

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

PŘEKLAD DO LDN OČIMA PACIENTA

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Koutná

Vedoucí práce: PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D.

2019

**CHARLES UNIVERSITY
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**TRANSFERRING TO SANATORIUM OF LONG TERM
DISEASED FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENT**

Bachelor's thesis

Autor: Hana Koutná

Supervisor: PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D.

2019

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Chtěla bych poděkovat PhDr. Marianě Štefančíkové, Ph. D. za odborné vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady při zpracování této práce.

Obsah

Obsah	5
Úvod.....	7
Teoretická část	8
1 Léčebny pro dlouhodobě nemocné.....	9
1.1 Historický vývoj dlouhodobé ústavní péče a vznik léčeben dlouhodobě nemocných.....	9
1.2 Současná situace v poskytování zdravotně sociálních služeb v České republice	14
1.2.1 Důvody hospitalizace a poskytovaná péče v LDN	17
1.2.2 Přijetí pacienta k hospitalizaci v LDN	18
1.2.3 Struktura pacientů	19
1.2.4 Hrazení péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné	20
1.2.4.1 Problematika financování následné péče.....	21
2 Stereotypizace léčeben pro dlouhodobě nemocné.....	25
3 Stáří jakožto životní etapa	34
3.1 Změny ve stáří.....	35
3.1.1 Somatické změny	36
3.1.2 Psychické změny.....	38
3.1.3 Sociální změny	40
3.1.4 Změny v oblasti komunikace	41
4 Schopnost adaptace ve stáří.....	42
4.1 Maladaptace v ústavu dlouhodobé péče.....	43
4.2 Faktory zlepšující adaptaci pacienta/ klienta v zařízení dlouhodobé péče	47
4.2.1 Sociální opora.....	48

4.2.2	Dobrovolnost vstupu do zařízení	49
4.2.3	Znalost prostředí zařízení	50
	Empirická část.....	51
5	Metoda výzkumu	51
5.1	Metoda sběru dat	53
5.2	Výzkumný vzorek	54
6	Výzkumné cíle a otázky	55
7	Prezentace výsledků analýzy dat	57
7.1	Zkušenost respondentů z perspektivy jednotlivých případů	57
7.2	Zkušenost respondentů z perspektivy témat	64
8	Shrnutí výsledků	77
9	Diskuze	80
	Závěr	83
	Abstrakt.....	84
	Abstract	85
	Použitá literatura a zdroje	86
	Seznam zkratk	96
	Seznam tabulek	97
	Seznam příloh	98
	Přílohy.....	99

Úvod

Předklady do léčení dlouhodobě nemocných (LDN) nejsou ve zdravotnictví ničím ojedinělým a přistupuje se k nim jako k běžné praxi. Jak ale vlastní překlad vnímá pacient, kterého se to v první řadě dotýká a jaké jsou jeho představy o samotném zařízení kam, má být přeložen, co o něm ví, jaké má informace a odkud? To jsou otázky, na které se budeme snažit najít odpověď. Tématu léčení dlouhodobě nemocných se věnovalo mnoho prací, často zaměřených na spokojenost s kvalitou péče. Překladu jakožto samotnému fenoménu se ale dosud věnovalo jen minimum prací.

Cílem práce je zjistit, jak pacient překlad do LDN prožívá a čím je toto prožívání ovlivněno. Jedinečná zkušenost pacientů s tímto fenoménem, zpracovaná metodou interpretativní fenomenologické analýzy, by mohla být cenným zdrojem informací, pro případnou změnu přístupu k překladům tak, aby proběhly pro pacienta co nejkomfortněji.

Výběr tohoto tématu je reakcí na zážitky z odborných ošetrovatelských praxí, během kterých jsem se setkávala s rozličnými názory a reakcemi na předklad do LDN, jak ze strany pacientů, kterých se překlad v první řadě dotýkal, tak jejich okolí. Stejně tak názory na samotné zařízení se lišily a z úst samotných pacientů, ale i zdravotnického personálu, jsem o LDN slyšela nejrůznější charakteristiky.

Proto v teoretické části bude pojednáno o léčebnách pro dlouhodobě nemocné, jak z historického, tak z dnešního pohledu, se zaměřením na jejich postavení v systému péče a otázky financování. Dále se podíváme na to, jaký je obraz LDN ve společnosti a co ho utváří. Problematika LDN je úzce spojena s pacienty vyšších věkových kategorií, proto je zařazena i kapitola o stáří a s ním spojenými změnami. Mezi teoretickými východisky nemůže chybět ani kapitola o adaptaci a adaptabilitě ve stáří se zaměřením na jednotlivé faktory, které na přizpůsobení se novému prostředí mají vliv.

Teoretická část

První část této práce shrnuje teoretická východiska tak, aby poskytla čtenáři a výzkumníkovi samotnému určitý vhled do problematiky a posloužila jako jakýsi odrazový můstek. Vzhledem k tomu, že výzkum je založen na metodě interpretativní fenomenologické analýzy, je předem nemožné předpovědět, natož obsáhnout všechna témata a skutečnosti, které během samotné analýzy vyvstanou. Tato slova potvrzují ve své publikaci i Smith, Flowers a Larkin (2009), kde uvádí, že interpretativní fenomenologická analýza sama o sobě nevychází ze studia literatury o daném tématu a nezakládá se na žádné konkrétní teorii. Studium literatury a dalších zdrojů vidí jako prostředek k rozšíření výzkumníkových obzorů a dále mu může pomoci při následném rozboru a identifikaci možných nových témat.

1 Léčebny pro dlouhodobě nemocné

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) jsou specifická zdravotnická zařízení, která poskytují dlouhodobou, následnou lůžkovou péči. Dle zákona č. 372/2011 Sb., je dlouhodobá lůžková péče takovou péčí, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče dochází k jeho zhoršení. Cílem takové péče je udržení kvality života pacienta a snaha přes všechny problémy dosáhnout byť mírného zlepšení dosavadního stavu (Haškovcová, 2012). Následná péče, jak už z názvu vyplývá, je péčí navazující. Je poskytována pacientovi, u kterého již byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení nemoci chronické a jehož stav vyžaduje pouze delší čas na zotavení (Zákon č. 372/2011 Sb.). Takový pacient tedy již nepotřebuje péči akutní. Cílem následné péče je vrátit, nebo zlepšit pacientovo zdraví a to prostřednictvím léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské ústavní péče, s důrazem na nácvik denních dovedností (Haškovcová, 2012).

Dle definice Z. Kalvacha a H. Haškovcové z roku 1983 jsou „*Léčebny pro dlouhodobě nemocné specializovaná lůžková zařízení pro poskytování dlouhodobé, komplexní a zvláště ošetrovatelské péče nemocným, se stanovenou základní diagnózou a léčebným plánem.*“ (s. 3) Definice formulovaná před bez mála čtyřiceti lety je použita záměrně. Vzhledem k tomu, že tyto ústavy u nás vznikaly během 70. let minulého století, jde o definici dobovou. Odhaluje původní smysl vytvoření takovýchto zařízení, a jak potvrzuje i řada autorů novějších publikací, jde o definici stále platnou.

1.1 Historický vývoj dlouhodobé ústavní péče a vznik léčeben dlouhodobě nemocných

Jak zaopatřit staré, chudé a nemocné, řešila společnost odnepaměti, ať už se jednalo o otázku rodinnou nebo celospolečenskou. Pokud se vydáme po stopách léčeben pro dlouhodobě nemocné, musíme se pro pochopení historicko-společenského kontextu nutně ponořit hluboko před rok 1974, a poohlédnout se tak po vývoji sociálního a především zdravotního ústavnictví vůbec.

Institucionalizace, čili umístění do ústavu je, jak trefně poznamenává Zdeněk Kalvach (2004), specifický způsob řešení problémů, které z určitých důvodů nejsou či nemohou být řešeny v přirozeném prostředí. Tyto důvody mohou vycházet buď ze zájmů společnosti, nebo zájmů jednotlivců, a ne vždy jsou tyto zájmy v souladu. Často vznikaly ústavy jako místa, která pod rouškou solidarity měla ostatní společnost chránit před beznadějí, bídou a utrpením lidí, kteří byli v očích společnosti přítěží. Jak dále Kalvach (2004) uvádí, zda, a jak bylo o staré, nemocné, chudé a další obyvatele v nouzi postaráno, bylo podmíněno především dobovými událostmi. To, jak se zbytku společnosti dařilo po stránce ekonomické, zda se země nacházela ve válce, jaké byly společenské ideály, tradice a stereotypy, to všechno mělo vliv na podobu a úroveň péče o tuto skupinu obyvatelstva.

Zakládání ústavů, nebo spíše útulků různého druhu, orientovaných na tzv. potřebné, tj. skupinu obyvatelstva materiálně nezajištěnou, starce, děti, nezaměstnané, nemocné či osoby jinak fyzicky handicapované, se prakticky objevuje až s příchodem křesťanství. Byla to církev, která ve jménu ideálu křesťanské lásky k bližnímu tuto pomoc organizovala (Matoušek, 1999).

Na našem území je pomoc bližnímu ve formě ústavní péče vysledována od dob středověku. Potřební byli odkázáni, stejně jako jinde v Evropě, na pomoc rodiny nebo cizích bohatých. Helena Haškovcová ve své monografii *Fenomén stáří* (1989) cituje z dizertační práce Karla Dohnala, primáře Léčebny pro dlouhodobě nemocné v Prostějově. Ten uvádí, že ve středověku v Čechách existovaly tři základní typy ústavní péče, kde charita hrála dominantní roli. Jako první typ uvádí středověké špitály, které přijímaly nemocné, pocestné, tuláky, chudinu a další potřebné. Věková skladba obyvatel špitálu se měnila, kdo ale většinou zůstával, byli staří nemocní. Špitály lze tak podle Dohnala považovat za první instituci pro dlouhodobý a především trvalý pobyt starých lidí. Špitály byla pod správou církve, světské moci či v soukromých rukách bohatých. Jejich úroveň byla závislá na množství prostředků, kterými disponovaly, ovšem byly proslulé bídou, špínou a špatným zacházením. Navíc sloužily spíše jako azyl, nerozlišujíc sociální situaci dotyčného od nemoci. Druhým typem ústavní péče byly klášterní nemocnice. O ty, kteří si mohli zaplatit léčení nebo doživotní péči v nemocnici, se starali mniši. Avšak i zde byla péče na velmi nízké úrovni a na okraji zájmu řeholníků. Péče o nemocné a staré byla považována za ponižující, dotyčnému tak za jeho peníze byla poskytnuta jen střecha nad hlavou, strava a duchovní útěcha. Úkolem třetího typu ústavu, fungujícího na

našem území, bylo především chránit společnost. Šlo o nemocnice pro malomocné a osoby stížené jinými infekčními chorobami, které byly pro zbytek obyvatelstva nebezpečné.

Ani rostoucí počet špitálů a nemocnic na území Čech však nemohl být schopen pojmout všechny potřebné. Ti, na které se nedostalo, se potulovali po ulicích, v okolí kostelů a žebrali. Posun v řešení tohoto rozsáhlého sociálního problému přinesl patent Ferdinanda I. Habsburského z roku 1552. V tehdejší Říšském policejním řádu byla kodifikována povinnost obcí postarat se o své staré, nemajetné a nemocné obyvatele. Šlo o obdobu chudinského zákona, jakého si předchůdce práva domovského, který přijde o mnoho let později (Haškovcová, 1989). Přenesením odpovědnosti za zmíněnou skupinu obyvatelstva na jejich domovskou obec, bylo posíleno budování místních špitálů. Vedle církve, státu a filantropů se tak obec od 16. století stává dalším zřizovatelem těchto ústavů (Kalvach, 2004).

Od 17. století byly na našem území zakládány nemocnice, ve kterých začalo více léčit, a které tak pozvolna ztrácely azylový charakter (Haškovcová, 1989). Toto nové zaměření nemocnic bylo jasně deklarováno v Zakládající listině Všeobecné fakultní nemocnice v Praze roku 1790, dle které jsou z ošetřování „*vyňati jen ti, kdo jsou stíženi dlouhotrvajícími a nezhojitelnými chorobami jsou vhodni právě proto k přijetí do chorobince*“ (Kalvach, 2004, s. 492). Kalvach (2004) pak s ohledem na skladbu pacientů v LDN a těch, kteří dle výše uvedené formulace „byli vyňati“ z ošetřování v nemocnici tvrdí, že i v dnešní době si léčebny pro dlouhodobě nemocné zachovávají charakteristiku osvěcenských chorobinců.

Ale nebyly to jen chorobince. Vedle stále fungujících špitálů a farních chudinských institutů, vznikaly v období osvícenství také starobince, chudobince a nalezince jako předchůdci dnešních léčeben pro dlouhodobě nemocné, domovů důchodců, azylových domů, dětských domovů apod. Pro vojáky byly analogií ke starobincům a chorobincům tzv. invalidovny (Kalvach, 2004).

Jak uvádí Haškovcová (1989), zájem o léčení starých lidí byl velmi malý, proto byli překládáni do zmíněných starobinců, a byli-li nemajetní, do chudobinců.

Povinnost postarat se o své obyvatele v nouzi ukládalo takzvané domovské právo z roku 1863 všem obcím. Domovské právo navazovalo na tzv. právo chudinské (vydané Josefem II.),

a udrželo se u nás až do roku 1952, kdy péči o všechny potřebné převzal stát (Haškovcová, 2012).

