

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Diplomová práce**

**Pečovatelé a intimita bodywork**

**Kateřina Petrušková**

Plzeň 2014

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie

**Studijní program Sociologie**

**Studijní obor Sociologie**

**Diplomová práce**

**Pečovatelé a intimita body work**

**Kateřina Petrušková**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Alena Pařízková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2014

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literatury.

*Plzeň, duben 2014*

.....

## Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala pečovatelkám, které mi při mém výzkumu pomáhaly, snášely mé pozorování doprovázené neustávajícími dotazy, na které odpovídaly, díky čemuž tento text mohl vzniknout. Díky patří také vedení zařízení péče o seniory, které mi umožnilo výzkum uskutečnit v prostorách, za který nesou zodpovědnost.

Dále bych ráda poděkovala Mgr. Aleně Pařízkové, Ph. D., která mi během mé práce poskytovala zpětnou vazbu spolu s cennými radami a návrhy na vylepšení.

Nakonec patří díky i mé mamince Iloně Petruškové, za impuls, který mě k tématu diplomové práce přivedl a za závěrečnou náročnou kontrolu stylistiky tohoto textu, který dle jejích slov „občas nebyl snad ani česky“. Zejména jí však děkuji za důvěru, kterou do mě vkládala po celou dobu mého studia a v nejtěžších situacích mi vždy dodala odvahu, podporu a klid. Za totéž pak děkuji i svému tátovi Milanu Petruškovi.

## Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 ÚVOD .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2 PÉČE O SENIORY .....</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1 Typologie péče .....  | 4         |
| 2.2 Historický kontext péče o seniory.....  | 6         |
| 2.3 Péče o seniory v kontextu současné české společnosti .....                        | 10        |
| <b>3 KONCEPTUALIZACE PÉČE JAKO FORMA BODY WORK....</b>                                | <b>13</b> |
| <b>4 TŘI ROVINY BODY WORK.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>4.1 Rovina první: náplň práce a denní praxe body work<br/>v pečovatelství.....</b> | <b>17</b> |
| 4.1.1 Tři dimenze body work v kontextu péče dle Twigg .....                           | 18        |
| 4.1.2 Body work jako práce emocionální, fyzická a relační .....                       | 19        |
| <b>4.2 Rovina druhá: společenská narativa body work.....</b>                          | <b>21</b> |
| 4.2.1 Péče jako služba .....  | 21        |
| 4.2.2 Image institucionálních zařízení péče o seniory .....                           | 23        |
| 4.2.3 Tabu a stigma intimní tělesné péče.....   | 24        |
| 4.2.4 Péče jako práce nízké prestiže.....   | 25        |
| <b>4.3 Rovina třetí: Body work optikou pečovatele .....</b>                           | <b>26</b> |
| 4.3.1 Péče jako práce „bez úspěchu“ .....   | 26        |
| 4.3.2 „Špinavost“ body work v pohledu pečovatelů .....                                | 27        |
| 4.3.3 Taktiky vyrovnávání se s povahou práce péče .....                               | 28        |
| <b>5 METODOLOGIE.....</b>   | <b>30</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.1 Etika a další možná úskalí výzkumu v domově poskytujícím sociální služby ..... | 33        |
| <b>6 KAŽDODENNOST BODY WORK .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>7 PÉČE JAKO „ŠPINA VÁ“ PRÁCE.....</b>   | <b>41</b> |
| 7.1 „Slečno – to je normální“ .....  | 41        |
| 7.2 <i>Hnus</i> jako každodenní náplň práce .....                                  | 43        |
| 7.3 <i>Hnus</i> v pohledu pečovatelů: kontaminace a normalizace .....              | 44        |
| 7.4 <i>Hnus</i> v pohledu společnosti: obdiv a distanc.....                        | 49        |
| 7.5 Strategie vyrovnávání se s hnusem .....  | 52        |
| 7.6 Shrnutí.....   | 55        |
| <b>8 EMOCE, VZTAHOVOST A SATISFAKCE V PÉČI.....</b>                                | <b>56</b> |
| 8.1 „To úplně vycítíš“ .....   | 56        |
| 8.2 Péče jako práce emocionální a relační .....                                    | 58        |
| 8.3 Péče jako práce „bez úspěchu“? .....   | 61        |
| 8.4 Shrnutí.....   | 63        |
| <b>9 ZÁVĚR .....</b>   | <b>65</b> |
| <b>10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....</b>                                 | <b>68</b> |
| <b>11 RESUMÉ .....</b>   | <b>74</b> |

# 1 ÚVOD

Nastolování témat, která se týkají seniorů a stárnutí obecně, není v dnešních akademických debatách ojedinělý jev. Současný zvýšený zájem nejen sociálních věd o problematiku spojené s vyšším věkem je vyvolán mimo jiné faktem, že se západní společnosti obávají demografických prognóz, které předpovídají trend směrem k postupnému stárnutí populace. Tato problematika bývá v dnešní době často diskutována v souvislosti s ekonomickou situací, přesněji bývá upozorňováno na finanční zátěž, která bude v důsledku demografického vývoje silně narůstat [např. Fiala, Langhamrová 2007]. Populační stárnutí je tedy vnímáno převážně negativně, i když k tomu například dle Rabušice [2002] není důvod a stárnutí populace lze brát spíše jako přechodný efekt pozitivního vývoje.

O stárnutí populace (*aging*) mluvíme tehdy, pokud se v populaci zvyšuje podíl osob seniorského věku. Oblasti Evropy, Severní Ameriky a Oceánie se pak s tímto fenoménem potýkají již od poloviny dvacátého století [Uhlenberg 1992: 450]. Demografický vývoj směrem ke stárnutí populace můžeme vidět i v České republice. Pokles porodnosti, který byl způsoben zejména druhou demografickou tranzicí, v kombinaci s přechodem silných poválečných ročníků do důchodového věku vede k tomu, že se i v českém kontextu zvyšuje podíl starších osob ve společnosti [Štyglerová 2008: 6].

Dle projekce obyvatelstva Českého statistického úřadu se bude v příštích letech rapidně zvyšovat podíl osob starších 65let. V roce 2050 pak bude v české společnosti až 30 % lidí v důchodovém věku [Český statistický úřad (ČSÚ) 2004: 14-17]. V souvislosti s tématem tělesné péče o seniory jsou však zajímavější data, která upozorňují na možné významné změny v souvislosti s věkovou strukturou osob nad 65 let. Dnes je z celkového počtu seniorů pouze malá část ve věku 85 let a více. V budoucnu však do věkové kategorie nejstarších vstoupí lidé narození

v silné věkové kohortě ve 40. a 50. letech, zároveň je zde předpoklad pokračování trendu prodlužování naděje dožití, což povede ke změně věkové struktury kategorie seniorů směrem ke zvýšení podílu lidí nejstaršího věku. ČSÚ tedy předpovídá, že okolo roku 2050 bude 85 let a více každému dvacátému obyvateli České republiky [ČSÚ 2004: 16].

Při naplnění těchto prognóz dojde k výraznému zvýšení zátěže sociálních zařízení a zároveň i k vyšším nárokům na zajištění tělesné péče pro lidi nejvyššího věku. V tomto případě je důležité mít na paměti, že i věková skupina lidí starších 85 let je skupinou silně heterogenní. Při dosažení vysokého věku nevzniká vždy požadavek na zajištění péče. Přesto je však se vzrůstajícím věkem patrné zvýšené riziko chronických onemocnění a tím i pravděpodobnost vyšších nároků na péči a to i ve formě zajištění základních fyzických a hygienických potřeb [Soldo, Malton 1985]. Z tohoto důvodu si myslím, že je vzhledem k možné budoucí změně věkové struktury nejen celé společnosti, ale i kategorie seniorů jako takové, vhodné zkoumat téma tělesné péče o seniory.

Intimní tělesná péče o seniory, která spočívá v zajišťování elementárních fyzických potřeb, byla v minulosti provozována zejména v rámci rodin, v dnešní době je však stále častěji poskytována v institucích a je vykonávána placeným personálem. Zařízením, která provozují ústavní péči dlouhodobého charakteru je podle mého názoru věnována malá pozornost, přestože v naší společnosti zastávají důležitou funkci. Stejně tomu tak je i v případě osob, které v těchto zařízeních pracují. Konkrétní oblastí, které je tato práce věnována, je tedy problematika tělesné péče o seniory, provozovaná jako placené zaměstnání. V rámci této práce pojmám péči v institucích skrze koncept *body work*. Bodywork zahrnuje placené úkony, při kterých pečovatel přichází do styku s tělesnými substancemi osoby, která péči přijímá nebo dochází k intimním dotykům či manipulaci s nahým tělem [Twigg 2000: 395-400].



Záměrem mé diplomové práce je tedy poodhalit fenomén, kdy se intimní tělesná péče o seniory stává placeným zaměstnáním, přičemž se budu snažit o přiblížení a interpretaci žitých zkušeností osob, které toto zaměstnání vykonávají, tedy samotných pečovatelů. Vytyčených cílů své diplomové práce jsem se pokusila dosáhnout prostřednictvím etnografického výzkumu v instituci poskytující péči. Metodami sběru dat bylo nezúčastněné pozorování a hloubkové rozhovory s pečovateli.

Na poskytování tělesné péče o seniory pak ve své práci pohlížím jako na fenomén, ve kterém lze rozlišit tři základní roviny. První rovina se váže k samotné povaze a náplni práce pečovatele, tedy ke každodenní praxi v rámci péče. Druhou rovinou je pak pro mne společenský kontext a narativa, která jsou ve společnosti přítomna ve spojitosti s péčí o seniory, nebo přímo s body work. Třetí, poslední úroveň pak tematizuje osobu pečovatele, která do svého povolání vnáší vlastní významy a interpretace. V závislosti na tomto rozdělení rovin je pak cílem této práce zejména zodpovědět otázky o tom, jak pečovatelé chápou a interpretují náplň své práce a její aspekty? Jaký smysl svému povolání přiřkládají? Tematizovat budu také společenský kontext, ve kterém pečovatelé tuto práci vykonávají a to se tento kontext propojuje s narativy pečovatelů nebo i například s konkrétní podobou jejich práce.

## 2 PÉČE O SENIORY

Záměrem této kapitoly je přiblížení obecné problematiky péče o seniory. Nejprve představím základní typologii péče o seniory, kde je dle mého názoru nejvýznamnější dichotomické rozdělení na péči domácí a péči institucionální. Dále se zaměřím na historický vývoj péče o seniory, a to zejména v souvislosti s vývojem péče institucionální a nakonec stručně představím současný kontext pečovatelsví v českém prostředí.

### 2.1 Typologie péče

Péče o seniory je obecným termínem, který však v praxi může nabývat mnoha různých podob. Rozdíly reálně nastávají v závislosti na konkrétních potřebách jednotlivce, který je recipientem péče. Nejčastěji zmiňovanými typy, které bývají dávány do dichotomie, jsou péče domácí a péče institucionální<sup>1</sup>. Tyto typy se tedy primárně odlišují místem, kde je péče vykonávána a osobou, kterou jsou potřeby zajišťovány. Dále se pak péče rozděluje dle intenzity nároků, tedy podle určení potřeb, se kterými senior potřebuje pomoci a které si dokáže zajistit sám.

Péče domácí spočívá v zajišťování potřeb seniora v místě bydliště vlastního, či v bydlišti jeho rodinných příslušníků a hlavními zajišťovateli se pak stávají právě rodinní příslušníci, kteří poskytují neformální, neboli laickou péči [Remr 2005: 73]. Primárním zajišťovatelem přímé péče v rodině je ve většině případů žena (dcera, snacha, manželka atp.), která je společností chápána jako přirozená pečovatelka [Přidalová 2006].

Z historického hlediska je rodina první společenskou institucí, která zajišťovala péči o nejstarší členy společnosti a to na základě existence rodinné solidarity [Remr 2005: 71-72]. Péči zajišťovala tradiční rodina, ve

---

<sup>1</sup> V dnešní době existují i tzv. hybridní typy péče, kdy je kombinována péče rodinná s péčí institucionální například ve formě docházení profesionální pečovatelky do místa bydliště.

kteřé fungoval princip mezigenerační vřměnné služby. Źivot v tradiční rodině byl řizpřsoben řivotnímu cyklu člověka a stařř lidé tedy mřli v hospodářstvř stāle svě mřsto. Dle Hařkvorcově je vřak toto pojetř historickě rodinně pěče silně zkresleně, realita pěče byla často mēnē idylickā, přesto vřak toto romantizujřcř pojetř pěče o seniory v tradiční rodině přetrvāvā dodnes [Hařkvorcovā 2010: 53-58].

Institucionālñ pēčř pak břvā myřlena veřkerā pēče, kterā je dlouhodobě poskytovāna mimo domācř přstředř. Umřstěñ do zařřzenř je obecně vnřmāno jako posledñ zoufalř krok, ke kterému rodina přřstupuje ve chvřlřch neudrřitelnosti nāroků na pēčř v domācřm přstředř [Barvřkovā 2005: 65-66]. Pēče institucionālñ je charakteristickā standardizacř a formalizovanřmi pravidly a je zajiřřovāna placenřm profesionālñm personālem [Remr 2005: 72-74].

To, zdali je o seniora pečovāno rodinou ři placenřmi profesionāly mřže vřzrazně zāvřset na množství a povaze potřeb, kterě si jřř přřjemce pēče nedokāže zajistit sām. Vřsledky studie popisujřcř představu potencionālñch rodinnřch pečovřcřch o sociālñm zabezpečenř svřch rodičů ukazujř, ře dēti se mohou o umřstěñ rodiče do zařřzenř institucionālñ pēče rozhodnout přāvě v nāvaznosti na mřře intenzity potřebnē pēče. Snřřzenř soběstačnosti s sebou mřže přřnēst finanční zatřřenř, omezenř osobñho řivota pečovřcř osoby ři obavy ze ztrāty zaměstnāñ. Na zākladě tēchto reālñch okolnostř pak dochāzř u pečovřcřch osob k rozhodnutř o umřstěñ seniora do zařřzenř pēče. Soběstačnost seniora je tedy jednřm z rozhodujřcřch faktorů [Veselā 2002].

Nāroky na pēčř ve spojenř s mřrou soběstačnosti seniora jsou tedy dřležitřm ukazatelem, kterřm je třeba vřnovat pozornost. Z hlediska intenzity se pēče dělř na *podpřrnou pēčř*, kterā obsahuje drobnou vřpomoc nepravidelněho charakteru. Dāle se jednā o tzv. *neosobñ pēčř*, přř kterě jřř dochāzř k nepostradatelně pravidelně vřpomoci. Posledñm

typem je pak *péče osobní* zahrnující neustálou přítomnost pečující osoby [Bartoňová 2005: 31].

V rámci české legislativy<sup>2</sup> je pak soběstačnost a míra potřebné pomoci definována skrze vymezení závislosti. Osoba je považována za závislou, pokud spadá do jednoho ze čtyř stupňů závislosti, které jsou děleny podle počtu činností, se kterými daná osoba potřebuje v běžném životě pomoci. Kategorie se rozdělují jako *lehká závislost* (stupeň I), *středně těžká závislost* (stupeň II), *těžká závislost* (stupeň III) a *úplná závislost* (stupeň IV). Tato právní klasifikace slouží například jako podklad pro vyměření výše finanční podpory nebo k uznání nároku na poskytnutí sociálních služeb státem.

Pokud tedy na základě předchozích odstavců definujeme pole, kde je intimní tělesná péče poskytována, jedná se zejména o *osobní péči* poskytovanou lidem, jejichž stupeň závislosti je III a IV. Tyto osoby potřebují nepřetržitý dohled a asistenci se základními potřebami. V případě vysokého stupně závislosti a vysokých nároků na péči pak často nastává případ umístění seniora do institucionálního zařízení dlouhodobé péče, kde potřeby, včetně intimní hygieny a podávání stravy, zajišťuje placený personál. V tomto případě dochází k situaci, kdy je osobní péče intimního charakteru poskytována lidmi, které za tuto činnost pobírají plat, provozují ji tedy jako placené povolání.

## 2.2 Historický kontext péče o seniory

Vznik fenoménu profesionální péče o seniory je tématem velice komplexním, které v sobě obsahuje několik disciplinárních rovin. Barbara Wall [2007] na tuto složitost historického vývoje upozorňuje v souvislosti s vývojem povolání ošetřovatele. Vývoj profesionálního pečovatelsví

---

<sup>2</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 19.1. 2014]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu>

můžeme spojovat s mnoha oblastmi, například s politickým vývojem, s vývojem medicíny a institucí, se společenskými změnami, s genderovou tematikou nebo i s náboženstvím. V této kapitole se pokusím stručně představit historický vývoj profesionálního pečovatelského o seniory, přičemž se cíleně zaměřím na oblasti, které podle mého názoru mohou mít přesah i do nynější pečovatelské praxe. Přestože si tedy uvědomuji komplexnost historického vývoje, pro potřeby této práce si vyberu pouze některé oblasti a fakta.

Péče o osoby vyššího věku v minulosti bývá spojována převážně s péčí v rodinném kruhu. Přesto však lze například již ve středověku nalézt formální instituce, které péči zajišťovaly. Počátky institucionální péče můžeme vidět právě ve vzniku středověkých chudobinců a hospiců podléhajících církvi, které měly primárně za úkol postarat se o chudinu a poutníky [Tošnerová 2001: 8-10]. Pokud tedy rodina neplnila svoji pečující funkci, senior se ocital na společenské periferii, kde se ho často ujímala právě církevní charita pečující z důvodu existence principu křesťanské lásky a odpovědnosti [Haškvorcová 2010: 183-184]. Dobročinná péče byla charakteristická nesystematičností a značnými omezeními například v souvislosti s dostupností a finančními možnostmi zajištění [Remr 2005, Haškvorcová 2010].

