblivé zábrany, které zabraňují pádu pacienta. Je povlečeno prostěradlem, na které je zhruba doprostřed matrace položena podložka, tzv. polohovačka.¹⁸ Za lůžkem je tubus, který je ukotven ve stropě a na němž se nachází monitor, ventilátor, sada lineárních dávkovačů (zpravidla 4) a infuzních pump (zpravidla 2), odsávačka, rozvody medicínálních plynů a některé další drobné věci jako například lampička či držák ventilačního okruhu.

U každé postele se dále nachází pultík s různým materiálem. Namátkou jde například o sterilní peán, pinzetu a nůžky, které jsou umístěny ve sterilních skleničkách, které se vždy na noční směně vyměňují. Dále tampónky, buničina, krém na promazávání kůže, kapky do očí a mnoho jiných věcí, které ošetřující personál často používá a proto je potřebuje mít přímo u ruky.

Na sesterně se nachází „věž“, ke které jsou připojeny dva reproduktory. Jeden je umístěn v rohu sesterny (u stropu vedle okna) a druhý je v rohu místnosti za lůžkem č. 4 (rovněž u stropu). Věž obsluhují sestry, přičemž ne vždy pouští hudbu do obou reproduktorů. Zejména při ranních toaletách však hrála hudba z obou, přičemž hlasitost rádia byla podle mého názoru

¹⁸ Slouží k manipulaci s pacientem na lůžku (nejčastěji pro posun nahoru nebo otočení na bok). Je umístěna pod částí zad a pánví pacienta.

vždy přiměřená a nepůsobila rušivě. Naopak. Na boxu s lůžkem č. 1 žádný reproduktor nebyl, ale bylo tu na pultu malé rádio.

4.1.3. Režim oddělení

Režimem oddělení myslím jakýsi běžný chod oddělení, tzn. činnosti, které se provádějí každý den bez ohledu na mimořádné situace, které jsou samozřejmě na tomto typu oddělení celkem běžné. Mezi tyto nenadálé situace patří například příjmy nových pacientů na ARO, jejich překlady na jiná oddělení, řešení všech urgentních stavů nejen na oddělení, ale v celoustavním rozsahu či jiné náhle vzniklé situace vyžadující zvýšenou pozornost a rychlé řešení. V níže popsaném režimu oddělení, který specifikuji pro denní a noční směnu, tedy nebudu tyto urgentní situace zmiňovat. Je však třeba si uvědomit, že se mohou v průběhu směny vyskytnout kdykoliv, v jakémkoliv počtu a mít různý charakter.

Některé úkony se provádějí bez ohledu na to, jde-li o denní nebo noční směnu. Provádějí se v pravidelných časových intervalech a patří sem například kontrola životních funkcí pacientů a jejich zápis do zdravotnické dokumentace. Mezi ně patří krevní tlak, srdeční puls, saturace krve kyslíkem, centrální žilní tlak, množství vyprodukované moči, případně tělesná teplota a další parametry. Frekvence kontroly těchto parametrů závisí na stavu pacienta. Zpravidla se provádí každou hodinu, u méně závažných stavů každé 3 hodiny, zřídka kdy méně často. Minimálně každé tři hodiny se pacienti polohují na bok, aby nedošlo ke vzniku proleženin. Boky se pravidelně střídají, přičemž pro udržení pacienta na požadovaném boku, se mu za záda podkládá polštář. Druhý polštář se dává mezi kolena, aby se neotlačila. Mezi úkony, které sestry provádějí při každé směně, patří rovněž výměna infuzí a injekčních stříkaček u kontinuálně podávaných léků, které jsou aplikovány pomocí infuzních pump a lineárních dávkovačů. Tady se naopak žádná pravidelnost nevyskytuje a k výměně dochází vždy ve chvíli, kdy předchozí infuze či stříkačka s lékem dokařala.

4.1.3.1. Denní směna

Oficiálně začíná v 7 hodin, ale mezi sestrami platí letitá dohoda, že denní začíná od osmi. V půl osmé jsou však již všichni přítomni, aby si převzali pacienty od noční směny a ta tak mohla do osmi hodin opustit pracoviště. Do výkazu práce se však bez ohledu na tuto dohodu vykazuje jak pro denní, tak pro noční směnu 12 hodin, ačkoliv ve skutečnosti má denní 11 a noční 13 hodin.

Po příchodu do práce dochází k předání pacientů. Tím se rozumí seznámení nové směny s aktuálním stavem pacientů a sdělení všech novinek a změn, které se udály v průběhu noční

služby. Toto se děje hromadně, takže každý člen denní směny se dozví veškeré aktuální informace. Po předání, které trvá asi 15 až 20 minut (dle obsazenosti oddělení a množství předávaných informací) si sestry rozdělí pacienty. Neexistuje žádné oficiální pravidlo, kterým by se při rozdělování pacientů sestry musely řídit, snad až na jediné, a sice že jedna sestra má nejvýše dva pacienty. Pokud k tomu dojde, je snaha vybrat takové pacienty, jejichž nároky na péči může jeden člověk spolehlivě uspokojit.¹⁹ Každá sestra tak může projevit zájem o některého z pacientů a podle Bohunky je jí většinou vyhověno.²⁰ V tomto ohledu jsou tedy zohledňovány preference personálu. O těch se však zmíním až v kapitole o komunikaci.

Kolem osmé hodiny, po hlášení lékařů, které probíhá u primáře oddělení (jakási obdoba „sesterského“ předávání pacientů), začíná vizita. Při ní se celý ošetřovatelský tým oddělení schází u každého pacienta zvlášť a sestra, které má daného pacienta v péči, pak lékařům předá aktuální informace a novinky, které se za posledních 24 hodin (od poslední ranní vizity) udály. Po vizitě si také lékaři rozdělí, kdo se komu bude konkrétně věnovat.

Když skončí vizita, nastává doba pro provedení ranních toalet. Toalety se provádějí třikrát denně a to ráno po vizitě, odpoledne mezi 17. a 18. hodinou a potom zhruba o půlnoci. Zdá se, že provádění toalety, respektive hygieny pacientů třikrát denně, považují zdravotní sestry za dostatečné, ne-li až příliš časté. Když jsem se zeptal např. Alice, co se jí vybaví pod pojmem péče o pacienta, odpověděla: „*Hygienu*“. Na další dotaz, tvoří-li hygiena „gró“ práce, doplnila: „*No tak každej den vlastně meješ třikrát, každý tři hodiny kontroluješ pacienta. A furt jenom meješ, meješ, meješ. Hygienu a papíry.*“

Ranní hygiena je nejdůležitější. Pacient je při ní kompletně umyt (případně se umyje sám), je mu převlečeno lůžko, ošetřeny všechny vstupy (např. endotracheální rourky či tracheostomické kanyly, centrální žilní katetry, periferní a arteriální kanyly, nasogastrické sondy, močové katetry aj.) a převázány všechny pooperační či traumatické rány. Pečuje se o ústa, u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami se provádí toaleta dýchacích cest (odsátí, případně laváž). Velký důraz je kladen na péči o pokožku zejména imobilních pacientů, aby nedocházelo ke vzniku proleženin (dekubitů). Jednou týdně je pacientům umyta hlava a podle potřeby ostříhány nehty a vlasy. Ranní hygieně je věnováno hodně času (zpravidla kolem hodiny) a všechny její součásti, jsou prováděny velmi pečlivě a detailně.

Indikují-li u některého pacienta lékaři rentgen, dochází k němu zpravidla v průběhu ranní hygieny za použití pojízdného RTG přístroje. Ten je trvale umístěn na oddělení a ovládá ho rentgenologický laborant, který je za tímto účelem přivolán na oddělení.

¹⁹ Terénní poznámky – Dana při popisu průběhu denní směny.

²⁰ Polostrukturovaný rozhovor.

Po ranní hygieně lékaři vyšetřují své pacienty. Na základě svých zjištění dávají pokyny sestřám, které je plní. Tyto pokyny jsou později sepsány v dokumentu, který na oddělení nazývají „vizita“. V něm je popsán aktuální zdravotní stav pacienta na základě jeho předchozího vyšetření a všechny potřebné informace týkající se léčby pacienta, které jsou platné na následujících 24 hodin. Mezi ty patří například plánovaná vyšetření a odborné výkony či naordinované léky, přičemž nesmí chybět údaje o tom, v jaké dávce je má pacient dostat, v kolik hodin a jakým způsobem. Tyto tzv. „ordinace“ mohou být měněny či doplňovány na základě aktuálního vývoje zdravotního stavu pacienta. Všechny změny ve vizitě provádí pouze lékař, byť často na základě podnětu zdravotních sester.

Po zbývající část dopoledne sestry dále zajišťují ošetrovatelskou péči, kontrolují základní životní funkce, zapisují do dokumentace výsledky ranních odběrů krve, které provádí noční směna, provádí odborné výkony podle ordinací zapsaných ve vizitě, jezdí s pacienty na různá vyšetření na jiná oddělení nemocnice (nejčastěji CT) nebo asistují u lékařských výkonů a vyšetření přímo na ARO (např. sonografie²¹, bronchoskopie²² atp). V tuto dobu přicházejí na oddělení pravidelně také dvě rehabilitační pracovnice, které s pacienty cvičí.

Po poledni se personál začíná prostřídávat na obědě. Ve 14:30 probíhá odpolední vizita, kdy lékaři a sestry seznamují lékaře, který bude sloužit do následujícího rána, s aktuálním stavem všech pacientů a jejich plánovanou léčbou.

V 17 hodin se provádějí odběry krve a zpravidla v 17:30 večerní toalety. O hodinu později začíná předávání noční směně.

4.1.3.2. Noční směna

Po předání, které probíhá stejně jako ráno, si noční směna rozdělí pacienty a fyzicky je zkontroluje. Poté vždy jeden člověk (zpravidla po vzájemné dohodě) sesbírá z pultů u pacientů použité sterilní nástroje (peán, pinzetu a nůžky) a vymění je za nové včetně skleniček, ve kterých jsou umístěny. Doplní také další materiál, který se za předchozích 24 hodin spotřeboval.

Ve 23 hodin se nabírají další odběry a před půlnocí se objednává strava pro pacienty, kteří mohou jíst. Přibližně o půlnoci se provádí poslední, noční toaleta. Ta vzhledem k denní době není tak rozsáhlá jako ta ranní. Dochází při ní zejména k výměně znečištěného

²¹ Sonografie – vyšetření ultrazvukem (Vokurka, Hugo, 2006: 840).

²² Bronchoskopie – endoskopická metoda umožňující pohled do průdušek a odběr materiálu k dalšímu vyšetření (Vokurka, Hugo, 2006: 124).

materiálu, propnutí prostěradla, péči o dýchací cesty a dutinu ústní a rovněž pokožku. Zpravidla u jednoho pacienta netrvá déle než 20 minut.

Poté se dopíše a zkompletuje sesterská dokumentace právě skončeného dne a připraví se dokumentace nová. Následuje noční klid, v jehož průběhu se plní ordinace lékaře a řeší aktuální požadavky na péči o pacienta. Je snaha co nejméně rušit noční klid pacientů, který je i tak neustále narušován zvuky různých přístrojů, jejich alarmů, pohybem a hlasy personálu, případně zvoněním telefonů. V případě příjmu nového pacienta pak dochází de facto k úplnému „obnovení“ chodu oddělení, tedy k normální (hlasité) komunikaci, rozsvícení světel a dalším činnostem, které nesedovaným pacientům prakticky znemožňují pokračovat ve spánku. V 6 hodin se provádí odběry krve podle požadavků lékařů, provede se poslední kontrola pacientů a v 7:30 začíná předávání denní směně.

4.2. Personál

Na lůžkové části ARO je zaměstnáno celkem 25 sester včetně vrchní a staniční. Vzhledem k tomu, že vrchní sestra, ani sestra staniční obvykle neposkytují přímo ošetrovatelskou péči, nezařadil jsem je do svého vzorku. Vzorek tedy čítal 23 jedinců. Na plný úvazek na oddělení pracuje patnáct sester, osm pak na částečný, nejčastěji poloviční úvazek (šest sester). Na každé dvanáctihodinové směně standardně pracují čtyři sestry, které na ranní směně každý všední den doplňují staniční a vrchní sestra. Složení personálu se každou službu mění, protože služby jsou nepravidelné, a tak zde neexistují ustálené sesterské týmy.

4.2.1. Kvalifikace středního zdravotnického personálu ARO

Všichni účastníci výzkumu mají kvalifikaci zdravotní sestry, kterou získali na střední zdravotnické škole (SZŠ). Výjimku tvoří jedna osoba, jejíž jedinou kvalifikací je kvalifikace zdravotnického záchranáře. Tu mají ještě 4 další sestry, které si ji však dodělaly až po absolvování SZŠ, neboť studium zdravotnického záchranáře je v současné době pouze pomaturitním studiem²³.

Dvanáct zdravotních sester si doplnilo svoji kvalifikaci specializačním kurzem zaměřeným právě na práci na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Jde o několikaměsíční kurz anestezie, resuscitace a intenzivní péče všeobecně

²³ Tuto kvalifikaci bylo možné získat tříletým studiem na vyšší odborné škole (takto ji získalo všech pět zmiňovaných jedinců) nebo v současné době studiem bakalářského programu na vysoké škole. První vysokoškolsky vzdělaní záchranáři končili své studium v roce 2010.

známý pod názvem ARIP, který je vyučován na akreditovaných pracovištích zpravidla fakultních nemocnic. Dvě osoby měly kvalifikaci zdravotní sestry, zdravotnického záchranáře i kurz ARIP.

Dalším typem kvalifikace, který je rovněž pomaturitním tříletým studiem vyučováním na vyšších odborných školách, je studium oboru sestra pro intenzivní péči (SIP). Na rozdíl od oboru zdravotnický záchranář, kde je jednou z podmínek pro přijetí do studia maturita z jakékoliv střední školy, může obor SIP studovat pouze absolvent SZŠ, tedy zdravotní sestra. Touto kvalifikací disponují dvě zdravotní sestry.

Vysokoškolské vzdělání mají dvě osoby. Jedna absolvovala bakalářský studijní program zaměřený na ošetřovatelství, přičemž před tím si ještě doplnila vzdělání studiem oboru SIP. Druhá vystudovala na pedagogické fakultě magisterský studijní program se specializací na první stupeň základních škol. Obě tyto sestry jsou absolventkami SZŠ oboru všeobecná sestra. Pouze střední zdravotnickou školu bez další kvalifikace či specializace v oboru má v současné době sedm zdravotních sester. Jedna sestra studuje na vysoké škole bakalářský program ošetřovatelství.

Ze zkoumaného vzorku osob je na oddělení služebně nejkratší dobu sestra, která zde pracuje jeden rok, služebně nejstarší je pak její kolegyně, která zde na stejné pozici pracuje už 19 let. Nejmladší na oddělení jsou dvě zdravotní sestry narozené v roce 1985, nejstarší je narozená v roce 1955.

Pro úplnost dodávám, že na oddělení pracuje 8 sanitářů (6 mužů a 2 ženy) a 18 lékařů. Pouze 6 lékařů však pracuje na lůžkové části oddělení. Zhruba třetina všech lékařů má zkrácený úvazek na 0,5 až 0,8.

5. KOMUNIKACE

V této kapitole se pokusím shrnout základní charakteristiky komunikace mezi zdravotními sestrami a jejich pacienty a pokusím se najít vlivy, které je formují. Popíši také to, jak sestry hovořily o pacientech v jejich nepřítomnosti, ale také před nimi samotnými. Krátce se budu věnovat popisu komunikace s neverbálními pacienty a jiným aspektům komunikace, se kterými jsem se v průběhu svého pozorování setkal.

Na základě svého zkoumání rozlišuji tři základní formy komunikace zdravotních sester s pacienty. Nazval jsem je komunikací vřelou, komunikací formální a komunikací nepříjemnou.

5.1. Formy komunikace

5.1.1. Formální způsob komunikace

Jde o takovou komunikaci, která splňuje všechna požadovaná kritéria a těžko v ní hledat nějaké nedostatky stran oslovení, způsobu a formy sdělování informací, či jiných požadavků. Nenajdeme v ní náznak dvojsmyslnosti, výsměchu či urážek, a přesto v ní chybí cosi, co nedovoluje pacientovi získat pocit, že o něj má personál opravdu zájem, resp. že není jen unifikovaným pacientem, ale svébytným jedincem se svými specifickými potřebami. Pokud bych měl to chybějící „cosi“ pojmenovat, řekl bych, že je to chuť komunikovat.

Sestry, které s pacienty komunikovaly tímto způsobem, mluvily většinou vyrovnaným a emocionálně neutrálním tónem hlasu. Často pouze stroze oznamovaly, co jdou s pacientem dělat, aniž informaci dále rozvedly nebo se ujistily, že pacient informaci rozuměl a je připravený činnost podstoupit. Typický příklad takové komunikace jsem mohl pozorovat u Květy, když šla pacientovi měřit hladinu cukru v krvi. Ta se měří z kapky krve, kterou sestra získá píchnutím pacienta do prstu jehlou. V pozorovaném případě Květa pacientovi oznámila: „*Píchnu vás do prstu*“²⁴, což učinila v podstatě ještě dříve, než tuto strohou větu stihla dořít. Pravdou je, že její pacient byl sedován a jeho vědomí tedy do značné míry utlumeno.

Právě u pacientů s omezeným vědomím byl tento typ komunikace poměrně častý, i když ne jediný používaný. Typicky se vyskytoval například u ranní hygieny, kdy bylo nutné pacienta otočit na bok. Téměř pokaždé jsem měl možnost alespoň od jednoho lůžka slyšet otřepanou větu: „*Otočíme vás na bok, pane Novák*“, kdy otáčení pana Nováka probíhalo nezřídká v průběhu oznamování činnosti. A takovýchto typů oznámení, případně řečnických otázek („*Otočíme vás na bok, ano?*“) bylo pochopitelně více. Pokud byl tento formální

²⁴ Terénní poznámky.

způsob komunikace použit právě u těchto pacientů, měl jsem dojem, že ho sestry uplatňují v duchu pořekadla „vlk se nažral, ale koza zůstala celá“. Jinými slovy: komunikovaly s pacientem tak, jak jim ukládala jejich povinnost, ale dělaly to pouze mechanicky. Plnily si tedy svoji povinnost, ale bez přidané hodnoty.

Takto přísně formálně se tento typ komunikace přece jen neprojevoval u pacientů lucidních. Jasnost vědomí pacienta a jeho schopnost vnímat zde obvykle vedla ke změně tónu hlasu sester, který přece jen nebyl tak nezúčastněný, jako občas býval u předchozí kategorie pacientů. Přesto však forma komunikace mohla zůstat beze změn.