Po vzniku Československé republiky byly namísto špitálů budovány zaopatřovací ústavy. Největší z nich, Zaopatřovací ústav v Praze-Krči, takzvané Masarykovy domovy, byl kolos skládající se z řady pavilonů, z nichž 5 fungovalo jako starobinec, 1 pavilon byl vyčleněn jako starobinec pro manželské dvojice a 4 pavilony fungovaly jako chudobinec. Ostatní budovy sloužily jako dětský ústav (ozdravovna, zotavovna, chorobinec), hospodářské budovy, ubytovny pro personál, byl zde biograf, divadlo a kaple sv. Václava. Masarykovy domovy byly po mnoha peripetiích přetransformovány v nemocnici a od roku 1954 nesou jméno českého lékaře Josefa Thomayera (AL-HITI, 2006).

Po 2. světové válce byla veškerá ústavní péče v gesci ministerstva zdravotnictví. Až ve 2. polovině 20. století byly vybudovány vedle sebe zdravotnický a sociální systém. Péče o staré lidi, a nejen je, tak byla rozdělena na péči zdravotní a sociální (Haškovcová 2002). Ústavy poskytující sociální služby pod svou správou převzal Státní úřad důchodového zabezpečení. To se týkalo i domovů odpočinku, v 50. letech přejmenovaných na domovy důchodců (dále DD) (Kalvach, 2004). Po určitou dobu rozdělení péče na zdravotní a sociální sféru fungovalo. Staří nemocní našli pomoc ve zdravotnictví a staří, prakticky zdraví, odcházeli do domovů důchodců (Haškovcová, 2002). Rozdíl mezi klientelou „chorobinců“ a domovů důchodců byl značný. Do domovů důchodců odcházeli lidé relativně zdatní, kteří pouze přestali zvládat náročné podmínky bydlení v bytech horší kategorie nebo na samotách (Kalvach et al., 2011). S tím, jak se zlepšovaly bytové podmínky obyvatelstva, měnil se i životní styl. Staří lidé odmítali opustit svůj domov a odejít do domova důchodců a stejně tehdy, jako nyní, akceptovali ústavní péči často pouze v případech, kdy hrozilo nebo již nastalo výrazné zhoršení jejich zdravotního stavu (Haškovcová, 2002). Tak se postupně stíraly rozdíly mezi klienty „chodobinců“ a DD a v průběhu času se ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči u starých lidí není vhodné (Haškovcová, 2002). Domovy důchodců měly v mnoha ohledech podobu zdravotnického zařízení s přítomností zdravotních sester i mnohalůžkovými pokoji (Kalvach, 2004). Postupně bylo třeba zřizovat také ošetrovatelská lůžka, která by sloužila nesoběstačným, nemocným starým lidem (Haškovcová, 2002). Občané nesoběstační „pro stáří a multimorbiditu“ či s labilním zdravotním stavem (včetně umírajících s onkologickou diagnózou), kteří nemohli být

ošetřování v domácím prostředí, nadále zůstali ve zdravotnických zařízeních. Byli ošetřováni na tzv. interních odděleních 2. typu (jinak zvané interní oddělení II), která byla hanlivě nazývána „odkladové interny“ nebo jen „odkladák“, Haškovcová (2002) pak přidává označení „umírárny“ či „poslední stanice“. Převážně společným problémem všech těchto zařízení bylo umístění v nevyhovujících historických budovách bývalých klášterů, zámků, často značně odloučených, a dále velké mnohalůžkové pokoje, ve kterých pacienti neměli dostatek soukromí (Kalvach, 2004).

Od 1. 1. 1974 byla interní oddělení 2. typu přejmenovány na Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), lidově „eldéenky“. Když se roku 1983 stala geriatric samostatným lékařským oborem, léčebny pro dlouhodobě nemocné zde již několik let fungovaly. Byly určeny pro nemocné všech věkových kategorií, u nichž se předpokládalo zlepšení zdravotního stavu v době kratší než 3 měsíce. Převážnou většinu pacientů však v LDN tvořily staří lidé, protože k úzdavě, ať už úplné nebo jen částečné, potřebují delší čas. To byl také důvod, proč se právě léčebny pro dlouhodobě nemocné staly lůžkovou základnou nově vzniklého oboru geriatric (Haškovcová, 1989). Průměrný věk pacientů v LDN se pohybuje kolem 75 let (Kalvach et al., 1983), většina se tak nachází v nejvyšších věkových decenních a trpí chronickými nemocemi (Pacovský, 1990). Ne zcela šťastné pojení léčeben pro dlouhodobě nemocné a geriatric způsobilo, že je tento obor již od svého vzniku nesprávně ztotožňován jen s dlouhodobou péčí, péčí ošetrovatelskou a sociální problematikou (Přehnal, 2001).

Od 80. let se můžeme setkat s tzv. jednotkami pro doléčování nemocných (JDN). Tyto doléčovací jednotky byly na rozdíl od LDN součástí nemocničního oddělení např. interního, chirurgického, neurologického a dalších. Rozdíl byl také v délce hospitalizace. Zatímco v LDN byla délka hospitalizace nemocného bez limitu, u doléčovacích jednotek byla délka hospitalizace stanovena na 3 měsíce. Přijímání byli pacienti všech věkových kategorií, u nichž byla stanovena diagnóza a určen komplexní léčebný program. Ve skutečnosti se většina těchto jednotek složením svých pacientů blížila léčebnám (Kalvach et al., 1983). Mělo se jednat o lůžka vyčleněná pro následnou, doléčovací, chronickou, dlouhodobou, terminální i rehabilitační péči v rámci jednotlivých oddělení. Jejich počet nebyl stálý a odvíjel se spíše od počtu pacientů na oddělení, kteří dlouhodobou péči vyžadovali (Kalvach, 2004).

1.2 Současná situace v poskytování zdravotně sociálních služeb v České republice

Rychle se teď zorientujme v systému péče v České republice. Léčebny pro dlouhodobě nemocné, představují pouze jedenu z mnoha institucí a podob dlouhodobé péče. Zdravotnické nebo sociální služby pro osoby všech věkových skupin, mají formu ambulantní (terénní) nebo ústavní. Pro následující, pouze orientační rozdělení služeb v ČR, převzaté od Kalvacha (2004), byla hlavním kritériem forma péče. Nebere tudíž v potaz, zda jde o zařízení poskytující zdravotní nebo sociální služby. Terénní služby jsou poskytovány buď mimo klientův byt (např. denní centra, stacionáře v nemocnicích), nebo pečující za klienty vyrazí k nim domů (domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence). Služby ústavní pak můžeme zhruba rozdělit podle délky pobytu pacienta/ klienta na:

- pobyty akutní – většinou krátkodobé, nejčastěji v nemocnicích akutní péče
- pobyty subakutní – tedy dočasné, časově omezené, které poskytuje například respitní péče v případě nepřítomnosti pečovatele nebo rodiny u dlouhodobě nemocných, nebo azylové domy pro osoby v nepříznivé sociální situaci
- pobyty chronické, dlouhodobé, nezřídka i doživotní, umožněné v zařízeních poskytujících
 - pouze základní zdravotní péči – ústavy sociální péče zahrnující i domovy pro seniory
 - převážně zdravotní péči – LDN a ostatní odborné léčebné ústavy, nemocnice následné péče.

V České republice je dlouhodobá péče vymezena zákonem č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ovšem to, jak je právně stanovena a poskytována, neodpovídá mezinárodní koncepci zdravotně sociální dlouhodobé péče (long term care), jak ji chápe a rozvíjí Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (dále jen OECD). OECD pod pojmem dlouhodobá péče rozumí komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby v některých ze základních samoobslužných aktivit, jakými jsou hygiena, oblékání, schopnost najíst se samostatně, schopnost použít toaletu nebo se přesunout z postele či křesla. Snížená soběstačnost může být

způsobena chronickým onemocněním, může být ale i následkem zdravotního postižení tělesného nebo duševního charakteru (OECD, 2005 in Válková et al, 2010).

Kolektiv autorů publikace *Křehký pacient a primární péče*, chápe dlouhodobou péči jako koncept ucelené podpory lidí se závažným zdravotním postižením, jejichž potřeby jsou vždy zdravotně sociální (Kalvach et al., 2011). Zdravotní stav, ač stabilizovaný, přesto na neuspokojivé úrovni, je faktorem, který nesoběstačnost způsobuje. Využívání služeb dlouhodobé péče tedy sdružuje pacienty/ klienty všech věkových kategorií, u nichž potřeby zdravotní a sociální, jsou neoddelitelné. Nejpočetnější zastoupení mají ovšem osoby seniorského věku (Válková et al., 2010). Kalvach (2004) jako příklad, jak by se měly zdravotní služby s těmi sociálními prolínat, uvádí kombinovaná gerontologická centra, která by umožnila setrvat nemocnému seniorovi ve známém prostředí i při zhoršení zdravotního stavu, pouhou změnou spektra poskytovaných služeb. Odpadlo by pak přemísťování do někdy vzdáleného zařízení a pro dotyčného nutně nového prostředí.

Utváření konceptu dlouhodobé péče (LTC), jakožto „třetího sektoru“ na pomezí zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních i těch poskytovaných v domácím prostředí, vzrůstá jak v důsledku prodlužujícího se věku obyvatel, tak v důsledku stárnutí populace obecně (Kalavch, 2004). Jako o „třetím sektoru“ se o dlouhodobé péči hovoří proto, že má integrovat a doplňovat stávající sektory zdravotní a sociální, v žádném případě je v oddělené formě nezavrhuje (Čevela et al., 2012). Kromě demografických prognóz, jako další konkrétní argumenty, proč je přijetí této koncepce nezbytné, jsou uváděny například: dosavadní nízká kvalita dlouhodobé péče v ošetrovatelských zařízeních typu LDN, neúčelnost a ekonomická neudržitelnost dlouhodobé ústavní péče, nebo změna struktury a funkce rodiny v čase, spolu s poklesem kapacity pro dlouhodobé ošetřování svých nemocných příbuzných (Kalvach et al., 2011).

Důležitým předpokladem pro to, aby mohla být koncepce dlouhodobé péče naplněna, je tedy překlenutí překážek mezi službami zdravotní a sociální péče. Ty jsou v České republice rozděleny mezi dva rezorty, a to Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Tato dvoukolejnost má svůj počátek v 50. letech minulého století. Původně smysluplné rozdělení se stalo poměrně brzy překonaným a tudíž nefunkčním. Klientela

využívající služby sociální a zdravotnické se především v seniorské kategorii začala prolínat. Další důvody, proč by k prolnutí sociální a zdravotní sféry mělo dojít, jsou organizační, právní a finanční aspekty (Kalvach et al., 2011). Posledně jmenované hledisko zdravotně sociální problém v ČR ještě více podtrhuje tím, že zdravotnictví je financováno fondově z veřejných rozpočtů zdravotních pojišťoven, zatímco sociální služby prostřednictvím MPSV, ze státního rozpočtu, protože tyto peníze nelze spojit (Medical Tribune, 2019).

Přes snahu odborné veřejnosti, i přes to, že v duchu představ OECD je dlouhodobá péče definována i v Národním programu přípravy na stárnutí, Česká republika na integraci zdravotních a sociálních služeb v systém dlouhodobé péče, který by reflektoval smíšené (zdravotně sociální) nároky na péči osob nesoběstačných, teprve čeká.

Zřizovateli léčeben pro dlouhodobě nemocné jsou podle dat z roku 2013 v šesti případech ministerstva (MZ ČR, MO ČR) a 67 léčeben je nestátních, spravovaných krajem, městem/ obcí, právnickou osobou, nebo církví (Zdravotnictví ČR: Lůžková péče 2013, 2014).

Lůžkový fond LDN čítal ke konci roku 2017 celkem 3 472 lůžek, v 35 léčebnách pro dlouhodobě nemocné, což je o 123 lůžek méně, než v předchozím roce (Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2017, 2018). Oproti dřívějším letům, kdy počet LDN na území České republiky dosahoval téměř dvojnásobného počtu, je nutné zohlednit, že od 1. 1. 2016 došlo v evidenci LDN k administrativním změnám, a to takovým, že LDN, které byly začleněnými zařízeními poskytovatele zdravotních služeb, byly zrušeny a převedeny na poskytovatele jako oddělení. Došlo tak na jedné straně k nárůstu počtu lůžek v kategorii nemocnic akutní péče a na straně druhé k výraznému úbytku počtu lůžek u léčeben pro dlouhodobě nemocné (Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2016, 2017). Jen v roce 2016, bylo takto přeevidováno 3 350 lůžek ve prospěch kategorie nemocnic akutní péče a k těmto změnám docházelo i v roce 2017. Nicméně i přes zohlednění dříve zmíněných administrativních změn, dochází od roku 2012 k trvalému snižování počtu lůžek LDN. Jen pro porovnání stavu před výše uvedenými administrativními změnami a po nich, na konci roku 2012 fungovalo na území České republiky 74 léčeben, s celkovým počtem 7 204 lůžek (Zdravotnictví ČR: Lůžková péče 2012, 2013). V roce 2015, už hovoříme o 66 léčebnách se 6 970 lůžky (Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2015, 2016) a v roce 2017 šlo o již zmíněných 35 léčeben pro dlouhodobě nemocné. Vzhledem k současnému

trendu, kterým je zkracování doby hospitalizace na dražších akutních lůžkách, a k demografické situaci, vzrůstá nejen potřeba navyšování lůžek následné péče, ale také jejich dostupnosti.

1.2.1 Důvody hospitalizace a poskytovaná péče v LDN

Jak již bylo na začátku kapitoly uvedeno, léčebny pro dlouhodobě nemocné, řazené mezi takzvané odborné léčebné ústavy, poskytují péči následnou a dlouhodobou. Pacient je indikován k hospitalizaci v LDN v případě, že u něho byla stanovena diagnóza a jeho zdravotní stav je stabilizovaný, pouze charakter základního onemocnění neumožňuje ambulantní formu rehabilitace nebo ošetrovatelskou zdravotní péči v domácím prostředí. Dále musí pacient vyžadovat léčbu, léčebnou rehabilitaci či ošetrovatelskou péči přesahující 3 hodiny denně nebo přesahující tři návštěvy denně (Dolanský, 2008).