V tomto období, přestože se jedná o počátky institucionální péče, nemůžeme ještě mluvit o fenoménu péče jako práce. Péče v této historické etapě podléhala církvi a vykonávání péče bylo založeno na dobročinnosti a náboženských principech, spíše než na tržním principu placeného zaměstnání. Zajišťování potřeb starých lidí bylo v kontextu dobročinnosti spojováno s péčí o chudé a nemocné, nešlo tedy o samostatně vymezené pole péče, jak je tomu dnes.

Rozvoj institucionální péče o seniory se po etapě středověku rozvíjel v Evropských zemích různě. Haškvorcová v českém kontextu identifikuje hlavní historickou vývojovou triádu péče o seniory, kterou je

charita, obec a stát. Zásadní změna přišla v průběhu 19. století, kdy se zajištění alespoň nejnужnější péče stalo povinností obcí, což bylo zcela nové pojetí. Do této doby byla péče poskytována pouze dobročinností a to spíše jen nahodile. V první polovině 20. století se pak začal angažovat stát, který přebíral zodpovědnost za systém péče, který obce vybudovaly [Haškvorcová 2010: 182-205].

V rámci 19. století nastaly kromě přenesení odpovědnosti za péči a systematizace péče i další významné společenské změny, které měly praktický dopad na charakter péče o seniory. Jedná se o přechod k modernímu industriálnímu uspořádání, který s sebou přinesl proces individualizace, urbanizace, byrokratizace a rozpad tradiční rozšířené rodiny [Keller 2007: 14]. Staří lidé již v novém industriálním uspořádání nenacházeli pracovní uplatnění, jelikož tovární systém neumožňoval přizpůsobení práce fyzickým možnostem seniora tak, jak tomu bylo například v tradičních hospodářstvích [Haškvorcová 2010: 53-59].

Dalším důležitým faktorem byla urbanizace, díky které došlo ke zpretrhání širších rodinných vazeb a rozvoji anonymního městského prostředí [Haškvorcová 2010: 58]. Rozpad tradiční rodiny s sebou přinesl zmizení hlavní osy sociálního zabezpečení [Keller 2007: 14]. Století 19. se dále vyznačuje profesionalizací zdravotní péče důsledkem procesu industrializace. Péče je přesouvána z domovů do nemocnic [Wall 2011]. V tomto období docházelo ke specializaci institucí, tedy k paralelnímu vývoji například blázinců nebo právě i domovů pro seniory nebo [Lynaugh 2011].

Shrneme-li tedy nejzásadnější změny v průběhu 19. a první poloviny 20. století, zodpovědnost za péči o chudé, staré a nemocné přebírají nejprve obce a poté stát. Dochází k rozpadu tradičního rodinného uspořádání a ke změně pracovních podmínek, což problematizuje postavení seniorů ve společnosti a možnosti zajištění

jejich péče v rámci rodiny. Péče obecně pak přechází z rodin častěji do institucí, kde dochází k její specializaci.

O další významné změně se hovoří v souvislosti s dnešní dobou, kdy jsme svědky nástupu nové etapy, která je sociálními vědci nazývána různými názvy např. jako postindustriální společnost [Keller 2010], tekutá modernita [Bauman 2005] nebo reflexivní modernita [Beck 2007]. Přestože je tato nová éra popisována i nazývána různě, nese sebou obecné znaky, například přechod ze společnosti postavené na průmyslu ke společnosti služeb, nebo opětovná změna rodinného uspořádání ve formě ještě výraznější fragmentace. Tato fragmentace spočívá v krizi nukleární rodiny, což můžeme vidět na příkladu vzniku fenoménu singles, nebo zvyšující se rozvodovosti. Pozornost je věnována také tématu mizení mezigenerační solidarity, která je předpokladem poskytování péče. Například v České Republice došlo k mírnému poklesu míry této solidarity, přesto však zůstává poměrně vysoká [Petrová Kafková 2010]. Důležitou roli v rozvoji péče pak dozajista hraje i feminismus, který se podílel na přesunu ženy z domácí pečovatelské sféry do sféry pracovní. Vstup žen na pracovní trh bývá označován jako jeden z hlavních faktorů přesunu péče do prostředí trhu (komodifikace péče) [Claassen 2011].

Bookman a Kimbrel [2011] popisují aktuální společenské podmínky a jejich vliv na péči o seniory. Mezi základní faktory, které komplikují péči o seniory v rodině, řadí právě například vstup žen na pracovní trh, zvyšující se geografické vzdálenosti mezi členy rodiny, změnu struktury rodiny nebo také časové možnosti rodinných pečujících.

Veškeré tyto změny způsobily, že byla péče o seniory částečně přenesena na instituce. Rodinná péče v současnosti hraje zcela jistě důležitou roli, ovšem nejedná se o jediného aktéra, na kterého je povinnost péče přenesena. Na posun, ke kterému došlo, upozorňuje i Fine [2005], který tvrdí, že péče byla doménou rodiny a proto zůstávala ignorována i vědou a veřejností. Ve 20. století se však péče stala

veřejným tématem v reakci na kulturní, sociální, demografické a ekonomické změny. Následkem těchto změn je zvyšující se tlak na zdroje neplacené péče v rodině a nutnost společensky řešit otázku jiných forem péče.

### **2.3 Péče o seniory v kontextu současné české společnosti**

V českém kontextu můžeme dle zjištění Vidovičové a Rabušice [2003] vidět silnou tendenci k upřednostňování domácí péče před péčí institucionální. Pomoc ve stáří by podle názorů obyvatelstva měla zajišťovat v první řadě rodina. Institucionální (státní) péče je pak vnímána jako druhá nejpříjemnější možnost, která však přichází v úvahu pouze jako přenesení odpovědnosti v situaci nezvládnutí péče v rodině [Vidovičová, Rabušic 2003: 23-28].

Z výše nastíněných výsledků výzkumů české společnosti je tedy vidět pokračování historických trendů ve vnímání domácí a institucionální péče. Rodinná péče je silně idealizovaná, stejně jako je tomu u péče v tradiční historické rodině. Oproti tomu institucionální péče, je českou populací vnímána jako ta „horší“ a často poslední možná alternativa. Zde také můžeme vidět historickou paralelu v prvních pečovatelských institucích, kterými byly charita a chudobince, jenž se ujaly staré osoby až v případě selhání rodiny.

Podobné výsledky přináší výzkum Veselé [2002], kde je možné v datech identifikovat ochotu dětí poskytovat péči rodičům a preferenci názoru na domácí péči jako lepší možnosti. Veselá toto interpretuje jako možnou snahu odpovídat na otázky způsobem, který se zdá být správný. Z výzkumu však na druhou stranu také vyplývá například to, že významnou roli při reálném rozhodování o umístění seniora do instituce má například riziko ztráty práce pečující osoby, míra soběstačnosti seniora, vzdálenost mezi bydlišti atp. [Veselá 2002: 13]. Při nutnosti umístit seniora do zařízení pak rodinní příslušníci tento krok berou jako



poslední možnou alternativu učiněnou ze zoufalství a často mohou cítit i pocity viny [Barvíková 2005: 65-66]. Rodinná péče je tedy v českém kontextu preferovanou formou, přesto je však péče institucionální nezanedbatelným segmentem.

Formy institucionální péče mohou být různé. Nejčastěji se v České republice dostává formální institucionální péče seniorům v podobě docházkové pečovatelské služby, ubytování v domově pro seniory a v domovech se zvláštním režimem [Výzkumný ústav práce a sociálních věcí 2009: 74-75]. Tyto jednotlivé formy se však mohou odlišovat například množstvím a intenzitou služeb, nebo charakteristikami příjemců, například co se týče míry jejich soběstačnosti.

Z analýzy struktury klientů vyplývá, že domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem poskytují častěji zajišťování potřeb klientům, kteří pobírají příspěvky na péči v důsledku zařazení do jednoho ze čtyř stupňů závislosti. Poskytování intimní tělesné péče o seniory je tedy doménou spíše těchto zařízení, nežli docházkové pečovatelské služby. Ta většinou zajišťuje potřeby osobám, které nejsou zařazeny do jednoho ze čtyř stupňů závislosti. Docházková pečovatelská služba je tedy spíše podpůrným typem péče. Nejvyšší podíl uživatelů v kategoriích stupňů závislosti III. a IV. pak mají domovy se zvláštním režimem [Výzkumný ústav práce a sociálních věcí 2009: 73-74]. Jak bylo představeno v typologii péče o seniory, čím vyšší je uznaný stupeň závislosti dané osoby, tím méně úkonů je tato osoba schopna zvládnout sama. Domovy se zvláštním režimem jsou tedy instituce, které poskytují komplexní péči seniorům a kde se s největší pravděpodobností setkáme s fenoménem poskytování tělesné a intimní péče jako placené práce.

Co se týče rozsahu služeb, statistiky z odvětví sociálních služeb ukazují, že v roce 2012 bylo v České republice 480 domovů pro seniory a 210 domovů se zvláštním režimem s kapacitou služeb dohromady téměř 50 000 lůžek [Ministerstvo práce a sociálních věcí 2013: 71-72].

Statistické zaznamenávání rozsahu sociálních služeb seniorům je však v českém kontextu problematické. Péče o seniory totiž neprobíhá pouze v sociálních službách, ale také ve zdravotnictví.

Mašková [2004] v souvislosti s tímto tématem poukazuje na nedostatečné propojení a spolupráci odvětví zdravotnictví a sociálních služeb v kontextu péče o seniory a upozorňuje na potřebu toto v budoucnu změnit pro dostatečné a efektivní zajištění zvyšujících se potřeb seniorů. Sféra péče o seniory tedy spadá do dvou oblastí (sociální a zdravotní), které fungují odděleně. Důsledkem této oddělenosti sektorů jsou pak komplikace při snaze přesně definovat a popsat fenomén péče o seniory v České Republice jako jeden celek.

V rámci této diplomové práce se zaměřím na institucionální péči pouze v kontextu sociálních služeb, což je, jak bylo nastíněno výše, pouze jedna část dané problematiky. Postihnutí péče o seniory v celé jeho šíři by v případě této diplomové práce bylo komplikované právě díky oddělenosti sfér zdravotnictví a sociálních služeb v realitě.

### 3 KONCEPTUALIZACE PÉČE JAKO FORMA BODY WORK

Předchozí kapitola byla věnována obecnému kontextu poskytování péče seniorům. Nyní bych se ráda zaměřila na konkrétní aspekt této problematiky, kterým je intimní tělesná péče poskytovaná seniorům, provozovaná jako placené zaměstnání.

Témata spojená s tělesností se stejně jako témata zajímavější se o péči o seniory stala předmětem zkoumání sociálních věd v průběhu 20. století a to především vlivem nástupu feministických a post-structuralistických proudů myšlení [Hancock 2000, Fine 2005]. Lidské tělo tak přestalo být předmětem zkoumání čistě biologických věd. Zájem o konkrétní téma placené práce spojené s tělesností pak ve společenských debatách vzrůstal spolu s rozvojem sektoru služeb, jelikož významná část těchto služeb je přímo spojena s prací s lidským tělem [Shilling 2010: 336]. Příkladem povolání, která zahrnují manipulaci s tělem, může být kromě oblasti péče také oblast kosmetických služeb, zdravotních služeb nebo i služeb sexuálních.

V sociálních vědách existuje několik teoretických rámců, které je možno vztáhnout na problematiku tělesné péče o seniory. Například Paula England [2005] identifikovala pět konceptuálních rámců, které obecné téma péče uchopují. Patří mezi ně například koncept *komodifikace péče* problematizující komercializaci intimity a emocí, nebo přístup, který poukazuje na *devalvací* zaměstnání pečovatele z důvodu genderové nevyváženosti (péče jak práce žen). Přestože se mohou jednotlivé rámce částečně překrývat, každý z těchto rámců nabízí rozdílné perspektivy, pojímá téma péče odlišně a klade si i rozdílné otázky. Podle mého názoru je však všech těchto pět rámců zaměřeno velice úzce, příkladem může být právě rámec devalvace péče, který vychází zejména z genderové perspektivy a je tímto polem tedy také omezen.

Možností, jak teoreticky uchopit téma tělesné péče o seniory je tedy více. V rámci této práce jsem se pro pochopení komplexnosti tohoto tématu rozhodla pro teoretický rámec, který péči nahlíží jako formu *body work*. Opírat se budu konkrétně o vymezení, které nabídla Julia Twigg. V následujících odstavcích se tedy budu krátce zabývat nejprve různému užívání termínu *body work*, poté přesunu svoji pozornost k popisu, jak s tímto termínem nakládá Twigg. Na konci této kapitoly zhodnotím přínosy teoretického přístupu dle Twigg.

Body work jako koncept nenese v prostředí společenských věd pouze jeden význam. V textech různých autorů můžeme nalézt rozdílná pojetí tohoto termínu, typologii významů předkládá Debra Gimlin [2007]. Jednou z možností užívání termínu je body work jako práce, která je vykonávána na vlastním těle. Jedná se tedy o transformaci těla přirozeného směrem k tělu kulturnímu. Příkladem může být dodržování diet, úprava zevnějšku, hygienické návyky či management těla (např. demonstrace maskulinity) [Gimlin 2007: 355-357].

V souvislosti s tělesnou péčí o seniory je však dle mého názoru vhodnější pojetí, jehož významnou představitelkou je socioložka Julia Twigg. Twigg považuje veškerá povolání spojená s přímou péčí za formu *body work*. Body work definuje jako pracovní činnost, která se přímo zaměřuje na těla druhých osob. Důležitou komponentou tohoto pracovního výkonu je pak přímý fyzický kontakt skrze dotyk a příjemci péče se pak stávají objektem práce pečovatele [Twigg et al. 2011: 171-173]. Základními kameny definice dle Twigg je tedy tělesný kontakt mezi příjemcem a poskytovatelem body work a provozování této činnosti jako placené povolání.

Twigg uvádí, že tímto úzkým vymezením dojde k vyčlenění několika oblastí zkoumání. Do konceptu body work tedy nebude v tomto případě patřit již zmíněná body work jako péče na vlastním těle, péče neplacená, která je poskytována například rodinnými příslušníky, nebo práce spojená

jen s některými fragmentovanými částmi lidského těla (např. orgány). Součástí body work pak naopak zůstává posmrtná péče vykonávaná na zemřelém těle v případě, že sociální osobnost příjemce je stále symbolicky přítomna [Twigg et al. 2011: 173-174]. Další typy povolání, které do konceptu bodywork spadají, jsou například povolání ve zdravotním sektoru, v sektoru zkrášlování těla nebo například v sexuálních službách či poskytování masáží [Twigg 2000: 389-39].

Pojetí body work tak, jak ho navrhuje Twigg je v rámci sociálních výzkumů hojně užíváno. Příkladem může být například práce Carrie Purcell [2009], která koncept aplikuje na oblast poskytování masáží, nebo text autorek Thea Cacchioni a Carol Wolkowitz [2011], které se zajímají o oblast zdravotnictví v konkrétním kontextu léčby sexuálních dysfunkcí.

Body work užívané v tomto významu přináší nemalé výhody. Úzké a konkrétní vymezení výzkumného tématu podle mého názoru lépe dovoluje zachytit komplexnost daného jevu a jasně vymezuje pole, které nese podobné charakteristiky v klíčových ukazatelích. Sama Twigg poukazuje na nedostatky některých konceptů, kritizuje například koncept *intimate labour*, která neklade důraz na tělesný aspekt a intimita tak může být definována například pouze skrze silné emoční zapojení [Twigg et al. 2011: 174]. Twigg tedy klade silný důraz právě na tělesnost, díky které se body work stává jedinečnou.

Další výhodou v konceptualizaci body work dle Twigg vidím v tom, že oblast zájmu je definována úzce, ale nedochází zde k zúžení náhledu na danou problematiku (jako tomu je například v případě konceptu devalvace či komodifikace péče). Twigg chápe koncept body work jako nástroj umožňující spolupráci mnoha různých pohledů jako je například sociologie, gender, migrační a etnická tematika nebo sociální politika. Jasně vymezení body work pak usnadní porozumění konkrétním vztahům mezi příjemcem a poskytovatelem placené péče a jejich ovlivnění širším socioekonomickým kontextem [Twigg et al. 2011: 172]. Toto pojetí tedy

dovoluje propojovat na horizontální úrovni mezi různými pohledy a vědními disciplínami a zároveň klade důraz na vertikální propojení makro a mikro pohledu.

Podle Julie Twigg [2011] je tedy body work specifický typ povolání, jehož výkon předpokládá fyzický kontakt mezi vykonavatelem práce a jejím příjemcem. Pečovatelé, poskytující služby seniorům se sníženou soběstačností pak do této kategorie neoddiskutovatelně patří a co více, tato povolání mají charakteristické rysy a jsou plná výzev a dilemat [Twigg et al. 2001: 174]. Pojem body work bude v této práci používán ve smyslu synonyma k tělesné péči, či obecně k náplni práce pečovatele. Následující kapitola se pak bude zabývat konkrétními charakteristikami, které v rámci body work v péči nastávají.

## **4 TŘI ROVINY BODY WORK**

V této části si kladu za cíl představit pečovatelsví a body work ve třech teoretických úrovních. První rovinou je konkrétní práce pečovatele, která má určitou náplň, obsahuje jasné pracovní výkony, a která nese charakteristické znaky. Druhá rovina se pak váže k širšímu společenskému kontextu, který rámuje pohledy na konkrétní pracovní náplň a nabízí obecné významy a narativa. Jako druhou rovinu chápu samotného pečovatele, který danou konkrétní náplň práce vykonává v rámci širšího společenského kontextu. Pečovatel do své práce vnáší vlastní významy a interpretace, které mohou být ovlivněny jak konkrétní povahou práce, tak společenskými narativy. Tyto různé roviny tedy v praxi působí propojeně, jejich rozdělení na teoretické úrovni jsem se rozhodla provést z důvodů zdůraznění komplexnosti mnou zkoumaného problému a z důvodu možnosti lépe vysvětlit fungování a důsledky těchto rovin v praxi, což bude předmětem zkoumání empirické části této práce.