Určitým specifikem byl „dožadující se pacient“ Tím byl člověk, který se neustále domáhal pozornosti zdravotních sester. Buď na ně přímo volal, nebo si sundával z prstu saturační čidlo²⁵ a tím spouštěl alarm monitoru. Často požadoval různé úkony, které s trochou snahy mohl vykonat sám (například dolít si hrnek s pitím) anebo chtěl pořád dokola tu stejnou věc (třeba opakovaně otevřít okno a v zápětí ho opět zavřít). Při komunikaci s takovýmto typem pacienta (který se však na ARO zpravidla nevyskytuje příliš často a já se s ním setkal jen jednou) došlo naopak ke zvolení přísnějšího tónu, který měl pacientovi jasně naznačit nevhodnost jeho chování a hranice, které by v komunikaci se sestrou měl respektovat. Tato hranice byla v pozorovaném případě naznačena nejen tónem hlasu, ale také přímo sdělena pacientovi: „*Pane Kroupo, nemůžete mě volat každý dvě minuty, abych Vám dolila čaj. Já mám i jinou práci. Už jsem Vám říkala, že máte jen omezený příjem tekutin, a tak zatím víc dostat nemůžete.*“²⁶ Když pacient apel sestry odmítl respektovat, došlo u ní k posunu od formální k nepříjemné komunikaci.

Při formální komunikaci byl zjevný patřičný odstup mezi personálem a pacienty a někdy celá interakce vyznívala velmi chladně a neosobně. Pokud budeme souhlasit s Murphym (2001), že neosobnost nemocnic je plozena jejich byrokratickou povahou, může pacient tuto neosobnost pociťovat mimo jiné právě přes takto formální přístup ze strany ošetřujícího personálu.

5.1.2. Vřelý způsob komunikace

Vřelá komunikace je typická právě zjevnou chutí zdravotních sester komunikovat s pacienty. Ta se projevuje nejen v tónu hlasu, který je zúčastněný, veselý a živý, ale také ve formě komunikace samotné. Sestra často sama aktivně zahajuje komunikaci, klade otázky nebo se jinak snaží zapojit pacienta do rozhovoru. Rovněž se ujišťuje, že pacient jejím

²⁵ Čidlo monitorující saturaci krve kyslíkem.

²⁶ Terénní poznámky.

informacím rozuměl a je tak připraven účastnit se nějaké činnosti. V průběhu takovéto komunikace docházelo ke vtipkování, zúčastněnému rozebírání problémů, které pacienta trápí, nebo diskusím na různé téma.

Tento typ komunikace vedly sestry téměř výhradně s lucidními pacienty. Jeho přidanou hodnotou byla elevace nálady pacienta, která se projevovala zvýšenou uvolněností a veselostí (zejm. při vtipkování) nebo ústupem úzkosti pacienta (debata o problémech a snaha o jejich řešení či utěšování pacienta). K uvolnění nálady někdy vedl i rozhovor mezi samotnými sestrami, který vedly mezi pacienty.

Poznamenal jsem si komunikaci, kterou vedla Linda se svým pacientem v podstatě po celou dobu mé přítomnosti na oddělení. Hned na začátku směny při ranní hygieně pacienta povzbuzuje k aktivitě: „*Vy jste takovej šikovnej, vy si můžete spoustu věcí udělat sám*“, čímž míní pití, odkašlávání a odplivování do emitní misky. Pan Hromádka je lucidní, částečně soběstačný pacient, který může verbálně komunikovat. Ke své aktivitě se nenechá dlouze pobízet a čile s Lindou komunikuje. Ta si dělá svou práci a v průběhu hovoru s panem Hromádkou vtipkuje. Pan Hromádka nechtěně shazuje ze stolečku žanetku²⁷ s čajem. „*Vy po mě házíte stříkačku, jo?*“, říká s úsměvem Linda. „*Né, to bych si nedovolil, sestřičko. Já jsem ji nechtěně shodil.*“ „*Tak já vám teda budu věřit a podám vám ji*“ odpovídá Linda a s úsměvem ji pokládá zpět na stolek.

Později při podávání inhalačních léků jde Linda vypnout přívod kyslíku, aby ukončila inhalaci: „*Tak jak to fičí v pohraničí?*“ ptá se. „*Výborně, akorát to moc nevoní*“, odvětlí pan Hromádka. „*Tak to je ještě dobrý, taky by vám to mohlo úplně smrdět*“, odpovídá Linda a oba se smějí. V průběhu dopoledne je patrné, že nálada pana Hromádky je velmi dobrá, na čemž má lví podíl právě velmi vřelá a milá komunikace ze strany zdravotní sestry.

Vřele komunikující zdravotní sestry se také častěji zajímaly o komfort pacienta a snažily se ho aktivně zajistit. Jako příklad volím rozhovor Dany se svým pacientem na závěr ranní hygieny: „*Nechcete vysunout trochu vejš, v tý posteli? Takhle to musí bejt nepohodlný.*“ Pacient s endotracheální rourkou v krku kývá na znamení souhlasu. Za pomoci sanitáře a Dany je vysunut výše. „*Řekněte mi, jak vysoko chcete zvednout pod hlavou*“, pokračuje Dana a zvedá ovladačem na postranici postele její zádovou část, dokud pacient pohybem hlavy nenaznačí, že tahle poloha mu vyhovuje. „*Není vám tu horko? Chcete otevřít okno?*“, říká opět Dana. Pacient kýve hlavou. „*Tak já vám tu otevřu ventilačku a za chvíli se přijdu zeptat, jestli vám už není zima, jo?* (smích) *Já teď půjdu napsat papíry a za chvíli jsem tu.*“ Pacient

²⁷ Stříkačka s objemem 200 ml, do které se pacientovi občas dává pití, pokud ještě nezvládne pít z hrnečku. Pacient ze stříkačky saje jako z brčka a může, přičemž si může pomáhat tlakem na píst stříkačky.

opět kýve. Celý rozhovor vede Dana ve velmi veselém a vstřícném duchu, často se směje a její dobrá nálada se přelévá i na ostatní personál.

Takovýmto způsobem sestry nikdy nekomunikovaly s pacienty v bezvědomí. Zdá se, že je zde nezbytná oboustranná snaha vést rozhovor, která ze strany takového pacienta samozřejmě nepřichází v úvahu. Navíc by např. jednostranné vtipkování sestry mohlo být chápáno jako projev neúcty či posměchu. Faktory ovlivňující míru a formu vtipkování s pacienty si nedovolují posuzovat. Podle Bolechové (2009) zde však hrají roli sympatie personálu k danému pacientovi.

Na základě svých pozorování si troufám identifikovat ještě jednu přidanou hodnotu tohoto způsobu komunikace. Pokud se na směně vyskytla alespoň jedna zdravotní sestra komunikující tímto způsobem, vždy byla rovněž nálada personálu lepší, což se projevovalo uvolněnější atmosférou, veselejšími tématy k rozhovorům a méně častým stěžováním si na pracovní záležitosti.

5.1.3. Nepříjemný způsob komunikace

Je v podstatě opakem předchozího typu. Mezi jeho charakteristické rysy patří zejména zvýšený hlas s nepříjemným tónem a nevhodně volená slova, kterými sestra vyčítá, zakazuje či obviňuje pacienta. S čím jsem se naopak nesetkal ani při této formě komunikace, byly vulgarismy. Ty se ostatně v přímé komunikaci s pacientem nevyskytly nikdy. Pokud jsem je v přítomnosti pacienta z úst sester zaznamenal, nikdy nebyly adresovány pacientovi. Vyznívaly spíše jako určitý povzdech či ventil momentálního rozpoložení sestry. Měly podobu klasického „ty vole“, nebo nedokončených slov či vět typu „dopr...“, „já se po...“ a podobně.

Také zde bylo možné identifikovat určitý typ pacientů, se kterými sestry hovořily zejména tímto způsobem. Jednalo se buď o pacienty zmatené, kteří nebyli schopni splnit jakýkoliv požadavek ze strany ošetřujícího personálu, anebo o pacienty verbálně nebo fyzicky agresivní. Zmatení pacienti byli často také psychomotoricky neklidní, což vyžadovalo vyšší aktivitu ze strany sestry. Tito pacienti si samozřejmě neuvědomovali, co dělají (a sestry si toho byly vědomy: „*Když jsou zmatení, tak si to potom nikdy nepamatujou*“²⁸), přesto byl jejich způsob komunikace se zmatenými pacienty často nevhodný.

Velmi silně na mě zapůsobil přístup Dity, která se starala o pana Kulatého. Tomu byla snížena sedace, aby se postupně probudil z umělého spánku. Měl zavedenou

²⁸ Věra, terénní poznámky.

tracheostomickou kanylu a nemohl tak verbálně komunikovat. Dita hovořila s panem Kulatým nejprve formálním způsobem, ale s narůstajícím psychomotorickým neklidem pacienta se její přístup změnil v nepříjemný. Pan Kulatý se vrtí a sesouvá se k nohám postele. Navíc si ve své zmatenosti téměř neustále strhává EKG svody a tím spouští alarm monitoru. „*Nechte toho, krucipísek! Kdybyste se tak nehejbal, tak vás to tak nebolí. A nesesouvávat se!*“, velmi důrazně říká Dita, která má za to, že neklid pacienta je způsoben bolestí, která se začíná s odeznívající analgosedací ozývat. Odezva pacienta je nulová a mě se zdá, že Ditu snad ani neslyší. Stejný pocit má nejspíš také Dita, která ještě silnějším hlasem říká: „*Ježíšikriste ležte, pane Kulatý! Takhle vás to bude bolet ještě víc ... nenapínat to!* (míněna operační rána na břicho). *Ach jo*“, dodává stále velmi důrazně. Všimám si, že s postupem času dochází přece jen k mírnému zklidnění pacienta, nicméně přístup Dity se již nemění. Ta teď už i kvůli drobným pohybům pana Kulatého velmi důrazně napomíná: „*To teda ne, to by nešlo! Já na vás nemám sílu vás pořád tahat!*“ a dává pacientovi bolus analgosedace, který má za úkol ho trochu zklidnit. Později jde pacient na revizi operační rány na sál. Než se vrátí, já odcházím z oddělení a tak nemohu dále sledovat vývoj této interakce mezi Ditou a panem Kulatým. Musím zde však podotknout, že takovýto způsob komunikace s pacientem jsem zaznamenal pouze v tomto jediném případě.

Další způsob promluvy s pacientem, který může spadat do této kategorie, jsem zaznamenal mezi Katkou a panem Kroupou. Došlo k němu ve chvíli, kdy se pan Kroupa rozhodl opustit lůžko a odejít. Je to silně obézní třiašedesátiletý muž, který je na oddělení již 18. den. Rovněž on má tracheostomii. Shodou okolností byl právě on tím velmi náročným pacientem, který velmi často zaměstnával sestry svými požadavky. To však bylo v prvních dnech jeho hospitalizace na ARO, kdy ještě mohl spontánně dýchat a tedy i mluvit.

Když si někdo z personálu všiml, že se pokouší odejít, měl už jednu nohu přes okraj postele a vykláněl se z ní ven. Katka k němu běží a už z dálky volá: „*Pane Kroupo, co to vyvádíte?! Okamžitě si lehněte nebo si ublížíte!*“ Když doběhne k posteli, snaží se mu dát nohu zpět do postele. Připojují se ještě s další sestrou. Obě dvě nepřestávají bombardovat pana Kroupu větami, ze kterých je jasně patrné, že takovéto chování je nepřípustné, nevhodné a nebezpečné a za žádných okolností nebude tolerováno. Velký důraz je kladen na bezpečnost pacienta.

Vlastně jsem se rozhodoval, jestli tento rozhovor také zařadit do kategorie nepříjemných. On samozřejmě pro pacienta příjemný nebyl, ale to ani z pochopitelných důvodů neměl být. Pan Kroupa měl pochopit, že nachází v instituci, jejímuž řádu je nutné se podřídit. Rozhovor

mu měl jasně a důrazně ukázat, jaká platí na oddělení pravidla a kdo tu dohlíží na jejich dodržování. Tomuto účelu byla přizpůsobena také forma.

Přes veškerý důraz byl rozhovor veden v celku slušně, nicméně postupně se v něm začaly objevovat prvky, na jejichž základě jsem se rozhodl zařadit ho do této kategorie komunikace. Šlo o určité náznaky zesměšnění či urážek pacienta. Došlo k nim až na konci Katčina monologu. „*Nevím, kam jste se vydal. Stejně nejste schopnej chodit. Dojdete tak maximálně na konec chodby, pokud vůbec, a tam sebou švihnete, protože ty vaše slabý nohy to vaše těžký tělo neunesou. A ani byste to neudejchal, potřebujete ventilátor*“. Naznačuje tak, že i kdyby pan Kroupa chtěl, tak oddělení v současném stavu nemůže vlastními silami opustit, čímž ho chce odradit od podobných pokusů. Takováto sdělení však mohou rovněž velice negativně působit na psychiku nemocného, neboť mohou navozovat pocit určitého zoufalství pramenícího z odkázanosti na pomoc personálu, ale také přístrojů, bez kterých v současné době nemůže existovat.

Po úpravě pacienta na lůžku mu ještě říká: „*Jste pořádně těžkej a dávat vás zpátky do postele není žádná zábava*“, čímž opakovaně naráží na nadváhu pacienta. Katka se tak snaží vzbudit v pacientovi soucit s personálem, který při manipulaci s pacienty musí vykonávat poměrně těžkou fyzickou práci. Dochází tak k určitému paradoxu, kdy je soucit sestrou požadován po nemocném, ačkoliv by ho měla mít v první řadě ona s pacientem. Ten však Katka prokazuje hned v následující větě, když říká: „*Já vás budu klidně radši častěji upravovat v posteli, než abyste mi z ní vylejzal. Takhle se fakt ještě zraníte a bude tu muset bejt ještě dýl*.“ Když je pan Kroupa znovu upraven v posteli, usmívá se. „*No to je teda sranda*“, prohodí Katka a také ona se poprvé od začátku incidentu (asi po pěti minutách) usměje. Je cítit, že dosavadní napětí se uvolňuje.

Poslední typ pacienta, u kterého sestry volily tento přístup, byl agresivní pacient. Pan Žabka, který se neúspěšně pokusil o sebevraždu, byl nazlobený na celý svět. Když se jeho stav trochu zlepšil, nenadále chytil lékaře, který ho vyšetřoval za košili a pronesl něco ve smyslu: „*Tebe si pamatuju, ty jsi byl vždycky hajzl*.“²⁹ Podle výpovědí sester je agresivita pacientů něco, co je za hranou jejich tolerance, ačkoliv si uvědomují, že také v těchto případech může docházet k jejím projevům v rámci „zmatenosti“ pacienta. Přesto, je-li jejich zdraví ohrožováno, velice důrazně si ho brání a ohled jde v těchto případech stranou.

Samozřejmě takovýto přístup u výše popsanych typů pacientů neuplatňují všechny sestry. Leona například říká: „*Musím říct, že pokud mám zmatenýho a neklidnýho pacienta, tak hraju*

²⁹ Tomuto incidentu jsem nebyl přítomen a zprostředkovala mi ho Dana. Proto také uvedená citace není nejspíš úplně přesná.

docela velký divadlo. Pro mě je základem nedostat toho člověka do stresu a nevyvádět nad ním. Snažím se být tak v klidu, aby mě nikdy nevytočil. Samozřejmě ho pak třeba vytočím právě tím klidem. Pak se otočím a dostanu kopanec do zad, že jo. Ale nedělám to proto, abych ho vytočila. Když na něj ale budu křičet, tak ho dostanu ještě do většího stresu.“

Také na pana Kulatého nebyla nepříjemná každá sestra, která s ním ten den přišla do styku. Gábina mu například velmi milým hlasem sděluje, že ho musí vysunout výš, protože se opět sesunul. Pravdu však je, že to byl její jediný kontakt s panem Kulatým a těžko říci, jestli by se její přístup nezměnil, kdyby ho měla na starost celý den.

Obecně bych si dovolil tvrdit, že způsob komunikace, který charakterizují jako nepříjemný, je velmi silně vázán na projevy chování pacienta a mizí v momentě, kdy se pacient začne chovat podle očekávání sester, respektive podle zaběhlých pravidel oddělení (přístup Katky k panu Kroupovi bych před incidentem i po něm charakterizoval jako vřelý). Některá pravidla jsou stanovena vedením nemocnice (důraz na bezpečnost pacientů), jiná si sestry zavádějí sami (pacient by měl klidně ležet na lůžku, spolupracovat, případně nevyžadovat mnoho „zbytečností“). Jako spouštěče takovéto komunikace bych označil zvýšenou fyzickou námahu sester při péči o pacienta (zejména manipulace s pacientem), časté dožadováním se pozornosti a ohrožení ze strany agresivního pacienta.

Výše popsané formy (způsoby) komunikace, které zdravotní sestry volily při svých interakcích s pacienty, byly do značné míry určovány právě pacienty samotnými a to ať už vědomě či nevědomě. Roli zde hrál jejich stav vědomí (sedace, zmatenost), projevy chování (nerespektování pravidel, agresivita) či míra jejich zájmu komunikovat a spolupracovat. Tataž sestra, která jeden den téměř výhradně komunikovala se svým sedovaným pacientem čistě formálně, vedla jindy opravdu vřelou debatu s lucidním pacientem.

5.2. Kvalita komunikace

Při svých pozorováních jsem se zaměřoval nejen na formu komunikace, ale rovněž na její kvalitu. Do té se sice forma rovněž promítala, ale důležitý tu byl zejména obsah a úplnost sdělení. Také zde jsem vytvořil tři kategorie, do kterých jsem komunikaci rozdělil podle její kvality. Označil jsem je „přesná a výstižná“, „něco chybí“ a „beze slov“.

5.2.1. „Přesná a výstižná“

Takto jsem hodnotil komunikaci, při které personál informoval pacienta o tom, co se chystá udělat, jak to provede a bylo-li to vhodné, tak také proč se požadovaný úkon musí

provést. Podstatná byla rovněž informace o tom, kdy se co bude dít, neboť tím pacient mohl získat alespoň rámcovou představu o plánované péči. Obecně totiž platí, že hospitalizovaný pacient má jen velmi omezenou možnost plánovat si svou péči, a to obzvláště na ARO. Jeho autonomie je v tomto ohledu omezena, a tak snahu informovat pacienta o podstatných úkonech a zákrocích dostatečně dopředu považují za velmi podstatnou.

Správný musel být také způsob sdělení, jehož vhodnost jsem hodnotil na základě toho, jestli pacient sdělovanou informací pochopil. Zde nesměla chybět ani snaha sestry o tomto se ujistit. Problémy mohly nastat například při sdělování odborných informací. Například při výměně močového katetru Věra klidným hlasem říká: *„Paní Macháčková, musím vám vyměnit tu hadičku, kterou čůráte.“* „*Něco se děje?*“, ptá se pacientka. *„Ne ne, už ji tam máte dlouho, a tak vám dáme novou, abyste nedostala třeba zánět. Bude to trochu nepříjemný, ale musí to být. Ale nebojte, dá se to vydržet“*, snaží se Věra připravit pacientku na určitý diskomfort. *„No když to musí být. Vy musíte vědět, co je třeba“*, ukončuje pro tuto chvíli rozhovor paní Macháčková, která se zdá být smířena s nezbytností zákroku.

V rámci výborné komunikace byly rovněž časté dotazy směřující na komfort pacienta, respektive dotazy, které dávaly pacientovi určitou možnost volby tam, kde bylo možné. Zde bych odkázal na výše uvedený rozhovor Dany se svým pacientem.

Výše uvedené charakteristiky výborné komunikace se pochopitelně v plném rozsahu vyskytovaly pouze u lucidních pacientů. U pacientů v bezvědomí jsem kladl důraz zejména na sdělování všech činností a výkonů, které se přímo dotýkaly pacienta, vedly k jeho manipulaci či mu mohly působit bolest.