Dlouhodobá péče poskytovaná v zařízeních typu LDN je charakterizována chronicitou, pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby. Cílem poskytování takové péče je stabilizace zdravotního stavu pacienta, omezení následků nemoci a obnovení soběstačnosti do té míry, aby byl umožněn návrat do domácího prostředí, popřípadě odchod do zařízení sociální péče (Kalvach, 2004). Kalvach (2004) dále dodává, že vedle péče ošetrovatelské, která je hlavním těžištěm péče v LDN, je to také oblast léčebné rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie, které mají zlepšit zdravotní stav a obnovit sebeobsluhu pacientů natolik, aby byl návrat do běžného života možný v co nejkratší možné době.

Pobyt v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, mají pacienti plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. K podmínkách hospitalizace v léčebnách a jejímu financování se vrátíme později. V souvislosti s možnou délkou pobytu pacienta v zařízení se můžeme setkat s mýtem maximální délky pobytu nemocného v délce trvání 3 měsíců. Tento údaj je zmiňován jak v internetových diskusích, tak v odborné literatuře. V některých případech je z formulace pisatele těžké pochopit, zda je pobyt skutečně limitován, nebo zda jde o údaj pouze orientační, sloužící ke zpřesnění předpokládané délky stonání pacientů k pobytu v léčebnách indikovaných. Za všechny uveďme 2 formulace, které tomuto milnému přesvědčení nahrávají: „V LDN je pobyt pacientů limitován na dobu maximálně tří měsíců.“ (Haškovcová, 2012,

s. 111) „Doba hospitalizace by měla trvat maximálně do tří měsíců, je závislá na diagnóze, zdravotním stavu pacienta-pojištěnce, na funkčních vyšetřeních, testech, atd..“ (Dolanský, 2008, s. 96) Devadesátidenní lhůta pro hospitalizaci v LDN tu oficiálně nebyla v době jejich vzniku (Haškovcová, 1990), a neexistuje ani v současné době. Veřejný ochránce práv ve své tiskové zprávě (2010) uvádí, že obavy z tříměsíčního limitu mohou plynout z praxe v 90. letech, kdy MZČR metodickým pokynem stanovilo 3 měsíce jako dobu, za kterou je možné zvládnout zdravotní problémy většiny pacientů léčených pro dlouhodobě nemocné. Ombudsman dále přiznává, že se s několika případy ukončení hospitalizace v léčebně po uplynutí zmíněné doby setkal. V těchto případech ale došlo k protiprávnímu jednání (Veřejný ochránce práv, 2010).

1.2.2 Přijetí pacienta k hospitalizaci v LDN

Pokud to kapacita zařízení dovoluje, je klient k hospitalizaci přijat na základě podání žádosti o přijetí. Tuto žádost může podat sám klient nebo jeho rodina. Pobyt je pak realizován na základě doporučení zařízení akutní lůžkové péče, praktického či odborného lékaře, nebo při zhoršení zdravotního stavu doporučí klienta k hospitalizaci zařízení sociální péče (Motejl, 2006). S hospitalizací musí pacient vyslovit souhlas vždy, kromě zvláštních případů upravených § 38 Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Stejný zákon navíc v § 28 stanovuje právo pacienta na volbu poskytovatele zdravotních služeb, dle svého výběru.

Při návštěvách léčených se bývalý ombudsman (Motejl, 2006) setkal i s případy, kdy o přijetí nebo nepřijetí na lůžko rozhodoval primář LDN. V popsanych případech jako podklad pro rozhodnutí o přijetí soužila tzv. indikační kritéria, která vedle zdravotního stavu a nákladnosti léčby pacienta zohledňovala i to, zda a jak byla vyřešena sociální situace přijímaného pro případ, až bude léčba ukončena. Informace o prostředí, kam bude pacient propuštěn z léčebny, byly součástí žádosti o přijetí a můžeme je v přihlašovacích formulářích některých léčených najít i dnes. Léčebny se tak zřejmě snažili předejít problémům spojeným s propuštěním pacienta, kdy není možné propuštění do domácího prostředí, ale stejně tak není možné pacienta přeložit do ústavu sociální péče, z důvodu vyčerpané kapacity zařízení.

1.2.3 Struktura pacientů

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny všem pacientům bez ohledu na věk, u nichž se předpokládá, že doba nezbytná pro doléčení a případnou rehabilitaci bude relativně dlouhá. Ve skutečnosti jsou do léčeben přijímáni v drtivé většině pacienti staří a potvrzují to i některé statistické údaje. Ty, ačkoliv se napříč zdroji liší, v důsledku časové různosti sběru dat a jejich rozsahu, udávají průměrný věk pacientů téměř 80 let (Motejl, 2006). V roce 2002 byl podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR průměrný věk pacienta LDN 75 let (ÚZIS, 2003). Zmíněný věkový průměr je vcelku pochopitelný. Seniorská populace se oproti mladším věkovým skupinám vyznačuje celkově vyšší morbiditou, a zvláště pak výskytem chronických a degenerativních onemocnění, která mívají invalidizující potenciál (Topinková, 2005). Staří lidé navíc pro částečné až úplné uzdravení, potřebují delší čas (tamtéž).

K pobytu v LDN jsou přijímáni pacienti s různými chronickými nemocemi, po závažných traumatech s poruchami hybnosti, pacienti po operacích, cévních mozkových příhodách, pacienti trpící demencí, imobilní, inkontinentní i pacienti v terminálním stádiu nemoci (LDN Rybitví, 2019).

Z hlediska péče, která je pacientům v LDN poskytována, bychom spektrum pacientů mohli rozdělit podle toho, zda jejich zdravotní stav vyžaduje:

- a) rehabilitaci a doléčování – jde o pacienty po nejrůznějších traumatech, operacích, amputacích, u nichž je potřeba zachovat a zvyšovat mobilitu, soběstačnost a sebeobsluhu
- b) dlouhodobou odbornou ošetrovatelskou péčí – jedná se o pacienty stížené chronickým onemocněním, kdy už pominula akutní fáze, a jejich stav je stabilizovaný
- c) paliativní péči – poskytovanou pacientům trpícím nevyлéčitelnou chorobou, ať už v pokročilém či terminálním stádiu (Motejl, 2006).

V roce 2017 bylo v léčebnách dlouhodobě nemocných hospitalizováno 18 027 pacientů. Šlo nejčastěji o pacienti trpící nemocemi oběhové soustavy, s největším zastoupením pacientů s cévním onemocněním mozku. Na druhém místě v četnosti jsou onemocnění svalové a kosterní soustavy a početně významná je také skupina diagnóz zahrnující poranění, otravy a některé jiné

následky vnějších příčin. Poslední skupinu nemocných tvoří převážně pacienti s frakturou kosti stehenní (Zdravotnická ročenka ČR 2017, 2018).

1.2.4 Hrazení péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné

Pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dané zdravotnické zařízení musí mít s pojišťovnou sjednanou smlouvu o poskytování zdravotních služeb. Teprve pak je péče hrazena podle vyhlášky č. 134/ 98 Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami. Platba za péči v LDN se skládá v tzv. lůžkodne, čili paušální sazby stanovené pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně. Tato sazba zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorii pacienta podle seznamu zdravotních výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření a výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu zdravotních výkonů (VZP, 2017). Maximální počet dní hrazených paušální sazbou v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, je 90 dní. Po uplynutí této doby, je stanovena paušální sazba za každý další ošetrovací den na 70% původní paušální sazby. Případné prodloužení hospitalizace, kdy nadále trvá indikace k poskytování zdravotních služeb, musí schválit revizní lékař. V takovém případě je hospitalizace nadále hrazena 100% příslušné paušální sazby (VZP, 2017).

Schválení revizním lékařem má předejít zneužívání plně hrazených služeb zdravotnického zařízení k tzv. sociálním hospitalizacím. K těm v minulosti často docházelo. Jak bylo již dříve uvedeno, rozdíly mezi klientelou domovů důchodců (DD) a LDN, především klientelou seniorskou, se postupně od 50. let 20. století stíraly, až došlo k jejímu splnutí. Pobyt v DD si ovšem, na rozdíl od pobytu ve zdravotnickém zařízení, senior musel a musí platit a tak kromě vyčerpané kapacity DD, bylo setrvání seniora v LDN motivováno také finančně, ať už ze strany seniora samotného nebo jeho rodiny. Jak uvádí Haškovcová (2012): „U dotyčného seniora bylo vždy možné najít »něco«, co bylo žádoucí léčit.“ Sociální hospitalizací dnes, stejně jako v minulosti, je myšlen pobyt občana ve zdravotnickém zařízení, kdy již pominuly medicínské důvody pro jeho setrvání, avšak vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen se obejít

bez pomoci další osoby, a proto nemůže být ze zdravotnického zařízení propuštěn. Podmínkou takové praxe je, že pacientovi nemůže být z kapacitních nebo odborných důvodů poskytnuta potřebná péče v ústavech sociální péče nebo prostřednictvím pečovatelské služby, přestože splňuje podmínky pro poskytování sociálních služeb (Bruthansová et al., 2000). Nyní je v takovém případě možné pacienta ve zdravotnickém zařízení ponechat na tzv. zdravotně sociálním lůžku, kdy indikovanou zdravotní, ošetrovatelskou a rehabilitační péči nadále hraří zdravotní pojišťovna, ovšem ne tak u pobytových služeb. Na těch se pacient podílí částkou 300 Kč/ den a zdravotnickému zařízení náleží i případný priznaný příspěvek na péči (VZP, 2019). Vzhledem k tomu, že částka 300 Kč/ den nestačí na skutečné náklady, zdravotnická zařízení nezřídka sociální hospitalizace ve svém ústavu nepřiznávají (Wnenková, 2016).

1.2.4.1 Problematika financování následné péče

Přes nasmlouvané úhrady od zdravotních pojišťoven, se sektor následné péče dlouhodobě potýká s finančními problémy přesto, že podle ministerstva zdravotnictví úhrady na následnou péči rostou od roku 2013. Na závažnost situace znovu upozornila společná konference Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) a Asociace nemocnic ČR (ANČR), na téma následné péče, která se konala 3. dubna 2019. Zde zveřejněná analýza nákladů 61 zařízení následné péče s téměř 9000 lůžky ukázala, že paušální sazby za lůžkoden nestačí na pokrytí skutečných nákladů na ubytování, stravu, energie, služby a přímé medicínské náklady. Ty jsou někdy až o 1000 Kč na ošetrovací den vyšší, než co uhradí zdravotní pojišťovny. Dlouhodobý nedostatek financí se pak projevuje v dopadu na kvalitu poskytované péče (Medical Tribune, 2019).

Léčebny, které jsou bez zázemí velkých nemocnic, se potýkají s tíhou obstarávání finančních zdrojů nad rámec plateb od zdravotních pojišťoven (Motejl, 2006). Vzniklý finanční deficit v rozpočtu je u některých zařízení pokrýván jejich zřizovatelem či v rozporu se zákony o veřejném zdravotním pojištění, z kapes pacientů a jejich rodinných příslušníků (Medical Tribune, 2019). Těm je, jak zjistila veřejná ochránkyně práv, nabízeno například uzavírání darovacích smluv ve prospěch zařízení ihned při přijetí pacienta, nebo si zařízení účtovalo příplatky za nadstandartní pokoj, který se od ostatních pokojů lišil pouze počtem lůžek (jedno-, dvoulůžkový) a nebyly zaznamenány žádné větší rozdíly ve vybavení pokojů standartních a nadstandartních. Navíc dotázaní pacienti ani neměli možnost si mezi pokojem s doplatkem a

bez doplatku vybrat. Z práva z návštěv veřejného ochránce práv v LDN dále popisuje i případ léčebny, ve které nebyly jiné pokoje, než nadstandartní, a pacient tak byl svým pobytem vázán k finanční spoluúčasti. Ta se vyšplhala až na částku 300 Kč/ den za dvoulůžkový pokoj a 500 Kč/ den u pokoje jednolůžkového (Šabatová, 2017). Zaznamenány byly také případy, kdy si pacienti hradili jednorázové pomůcky jako například pleny nebo nadstandartní hygienické potřeby, přičemž o deklarované dobrovolnosti příspěvku ze strany nemocných, bylo pochybováno (Motejl, 2006).

Pokud rozdíl ve výdajích na ubytování, stravu, energie, služby a léky doplácí zřizovatel, jsou pak logicky omezeny investice do vybavení zařízení a peníze nezbyvají ani na opravy budov samotných. Pacienti tak často leží ve stavebně nevyhovujících objektech (Štoll et al., 2019).