### **4.1 Rovina první: náplň práce a denní praxe body work v pečovatelsví**

Poskytování péče v rámci této diplomové práce chápu tedy jako formu body work. Body work jako kategorie nese určité společné znaky, přesto však můžeme v jednotlivých typech povolání obsahující body work najít specifika a rozdílnosti v závislosti na konkrétním kontextu, což tematizuje například Wolkowitz [2002]. Je nepopiratelné, že například práce maséra a práce pečovatele, jehož úkolem je poskytování intimní tělesné péče, bude mít rozdílné charakteristiky a také rozdílnou prestiž. V této kapitole se tedy zaměřím na specifika pečovatelsví a na jeho typické znaky, které se váží ke konkrétní pracovní náplni a povaze práce pečovatele.

### 4.1.1 Tři dimenze body work v kontextu péče dle Twigg

Ve výkonu body work v kontextu poskytování péče můžeme dle Julie Twigg [2000] identifikovat tři základní dimenze, které je nutno si uvědomit a které jsou pro tento typ povolání charakteristické.

První neoddělitelnou částí práce pečovatele je nakládání s tělesnými substancemi, kterými jsou například moč, trus nebo i zvratky. Twigg toto označuje souhrnným názvem jako nakládání s nečistotami a hnusem, přičemž termín *hnus*<sup>3</sup> je předkládán ve spojitosti se smyslovými vjemy vyvolávajícími znechucení [Twigg 2000: 395-397]. Druhým aspektem je pak nutnost v rámci výkonu povolání setkávat se s nahými těly, která jsou změněna procesem stárnutí [Twigg 2000: 397-399].

Posledním charakteristickým znakem body work v rámci pečovatelsví je pak přímý tělesný kontakt s příjemci péče. Péče je tedy chápána jako práce obsahující dotýkání se jiných osob, což ji rámuje jako práci intimního charakteru [Twigg 2000: 397-398]. Tématu doteku je v literatuře související s péčí věnováno mnoho prostoru, jak ukazuje souhrnný článek autorky Pirkko Routasalo [1999]. Existuje zde mnoho typologií, které kategorizují různé typy doteků. Příkladem může být rozdělení, které člení doteky na dvě základní kategorie, a to instrumentální a expresivní. Instrumentální dotek slouží k realizaci určitého úkonu (např. zvedání z postele), expresivní doteky jsou pak spíše spontánní a nejsou uskutečňovány pouze za účelem provedení úkonu [Routasalo 1999: 844].

Práce pečovatele tedy často obnáší zajišťování základních hygienických potřeb lidem, kteří si toto již sami zajistit nemohou. Kvůli svému fyzickému, nebo psychickému stavu. Mezi základní úkony patří

---

<sup>3</sup> v originálním znění je užíván pojem *disgust*



například sprchování, přebalování, krmení nebo i úprava zevnějšku ve smyslu česání či stříhání nehtů.

#### **4.1.2 Body work jako práce emocionální, fyzická a relační**

Při promýšlení body work v pečovatelsství je však nedostatečné promýšlet toto pole pouze skrze charakteristiky spojené s tělesností a tělesnými substancemi. Při poskytování péče je podle mého názoru důležité tento fenomén chápat i jako interakci mezi konkrétními osobami příjemce a poskytovatele péče, které mají vlastní pocity, emoce a mezi kterými vzniká určitý vztah. Dle Twigg [2000: 400] je právě toto aspektem, který sami pečovatelé často zdůrazňují jako jeden z hlavních elementů jejich povolání.

Emocionalitou v rámci placeného povolání se zabývá Arlie Hochschild [2003], která přišla s konceptem *emocionální práce*. Kromě rozdělení na fyzickou a duševní práci tedy přichází s novou kategorií pracovní činnosti, která obsahuje nakládání s emocemi, například jejich potlačování či vyvolávání a ovládání. Emoce se tak vlastně stávají směnnou hodnotou, která je součástí náplně práce. Hochschild tento koncept představuje na příkladu práce letušky. Každou mezilidskou interakci je podle mého názoru nutno chápat jako obsahující emoce, kterými může být například vztek, frustrace, či jen pocit sympatie či nesympatie. Veškerá povolání založená na interakcích jsou pak tedy podle mého názoru s emocemi spojena, i když tyto emoce mohou být v některých případech skrývány.

Twigg [2011] pak považuje za vhodné, koncept emocionální práce začlenit i do konceptualizace body work, jelikož nakládání s emocemi je integrální součástí práce spojené s poskytováním péče. Emocionalitu lze pak v kontextu poskytování péče chápat dvěma způsoby. První zmiňovanou stránkou je chápání práce pečovatele jako psychicky a emocionálně vyčerpávající, zároveň lze však v emocionalitě tohoto

povolání najít zdroj uspokojení a smysluplnosti práce [Twigg et al. 2011]. Nicky James [1992] chápe emoční práci také jako jednu ze základních komponent práce související s péčí. Zdůrazňuje zejména nutnost pečovatелů přizpůsobovat se každodenní situacím. Předpokladem této práce je znalost osoby, které je péče poskytována, což například dost dobře nemohou naplnit doktoři, kteří s osobami přijímajícími péči netráví dostatek času. Většina emoční práce tedy leží na pečovatelích, kteří zajišťují přímou každodenní péči.

V povolání pečovatele je pak tedy emocionální stránka zesílena například každodenním blízkým kontaktem s osobou příjemce péče. Tento kontakt navíc může být i dlouhodobého charakteru (například v řádech měsíců i let), což s sebou nese vyšší emoční zapojení. Pokud srovnáme ilustrační příklad povolání letušky, který představuje Hochschild [2003] s povoláním pečovatele, v rámci povolání pečovatele musí být dle mého názoru emocionální zapojení několikanásobně zřetelnější. Povolání letušky například předpokládá pouze krátkodobé interakce s konkrétními lidmi, pečovatelé v rámci svého povolání navazují vztahy, které ačkoli jsou pracovní povahy, mohou mít i dlouhotrvající charakter a předpokládají tak podle mého názoru vyšší míru nakládání s emocemi.

Je tedy také velice důležité nahlížet na poskytování péče jako na práci relační. Péče vždy obsahuje interakci mezi dvěma osobami, přičemž každá z nich má svoji minulost, určité stabilní povahové rysy i dočasné výkyvy nálad. Lanoix [2013: 96-98] chápe vztahovost jako důležitý aspekt práce pečovatele. Pečovatel musí pružně reagovat na potřeby příjemce péče a přizpůsobovat své chování dle konkrétní situace a nálady klienta, což je aspekt, který je těžko zachytitelný v standardizovaných stanovách a předpisech. Diamond [1992: 237] označuje vztahovost a emocionalitu pod souhrnným termínem „mateřský cit“, který dle něj obsahuje nepředepsatelné komunikační, mezilidské a emoční dovednosti potřebné k vykonávání práce spojené s poskytováním péče.

James [1992] pak kromě složky emoční vymezuje další dvě hlavní oblasti související s náplní práce pečovatele. Druhou nezanedbatelnou složkou je dle ní složka organizační, která obsahuje správu dělby práce a obecně snahu na organizační úrovni zajistit pravidelnou každodenní péči o osoby, které tuto péči potřebují. Poslední hlavní komponentou péče je fyzická práce, která spočívá v konkrétním vykonávání úkonů. Fyzické aspekty péče jsou snadno měřitelné a prokazatelné, stávají se tak hlavní komponentou, na kterou je často kladen důraz právě díky jeho snadné kontrole. Emoční a relační prvky pak často mohou být zatlačovány touto fyzickou oblastí do pozadí, jelikož se jedná o neměřitelné komponenty, které se tak stávají neviditelnými.

## **4.2 Rovina druhá: společenská narativa body work**

V této kapitole bych se ráda zaměřila na společenský kontext, který se pojí jak s prací pečovatele obecně, tak konkrétně s výkonem body work. Jedná se o teoretická východiska, která se přímo váží na mnou zkoumané pole, ovšem jejich původ můžeme najít ve společenských trendech a v pohledech na tuto práci. Předmětem zájmu této části jsou tedy společenská narativa pojící se s prací pečovatele a širší společenské trendy, které na toto povolání mohou mít dopad.

### **4.2.1 Péče jako služba**

V části, která představovala historický kontext pečovatelsví, jsem stručně popsala změny přicházející s nástupem postindustriální společnosti. Postindustriální společnost je charakteristická přechodem ekonomiky od těžkého průmyslu směrem k službám. Tento trend můžeme velice dobře sledovat i v kontextu pečovatelsví. V posledních letech dochází i v českém prostředí ke snaze rámovat instituce poskytující péči seniorům právě jako službu, která by měla dosahovat určitých předem definovaných standardů kvality, což se projevuje například humanizací

pečovatelských domů a zařízení pro seniory. Výsledkem těchto snah jsou například akademické texty, které se tématem kvality péče zabývají a snaží se poskytnout podklady pro hodnocení či praktické změny v odvětví sociální péče o seniory. Konkrétní ilustrací může být komparační studie Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [2010] nebo text Ondřeje Mátyla et al. [2007], přičemž oba tyto texty nabízí mezinárodní srovnání kvality péče o seniory.

Dalším důležitým znakem současného pečovatelského odvětví je ovlivnění principy tržní ekonomiky. Tělo a tělesné pochody jsou ale těžko včlenitelné do racionální logiky kapitalistického trhu [Cohen 2011]. Na tento trend upozorňuje také Timothy Diamond [1992], ve své slavné monografii *Making Gray Gold*, která vychází z autorových vlastních zkušeností s prací pečovatele. Diamond na konkrétních příkladech žitého světa pečovatelských domů ukazuje, jak se do péče prolínají pravidla charakteristická pro trh, jako jsou efektivita, byrokratizace, produktivita či zisk a jak se tyto shora definované standardy kombinují, nebo stojí v opozici s tzv. mateřským citem, která je podle Diamonda potřebná k vykonávání tohoto povolání.

Pokud tedy shrneme současný tlak, který je na pečovatelský systém vyvíjen, jedná se zejména o důraz na kvalitu v kombinaci s efektivitou a standardizací péče. Nové legislativní úpravy také kladou důraz na zachování důstojnosti seniorů a na individuální přístup k nim. Lidé, kteří jsou v dnešní době ubytováni v institucích poskytujících péči, nebývají označováni jako pacienti, ale jako klienti či příjemci, což je rámuje jako uživatele určité služby. Senioři tedy péči pouze nepřijímají, ale nakupují ji, což vede ke změně jejich postavení [Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky 2010: 41].

Práce pečovatele je tedy podřízena kategorizovaným pravidlům definovaným shora, zároveň však, jak bylo diskutováno v předchozích kapitolách, obsahuje množství těžko předepsatelných emočních

a mezilidských interakcí [Diamond 1992: 237- 238]. Citová složka práce se však podle Diamonda [1992: 130-167] pohybuje ve sféře „non-job“, jelikož je nezaznamenatelná a z pohledu definovaných standardů, kvót a předpisů tedy neviditelná. Podobný náhled předkládá například i Gubrium [1997], který poukazuje na to, že pečovatelé, zajišťující přímou péči jsou sevřeni mezi klienty a jejich požadavky a požadavky managementu, který dává důraz zejména na vykonávání rutinních úkolů, které Gubrium souhrnně nazývá „bed-and-body work. Skrze tuto rutinizaci práce a denních úkonů v instituci poskytující péči, pak Gubrium přirovnává pečovatelské domy k totálním institucím, jako je například vězení či blázinec, jelikož principy, na kterých tyto instituce fungují, jsou podobné. Vnímání péče zejména jako rutinnizované práce pak může ústit i v negativní vnímání institucí péče, což je téma, kterému se budu věnovat v následující kapitole.

#### **4.2.2 Image institucionálních zařízení péče o seniory**

Přestože lze říci, že se systém péče a postavení osoby příjemce v dnešní době proměňuje velice dynamicky a to například zvyšujícím se důrazem na kvalitu a humánnost, image institucionálních zařízení zůstává stále spíše negativní. Haškvorcová [2010: 273] popisuje image zařízení poskytující péči seniorům jak „hrůzostrašnou“, což je podle ní zakořeněný mýtus, který je dobře viditelný například i v kulturních dílech. Česká Republika se v tomto bezesporu řadí k tzv. skandinávskému modelu, což znamená, že je zde silně upřednostňovaná péče rodinná před péčí institucionální [Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky 2010: 29].

Při umístění seniora do pečovatelského zařízení nastává okamžik, ve kterém se do praxe promítá negativní image těchto institucí. I samotní rodinní příslušníci mohou být totiž tímto krokem traumatizováni, zažívat pocity viny, bezmoci a selhání [Barvíková 2005: 65-66]. Upřednostňování

péče poskytované rodinnou má své kořeny v historické romantizující představě, která spojuje rodinnou péči s láskou a emocemi, což je dáváno do protikladu k péči institucionální.

I mezi lékařským personálem jsou obory spojené s péčí o seniory obecně vnímány jako neatraktivní. Lékaři a pečovatelé v tomto oboru často končí spíše shodou okolností či z nutnosti (například nemohou získat jinou práci), než že by po tomto typu zaměstnání toužili [Haškvorcová 2010: 276-277]. Představení institucionální péče jako „té horší“ varianty můžeme najít i v akademických textech, například text Hynka Jeřábka předkládá tvrzení, že rodinná péče je prací z lásky, jelikož se pružně přizpůsobuje potřebám konkrétního seniora, což je charakteristika, které se institucionální péče nemůže rovnat a je nemožné tuto „lásku“ nahradit mimo rodinu [Jeřábek 2009].

#### **4.2.3 Tabu a stigma intimní tělesné péče**

Negativní image zařízení, ve kterých pečovatelé pracují, není jediným úskalím tohoto zaměstnání. Další fakt, kterému je třeba věnovat pozornost, jsou společenská narativa, vážící se ke konkrétní náplni práce. Jak již bylo řečeno, poskytování intimní péče obsahuje přímé nakládání s tělem a tělesnými substancemi. Lulia Lawton [1998] ve své případové studii ukazuje problematičnost situace, kdy již člověk není schopen ovládat své tělesné funkce. Podle Lawton je tělo v západní kultuře bráno jako celistvá, ohraničená entita a pokud dojde k jejímu porušení (například proniknutí pachy), nastává negativní reakce. V západní společnosti jsou tedy tělesné pochody a intimní hygiena sférou tabu.

Twigg [2000: 399] také upozorňuje na tabuizaci náplně body work, což se dle ní odráží i v samotném jazyce, který je problematický například v souvislosti s pojmenováváním tělesných pochodů či tělesných substancí. Twigg však upozorňuje ještě na jeden tabuizovaný aspekt v rámci body work v pečovatelství a tím je nakládání s nahými těly, která

jsou poznamenána pokročilým věkem. Setkání se starým nahým tělem tak může být šokující, jelikož tělo poznamenané věkem není v západních společnostech viditelné, je zakrýváno a prezentace například v médiích je minimální [Twigg 2000: 397-398].

Práce pečovatele se tedy často pohybuje ve sféře tabu, jelikož nakládá s nahými těly a tělesnými substancemi. V souvislosti s prací pečovatele bývá často zmiňováno označení péče jako „špinavá práce“. Termín špinavé práce odkazuje na to, že se pečovatelé poskytující přímou péči mohou potýkat se stigmatem, který vyplývá z povahy náplně jejich povolání [Twigg 2000, Jervis 2001]. Twigg však navíc pojmenovává práci pečovatele jako „skrytou špinavou práci“, jelikož se jedná o činnost, kterou se společnost snaží držet mimo dohled. Termín špinavosti se u Twigg tedy váže právě ke společenskému hledisku, práce je špinavá, jelikož se jedná o činnost, o které současná společnost kladoucí důraz na mládí, zdraví a krásu nechce přemýšlet a chce ji spíše držet v ústraní [Twigg 2000: 405-406].

#### **4.2.4 Péče jako práce nízké prestiže**

Práce vztahující se na poskytování tělesné péče je obecně chápána jako práce dosahující nízkého společenského ohodnocení [např. Twigg 2000, Jervis 2001, Pfefferle, Weinberg 2008]. Jak již bylo řečeno, fyzická práce je chápána jako hlavní složka péče v kontextu placené práce v institucích a navíc se jedná o práci nekvalifikovanou. Fyzická práce s nižší specializací má na současném trhu práce obecně nižší status než je tomu u vysoce specializovaných prací [Fine 2005: 252]. Z tohoto plyne jak nízká společenská prestiž pečovatelských prací, tak nízké finanční ohodnocení této pracovní činnosti.

Pokud se podíváme na zahraniční texty zabývající se body work, důraz je kladen na několik základních aspektů body work, které z této práce dělají zaměstnání s nízkou prestiží. Pokud tyto znaky shrneme,

jedná se o práci silně genderovanou a důležitou roli zde hrají i ukazatele třídy a rasy [například v Twigg 2011, Wolkowitz 2002, Fine 2005]. Pracovní pozice obsahující zajišťování péče seniorům jsou obsazeny spíše ženami, než muži. Podíl žen v tomto odvětví se pohybuje okolo 90% [Franzway 2003: 5]. Původ tohoto znaku práce spojenou s péčí můžeme nalézt již v principu duálního rozdělení na tělo a duši, kdy sféra těla je spojena právě s ženským pohlavím. V zahraničí je pak také viditelný trend, kdy tato povolání vykonávají imigrantky z nižších společenských vrstev, které do dané země přijeli hledat práci a obživu. Obecně pak dle Twigg platí, že čím více je práce přiblížena tělu a nakládání s tělesnými substancemi, tím nižší je její status [Twigg 2000: 290].