Do této kategorie jsem řadil také tzv. bazální stimulaci, která se prováděla u pacientů v bezvědomí. Jde v podstatě o jakýsi zvláštní druh komunikace s pacienty v bezvědomí. Zde není prostor pro bližší seznámení se s touto ošetrovatelskou metodou, proto uvedu alespoň její stručnou charakteristiku. Jedná se ošetrovatelský koncept podporující vnímání a komunikaci pacienta. Je strukturována tak, aby podporovala jeho zachované komunikační a pohybové schopnosti. Pracuje se zde s individualitou pacienta, přičemž je nutná spolupráce příbuzných, kteří personálu sdělují důležité informace o pacientovi³⁰. Linda k tomu dodává: *„Kontakt s pacientem navozujeme iniciálním dotekem. Na tom se musíme všichni shodnout. Když přijdeme k tomu pacientovi, tak ho oslovíme a třeba se dotkneme levý ruky. On ví, že jsme k němu přišli a že se něco kolem něj bude dít. Všichni se teda shodneme, že pána budeme oslovovat „pane Vopršálku“ a sáhneme mu na levou ruku a on ví, že se to týká přímo jeho*

³⁰ www.bazalni-stimulace.cz

osoby. Bazální stimulace je vlastně navození toho, co člověk zná a je pro něj přirozený a my se to snažíme vyvolávat třeba dotekama, chutěma, hudbou, abychom mu připomněli to, co má zažítý a vyvolaly tu vzpomínku. A zjišťuje se to od rodiny a přátel“³¹. Podle vrchní sestry mají kurz bazální stimulace tři sestry z jejího oddělení a snaží se jeho principy učit i své kolegyně.

5.2.2. „Něco chybí“

Takto jsem hodnotil komunikaci, při které něco z výše uvedeného chybělo. Někdy sestry pacientům nesdělovaly dostatečně dopředu, co je čeká. To se stávalo v podstatě pravidelně při rentgenech, které se prováděly zpravidla každé ráno. Pro sestry to tedy byla každodenní rutina, která mohla být příčinou jejich nedostatečné komunikace. Pacient se často o svém rentgenu dozvěděl, až když byl k němu dotlačen pojízdný přístroj.

Relativně často sestry rovněž nezdůvodňovaly pacientům prováděné úkony („*Píchnu vás do prstu.*“³² „*Zaštourám vám štětičkou trochu do nosu*“³³) nebo činily rozhodnutí za pacienty (nedávaly jim na výběr) i v případech, kdy tak pacienti mohli učinit sami (například mytí hlavy každý pátek). Jednou jsem dokonce zaznamenal, že lékař pacientovi změnil tablety na krevní tlak a on o tom nebyl informován. Uršula přinesla panu Chalupovi tabletu se slovy: „*Spolknete tabletku, jo?*“, aniž by mu blíže upřesnila, co a proč vlastně polyká. Pacient však bez váhání a jakýchkoliv dotazů tabletu spolknul.

Všechny výše uvedené projevy jsem chápal jako ukázkou institucionalizace pacientů, jejichž hlavním účelem bylo dodržet řád oddělení, nekomplikovat léčbu a hlavně usnadnit či urychlit práci ošetřujícího personálu. Právě to bylo podle mého názoru hlavní příčinou někdy strohé a neúplné komunikace ze strany zdravotních sester.

Další příčinou horšího komunikačního přístupu k pacientům mohla být délka praxe na tomto oddělení, respektive tzv. syndrom vyhoření. Jak jinak si vysvětlit následující interakci sestry Vladky s paní Okurkovou při zavádění centrálního žilního katetru (CŽK)³⁴. Paní Okurkové je 87 let a je na oddělení 3. den. Je při vědomí, spontánně dýchající a tedy schopná verbální komunikace.

Po ranní hygieně je paní Okurkové lékařem sděleno, že se jí bude zavádět CŽK. K výkonu dochází asi hodinu poté. Vladka si připravila potřebné pomůcky a materiál a jde k lůžku. Současně s polohováním postele do roviny sděluje paní Okurkové, že „*ted' budeme*

³¹ Polostrukturovaný rozhovor.

³² Terénní poznámky – Květa při odběru krve pro změření hladiny cukru v krvi.

³³ Terénní poznámky – Zlata při stěru nosní dutiny na kultivaci.

³⁴ Centrální žilní katetr – katetr zavedený do horní duté žíly, který zprostředkovává informace o stavu oběhového systému a míře hydratace pacienta (Vokurka, Hugo 2006: 452).

píchat tu hadičku do krku“. Paní Okurková neodpovídá a Vladka už rovněž dále nekomunikuje. Pomáhá lékaři obléci se do sterilního pláště a začínají si spolu povídat. Vladka byla o víkendu na lyžích a tak se téma jejich hovoru po celou dobu výkonu točí kolem této zimní kratochvíle. Za celou dobu Vladka k pacientce pronese jedinou větu a to ve chvíli, kdy se lékař chystá umrtvit místo vpichu injekcí. „*Ted' to trochu píchne, paní Okurková*“, pronáší na následujících asi 10 minut poslední větu směrem ke své pacientce. Neosobnosti situace nahrává i to, že v rámci zajištění sterility pracovního pole přehazuje lékař pacientce cíp sterilní roušky přes obličej a ta se tak ocitá de facto v roli nevidomého, se kterým navíc v podstatě nikdo nekomunikuje. Následující rozhovor zahajuje svým dotazem paní Okurková, až když je výkon dokončen a Vladka ji upravuje na lůžku.

Při pozorování celé situace jsem se nemohl ubránit pocitu, že pacient je tu brán jen jako další kus. Někdo, komu se sice velmi pečlivě a za dodržení všech předpisů zavádí moderní a drahá pomůcka, která bezesporu usnadní další léčbu, ale o něhož vlastně vůbec nejde. Tento paradox jsem si dokázal vysvětlit jen jistou mírou vyhoření sestry Vladky (je na oddělení více než 10 let) nebo přinejmenším snížením její schopnosti empatie způsobeným nejspíše právě délkou praxe na tomto oddělení.

A konečně jsem do této kategorie řadil komunikaci, při které nebyla vhodně zvolena slova. Dalo by se říci, že to, co zde chybí, je určitý takt. Asi nejpříznačnějším příkladem byla komunikace Leony s paní Královou. V průběhu ranní toalety Leona hlasitě povídá své pacientce: „*Já vám oholím bradičku, paní Králová. Ať je z vás zase ženská!*“ Podle mého názoru zde ani milý a vřelý tón, se kterým byla tato slova pronesena, ani použití eufemismu (viz níže) situaci nemohlo zachránit. Ačkoliv to Leona určitě nemyslela zle, obávám se, že se paní Světlíková mohla cítit nepříjemně. Těchto pocitů ji mohla ušetřit snad jen analgesedace, která jí byla podávána.

Zde bych však rád podotknul, že posouzení vhodnosti zvolených slov je velmi subjektivní záležitostí. Ostatně jako to, jaká slova lze vůbec považovat v daném kontextu za vhodná. Z tohoto důvodu je obtížné posoudit, co je ještě přípustná (vhodná) komunikace a co už nikoliv. Paní Světlíková by se sice opravdu mohla cítit pohoršena, ale mohla by také tento způsob komunikace brát jako příjemný a náladu elevující. Vliv zde tedy bude hrát zejména subjektivní postoj pacienta.

5.2.3. „Beze slov“

Někdy sestry s pacienty nekomunikovaly vůbec. Zde bych však rád uvedl, že to v některých případech možná ani nebylo nutné. Mám tím na mysli situace, kdy činnost sestry

kolem lůžka nevyžadovala spolupráci pacienta, nebo nedošlo k fyzickému kontaktu s pacientem. Typickým příkladem byla výměna dokapávajících infuzí či kontinuálně podávaných intravenózních léků. V těchto případech se rozezněl alarm infuzní pumpy či lineárního dávkovače a sestra jen beze slova nasadila infuzi novou. Obecně veškeré „řešení alarmů“ probíhalo velmi často bez komunikace s pacientem. S tím se hovořilo, jen byl-li zapotřebí fyzický kontakt či nějaká forma spolupráce („*Zkuste si to čidlo dát na jinéj prst.*“³⁵). Výjimkou potvrzující toto pravidlo bylo zahájení hovoru ze strany pacienta. V těchto případech sestry vždy zareagovaly pozitivně a do rozhovoru se zapojily.

Trochu jinak tomu bylo u pacientů v bezvědomí. Jak jsem předpokládal, při péči o tyto pacienty někdy komunikace také úplně chyběla. K tomu ale docházelo jen u krátkých interakcí, kdy péče o pacienta trvala řádově pár minut. Pokud interakce trvala delší dobu (například u ranní toalety), většinou úplné ticho ze strany sestry nebylo. Občas však probíhal rozhovor spíše jen mezi personálem a ke komunikaci směrem k pacientovi docházelo jen sporadicky. V těchto případech jsem si nevšiml žádného pravidla či logiky, podle které bych mohl stanovit, kdy sestra na pacienta promluví a kdy ne. Připadalo mi však, že čím intenzivnější byl rozhovor s kolegou, tím slabší byla komunikace směrem k pacientovi.

Ve výše uvedených případech by se snad chybějící komunikace dala nějak pochopit. Neomluvitelné však bylo, pokud chyběla u prováděných výkonů, obzvláště u těch invazivních. V průběhu svého pozorování jsem zaznamenal dva takové případy. Prvním bylo zavádění rektální rourky (viz podkapitola 6.2.2.1. Hygiena pacientů)³⁶ a druhým výměna permanentního močového katetru (PMK).³⁷ V obou případech šlo o sedované pacientky a v obou případech nebylo na pacienta promluveno jediné slovo. Přitom obě sestry před těmito výkony, i po nich, s pacienty komunikovaly.

Vysvětlení možná spočívá v tom, že úkony, které mají velmi intimní povahu, mohou být do jisté míry stresující nejen pro pacienty, ale také pro zdravotní sestry. Tíhu situace pak mohou snášet lépe, pokud výkon provedou v tichosti. Tomu v těchto případech nahrával i stav vědomí obou pacientek.

5.3. Vlivy působící na způsob a kvalitu komunikace

V průběhu svého výzkumu jsem si všiml hned několika aspektů, které komunikaci zdravotních sester s pacienty ovlivňovaly. Je velmi těžké najít v nich nějaké obecné trendy či

³⁵ Terénní poznámky – Katka při řešení opakovaných alarmů saturačního čidla.

³⁶ Terénní poznámky – Květa při ranní toaletě.

³⁷ Terénní poznámky – Leona při výměně PMK.

platná pravidla. Podařilo se mi zachytit snad jen jediný trend. Zatímco pro formu komunikace se mi zdál být určující pacient (jeho zdravotní stav, stav vědomí, jeho osobnost), její kvalita byla mnohem více ovlivňována zdravotními sestrami. Zde hrály roli osobnostní rysy jednotlivých sester, jejich momentální psychické rozpoložení (osobní problémy), délka praxe na ARO (vyhoření), ale také získané znalosti (kurz bazální stimulace, ARIP). Svůj vliv zde měl také typ činnosti, který sestra zrovna prováděla (nutnost spolupráce nebo fyzického kontaktu s pacientem či nikoliv).

Zvolený způsob a kvalita komunikace však spolu úzce souvisely. Zpravidla platilo, že vřelá komunikace byla velmi často také kvalitní. A naopak formální, ale zejména nepřijemná komunikace byla také méně kvalitní co do svého obsahu.

5.4. Komunikace personálu v přítomnosti pacienta

U lůžka pacienta se samozřejmě nehovořilo pouze s ním, ale personál také hovořil jeden s druhým. Nejčastěji docházelo ke komunikaci mezi sestrami a pak mezi nimi a sanitáři resp. sanitářkami. Také zde jsem se pokusil o jistou kategorizaci. Základní dělení spočívá v tom, jestli se pacient této komunikace zúčastnil či nikoliv.

5.4.1. Rozhovor s účastí pacienta

Jde o komunikaci mezi zdravotníky, do které je zapojen také pacient. Tématem takovýchto rozhovorů byl nejčastěji zdravotní stav pacientů (pokud se ho účastnil i lékař, tak prakticky vždy) anebo témata související s jeho hospitalizací. Diskutovala se jeho léčba, plánovaná vyšetření, perspektiva překladu, jak se pacient cítí, ale také témata související se samotnou ošetrovatelskou péčí, rehabilitací atp. Typickou situací, při které docházelo k takovému rozhovoru, byla vizita. „*Pane Malý, jak se vám dneska dýchá?*“, ptá se lékař při ranní vizitě pacienta. Pan Malý má tracheostomii a tak nemůže mluvit. Proto jen pokyvuje ze strany na stranu hlavou, jakoby chtěl říci, že to není nic moc, ale dá se to. „*Zatím to asi nebude nic moc, ale to je normální. Ty plíce se vám ale lepší. Včera to na tom rentgenu už vypadalo docela dobře*“, seznamuje lékař pacienta s jeho aktuálním stavem. „*Dneska dopoledne vás odpojím a půjdeme do křesla*“³⁸, připojuje se do debaty Ivana. „*Tak to je skvělý, zkuste tam aspoň půl hodinky vydržet*“, podporuje lékař Ivany nápad. Pan Malý se

³⁸ Pan Malý potřebuje k dýchání stále podporu ventilátoru, kterou se personál snaží postupně snižovat. Cílem je zotavit plíce pacienta do té míry, aby již mohl trvale dýchat sám. Toto odnaučování od ventilátoru, kterému se říká weaning, je však někdy dlouhodobější proces. V jeho rámci prodlužuje personál dobu, po kterou je pacient od ventilátoru odpojen a dýchá si sám.

tváří trochu utrápeně a zdá se, že se na tuto proceduru příliš netěší. Stejný dojem z výrazu pana Malého má nejspíš také Ivana, která se ho pokouší povzbudit: „*Nebojte se, pokud to nepůjde, tak půjdeme zpátky do postele. Ale trénovat to musíme, jinak se toho ventilátoru nezbavíte.*“³⁹

Dalším, zdaleka ne tak častým tématem pak byly věci nesouvisející se zdravotním stavem pacienta, resp. děním na oddělení. Z těchto témat byly nejčastější asi rozhovory o rodině a dětech.

5.4.2. Rozhovor bez účasti pacienta

Neúčast pacienta na probíhajícím rozhovoru byla dána buď jeho nemožností se zapojit (bezvědomí) nebo tím, že tak sestry neučinily (téma se pacienta netýkalo). Také v těchto případech (zejména u pacientů v bezvědomí) byly častými tématy hovorů aspekty léčebné a ošetrovatelské péče.

Někdy se téma hovoru týkalo také osobních záležitostí jiných pacientů. Buď k nim docházelo přímo u lůžka jiného pacienta (a to i lucidního, který se tak mohl dozvědět citlivé informace o člověku, který mohl ležet vedle něj) nebo se týkaly pacienta, u jehož lůžka se o nich hovořilo, ale byly pronášeny tak hlasitě, že je mohl slyšet téměř kdokoliv na oddělení. Tento druhý případ byl v podstatě dennodenní rutinou. A vlastně to díky stavební dispozici oddělení ani nešlo zařídit jinak (snad kromě lůžka č. 1). Pokud by tomuto „nevhodnému“ sdělování citlivých informací chtěl personál opravdu spolehlivě zabránit, musel by si o nich na většině oddělení šeptat. Asi jen tak by bylo možné zabránit tomu, aby je neslyšely nepovolané uši. Na druhou stranu však musím podotknout, že jsem nezaznamenal žádné snahy ze strany sester takovýmto rozhovorům zabránit a to navzdory tomu, že tím vlastně bylo porušováno jedno z práv pacientů (viz příloha č. 2, bod 5). Přitom by občas stačilo alespoň ztlumit hlas nebo poodejít stranou.

K jednomu takovému rozhovoru jsem dal neúmyslně podnět i já sám. Nedomyslel jsem možné důsledky svého dotazu. Staniční sestra oznámila personálu, že se dnes vrací paní Červená. Protože jsem nevěděl, kdo má být paní Červená, zeptal jsem se Vladky, která zrovna byla se Stáňou u své (lucidní) pacientky: „*Kdo to má přijet? To je příjem?*“ „*Jo, ta už tady ležela a asi před čtrnácti dny se překládala na vyšší pracoviště.*“⁴⁰ *Ona měla prasečí*

³⁹ Terénní poznámky.

⁴⁰ Vladka uvedla název města, které však z důvodu ochrany identity nemocničního zařízení nahrazuji termínem „vyšší pracoviště“. Zpravidla totiž dochází k překladům na nejbližší vyšší pracoviště a tak by bylo možné rozkrýt přinejmenším kraj, ve kterém se zkoumaná nemocnice nachází.

chřipku a dost hnusnej průběh, takže musela bejt zaintubovaná. A přitom mladá ženská. Jenže se nějak nelepšila ... a naši doktoři to taky asi trochu podělali, protože si ji tady sušili, místo, aby ji hned přeložili. Překládala se pak asi až za čtyři dny nebo jak to bylo?“, obrací se se svým dotazem na Stáňu. Ta ji v podstatě dává za pravdu a doplňuje některé další detaily. Celý tento rozhovor, ve kterém zazněly citlivé informace o zdravotním stavu pacientky, ale i osobní názory sester na poskytnutou léčbu, se odehrál u lůžka jiného pacienta, který mohl všechno slyšet.⁴¹

Pokud mezi sebou personál probíral osobní témata, bylo někdy obtížné stanovit hranici, kdy byl rozhovor ještě tolerovatelný a kdy už tuto pomyslnou hranici překračoval. Za hranou se zdály být rozhovory, které (byť vedeny ve vší slušnosti) neodpovídaly závažnosti stavu pacienta nebo prováděnému výkonu (viz Vladka a zavádění CŽK). Uvědomuji si však, že se zde dopouštím hodnocení založeného na čistě osobních kritériích.

5.5. Rozhovor o pacientovi v jeho nepřítomnosti

Personál se samozřejmě baví o pacientech také mimo jejich přítomnost. Tato komunikace je nezbytnou součástí pracovní náplně sester. Celé předávání pacientů při střídání směn je v podstatě povídáním o nich v jejich nepřítomnosti. I když probíhá na sesterně a pacienti ho tedy mohou slyšet, podle mých pozorování si troufám tvrdit, že personál o pacientech hovoří tak, jako by tam nebyli. Nepozoroval jsem totiž žádné podstatné rozdíly ve vyjádřeních týkajících se pacientů, která byla vyslovena při předávání směn na sesterně a jiných vyjádřeních, učiněných prokazatelně mimo jejich doslech.

Co se týče oslovování, zdaleka nejčastější bylo „pan Novák / paní Nováková“ (to byl také jediný způsob, jakým sestry oslovovaly pacienty při přímém kontaktu). Časté bylo rovněž označení „pán na šestce / paní na dvojce“. Občas, zejména z úst jedné sestry, jsem slyšel výrazy „páníček na jedničce“ resp. „moje panička“. Samy sestry v podstatě potvrzují moje zjištění. Leona říká: „*Občas se používá „páníček“ nebo „panička“ nebo „beruška“.* Vesměs myslím, že nijak neurážlivý výrazy.“⁴² Ivana mi na můj dotaz, zda tu sestry mají pro oslovování pacientů nějaký zaběhlý termín, říká: „*Ne. Neříkáme pacient, ani klient, ani marod. Normálně jim říkáme „pan ten“ nebo „paní ta“.* A celkově jim prostě říkáme *pacienti.*“⁴³

⁴¹ Terénní poznámky.