Výzva účastníků konference upozornila také na závažné změny ve věkové struktuře obyvatelstva. Demografická situace v České republice se dlouhodobě nevyvíjí příznivě. Údaje Českého statistického úřadu (ČSÚ) z roku 2017 jasně ukazují, že proces stárnutí populace v Česku nadále pokračuje. Projevuje se to zvyšováním průměrného věku obyvatel, hodnoty indexu stáří i podílem osob ve věku 65 a více let. Podíl osob ve věku 65+ byl v roce 2017 19,2%. Jen za 10 let tak došlo k nárůstu počtu seniorů v populaci o 4,6% (ČSÚ, 2018). ČSÚ v populační prognóze ČR do r. 2050 uvádí, že podle střední varianty, by podíl obyvatel ČR starších 65 let, dosáhl 31, 3% (ČSÚ, 2004). Průměrný věk obyvatelstva ČR od 80. let 20. století plynule roste a v roce 2017 dosáhl na 42, 2 let. Proces stárnutí můžeme sledovat také na vývoji indexů, které popisují vzájemný početní vztah jednotlivých věkových skupin. Index stáří, který vyjadřuje poměr počtu osob starších 65 let a osob ve věku 0 – 14 let, dosáhla v roce 2017 hodnoty 122,1 seniorů ve věku 65+ na 100 dětí do 15 let věku. Tento ukazatel nepřetržitě stoupá více než třicet let a již v roce 2006 byla zaznamenána převaha počtu seniorů nad dětmi. Index závislosti, další spíše ekonomický ukazatel, porovnává vztah produktivní a neproduktivní složky populace. Za produktivní složku se považují obyvatelé ve věku 20 – 64 let. V roce 2017 byl index ekonomické závislosti 64, 8 závislých osob na 100 osob v produktivním věku (ČSÚ, 2018).

Podle projekce ČSÚ, bude v roce 2066 každý desátý obyvatel České republiky starší 85 let. To znamená zvýšení indexu stáří z 122,1 v roce 2017 na 243 a indexu ekonomického zatížení

z 64,8 na 102 v roce 2066 (Štyglerová et al., 2010). Neustálý přesun obyvatelstva do vyšších věkových kategorií, spojeným s nárůstem nemocnosti ve vyšším dosaženém věku, nutně povede k většímu finančnímu zatížení především v oblasti zdravotní a sociální péče. Zatím co ve věku 10 – 14 let bylo na tisíc obyvatel zaznamenáno 77,8 hospitalizací, ve věkové kategorii 85+ to bylo 676, 2 hospitalizací, což je 8,7 krát tolik. (ÚZIS, 2018).

Velmi důležitým ukazatelem pro plánování kapacit a finančních prostředků na zdravotní a sociální péči je střední délka života obyvatelstva České republiky a délka života, kterou prožijí ve zdraví. Podle dostupných dat Eurostatu pro Českou republiku, je střední délka života neboli naděje dožití (*life expectancy*) pro muže narozené v roce 2016 76, 1 let a pro ženy 82,1 let (Eurostat, 2018). Délka života ve zdraví, bez omezení (*healthy life years*) pak 62, 7 let u mužů a 64 let u žen (Eurostat, 2019). Znamenalo by to, že muž narozený v roce 2016 stráví přibližně 13, 4 let života v nemoci, u žen čísla odkazují na 18, 1 let prožitých v nemoci. Pokud údaje o České republice srovnáme například s údaji o Švédsku, zjistíme nejen, že střední délka života a délka života ve zdraví je u obyvatel této země delší, ale Švédové stráví kratší období v nemoci. U mužů jde o 7,6 let strávených v nemoci, u žen 10,8 let. Pokud dále srovnáme údaje z roku 2016 s údaji z roku 1962, zjistíme, že spolu s rostoucí střední délkou života obyvatel České republiky, se prodloužila i doba, kterou obyvatelé prožijí s nějakým zdravotním omezením. Analogicky k tomu, budou nemocní potřebovat více kapacit (lůžek i ambulancí) a finančních zdrojů. (Medical Tribune, 2019).

Jako další příčinu rostoucích nákladů na následnou péči, vidí zástupci AČMN a ANČR kromě stárnutí obyvatelstva a skladby pacientů často polymorbidních a chronicky nemocných, a tudíž náročnějšími na péči, také to, že pacienti bývají na lůžka následné péče posíláni nedoléčení, popřípadě nedovyšetření. To s sebou nutně přináší vyšší náklady na péči, především náklady medicínské. Za tímto problémem prý stojí nový systém financování péče na akutních lůžkách, podle tzv. DRG (*Diagnosis Related Group*), který nemocnice nepřímou nutí k předčasnému propuštění pacientů z akutní péče tam, kde se předpokládá delší doba hospitalizace nebo přidružené sociální problémy (Medical Tribune, 2019).

Jedním z problémů je také to, že léčebny pro dlouhodobě nemocné, jakožto zdravotnická zařízení, nemohou čerpat příspěvek na péči, který náleží pečujícím domácnostem a sociálním

zařízením. Nárok na příspěvek na péči získá léčebna pouze v případě, že byl pacientovi přiznán a jak již bylo zmíněno, je pacient veden na tzv. sociálně zdravotním lůžku (Senková et al., 2019).

2 Stereotypizace léčeben pro dlouhodobě nemocné

Jak již bylo v předchozí kapitole řečeno, léčebny pro dlouhodobě nemocné existují v systému českého zdravotnictví již poměrně dlouhou dobu a to od roku 1974. Za čtyřicet pět let svého fungování a koexistence s jinými zdravotnickými a sociálními zařízeními, si získali své místo v povědomí veřejnosti. Za důkaz toho můžeme považovat vnik lidového označení „eldéenka“, se kterým se v hovorové češtině lze běžně setkat. Nemusíme dlouze hledat, abychom na internetu narazili na články, týkající se léčeben pro dlouhodobě nemocné, které se zabývají konkrétními případy, osudy lidí, kteří v nich byli, kvalitou péče v nich poskytované nebo postavením LDN v systému péče vůbec. Tak či tak, jde o téma, které je pro spoustu lidí i institucí velmi citlivé a jakékoliv zmínky o něm vyvolávají ve společnosti vášně a podněcují sáhodlouhé debaty.

Přesto, že se podmínky v léčebnách od svého vzniku zlepšily, tak jako se zlepšovaly i v jiných odvětvích zdravotnictví, jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné pro spoustu lidí, zařízeními se špatnou pověstí. Můžeme se setkat s hanlivým označením: „odkladák“, „eldéena“, „poslední stanice“, „umírárny“, a negativně je vnímáno i označení „eldéenka“, které je podle ředitelky Odborného ústavu Paseka, Zdenky Polzarové, pro zařízení dehonestující a zprofanované (Štoll et al., 2009).

Na internetu narazíte na různé negativní komentáře a příspěvky v diskusích pod články, které jen rozdmýchávají negativní emoce vůči LDN. Stačí jeden takový exkurz, důvěra v psané a máte pocit, že ve všech léčebnách pro dlouhodobě nemocné to chodí právě tak jak dotyčný, často anonymně se ohánějící osobní zkušeností, líčí.

Pro ilustraci jsem vybrala jeden dotaz na diskusním fóru ProMaminky.cz z 6. 2. 2017, kde se pisatelka sama přiznává, jak LDN jako takovou vnímá. Navíc toto vnímání připisuje na vrub všeobecně zažitě představě. Dotaz je uveden níže a doplněn několika nejzajímavějšími odpověďmi.

„Když slyším LDN vidím "poslední stanici" :(... Od kamarádky babicka byla v LDN a tam jí prý pomohly, začala chodit a vypadala zdravěji.. Máte někdo nějakou zkušenost v rodině s LDN? Zajímalo by mě jestli je to jen zažitá představa nebo skutečnost.. Je to pro mě celkem důležité.

- *Asi jak která LDN...nám tam strýc dal dědečka, brali jsme si ho od tama asi po měsíci a chytil tam tam leda svrab a dost sešel...kdysi dávno jsem učila na zdravotnické škole a jednou jsem tam byla se studenty, byla to hrůza....ten smrad a špína...ale jak říkám, asi jak kde.*
- *Byla tam babička a umřela tam. Moc se tam o ne nestarají.*
- *Byla tam naše sousedka, moc milá paní a bohužel už není mezi námi. Chodila jsem tam za ní a říkala mi, že když potřebovala na velkou, tak za ní nikdo nepřišel, aby ji pomohl na záchod a ona v tom pak musela být 2 hodiny, než se někdo uráčil přijít. Bohužel nebyla schopná si sama dojít na záchod, špatně se pohybovala. Když dostala jídlo, tak nikdo nekoukal, že snědla třeba jen trošku a že se nenajedla, zvlášť, když se jí klepala ruka. Její stav se tam čím dál víc zhoršoval. Sama mi řekla, že je to pro ní konečná*
- *Nemám takovou zkušenost, většinou je to žel tak, že odtud už těžko někdo odejde po svých....*
- *Byla jsem tam v rámci školy na praxi a bylo to pro mě hodně náročné a ne zrovna příjemná zkušenost... Určitě záleží na konkrétním zařízení a hlavně na přístupu personálu tam*
- *Tatškova teta byla dlouho v LDN a teď celkem soběstačně žije v domově pro seniory.*
- *není LDN jako LDN, jeden děda byl na LDN, kde jich bylo na pokoji 8, v noci 1 sestra na jedno patro, smrdělo to tam.... A bohužel velmi brzy zemřel. Druhý je jinde, je mu přes 90 a už je tam 2 roky. Ale prostředí a hlavně přístup personálu je nesrovnatelný.*
- *Strašně záleží na konkrétní a na lidech. Většinou mám přímé nebi hlavně zprostředkovane zkušenosti velmi špatné. Často se tam zdravotní stav rapidně zhoršil,privazovali je k židli atd. Často mají podstav zaměstnanců a ti nestihají,takže s nimi nechodí a různě si to ulehčují atd. Pokud o nějaké uvažujete,doporučuju se podívat přímo na místo! Mluvím o klasických LDN...ne o soukromých,ale tam se to taky hrozně liší. Je to moc o lidech a penězích.*
- *no nikdo tam asi nechce a stáří je smutný*
- *Nechce tam nikomu hlavně kvůli tomu co se člověku vybaví když slyší ldn (pozn. reakce samotné autorky dotazu)*

(ProMaminky.cz, 2017)

Ve výše uvedených příspěvcích z jedné diskuse, se objevují jak negativní tak i pozitivní zkušenosti s LDN a pisatel upozorňuje, že zkušenosti a pohled na kvalitu péče a přístup v těchto zařízeních, nelze paušalizovat. Bohužel ale můžete narazit i na internetové stránky, blogy a různé články, které ukazují pouze jednu stranu mince. Jako příklad bych uvedla blog s názvem *Ze života obyčejných lidí*, kde příspěvek z 24. 2. 2018 s názvem LDN obsahuje 13 negativních zkušeností s LDN, zkušeností vlastních nebo takzvaně z doslechu od známých.

Abychom nedávali prostor jen negativním zmínkám o LDN, na stránkách jednotlivých zařízení, můžeme narazit na pochvaly a poděkování pacientů samotných, nebo jejich rodin, které chválí personál za „*trpělivou a plnohodnotnou péči*“, „*profesionální a laskavý přístup*“ (LDN Hradec Králové, 2018). Tyto kladné recenze jsou dobrou vizitkou zařízení a je pochopitelné, že je na svých stránkách uveřejňují. Často však nejsou tím prvním, na co člověk při hledání zpráv o LDN narazí.

Pokud vezmeme v potaz výše uvedené skutečnosti, nabízí se úvaha, zda ve vztahu k LDN nedochází, anebo již nedošlo ke stereotypizaci.

Stereotypy jsou pro člověka berličkou k poznávání okolního světa, který svým rozsahem překonává jeho kognitivní kapacitu. Jak uvádí Hartlův Psychologický slovník (2009), používání stereotypů nám umožňuje rychlé zpracování a uložení informací, i když za cenu jejich zkreslení. Jejich používání je pro uživatele pohodlné. O původu slova stereotyp Slovník spisovné češtiny říká, že jde o ustálenou automatizovanou představu, či zjednodušené a ošklivé pojetí daného objektu (Havránek et al., 2011). Stereotypy jsou jakousi projekcí našeho já, jsou úzce spjaty s identitou jedince a sociální skupinou, ve které žije. Zda se ve společnosti stereotyp uchytí, záleží na tom, jak velkou míru konsenzu vyvolá, jeho podoba je vyjádřením všeobecného souhlasu (Dyer, 1999). Ve stereotypu se skrývá naše já, naše hodnoty, představy, naše pocity z okolního světa. Pomáhají nám vytvářet konzistentní a tudíž jednodušší pohled na svět. Setkáme-li se tedy s něčím dosud neznámým, máme potřebu nazírat na daný objekt prostřednictvím ustálených stereotypů a reálné vidění dané věci značně utrpí. Zajímavá je také reakce na narušení stereotypu. Jelikož změna takového myšlení je nesnadná, a útok na něj je jako útok na samotného člověka, je reakce provázena negativními emocemi (Lippmann, 1932).

Základním důsledkem aplikace stereotypů, je předsudek. Vyhnout se předsudkům vůči někomu nebo něčemu je těžké, ale jak popisuje Patricia Devine ve své studii z roku 1989, každý jedinec se může rozhodnout, zda předsudky přijme, nebo je odmítne. Vyžaduje to ovšem mnohem více námahy na vytvoření další kognitivní struktury, která by nově nabyté přesvědčení odrážela.

Stereotypní vidění dané věci je podmíněno určitými skutečnostmi, nebo jsou tyto skutečnosti již do samotného stereotypu zahrnuty. Chceme-li tedy zjistit, co se na stereotypizaci LDN podílí, co vytváří a napomáhá vytvářet obraz „eldéenek“, podívejme se opět na internet a do tištěných zdrojů, a zkusme tato témata vypíchnout. Samotná role médií v šíření stereotypů ve společnosti, je nezanedbatelná. Média jsou všudypřítomná, což šíření stereotypů nahrává (Mutz, Goldman 2010). Navíc média jsou nucena své zprávy zjednodušovat a zkracovat, jelikož čtenáři jsou stále méně ochotni číst dlouhé zprávy a věnovat vyhledávání informací obecně delší čas (Bartošek, 1997). Media se navíc logicky snaží získat nebo neztratit čtenáře, a tak obsah jejich zpráv musí odpovídat pohledu většiny jejich cílové skupiny. Je také známo, že texty, které jsou nabitě negativními emocemi či referují o šokujících záležitostech, vyvolávajících strach, přitahují větší pozornost publika (Fluckiger, 2006).