### **4.3 Rovina třetí: Body work optikou pečovatele**

V předchozích kapitolách jsem představila konkrétní náplň práce pečovatele a také jsem se věnovala otázce společenských pohledů na tento typ práce. Nyní přesunu svoji pozornost již k samotnému pohledu pečovatelů a k tomu, jak svoji práci vnímají a s čím se mohou potýkat v závislosti na jejich náplni práce.

#### **4.3.1 Péče jako práce „bez úspěchu“**

Péče o osoby v pokročilém věku s sebou nese charakteristický rys, který se může silně promítat do zdrojů satisfakce z vykonané práce. Haškvorcová [2010: 272-285] označuje obor péče o seniory obecně jako práci „bez úspěchu“. V protikladu k běžné medicíně, kdy je výsledkem většinou uzdravení pacienta a tedy vítězství, je péče o seniory frustrující z důvodu absence tohoto vítězného uzdravujícího konce. Péče o seniory je často díky přítomnosti chronických onemocnění typická dlouhou dobou trvání, které neprovází výrazné zlepšení zdravotního stavu, naopak dochází ke zhoršení a nezdědka i k následné smrti. Podporu k tomuto tvrzení můžeme najít i ve statistikách, kde je jasně viditelný trend, že jen



malá část klientů zařízení péče o seniory končí svůj pobyt zde odchodem zpět domů. Větší část klientů již v těchto zařízeních dožívá a umírá [Ministerstvo práce a sociálních věcí 2013: 74].

Pečovatelé tedy mohou trpět frustrací z marnosti této práce, jelikož zde často chybí konečný úspěch v podobě uzdravení klienta. V souvislosti s povoláními spojenými s péčí je také často problematizován tzv. syndrom vyhoření, který se nejčastěji vyskytuje právě v profesích, které by se daly označit jako pomáhající. Syndrom vyhoření bývá způsoben například právě absencí výsledků a psychickou náročností práce, projevuje se především celkovým vyhasnutím, ztrátou zájmu, energie a pocitem marnosti [Jeklová, Reitmayerová 2006: 6-7].

#### **4.3.2 „Špinavost“ body work v pohledu pečovatелů**

Jak již bylo řečeno, body work v péči bývá nazývána jako „špinavá“ a to jak ze sociálního hlediska, tak z hlediska konkrétní náplně práce, kdy pečovatелé v rámci zaměstnání nakládají s těly a tělesnými substancemi, které mohou vyvolávat pocit znechucení. Pracovní náplň body work obsahuje prvky, které jsou společností definované jako znečišťující, obsahuje tedy aspekt symbolického i reálného znečištění či stigmatu. Tento fakt má za následek ovlivnění vnímání pečovatele jako sebe samotného a ovlivnění pohledu na práci, kterou vykonává [Jervis 2001: 84-89].

Část práce, která je dle samotných pečovatелů nejhůře překonatelná, je konkrétní nakládání například s výkaly či jinými tělesnými produkty a se zápachem, který se s tímto pojí [Twigg 2000: 395-396]. Pečovatelé si zároveň také uvědomují nízkou prestiž svého povolání. V závislosti na tomto uvědomění si „špinavosti“ a nízké prestiže práce pak mohou vytvářet taktiky, které jim pomáhají se s povahou práce vyrovnat [Jervis 2001].

### 4.3.3 Taktiky vyrovnávání se s povahou práce péče

V běžné denní praxi vykonávání práce v souvislosti s tělesnou péčí o seniory je možné identifikovat několik základních taktik, pomocí kterých poskytovatelé péče zmírňují dopady „špinavosti“ práce na vnímání sama sebe a na svoji práci obecně.

Tomuto tématu se ve svém textu věnuje Lori Jervis [2001], který identifikuje čtyři základní strategie obrany proti znečišťující povaze pracovní náplně. První strategií je vytváření bariér. Jervis se při definování této taktiky odvolává na etnografickou literaturu, mimo jiné například také na dílo autora Jaber F. Gubrium [1997: 123-157], který o náplni práce zaměstnanců, poskytujících přímou péči věnuje oddíl ve své knize *Living and Dying at Murray Manor*. Vytváření bariér může spočívat například v omezování očního kontaktu se substancemi vzbuzujícími znechucení, či užívání pomůcek snižujících zápach (například parfémy). Mezi tyto taktiky by patřilo i užívání ochranných pomůcek při přímé péči, například užívání rukavic. Rukavice chrání pečovatele od znečištění reálného, zároveň jsou však také formou symbolické ochrany tím, že snižují intimitu úkonů a jsou znakem profesionálního odstupu [Twigg 2000: 403-405].

Druhou identifikovanou taktikou je chvástání, kterým pečovatelé dávají najevo pýchu, že práce s prvky vyvolávajícími znechucení je pro ně neproblematická a zvládají se s těmito prvky vypořádat. Jako chvástání Jervis například označuje situace, kdy pečovatelé nepoužívali rukavice při intimních úkonech, aby tak demonstrovali svoji schopnost znechucení potlačit. Dle Jervis je tato taktika typická pro osoby, které tuto práci vykonávají delší časové období [Jervis 2001: 92-93]. Třetí obranou pečovatelů je užívání humoru. Tímto tématem se zabývá i Cheryl Tatano Beck [1997], dle které je humor užíván například k vypořádání se s obtížnými situacemi, kdy může ulehčovat od stresu, zloby a frustrace. Další funkcí humoru může být také vytváření soudržnosti a to jak mezi

sestrami navzájem, tak mezi sestrami a pacienty. Humor je užitečný také například jako komunikační či terapeutická strategie.

Jervis však upozorňuje, že chvástání a humor jsou strategiemi, které jsou nejčastěji užívány pouze mezi samotnými pečovatelkami (mezi insidery). Ve vztahu k lidem z vnějšku, tedy vůči těm, kteří nejsou zapojeni v institucích péče, je pak spíše používaná technika, kdy pečovatelé posunují význam jejich práce. Menší důraz přikládají složce práce, která obsahuje nakládání s tělem a tělesnými substancemi, zdůrazňují pak naopak pečovatelskou stránku povolání, kdy pomáhají potřebným [Jervis 2001: 93-94]. Pečovatelé interpretují svoji péči jako eticky „dobrou“ a prospěšnou, jelikož pomáhají lidem, kteří se o sebe postarat nemohou. Dále pak mohou spatřovat světlou stránku v navázání bližších vztahů s osobami, které péči přijímají a snaha vedoucí k tomu, aby se příjemci cítili dobře je pak emocionální odměnou [Pfefferle 2008]. Obecně pak emocionální a interpersonální složka pečovatelské práce bývá označována samotnými pečovateli jako část poskytující největší satisfakci [Twigg 2000: 400].

## 5 METODOLOGIE

Výzkum, který byl v rámci této diplomové práce proveden, vychází z přístupu kvalitativní sociologie a to konkrétně z principů etnografie. Atkinson a Hammerley [1994: 248-249] definují čtyři základní charakteristické rysy etnografie. Zaprvé jde o přístup, který je typický silným důrazem na snahu vysvětlit či objevit povahu konkrétního společenského fenoménu. Etnografie tedy zaujímá interpretativní postoj založený na hlubším porozumění daného tématu. Dalším rysem je pak nestrukturovaná povaha dat. Data nejsou rozdělována do předem daných analytických kategorií. Zatřetí, etnografie se zaměřuje pouze na malý počet případů, avšak tyto případy jsou zkoumány do detailů. Poslední charakteristikou je pak specifická analýza dat, která si klade za cíl poskytnout interpretace o smyslu lidského jednání.

Výzkum, ze kterého vychází následující empirická část, probíhal v zařízení poskytující sociální služby seniorům<sup>4</sup>, kteří z důvodu svého zhoršeného fyzického či psychického stavu potřebují zajištění komplexní péče. Klienti tohoto zařízení jsou pak zejména osoby se sníženou soběstačností (závislost stupně II, III a IV), dále osoby, u kterých byla diagnostikována demence, Alzheimerova choroba či jiná psychická porucha (např. schizofrenie).

Ke zkoumání byly použity dvě základní metody sběru dat, kterými byly rozhovory a nezúčastněné pozorování. Nezúčastněné pozorování probíhalo dvakrát týdně po dobu dvou měsíců. Doba pozorování byla na základě vyjednávání s vedením daného zařízení stanovena na maximálně tři hodiny v rámci jednoho dne. Pozorování bylo plánováno tak, aby se vystřídal všechny dny v týdnu (kromě víkendu, kdy pozorování nebylo z legislativních důvodů povoleno). Střídány byly také denní doby.

---

<sup>4</sup> Ve stanovách tohoto zařízení byli senioři definováni jako osoby starší alespoň 50 let, které pobírají starobní či invalidní důchod.

Pozorování tedy neprobíhalo například pouze ráno, ale pokryty byly i polední a odpolední hodiny.

V jeho rámci jsem se zaměřovala na seznámení se s každodenní náplní práce pečovatele, sledovala jsem interakce a úkony, které pečovatelé provádějí a zaznamenávala situace, které korespondovaly s definovanými cíli výzkumu. Pozorování sloužilo také jako podklad pro rozhovory, kdy jsem nacházela témata, na která jsem se v rozhovorech soustředila. S pečovateli jsem pak probírala například i některé konkrétní situace, kterých jsem byla ve výzkumném prostoru svědkem. Během pozorování jsem navíc měla šanci dozvědět se více o konkrétních pečovateli, o jejich životní a pracovní historii. Přínosné byly také okamžiky, kdy mi pečovatelé vysvětlovali některé úkony, situace a náplň práce přímo v terénu a tím mi poskytli vhled do terénu a mimo jiné i také svoje vlastní interpretace náplně práce. Součástí zápisů z pozorování jsou tedy také rekonstrukce těchto terénních rozhovorů.

Co se týče průběhu pozorování, nenastal zde žádný významný problém. Pouze při započetí pozorování se pečovatelé zdáli být z mojí přítomnosti nervózní a to nejspíše zejména z obavy, že bych mohla ve svém výzkumu hodnotit jejich pracovní výkon. Toto přisuzuji zejména faktu, že jsem do výzkumného prostoru vstupovala bez přítomnosti gatekeepera. Můj přístup do zařízení probíhal velice formálně skrze schválení žádostí vedením, což mohlo u pečovatelů zpočátku vyvolat obavy. V rámci provádění výzkumu byl proto kladen silný důraz na to, že moje práce se v žádném případě nezaměřuje na jakékoli hodnocení kvality pracovního výkonu pečovatelů, o čemž jsem pečovatele opakovaně ujišťovala.

Jako významná výhoda se ukázalo být, že jsem díky pozorování již měla šanci částečně pečovatele poznat, což významně ulehčilo získávání respondentů pro samostatný rozhovor. Celkem bylo vyhotoveno sedm interview, která probíhala formou nahrávaných polostrukturovaných

rozhovorů, kdy jsem si i na základě zkušeností z pozorování připravila okruhy otázek, či dotazy na konkrétní situace, které v terénu nastaly a které jsem s danou osobou prožila.

Jediným kritériem, podle kterého byli vybírání komunikační partneři pro rozhovor, byla náplň práce, která musela obsahovat poskytování přímé péče o seniory. Z výzkumu tak tedy byli vyřazeni zaměstnanci věnující se spíše administrativě, nebo také sociální pracovníci. Věk či délka pracovních zkušeností nebyla nijak předem omezena, primárně jsem rozhovorovala spíše pečovatele, se kterými jsem v terénu trávila čas. Tuto taktiku jsem zvolila ze dvou hlavních důvodů. Zaprvé rozhovor, vyhotovený se zaměstnanci, které už jsem znala, byl uvolněnější. Komunikační partneři již věděli, že mám určitou představu o povaze jejich práce, což rozhovor velice ulehčilo. Zadruhé jsem se pak prostřednictvím rozhovoru mohla dotazovat například na situace, které při pozorování nastaly a které nebylo vhodné rozebírat přímo v terénu (například z důvodu časových možností, či kvůli citlivé povaze otázek).

Pokud shrnu základní charakteristiky rozhovorovaných komunikačních partnerů, jejich věkové rozmezí se pohybovalo od 21 let do 63 let a jednalo se ve všech případech o osoby ženského pohlaví, výzkumný vzorek byl tedy z hlediska pohlaví homogenní. Tato homogenita vzorku odpovídá reálné zaměstnanecké situaci, protože v zařízení, kde výzkum probíhal, pracovaly pouze ženy. Délka pracovních zkušeností se u jednotlivých pečovatelek odlišovala. Složení respondentů pro rozhovor jsem se snažila uzpůsobit tak, aby zde byly zastoupeny jak ženy, které pracují v oboru péče již například několik desítek let, tak také ženy, které jsou v tomto typu zaměstnání poměrně krátce. Pečovatelka, která se v oboru péče pohybovala nejdéle, tuto práci vykonávala již přes 20 let. Naopak služebně nejmladší pak byla pečovatelka pracující v tomto oboru pouhý jeden rok.

Analýza dat se řídila principy kvalitativního výzkumu, kdy byl použit konkrétně nástroj kódování. Kvalitativní analýza byla zaměřena primárně na porozumění konkrétním konceptům a fenoménům v rámci výzkumného prostoru. Data byla kódována za pomoci programu ATLAS.ti., který sloužil zejména k utřídění získaných dat do tematických okruhů a následně i do užších kategorií dle povahy jevů.

## **5.1 Etika a další možná úskalí výzkumu v domově poskytujícím sociální služby**

V kontextu této práce je podle mého názoru velice důležité věnovat zvýšenou pozornost otázce etiky ve vztahu k účastníkům výzkumu, a to ze dvou hlavních důvodů. Zaprvé výzkum, jehož výsledky jsou v tomto textu předkládány, probíhal v prostředí pečovatelského domu, které je již samo o sobě specifické a eticky velice citlivé a stejné charakteristiky má pak i povaha povolání pečovatele. V rámci poskytování péče se jedná o práci s tělesnými substancemi, nahým tělem a dochází zde k narušení hranic intimity a soukromí lidí, kterým je péče poskytována. Pro uskutečnění výzkumu, který si klade za cíl pochopit perspektivu pečovatelů, musí být do terénní práce zahrnuti i lidé, kterým je péče poskytována. Žádná z mnou kladených otázek se klientů pečovatelských domů přímo netýkala, přesto se však součástí výzkumu nepřímo stávají, což je druhý charakteristický znak tohoto výzkumu, nad kterým je potřeba se pozastavit. Z výše nastíněných důvodů jsem se tedy rozhodla věnovat otázce etiky v rámci své práce samostatnou kapitolu.

V sociologické praxi bývají často rozlišovány dva základní typy etiky. Prvním typem je etika procedurální (nebo také formální), která zahrnuje byrokratická a normativní pravidla. Příkladem procedurální etiky mohou být etické komise nebo důraz na získávání informovaného souhlasu. Druhým typem je pak etika v praxi, která zahrnuje kontext a uvažování o konkrétních situacích, které mohou při výzkumu nastat

[Guillemin, Gillam 2004]. Guillemin a Gillam [2004] pak přichází navíc s myšlenkou reflexivity jako možného nového východiska v etickém zhodnocování průběhu výzkumu. Reflexivita podle autorů spočívá v neustálém a aktivním zhodnocování nastalých situací z hlediska etiky, přičemž klade důraz právě na každodenní výzkumnou praxi. Důležité je také všimnout si zvláštních a eticky jedinečných okamžiků a rozvíjet prostředky k řešení etických záležitostí.

V mém výzkumu jsem se řídila právě principem reflexivity, kdy docházelo k neustálému promýšlení konkrétních situací z hlediska etiky. Na úrovni procedurální etiky však bylo také nutné podniknout některé kroky. Prvním krokem bylo získání souhlasu vedení zařízení, kterému předcházelo poskytnutí veškerých informací o plánovaném projektu, metodách a plánovaných výstupech. V této fázi jsem se zaručila za dodržení anonymity vnější i vnitřní. Pečovatelé, kteří se stali součástí výzkumu, jsou v této práci nazýváni pouze pseudonymy. Zaručena byla také anonymita celého zařízení, ve kterém bylo pozorování provedeno a ze kterého pocházeli i komunikační partneři rozhovorů.

V rámci získání souhlasu k uskutečnění výzkumu pak také musela být ošetřena otázka etiky ve vztahu ke klientům tohoto zařízení. Lidé ubytovaní v zařízeních poskytujících péči mají z velké části sníženou soběstačnost, přičemž často trpí například demencí či Alzheimerovou chorobou, což snižuje i jejich schopnost plně pochopit význam pobytu výzkumníka v zařízení. Na podobné téma se zaměřuje například i Didier Fassin [2009], který problematizuje etické těžkosti v rámci výzkumu každodennosti péče o nemocné pacienty v nemocnici, kdy upozorňuje mimo jiné na situace, kdy je téměř nemožné žádat informovaný souhlas po pacientech, kteří jsou například v bezvědomí či v bolestech. V podobném kontextu pak probíhalo i uskutečnění výzkumu, ze kterého čerpá tato diplomová práce. Získat informovaný souhlas přímo od klientů zařízení by bylo v praxi nemožné. Problematika procedurální etiky



v souvislosti s klienty tak byla řešena zejména na úrovni formální s vedením daného zařízení.