⁴² Polostrukturovaný rozhovor.

⁴³ Polostrukturovaný rozhovor.

Trochu drsnějšími výrazy titulovaly sestry pacienty, kteří se podle nich přehnaně dožadovali jejich péče. Nazývaly je „votrava“, případně „prudič“. „Votravou“ nazvala Dita také svého psychomotoricky neklidného pacienta. Prvních pár dní byl pan Kroupa velmi náročným pacientem, dožadujícím se neustále pozornosti sester. Dana mi na to konto povídá: *„To je hroznej prudič. Člověk, aby se tam bál pomalu projít, aby po něm hned něco nechtěl. Z toho musí mít doma manželka radost“* (smích).⁴⁴

Ivana k tomuto tématu říká: *„Většinou je (pacienty) hodnotíme při hlášení (smích). Záleží, jaká ta služba s tím pacientem je. Když třeba je zmatenej a leze tady z postele, tak to někdy komentujeme i dost hrubě, jak bysme možná fakt neměly. Ale nemyslíme to tak. Spíš si jen tak ulevujeme, nikam to nevynášíme. Nikdo to neslyší, jenom my. Na hlášení doktorů už to samozřejmě není. To je jenom takovej náš, že si člověk uleví. Nejsme sprostý nebo nic. Prostě si řekneme, že nás štve, že celou noc lezl z postele a že prostě je to hrozný.“*⁴⁵

Mimo doslech pacienta někdy hodnotily sestry perspektivu dalšího života, resp. léčby některých pacientů. V těchto případech si obvykle dávaly dobrý pozor na to, aby je dotyčný neslyšel.

5.6. Komunikace s neverbálními pacienty

Tento typ komunikace je specifický a pro personál na ARO poměrně častý. Je nezbytný u všech vnímajících pacientů, kteří však nejsou schopni verbální komunikace. Nejčastějším důvodem je zajištění dýchacích cest z důvodu dechové nedostatečnosti pacienta. Provádí se tracheostomickou kanylou, případně endotracheální rourkou. Právě ta (neboť prochází přes hlasivkové vazy) znemožňuje dotyčnému mluvit.

Problémem zde tedy není sdělit něco pacientovi, ale pochopit, co chce pacient sdělit personálu. Ten pro tyto účely používá některé pomůcky. Pokud byl pacient schopen psát, používal se klasický papír a tužka. Pacient tak mohl jednoduše napsat svá sdělení na papír a ukázat je personálu. Pokud toho nebyl schopen, ale mohl alespoň ukazovat prstem, mohl dostat tabulku s vytištěnými písmeny a číslicemi. Na té pak ukazoval jednotlivá písmenka a personál četl, co mu pacient sděloval.

Jestliže však pacient nebyl schopen koordinovaně používat ruce (a to bylo ve většině případů), nezbývalo než odezírat ze rtů, případně pohybů pacienta. Mohl jsem sledovat, jak většina sester poměrně bravurně odezírá, co jim pacienti sdělují. Tato dovednost byla výraznější u sester s delší praxí. Ta zde tedy hrála pozitivní roli. Zkušenější sestry dokázaly

⁴⁴ Terénní poznámky.

⁴⁵ Polostrukturovaný rozhovor.

lépe odhadnout, co v které situaci může pacient nejspíše požadovat. „*Ono je to většinou dost podobný*“, říká Marta.⁴⁶ Aby se sestry ujistily, že správně porozuměly tomu, co se jim pacient snaží říct, vyslovují nahlas své domněnky. Ty pak pacient zavrtěním hlavy buď odsouhlasí či nikoliv.

Kývání nebo zavrtění hlavou je také jedním nepoužívanějších signálů, kterými pacient dává znamení. Pokud to jeho stav neumožňuje, přistupuje se k mrkání, kdy například jedno mrknutí znamená „ano“ a dvě „ne“ nebo se určí jiný systém. Sestry jsou tedy nuceny pokládat otázky typu „ano – ne“. I s takto omezenými možnostmi jsou však schopné získat od pacienta poměrně velké množství informací.

5.7. Eufemismy

Posledním prvkem komunikace, který jsem při svém pozorování zaznamenal, bylo používání eufemismů, tedy jemnějších výrazů při označování nepříjemných skutečností. Nejčastěji měly podobu zdvořilých a zdravotní sestry je používaly nejvíce v situacích, ve kterých se pacienti necítili moc příjemně. Důvodem mohl být pocit studu či trapnosti například při ranní toaletě, kdy byli pacienti myti i na těch nejintimnějších místech. „*Ještě vás trochu umeju tam dole a máme to hotový*“⁴⁷ nebo „*ještě vám umeju a trochu promasíruju zadeček, paní Hrubá.*“⁴⁸ Často jsem se s nimi setkal také při očištění pacienta po stolici a to zejména u lucidních pacientů. „*Musíme ten zadeček pořádně očistit, vydržte ještě*“⁴⁹ nebo „*máte pořádněj průjem a tak jsou ty hovínka všude.*“⁵⁰ Posledním typem situací, ve kterých sestry používaly eufemismy, byly činnosti vyvolávající v pacientech obavy či působící jim bolest. Například při zavádění periferní kanyly Bohunka říká svému pacientovi: „*Budu vás muset píchnout do pacičky, pane Krásný.*“⁵¹

Podle toho, v jakých situacích byly eufemismy používány, bych řekl, že jejich hlavním úkolem bylo zmírnit obavy, snížit ostych a pomoci překonat pocit trapnosti. Myslím, že pomáhaly snášet tíživou intimnost některých situací také samotným sestram. I když například na nahotu pacientů jsou sestry z ARO poměrně zvyklé, přece jen se i ony (a zejména ty služebně mladší) nemusely v některých choulostivých situacích cítit příjemně.

⁴⁶ Terénní poznámky.

⁴⁷ Terénní poznámky – Zlatka před mytím přirození svého pacienta.

⁴⁸ Terénní poznámky – Stáňa v průběhu ranní hygieny.

⁴⁹ Terénní poznámky – Leona při očištění pacientky po stolici.

⁵⁰ Terénní poznámky – Květa při očištění pacienta po stolici.

⁵¹ Terénní poznámky.

Někdy je používání eufemismů pokládáno za projev infantilizace. Murphy (2001) říká, že k člověku, který ztratí samostatnost, nezávislost a soběstačnost se přistupuje jako k dítěti. Přílišná závislost na druhých osobách je totiž pokládána za dětskou vlastnost. Právě proto „...se s těžce postiženými a starými lidmi často zachází jako s dětmi.“ (Murphy 2001: 161). Na základě svých zjištění však nemohu s tímto tvrzením úplně souhlasit. Pokud snad byli pacienti používáním eufemismů infantilizováni, bylo to zejména ve výše uvedených situacích. V jiných fázích ošetrovatelské péče jsem se s eufemismy setkával spíše sporadicky.

Důvodem této odlišnosti může být rozdíl v charakteru oddělení, respektive samotných pacientů. Zatímco Murphy prováděl svůj výzkum v prostředí chronicky nemocných lidí, jejichž stav se většinou dále zhoršoval a vyhlídky na zlepšení samostatnosti a soběstačnosti tak byly prakticky nulové, na oddělení ARO, kde jsem svůj výzkum prováděl já, se průměrná doba hospitalizace dlouhodobě pohybuje v rádech dnů. Nejspíše proto nemá personál potřebu měnit status pacientů tak výrazně tímto způsobem. Ale samozřejmě nelze nesouhlasit s Murphyho tvrzením, že ke změně, resp. poklesu statusu člověka dochází prakticky vždy, když se z něj stane pacient.

5.8. Síla hlasu

Sestry při komunikaci s pacienty pracovaly také se silou hlasu. Zjistil jsem, že hlasitěji hovoří s pacienty v bezvědomí a staršími lidmi. Hlas zvyšovaly pochopitelně také v případech, kdy hovořily se zmatenými pacienty, respektive s těmi, kteří uspokojivě nespolupracovali. Tito pacienti tvořili většinu osazenstva oddělení, a tak se dá říci, že ve většině případů hovořily sestry spíše hlasitěji.

Tiší hlas volily pouze u lucidních pacientů a to bez ohledu na jejich schopnost verbální komunikace.

5.9. Komunikace jako jeden z faktorů preference pacientů

Protože míra komunikace, kterou budou muset sestry na směně vyvinout, přímo souvisí s komunikačními nároky pacienta, je stav jejich vědomí velmi určujícím faktorem. V rozhovorech sestry uváděly, že chuť komunikovat s pacientem bývá ovlivněna náladou, se kterou přicházejí do práce. Ivana na můj dotaz, jestli preferuje pacienty při vědomí nebo v bezvědomí, říká: „*Jak kdy (smích). Podle nálady. Když nemám dobrou náladu na povídání, tak raději v bezvědomí, protože nemusí stokrát řešit takový banality jako točení a tak. A i když na toho pacienta v bezvědomí člověk taky mluví, tak ne tolik jako na toho při vědomí. Prostě*

jak kdy. Podle ničeho jiného si pacienta nevybírám. Spíš podle toho jak se cítím já.“⁵² Linda to vidí podobně: „*Někdy se sám cítíš unavenej, a tak raději máš pacienta analgosedovaného a někdy si člověk chce zase víc povídat a nevádí mu, že ten člověk komunikuje.*“⁵³ Shoduje se s nimi i Stáňa: „*Jsou dny, kdy já přijdu na denní a vím, že chci pacienta v bezvědomí, protože prostě a jednoduše se mi nechce s ním povídat. A jsou dny, kdy já třeba i s tím pacientem v bezvědomí si povídám.*“⁵⁴

Roli zde hrály také problémy a starosti, které sestry řešily v osobním životě. Magda k tomu uvedla: „*Nemám moc ráda takový to diskutování s pacientama, to vyprávění, kdy tě pacient třeba na 20 minut zastaví a teď ti vypráví celej svůj život a tak to mě prostě už moc nebaví. Asi určitě je to pro ně důležitý, ale prostě já už na to nemám jakoby sílu přes všechny ty problémy co člověk má v osobním životě. Já už na to nemám jakoby chuť.*“⁵⁵

Svůj vliv zde hrála také délka praxe na ARO. Alespoň podle některých sester. Například Magda mi sdělila: „*Myslím, že ty, co sem nastupujou čerstvě, mají jakoby ještě víc chuť komunikovat s těma pacientama, který jsou spontánně dýchající a komunikující.*“⁵⁶

Uvedená kritéria asi nejvíce ovlivňují chuť zdravotních sester komunikovat s pacienty. Pokud jim chybí, preferují péči o pacienta v bezvědomí. Asi nejupřímněji a zároveň nejstručněji to vyjádřila Zlatka. Na můj dotaz, jestli radši pracuje s pacientem při vědomí nebo v bezvědomí, okamžitě odpovídá: „*V bezvědomí, to je jasný*“ (smích). „*Proč je to jasný*“, ptám se. „*Nemusím si s ním povídat*“, velmi upřímně dodává.⁵⁷

Musím však zároveň dodat, že nižší nároky na komunikaci s pacienty v bezvědomí nebyly jediným důvodem, proč péči o ně někdy sestry upřednostňovaly. Dalším, a v mnoha případech snad ještě podstatnějším, byla jejich celková pasivita. Sestry tak měly v podstatě usnadněnou práci, neboť nemusely pacienta tak často upravovat na lůžku (což je vždy spojeno s poměrně těžkou fyzickou námahou) a řešit jeho požadavky. Dana mi sdělila: „*Každá sestra na ARU má ráda sedovaný pacienty (úsměv), který se ti nebráněj a můžeš si s nima dělat, co chceš.*“ Také Linda s ní souhlasí: „*Péče o sedovaného pacienta je zjednodušeně řečeno jednodušší, protože ten člověk do toho moc nemluví.*“⁵⁸ Stáňa to rozvádí ještě trochu víc: „*To je taková trošku jako úchylka těch sestřiček z intenzivní péče, že oni si toho pacienta tak jako*

⁵² Polostrukturovaný rozhovor.

⁵³ Polostrukturovaný rozhovor.

⁵⁴ Polostrukturovaný rozhovor.

⁵⁵ Polostrukturovaný rozhovor.

⁵⁶ Tamtéž.

⁵⁷ Polostrukturovaný rozhovor.

⁵⁸ Polostrukturovaný rozhovor.

umejou, vyšperkujou, navoněj, oholej, krásně si ho jakoby narovnaj a vypnou. A pak ti jako strašně drásá nervy, když ti třeba zmatenej pacient (lucidní mi nevadí) jakoby kazí všechno, co jsem si tam tak jako načančala. Ale to je, podle mě, jakoby syndrom tady těch sestřiček, v týhle péči, kde jsme zvyklý spíš na ty uspaný pacienty.“⁵⁹

Abych byl úplně korektní, musím dodat, že pro někoho nehrál stav vědomí pacienta vůbec žádnou roli. Jejich preference byly dány spíš zdravotním stavem pacientů, respektive jejich diagnózami. Například pro Alici to bylo jediné kritérium: „*Mě záleží spíš na tom, co tomu pacientovi je*“, vysvětlovala mi své preference. Také Dana nepreferuje sedované pacienty jen kvůli nižším nárokům na komunikaci, ale také proto, že jejich stav bývá celkově závažnější než u pacientů lucidních a ona tak může provádět více odborných výkonů. „*U sedovanejch děláš hodně odborných věcí. To je ten důvod, proč bych nemohla dělat jinde než v intenzivní péči. Mám ráda adrenalin.*“⁶⁰

Stáňa pak poukazuje ještě na jednu podstatnou věc ovlivňující preference pacientů s ohledem na jejich stav vědomí. Říká: „*Není to o tom, že bych se jako chtěla ulejšvat, že bych si pacienta „vyšperkovala“ a nechala ho tam. Může bejt klidně hodně nemocnej a můžou se u něho dělat výkony. On ti tam prostě spí a ty si kolem něj můžeš udělat všechno, co po tobě chtějí – odběry, vyšetření, odjet na cétěčko. To vůbec nevadí. Já jsem pak jakoby ve stresu, když přijde doktor a má strašně moc požadavků u toho pacienta a do toho víš, že je ten pacient ještě takovej „přizmátlej“. A tebe pak stresuje, že nestíháš tu práci, když ještě máš lítat k němu.*“⁶¹ Upozorňuje tak na věc, která v podstatě velmi výstižně ukazuje na způsob práce na oddělení, který vychází právě z povahy intenzivní péče. Jde o poměrně velké množství požadavků na odbornou stránku poskytované péče, které sestra musí rychle a přesně vyřešit. To je dennodenní rutina sester na ARO, která může mít velmi silný vliv. Sestry si musí umět určit priority jednotlivých požadavků, přičemž ty méně urgentní odsouvá na druhou kolej, případně se jimi nemá čas zabývat vůbec. A není pochyb o tom, že mezi tyto méně urgentní (život přímo nezachraňující) věci patří také komunikace s pacientem. To potvrzuje Alice: „*Tady asi první je zachránit toho člověka. Zachránit mu život a pak teprve, nějaký jako psychologično. Jako určitě pro něj bude prospěšnější, když mu ten život zachráníme, než když se mu představíme. Na to někdy není čas.*“⁶²

⁵⁹ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶⁰ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶¹ Polostrukturovaný rozhovor.

⁶² Polostrukturovaný rozhovor.

Kombinace těchto faktorů vedla k tomu, že drtivá většina sester (11 ze 14) jednoznačně preferovala péči o pacienta v bezvědomí. V podstatě přiznávaly, že upřednostňují raději odborně náročnější práci před relativně méně odbornou, ale z hlediska komunikace a interakce s pacientem mnohem náročnější práci s lucidním pacientem. I když, abych byl úplně přesný, lucidní pacient byl také u většiny respondentů přijatelnou volbou. Všichni se však shodli na tom, že pečovat o zmateného pacienta je tou nejhorší alternativou.

Na závěr této kapitoly si dovolím trochu osobních pocitů. Když mi sestry sdělovaly, že preferují raději pacienty v bezvědomí, jakoby v projevu některých z nich byl patrný určitý omluvný tón. Jakoby si současně uvědomovaly, že upřednostňovat někoho jen proto, že se s ním nemusí bavit, je nevhodné a neslučitelné s jejich náplní práce. Snad jakoby si uvědomovaly, že tím trochu ztrácí svůj kredit vysoce vzdělaných a ve všech ohledech profesionálně vystupujících zdravotnických pracovníků. Žádná ze sester však toto explicitně nevyjádřila, a proto se jedná jen o mou domněnku.

6. SOUKROMÍ A INTIMITA PACIETNŮ

Další oblastí, které jsem věnoval velkou pozornost, byla oblast soukromí pacientů, respektive dodržování jejich intimity. Sledoval jsem, v jakých situacích dochází k porušování intimity, jestli je to nezbytné s ohledem na ošetrovatelský proces, a je-li používáno všech dostupných prostředků k jejímu zajištění. Pozoroval jsem, jak, a jestli vůbec, se sestry snaží předcházet pocitům studu svých pacientů. V následujícím textu od sebe trochu oddělím soukromí a intimitu pacientů, i když v sociální realitě ARO jde samozřejmě o dva neoddelitelné aspekty ošetrovatelské péče.

6.1. Soukromí pacientů

Hned v úvodu musím zdůraznit, že na anesteziologicko-resuscitačních odděleních je soukromí pacientů velmi silně narušováno už jen ze samé podstaty těchto oddělení. Pacienti, kteří jsou zde hospitalizováni, jsou zpravidla ve velmi závažném zdravotním stavu, kterému také odpovídá intenzita poskytované péče. Právě té je přizpůsoben režim a pravidla oddělení, ale také jeho stavební dispozice. Na úkor přehledu na oddělení, snadného přístupu k pacientům, bezpečnosti prostředí atp. se trochu vytrácí možnost soukromí jednotlivých pacientů.

6.1.1. Stavební dispozice oddělení

Troufám si tvrdit, že základem je stavební dispozice oddělení. To, jak je oddělení postaveno, je určující pro rozmístění lůžek a jejich případnou izolovanost. Ta by pacientovi poskytovala soukromí alespoň v tom smyslu, že by jednotlivá lůžka byla navzájem oddělena. Na ARO, kde jsem prováděl výzkum, je však takto do jisté míry odděleno pouze lůžko č. 1 (nepočítám-li příjmový sálek). U ostatních pěti lůžek se o jakékoliv izolovanosti nedá hovořit. Tím je do značné míry determinována jakákoliv snaha sester dosáhnout na těchto lůžkách určité míry soukromí. Snad jen lůžko č. 6, které je za rohem, by na tom mohlo být v tomto ohledu trochu lépe. Je na něj ale velmi dobře vidět z chodby, která je velmi frekventovaná. (viz přílohy č. 1a a 1b).