7. července 2008 byl na iDNES.cz uveřejněn investigativní článek s názvem: „*Za dmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES*“. O co v něm ve stručnosti šlo? Reportér MF DNES Ondřej Šťastný se nechal zaměstnat jako sanitář v jedné pražské LDN. Že je novinář pochopitelně zamlčel. Celá investigace trvala pět dní. Při čtení výsledné reportáže, která je poněkud emocionálně laděná, a která měla odhalit hrubé zanedbávání péče o pacienty, se člověk nemůže ubránit dojmu, že senzacechtivost zde určitou roli sehrála. Reportér referuje o falšování chorobopisů, kterého byl svědkem, o vulgárním označení pacientů v jejich nepřítomnosti jednou ze zaměstnankyň, o zanedbávání péče ve smyslu nesledování množství přijatých tekutin, nereagování na zvonek signalizace apod. Ovšem sugestivní popis ranní hygieny na lůžku a komentáře samotného reportéra, cituji: „*po dvou dnech se s prací psychicky vyrovnávám*“, „*Sorry, do toho fakt nejdu.*“, nebo „*Osmdesátiletá pacientka jen leží a sípe. Crčí ze mne pot, klepou se mi ruce a chce se mi zvracet.*“ v očích běžného člověka může dotvořit strašný obraz toho, co se v LDN děje. Navíc v úvodu reportáže autor udává, že se nechal v léčebně zaměstnat proto: „*aby odhalil poměry v léčebnách, kde kvalitu péče skoro nikdo nekontroluje.*“ Jako

problematické se jeví, že reportér chce na základě návštěvy jedné LDN, odhalit poměry ve všech léčebnách a tak zjištění z jedné LDN možná nevědomě paušalizuje. Reportér na druhou strany několikrát ve zkratce uvede, že personálu v léčebnách je nedostatek, není dostatečně zaplacen, a že popsaný přístup k pacientům, nevykazoval veškerý personál.

Reakce na tento článek na sebe nenechaly dlouho čekat. Kromě diskusí pod samotným článkem, reagoval na tuto zprávu redaktor Reflexu Jiří X. Doležal, který jasně formuloval myšlenku, že celý skandál vyvolaný touto reportáží, není ani tak novinářskou fabulací a mediální manipulací, jako spíš nedorozuměním. Dotyčného ani deník MF Dnes neobviňoval ze lži, ale problém spatřoval v tom, že reportér *„prostě zabrousil do prostředí, které je pro pozorovatele v jeho čtyřicetiletých letech a bez zkušeností s umíráním natolik zátěžové, že na ně musel emotivně reagovat. Musel také najít nějaké jednoduché vysvětlení, viníka a možnost tu hrůzu, kterou viděl, odstranit“* (Doležal, 2008).

S více jak měsíčním zpožděním na reportáž z prostředí LDN reagoval Tomáš Novotný (2008) v Medical Tribune. Ten upozornil na to, že veřejnost z tohoto článku snadno mohla nabýt dojmu, že reportér odhalil skandální skutečnosti, o kterých se „záměrně“ nemluví. Jedním dechem však dodává, že na neuspokojivý stav v léčebnách dlouhodobě nemocných a vůbec v celém segmentu geriatrické péče, odborníci upozorňují již řadu let.

Bohužel vylepšení celkového obrazu léčeben často nepřispívají ani odborné články a výpovědi lidí, kteří se neskrývají za přezdívkami a iniciálami, a mají naopak k dané problematice z pozice své profese co říci. Tak se v materiálu s názvem Pacienti určený k likvidaci, který se věnuje především neutěšené finanční situaci LDN, dozvídáme, že zařízení *„dávají svým pacientům jen tak málo, na co dostanou peníze. Podle toho pak péče vypadá a celou zemí dál obchází strach ze zlopověstných „eldéenek“ – nikomu se tam nechce a skoro všichni tam jednou musejí“* (Fiala, 2009).

Pokusme se tedy shrnout do bodů některé skutečnosti, které stereotyp léčeben, ať už situačně jakkoliv pravdivý, vytváří.

- Historická východiska LDN – o historii vzniku léčeben pro dlouhodobě nemocné, bylo pojednáno již v první kapitole. Připomeňme, že léčebny při svém vzniku neměly nejlepší

startovní pozici. Jak uvádí Kalvach (2004), v roce 1974 se zkrátka takzvaná interní oddělení 2. typu přejmenovala na léčebny pro dlouhodobě nemocné. Stejně zařízení, nový „kabát“. LDN tak již v době svého vzniku převzala něco pověsti zařízení, které pamětníci znali pod pejorativním názvem „odkladová interna“, „odkladák“ (Haškovcová, 2002), „umírárny“ či „poslední stanice“ (Kalvach, 2004).

- Mediální obraz – to jaký mají ke stereotypům média vztah, je probráno výše, včetně uvedení konkrétní reportáže z jedné pražské LDN, která v době svého publikování vyvolala vášnivou debatu. Kausa, která spíše šokujícím způsobem upozornila na neutěšenou situaci okolo LDN, o což se nejrůznější odborníci snažili již roky před tím, dosud nevedla v oblasti dlouhodobé péče, jmenovitě jejím financování, k zásadnějším změnám.
- Osobní zkušenost – internetové stránky, příspěvky v diskusích jsou plné pozitivních i negativních a hlavně takzvaně „autentických“ zkušeností s LDN. Můžeme se setkat s popisem vlastní zkušenosti stejně jako popisem osobní zkušenosti 3. osoby. Můžeme také narazit na žádost o radu a názory diskutujících, jako to udělala pisatelka, jejíž dotaz je citován výše. Alena Slezáčková (2012) nás před bezvýhradným přejímáním těchto „na vlastní kůži“ zkušeností a řízením se doporučení druhých varuje a radí, abychom nedělali ukvapené závěry a pokusili se získat vlastní, byť letmou zkušenost.
- Věk a složení pacientů – Průměrný věk pacientů hospitalizovaných v LDN se pohyboval a pohybuje kolem 75 let (Kalvach et al., 1983). Tento fakt, jak uvádí Haškovcová (1990) přispěl k vytvoření mylné představy, že léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou profilovány, jen pro staré lidi, a že stáří samotné dotyčného indikuje k pobytu v takovémto zařízení. Složení pacientů léčebny z hlediska diagnóz a péče, kterou vyžadují, je rozebrán v podkapitole 1.2.3 Struktura pacientů. Záběr LDN v této oblasti je skutečně možná až příliš široký. Nad otázkou, zda LDN nejsou jen sběrným táborem jinde nežádoucích pacientů a tím, pro koho by tedy měly být určeny, se ve článku publikovaném v Medical Tribune zamýšlel Kalvach (2006). Ten upozornil, že není jasně určeno, pro koho zde LDN jsou, jestli pro rekonvalescenty s délkou pobytu do 3 měsíců, pro pacienty nepropustitelné, trvale upoutané na lůžko, či pro pacienty

vyžadující paliativní (hospicovou) péči, u kterých je pobyt spojen očekávatelně s vyšší úmrtností. Takto širokému spektru pacientů však v reálu neodpovídá ani výše povolených výdajů či hospicová úprava režimu i interiéru (Kalvach, 2006). Od léčeben se zkrátka lidově řečeno chce hodně muziky, za málo peněz. Samozřejmě přítomnost pacientů vyšších věkových kategorií a závažnost některých případů nutně souvisí s následujícím bodem.

- **Přítomnost smrti a úmrtnost** - Motejl (2006) ve své Zprávě z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných, potvrzuje Kalvachova slova sdělením, že LDN jsou vystavena množství případů nutné paliativní a gerontopsychiatrické péče. Nemocní v terminálním stádiu onemocnění byli hospitalizováni ve všech navštívených LDN, a to bez ohledu na to, zda se na poskytování paliativní péče specializují. Jedná se o zařízení, ve kterých logicky dochází nejen k léčení, ale i umírání a úmrtí pacientů. Často dochází k tomu, že na jednom pokoji je hospitalizován pacient pro rehabilitační péči spolu s pacientem v terminálním stádiu onemocnění. Tento problém vychází bohužel z nevhodných interiérových dispozic a často také plné obsazenosti lůžek. Koncepční přístup v případě terminálně nemocných, kdy pro ně bylo zřízeno zvláštní oddělení, ombudsman během svého šetření zaznamenal pouze u jedné z navštívených LDN (Motejl, 2006). Pro zajímavost, tato konkrétní LDN byla před přibližně osmi lety uzavřena, jelikož samotná budova, nevyhovovala bezpečnostním standardům pro provoz a provozovatel neměl finance na nezbytné úpravy (FN Brno). Úmrtnost v léčebnách a její četnost je také diskutovanou otázkou. Úmrtnost v léčebnách pro dlouhodobě nemocné je 2,5 – 3x vyšší než v nemocnicích, což je i vzhledem ke skladbě pacientů, přijímaných k doživotnímu ošetřování nebo typicky paliativní péči, pochopitelné (Kalvach et al., 2004). Není to ovšem tak, že by LDN bylo pro většinu svých pacientů místem posledního odpočinku. Podle dostupných dat za rok 2017, zemřel v LDN přibližně každý 5. zde hospitalizovaný pacient (Zdravotnická ročenka ČR 2017, 2018). Otázkou ovšem je, na kolik jsou tato data spolehlivá. Při vyplňování Listu o prohlídce mrtvého totiž existují případy, kdy lékař nesprávně jako místo úmrtí označil nikoliv LDN, ale nemocnici. Statistiky úmrtí v LDN by pak pravděpodobně ukázala čísla vyšší (Kalvach et al., 2004).

- Kvalita péče – Zajištění kvality péče v léčebnách naráží na finanční a personální limity, to ovšem potvrzuje i veřejná ochránkyně práv (Šabatová, 2017), která vidí rezervy především stran individualizace a podpory soběstačnosti pacientů, kdy popisuje sledovanou automatizaci péče. Právě její zpráva z návštěv LDN je jednou z nejrozsáhlejších exkurzí do prostředí LDN v poslední době. Článek redaktora MF Dnes, který obsahuje nařčení, že kvalitu péče v LDN skoro nikdo nekontroluje (Šťastný, 2008) a má tendenci zjištění z jedné LDN paušalizovat na všechna tato zařízení, přišel až po mnohem podrobnější a komplexnější kontrole, kterou provedl tehdejší ombudsman Otakar Motejl (2006). Ten v závěrečné zprávě většinu nařčení zmíněných v investigativní reportáži vyvrací. Daná reportáž iniciovala také předem neohlášené šetření pracovníky Všeobecné zdravotní pojišťovny, z jejichž závěrů vyplývá, že v 84% zkoumaných LDN, se setkali s péčí na velmi kvalitní úrovni (Medical Tribune, 2009).
- Personál – O nedostatečném personálním zajištění péče v LDN se také často hovoří. Šabatová (2017) tento fakt jen potvrzuje. Podle ní sice všechny navštívené léčebny splňovaly vyhláškou stanovené minimální počty pracovníků, ty však jsou, vzhledem k množství a náročnosti práce po nich požadované, podhodnoceny. Nízký počet především ošetrovatelského personálu se podle ní nejcitelněji odráží v již zmiňované individualizaci péče. Jinou stránkou věci je chování personálu vůči pacientům. Jana Taucherová (2015) ve své bakalářské práci zkoumala chování sester, jak ho vnímají samotní pacienti a jejich příbuzní. Většina pacientů hodnotila sestry pozitivně, ovšem připouštěli, že existují i výjimky. Stejně tak tomu bylo u hodnocení příbuzných pacientů. Z jejich výpovědí vyplynulo, že nespokojeni byli s chováním pouze jedné sestry. Tak tomu je i v jiných případech a selhání jedince, nikoliv celého ošetrovatelského týmu, bývá zmiňováno i v diskusích příspěvcích. *„Je to všechno v lidech. Znam zdravotní sestry, které svoji práci dělají rády a k pacientům se chovají fantasticky, rovněž tak sestry, které se k pacientům chovají naprosto hyenisticky až sadisticky, že rozum zůstává stát, proč šly tuto práci vůbec dělat“* (iDnes, 2008).
- Vícelůžkové pokoje – K vícelůžkovým pokojům se vyjadřují s časovým odstupem oba veřejní ochránci práv. Vzhledem k tomu, že léčebny u nás existují od 70. let, sídlí nezdědka ve starších budovách, kde jednotlivé pokoje mají kapacitu i šesti lůžek.

Takovéto dispozice už neodpovídají nárokům na moderní lůžkové zařízení (Motejl, 2006), nehledě k tomu, že jsou nevyhnutelně spojeny s narušením práva pacientů na soukromí (Šabatová, 2017). Problematické je také na čtyř, pěti a šesti lůžkových pokojích zajistit dostatek soukromí při hygieně a vyprazdňování. A nejsou to jen mnohalůžkové pokoje. V některých léčebnách například nebyla zřízena jídelna, a tak všichni pacienti jedli na pokojích u příslušných stolků nebo na chodbách. Dále pak často chyběla denní místnost (Šabatová, 2017).

Bavili jsme se o tom, jaké skutečnosti ke stereotypizaci LDN ve společnosti přispívají, i tom jaký mediální obraz se „eldéenkám“ vytváří. Jak ale vnímají tato zařízení samotní pacienti, kteří zde navíc dosud nebyli hospitalizováni, je jednou z výzkumných otázek, a budeme se na ni teprve snažit nalézt odpověď v empirické části této práce.