Jak již bylo řečeno výše, klienti a jejich chování nebylo žádným způsobem zahrnuto ve výzkumných otázkách. Při pozorování tedy klienti nebyli primárním objektem mého zájmu. Přesto však v praxi nelze chování klientů odmyslet od chování pečovatelů. Poskytování péče je zejména nutno chápat jako interakci mezi dvěma osobami, proto některé poznatky o chování klientů musely být do zkoumání zahrnuty. Zmínka o chování klientů však v mém výzkumu nastala pouze v situaci, kdy bylo potřeba toto chování ozřejmit z důvodu pochopení konkrétní situace, ve které se pečovatel nacházel. Osobnost klienta tedy nebyla v žádném případě sledována samostatně, ale vždy pouze ve vztahu k pečovateli. Zaručena pak byla absolutní anonymita klientů, kdy v zápiscích z terénu nebylo rozlišováno ani pohlaví klienta.

Dalším krokem ošetření etické otázky bylo informování všech zaměstnanců výzkumu a to nejprve od vedoucí pracovnice, následně pak od mé osoby vždy při prvním setkání s konkrétním pečovatelem v terénu. Pečovatelé také byli upozorněni na to, že mohou kdykoli klást jakékoli dotazy o mém výzkumu a v případě, že jim pozorování či otázky v rozhovoru nebudou příjemné, mohou kdykoli interakci s mojí osobou přerušit. Při realizaci rozhovorů byly pak veškeré informace poskytnuty znovu a bylo požádáno o ústní souhlas s rozhovorem, který byl nahrán na zařízení přenosu zvuku.

Po celou dobu výzkumu pak probíhalo reflexivní zhodnocení daných situací a postavení výzkumníka v této situaci. V rámci výzkumu v prostředí pečovatelských domů často nastaly situace, kdy jsem musela například zhodnocovat i etiku svoji vlastní a etičnost samotné mé přítomnosti v konkrétní situaci. Reflexivní etika hrála silnou roli i při sestavování výsledků výzkumu a při zachování anonymity. V rozhovorech i pozorováních docházelo k získání dat, které byly pro

analýzu nosné a byly by například ideální i pro podporu a ilustraci argumentů skrze zveřejnění konkrétní situace nebo útržku rozhovoru. Často však k tomuto nemohlo dojít, protože daná situace byla mnou zhodnocena jako nevhodná, z důvodu možné narušení vnitřní anonymity. Velká část situací a historek je mezi zaměstnanci obecně známá a při jejich zveřejnění by bylo lehce identifikovatelné, kterých osob se daná promluva nebo událost týká.

## 6 KAŽDODENNOST BODY WORK

V této kapitole bych ráda stručně přiblížila prostředí, ve kterém byl výzkum prováděn a to zejména co se týče náplně a povahy práce pečovatелů v prostředí českého pečovatelského domu. Problematika každodennosti práce v pečovatelském domě je již podrobně popsána v zahraničních etnografiích [např. Diamond 1992, Gubrium 1997]. Není však samozřejmostí znalost konkrétních činností v rámci body work nebo právě zahraničních etnografií, které toto popisují. Navíc tyto texty pocházejí z odlišného kontextu. Z těchto důvodů jsem se rozhodla krátce popsat základní úkony v pečovatelství i v rámci této práce.

První z činností, která je součástí práce pečovatele, je zajišťování stravování. Jídla jsou uživatelům podávána převážně na pokojích. Pečovatelky jídlo nejprve roznášejí do jednotlivých pokojů, poskytují přitom pomoc jednotlivým uživatelům podle jejich individuálních potřeb. Někteřým uživatelům tedy jídlo pouze přinesou, část uživatelů však potřebuje jistou formu asistence. Asistence může spočívat například v pomoci vstát z postele a usadit se k jídlu, v napolohování postele a podání lžičky a misky s jídlem (pokud uživatel jí přímo v posteli). Při výrazném snížení soběstačnosti uživatele pak pečovatelky přímo tuto osobu krmí rozmixovanou stravou a podávají jí tekutiny například pomocí lahve s pítkem či injekční stříkačkou bez jehly. Podávání jídla pak probíhá za den pětkrát nebo šestkrát (uživatelé s cukrovkou mají navíc druhou pozdní večeři).

Stravovací režim pak rámuje celý den a rozdělení ostatních pracovních činností v jeho průběhu. Mezi každými jídly probíhají další činnosti, které je třeba v poskytování péče zajistit. Pracovním úkonem pečovatелů, který probíhá po snídaních je koupání, které je spojeno s převlékáním postelí. Koupání probíhá vždy za přítomnosti minimálně dvou pečovatелů, přičemž jeden ze zaměstnanců provádí samotnou koupel a druhý mezitím provádí výměnu povlečení a upravuje lůžko

uživatele, který je zrovna v koupelně. Před samotnou koupelí je nutno klienta svléknout, případně sundat pleny a odstranit nejzásadnější nečistoty pro potřeby převozu do koupelny. Poté je uživatel vyzvednut z postele a pomocí pojízdného lůžka nebo křesla dopraven do koupelny, kde probíhá očista celého těla včetně umytí, vysušení a učešání vlasů. Během koupání je také provedeno namazání kůže uživatele hydratačními krémy či oleji a ostříhání nehtů<sup>5</sup>. Po dokončení koupele pečovatelky dopraví uživatele zpět na pokoj, kde ho oblečou a společnými silami buď vysadí do křesla, či uloží zpět do postele.

Manipulace s uživatelem probíhá zejména vlastními silami, veškeré zvedání a přesouvání je tedy uskutečňováno pomocí fyzické síly pečovatelek. Pečovatelky mají k dispozici mechanický zvedák, což je zařízení, které dokáže člověka zvednout za pomoci hydrauliky. Jeho použití však předpokládá i zapojení síly samotných pečovatelů, jelikož musí do tohoto zvedáku uživatele napolohovat. Zařízení je navíc velkých rozměrů a v prostoru pokoje je problematické s ním manipulovat. V praxi je tedy pro pečovatelky častokrát rychlejší uživatele vyzvednout pouze vlastní silou, zvedák je používán pouze výjimečně a to například v situacích kdy zvednutí uživatele již překračuje fyzické možnosti pečovatelek.

Základním pracovním úkonem zaměstnanců poskytujících péči je pak také přebalování, které probíhá několikrát za den. Pečovatelky při něm obcházejí pokoje, přičemž hygienické pomůcky pro přebalování mají umístěné na vozíku spolu s pytlí na použité pleny a špinavé prádlo. Při přebalování jsou měněny pleny, které slouží k zachytávání moči i stolice, v některých případech se jedná pouze o výměnu inkontinenčních kalhotek, které jsou ochranou pouze proti samovolnému úniku moči.

---

<sup>5</sup> Konkrétní podoba asistence při koupání se může odlišovat dle fyzických možností konkrétního uživatele.

Při přebalování uživatele upoutaného na lůžko pečovatelé nejprve svlečou uživateli spodní část oděvu, rozepnou plenku a umístí pod něj savou přebalovací podložku. Poté jsou otřeny intimní partie a je nasazena čistá plena. V případech silného potřísnění uživatele a prosáknutí nečistot do postele je pak v průběhu přebalování měněno i ložní prádlo. Při těchto intimních úkonech, při kterých dochází ke kontaktu s tělesnými substancemi (močí či výkaly) pečovatelé užívají rukavice jako ochrannou pomůcku. Oblečení jsou pak po celý pracovní den do plášťů, které je chrání před potřísněním.

Pečovatelky si navzájem pomáhají v případech, kdy je manipulace s uživatelem z různého důvodu ztížena. Příkladem této situace může být, když uživatel trpí bolestmi a jeho stav tedy vyžaduje šetrné zacházení, nebo když není v závislosti na svém stavu schopen spolupracovat při procesu přebalování (například udržení se v poloze na boku při otírání intimních partií).

Součástí každého úkonu, který vyžaduje manipulaci s uživatelem je pak také navazování slovního kontaktu, což je dáno i formálními standardy péče. Vždy před započítím jakékoli manipulace je klient upozorněn na to, co se vlastně bude dít. Ve chvíli, kdy pečovatel přistoupí k lůžku, vždy uživatele osloví a upozorní ho například na to, že bude přebalen. V průběhu úkonu pak pečovatel popisuje své kroky.

Během dne je pak dalším úkolem pečovatelek mnoho dalších úkonů, například polohování uživatelů, kteří jsou upoutáni na lůžko, což slouží jako prevence před proleženinami. Dále se jedná o zjišťování potřeb klientů a sepisování seznamů na nákupy, sbírání špinavého prádla a roznášení čistého, nebo také vakuování vážení a vynášení pytlů s použitými plenami. Pečovatelky také udržují čistotu v pokojích, po obědech otírají stolky a jsou povinny také udržovat pořádek ve skříních uživatelů. Při nutnosti převozu uživatele mimo zařízení, například z důvodů lékařské kontroly, pak tohoto uživatele doprovází.

Součástí náplně práce pečovatele je také základní administrativa provedených prací. V teoretické části bylo pojednáváno o fenoménu, kdy se do péče prolínají principy kapitalistického trhu a společnosti služeb. V rámci pozorování konkrétní pracovní náplně se dal tento trend jasně identifikovat například právě na byrokratické kontrole péče. Pečovatelky jsou povinny zaznamenávat veškeré činnosti, které v daný den provedly. Musí tedy u každého uživatele, kterého mají v konkrétní den na starosti, uvést například kolikrát došlo k podání tekutiny či stravy, zda byla provedena koupel, přebalení nebo zda byla u uživatele stolice. Jednotlivé úkony jsou také konkrétně specifikovány dle charakteru, zaznamenáno tedy může být například to, že pečovatel aktivně asistoval při napití nebo pouze doporučil uživateli, ať se napije. Veškeré úkony jsou tedy byrokraticky registrovány, což slouží zprvu jako kontrola práce pečovatele, zadruhé pak jako podklad při fakturaci služeb a v neposlední řadě jako podklad pro přípravu individuálních plánů péče a monitoring změn zdravotního stavu příjemce péče.

## 7 PÉČE JAKO „ŠPINAVÁ“ PRÁCE

Jak již bylo řečeno v teoretické části, body work je typem povolání, které je z hlediska konkrétní náplně práce specifické a nese s sebou určité typické charakteristiky. Těmito znaky je tedy zejména nakládání s *hnusem* a tělesnými substancemi, setkávání se s nahým tělem a přítomnost intimity a dotyku [Twigg 2000, Routasalo 1999].

V rámci etnografického výzkumu vyvstalo téma *hnusu* jako jeden ze základních konceptů, který konstruuje práci pečovatele. *Hnus* je třeba chápat jako základní koncept, který na praktické i symbolické rovině formuje péči. *Hnus* je zásadní částí denní pracovní náplně péče. Pečovatelé s tímto jevem nakládají a interpretují ho v rámci své každodennosti a zároveň jsou konfrontováni se společenskými názory na tento aspekt práce například skrze reakce svého okolí.

### 7.1 „Slečno – to je normální“

Téma *hnusu* v rámci povolání pečovatele jsem se rozhodla otevřít popisem příhody, která se stala v rámci pozorování a která poslouží jako prvotní uvedení do celé první části této diplomové práce. Následující ilustrační situace pochází z materiálů získaných při pozorování a to ze dne, kdy jsem byla ve výzkumném prostoru poprvé. Na první pohled jde o situaci velice prostou, která stojí na pouhých několika okamžicích a jedné větě. Tuto situaci však považuji za nosnou a vhodnou k prvotnímu představení *hnusu* a jeho možných rovin.

*Po přebalení uživatele1 pečovatelky Linda a Jana připravily ke koupeli uživatele2, kterého posadily na pojízdné křeslo a přijela si pro něj pečovatelka Veronika. Křeslo bylo uzpůsobeno i jako pojízdná toaletní mísa, ovšem nádoba pro zachytávání výkalů v něm nebyla nainstalována, takže v sedáku byla pouze díra. Cestou do koupelny se pak stalo, že z uživatele2 vypadly exkrementy na zem. Pečovatelka Linda si toho*

*všimla a zdála se být velice nervózní, zavolala na Veroniku, že to zase trousí, pak se na mě otočila a řekla: 'Tohle -to je tady úplně normální, jenom abyste si nemyslela...'. Byla u toho velice nervózní, pronesla to ne jako stížnost, nebo povzdech ale cíleně směrem ke mně. Možná se bála, abych to nepovažovala za něco špatného, co by se dít nemělo. Ujistila jsem jí, že jsem již v jednom zařízení pozorovala a že je mi jasné, že nejde o nic nenormálního (Pozorování č. 1, 27. 1. 2014).*

V této situaci o jedné větě dochází k zhmotnění mnoha různých významů. Prvním nezanedbatelným okamžikem je zde nutnost reflexe postavení výzkumníka v terénu. Tato situace nastala v samém počátku pozorování a pečovatelky byly ještě z mé přítomnosti nesvé, což se postupem času vyrovnalo a projevy nervozity jsem přestala sledovat. Fakt, že jsem byla zpočátku považována za „člověka z venku“ však neberu jako negativní, jelikož s sebou přinášel pozitivní aspekt v tom, že mi bylo vše pečovatelkami vysvětlováno.

Výše uvedený úryvek pak lze podle mého názoru interpretovat jako projev prolnutí rovin. Tím, že pečovatelka poukázala na normalitu této situace, tak v jedné větě verbalizovala tři odlišné roviny. Zaprvé charakterizovala každodenní realitu svého povolání. Nakládání s *hnusem* a různé nehody s *hnusem* spojené jsou běžnou částí denní praxe. Zadruhé se vůči tomuto faktu pečovatelka Linda vyjádřila jako o něčem co považuje za normální. Zatřetí pak zároveň identifikovala mě jako „člověka zvenčí“, který nemá představu o této praktické stránce povolání pečovatele, nemusí o ní být informován a mohl by tak identifikovat nastalou situaci jako něco „nenormálního“ nebo dokonce špatného, což se dalo rozpoznat z její nervozity. V reakci pečovatelky Lindy je tedy jasně viditelné uvědomění si možného stigma, které může s sebou povolání péče přinést zejména v souvislosti s nakládáním s *hnusem*.



V následujících kapitolách se tématům nastíněným v tomto ilustračním úryvku budu věnovat podrobněji. Nejprve krátce představím *hnus* jako základní prvek práce pečovatele, poté se přesunu k interpretacím pečovatelů a k tomu, jak je hnus jimi samotnými pojímán. Nakonec se zaměřím na to, jak pečovatelé pocítují názory společnosti na tento aspekt své práce.

## 7.2 *Hnus jako každodenní náplň práce*

V rámci povolání, jehož náplní je poskytování přímé péče seniorům, se pečovatelé každodenně setkávají s tělesnými substancemi vyvolávajícími pocit znechucení konkrétně s výkaly, močí nebo zvratky. V kapitole šesté již bylo toto téma nastíněno při popisu pracovních činností. Například při přebalování musí pečovatelé vyměnit použitou plenu a otřít intimní partii uživatele, které mohou být znečištěny. Dostávají se tak do přímého kontaktu s výkaly a močí a také se zápachem, který je často velice silný.

Při silném znečištění, například v důsledku průjmu je zde i riziko potřísnění výkaly, což se v běžné praxi tohoto povolání stává. V rámci pozorování jsem byla svědkem situací obsahující znečištění výkaly, právě například v případě průjmu, kdy se při rozepínání pleny vylil její obsah a potřísnil pečovatelce ruce a kalhoty. Běžnost přímého kontaktu s tělesnými substancemi ilustruje například i paní Natálie.

*„Já se prostě do práce převleču, protože nikdy nevíš, kdo tě počůrá, nebo pudeš domů od krve.“ [Natálie, 1. 3. 2014]*

V rámci bodywork v péči je pak setkávání s *hnusem* přítomno například i při krmení, kdy příjemci péče mohou mít s příjmem potravy problémy, které se projevují například zvracením. Významná část činností v rámci běžného pracovního dne je tedy spojena s nutností nakládat s *hnusem*.

### 7.3 *Hnus* v pohledu pečovatелů: kontaminace a normalizace

V případě zaměstnání, kde je náplní práce nakládání s močí nebo i výkaly se nabízí otázka, jak vlastně sami pečovatелé vnímají tento aspekt svojí práce? Obecně lze říci, že kontakt s tělesnými substancemi vyvolávajícími znechucení nepovažují pečovatелé za problematický. S postupem času dochází k získávání zkušeností a s nimi i k odbourání zábran. Úkony jako například přebalování spadnou do sféry zvyku a každodennosti, stanou se pro pečovatele rutinními záležitostmi.

Jak však k tomuto „zvyknutí si“ dochází? Zásadním okamžikem v procesu normalizace *hnusu* je prvotní setkání se s touto stránkou pracovní náplně. Pečovatel musí projít procesem kontaminace, překonat první okamžiky, aby mohl vytvářet strategie pro vykonávání své práce a nakládání s jejími znečišťujícími aspekty. Při popisech prvotního setkání se s *hnusem* v rámci povolání je pak možno vysledovat mezi pečovateli rozdíly, které plynou z toho, zda se pečovatel s činnostmi péče setkal již před nástupem do zaměstnání, či nikoliv.

Mezi pečovateli jsou často ženy, které se již s poskytováním péče setkaly před samotným nástupem do zaměstnání, které je s péčí spojeno. Příkladem může být paní Dita, která se stala pečovatelkou právě až po zkušenostech ze soukromého života, kdy pečovala o dva své rodinné příslušníky. Po ztrátě původního zaměstnání se pak paní Dita naskytla příležitost nastoupit do zařízení sociálních služeb jako pečovatelka. Tuto pracovní nabídku pak přijala, přičemž jedním z důvodů byl právě fakt, že s péčí již měla předchozí zkušenost.