6.1.2 Závěsy

Prakticky jediným prostředkem, který může personál použít k zajištění soukromí svých pacientů, jsou závěsy, které jsou uchyceny ve stropních konzolách. Jsou z neprůhledné textilie žluté barvy a mohou tak pacienta ochránit před nepovolanými zraky. Nedokáží však pochopitelně zajistit soukromí při rozhovorech. Na oddělení jsou umístěny mezi lůžkem č. 1 a

sesternou, mezi lůžkem č. 2 a 3, dále mezi lůžky 3 a 4, respektive 3 a 5 (tentýž závěs). A konečně mezi lůžky číslo 4 a 5 a také 5 a 6 (viz přílohy č. 1a a 1b).

K mému překvapení však závěsy nebyly umístěny tak, aby dokázaly skrýt pacienty ze všech stran. Nejhůře na tom bylo lůžko č. 2, u kterého byl jen jeden závěs, a to na straně k lůžku č. 3. Směrem ze sesterny a od nohou postele však jakákoliv bariéra chyběla. Ta chyběla rovněž „v nohách“ lůžka č. 1 a 3 a tak směrem z chodby mohl pacienty na těchto postelích kdykoliv a kdokoliv vidět. Jeden den jsem si všiml, že dokonce zmizel i onen jediný závěs u lůžka č. 2. Vrchní sestra mi vysvětlila, že se dal vyprat, protože „*pacient z dvojky už měl být přeloženej*.“⁶³

Rovněž šířka jednotlivých závěsů nebyla podle mého názoru dostatečná. Odhaduji, že nebyly širší než 1,5 metru⁶⁴, což znamenalo, že i při jejich použití nezakrývaly pacienta úplně. Pokud je sestry zatahovaly, musely si vybrat kterou část pacienta a z kterého úhlu bude závěs zakrývat.

Tím se dostávám k dalšímu bodu, a sice používání závěsů ze strany zdravotních sester. Závěsy sestry používaly jen občas. Například při ranní toaletě, kterých jsem měl možnost sledovat opravdu mnoho, je překvapivě používaly jen tu a tam. Poměrně často nebyl v jejich průběhu použit ani jediný závěs. A pokud ano, bylo to vždy u lucidních pacientů a jen opravdu výjimečně u pacientů v bezvědomí. Například závěs oddělující lůžko č. 6 od chodby jsem za celou dobu viděl použit jen jednou, a sice při ranní toaletě lucidní pacientky.

Zjistil jsem rovněž, že závěs někdy sloužil nejen jako ochrana pacienta před zraky nepovolaných, ale také jako určitý úkryt sestry před zraky svých kolegů a kolegyně (viz podkapitola 6.2.2.1. Hygiena pacientů). To jsem však zaznamenal jen v jednom případě, a tak bych tento způsob používání závěsu nezobecňoval.

Závěsy byly rovněž zatahovány při odborných výkonech. Při nich se používaly tehdy, pokud docházelo k odhalení genitálu, nebo u deletrvajících zákroků, jako bylo provedení tracheostomie nebo bronchoskopie. V těchto případech však měly oddělit pacienta jen od ostatních pacientů a nikoliv zabránit výhledu ostatnímu personálu ARO nebo jiných zaměstnanců nemocnice, kteří na oddělení občas přišli (nejčastěji rehabilitační pracovníci). Výjimkou byl jen případ, kdy byla na oddělení návštěva. V těchto případech sloužily závěsy jako určité měřítko toho, koho personál považuje „za svého“. Do této skupinky patřili

⁶³ Terénní poznámky z 25. 2. 2011.

⁶⁴ Šířku pouze odhaduji podle délky lůžka.

v podstatě všichni zaměstnanci nemocnice, včetně nezdravotnických pracovníků, a já.⁶⁵ Hranici tedy tvořil pracovní vztah k nemocničnímu zařízení (já byl jedinou výjimkou, kterou jsem zaregistroval). Lidem bez této vazby byla intimita pacientů zakrývána a to bez ohledu na příbuzenský vztah k danému pacientovi. Návštěvy byly vpuštěny za dotyčným vždy až v případě, kdy byl upraven na lůžku. V tomto přístupu jsem spatřoval snahy instituce (zprostředkované jejími zaměstnanci) ukazovat navenek etický přístup k pacientům v oblasti dodržování jeho soukromí a intimity. To bylo podporováno i občasným používáním závěsů při návštěvách. To byl zároveň poslední způsob jejich využití, kterého jsem si všiml.

Z toho, jak sestry závěsy používaly (nebo se dokonce daly vyprat dříve, než se přeložil pacient) odvozují, že nepřikládaly soukromí pacientů zvláštní důležitost. Jak vyplývalo z rozhovorů, samy si byly vědomi určitých rezerv, ale zároveň je tak trochu omlouvaly tím, že podstata práce na ARO spočívá zejména v poskytování vysoce odborné péče, která má člověku zachránit život a další věci jsou až jakousi nadstavbou. Po komunikaci bych mezi tyto nadstavbové věci zařadil také péči o soukromí pacientů.

6.2. Intimita pacientů

Jak jsem již uvedl, intimita neoddělitelně souvisí se zajištěním soukromí pacienta. Chápu ji však jako určitý vyšší stupeň těchto snah. Zatímco není možné zajistit intimitu pacienta, aniž mu poskytneme alespoň elementární míru soukromí, soukromí samo o sobě ještě nedává záruku, že přístup personálu bude zohledňovat intimitu pacienta. Samozřejmě také zde platí, že do určité míry bude i tato oblast života pacienta narušena. Neznamená to však, že by bylo možné na veškeré tyto snahy automaticky rezignovat.

6.2.1. Nahota pacientů

Velká část pacientů na ARO je nahá. Jde v podstatě o všechny pacienty, kteří nejsou lucidní. Těm je jako jediný kus oděvu poskytnuta košilka (tzv. anděl), která se na zádech zavazuje několika šňůrkami a zpravidla končí v oblasti stehen. Ostatní pacienti jsou však ponecháni nazí, aby byl přístup k nim, resp. k jejich vstupům volný. To je dáno charakterem poskytované péče, kterou zdravotní stav takových pacientů vyžaduje.

I přesto by si však sestry stále měly uvědomovat, že na oddělení se nacházejí i ostatní osoby, které nejenže mohou obnažené pacienty vidět, ale kterým tato situace také nemusí být

⁶⁵ Jen jednou mi bylo zabráněno být přítomen výkonu, jehož povaha byla velmi intimní. Šlo o výměnu močového katetru u paní Moučkové, kdy mi Věra říká: „*Nebude ti vadit, když tady udělám paní trochu intimčo?*“ a zatahuje závěs tak, aby sobě a své pacientce zajistila soukromí k provedení výkonu.

příjemná. Těmi mohou být jiní pacienti, ale také lidé, kteří se na oddělení z nějakého důvodu krátce objeví. V průběhu výzkumu jsem se v lůžkové části ARO potkal s IT technikem, obchodním zástupcem firmy, auditory, sanitáři z jiných oddělení a dalšími.

Jednou jsem byl svědkem situace, kdy u pacienta na lůžku č. 5 probíhala ranní toaleta, zatímco pacient z trojky byl už v tu dobu posazen do křesla umístěného v prostoru mezi lůžky č. 3 a 4. Odtud mohl obnaženého a závěsem nijak nezakrytého pacienta na pětce velmi dobře vidět. Průběhu toalety však nevěnoval pozornost.

6.2.2. Situace, při kterých dochází k narušování intimity pacientů

Identifikoval jsem několik činností, při kterých dochází k narušení intimity pacientů. Jde zejména o hygienu pacientů, jejich očistu po stolici, resp. utírání zadku a při provádění některých výkonů a vyšetření.

6.2.2.1. Hygiena pacientů

Toalety jsou jednou z nejčastěji se opakujících činností, při které dochází k intenzivní interakci mezi sestrou a pacientem. U pacientů sedovaných se jí navíc vždy účastní více osob. Je tu zdravotní sestra a zpravidla minimálně jeden sanitář, který pomáhá s manipulací pacienta. V rámci provádění toalet tedy dochází asi k nejdůležitějším zásahům do intimní oblasti každého pacienta. Proto jsem se rozhodl popsat průběh jedné z ranních toalet tak, jak jsem ji zaznamenal. Účelem tohoto popisu má být lepší představa čtenáře o míře a způsobu, jakým personál do této citlivé oblasti vstupuje.

Květa si s pomocí sanitáře připravuje pomůcky k ranní toaletě pacienta na jedničce. Jde o pětapadesátiletou ženu, která je zde 12. den. Má tracheostomii a je sedována, takže je její vědomí tlumeno. Přesto podle Květy vnímá a „rozumí skoro všemu“.⁶⁶

Zatímco sanitář nalévá do lavoru s trochou tělového mýdla vodu, Květa pouští rádio položené na konci pracovního pultu. „Pustíme si trochu hudby“, říká neadresně do prostoru. Jde zatáhnout závěs, aby sem nebylo ze sesterny vidět. Říkám si, že je dobře, že Květa dbá na soukromí své pacientky, i když závěs díky své šířce není schopen zakrýt celý výhled a také ve vstupu na box č. 1 chybí jakákoliv zábrana. Vzápětí však zjišťuji, že důvod je nejspíše jiný. „Nepotřebuju, aby mě viděli, že nemám ústenku“, dodává Květa. Dochází mi, že vlastně nešlo

⁶⁶ Teréní poznámky z 25. 2. 2011.

ani tak o soukromí paní Holé, jako o soukromí Květy, která zatažením závěsu chtěla předejít případným problémům či jen poznámkám svých kolegyň.

Poté odkrývá pacientku. Je cítit silný zápach stolice. Ptám se Květy, jestli jí nebude vadit, když ji budu sledovat při práci. „*Nevadí, jestli ti nebude vadit ten zápach, protože tady doslova plaveme ve stolici*“. Teprve teď si všímám, že stolice je nejen v plenách, které má pacient na sobě, ale také v posteli a to zhruba od poloviny stehen až do půlky zad.

Květa si do lavoru hodí žínku a připraví ručník. Ve tváři je patrné mírné znechucení. Je to první dnešní stolice a podle rozsahu a konzistence se dá tušit, že nebude poslední. Vyzbrojena latexovými rukavicemi a igelitovou zástěrou sděluje pacientce, že ji teď otočí na bok a že „*to bude trvat trochu dýl, protože tý stolice je hodně*“. Reakcí je mírně svraštělé obočí ve chvíli, kdy ji sanitář začíná otáčet na levý bok. Ani jsem si nevšiml, kdy Květa stihla rozepnout pleny. Začíná stírat velmi řídkou, silně zapáchající hmotu z pokožky paní Holé, k čemuž používá buničinu a čisticí pěnu. Ta je sice parfemizovaná, ale v kombinaci se zápachem stolice vytváří těžko identifikovatelný a o nic méně snesitelný odér.

Květa ani sanitář situaci nijak nekomentují, což nebývá zdaleka samozřejmé, zejména u sedovaných pacientů. Nezřídka jsem byl svědkem průpovědek typu „*tak to je slušná porce*“⁶⁷ nebo „*fuj, to je smrad*“⁶⁸. Vždy jsem je však registroval právě jen u pacientů se zhoršeným stavem vědomí.

Po očištění pokožky Květa myje zadek a záda pacientky mýdlovou vodou z lavoru. Po osušení následuje převlečení lůžka, resp. v této fázi jen nahrnutí špinavého prostěradla a podložky co nejvíce pod bok pacientky. Po umytí znečištěné matrace Květa povléká uvolněnou polovinu postele. Nezapomíná ani na čisté pleny a dvě jednorázové podložky, které umísťuje tak, aby zachytily případnou další „pohromu“ stejného rozsahu.

V průběhu této činnosti se Květa se sanitářem baví o tom, že na ORL se resuscituje a tak budou mít nejspíš příjem. Z Květy hlasu je poznat určité znechucení či rozladění. Z praktických důvodů ztišuje rádio („*abysme něco slyšeli*“). Rozhovor se točí také okolo jejích osobních záležitostí (Květa si ztěžuje, že jí je od rána špatně). Také já se občas zapojuji do debaty. Obecně se tím snažím trochu rozbít určitou bariéru, která se může mezi mnou a personálem vytvářet díky mé pozici v terénu.

Po celou dobu (asi 10 minut) drží sanitář pacientku na boku. Zhruba po pěti minutách si všímám, že ulevuje svým zadům tak, že se poměrně značnou vahou opírá o pravé koleno paní Holé, které je tím tlačeno jak proti zábraně postele, tak proti druhému kolenu. Sestra toto

⁶⁷ Terénní poznámky z 11. 2. 2011

⁶⁸ Terénní poznámky z 15. 3. 2011

neregistruje a já se snažím odečíst z obličeje pacientky, jestli ji to bolí. V obličeji, ani jinde nevidím žádné známky svědčící o diskomfortu. Proto se také nakonec rozhoduji nevstupovat do procesu ranní hygieny, i když mám silné nutkání upozornit sanitáře na jeho nešetrnost.

Květa říká sanitáři, že „budou točit zpátky“ a dodává: „Paní Holá, půjdeme zpátky na záda.“ Ze zad ji Květa v podstatě vzápětí natočí mírně k sobě na pravý bok a sanitář rychle vytáhne špinavé lůžkoviny, hodí je do připraveného pytle na prádlo a povytáhne zpod pacientky čisté povlečení. „Potřebuješ mě ještě?“, ptá se Květy. „Ne, už dobrý, díky“, odpovídá mu Květa a sanitář odchází i s pytlím na prádlo pomoci někomu jinému.

Květa upravuje lůžkoviny tak, aby byly pod paní Holou dobře propnuty. Poté se vrací k mytí: „Ještě vás umyju mezi nohama, jo?“ a odtahuje pacientce nohu tak, aby bylo možno vymýt zbytky stolice z přirození. Když je hotova, zavádí pacientce rektální rourku, kterou napojuje na igelitový pytlík⁶⁹. Zarazilo mě, že tento úkon ponechala jinak poměrně dobře komunikující Květa úplně bez komentáře. Jde přitom o relativně nepříjemný úkon, kdy sestra zavede pryžovou rourku tlustou asi jako malíček do konečníku pacienta. Na obličeji paní Holé pozoruji výraz svědčící o tom, že zavedení rourky nebylo příjemné. Nevím, jestli Květa ten výraz také vidí (je ke mně zády), každopádně nic neříká. Nechává pleny rozepnuté a jde si vyměnit vodu a žínku (umyvadlo a všechny pomůcky jsou na boxu). Zatímco myje obličej, je paní Holá ponechána úplně odhalena a ani pleny ještě nejsou zapnuty. Postupně omyje a osuší trup a končetiny, aniž by byla patrna jakákoliv snaha zakrýt alespoň tak choulostivé partie těla, jako jsou prsa a přirození.

Mám z toho smíšené pocity. Na jednu stranu mám pro podobné chování pochopení pramenící z mé dosavadní praxe, na druhou stranu moje oči vidí věci, které se jim příliš nelíbí, a které by konec konců možná ani vidět neměly. V těchto situacích si říkám, že jsem asi opravdu dobře splynul s okolím a opět přemýšlím o přínosech svého předchozího působení na tomto oddělení. Mohu se však také plést, neboť jsem byl párkrát svědkem události, kdy na oddělení přišel člověk, který zde nepracoval a dokonce nebyl ani zdravotníkem (IT technik, dealer zdravotnické techniky) a přesto mohl vidět pacienty i v takto choulostivých situacích. Je však pravda, že žádný z těchto příchozích se o činnost personálu u pacientů ani o pacienty samotné nezajímal.

⁶⁹ Když je stolice opravdu velmi řídká, zavádějí někdy sestry do konečníku pacienta tuto rourku. Stolica pak může kontinuálně odcházet do napojeného pytlíku. Tím pádem sestra nemusí tak často čistit pacienta. Na jednu stranu tím šetří práci sobě, na druhou stranu šetří pokožku pacienta, která samozřejmě častým mytím trpí a hrozí dokonce její poškození a následné komplikace.

Potom věnuje Květa péči „hlavě“ paní Holé. „*Vykapeme očička, paní Holá*“ a téměř ještě než to dořekne, kápne do každého oka jednu kapku Ophtalmoseptonexu. „*Otevřete pusinku, vyčistíme ji, jo?*“, říká a vytírá několika štětičkami pacientce ústa. Nevidím žádný náznak spolupráce a tak Květa zkušeným pohybem zasunuje štětičku do úst, kde se snaží otřít tváře a jazyk. To celé dvakrát opakuje. Následuje péče o vstupy, při které Květa nejprve odsaje pacientku z tracheostomie („*Odsajeme, paní Holá.*“) a pak jí vymění sterilní čtverec, kterým je tracheostomická kanyla podložena. Následuje výměna samolepící fixace nasogastrické sondy. Stará je sundána, nos je očištěn tampónem namočeným v technickém benzínu a je na něj nalepena nová fixace. Nádoba s benzínem se nachází v centrálním prostoru oddělení (viz „převazový stolek“ v příloze č. 1a), a tak Květa musí od pacientky odejít. Než odejde, přehodí přední část rozepnuté pleny přes přirození paní Holé. Všechno ostatní je i nadále ponecháno nezakryto.

Následuje přelepení centrálního žilního katetru (CŽK) a arteriální kanyly (AK). U těchto úkonů postrádám jakoukoliv komunikaci, ačkoliv dochází k fyzickému kontaktu, kdy se Květa sice jemně, ale přesto dotýká pacientky (CŽK) nebo dokonce manipuluje s její končetinou (AK).

Následuje učesání vlasů a zapnutí pleny. Ačkoliv je ranní toaleta v podstatě dokončena, Květa bude ještě převazovat bércový vřed, který má paní Holá na pravé noze. Ačkoliv již může být zakryta kapnou⁷⁰, je ponechána i nadále odhalena. Po převazu rány volá Květa sanitáře, který jí pomáhá pacientku vytáhnout v posteli výše a napolohovat na levý bok. „*Paní Holá, mi vás teď dáme na bok, aby vás nebolely zádička*“, říká jí Květa. To je z její strany poslední komunikace s pacientkou v rámci ranní toalety. Zatímco sanitář točí paní Holou na bok (tentokrát s použitím polohovačky), podkládá jí Květa za záda polštář. Druhý polštář pak dává mezi kolena, aby se neotlačila. Teprve teď zakrývá Květa paní Holou. Po úklidu pomůcek a se slovy: „*Tak a je to*“, odchází na sesternu.

Takto nějak tedy probíhají ranní toalety. Pokud se nebudeme bavit o lucidních pacientech, kterých je na ARO vždy menšina a kteří se o svou hygienu postarají z větší části sami, vždy při této činnosti dochází k úplnému obnažení pacienta a fyzickému kontaktu i v intimních partiích pacientova těla. Dochází tedy k velmi významnému zásahu do intimity pacientů, který u nich bezesporu může vyvolávat pocity studu. Samozřejmě je těžké stanovit, do jaké míry a zda vůbec má takové pocity i sedovaný pacient, ale to pro účely této studie

⁷⁰ Na oddělení se na zakrytí všech pacientů používají prázdné povlaky na deku - kapny.

není podstatné. Podstatné je to, do jaké míry si to uvědomují sledované zdravotní sestry a jak se snaží tomuto pocitu předcházet.