3 Stáří jakožto životní etapa

Průměrný věk pacientů hospitalizovaných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se podle různých zdrojů liší. Obecně však platí, že nejčastějšími pacienty LDN jsou pacienti vyššího věku. Proto je vhodné se věnovat stáří jakožto životní etapě člověka, se všemi charakteristikami a zvláštnostmi v samostatné kapitole.

Stáří je závěrečnou životní etapou, obdobím charakterizovaným somatickými a psychickými změnami. Jde o projev a důsledek funkčních a morfologických involučních změn, které u každého jedince probíhají individuálně. Obecně však tyto změny vedou k typickému obrazu, označovanému jako fenotyp stáří. Podílejí se na něm vlivy prostředí, zdravotního stavu, životního stylu a vlivy sociálně ekonomické a psychické. Jednotné vymezení a periodizace stáří, je vzhledem k různorodosti projevů a individuálnímu charakteru, obtížné. Tradiční je rozdělení stáří na stáří kalendářní, biologické a sociální. Stáří kalendářní (také chronologické) je snadno a jednoznačně stanovitelné, na druhou stranu nerespektuje individuální rozdíly stárnutí (Čevela et al., 2012). Světová zdravotnická organizace stanovila základní klasifikaci vyššího věku následovně (Haškovcová, 2002):

- 45 – 59 let – střední (zralý) věk;
- 60 – 74 let – vyšší věk, nebo rané stáří;
- 75 – 89 let – stařecký věk neboli senium;
- 90 < dlouhověkost.

Dále je tu stáří biologické, které je dáno dosažením určité úrovně involučních změn, které jsou nevratné. Pro určení biologického stáří neexistují přesná kritéria (Uotinen et al. in Čevela et al., 2012), nicméně vědci z Harvardské univerzity měřením celé řady biologických ukazatelů (krevního tlaku, ostrosti zraku i sluchu, vitální kapacity plic atp.) u lidí různého věku zjistili, že nejspolehlivějšími ukazateli stáří, je změna pružnosti pokožky a reakce na akustické podněty různé intenzity a výšky (Křivohlavý, 2002). Právě pokles elasticity kůže a vzniklé vrásky, se ještě spolu se změnami postojů, chůze, chrupu, vlasů, vzhledu obličeje atp. podílí na již zmíněném fenotypu stáří. Jedinec může mít ve svém věku, jak pocit dostatku, tak naopak úbytku

energie a právě individualita a přidružený psychický aspekt, je důležitým faktorem biologického stáří (Uotinen et al. in Čevela et al., 2012).

Sociální stáří se odvíjí od míry socializace daného člověka. Má se za to, že počátkem sociálního stáří, je odchod do důchodu, nebo věk, kdy na starobní důchod nárok vzniká (KALVACH, et al., 1997) Jinak je pojímáno jako souhrn sociálních změn, které nastávají v životě člověka. Jsou to změny v oblasti sociálních rolí, jejich ztráta a naopak nabytí rolí nových, ale i změny znevýhodňujícího charakteru, jakými jsou právě odchod do důchodu, nezaměstnanost, ovdovění či odchod dětí z domu (Čevela et al., 2012). Staří lidé jsou velmi rizikovou skupinou. Hrozí jim ztráta soběstačnosti, vznik osamělosti, věkové segregace a diskriminace (Kalvach, 2004).

K veškerému dělení stáří ještě dodejme jedno, a to dělení z psychologického hlediska. V této závěrečné životní etapě můžeme sledovat změny jednotlivých psychických funkcí (paměti, vnímání, myšlení atd.) i změny osobnosti, emocionality, motivací a nejen těch (Křivohlavý, 2002). Vágnerová (2007) dělí stáří z pohledu rozdílů v psychice na 2 období. Na období raného stáří (60 – 75 let) a období pravého stáří (75 a více let).

3.1 Změny ve stáří

Stáří je spojeno se zhoršením somatického i psychického stavu, avšak charakter a tíže změn se u každého jednotlivce liší. Míra změn není dána jen samotnou involucí, ale je závislá na vzájemném působení dědičných předpokladů a důsledků nejrůznějších exogenních vlivů, které se v průběhu života postupně nakumulovaly (Vágnerová, 2007). Ty u člověka způsobují tzv. sekundárně podmíněné stárnutí a to tak, že během života ovlivňují funkci jednotlivých orgánových soustav či těla jako celku. Právě změny na orgánových strukturách jsou individuálně specifické, a proto biologický věk nemusí být v souladu s tím chronologickým. Vnějšími faktory, které mají vliv na stárnutí organismu, jsou například výživa, životní styl nebo nadměrné či jednostranné zatěžování některých tělesných struktur (Pacovský, 1994). Mezi somatickými změnami, které jsou důsledkem přirozeného stárnutí a následkem chorobných procesů, nelze vést přesnou hranici. Stáří je obecně spojeno s vyšší morbiditou oproti jiným

věkovým kategoriím, především ve výskytu chronických a degenerativních onemocnění (Topinková, 2005).

3.1.1 Somatické změny

Stárnutí je nezvratný biologický proces, který postihuje s časovou diferencovaností prakticky všechny orgány, které tak ztrácejí svou funkční rezervu. Důsledkem je snížená schopnost organismu účinně reagovat (adaptovat se) na změny ve vnitřním i vnějším prostředí, a dochází tak k dekompenzaci orgánových funkcí, ale i organismu jako celku, už při drobných podnětech (Topinková, 2005). Ke změnám na tělesných tkáních a orgánech nedochází u každého jedince stejně, ale jsou podmíněny genetickými dispozicemi a životním stylem každého z nás (Klevelandová, Dlabalová, 2008). Funkční změny v organismu jsou podle Pacovského (1994), trojího typu:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové
- vyčerpání buněčných rezerv, které se propojují při reakci na zátěžovou situaci
- zpomalení většiny funkcí.

Nyní se v rychlosti podívejme, jakým způsobem se proces stárnutí obecně podepisuje na jednotlivých tělesných systémech.

Změny v **pohybovém aparátu** jsou následující: S příchodem stáří se snižuje tělesná výška. Dochází k tomu na podkladě oplošťování a vysychání meziobratlových plotének a ubývání kostní hmoty. Dochází k atrofii svalových vláken, úbytku celkové svalové hmoty a poklesu svalové síly. Zatím co ubývá aktivní tělesná hmota, přibývá tuk a vazivo. Hladká svalovina, oproti té kosterní, si zachovává svou funkčnost až do vysokého věku. To se netýká hladké svaloviny cév, která je vystavena faktorům životního stylu stravování a množství pohybu. Vazivo se stává méně pružným, chrupavky, zejména v kloubech, tuhnou. Rychlost nervových vzruchů se zpomaluje a tak dochází ke zhoršení svalové práce. Starý člověk se při fyzické aktivitě dříve unaví. Tělo se stává méně pružným, dochází ke změnám v postoji i chůzi. Chůze se zpomaluje a zhoršuje se rovnováha. Proto dochází ke kompenzačnímu rozšíření základny dolních končetin. Nejistější chůze a zhoršená rovnováha zvyšuje riziko vzniku pádů s následným úrazem. V důsledku ztrát minerálů nezbytných pro osifikaci, dochází k řídnutí

kosti. Ty se pak stávají křehčími a jsou více náchylné ke vzniku zlomenin (Kalvach, 2004, Klevetová, Dlabalová, 2008)

Změny na **kardiovaskulárním systému**: Cévní stěny ztrácí pružnost v důsledku poklesu množství kolagenu. To vede ke vzniku tzv. pružníkové hypertenze, při které je oproti normálu zvýšena hodnota systolického tlaku. Průchodnost cév je zhoršena vinou ukládání aterosklerotických plátů, které zužují průsvit cév. Dochází tak k nedostatečnému zásobení orgánů životně důležitým kyslíkem. Snižuje se také výkonnost srdečního svalu, jako následek poklesu množství kardiomyocytů. Levá srdeční komora nezvládá při zvýšené zátěži čerpat krev a dochází k levostrannému srdečnímu selhávání, což jedinec často přičítá zhoršování výkonnosti plic. K výrazným změnám dochází také na srdečních chlopních. Ty postupně kalcifikují a zhoršují tak kvalitu průtoku krve. (Holmerová et al., 2014, Klevetová, Dlabalová, 2008)

Změny v **respiračním systému**: S věkem se snižuje funkce plic. Následkem osteoporózy vzniká tzv. stařecký hrudník, ochabují mezižeberní svaly a bránice. Dochází ke snížení rychlosti dýchání i objemu vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Klesá funkce řasinkového epitelu. V důsledku zhoršené samočisticí funkce plic, tak dochází u starý lidí k častému výskytu plicních infekcí. (Holmerová et al., 2014, Křivohlavý 2002)

Změny v **zažívacím systému**: Chrup ve stáří doznává citelných změn. Ztráta zubů má vliv na obtížnější rozměňování stravy a problémy se vyskytují i při artikulaci (Křivohlavý, 2002). Obecně dochází k poklesu tvorby slin a trávicích šťáv, což způsobuje problémy s rozkládáním potravy a vstřebáváním živin. K tomu přispívá i snížená funkce jater a slinivky břišní. Staří lidé mívají problémy se střevní pasáží, dochází k poruchám vyprazdňování v podobě chronické zácpy. Ta se projevuje bolestmi břicha, ale i bolestí v oblasti bederní páteře. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Změny na **pohlavním a vylučovacím systému**. Pohlavní činnost se snižuje, muži mívají problémy s potenci (Klevetová, Dlabalová, 2008), u žen nastupují klimakterické změny spojené s hormonálním poklesem, který se projevuje fyzickými i psychickými změnami (Holmerová et al., 2014). Muži trpívají zbytněním prostaty, u žen dochází k poklesu dělohy. Koncentrační a

očišťovací funkce ledvin klesá, stejně tak elasticita uretry a močového měchýře. Vlivem poklesu kapacity močového měchýře, stoupá postmikční reziduu, které napomáhá častým uroinfekcím. Ve stáří se často objevuje močová inkontinence jako důsledek poklesu síly svalových svěračů kolem močové trubice (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Změny nervového systému: Zde dochází k významným změnám na neuronech. Jejich počet se snižuje a dochází u nich k biochemickým změnám, které negativně ovlivňují rychlost šíření vzruchu (Klevetová, Dlabalová, 2008). Celkově nervový systém podléhá tzv. neurodegenerativním procesům (Holmerová et al., 2014). Funkční a anatomické změny nervové soustavy vedou ke zpomalení percepčních schopností, zhoršení paměti jak ve vstřípivosti, tak ve výbavnosti, snižuje se schopnost učit se novým věcem, objevují se poruchy v mluvené i psané řeči, poruchy spánku. Starý člověk se těžko rozhoduje, je emočně labilní (Trojan, 2003).

Vlivem stárnutí dochází ke zhoršování funkcí jednotlivých smyslových orgánů, což zásadním způsobem ovlivňuje komunikaci dotyčného s okolím. V oblasti zraku je asi nejvýznamnější změna zrakové ostrosti. Dále dochází ke změnám ve vnímání barev, zmenšuje se zorné pole. Také u sluchu dochází ke zhoršování. Setkáváme se s tzv. stařeckou nedoslýchavostí, snižuje se citlivost k vyšším frekvencím akustického spektra. Chuťové buňky se stávají méně citlivými, problém nastává především v rozeznávání slané a sladké chuti. U čichu k tak zásadním změnám nedochází. Jak uvádí Křivohlavý (2002), celoživotní trénování jednotlivých smyslů, často jejich zvýšené využívání při zaměstnání, posiluje jejich dobrou funkci až do vyššího stáří.

Dále dochází ke změnám termoregulace. Ta se projevuje u starších lidí zimomřivostí. Celkově mají problém se adaptovat na výraznější změny teploty (Křivohlavý, 2002).

3.1.2 Psychické změny

Ve stáří dochází k řadě změn na psychické úrovni, které jsou podmíněny biologickým stárnutím, jiné jsou důsledkem nejrůznějších psychosociálních vlivů nebo kombinací obou předchozích. Psychické funkce se stářím zpomalují. Obecně dochází ke změnám kognitivních

funkcí, jako zhoršování paměti a pozornosti, poklesu kvality percepce, což má své důsledky i v sociální oblasti života, může dojít k úbytku rozumových schopností a dalším změnám. Opět platí, že nástup jednotlivých změn, jejich dynamika a způsob, jakým na ně jedinec reaguje, jsou individuální (Vágnerová, 2007).

V procesu stárnutí dochází k funkčním i strukturálním změnám mozku, které jsou příčinou změn prožívání, chování, uvažování. Tyto změny mohou být však také důsledkem chorobných procesů, které jsou s rostoucím věkem stále častější. Na změnách psychických funkcí se podílí také sociální faktory. Odchodem do důchodu člověku odpadne spousta povinností, klesají nároky a s tím i sociální kompetence. Dochází k poklesu funkčních rezerv a tím i ztížení adaptace na nové podmínky (Vágnerová, 2007).

Postupně dochází ke zhoršování paměti, především té krátkodobé, postiženo bývá i abstraktní myšlení (Stuart-Hamilton, 1999). Projevuje se to obtížemi při zpracování a ukládání nových informací, vybavováním již dříve zapamatovaného. Zhoršené paměťové schopnosti mají i negativní vliv na schopnost učení novým věcem (Vágnerová, 2007). Myšlení starých lidí má tendenci uchylovat se ke konzervativnosti, často lpí na úsudcích, které si vytvořili již dříve (Šimíčková - Čížková, 2003).