*„To chce ty zkušenosti z toho domova prostě, co jsem měla já s mami a tchýní. Prostě tam mě to donutilo, a když jsem přišla sem, nepřišlo mi to jako nic, hmm, prostě jako špatnýho nebo nic proti srsti. Věděla jsem, do čeho jdu.“ [Dita, 7. 3. 3014]*

Paní Dita měla na základě předchozích zkušeností již konkrétní představu o povaze náplně práce v rámci poskytování péče, což jí usnadnilo vstup do pracovní rutiny povolání a došlo také k minimalizaci prvotního zážitku spojeného s kontaminací aspekty *hnusu*. Okamžik kontaminace vyvstával mnohem významněji v případech, kdy pečovatelky neměli s činnostmi spojenými s péčí předchozí zkušenosti. Často v tomto případě přiznávali svoji nevědomost ohledně náplně práce v době předcházející jejich nástupu povolání. Toto problematizovaly zejména pečovatelky, které absolvovaly střední školy medicínského zaměření.

*„Jako učitelky s náma docela zametali, protože takhle – počítaj s tím, že asi pravděpodobně do toho jdeš s tím, že zhruba víš, co to obnáší. Jenomže tam byly třeba některý holky, který jako řekli ‘Jako přebalovat?! To ani náhodou.’ Prostě proto jsem šla nejdřív na brigádu, chtěla jsem mít ty zkušenosti s tím. Protože jsme pak přišli (pozn. na praxi) a ona ‘Tak jdeme, uděláme raní hygienu, já si vás skouknu co vás napadá a co ne’. Ale to že prostě bereš předtím jako nějakou teorii, to jako je úplně něco jinýho než praxe. No – tak si jako myslím, že škola mi na tuto teda vůbec nepřipravila.“ [Natálie, 1. 3. 2014]*

V okamžiku, kdy chybí předchozí zkušenosti s činnostmi spojenými s *hnusem* je pak dle pečovatelek nejdůležitějším okamžikem právě překonání pocitu odporu a znechucení ve chvíli, kdy dochází k prvotnímu setkání s tímto aspektem péče, což nastává často například v rámci praxe při studiu, nebo až se vstupem do pracoviště. Toto prvotní setkání může být šokující a pečovatel se může potýkat se zábrany ohledně provedení konkrétního úkonu, který je po něm požadován. Pečovatelé se shodují na předpokladu, který je dle nich zásadní při zvládnutí jejich povolání. Tímto předpokladem je „silný žaludek“, který umožní jak překonání prvotních zábran, tak následné přenesení práce s tělesnými nečistotami do roviny zvyku a rutiny. V rámci zařízení péče jsou často připomínány historky, kde

do zařízení přišly nové zaměstnankyně a v důsledku neschopnosti překonat prvotní chvíle zde, odcházeli například již po jednom dnu.

*„No to víte, děláme tu i tu ošklivou práci. S močí, hovnama, zvratkama, ale tak je to součást naší práce. Kolikrát jsme tu měli holky, co to chtěly dělat, byly k těm lidem hodný, měly dobrej přístup i. To je taky důležitý, ale tohle prostě jako nevydejchaly. Dělal se jim u toho špatně od žaludku, tak to nemohly dělat. Jako ten přístup k lidem je jedna část, ale musí se to dělat i s tím druhym no.“ [Ivana, 27. 1. 2014]*

Manipulace s tělesnými produkty, které například silně zapáchají, mohou spadnout do sféry zvyku a to zejména po překonání prvotního znechucení a zábran. Pečovatelé pak po překonání prvotních momentů kontaminace nechápou pracovní výkon spojený například s přebalováním jako něco negativního, spíše tento aspekt práce nahlížíjí jako nutnost, která je běžnou součástí jejich pracovní náplně. Celý tento proces výstižně ilustruje komentář Sylvie, která mi popisovala její první přebalování v rámci školní praxe:

*„No člověk z toho byl takovej úplně jako hotovej a v první chvíli jsem si říkala: ‘To nezvládnou, to prostě v životě nedam, já prostě – to jako nemůžu’. Jak si to člověk asi jako neumí – není v tom, neumí si to představit, tak si myslí, že to nedokáže, ale pak, když je hozenej do té situace a musí to prostě udělat, tak to udělá jako jo. Takže je to pak asi i o zvyku, že si člověk zvykne a bere to, jako když si nalejvá pití – no tak prostě utře zadek.“ [Sylvie, 25. 2. 2014]*

Přenesení *hnusu* do oblasti zvyku a normality by však bylo mylné chápat jako ztrátu citlivosti například vůči zápachu či znechucení v konkrétních situacích, které v péči nastávají. Pracovní úkony jako je například přebalování, probíhá většinou rutinně. Pečovatelé se při otírání nečistot fyzického původu ve většině případů téměř nad ničím

nepozastaví. Přesto se však nestávají imunní například vůči zápachu, který může být v některých chvílích tak silný, že dokáže zvyk běžného pracovního výkonu narušit. Při zesíleném zápachu je možné na pečovateli pozorovat nelibost, což se může projevit například na mimice (nakrčením nosu, pootočením hlavy atp.). Ze zkušeností z pozorování lze říci, že pečovatelky nedávají verbálně tuto nelibost najevo před uživateli péče. Po odchodu z pokoje si však pečovatelky občas uleví stížností na zápach mezi sebou a již verbálně projeví svoje znechucení nad zápachem. Nedá se tedy říci, že by zvyk vybuodoval u pečovatelek imunitu vůči zápachu, zápach a nakládání se substancemi vzbuzujícími znechucení se spíše po čase stává běžnou součástí jejich práce, kterou je třeba vykonat.

Pokud se zaměřím na to, jak pečovatelé vnímají nutnost setkávat se v rámci své práce s nahým tělem a intimně se uživatelů dotýkat, moje závěry se v tomto ohledu shodují se závěry, které se týkaly aspektům vzbuzujícím znechucení. Veškeré činnosti, přecházejí po čase do sféry zvyku, stávají se pro pečovatele normálními. Přímý výkon činností spojených s aspektem nahoty či intimního dotyku je vnímán jako neproblematický.

*„Já nevím, já už to dělám tak jako automaticky a jako teda první, když jsem byla na té praxi v té nemocnici tenkrát, tak jsem šla na pánský oddělení, tak jsem byla z toho tak jako... . Mě bylo já nevím 18 a teď kon máte vidět prostě-různý věci, který jste předtím jako nebyla nějak moc zvyklá vídat. Tak jsem z toho byla asi taková rozčarovaná, ale jako pak když je člověk v tom, tak už to nějakým způsobem neřeší.“ [Sylvie, 25. 2. 2014]*

Fyzický kontakt je neoddělitelnou součástí práce pečovatele. Při poskytování péče dochází k dotýkání a k nakládání s nahotou téměř neustále. Například i při krmení je dotyk přítomen, jak ilustruje situace

zachycená při pozorování, při které pečovatelka Jana krmila uživatele, který měl s přijímáním potravy problém. Po každé lžičce, kterou vložila uživateli do úst, ho hladila prstem po tváři, aby udržela uživatelovu bdělost potřebnou pro spolknutí rozmixované stravy.

Stejně tak jako aspekty vzbuzující znechucení jsou aspekty spojené s nahotou a fyzickým dotykem běžnou součástí denní praxe pečovatelů a skrze překonání prvotních okamžiků v zaměstnání přecházejí do sféry zvyku a normality. Zvyk a normalita se poté postupem času stávají silnější. Ovlivnění vnímání komponent *hnusu* nahoty a doteku délkou vykonávání práce byl jasně viditelný i při uskutečňování rozhovorů. Služebně mladší pečovatelky dokázaly lépe identifikovat a popsat přechod ke zvyku. Jejich první setkání s prací bylo stále v jejich živé paměti a dokázaly tedy popsat prvotní pocity při výkonu práce i to, jak se tyto pocity s přibývajícím praxí změnily, jak je vidět například ve výpovědích pečovatelky Sylvie. Komunikační partnerky, které toto povolání vykonávají například již 20 let, pak již měli problém identifikovat své pocity na počátku a svoji práci popisovaly pouze jako normalizovanou a poukazovali pouze obecně na fakt zvyknutí si na konkrétní aspekty. Se zvyšující délkou v pracovním procesu tedy dochází k stále většímu přenášení pracovních úkonů do sféry normality a zvyku.

Sami pečovatelé spíše než nakládání s *hnusem* problematizují jiný aspekt svého zaměstnání, kterým je každodenní fyzická námaha. Komponenta fyzické práce, kterou je přímé vykonávání fyzických úkonů spojených s péčí, je v pohledu pečovatelů složkou nezanedbatelnou. Tento aspekt práce je pečovateli spontánně formulován jako nejvíce zatěžující, v jejich promluvách je pak problematizován více, než například výše probírané nakládání s tělesnými substancemi.

Jak bylo nastíněno v kapitole šesté, která se věnovala popisu pracovní náplně, úkony spojené s péčí mohou být pro pečovatele velice fyzicky náročné. Běžný pracovní den pečovatele se skládá z neustálého

zvedání uživatelů a jejich podpírání, zvedání pytlů s použitými plenami a ohýbání se. Fyzická námaha se pak negativně promítá do zdravotního stavu pečovatelek.

*„Tak je to náročný fyzicky. Sice už jsou dneska na ty lidi zvedáky a tak, ale stejně je stokrát denně zvednete. Všechny co tu jsou dýl, tak marodí se zádama – se zeptejte. Furt záda. Chodí na obstříky, pořád zablokovaný. A když tu jsou ještě třeba ostatní holky nemocný – to pak třeba jdete jeden den na obstříky a druhý den na dvanáctku.“ [Renata, 7. 2. 2014]*

Fyzická náročnost tohoto povolání je výrazně viditelná v každodenní praxi. Pečovatelky pak na tento aspekt kladou důraz a to v silně negativním smyslu. Pokud jsou aspekty spojené s hnusem, dotykem a nahotou vnímány jako normální a neproblematické, fyzická námaha je naopak problémem, který pečovatelky považují v rámci svého povolání za zásadní. Fyzická námaha se promítá do jejich zdravotního stavu, nejčastěji ve formě komplikací se zády.

#### **7.4 Hnus v pohledu společnosti: obdiv a distanc**

Pečovatelé tedy reálnou praxi vykonávání úkonů spojených s hnusem sami neproblematizují. Chápu ji spíše jako normalizovanou součást pracovního úkonu. Přesto však lze říci, že jsou schopni rozpoznat stigmatizující charakter své práce a to zejména ve vztahu ke společnosti. Osoby pracující v oblasti péče o seniory jsou konfrontováni se společenským pohledem na zaměstnání, které vykonávají, například skrze interakce s rodinnou, přáteli či širším okolím. K uvědomění si své práce jako špinavé přispívají události, kdy jsou konfrontováni s negativními reakcemi, jak ukazuje například vyprávění paní Renaty:

*„Jako třeba když jsem občas jezdila z práce – to víte, sice je tu pořád uklízečka a už jsou různé ty vůně a desinfekce, ale tomu smradu se*

*nevyhnete. To prostě cítíte, i když je tu čisto, tak přijdete do pokoje a cítíte to. Ty zvratky, výkaly a pot, je to cítit a není to příjemný. Já už si na to zvykla, ale občas v tramvaji, když jedu z práce vidím, jak je okolo mě kruh místa (smích). Je to ze mě asi cítit. [Renata, 7. 2. 2014]*

Reakce, které by bylo možno považovat za jednoznačně negativní, však nejsou časté. Pečovatelé se nejčastěji setkávají s reakcí na své povolání, kterou jsem pro potřeby této práce nazvala zjednodušeně jako *distanc a obdiv*. Při popisu reakcí okolí na svoji práci pečovatelé zmiňují, že se často setkávají s obdivem. Obecně je podle pečovatelů tedy jejich práce vnímána jako něco pozitivního zejména s ohledem na morální hodnoty spojené s péčí. Péče o seniory je interpretována jako dobro, které pečovatelky vykonávají v rámci svého povolání. Obdiv přichází i v souvislosti s konkrétními úkony, které pečovatelé v rámci svého zaměstnání provádějí a které jsou spojené například s nutností nakládat s tělesnými substancemi vzbuzujícími znechucení.

*„No slyšela jsem názory, že musím bejt hodná. ‘Tak to musíš bejt hodná’ (smích). Jakože vždycky to nechápou – jako strašnej obdiv, jako že mě obdivujou, že by to dělat nemohli. Nevim no, myslím si, že to teda není moc doceněný právě z toho důvodu, že moc lidí by to asi jako nechtělo dělat, nebo jako nezvládlo dělat. Jako co se týče třeba těch intimních věcí a těch hygienických“ [Sylvie, 25. 2. 2014]*

*„Tak každej řek, že mě obdivuje, že jsem schopná tuto dělat. Že prostě všichni, aspoň někdo měl vždycky zkušenost s někým takovým, že měli doma babi, nebo někoho alespoň. Takže všichni prostě ví, co to je, když prostě člověk začne zapomínat, když je člověk zlej, nebo prostě taky asi čtyři ode mě mají doma babi, která se už počůrává. Takže všichni to ví prostě, co to tak asi je, takže jako většina lidí řekne, že by to nemohli dělat.“ [Natálie, 1. 3. 2014]*



Jak ilustrují výše uvedené citace, zejména v souvislosti s nakládáním s *hnusem* je pak často tento obdiv spojován s formou distance. Kdy dochází k vymezení se proti konkrétní povaze náplně práce. Pečovatelky tedy v tomto případě často narážejí na názory, že by daná osoba nechtěla, nebo nemohla tento typ povolání vykonávat.

Obecně lze tedy říci, že se pečovatelky v souvislosti se svým povoláním setkávají explicitně zejména s reakcemi pozitivními, které bývají vyjadřovány jako obdiv. V rámci vyjadřování obdivu lze však najít prvek negativního pohledu na povahu této práce. Distanc bývá vyslovován zejména jako podpoření či zvýraznění obdivu. Lidé by tuto práci vykonávat nemohli nebo nechtěli a tím více pečovatelky obdivují. V tomto vyjádření distance lze však dle mého názoru najít právě negativní pohled na povolání pečovatele, který je v těchto vyjádřeních přítomen implicitně. Lidé by práci spojenou s péčí nemohli nebo nechtěli vykonávat v závislosti na její povaze, která by se dala charakterizovat jako „špinavá“ díky svým charakteristickým aspektům. Lze tedy sledovat projevy stigmatu špinavosti, o kterém hovoří například Julia Twigg [2000] nebo Lori Jervis [2001]. Pečovatelky jsou si pak tohoto stigmatu špinavosti vědomy, jelikož se s ním setkávají právě v reakcích okolí.

Uvědomění si společenské špinavosti je ve výpovědích pečovatelek jasně patrný i z poukazování na tabuizaci témat spojených s péčí ve společenském kontextu. Reakce na povahu práce pečovatele, kterou jsem výše nazvala souhrnně jako distanc a obdiv by se dala přiřadit spíše k osobám, které jsou alespoň základně informováni o povaze práce pečovatele. Jedná se tedy o osoby blízké pečovatelům, kteří jejich náplň práce znají z vyprávění, nebo o osoby, které o péči informace získali například na základě vlastní zkušenosti. Pokud se však pečovatelky vztahují k širšímu společenskému kontextu, upozorňují na aspekt *nevědomosti*. Pečovatelé v tomto případě mluví o nedostatku informací

o reálné povaze práce pečovatele. Náplň práce pečovatele je dle pečovatelů často zaměňována například za docházkovou službu.

*„Pečovatelky, když někdo řekne, tak si myslí, že jsme třeba ty, co chodí po rodinách venku. Já nevím, že se někomu nakoupí, dojde se někomu jako do lékárny pro léky prostě. Ale nikdo si nedovede představit, že tu vlastně přebalujeme víceméně sedumdesát lidí a jsou třeba podělaný. To oni, prostě ten, kdo v tom nebyl a nikde o tom neslyšel, tak si to nedovede představit. Zrovna tak jako já, když jsem nastupovala.“*  
[Linda, 14. 2. 2014]

Při poukazování na nevědomost o tom, co obnáší práce pečovatele, bývá tedy často upozorňováno na neschopnost propojit práci pečovatele s konkrétní náplní práce a to hlavně v oblasti intimních úkonů a nakládání s *hnusem*. Tato interpretace pečovatelů odpovídá předpokladům o tabuizaci tohoto tématu ve společnosti, o čemž mluví například Julia Twigg [2000]. Celou oblast poskytování péče seniorům vnímají pečovatelky tedy spíše jako černou zónu, která není ve společenském diskursu dostatečně problematizovaná. Lidé se pak obecně do této černé zóny vstupují až v případě, kdy jsou oni sami, nebo jejich rodinní příslušníci konfrontováni s nutností tyto služby využívat.

## **7.5 Strategie vyrovnávání se s hnusem**

Lori Jervis [2001] pak pojednává o taktikách, které pečovatelům pomáhají vyrovnat se s pocitem špinavosti, které toto povolání přináší. Mluví například o vystavování bariér, používání humoru a chvástání. Taktika chvástání je Jervisem [2001] popisována jako vychloubání a demonstrování pýchy nad tím, že pečovatel dokáže překonat pocit znechucení a zvládá se s ním vypořádat. Tuto taktiku bych na základě své etnografické zkušenosti nepovažovala v sledovaném terénu za aplikovatelnou. Připouštím však, že se taktika chvástání může částečně

překrývat s mojí vlastní interpretací, která chápe aspekty práce s *hnusem* jak po čase se přesouvající do roviny zvyku a normality. Pečovatelky, které na mém výzkumu spolupracovaly, nepovažovaly nakládání s hnusem za problematické, což je společný znak s Jervisovým konceptem chvástání se. Princip přesunu do normality však považuji za více vyhovující zejména na základě chování pečovatelek, které tuto práci vykonávali rutině, skromně a jejich chování by se rozhodně nedalo považovat za chvástivé či demonstrující pýchu nad svými schopnostmi překonat znechucení. Navíc pečovatelky často znechucení v soukromí projevovaly, což ukazuje, že přestože je toto pro ně normální, nejsou vůči znechucení zcela imunní.