Prakticky jednou z možností je používání ručníku pro zakrytí intimních partií. S touto strategií jsem se u některých sester setkal. Byla jich však výrazná menšina. Systematicky ji praktikovaly jen tři sestry, a to Věra, Bohunka a Stáňa. Některé další jen nepravidelně, a to i v rámci téže toalety a u zbylých jsem se s touto praktikou nesetkal vůbec. Všechny tři jmenované sestry si tímto způsobem počínaly opakovaně při všech ranních toaletách, při kterých jsem měl možnost je sledovat.⁷¹ Věra dokonce jednou upozornila sanitářku, která jí pomáhala s toaletou u jejího druhého pacienta, aby vždy přes paní přehodila alespoň ručník, když od ní odchází (odběhla od lůžka č. 4 k převazovému stolku). Odcházení od obnažených pacientů však nebylo výjimkou ani u zdravotních sester.

V jednom případě jsem se setkal s tím, že přes úplně obnaženou pacientku na lůžku č. 2, které zrovna Dana myla vlasy, přehodila ručník staniční sestra, která přišla na sesternu. Zahaluje tak pacientce, která při mytí vlasů nemusí být vůbec odkryta, alespoň prsa, trup a genitál. „*Hele, trochu paní zakrejeme, jo? Ať tady na ni nikdo nekouká*“, říká Daně. Na můj dotaz, proč pacientku zahalila, mi řekla: „*Je to kvůli studu. Měli bysme zachovávat takovou tu intimitu. Ona je sice v bezvědomí, ale i tak bysme to měli dělat.*“⁷²

Na závěr této podkapitoly musím popsat ještě jednu situaci. Odehrála se hned při mé druhé návštěvě na oddělení a došlo při ní asi k nejvýraznějšímu narušení intimity pacienta, s jakým jsem se za celou dobu svého výzkumu setkal. Domnívám se, že si tuto událost (a tím i konkrétní zdravotní sestru) zapamatovali i ostatní přítomní členové personálu, a proto nebudu uvádět ani její pseudonym, který by tím pozbyl účinnosti.

Vše se odehrálo krátce po zahájení ranní toalety u sedovaného pacienta. Kapna byla hozena do koše na špinavé prádlo a pacient ležel nahý na posteli. Tento výjev sám o sobě nebyl až tak výjimečný. Svou výjimečnost začal získávat ve chvíli, kdy k pacientovi přistoupil rentgenologický laborant, aby pacientovi udělal snímek plic. Většinou v těchto případech sestry odhaleného pacienta přece jen zakryjí. Je to nejspíš proto, že je nutné s ním manipulovat a také proto, že je pak na pár vteřin (po dobu snímkování) ponechán samotný na lůžku. V tomto případě zůstal pacient nezakrytý po celou tuto dobu. Ani tímto si však celá situace ještě nezískala svou mimořádnost. K tomu došlo až ve chvíli, kdy měl pacient erekci. Ta byla zjevná už v průběhu rentgenování a tak ji samozřejmě mohl zaregistrovat také laborant.

⁷¹ Věru 2x, Bohunku a Stáňu 3x.

⁷² Terénní poznámky.

Mohu-li mluvit ze své zkušenosti, řekl bych, že k takovému fyziologickému projevu dochází u sedovaných pacientů jen velmi zřídka. Pacient se tak ocitl (nejspíš aniž by si toho byl vědom) ve velmi trapné situaci. Očekával bych, že sestra si toto uvědomí a zakryje pacienta alespoň nyní, ale ani v této chvíli tak neučinila. Sanitář na vzniklou situaci reaguje slovy: „*Teda XY, co to s ním děláš?*“ a dříve, než se člověk nadál, upíraly se zraky však přítomných do intimních partií pacienta. A co víc! I ti, kteří byli v doslechu, ale nebyli v dohledu, byli upozorněni na to, že by se měli podívat!

Byl jsem touto reakcí poměrně zaskočen. Nedělal jsem si iluze o tom, že by situace nevyvolala úsměvy na tvářích a vtipné poznámky směrem k dotyčné sestře, ale to, že se celá tato epizoda stala doslova atrakcí pro velkou část personálu, mě poměrně překvapilo. Na sestře sice byly znát rozpaky, přesto však překvapivě zakryla pacientovi intimní partie až s určitou prodlevou. To jsem považoval za velmi neetický přístup, který nemohl být ospravedlnitelný ani svou ojedinělostí, ani bezvědomím pacienta.

Ovšem je třeba podotknout ještě jednu věc. Ačkoliv dotyčná sestra měla za řešení nastalé situace přímou zodpovědnost, nikdo z personálu nevyjádřil nad všeobecným počínáním nelibost. Naopak, nenašel se snad nikdo, kdo by si nepřisadil vtipnou poznámkou. Snad jediným pozitivem bylo to, že na adresu pacienta nepadla jediná urážlivá či jinak nevhodná poznámka. Všechny směřovaly pouze na sestru. I když celý incident netrval déle než pět minut, velmi významně na mě zapůsobil. Bylo to nejspíš proto, že jsem si představil sebe na místě pacienta.

Při snaze interpretovat pozorované chování personálu jsem dospěl k názoru, že mělo svůj původ právě v již zmíněné neosobnosti prostředí, respektive neosobním přístupu k pacientům. Tato odměřenost a věcnost, se kterou personál k pacientům přistupuje, jim umožňuje vidět pacienta spíše jako případ, než jako konkrétního člověka. Možná právě tímto způsobem se otevírá prostor pro podobné projevy chování, ke kterým by jinak nejspíš nedošlo. Tento neetický přístup tak nemá co do činění s pacientem coby konkrétní osobou, ale pacientem coby anonymním případem. Mám však za to, že ani pokud je tento pohled správný, nelze se na něj odvolávat jako k univerzální omluvě veškerých etických prohřešků.

Ve většině případů sestry při ranní hygieně nedostatečně zakrývaly své pacienty, respektive nechávaly je obnažené i při činnostech, které to nevyžadovaly. Nebylo výjimkou (ba naopak), že sestra na začátku toalety pacienta odkryla a přikryla ho až po jejím úplném dokončení. Připomínám, že ranní toaleta u pacienta v bezvědomí zabrala zpravidla asi hodinu.

6.2.2.2. Očista pacientů po stolici / utírání zadku

Úmyslně zde pro zdánlivě tutéž činnost uvádím dva různé výrazy. V prvním případě mám totiž na mysli situace, kdy je nutné očistit více částí těla pacienta, než jen pozadí (viz popis ranní toalety v podání Květy). K druhému případu dochází zpravidla u lucidních pacientů, kteří nemají problémy s inkontinencí a nemusejí tak mít plenu. Ti totiž dostávali podložní mísu, jejíž použití zajišťovalo přece jen určitou důstojnost. Pacientovi se na ni pomohlo, poté se přikryl a pak dal jen pokyn, když vykonal potřebu. Ani v těchto případech však sestry nedopřávaly pacientovi soukromí a nezatahovaly kolem něj závěsy.

I u relativně důstojného způsobu vyprázdnění na podložní míse se však všem pacientům bez výjimky pomáhalo s utřením. Pocit studu tak v těchto případech mohl být doplněn také pocitem trapnosti. Tomu by se dalo zabránit snad jen tím, že by se pacientům, kteří by toho byli schopni, umožňovalo vykonávat potřebu samostatně na záchodě. Stav žádného z pacientů, u nichž jsem mohl pozorovat použití podložní mísy, však toto nedovoloval. A navíc na oddělení toalety pro pacienty nejsou, protože se nepočítá s jejich využitím.

6.2.2.3. Provádění výkonů a vyšetření

Také provádění některých výkonů a vyšetření znamenalo zásah do citlivé oblasti intimity pacienta. Asi nejvýraznější to bylo při zavádění, případně výměně, permanentního močového katetru. V tomto případě totiž personál musel „pracovat“ přímo s genitáliemi pacientů. Navíc jsou u tohoto výkonu přítomni vždy alespoň dva lidé, neboť je nezbytné postupovat sterilně, což vyžaduje asistenci druhé osoby. U žen to byly dvě sestry, u mužů by to měl být lékař a sestra.⁷³ Stud mohl u lucidních pacientů vyvolat nejen fyzický kontakt personálu s jejich pohlavím a přítomnost více osob, ale rovněž instrukce, které mohli slyšet ostatní přítomní, včetně pacientů. Tak tomu bylo i v případě, kdy na druhém konci oddělení, než kde jsem se právě nacházel, kdosi pronesl větu: „*Dejte ty nohy pořádně od sebe, ať tam dobře vidím.*“⁷⁴

Poměrně častou praxí bylo také odhalování pacientů i při úkonech, kdy to nebylo nutné. Příkladem může být podání léku panu Tlustému. Žofie mu jde píchnout lék do stehenního svalu a odhaluje mu nejen stehno, ale i hýždě a genitálie. Pak ale zjišťuje, že lék má být podán intravenózně⁷⁵. Tento způsob aplikace léku už nevyžaduje odhalení pacienta. Genitálie pana Tlustého přesto zůstávají odkryty a to dokonce ještě několik minut po podání léku. Teprve poté se Žofie vrací k pacientovi a zakrývá ho.

⁷³ Stanoveno standardy pro provádění tohoto výkonu.

⁷⁴ Terénní poznámky z 15. 3. 2011 – výměna PMK.

⁷⁵ Nitrožilně.

Občas sestry odkrývaly část trupu, a tím i prsa pacientů, při odběru krve. Ta se přitom odebírá z hadičky vedoucí z arteriální kanyly zavedené v ruce pacienta. Důvodem tohoto počínání byla snaha sester předejít případnému potřísnění kapny krví.

Na základě svých pozorování a rozhovorů se zdravotními sestrami tedy mohu konstatovat, že jak v oblasti zajišťování soukromí, tak v oblasti citlivého zacházení s intimitou pacientů, se projevovaly určité nedostatky. Na jednu stranu zde sice působí faktory, které personál nemůže ovlivnit (stavební dispozice), na stranu druhou však nevyužívá všech dostupných prostředků, které má za tímto účelem k dispozici (závěsy, ručníky). Sestry někdy odkrývají pacienty bez zjevného důvodu, anebo je ponechávají odkryté zbytečně dlouho.

Příčinami může být obecná tendence co nejméně si komplikovat práci „zbytnými úkony“ (např. zakrývání genitálií ručníkem při ranní toaletě) nebo snaha nepřidělat si práci navíc (potřísnění kapny krví). Mám ale za to, že dominantní vliv zde hraje navyknutí si na nahotu pacientů. Tento návyk pak sestram brání v empatickém přístupu, který by si pacient nejen zasloužil, ale určitě také požadoval. Trefně to popsala Stáňa: *„Tím, že jsou ty lidi tady převážně uspaný, tak si myslím, že se na to občas jakoby zapomíná, no. Když si vezmu třeba tu toaletu. Jenom to, že tam necháš toho pacienta odkrytýho, i když nás na zdrávce učili, že ho máš pořád všude zakrejt. Ale tím, že ty lidi si o to neřeknou, nebo že na nich nevidíš ten vytřeštěnej pohled, že je tam najednou necháš nahý, tak se na to trošku asi možná zapomíná, občas.“*⁷⁶ Podle Stáni se to však nedělá záměrně, ale spíš proto, že si sestry tyto věci neuvědomují.

6.3. „Zapečování“ pacienta jako měřítko kvality ošetrovatelské péče

V této podkapitole, jejíž podstatná část je věnována hygieně pacientů, bych rád zmínil ještě jeden účel, který sestry hygieně přisuzují. Abych byl přesný, nepřisuzuji ho hygieně ve smyslu pouhého umytí pacienta, ale ve smyslu širší ošetrovatelské péče. Výstižnějším pojmem, který sestry v této souvislosti používají je tzv. „zapečování“ pacienta.

Na základě svého pozorování, ale i z výpovědí zdravotních sester si troufám tvrdit, že většina z nich považuje toto „zapečování“, jež se provádí zejména v rámci ranních toalet, za jakousi vizitku dobré péče jako takové. Mírou a kvalitou ošetrovatelské péče tedy hodnotí kvalitu sesterské práce jako celku, nebo přinejmenším její podstatné části. Zdá se, že toto

⁷⁶ Polostrukturovaný rozhovor.

měřítka je uplatňováno nejen v rámci oddělení, ale zejména mezi jednotlivými odděleními nemocnice.

Obsah pojmu „zapečování“ a jeho význam pro hodnocení kvality celkové ošetrovatelské péče, jsem dobře pochopil z rozhovoru s Věrou. Ta řekla, že kvalita péče na ARO se jí líbí. Naopak není příliš pokojena s její kvalitou na jednotkách intenzivní péče (JIP) a přála by si, aby byla stejná, jako na ARO, kde „je o hodně rozdílnější oproti JIPům“. Říká: „Nelíbí se mi, pokud my si tady s těma lidma dáme práci, jsou stabilní, jsou zapečovaní, jsou umytí, oholení, mají vyčištěný pusy prostě a někam je předáš a předáš je v takovémhle stavu. Povede se ti prostě, buď že má minimální dekubit⁷⁷ nebo žádný a máš ty lidi zapečované, ostříhaný nehty, čistý vstupy. A oni ti je sem vrátí třeba za týden, kdy se jim tam pacient zhorší a teď zjistíš, že třeba nebyly odsátý, zarostlý, dlouhý nehty, špatně mytý. To se mi nelíbí.“ A dodává, že to, co teď jmenovala, chápe jako kvalitní péči.⁷⁸

Ačkoliv měřítko kvality ošetrovatelské péče podle míry „zapečovanosti“ pacienta bylo tím hlavním, byla zde i jiná měřítka. Například Linda a Stáňa viděli kvalitu péče také v tom, že jedna sestra se stará jen o jednoho, nebo maximálně dva pacienty, kterým tak můžou věnovat lepší a důkladnější péči. Leona pak spojovala kvalitu péče s bazální stimulací. Ať už však definovaly kvalitu péče jakkoliv, všechny se shodovaly na tom, že na jejich oddělení dosahuje vysoké úrovně a pacienti s ní mohou být spokojeni.

⁷⁷ Dekubit – proleženina. Ohraničené odumření tkáně jako následek dlouho trvajících tlaku způsobujícího poruchu prokrvení (Vokurka, Hugo, 2006: 178).

⁷⁸ Polostrukturovaný rozhovor.

7. ETICKÉ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V REFLEXI ZDRAVOTNÍCH SESTER

Protože jsem se ve svém výzkumu zabýval některými etickými aspekty ošetrovatelské péče, snažil jsem se zjistit, co si sestry pod pojmem „etický přístup“ vlastně představují a zdali si myslí, že se na jejich oddělení uplatňuje. V dokumentech na oddělení, které mají sestry kdykoliv k nahlédnutí, jsem našel dva, které se etického přístupu personálu k pacientům přímo dotýkaly. Jednalo se o Chartu práv pacientů a Chartu práv hospitalizovaných dětí (viz přílohy č. 2 a 3).

Na můj dotaz, co si sestry představují pod pojmem etický přístup, jsem dostával mnoho různých a často velmi nekonkrétních odpovědí. Většina z nich si etický přístup k pacientům spojovala s etickými kodexy, přičemž jediný, který si většina z nich vybavovala, byla Charta práv pacientů. Tento dokument nejčastěji označovaly jako „práva pacientů“ (např. Katka, Věra, Leona, Stáňa) případně „etický kodex pacientů“ (Magda). Jiné etické kodexy uvedla jen Olga, která se zmínila rovněž o právech dítěte a právech hendikepovaných pacientů.

7.1. Etické kodexy

Všechny dotazované potvrdily, že o etických kodexech někdy v minulosti slyšely. O tom, že se dva výše uvedené nacházejí v tištěné podobě také na oddělení, však všechny sestry nevěděly (Olga), jiné si tím nebyly úplně jisté (například Katka, Ivana, Bohunka) a jen tři z nich to věděly s určitostí (Alice, Věra a Magda).

Zlatka mi sdělila, že etický přístup mají na oddělení sepsaný v podobě ošetrovatelského standardu⁷⁹, se kterým se každá z nich musela seznámit a stvrdit svým podpisem. Naopak Věra řekla, že takovýto standard na oddělení není. Já jsem ho při pročitání dokumentace na oddělení také nenašel.

Když jsem se pokoušel zjistit povědomí sester o obsahu Charty práv pacientů, žádná z nich nevěděla nic konkrétního. Leona si ani nepamatovala, že by ji někdy četla a to navzdory tomu, že její znění je vyvěšeno také na chodbách nemocnice. Bohunka zase tvrdila, že si ji číst nemusí, protože ví, co v ní je a chová se podle toho. Dana připustila, že ji někdy v minulosti asi četla, ale nepřišlo jí to důležité, protože si myslí, že práva pacientů se sestry ani netýkají: „*O právech pacientů vím, ale myslím, že nás, jako sestry, se to netýká. Je to spíš věcí lékaře, protože on tady rozhoduje o všem. My mu můžeme říct něco, co si myslíme, že se*

⁷⁹ Ošetrovatelský standard je dokument, jehož účelem je standardizovat provádění některých ošetrovatelských výkonů (např. kanylace periferní žíly, odběr krve, péče o tracheostomii atp.). Zdaleka ne pro všechny činnosti je však ošetrovatelský standard vytvořen.

*pacientovi nelíbí, ale pak je to na něm. Já o ničem nerozhoduju, já to můžu jenom říct. Třeba právo pacienta, kterej nechce žít ... si myslim, že je to jeho právo.*⁸⁰ V tomto případě neznalost obsahu uvedeného dokumentu jednoznačně vedla k mylné představě o tom, čeho se tento dokument vlastně dotýká, co je jeho účelem a konec konců také na co se vlastně ptám.

Určité nepochopení jsem cítil také z vyjádření Bohunky, která tvrdí, že: *„Etický přístup se nedá naučit, je dán výchovou doma. Bud' to v sobě člověk má, nebo ne.*⁸¹ Proto také tvrdí, že o etickém kodexu na oddělení sice ví, ale číst ho nemusí. Bohunka tak v podstatě potvrzovala slova Haškovcové (2002). Podle ní si někteří lidé myslí, že to, co je etické, člověk pozná tak nějak sám od sebe. Na základě své schopnosti posoudit co je správné a co špatné pak dokáže správně řešit také etická dilemata. Bohunka tak v podstatě ztotožňovala etický přístup s určitou vrozenou dispozicí, případně se slušným chováním. Byť má etika v mravním chování bezesporu své kořeny, přesto ji s ním nelze ztotožňovat.

Také Ivana přiznala, že na obsah kodexu si marně vzpomíná: *„Vím, že jsou etický kodexy. Tam je napsáno přesně, co ten člověk jako může, nemůže, co si k němu jakoby můžeš dovolit, ale už si to teda nepamatuju.*⁸² V ostatních případech to nebylo o mnoho lepší. Při dotazech na etické kodexy byla v odpovědích sester zřejmá nejistota, která mohla pramenit právě z neznalosti jejich obsahu.

Obávám se tedy, že jen minimální povědomí sester o obsahu tohoto dokumentu mohlo být příčinou toho, proč docházelo k určitým nedostatkům při uplatňování etického přístupu na zkoumaném oddělení. Rovněž tady by se dalo souhlasit s Haškovcovou (2002), která uvádí, že teoretické znalosti v oblasti etiky jsou nutnou podmínkou naplňování jejich principů v praxi.