Poruchy senzorické percepce, které jsou způsobeny poklesem funkčnosti smyslových orgánů, jednak ztěžují komunikaci s okolím a kvůli zvýšeným nárokům na pozornost, která věkem také doznává určitých změn, vede k únavě a emočním rozladům, napětí, afektivním výbuchům, úzkostným stavům až depresi (Vágnerová, 2007). Pozornost se věkem snižuje, problémy nastávají především při nutnosti sledovat vícero podnětů zároveň (Stuart-Hamilton, 1999). Koncentrace pozornosti naopak zůstává poměrně dobře zachována, pokud dotyčný vykonává činnost známou a především na něho nepůsobí jiné rušivé elementy. Především nejruznější zvukové podněty z okolí mohou zapříčinit i selhání seniora v úkolech, které jindy bez problémů zvládá (Vágnerová, 2007).

Ke změnám v oblasti intelektové Křivohlavý (2002) uvádí, že ve stáří výrazně klesá tzv. fluidní inteligence (schopnost rychle se učit a řešit dané úkoly, u nichž převažuje senzomotorická činnost) a naopak tzv. krystalická inteligence (schopnost řešit úkoly na základě vrozených vloh a získaných zkušeností) v období raného stáří vrcholí.

Změny v emočním prožívání jsou ve stáří závislé na somatických, psychických a sociálních faktorech, které spolu vzájemně interagují. Tím, že jsou na staré lidi v souvislosti s odchodem do důchodu kladeny nižší nároky, dalo by se říct, že stáří je obdobím klidu a pohody. Nesmíme ale zapomínat na to množství změn, které ke stáří často patří, jako je zhoršený zdravotní stav, doprovázený sníženou soběstačností nebo její úplnou ztrátou, úmrtí životního partnera, změny v ekonomické soběstačnosti a další. U starých lidí dochází na jedné straně ke zklidnění emočního prožívání, na druhé je popisována zvýšená dráždivost a citlivost na určité podněty. Staří lidé mají větší sklon k rozvoji úzkostí a depresí, jsou také více emočně ovlivnitelní (Vágnerová, 2007).

3.1.3 Sociální změny

Změny v sociální oblasti jsou významný faktor, který spoluurčuje biologický a psychický vývoj ve stáří. V životě starého člověka dochází ke změnám společenského postavení, sociálních rolí, dotýčný se musí často vyrovnat s mnohými životními ztrátami, ale i zisky. Jak je zvládne, je na každém jedinci.

Velkou změnou v životě člověka je odchod do důchodu. Dochází ke ztrátě pracovního kolektivu i pracovních návyků (Klevetová, Dlabalová 2008). Následkem toho často dochází k izolaci od okolního dění. Celý život se nyní pro starého člověka odehrává, pokud to jde, v rámci rodiny, postupně také vzrůstá počet seniorů, kteří jen velmi omezeně opouštějí své bydliště a nejbližší okolí. Klesají tak nároky na mnohé sociální dovednosti, starý člověk je dále nerozvíjí a spíše dochází k jejich úpadku (Vágnerová, 2007). Ztráta kontaktu s okolím podle Klevetové a Dlabalové (2008) vede u seniora k nespokojenosti, uzavření se do sebe až depresím. Ve stáří se člověk nezdědka musí vyrovnat se smrtí životního partnera i přátel, což je

pro něho těžká zkouška. Někdo toto smutné období překoná, jiný nikoliv a samotná blízkost smrti v něm může vyvolat strach ze smrti vlastní (Minibergerová, Jičínská, 2010).

Ke stáru se stále více seniorů stává nesoběstačnými, ať z důvodu onemocnění nebo jako následek přirozeného stárnutí. Pokud v této situaci není z jakéhokoliv důvodu schopna péči o seniora zajistit rodina, následuje často vytržení z přirozeného prostředí, teritoria vlastního bytu a přestěhování do domova pro seniory. Problémy v rodině, které potřeba péče o staršího člena někdy podnítlí, vedou u dotyčného k pocitům osamělosti a nepotřebnosti (Klevetová, Dlabalová, 2008).

3.1.4 Změny v oblasti komunikace

Neměli bychom zapomínat ani na komunikační schopnosti seniorů. Komunikace je běžnou součástí sociálního kontaktu. Ve stáří však vlivem percepčních problémů (nejčastěji nedoslýchavostí), problémům s krátkodobou pamětí a změnou jazykových kompetencí, dochází k narušení její efektivity a uspokojivosti. Nedoslýchavost, na kterou není brán ohled, může u seniora vést k pocitům nejistoty a napětí, může být vztahovačný a podezřivý v případě, že sdělení neporozuměl nebo došlo k jeho špatné interpretaci. Celkově se můžeme u starších lidí setkat s nápadnou pomalostí, tendencí sdělení opakovat, potížemi s porozuměním textu. U některých seniorů můžeme pozorovat úbytek aktivní slovní zásoby a pokles plynulosti vyjadřování, z důvodu potřeby více času na vybavení si potřebných výrazů a formulaci své odpovědi. Dochází k nepřesnostem ve větné skladbě, sdělení bývají obecně jednodušší a kratší. Komunikace je pro seniora za těchto podmínek velmi náročná a tak se stává, že rezignuje a méně důležitým hovorům se raději vyhne. To pochopitelně přispívá k jeho izolaci (Vágnerová, 2007).

4 Schopnost adaptace ve stáří

Schopnost adaptace (přizpůsobení, přizpůsobování) patří k základním vlastnostem živých organismů (Hegeyi in Kalvach, 2004). Každý jedinec je během života vystaven nejrůznějším zátěžovým situacím, které ovlivňují jeho vnitřní rovnováhu. Odpověď organismu na hrozící narušení homeostázy, může být dvojího typu: reakce a adaptace. U reakce jde o předem připravenou, zakódovanou odpověď. Pokud se však organismus ocitne v situaci zcela nové a žádná řešení vyplývající z minulých zkušeností nejsou použitelná, je nucen se novým podmínkám přizpůsobit (adaptovat se). Adaptace je vlastně proces, během něhož organismus nabývá nových schopností, kdy změnami své činnosti reaguje na změny prostředí (Pacovský, 1994).

Pojem adaptace můžeme nahlížet z několika hledisek a to biologického, sociálního a psychologického. Jandourek (2012) definuje adaptaci jako přizpůsobení se jedince vnějším podmínkám. Z biologického hlediska jde o obecnou vlastnost organismů, že se přizpůsobují podmínkám, ve kterých existují. Ze sociálního hlediska jde podle Hartla a Hartlové (2009) o změnu, ke které dochází v sociálních, psychologických nebo kulturních rysech jedince, po přechodu do nového prostředí. Nové prostředí vybudí aktivitu jedince v navazování nových vztahů a plnění nových sociálních rolí, proto změnu prostředí B. F. Skinner doporučoval právě starším lidem, které již nudí každodenní rutina. A posledně psychologické hledisko vymezuje adaptaci jako přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení a postojů (Hartl, Hartlová, 2009).

Stěžejními mechanismy adaptace člověka, jsou podle Piageta psychologické procesy. Ty mohou mít podobu asimilace a akomodace. Asimilace je proces, při kterém člověk upravuje informace z vnějšku tak, aby pasovaly do jeho mentálních schémat. Jako příklad je uveden výběr takových informací jedincem, které odpovídají jeho předsudkům (Jandourek, 2012). Dále Jandourek (2012) pokračuje v Piagetově teorii u pojmu akomodace. Akomodace je proces proměny mentálních schémat jedince tak, aby lépe odpovídala realitě. U starších lidí má navrch spíše proces asimilace, než akomodace, což je spojeno ve stáří s obecně snižující se schopností přizpůsobit se (Komárková, 2013).

Ve stáří se člověk musí neustále přizpůsobovat nejrůznějším změnám, novým podmínkám a problémům navzdory tomu, že míra jeho adaptability se věkem snižuje. K takovým změnám – stresorům, patří například odchod do důchodu, smrt partnera, hospitalizace, ztráta soukromí vlastního bytu (Vágnerová, 2007), ale i nemoc, odchod do domova důchodců nebo v našem případě, do léčebny pro dlouhodobě nemocné. Stresory mohou být jak somatického a psychického, tak sociálního a environmentálního původu. Změny adaptability jsou ve vyšším věku podmíněny: změněným funkčním stavem organismu, změněnými životními podmínkami, přítomností choroby a poruchou adaptačních mechanismů vůbec (Hegeyi in Kalvach, 2004). V procesu deteriorace dochází k celkovému poklesu zdatnosti a odolnosti jednotlivých systémů, kapacity rezerv i regulačních mechanismů organismu. K dekompenzaci stavu a narušení homeostázy pak vede působení stresoru o stále nižší intenzitě. Znovuobnovení rovnováhy je pro starší organismus stále náročnější a vyžaduje delší čas. Množství stresorů bohužel ve stáří narůstá (Kalvach, 2008). Chybná adaptace je pro vyšší věk typická a nazýváme jí maladaptací. Klinickým projevem špatné adaptace, je geriatrický maladaptační syndrom (Kalvach, 2004).

4.1 Maladaptace v ústavu dlouhodobé péče

Velmi časté, dokonce častější než somatická maladaptace, jsou u starších lidí projevy psychosociální maladaptace. Ta může být zapříčiněna vedle jiného, nástupem do dlouhodobé ústavní péče domova pro seniory nebo léčebny pro dlouhodobě nemocné. Změna prostředí je ve stáří závažný stresor (Kalvach, 2008). Navíc bývá spojena se ztrátou vazeb na dřívější prostředí a známé lidi. Dochází k oslabení kontaktu s rodinou, dezorientaci v novém prostředí a v nových vztazích k neznámým lidem, soukromí jedince je omezeno (Matoušek, 1999). Neúspěšná adaptace klientů/ pacientů na nové prostředí, může vyústit v somatizaci obtíží. Zda k rozvoji maladaptačního syndromu dojde, záleží na síle stresoru z pohledu pacienta na jedné, a pacientově adaptabilitě, dispozicích a psychické odolnosti na straně druhé (Kalvach, 2008). Co ovlivňuje náročné životní situace, je kromě vyššího věku dotyčného, který se obecně pojí s nižší resiliencí (odolností k psychické zátěži), také intelekt, temperamentové vlastnosti, životní zkušenosti, akutní stav organismu, společenské okolnosti a pracovní činnosti. Člověk sociálně aktivní, s bohatými životními zkušenostmi a jasnými životními cíli, podléhá úzkosti a napětí méně rychle, než člověk nečinný (Zacharová, 2017). Rizikové faktory, které pravděpodobnost vzniku maladaptačního syndromu zvyšují, podle Kalvacha (2008) jsou:

- nedostatek psychosociální podpory – Křivohlavý (2009) užívá termín sociální opora
- osamělost a komunikační deprivace
- úzkost a deprese
- maladaptivní reakce v minulosti
- senzorický deficit.

Dále je důležité si uvědomit, že pokud hovoříme o léčebnách pro dlouhodobě nemocné, jde o zdravotnická zařízení. K samotné adaptační zátěži způsobené novým prostředím, tak musíme připočítat i zátěž, kterou pacientovi působí samotné onemocnění. Hlavním problémem psychologické péče o staré nemocné podle Kalvacha (1983) není ovlivnění adaptace primárně na nemoc, ale na nemoc prožívanou v ústavu, tedy na hospitalizaci. Prožívání nemoci je velmi subjektivní a je modifikováno přítomností nebo nepřítomností bolesti a jiných obtíží, emocí jako je strach, úzkost či naděje, vliv na něj mají pacientovy znalosti o onemocnění i jeho léčbě a v neposlední řadě vůle se uzdravit. Záleží také na tom, jakého je onemocnění rázu, jak dlouho trvá, jak moc dotyčného omezuje. Významné jsou i okolnosti, na nichž nemoc probíhá. Zda dotyčný nemá například finanční nebo rodinné problémy, které by zátěž ještě více zvyšovaly. Významný je i věkový faktor. Starší lidé mívají obavy spojené s možnou ztrátou soběstačnosti, se samotou spojenou s pocitem strachu a úzkosti, bývají emočně labilnější. Je vhodné také zmínit vliv samotné osobnosti pacienta. Někteří nemocní se nemusí v této pro ně svízelné situaci projevit, mohou navenek působit klidně, vyrovnaně a nenápadně, ačkoliv své onemocnění vnitřně těžce nesou (Zacharová, 2017). Zacharová (2011) dále uvádí, že podle klasické typologie osobnosti ovlivněné temperamentovými vlastnostmi, se lépe na nemoc adaptuje sangvinik než melancholik. Nemoc a případná hospitalizace celkově obnáší pro pacienta mnoho změn. Náhle závislý na jiné osobě, musí dělat, co určují ostatní. Nemoc je často těžko ovladatelná, což může vést ke snížení sebehodnocení, pocitům zbytečnosti a zmatenosti. Pobyt v nemocnici pak představuje kromě stresu z nového prostředí a setkání s novými lidmi i omezení životních zájmů pacienta (Mlčák, 2011).

Samozejmě existují i faktory, které mohou úspěšnou adaptaci pacienta/ klienta na ústavní prostředí pozitivně ovlivnit. Ať už je to logicky k nedostatku sociální opory, jakožto faktoru zhoršujícímu adaptaci, její dostatek, nebo samotná připravenost pacienta/ klienta na nové podmínky v zařízení. Tím vším se budeme zabývat později.

Pokud k rozvoji maladaptčního syndromu skutečně dojde, můžeme u pacienta/ klienta pozorovat psychické, emoční změny a běžný je i rozvoj či zhoršení psychosomaticky podmíněných chorob. Úzkost, deprese, zlost, plačtivost, poruchy spánku, nechutenství, náhlé zhoršení chronické bolesti, palpitace, závratě, pocit neklidu, únavy, změny tepové frekvence i krevního tlaku, vznik peptického vředu, dušnost, to všechno a mnoho dalších stavů, mohou být projevy neúspěšné adaptace na nové prostředí (Kalvach, 2008).