Koncept humoru a vystavování bariér se však ukázal během výzkumu jako přínosný pro interpretaci některých situací. Pečovatelky například kladou důraz na používání rukavic, které jim slouží jako ochrana

*„Jako pomáhat jim a dotýkat se, to mi vůbec nevadí. Já teda používám samozřejmě ochranný pomůcky, kvůli svému zdraví, kvůli tomu, že máme doma malé dítě, nebo prostě člověk chrání i sebe. Používáme taky pracovní oblečení a mezi ochranný pomůcky počítám i dezinfekci. Já mam třeba úplně vysušenou kůži, když jdu domů od tý dezinfekce. Stokrát si meu ruce ten den“ [Julie, 10. 2. 2014].*

Používání pomůcek pak bývá vítáno nejen jako ochrana zdraví, ale také k ochraně před reálným znečištěním a před intimním dotykem. Nejvíce vyzdvihovanou ochrannou pomůckou mezi pečovateli byly právě rukavice, na které nejčastěji poukazovali jako na prostředek, který je od „špinavosti“ práce chrání. Aspekt očištění se od špinavosti například skrze mytí a užívání desinfekce pak může podle mého názoru působit naopak také negativně. Jak upozorňuje Julie, neustálé mytí a desinfikování může mít vedlejší účinek, který je pro pečovatelky nepříjemný.

Mezi stavění bariér ochraňujících před „špinavostí“ se pak mohou řadit i méně nápadná opatření, jako je například udržování prostoru čistoty i v rámci práce. Tímto prostorem čistoty byla v případě mého pozorování sesterna, která se nacházela v přední části patra, kde byli ubytovaní zároveň také uživatelé. V prostorách sesterny se daly rozlišit nepsaná pravidla chování, která tuto místnost udržovala symbolicky čistou. Nepsaná pravidla chování bylo možno vysledovat například v situaci, kdy docházelo k zaučování nové pečovatelky Jitky. Jitka vzala do ruky papír v deskách, který sloužil k zaznamenávání pracovních úkonů během dne. Tento papír pak položila na nízký stoleček, který byl umístěn uprostřed sesterny přímo u gauče. Za toto chování byla Jitka napomenuta jinou pečovatelkou slovy: „Nedávej to na stůl, vždyť na to saháme a na tom stole pak jíme.“ V této výtce je jasně viditelná snaha udržet v rámci sesterny pravidla, která minimalizují možné zašpinění tohoto prostoru.

Užití humoru je pak souhlasně s Jervisem [2001] užíváno zejména pouze mezi pečovatelkami.

*„Ne, ne. Radši vůbec, vůbec o tom nemluvim (pozn. o aspektech spojených s hnusem). Maximálně mezi holkama z práce, třeba si z toho děláme i srandu, protože to musíš. To prostě je hlavně takovej i specifickej styl humoru, kterej nám tam prostě pomáhá a to by ty lidi z venku ani nepochopilř“ [Natálie, 1. 3. 2014].*

Pečovatelé chápou humor související se znečištěním pouze jako vnitřní záležitost zasvěcených osob, přičemž poukazují na to, že by nemusel být osobami z venčí pochopen, nebo by mohl být považován za nechutný. Obecně se pečovatelky o aspektech spojených s *hnusem* vyjadřují jako o něčem, co je diskutováno zejména pouze v rámci pracovního prostoru. Mimo pracovní prostor pak tyto záležitosti verbalizovány nebývají, naopak jsou aspekty *hnusu* pečovatelkami vnímány jako silně interní záležitost. Na jednu stranu lze důvody zdrženlivosti pečovatelek v souvislosti s mluvením a žertováním

o aspektech *hnusu* interpretovat jako vnímání stigmatu „špinavosti“, což se ukazuje například na poukázání specifčnosti humoru, který by mohl připadat externím osobám nepatřičný a znechucující. Pečovatelky však také silně zdůrazňují princip zachování tajemství a důstojnosti uživatelů, který je součástí jejich pracovních předpisů a pracovní morálky

## 7.6 Shrnutí

V návaznosti na argumentaci předchozích kapitol lze tedy říci, že *hnus* je jedním ze základních konceptů, který konstruuje práci pečovatelek i společenské nahlížení na ně. Pečovatelky však reálné úkony spojené s *hnusem* nechápou jako komponentu problematickou. Při překonání prvotního setkání se s touto náplní práce, tedy skrze kontaminaci, dochází k přenosu aspektů *hnusu* do roviny normality. Přestože jsou samotné výkony spojené s *hnusem* pro pečovatelky běžné, nestávají se vůči nim imunní a lze u nich sledovat strategie, které jim pomáhají se s těmito aspekty vyrovnat. Pečovatelky si navíc uvědomují stigma, které z těchto aspektů spojených s *hnusem* plyne, a to zejména díky konfrontacím se svým sociálním okolím, které vyjadřuje názory obdivu a distance v souvislosti s povoláním pečovatele. Pečovatelky také reflektují tabuizaci tohoto tématu ve společnosti, kdy upozorňují na nevědomost a na nedostatečné problematizování tématu péče ve veřejném prostoru.

## 8 EMOCE, VZTAHOVOST A SATISFAKCE V PÉČI

Téma *hnusu* zřetelně v etnografických materiálech vyvstávalo jako základní konstituční prvek práce pečovatele. V samotných interpretacích pečovatelů jde však o prvek, který není spontánně problematizován, jelikož se jedná o aspekt přenesený do sféry normality a je chápán jako běžná součást práce. V následující části práce bych se ráda věnovala jiným tématům, které jsou v kontextu práce pečovatele zásadní. Těmi jsou aspekty emocionality, vztahovosti a způsoby, kterými pečovatelé přikládají smysl náplni své práce.

### 8.1 „To úplně vycítíš“

Druhá ilustrující situace čerpá z vyprávění pečovatelky Natálie, kdy vyjadřovala nesouhlas s některými standardizovanými pravidly. Tato pravidla stojí na principech, které rámuje pečovatelství zejména jako službu a její uživatele jako klienty. Tyto standardy jsou podle ní v některých případech těžko udržitelné a nepřispívají ke spokojenosti uživatelů služby.

*„Taky, jako my máme třeba zakázáno používání zdrobnělin, jenže já tuto nechápu, protože těm lidem to dělá hrozně dobře. Těm lidem udělá dobře, když prostě - jako jak jim to budu říkat? Jako mam říct ‘Nadzvedněte zadní část těla?’ Jako to s nima mam mluvit takhle? Tak prostě přidu a řeknu - nadzvedněte mi tu prdelku. Oni (pozn. vyšší vedení a úřady kontrolující kvalitu péče) chtějí jako, abysme s nima mluvili jako s dospělýma. Jako já neřikam, že je to špatně, ale to vycítíš úplně. Některý lidi už jsou tak mimo, že jako nevnímaj, neví, jak se jmenujou a smějou se na tebe jenom díky tomu, že jim řekneš – plácnu - ‘Lucinko dobré ráno’. A jsou úplně jak kdyby - no a pak jim řekneš příjmením a oni by tě prokleli, protože to třeba prostě i vyloženě nemaj rádi, když jim říkáš příjmením.“ (Natálie 1. 3. 2014)*

V rámci změny pohledu, kdy začíná být péče chápána jako služba a uživatel jako klient, který tuto službu přijímá, dochází ke vzniku standardů a pravidel, které právě rámuji uživatele jako klienta a chrání jeho důstojnost. Ochrana důstojnosti je propojena zejména se snahou o humanizaci v zařízeních péče a se zvyšováním kvality péče. Jedním z těchto předpisů, se kterým mně pečovatelky seznámili, je například právě zachování důstojnosti člověka přijímajícího péči. Konkrétními nástroji jak je zachování důstojnosti udržováno je více, na tomto místě však hodlám diskutovat právě příklad používání zdrobnělin a oslovení, který slouží k ilustraci dilemat, která mohou nastat na praktické úrovni výkonu péče.

Vyprávění Natálie v tomto případě poukazuje na rovinu praktickou a společenskou. Širší společenský pohled na péči jako službu se promítá do konkrétních byrokratických předpisů a standardů, které jsou pečovatelky povinny v každodenní praxi body work dodržovat. Právě v rovině praxe pak dochází ke vzniku konfliktu, kdy jsou tyto předpisy vycházející ze společenského kontextu konfrontovány s relační stránkou povolání pečovatele. Souhrnné standardy přikazují užívání slovníku bez jakýchkoli zdrobnělin a oslovení uživatelů pouze příjmením s přívlastkem pan či paní. V rámci individuálního přístupu k uživatelům a v závislosti na každodenních interakcích jsou však pečovatelky nuceny spíše se těmito interakcím přizpůsobovat. U Natálie je pak možno sledovat vnitřní rozpor, kdy je konfrontována právě s uživateli, jejich individualitou a požadavky na straně jedné. Na straně druhé je však zavázána dodržovat standardy, jejichž porušení může mít na pečovatelku negativní dopady například ve formě sankcí od zaměstnavatele nebo od úřadů pro kontrolu kvality péče. V tomto případě se tedy jedná o prolínání rovin, které lze podle mého názoru charakterizovat spíše jako konflikt rovin.

Administrativní požadavky vyplývající z trendů, které v dnešní době silně ovlivňují podobu a požadavky na péči o seniory diskutuje Timothy

Diamond [1992] ve své etnografii pocházející z prostředí amerických pečovatelských domů. Diamond silně upozorňuje na to, že tyto administrativní požadavky mohou být v kontradikci s každodenní realitou pečovatelských domů. Diamond problematizuje v první řadě postavení klienta-lidské bytosti, která je v administrativní řeči přetransformována pouze do číselného označení postele. Racionalita, které pečovatelské domy v dnešní době podléhají, popírá individualitu klienta a jeho emoce [Diamond 1992: 233]. Tento rozpor mezi shora definovanými, standardizovanými pravidly a žitou realitou v péči o seniory tedy dle mého názoru silně zasahuje nejen klienty, ale i pečovatele. Pečovatelé se ocitají přímo mezi těmito dvěma rovinami, kterými jsou každodenní praxe a širší společenské klima určující jak pohledy na jejich práci, tak i konkrétní pravidla, kterými se musí řídit.

Záměrem následující části je tedy představit body work zejména jako práci, při které nelze tuto emoční a vztahovou složku přehlížet. Základní charakteristikou poskytování péče je, že zde nutně musí docházet k interakci mezi příjemcem a poskytovatelem péče. Pro pečovatele pak v rámci jeho zaměstnání hrají emoce a vztahy velice důležitou roli.

## **8.2 Péče jako práce emocionální a relační**

Emoční a relační komponenta práce v rámci body work tak, jak byla popsána v teoretické části je pečovatelkami identifikována spíše souhrnně jako psychický aspekt práce. Během výkonu povolání se pečovatelky věnují každému uživateli v rámci interakcí, které nabývají různých podob právě v závislosti na povaze a potřebách jednotlivého uživatele. Pečovatelky znají povahu, životní historii a v některých případech i rodinné příslušníky uživatelů. Konkrétní interakce jsou pak tedy tímto relačním aspektem ovlivněny.



*„Za tu dobu, co jsem tady, nebo kdyby vy jste tu byla dýl, tak víte, ke kterému uživateli tady přistupovat. Na někoho musíte bejt třeba přísnější – jako ráznější, aby si dal říct. Na někoho se musí ťu ťu ňu ňu, to je všechno prostě o poznání. Čim dýl tu člověk je, tak poznává ty lidi a ví ke kterým jak se má chovat, aby se to zvládlo.“ [Linda, 14. 2. 2014]*

*„Pak třeba taky zjistíš, že každému nemůžeš utřít zadek třeba prostě stejně, protože někdo tam má hemeroidy, bolí ho to. Někdo má prostě zarudlou prdku, taky ho to bolí. Někdo má průjem, tak to taky prostě nemůžeš utřít úplně stejně.“ [Natálie, 1. 3. 2014 ]*

Relační složka tedy neovlivňuje přístup pečovatelek k jednotlivým uživatelům pouze na úrovni chování. Vliv individuálního přístupu dle potřeb uživatelů je jasně viditelný i na úrovni konkrétních praktických úkonů, jak ilustruje výpověď Natálie.

Jednání s konkrétními jedinci je pak pečovatelkami interpretováno dvěma způsoby na základě emocí, které v pečovateliích konkrétní interakce mohou vzbudit. Zaprvé tento aspekt vnímají jako náročný a často psychicky frustrující.

*„Tak třeba vezmu některý příklady, když budu sloužit pátek, sobota, neděle, tak za mnou bude uživatel1 chodit tisíckrát za den a ptát se kdy přijde syn a já musím tisíckrát odpovědět, že ve středu. Pak bude uživatel2 tady pořád ťukat na dveře a za ty tři dny mi přide dvanáctkrát říct, že nechce kafe a polívku. Jo prostě a člověk musí pořád trpělivě jim odpovídat ne a ne, nebo ano, ano, ano. Je to na nervy prostě.“ [Julie, 10. 2. 2014]*

Pečovatelky se setkávají například i se situacemi, kdy může být uživatel nepřijemný, či dokonce agresivní. Pečovatelé pak musejí uzpůsobovat své chování konkrétní situaci a mohou se cítit díky těmto interakcím frustrováni, musejí však své emoce, jako je například vztek

nebo podrážděnost, ovládat. Emocionalita se může projevovat například i ve formě smutku v případech, kdy zemře uživatel, který byl pečovatelce blízký.

Na druhou stranu jsou však interakce s konkrétními uživateli v rámci výkonu práce body work vnímány jako něco, co přináší smysl jejich povolání a berou to jako aspekt, který jim přináší pocit naplnění a radost z vykonané práce.

*„Těší tě to, že oni ti poděkují, můžeš si s nima povídat. Oni pak přijdou a řeknou ‘Sluníčko, vy dneska záříte, vy jste se vyspinkala’. (...). Oni za všechno děkují prostě, oni jsou vděčný, já nevím, tam prostě jsem podala pití nějak-plácnu- paní Novákovej a ona na mě ‘Ježíš děkuju’. To bylo prostě-tuto mě tak hrálo!“ [Natálie, 1. 3. 2014]*

Pod relačním aspektem jsou tedy myšleny interakce s jednotlivými uživateli, kteří mají například různé povahové vlastnosti a nálady. Povaha a chování uživatele pak často může být silně negativně ovlivněna diagnózou (například u demence či Alzheimerovy choroby). Tato vztahovost v rámci povolání pečovatele se pak propojuje právě s emoční složkou, která může přinášet emoce pozitivní i negativní. Na základě dlouhodobých interakcí během pracovního výkonu si pečovatelky s uživateli často vytvářejí vztahy, které mohou být zdrojem uspokojení, ale často také negativních emocí jako například vyčerpanost, smutek či vztek. Relační a emoční stránka jsou tedy v rámci péče silně propojené.

Pečovatelé pak chápou tyto aspekty jako důležitou součást své práce a sami na ni upozorňují. Odkazování na emocionalitu, trpělivost a navazování vztahů má v prostoru péče silný genderový podtext, který je viditelný například i v kontextu péče o seniory v domácím prostředí, kde většinu zodpovědnosti za péči přebírají nejčastěji dcery. Přidalová [2006] toto vysvětluje internalizací představ ženy, jako přirozené pečovatelky. Činnost péče tedy není vnímána jako naučená schopnost, ale spíše jako

vrozená vlastnost náležící ženám. Přestože Přidalová [2006] diskutuje toto téma v souvislosti s domácí péčí, tyto stereotypy se dají vysledovat i v kontextu péče institucionální.

Pečovatelky přejímají obecný společenský postoj, kdy je péče vnímána jako přirozená doména žen. Skrze tyto genderové stereotypy pak často ospravedlňují například nízké zastoupení mužů v péči. V zařízení ve kterém jsem prováděla výzkum, nebyl v té době zaměstnán ani jeden pečovatel mužského pohlaví. Obecně pak panoval mezi pečovatelkami názor, že muži nejsou pro tato zaměstnání vhodnými kandidáty, přestože by muže jako spolupracovníky uvítaly, například z důvodu pomoci s fyzicky náročnými činnostmi v rámci péče.

*„No jo, taky už jsme tu chlapi i měli, to jo. Ale to není ono, chce to tu ženskou, ty jsou jakože citlivější, mají pro tu práci ten cit a jsou taky jakoby emotivnější.“* [Ivana 27. 1. 2014]

Tyto genderové stereotypy mohou sloužit i jako ospravedlnění samotné náplně práce. Pečovatelky péči propojují zejména právě s touto ženskou emocionální stránkou, na kterou kladou silný důraz a tato argumentace jim poskytuje prostor pro ospravedlnění pracovních výkonů a to i těch, které s emocemi souviset primárně nemusejí. Tím, že celý obsah péče pojmají jako emocionální záležitost spojenou s ženským principem, mohou pečovatelky odsouvat do pozadí některé stigmatizující aspekty práce, jako je například nakládání s *hnusem* a poskytnout tak smysl těmto činnostem, které mohou být pro ně stigmatizující.

### **8.3 Péče jako práce „bez úspěchu“?**

Kromě emocionální stránky práce, která může sloužit jako zdroj motivace a uspokojení, je důležitým faktorem také identifikování se s obecným posláním péče. Institucionální péče přichází často v situaci, kdy senior již nemá jinou volbu a musí tento typ péče přijmout, což

nastává zejména, pokud uživatel již nemá rodinu, která by se o něj starala, nebo rodina tuto péči z různých důvodů nemůže zajistit.

*„Já když vidím, že ta rodina vopravdu třeba se o ně nemůže postarat. Na některý se úplně vyprdne, tak mě je jich líto no. Hm, protože prostě když se o ně nepostaráme my - a rodinu třeba nemají tak – nikdo.“*

[Julie, 10. 2. 2014]

Institucionální péče je v české společnosti chápána spíše negativně, jako poslední možná alternativa. Haškvorcová [2010: 272-285] navíc upozorňuje, že na práci pečovatele v odvětví péče o seniory je navíc nahlíženo jako na práci marnosti, či „bez úspěchu“, což pochází například z absence uzdravení příjemců péče. Interpretace samotných pečovatelů však tomuto neodpovídají.