7.2. Etický přístup

Pokud jsem po sestřích chtěl, aby mi zkusily svými slovy popsat, co si představují pod etickým přístupem k pacientovi, většinou se vybavila jen ochrana soukromí. Pouze některé z nich v této souvislosti uváděly i jiné věci. Věra zmínila ještě způsob komunikace: *„Některá děvčata by si měla dávat trošku pozor na pus. Já myslím, že kolikrát oni si neuvědomí, že ne všichni lidi už jsou usedovaní, že některý lidi už se budí a jako některý slůvka, komentáře ... že by měli odejít aspoň tady k těm pytlům⁸³ a vynadávat se tam“* (smích).⁸⁴ Zlatka pak do

⁸⁰ Polostrukturovaný rozhovor.

⁸¹ Polostrukturovaný rozhovor.

⁸² Polostrukturovaný rozhovor.

⁸³ Míněny pytle se špinavým prádlem, které jsou umístěny v chodbě zhruba na úrovni vstupu k lůžku číslo 3.

etického přístupu zařadila ještě „*kulturní jednání s rodinou a další věci*“⁸⁵, které však už blíže nespecifikovala. Lindě pak jako první naskočila bazální stimulace.

Ochranu soukromí valná většina sester spojovala s používáním závěsů a některé z nich pak také s používání ručníků při mytí pacientů. To však uvedla jen Stáňa a Bohunka, u kterých jsem si všiml, že je také při toaletách pacientů poměrně pečlivě používaly.

Dotazoval jsem se také, jestli se nějakému etickému přístupu k pacientům někde učily, resp. jestli je na to připravily zdravotnické školy, které studovaly. Také zde jsem se setkal s velmi různorodými názory, které zahrnovaly v podstatě všechny možnosti. Zatímco například Dana a Ivana popíraly, že by se o něčem podobném na střední zdravotnické škole bavily, Stáňa mi říkala, že se s ním setkala právě tam a vzpomínala na důraz, který byl kladem na to, aby pacienty při mytí neustále zakrývaly. Věra tvrdila, že se etickému přístupu v podstatě věnovala až na vysoké škole a konečně Linda uvedla, že celkový přístup k pacientovi se sice učí už na střední zdravotnické škole, nicméně například komunikaci s pacientem v bezvědomí nikoliv. „*Pro někoho, kdo je tady poprvý nebo je tady třeba na brigádě, tak si myslím, že to samozřejmost není a že se to učí až třeba odpozorováním nebo vysvětlením od nás.*“⁸⁶ Dodává však, že trochu více se s touto komunikací setkala při studiu na zdravotnického záchranáře (tedy na vyšší odborné škole), protože tam se praxe absolvovala i na odděleních jako ARO.

Specificky mi na tento dotaz odpověděla Bohunka, z jejíž výpovědi vyplynulo, že etický přístup se pochopitelně učí, neboť je základem péče a všichni ho tedy teoreticky znají. Jenže naučit se vlastně nedá, protože je dán zejména výchovou v rodině. Říká: „*Bud' to v sobě člověk má, nebo ne. Někdo udělá jen to, co musí a někdo udělá spoustu věcí navíc.*“⁸⁷ Tím vlastně Bohunka zároveň naznačila další způsob chápání etického přístupu. Tomu lze z těchto slov porozumět jako děláním práce navíc. Tedy nejen to, co mi přikazují různé předpisy a nařízení, ale také věci, které nejsou vyžadovány a sestra je dělá jen proto, že by z nich pacient mohl mít užitek. Základ tohoto přístupu pak vidí v tom, co bych nazval láskou k tomuto povolání. Říká: „*Nejlepší je, když děláš tuhle práci, protože tě to baví.*“⁸⁸

Její slova by se dala interpretovat tak, že výchova a zalíbení v práci na ARO jsou jakýmsi nezbytnými předpoklady citlivého a empatického přístupu k pacientům. S tímto zjednodušeným pohledem však nemohu souhlasit. Důvod je prostý. Práce na tomto oddělení

⁸⁴ Polostrukturovaný rozhovor.

⁸⁵ Polostrukturovaný rozhovor.

⁸⁶ Polostrukturovaný rozhovor.

⁸⁷ Polostrukturovaný rozhovor.

⁸⁸ Tamtéž.

bavila každou sestru, se kterou jsem na toto téma hovořil. Některé ji dokonce označovaly za tak atraktivní, že si ani nemohly představit pracovat jinde, než v intenzivní péči (např. Dana, Zlatka, Ivana). Druhý předpoklad, určitý způsob či kvalitu výchovy v rodině, lze rovněž zpochybnit. Lze totiž jen těžko definovat, jak by tato výchova měla vypadat, či na co by se měla zaměřovat. Je to velmi subjektivní měřítko, na jehož základě lze jen těžko hodnotit, je-li někdo v tomto ohledu vychován lépe a jiný hůře. Na druhou stranu nelze popřít důležitou úlohu rodiny, coby společenské instituce, která se významným způsobem podílí na enkulturaci jedince. V jejím rámci si člověk sice osvojuje hodnoty a normy společnosti, ve které žije, přesto však tento proces nemůže nabídnout jakési jednoznačné a unifikované chápání etických aspektů života.

Z tohoto Bohunčina pojetí základů etického přístupu je cítit určitý tradiční, Nightingelovský důraz na ctnosti zdravotních sester, které jsou člověku vštěpovány právě výchovným působením. Je v něm tedy patrný jakýsi odkaz k tradičnímu chápání ošetřovatelské péče, jak ho zmiňuje i Ann Bradshaw (2009).

7.3. Uplatňování etického přístupu na ARO

Na závěr jsem se snažil zjistit, jestli se podle dotazovaných uplatňuje etický přístup k pacientům také na jejich oddělení. Ani tady se situace nezměnila a já se opět setkal s plejádou názorů. Zatímco některé sestry si myslí, že pacienti na oddělení nemají důvod ke stížnostem na etický přístup personálu (Dana), respektive, že pacienti mohou být v tomto ohledu spokojeni (Ivana a Katka), jiné připouštějí určité odchylky od ideálního stavu, nicméně také ony si myslí, že je to spíše výjimečné (Věra, Stáňa). Asi největším skeptikem byla Bohunka, která tvrdila, že etický přístup se na oddělení příliš nevyskytuje a silně se porušuje.

V této souvislosti jsem si všiml zajímavého jevu. Zatímco sestry, které měly jen velmi malé nebo dokonce žádné povědomí o kodifikovaných právech pacientů, se vyjadřovaly velmi optimisticky stran jejich dodržování a uplatňování etických principů (Dana, Katka, Ivana), ty které měly v této problematice hlubší znalosti, byly naopak kritičtější (Bohunka, Věra, Stáňa). Ty také zpravidla, podle mého názoru, nejvíce dbaly na soukromí pacientů a jejich intimitu. Tuto klasifikaci je však třeba vidět jako jakési póly, mezi kterými oscilovala většina zdravotních sester a to ještě tím způsobem, že bych si žádnou z nich nedovolil zařadit výhradně na jeden z těchto pólů. Například Dana se svými lucidními pacienty vždy výborně komunikovala, ačkoliv na druhou stranu přiznávala, že s pacientem v bezvědomí mluví jen,

pokud vidí alespoň minimální odezvu. Jinak si myslí, že to nemá smysl. Rovněž Ivanu a Katku bych si nedovolil hodnotit tímto způsobem.

Jinými slovy: nedostatky v teorii ještě zdaleka neznamenaly zásadní nedostatky také v praxi. Nejprve jsem si myslel, že teoretické znalosti budou chybět spíše sestřím s nižší kvalifikací a delší dobou praxe. Usuzoval jsem, že na nižších stupních zdravotnických škol se třeba touto problematikou nezabývaly tak podrobně. U sester, které jsou delší doby ze školy, jsem zase předpokládal, že by si tyto věci už nemusely pamatovat. První úsudek však vyvrátila Stáňa, která právě SZŠ určila jako školu, kde ji tomuto přístupu učili. Mou druhou tezi ohledně délky praxe pak vyvracela jednak Katka, která je na ARO relativně krátce a pak také Bohunka a Věra, které jsou už velmi zkušené sestry.

Pokud bych měl přece jen nalézt určitý prvek, který by mohl mít vliv na přístup zdravotních sester k pacientům, pak bych se zmínil o syndromu vyhoření. Když jsem se ptal sester, mají-li pocit, že jsou vyhořelé, pět z nich bez zaváhání uvedlo, že ano. Všechny tyto sestry pracují na oddělení už více než deset let, a tak by u nich tento syndrom nebyl ničím překvapivým. Všechny tyto zdravotní sestry v rozhovorech zároveň otevřeně připouštěly, že preferují spíše pacienty, se kterými nemusejí intenzivně komunikovat. Naopak odborné věci, respektive věci, při kterých musely prokázat své odborné znalosti, praktické dovednosti, bystrý úsudek i vysokou míru zručnosti považovaly všechny za jeden z hlavních důvodů jejich setrvávání na ARO.

Na základě výše uvedeného by mohlo platit, že nechuť komunikovat s pacientem či snaha tuto komunikaci nějakým způsobem „šidit“ může patřit mezi první příznaky počínajícího syndromu vyhoření. Neboli, vezmeme-li to z druhé strany, syndrom vyhoření se začíná demonstrovat pravděpodobně nejdříve na etickém přístupu personálu k pacientům, respektive v kvalitě a formě komunikace, zatímco kvalita odborné složky ošetrovatelské péče může být stále na vysoké úrovni. Uvědomuji si však, že toto tvrzení odvozují na základě velmi malého množství dat získaného na malém vzorku v krátkém časovém období. Rovněž se nemohu zbavit dojmu, že se v něm promítají také mé osobní zkušenosti s poskytováním intenzivní péče. Zde vidím oblast, která by stála za podrobnější prozkoumání.

Ačkoliv si zdravotní sestry spojovaly etický přístup k pacientům zejména s ochranou jejich soukromí, přesto jsem právě v této oblasti shledával nedostatky. Ty jsem nespatořoval ve stavebním uspořádání oddělení, ačkoliv právě ono primárním způsobem určuje míru soukromí pacientů, ale zejména v nepoužívání závěsů coby prostředků určených právě k tomuto účelu. V tomto ohledu jsem tedy zjistil jasné diskrepance mezi teoretickými znalostmi sester a jejich

implementací do praxe. Míra této implementace však byla individuální a u některých sester mohla být ovlivněna mimo jiné i pocitem vyhoření. Spokojenost s etickým přístupem na oddělení se rovněž lišila, přičemž paradoxně nespokojenější se zdály být sestry, jejichž teoretické znalosti byly hlubší a jejichž přístup k ochraně soukromí a intimity pacientů bych hodnotil jako citlivější.

8. ZÁVĚR

Nyní se pokusím shrnout průběh a výsledky svého výzkumu. Jednalo se o tříměsíční etnografickou studii, při které jsem pozoroval interakce zdravotních sester z ARO a jejich pacientů. Východiskem pro mě byl určitý posun v chápání ošetrovatelské péče, který se udál v průběhu minulého století. V jeho rámci došlo k určitému odklonu od tradičního pojetí ošetrovatelství založeného na soucitu a citlivém charakteru zdravotních sester vyplývajícího z židovsko-křesťanské tradice, respektive lásky k bližnímu. Ačkoliv je tato tradice stále nepopiratelnou součástí naší kultury, odklon od těchto ideálů je v ošetrovatelské péči zřejmý. Péče je stále více byrokratizována a ovlivňována ekonomickými aspekty, přičemž ekonomická efektivita péče je stále podstatnější. Tato výkonově orientovaná péče však začíná být pomalu opouštěna a začínají se prosazovat snahy o holistické pojetí pacienta. Cílem je, aby ošetrovatelská péče dokázala uspokojit nejen biologické potřeby pacienta, ale také jeho potřeby sociální a psychologické.

Rozhodl jsem se tedy zacílit svůj výzkum na etickou rovinu práce zdravotních sester a zjistit, do jaké míry se v současném konceptu ošetrovatelské péče uplatňuje. Protože však jde o poměrně širokou oblast, považoval jsem za nutné zaměřit svou pozornost jen na některé její části. Zajímalo mě zejména, jakým způsobem sestry s pacienty komunikují a do jaké míry se jim daří zajišťovat soukromí pacientů a chránit jejich intimitu. Dále jsem sledoval, jakým způsobem se o pacientech vyjadřují v jejich nepřítomnosti, a také pátral po případných rozdílech v přístupu k pacientům s ohledem na stav jejich vědomí.

Při interpretaci pozorovaných projevů chování jsem se snažil nacházet obecné trendy a hledat možné příčiny jejich výskytu, přičemž jsem dbal na to, abych se oprostil od osobních zkušeností, které mám s intenzivní ošetrovatelskou péčí.

Největší pozornost jsem věnoval komunikaci sester s pacienty. Ta je totiž nejen základem lidského společenství, ale také ošetrovatelské péče. Někteří autoři dokonce tvrdí, že komunikace má zásadní význam pro léčbu pacienta (Zacharová, 2010). Na pozorovaném oddělení byla velmi intenzivní a měla pestré projevy.

V průběhu výzkumu jsem identifikoval tři základní formy komunikace zdravotních sester s pacienty. Podle jejich projevu je označuji jako komunikaci formální, vřelou a nepříjemnou. Za formální jsem pokládal takovou komunikaci, která sice splňovala všechna požadovaná kritéria (oslovení, informování pacienta o prováděném úkonu atp.), ale cosi jí chybělo. Tímto formálně nevynutitelným aspektem komunikace byla chuť hovořit. Sestry tedy plnily svoji povinnost komunikovat, ale pokud byla jejich komunikace jen formální, postrádala určitou přidanou hodnotu. Tuto formu komunikace volily sestry často u pacientů s omezeným stavem

vědomím, přičemž typicky se vyskytovala například u ranní hygieny, kdy bylo nutné s takovýmto pacientem manipulovat („otočíme vás“, „vyčistíme pusu“ atp.).

Vřelá komunikace byla typická právě zjevnou chutí zdravotních sester komunikovat s pacienty. Ta se projevovala nejen v hlasu, ale také ve formě komunikace samotné. Sestra často sama aktivně zahajovala rozhovor a snažila se do něj zapojit pacienta. Tento způsob komunikace volily sestry téměř výhradně u lucidních pacientů. Jeho přidanou hodnotou byla elevace nálady nemocného (a často i ostatního personálu), či ústup jeho případné úzkosti. Naopak takovýmto způsobem sestry nikdy nekomunikovaly s pacienty v bezvědomí. Zdá se, že je zde nezbytná oboustranná snaha vést rozhovor, která na straně bezvědomého samozřejmě chybí.

Nepříjemná komunikace byla v podstatě opakem předchozího typu. Charakteristickými rysy byly zejména zvýšený hlas s nepříjemným tónem a nevhodně volená slova, kterými sestra vyčítá, zakazuje či obviňuje pacienta. Tento způsob hovoru byl velmi silně vázán na projevy nevhodného chování pacienta a většinou mizel ve chvíli, kdy se pacient začal chovat podle očekávání sester, respektive podle zaběhlých pravidel oddělení. Pacienti, u kterých ho sestry často používaly, byli buď zmatení, a proto neposlouchali jejich instrukce, nebo byli agresivní. Byl uplatňován také v případech, kdy pacienti svým chováním ohrožovali svou bezpečnost (opouštění lůžka). I když v podobných případech byl tento způsob komunikace pochopitelný a legitimní, docházelo k němu občas i zcela zbytečně, neboť nevedl ke změně chování pacienta, ba naopak (zmatení nemocní).

Formy komunikace, které zdravotní sestry volily při svých interakcích s pacienty, byly do značné míry určovány právě pacienty samotnými, a to ať už vědomě či neuvědoměle. Roli zde hrál jejich stav vědomí (sedace, zmatenost), projevy chování (nerespektování pravidel, agresivita) či míra jejich zájmu komunikovat a spolupracovat (lucidní).

Druhý způsob hodnocení komunikace jsem prováděl na základě jejího obsahu, respektive kvality. Vytvořil jsem tři kategorie, které jsem nazval „přesná a výstižná“, „něco chybí“ a „beze slov“. „Přesná a výstižná byla komunikace, při které personál informoval pacienta o tom, co se chystá udělat, jak a proč. Podstatná byla rovněž informace o tom, kdy se co bude dít, neboť tím pacient mohl získat alespoň rámcovou představu o plánované péči. Všiml jsem si také toho, jestli pacient podanou informaci pochopil a snahy sestry toto ověřit. Všechny tyto aspekty komunikace bylo pochopitelně možné uplatnit jen u lucidních pacientů. U pacientů v bezvědomí jsem kladl důraz zejména na sdělování všech činností a výkonů, při kterých se sestry přímo dotýkaly pacienta, musely s ním manipulovat nebo mu mohly působit nepohodlí či bolest. Do této kategorie jsem zařadil také bazální stimulaci.

Kategorií „něco chybí“ jsem označoval komunikaci, při které něco z výše uvedeného absentovalo (např. důvod prováděných úkonů, informace o změně léčby, atp.), chyběla nabídka možností v případech, kdy pacient mohl sám učinit rozhodnutí (např. kdy si nechat umýt hlavu), nebo byla volená slova, která mohla pacienta urazit (viz Leona, str. 43). Hlavní příčiny těchto nedostatků spatřuji v rutinní povaze některých úkonů a snaze personálu usnadnit či přinejmenším alespoň neztěžovat si práci. Negativní vliv zde mohla hrát také délka praxe na oddělení, která mohla vést k „zefektivnění“ činnosti sester částečnou redukcí komunikace s pacienty. Vzhledem k množství odborných výkonů, které samy sestry považovaly za základ jejich práce, je možné chápat tuto redukci komunikace.

V některých případech sestry s pacienty nekomunikovaly vůbec (kategorie beze slov“). K tomu docházelo v situacích, kdy činnost sestry kolem lůžka nevyžadovala spolupráci pacienta, nebo nedošlo k fyzickému kontaktu s ním (např. výměna infuze), a také u pacientů v bezvědomí. Zde se potvrdil můj výchozí předpoklad. Je však třeba dodat, že k úplnému výpadku komunikace u těchto pacientů docházelo jen v rámci krátkých interakcí trvajících řádově minuty. Zaznamenal jsem však také situace, kdy komunikace chyběla i v případech, kdy sestra prováděla invazivní výkon (zavádění PMK či rektální rourky). Důvodem tohoto jednoznačného nedostatku v komunikaci mohla být intimní povaha výkonů, při kterých „nekomunikace“ mohla sestram pomáhat lépe snášet tíži těchto situací. To však není možné brát jako omluvu, stejně jako bezvědomí (sedaci) pacienta.

Na rozdíl od formy komunikace, jejíž podobu určoval spíše pacient, respektive jeho zdravotní stav, byla její kvalita mnohem více ovlivňována samotnými sestrami. Zde hrály roli osobnostní rysy jednotlivých sester, jejich momentální psychické rozpoložení (osobní problémy, nálada), délka praxe na ARO, ale také získané znalosti (kurz bazální stimulace). Svůj vliv zde měl také typ činnosti, který sestra zrovna prováděla (nutnost spolupráce nebo fyzického kontaktu s pacientem či nikoliv).

Zjistil jsem také, že zvolený způsob komunikace a její kvalita spolu úzce souvisely. Zpravidla platilo, že vřelá komunikace byla velmi často také přesná a výstižná. A naopak formální, ale zejména nepříjemná komunikace byla současně méně kvalitní co do svého obsahu.

Pokud si sestry o pacientech povídaly v jejich nepřítomnosti, většinou vše probíhalo velmi korektně. Používaly převážně citově nezabarvených výrazů „pan XY“ či „paní YZ“, méně často pak (a spíše jen pár jedinců) výrazy „páníček“ a „panička“. Negativně zabarvený výraz, se kterým jsem se setkal, byl „prudič“, případně „votrava“, jimiž sestry titulovaly většinou pacienty, jejichž nároky na sesterskou péči byly hodnoceny jako přehnané.

Míra komunikace, kterou daný pacient vyžadoval, byla také určující pro preference sester při jejich výběru, přičemž obecnou preferencí byli pacienti v bezvědomí. Ti měli samozřejmě v tomto ohledu nižší nároky než pacienti lucidní či zmatení. Podstatná zde byla chuť komunikovat, která byla ovlivněna náladou sester, respektive jejich osobními problémy a dále délkou praxe na ARO. Podle samotných sester to je většinou tak, že čím déle je sestra na ARO, tím spíše nemá chuť komunikovat s pacientem. Musím však dodat, že toto nebyl jediný důvod, proč sestry upřednostňovaly péči o pacienty v bezvědomí. Významný zde byl rovněž fakt, že tito pacienti potřebují zpravidla intenzivnější péči vyžadující mnoho odborných výkonů a vyšetření, které mnoho aktérek výzkumu považovalo za „koření“ práce na ARO. Projevil se tu také vliv „pasivity pacienta“, což znamená, že pacient nemá žádné požadavky a sestra se tak může plně soustředit na odbornou (výkony a vyšetření) a estetickou (upravené lůžko i pacient) stránku péče.

Komunikace s pacientem tedy doznává různých forem a stupňů kvality. Vlivů, které se v ní uplatňují, je mnoho a je jen velmi obtížné nalézt v této spleti alespoň nějaké společné trendy, které by ji pomohly trochu utřídit. Na jedné straně je pacient se svými chorobami, stavem vědomí, medikací, ale také náladou, povahou a dalšími subjektivními i objektivními vlivy, který někdy chce, někdy nechce a někdy dokonce nemůže plnohodnotně komunikovat. Na straně druhé je zdravotní sestra, coby profesionál. Také na ni působí řada faktorů ovlivňujících její schopnost a chuť komunikovat. Jako profesionál se však nachází v relativně nevýhodné pozici toho, kdo by neměl slevovat přinejmenším z kvality, když už ne z formy komunikace. Pokud pacient nechce, hovořit nemusí. Má na to legitimní právo – je nemocný. A jak říká Murphy (2001), za účelem uzdravení je mu tolerováno v podstatě vše.

Pokud však nechce komunikovat sestra? Také ona je „jen“ člověk. Přesto by se měla pokoušet alespoň zakrýt svou indispozici komunikovat. Pokud je jen krátkodobá, vyplývající z momentálního rozpoložení, není to tak obtížné. Pokud je však dlouhodobá, způsobená třeba vyhořením, pak je třeba nalézt dlouhodobé řešení.

Sestry mají určitý mechanismus, jak zmírnit dopad své „nechuti“ komunikovat. Je jím ohled na preference jednotlivých sester při výběru pacientů na začátku směny. Ten se jeví jako relativně účelné opatření pro zajištění eticky vhodnějšího přístupu k jednotlivým pacientům. Tím se totiž sestry snaží vybrat takového pacienta, se kterým jim bude komunikace ten den nejvíce vyhovovat na základě jejich aktuálního psychického i fyzického rozpoložení. Tento výběr je však samozřejmě limitován aktuálním složením přítomných pacientů.

Mám-li shrnout oblast soukromí a intimity pacientů, respektive jejich zajišťování a ochranu, musím hned na začátku podotknout, že tato je velmi limitována samotnou povahou oddělení. Jeho režim a stavební dispozice jsou uzpůsobeny kriticky nemocným pacientům, respektive intenzitě vyžadované péče. Právě stavební dispozice hrají významnou roli, neboť to je určující pro rozmístění lůžek a jejich vzájemnou izolovanost. V tomto ohledu není mnou sledované oddělení kompozičně příliš dobře uspořádáno, neboť trochu větší míru soukromí lze zajistit jen na lůžku č. 1, eventuálně též na lůžku č. 6.

Vzhledem k této skutečnosti jsou však na oddělení umístěny závěsy, které jsou pro ochranu soukromí pacientů přímo určeny. Nejsou však umístěny na všech potřebných místech, přičemž nejvíce jsem je postrádal mezi sesternou a lůžkem č. 2 a dále mezi chodbou a lůžky č. 2 a 3. Šířka závěsů se zdá být nedostatečná, protože nezakryje lůžko v celé jeho délce.

I přes tyto nedostatky je však sestry mají k dispozici. Na základě svých zjištění bych si však dovolil tvrdit, že je používají spíše sporadicky a jen v některých situacích. Tam, kde bych jejich používání očekával nejvíce – při ranních toaletách – je personál nepoužíval téměř vůbec a pokud ano, tak většinou jen u lucidních pacientů. I v těchto případech však byla tato bariéra občas porušena. Nejčastěji to bylo ze strany lékařů, kteří bez jakýchkoliv dotazů, zda smí vstoupit za závěs tak činili a to i u pacientů při vědomí. Nutno dodat, že bez jakýchkoliv výhrad ze strany sester. Pacienti si tak v podstatě nikdy nemohli být svým, už tak velmi časově i prostorově omezeným, soukromím nikdy jisti. Závěsy tímto počínáním ještě více ztrácely na svém smyslu.

Závěsy se používaly při úkonech, při kterých docházelo k odhalení intimních partií pacienta. Byly však většinou použity tak, že oddělovaly pacienta jen od ostatních nemocných a nikoliv od zbytku personálu či příchozích osob, kromě návštěv. Závěsy tedy sloužily také jako určité měřítko toho, koho personál považuje „za svého“, přičemž hranicí zde byl pracovní vztah k nemocničnímu zařízení. Lidem bez této vazby byla intimita pacientů zakrývána. Návštěvy byly vpuštěny za dotyčným vždy až v případě, kdy byl upraven na lůžku. V tomto přístupu jsem spatřoval snahy instituce ukazovat navenek etický přístup k pacientům v oblasti dodržování jeho soukromí a intimity.

Ochranu intimity chápu jako určitý vyšší stupeň zajištění soukromí. Zatímco není možné zajistit intimitu pacienta bez toho, že mu poskytneme soukromí, soukromí samo o sobě ještě nedává záruku ochrany intimity. Také intimita pacientů je primárně ovlivněna charakterem oddělení. To se projevuje tím, že všichni pacienti (kromě lucidních) jsou nazí. Tato rutinní nahota má za následek sníženou vnímavost sester k této skutečnosti.

Identifikoval jsem tři situace, při nichž dochází k narušení intimity nemocných. Jsou jimi hygiena pacientů, jejich očista po stolici a některé výkony a vyšetření. U lucidních pacientů mohou vést k pocitům studu (vyprazdňování na podložní míse) nebo trapnosti (inkontinence). Kromě zajištění soukromí používáním závěsů se jim dá do jisté míry zabránit zejména používáním ručníků (hygiena), případně roušek (výkony), ale také počínáním sester, při kterém nebudou zbytečně odhalovat pacienty více, než je nutné. A právě s tím jsem se poměrně často setkával hlavně v průběhu ranních toalet.

Jak v oblasti zajišťování soukromí, tak v oblasti citlivého zacházení s intimitou pacientů mají zdravotní sestry rezervy. Na jednu stranu zde sice působí faktory, které personál nemůže ovlivnit (stavební dispozice), na stranu druhou však nevyužívá všech dostupných prostředků, které má za tímto účelem k dispozici (závěsy, ručníky). Často zbytečně odkrývá pacienty bez zjevného důvodu, anebo ho ponechává odkrytého zbytečně dlouho.

Mám za to, že dominantní vliv zde hraje navyknutí si na nahotu pacientů, přičemž tento zvyk přebil původní přirozenou schopnost sester spojovat si nahotu s pocitem studu. Z toho, jaké nedostatky sestry v této oblasti měly, vyvozují, že nepřikládaly péči o soukromí a intimitu pacientů velký význam. Jak vyplývalo z rozhovorů, sami si tento nedostatek uvědomovaly, ale zároveň ho tak trochu omlouvaly tím, že podstata práce na ARO spočívá zejména v poskytování vysoce odborné péče, která má člověku zachránit život a další věci jsou až jakousi nadstavbou.

Také zde se potvrdil můj předpoklad, že u pacientů v bezvědomí bude v této oblasti docházet k větším prohřeškům, než u lucidních pacientů. Právě u nich platí to, co zmiňovala i Stáňa, a sice, že nemohou mluvit a tím upozornit sestry na eventuelní nelibost svých pocitů. Ti lucidní, kteří sice mluvit mohli, tak ale nikdy v průběhu mého pozorování neučinili. Nejspíše akceptovali tento přístup a své nelibé pocity (jejichž existenci však pouze předpokládám) se snažili potlačit nějakou racionalizací, která by jim dovolila neztratit důstojnost. V podobném smyslu se vyjadřuje také Votřel (2011).

Mou snahou rovněž bylo zjistit, jaké teoretické znalosti v oblasti ošetrovatelské etiky sestry mají. Také zde bylo třeba být specifictější a konkretizovat více oblast svého zájmu. Tu jsem rozdělil do tří částí.

Nejdříve mě zajímalo, jestli sestry znají nějaký etický kodex, mají-li ho k dispozici na oddělení a znají-li jeho obsah. Nejčastěji uváděly etický kodex práv pacientů (Charta práv pacientů – příloha č. 2). Ne všechny ho však četly, přičemž některé to dokonce nepovažovaly za důležité. Bohunka proto, že v podstatě ztotožňuje etický přístup se slušným chováním a Dana proto, že si myslí, že se práva pacientů týkají spíše jen lékařů a nikoliv sester. Některé

sestry ani nevěděly, že mají tento dokument k dispozici na oddělení, jiné si tím nebyly úplně jisté. Žádná ze sester neuvedla, že je na oddělení k dispozici také etický kodex hospitalizovaných dětí (Charta práv hospitalizovaných dětí – příloha č. 3).

Minimální povědomí sester o obsahu chaty práv pacientů mohlo být příčinou toho, proč se například bod č. 5 (ohled na soukromí a stud pacienta) na oddělení ne zcela dodržoval. Tady tedy nelze než souhlasit s Haškovcovou (2002) že teoretické znalosti v oblasti etiky jsou nutnou podmínkou naplňování jejích principů v praxi.

Dále jsem požadoval po sestřích, aby mi svými slovy popsaly, co si představují pod pojmem etický přístup a jestli je na něj někdo připravoval. Většina ho spojovala jen s ochranou soukromí a používáním závěsů, eventuelně ručníků ve výše uvedeném smyslu. Zatímco někdo se s ním (resp. se zakrýváním pacienta ručníkem v průběhu jeho hygieny) setkal na střední zdravotnické škole, jiné sestry uvedly, že se s ním neseťkaly nikde. Někdo v této souvislosti zmínil vyšší odbornou školu, jiný až školu vysokou. Odpovědi se tedy značně různily.

A konečně mě zajímal názor sester na to, jestli se na oddělení snaží praktikovat etický přístup k pacientům. Také zde se názory pohybovaly ve velkém rozsahu. Zatímco některé sestry uváděly, že v tomto ohledu mohou být pacienti s péčí na ARO spokojeni, jiné připouštěly určité drobné nedostatky. Jen jediná sestra vyjádřila poměrně velkou nespokojenost. Zde bylo zajímavé, že s etickým přístupem k pacientům se paradoxně zdály být nespokojenější sestry, jejichž teoretické znalosti byly hlubší a jejichž přístup k ochraně soukromí a intimity pacientů se mi zdál být citlivější. Na druhou stranu mezery v teorii ještě zdaleka neznamenalý zásadní nedostatky také v praxi.

Ačkoliv si zdravotní sestry spojovaly etický přístup k pacientům zejména s ochranou jejich soukromí, přesto jsem paradoxně právě v této oblasti shledával velké nedostatky. V tomto ohledu jsem tedy zjistil jasné diskrepance mezi prohlášeními sester a realitou ošetrovatelské praxe. Míra implementace etických aspektů péče do praxe však byla značně individuální.

Výsledky výzkumu tedy potvrdily mé předchozí odhady, že u pacientů se zhoršeným stavem vědomí (bezvědomí, zmatenost) dochází v oblasti komunikace a ochrany soukromí a intimity k častějšímu porušování etického přístupu (nižší míra komunikace, horší ochrana soukromí a intimity).

Na základě svých zjištění musím konstatovat, že jsem se ve sledovaných oblastech etického přístupu sester k pacientům setkal s určitými nedostatky. Ty nejspíš pramenily

z neosobnosti prostředí, respektive neosobního přístupu k pacientům. Věcnost a pragmatičnost, ale také určitý odstup, jež jsou zde patrné, umožňují personálu vidět pacienta spíše jako případ, než jako člověka. Tím si sestry nejspíše udržují svou výkonnost a současně se brání emocionálně náročným situacím, ke kterým na ARO bezpochyby dochází. Rovněž Murphy (2001) na tuto neosobnost poukazuje. Ta je podle něj podmíněna tím, že nemocný přijme roli pacienta, čímž odhodí svou individualitu a umožní tak personálu vytvořit si a udržet patřičný odstup.

Zjištěné nedostatky tedy nejspíše nemají co do činění s pacienty coby konkrétními osobami (ačkoliv je zde jejich vliv patrný), ale s pacienty coby anonymními případy, které se na ARO navíc zdrží jen řádově několik dní. A právě krátká doba hospitalizace na odděleních tohoto typu je další příčinou, jenž brání rozvoji osobnějšího vztahu mezi sestrami a jejich pacienty. Ten lze alespoň do jisté míry navázat na odděleních s déle trvající hospitalizací, jako jsou například ODN⁸⁹, rehabilitační centra atp., jak naznačuje opět Murphy (2001). Je ovšem velmi těžké, ne-li nemožné, navázat je na oddělení jako je ARO, kde je hospitalizace kratší a stav pacienta někdy tak závažný, že většinu pobytu na oddělení může strávit v bezvědomí. Přesto však toto jakési systémové odcizení sester (a troufám si tvrdit, že nejen jejich) nelze akceptovat jako univerzální příčinu či snad dokonce omluvu veškerých etických prohřešků.

V průběhu svého výzkumu jsem se tedy opravdu setkával s takovou činností sester, kterou by bylo možno charakterizovat spíše jako odbornou profesionální činnost než soucitné opečovávání bližního. K proměně, kterou popisuje Bauman (Bradshaw, 2009) tedy nejspíše opravdu došlo. Přesto bych však netvrdil, že přístup sester k pacientům byl McDonaldizován ve smyslu, jakým tento termín charakterizuje Ritzer (viz str. 8) (Bradshaw, 2009). Navzdory tomu, že zdravotní sestry musí disponovat mnoha schopnostmi a dovednostmi, pracovat efektivně, předvídat možné komplikace, racionálně uvažovat, organizovat si práci a mít co nejvíce věcí pod kontrolou, navzdory faktu, že část jejich práce byla nahrazena sofistikovanými přístroji, čímž v podstatě zapadají do Ritzerovy klasifikace, přesto podle mého názoru nesplňují jednu podstatnou podmínku. I přes množství nařízení, standardů a jiných závazných dokumentů (na oddělení naplnily tři tlusté šanony), které jsou v podstatě instrukcemi, kterými se mají sestry řídit, je po nich vyžadováno, aby u práce přemýšlely. Právě tím se brání úplné McDonaldizaci. Ta se má totiž projevovat právě prostým jednáním podle instrukcí bez nutnosti přemýšlení.

⁸⁹ ODN - oddělení dlouhodobě nemocných.

Na druhou stranu se způsob myšlení a tedy i jednání sester asi nejvíce projevoval ve snaze maximálně zefektivnit a zrychlit svou práci. Toho však bylo možno s uspokojivými výsledky dosáhnout jen v odborné části ošetrovatelského procesu. Podobný způsob práce v oblasti etického přístupu k pacientům však k požadovaným výsledkům spíše nevedl. Naopak, snaha o efektivitu a rychlost zde mohla být příčinou nedostatků v komunikaci („něco chybí“, příp. „beze slov“) nebo v ochraně soukromí a intimity (např. nezakrývání pacientů).

Současný koncept ošetrovatelství v intenzivní péči, jak jsem ho mohl pozorovat, je tedy opravdu zaměřen na výkon a efektivitu, přičemž přístup k pacientům je až druhořadý. To bylo patrné nejen z pozorování, ale rovněž potvrzováno výpověďmi zdravotních sester. Je však nutné si uvědomit, že voláme-li po holistickém pojetí ošetrovatelství, které bude respektovat etický přístup k pacientům (Zacharová, 2010), bude nutné uplatnit i jiné sesterské dovednosti a kvality.

V rámci svého výzkumu jsem se snažil nalézt určité trendy v etickém přístupu sester k pacientům a identifikovat vlivy, které je formují. Chtěl jsem přinést odpovědi, které by pomohly zjištěné skutečnosti vysvětlit a tím lépe pochopit, proč k nim dochází. Doufám, že i přes nutné zjednodušení a nepřesnosti, kterých jsem se dopustil, se mi alespoň některé z nich podařilo předložit.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

Bělík, Jaroslav (1995): Čítanka pocitů: čtení o etickém působení sester. Praha: Victoria Publishing.

Bolechová, Renata (2009): Interakce mezi zdravotnickým personálem a geriatrickými pacienty: Etnografická studie vybraného oddělení léčebny pro dlouhodobě nemocné. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií UK. [Online]. Dostupné z: <http://digitool.cs.cuni.cz/> cit. dne 31. 3. 2011.

Bradshaw, Ann (2009): Measuring nursing care and compassion: the McDonaldised nurse? *Journal of medical ethics*; 35, 465-468.

Disman, Miroslav (2000): Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum.

Fišerová, Jaroslava (1996): Etika v ošetrovatelství. Brno: IDVPZ.

Haškovcová, Helena: Lékařská etika. Praha: Galén.

Hammersley, Martyn, Atkinson, Paul (1995): *Ethnography: Principles in practice*. London: Routledge.

Hendl, Jan (1999): Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum.

Holmerová, Iva, Jurašková, Božena, Zikmundová, Květa (2007): Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV public relations.

Hrešanová, Eva (2008): *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita.

Jankovský, Jiří (2003): *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.

Murphy, Robert Francis (2001): *Umlčené tělo*. Praha: Slon.

Vokurka, Martin, Hugo, Jan (2006): *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.

Votřel, Jan (2011): *Sanitáři, etnografie zdravotnické instituce „zdola“*. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií UK. [Online] Dostupné z: <http://digitool.cs.cuni.cz/> cit. dne 25. 5. 2011.

www.bazalni-stimulace.cz

Wichsová, Jana (2009): Důstojnost pacienta v etickém kodexu zdravotních sester a v praxi. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií UK. [Online]. Dostupné z: <http://digitool.cs.cuni.cz/> cit. dne 31. 3. 2011.

Winkler, Jiří, Petrušek, Miroslav (1997): Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum.

Zacharová, Eva (2010): Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. Praha: Sestra; 5, 28.