Jako každodenní úspěch a zároveň jako satisfakci z pracovního výkonu pečovatelé berou fakt, že poskytují pomoc lidem, kteří pomoc dlouhodobě potřebují. Snaha dosáhnout konečného cíle uzdravení se tak přetavuje spíše do cíle poskytnout kontinuální a dlouhotrvající pomoc a asistenci uživatelům péče. Pocit uspokojení z vykonané práce tak není čerpán z jednorázového aktu, kterým může být uzdravení. Zdrojem uspokojení jsou spíše pozitivní emoce, které přinášejí interakce s osobami a pocit vykonání dobrého skutku, který je čerpán právě z identifikování se s cílem práce pečovatele.

Cíle jsou však definovány odlišně, než je viditelné u běžného medicínského přístupu, který má za cíl zejména uzdravení. Konkrétním příkladem tohoto odlišného přístupu může být vnímání fenoménu smrti v kontextu péče o seniory. Smrt není v tomto prostoru rámována pouze negativně, například jako nezdár. Smrt je samotnými pečovateli chápána spíše jako přirozená část lidského života, která může být navíc v některých případech naopak vítaným osvobozením z bolesti a utrpení.

Uživatelé služeb dlouhodobé péče o seniory trpí často chronickými onemocněními, která přináší zhoršení fyzického i psychického stavu a to bez větší naděje na budoucí uzdravení. Tato zhoršení často uživatele limitují v možnostech prožívání posledních chvílí života. V některých případech pak zhoršení stavu přináší navíc nepolevující bolesti. V závislosti na tomto reálném kontextu práce, pak pečovatelky využívají alternativního narativa smrti, které ji pojímá jako vysvobození. Smrt je pro pečovatelky událostí smutnou a nepříjemnou a ony samotné ze smrti často mají obavy. V rámci svého povolání však pečovatelé na této události identifikují pozitiva, která jim pomáhají vyrovnávat se s jeho častou přítomností.

*„Jo. Já osobně se jí bojím (pozn. smrti). Tady u těch starých lidí, jako mi to přijde, že už měli něco za sebou, když je jim 90, 99, 96. Neměli – já nevím pár let co tu byli – už neměli z toho života nic, byli odkázaný na nás jo. Ale je to hrozný. Stejnak, když to vidím, já sama se bojím smrti. Ale jo, vopravdu když někdo už nevnímá, musíte je krmit, už neotevřou ani oči, tak opravdu, opravdu jim přeju, aby už byli vysvobozený.“ [Julie, 10. 2. 2014].*

Z výpovědi paní Julie je zjevné, že smrt se nestává veskrze pozitivním okamžikem. Smrt je stále v rámci pečovatelského domu vnímána jako událost smutná a nepříjemná. Narativum smrti jako „vysvobození“ pak poskytuje pomoc při setkávání se s touto událostí v rámci povolání. Tím, že je smrt interpretována skrze vysvobození z bolesti, je pak pečovatelkami vnímána částečně jako jev přinášející úlevu, tedy svým způsobem pozitivní.

## **8.4 Shrnutí**

Aspekty spojené s emocemi a vztahovostí tedy slouží jako zdroj smyslu a satisfakce z práce spojeného s péčí o seniory. Sami pečovatelky

pak na tyto aspekty kladou silný důraz a je možné v tomto přiřkládání důrazu vysledovat i genderové stereotypy, které práci ospravedlňují. Reálná povaha péče, kde je často přítomna smrt a chybí zde konečné uzdravení klienta, přináší narativa a cíle, která mohou být odlišná například od běžného medicínského diskursu. S těmito odlišnými narativy se pak pečovatelé ztotožňují, což přináší další zdroje satisfakce do jimi vykonávané práce.

## 9 ZÁVĚR

Práce pečovatele je v dnešní době tématem, kterému není věnovaná přílišná pozornost, přestože se jedná o povolání, které v naší společnosti plní velice důležitou funkci. Svoji diplomovou prací jsem se pokusila tuto mezeru alespoň částečně vyplnit a přinést vzhled do tohoto prostoru, který bývá často tabuizován a přehlížen. Pečovatele jsem představila jako osoby, které vykonávají práci, jež má specifické aspekty a jež probíhá v určitém společenském kontextu. Sami pečovatelé však nejsou pasivními příjemci těchto společenských narativ a v závislosti na každodennosti své práce vnášejí do tohoto pole vlastní významy a smysl.

Základním aspektem, který konstruuje práci pečovatele je nutnost nakládat každodenně se substancemi vzbuzujícími znechucení, tedy s *hnusem*. Samotné výkony s tímto aspektem spojené se pro pečovatele časem stávají normalizovaným, což ovšem neznamená, že by se vůči aspektům *hnusu* stávali imunními. Normalizace probíhá zejména skrze událost prvotní kontaminace, kterou pečovatel musí překonat, aby mohl vytvářet strategie pro nakládání s *hnusem*. Uvědomění si aspektu *hnusu* vyvstává u pečovatelek nejjasněji, pokud vztahují tyto aspekty ke společnosti. Například skrze reakce okolí, se kterými se setkávají, si mohou uvědomovat stigma, které tyto aspekty přinášejí.

Dalším základním znakem, který se objevuje v rámci vykonávání péče jako povolání, je emocionalita a vztahovost. Tyto dva koncepty sami pečovatelé považují za velice důležitou součást své práce. Pozitivní emoce, které mohou čerpat skrze interakce s uživateli péče, se stávají důležitými, jelikož slouží jako zdroje satisfakce z vykonané práce. Pojímáním náplně práce zejména v intencích emotionality navíc dovoluje pečovatelům utvářet obraz, který zastiňuje aspekty *hnusu*, které pro ně mohou být stigmatizující. Dalším zdrojem satisfakce pro pečovatele pak může být identifikování se s cíli práce, které mohou být odlišné například od cílů běžné medicíny.

Jak již bylo uvedeno v části představující metodologii, tato práce vychází z etnografie, která byla uskutečněna v zařízení poskytující péči. Na tomto místě je tedy vhodné diskutovat možné omezení, které mohlo v rámci výzkumu nastat. V rámci uskutečnění výzkumu došlo k nutnosti přizpůsobit se legislativním a formálním požadavkům dané instituce. Z toho plynula například nutnost uskutečnit pouze nezúčastněné pozorování, namísto plánovaného pozorování zúčastněného. Nezúčastněné pozorování s sebou nese jistá rizika, jelikož pozorovatel se nestává přímou součástí děje v terénu, může tedy být vnímán pečovateli jiným způsobem, nežli pokud by se péče přímo účastnil. Pečovatelé se v závislosti na tomto typu pozorování mohou cítit stísněně, přičemž tento pocit může být umocňován intimní povahou jejich povolání. Obecně bych proto zúčastněné pozorování považovala v rámci tématu intimní péče za vhodnější variantu, kterou však nebylo možno v rámci mého výzkumu uskutečnit. Je také důležité si uvědomit, že ovlivnění mohlo nastat v závislosti na konkrétních charakteristikách daného zařízení a jeho personálu. V zařízení, kde byl výzkum uskutečněn, byly zaměstnány zejména ženy české národnosti, je však všeobecně známo, že v pečovatelských zařízeních často pracují i osoby jiných národností, kteří přijeli do České Republiky kvůli pracovním možnostem. Zajímavým tématem pro další výzkumy by tedy mohlo být také téma imigrantů v rámci odvětví péče o seniory.

Závěry práce plynou ze snahy poodhalit pole, ve kterém se intimní tělesná péče stává placeným zaměstnáním, z čehož plyne také tematické omezení. Pečovatelský je zde tedy představován zejména v souvislosti s institucemi, které poskytují komplexní sociální péči. Oblast péče o seniory však pokrývá pole mnohem obsáhlejší, může se jednat i o péči ve zdravotnických zařízeních nebo různé docházkové či poradenské služby. Tato práce tedy představuje pouze zlomek z oblasti péče o seniory, která je provozována jako zaměstnání.



Z pohledu sociologie a se zde tedy otevírají mnohá další témata a oblasti, vhodná k dalšímu zkoumání. Jak bylo nastíněno i v rámci mé práce, například gender se ukazuje jako důležitý koncept, který péči o seniory silně ovlivňuje. V českém kontextu však bývá tematizován spíše v souvislosti s péčí v rodině. Institucionální péče je ale tímto konceptem také silně rámována, jak ukazují i některá témata otevřená v této diplomové práci. Odhalení působení genderu a genderových stereotypů nebylo primárním cílem mého zkoumání, ale v budoucích výzkumech zabývajících se sociálními službami by měl být podle mého názoru zohledňován stejnou mírou, jako je tomu v případech rodinné péče.

## 10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 2010. *Komparace služeb sociální péče o seniory* [online]. [cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/files/projekty/island\\_komparace.pdf](http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf) .

Atkinson, Paul, Martyn Hammersley. 1994. „Ethnography and participant observation.“ Pp. 248-261 in Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Barvíková Jana. 2005. „Rodinná péče a profesionální péče.“ Pp. 58-70 in Hynek Jeřábek. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES.

Bartoňová Jitka. 2005. „Modely rodinné péče o starého člověka.“ Pp. 28-41 in Hynek Jeřábek. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES.

Bauman, Zygmund. 2005. *Individualizovaná společnost*. Mladá fronta, Praha.

Beck, Cheryl Tatano. 1997. „Humor in nursing practice: a phenomenological study“. *International Journal Nurse Study* 34 (5): 346-352.

Beck, Ulrich 2007. *Vynalézání politiky*. Praha: Slon.

Bookman, Ann, Delia Kimbrel. 2011. „Families and Elder Care in the Twenty-First Century.“ *The Future of Children* 21 (2): 117-140.

Cacchioni, Thea, Carol, Wolkowitz. 2011. „Treating women’s sexual difficulties: the body work of sexual therapy.“ *Sociology of Health and Illness* 33 (2): 266-279.

Claassen Rutger. 2011. „The Commodification of Care.“ *Hypatia* 26 (1): 43-64.

Cohen, Rachel Lara. 2011. „Time, space and touch at work: body work and labour process (re)organisation.“ *Sociology of Health and Illness* 33 (2): 189-205.

Český statistický úřad. 2004. *Populační prognóza do r. 2050* [online]. [cit. 20. 11. 2013]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2004/edicniplan.nsf/p/4025-04>.

Diamond Timothy. 1992. *Making Gray Gold: Narratives of Nursing Home Care*. University of Chicago Press. Chicago.

England, Paula. 2005. „Emerging Theories of Care Work.“ *Annual Review of Sociology* 31: 381-399.

Fassin, Didier. 2009. „Nad rámec etických pravidel. Zamyšlení nad etnografickým výzkumem praktik zdravotní péče v Jižní Africe.“ *Biograf* 49.

Fiala, Tomáš, Jitka Langhamrová. 2008. „The Aeging of the Population – A Threat to the Public Health-Care System?“ *Czech Demography*: 94-105.

Fine Michael. 2005. „Individualization, risk and the body.“ *Journal of Sociology* 41(3): 247-266.

Franzway, Suzanne. 2003. „‘You Need To Care’. The Work of Care between Home and Market.“ *TASA 2003 Conference*. University of New England.

Gimlin, Debra. 2007. „What Is ‘Body Work’? A Review of the Literature.“ *Sociology Compass* 1 (1): 353-370.

Gubrium, Jaber. 1997. *Living and Dying at Murray Manor*. University Press of Virginia.

Guillemin, Marilys, Lynn Gillam. 2004. „Etika, reflexivita a ‘eticky důležité okamžiky’ ve výzkumu. *Biograf* 35.

Hancock, Philip. 2000. „Introduction“ Pp. 1-12 in Hancock, Philip (ed.). *The body, culture and society: an introduction*. Buckingham: Open University Press.

Haškvorcová Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Hochschild, Russel, Arlie. 2003. *The managed heart*. London: University of California Press.

James, Nicky. 1992. „Care = organisation + physical labour + emotional labour.“ *Sociology of Health and Illness* 14 (4): 488-509.

Jeklová, Marta, Eva Reitmayerová. 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Jervis, Lori. 2001. „The Pollution of Incontinence and the Dirty Work of Caregiving in a U.S. Nursing Home.“ *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 15 (1): 84-99.

Jeřábek, Hynek. 2009. „Rodinná péče o seniory jako ‚práce z lásky‘: nové argumenty“. *Sociologický časopis* 45 (2): 243-265.

Keller, Jan. 2007. *Dějiny klasické sociologie*. Praha: Slon.

Keller, Jan. 2010. *Tři sociální světy*. Praha: Slon.

Lanoix, Monique. 2013. „Labor as Embodied Practice: The Lessons of Care Work.“ *Hypatia* 28 (1): 85-100.

Lawton, Julia. 1998. „Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded body and ‘dirty dying’.“ *Sociology of Health and Illness* 20 (2): 121-143.

Lynaugh Joan. 2011. *Nurses, Institutions, and Caring*. [online]. Penn Nursing Science. [cit. 17. 2. 2013]. Dostupné z: [http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/Pages/Nurses\\_Institutions\\_Caring.aspx](http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/Pages/Nurses_Institutions_Caring.aspx)

Mašková, Miroslava. 2004. „Evolution of Social Care Services for Older Population.“ Pp. 23-39 in *Czech Welfare State: Changing environment, changing institutions*. Praha: UK FSV CESES.

Mátl, Ondřej (ed.). 2007. *Kvalita péče o senory II. Řízení kvality dlouhodobé péče v mezinárodním srovnání* [online]. Praha: Galén. [cit. 25. 2. 2014]. Dostupné z [http://is.muni.cz/el/1423/podzim2013/SPR204/um/Matl-Jaburkova\\_II.pdf](http://is.muni.cz/el/1423/podzim2013/SPR204/um/Matl-Jaburkova_II.pdf) .

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2013. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. [online] Praha: MPSV. [cit. 14. 1. 2013]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/16366/rocenka\\_2012.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/16366/rocenka_2012.pdf)

Kafková Petrová, Marcela. 2010. „Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti.“ *Sociální studia* 7: 63-84.

Pfefferle, Susan, Dana Beth Weinberg. 2008. „CNAs Making Meaning of Direct Care.“ *Qual Health Res.* 18 (7): 952-961.

Přidalová, Marie. 2006. „Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové).“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 7 (1).

Purcell, Carrie. 2009. „Doing massage: body work through a narrative lens“. *Edinburgh Working Papers in Sociology* 35. University of Edinburgh.

Rabušic Ladislav. 2002. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha: VÚPSV.

Remr, Jiří. 2005. „Institucionální péče o seniory.“ Pp. 71-77 in Hynek Jeřábek. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES.

Routasalo, Pirkko. 1999. „Physical touch in nursing studies: a literature review.“ *Journal of Advanced Nursing* 30 (4): 843-850.

Shilling, Chris. 2010. „Afterword: Body work and the sociological tradition.“ *Sociology of Health and Illness* 33 (2): 336-340.

Soldo, J. Beth, Kenneth G. Manton. 1985. „Health Status and Service Needs of the Oldest Old: Current Patterns and Future Trends.“ *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 63 (2): 286-319.

Štyglerová Terezie. 2010. „The Population Development of the Czech Republic in 2008.“ *Czech Demography* 4: 3-22.

Tošnerová, Tamara. 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti.

Twigg, Julia. 2000. „Carework as a form of bodywork.“ *Aging and Society* 20: 389-411.

Twigg, Julia (ed.). 2011. „Conceptualising body work in health and social care.“ *Sociology of Health and Illness* 33 (2): 171-188.

Uhlenberg Peter. 1992. „Aging and Social Policy.“ *Annual Review of Sociology* 18: 449-474.

Veselá, Jitka. 2002. *Představy rodinných příslušníků a zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV.

Vidovičová, Lucie, Ladislav Rabušic. 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. [online]. Praha: VÚPSV.[cit. 26. 11. 2013] Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vidrab.pdf>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2009. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV.

Wall, Barbra Mann. 2007. „Nursing History: Blurring Disciplinary Boundaries“. *Nursing History Review* 15: 5-8.

Wall, Barbra Mann. 2011. *History of Hospitals*. [online]. Penn Nursing Science. [cit. 17. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/Pages/History%20of%20Hospitals.aspx>

Wolkowitz, Carol. 2002. „The Social Relations of body Work.“ *Work, Employment Society* 16: 497-510.

## 11 RESUMÉ

The aim of this thesis is to examine the issue of formal elderly carework in institutions. In this context interesting topic raises, because intimate physical care is provided by a paid staff there, so it is possible to perceive carework as a form of bodywork. Careworkers' perspectives and everyday experiences became the key issue of my research. Through an ethnographic research I tried to answer a questions about the naratives and meanings, which careworkers bring into their job and how these meanings are conected with the everyday responsibilities within the body work and whith the broader social kontext and naratives in our contemporary society.

The most powerful structuring aspect of the bodywork in the social elder care, is dealing with substances of dirt and disgust. Disgust and dirtiness of body work is not problematic on the level of daily routine at all, because throught the time, activities conected with disgust became normalized for the careworkers. Still, the disgust is part of job, which can create a stigmatizing effect. The awareness of the stigma by careworkers is obvious, even if the dealing with dirt and disgust is normal part of their everyday work.

The minimalization of the stigma is conducted throught framing their job as a work with emotions and relationality. This part of job provides the satisfaction for the careworkers and brings the meaning into their work. The meaning is developed through the identification with main goals of carework as well, and such goals can be quite different from goals and naratives in the common medical discourse.