Zátěž, která na pacienty a klienty v zařízeních dlouhodobé péče působí, je podle Kalvacha (2004) dána především:

- změnou prostředí a jeho neznalostí, stejně jako setkání s novými lidmi
- ztrátou a ohrožením autonomie a soukromí
- porušením mezilidských vztahů
- změnou sebehodnocení a životních perspektiv
- ztrátou či omezením kontaktů s vnějším světem spolu s různými formami deprivace
- nevhodným jednáním ze strany personálu a spolupacientů a spolubydlících.

Změna prostředí je opravdu významnou změnou v životě starého člověka. Musíme si také uvědomit, že hovoříme-li o překlada do LDN, může jít v pořadí již o několikátou změnu, zvláště pokud dotyčný neodchází z domova, ale překlada předcházela hospitalizace v nemocnici, která mohla být opět již několikátou v řadě. Na tamější prostředí se byl pacient nucen také adaptovat a s překladem tato zátěž přichází znovu, byť u jednotlivců s různým časovým odstupem.

V zařízeních dlouhodobé péče se pacient/ klient nutně musí v některých ohledech podříditi režimu daného zařízení. Dotyčný zažívá mnohé nepříjemné chvíle, které jsou v povaze každého organizovaného kolektivu. Jedinec je omezen ve volnosti pohybu (nepočítáme-li invalidizující charakter onemocnění), je narušeno jeho soukromí sdílením společných prostor s ostatními pacienty/ klienty nebo vstupováním cizích osob do soukromí (Kalvach, 2008). Podle Příhody (1974) dochází v ústavech ke stírání osobnosti klientů a pacientů, poklesu sebevědomí a sebejistoty právě proto, že jsou nuceni se podřizovat režimu zařízení. Přispívá k tomu i fakt, že v zařízení se setkává převážně se svými vrstevníky a lidmi staršími, a kontakt s běžnou

společenskou strukturou je omezen, zvláště pak u těch pacientů, kteří nemají zázemí ve vlastní rodině (Kalavach, 2004).

Adaptace na ústavní prostředí probíhá často stereotypním způsobem a je popisována v pěti fázích (Kalvach, 2008):

- fáze seznamovací nebo konfrontační – která se uplatní, záleží na okolnostech nástupu do zařízení
- fáze vnějšího přizpůsobení – zahrnuje podřízení zvyků a chování ústavnímu řádu, často však ne zcela dobrovolně
- fáze vnitřního přizpůsobení – dochází k navazování vztahů s ostatními pacienty/ klienty, sbližování
- fáze slábnoucí vazby na dění mimo zařízení – zvláště u pacientů/ klientů s nedostatečnými kontakty s vlastní rodinou
- fáze ztotožnění se s ústavním prostředím – kdy si pacient/ klient nepřeje zařízení opustit.

Poslední fáze adaptace je zároveň nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu. Tzv. hospitalizmus, je stavem dobré adaptace na umělé podmínky, přičemž schopnost adaptace na neústavní život se u klientů snižuje. Je to způsobeno plnou zaopatřeností klientů ústavu. Ti nemusí řešit běžné činnosti jako nákupy, vaření, topení, správu financí, úklid, praní apod. (Matoušek, 1999). Tento stav bývá popisován především v souvislosti s domovy pro seniory.

Pokud k úspěšné adaptaci na prostředí zařízení dlouhodobé péče nedojde, může se maladaptivní syndrom projevovat v chování pacientů/ klientů. Problematické u níže uvedených behaviorálních příznaků je, že při neznalosti problematiky může dojít k nežádoucí medicinalizaci problému s následným zbytečným vyšetřováním, nebo mohou být mylně označeny za projevy demence. Těmito příznaky jsou:

- ztráta zájmu o svou osobu i okolí, kdy můžeme pozorovat například neupravenost zevnějšku dotyčného
- zhoršená komunikace – uzavřenost a odmítání očního kontaktu
- lhostejnost ke zdravotnímu stavu nebo naopak hypochondrické projevy

- regrese osobnosti s infantilními rysy
- zhoršené sebehodnocení
- soustředění se na uspokojování základních potřeb, jako náhrady na neuspokojení potřeb vyšších – časté uléhání, přání příliš dlouhého odpočinku, vyžadování projímadel, analgetik, nespokojenost s jídle
- pohybové automatismy a stereotypie – upravování a popotahování oděvu, přecházení
- apatické posedávání (Kalvach, 2008).

4.2 Faktory zlepšující adaptaci pacienta/ klienta v zařízení dlouhodobé péče

Překlad či umístění do LDN a domova pro seniory, mají s ohledem na faktory ovlivňující adaptaci, mnoho společného. Tou nejvýznamnější společnou vlastností, je dlouhodobost pobytu. Ačkoliv dále budeme hovořit o překladu či umístění do LDN, uvedené faktory se týkají i umístění klienta do domova pro seniory.

O tom, zda proběhne adaptace na nové podmínky úspěšně, rozhoduje množství různých faktorů. Některé jsme již zmiňovali v předchozí podkapitole. Důležitým aspektem je osobnost jedince. Smékal (2004) osobnost člověka vidí jako individualizovaný systém psychických procesů, stavů a vlastností, které vznikají socializací, přetvářením vrozených vnitřních podmínek existence jedince a podmiňují a řídí předmětné činnosti jedince i jeho sociální návyky. Hartl a Hartlová (2010) dodávají, že nejvlastnějším znakem osobnosti je její jedinečnost, výlučnost a odlišnost od všech jiných osobností. Zimmerlová a Dvořáčková (2007) provedly sice výzkum, který se týkal adaptace klientů na podmínky domova pro seniory, nicméně faktory, které se podle nich na úspěšné adaptaci podílely, můžeme vztáhnout i na prostředí LDN. Vedle vlivu osobnosti pacienta, jsou to podle nich:

- uspokojivé rodinné vztahy
- dobrovolnost vstupu do ústavu
- znalost prostředí
- podpora orientace v realitě a bezbariérové prostředí

- zachování důvěrnosti, důstojnosti a lidské slušnosti
- informovanost o pravidlech života v zařízení
- dostatečná nabídka volnočasových aktivit.

Vzhledem k povaze výzkumu, se zaměříme především na ty faktory, které působí na pacienta ještě před překladem a tedy osobní konfrontací s prostředím LDN. Těmi jsou z výše uvedených právě rodinné vztahy, dobrovolnost vstupu do zařízení a znalost prostředí.

4.2.1 Sociální opora

Matoušek (1999) uvádí, že jednou z největších obtíží, které při vstupu do ústavu či zařízení dlouhodobé péče starý člověk prožívá, je ztráta vazeb na známé lidi a omezení kontaktu s rodinou. Senior prožívá své stáří podle Vágnerové (2007) v rámci několika sociálních skupin. Tou nejvýznamnější je právě rodina, zahrnující životního partnera, sourozence a děti včetně jejich rodin. Další skupinou jsou přátelé a sousedé, se kterými mohou sdílet různé zájmy, mohou si ve vztahu k nim kompenzovat absenci nebo nefunkčnost vlastní rodiny. Dále může senior v těchto vztazích uplatňovat takové sociální kompetence, které například v rámci rodiny užívat nemusí. Poslední skupinou je podle Vágnerové společenství obyvatel určité instituce, v našem případě LDN, se kterými starý člověk sdílí stejné prostory a jistý styl života. I zde může dojít k vytvoření hlubších vztahů.

Uspokojivé rodinné vztahy mají nezanedbatelný vliv na úspěšnost zvládnutí adaptační zátěže. Rodina představuje pro starého člověka tzv. sociální oporu na mikroúrovni (Křivohlavý 2009). Sociální oporou se podle Křivohlavého (2009) myslí pomoc poskytnutá druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Tato pomoc by pak měla dotyčnému v tísní určitým způsobem nelehkou situaci ulehčit. Sociální opora prokazatelně snižuje negativní účinek nepříznivých životních událostí na psychický a zdravotní stav člověka, na jeho pohodu a kvalitu života vůbec (Křivohlavý, 2009). Hartl a Hartlová (2009) uvádí, že přítomnost sociální opory zvyšuje u jedince odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize. Podle Křivohlavého (2009) o sociální opoře hovoříme nejčastěji ve smyslu rodinných vztahů, vztahů s lidmi, kteří jsou nám nejbližší, což představuje již zmiňovanou mikroúroveň opory. Existuje však i širší

pojetí. Sem spadají různé sociální skupiny, jako sportovní klub, pracovní kolektiv apod., které neváhají svému členovi v tísni podat pomocnou ruku. Na makroúrovni se již bavíme o pomoci jedincům na celostátní úrovni či přeshraniční. Důležité je, aby pomoc, kterou pomáhající příjemci poskytuje, byla přiměřená a skutečně odpovídala potřebám příjemce. Křivohlavý (2009) dále sociální oporu dělí na instrumentální, informační, emocionální a hodnotící.

Instrumentální opora obnáší především pomoc druhému ve smyslu finanční či materiální podpory nebo pomoc s vyřizováním neodkladných záležitostí. V případě starých lidí může jít o obstarání domácích mazlíčků nebo záležitostí kolem bytu či domu po dobu jejich hospitalizace v LDN.

Informační opora má postiženému jedinci napomoci se ve svízelné situaci zorientovat. Může jít o rady a sdílené zkušenosti lidí, kteří se v podobné situaci sami dříve nacházeli. Patří sem ale také vyslechnutí postiženého a porozumění jeho aktuálním potřebám.

O emocionální opoře hovoříme tehdy, pokud dotyčný jedinci v tísni vyjadřuje náklonnost, uklidňuje ho v rozrušení, dodává naději, projevuje soucit a lásku.

Hodnotící opora zahrnuje vyjadřování úcty a respektu a tím posilování kladného sebehodnocení a sebevědomí postiženého. Patří sem i sdílení těžkostí, povzbuzování postiženého ve víře a naději (Křivohlavý, 2009).

Během pobytu v zařízení dlouhodobé péče je kontakt s rodinou omezen na návštěvy. Nicméně emocionální podpora rodiny (Kalvach, 2008) a její zájem vyjadřovaný skrze časté návštěvy, a přidejme i zavolání na telefon, pomáhá snižovat pocity osamělosti, a jak uvádí Zimmelová a Dvořáčková (2007), přispívá k dobré adaptaci seniora na nové podmínky.

4.2.2 Dobrovolnost vstupu do zařízení

S překladem nebo umístěním do zařízení dlouhodobé péče, musí pacient souhlasit vždy, kromě zvláštních případů upravených § 38 Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Naplnění podmínky dobrovolnosti vstupu do zařízení, však nemá pouze stránku právní. Pro úspěšnou adaptaci, je mnohem důležitější, aby s překladem do zařízení dotyčný

souhlasil nejen formálně, ale i vnitřně. Ideálně by se měl s touto změnou vnitřně ztotožnit, vnímat ji jako vlastní volbu (Kalvach et al., 2004), čemuž by měla napomoci i znalost alternativních možností řešení dané situace.

4.2.3 Znalost prostředí zařízení

Znalost prostředí a poučenost o tom, jak to v zařízení chodí, je nezanedbatelná. Kalvach (2004) považuje za žádoucí, aby klient navštívil zařízení ještě před samotným nástupem, což by mělo napomoci pocitu svobodné volby. Tato praxe se však z důvodu koordinační náročnosti provádí při vstupu klienta do domova pro seniory spíše než při překladi do LDN. Důležité však je, aby měl pacient ještě před vstupem do LDN dostatek hodnověrných informací. Ideálně by každý ústav měl vydat informační materiál, nejlépe obrázkovou publikaci, kde budou objasněny všechny důležité aspekty pobytu (ubytování, typy péče, stravování, režim dne, návštěvy příbuzných, složení personálu a jeho odborná kvalifikace) (Kalvach, 2004, Matoušek, 1999). Distribuce tištěných materiálů by nejspíš byla možná pouze po blízkém okolí samotné léčebny, a proto je připomínána i důležitost uveřejňování informací o LDN na internetu. Motejl (2006) ve své Zprávě z návštěv léčen dlouhodobě nemocných léčebnám doporučuje mimo jiné právě zveřejňování dostatečného množství informací na svých internetových stránkách nebo prostřednictvím letáků, a to především o charakteru a podmínkách poskytované péče a dále pak kontakty na osoby za poskytovanou péči zodpovědné.

Dalším faktorem, který může úspěšnost adaptace na nové podmínky zařízení ovlivnit, je vzdálenost konkrétního zařízení od původního bydliště pacienta a charakter prostředí. Kalvach (2004) v tomto ohledu upozorňuje na to, že by se pacienti z měst neměli umísťovat do zařízení na venkově a naopak.

Adaptace pacienta na prostředí LDN je velmi individuální záležitostí, a pokud chceme, aby proběhla úspěšně, musíme vzít v potaz mnoho spolu souvisejících faktorů. A protože dřívější znalost/ seznámení se s prostředím ústavu, kam má dotyčný nastoupit, je jedním z hlavních předpokladů, pro pozdější úspěšnou adaptaci, jaké informace o tamějším prostředí pacienti mají, zda je z jejich strany o informace zájem a co je nejvíce zajímavé, se budeme dotazovat i našich respondentů.

Empirická část

5 Metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu (dále jen IPA). Jedná se o metodu kvalitativního výzkumu, vhodnou ke zkoumání žité zkušenosti člověka. IPA staví na třech filozofických pilířích, a to konkrétně na fenomenologii, hermeneutice a idiografii. V krátkosti uvedme o těchto třech směrech několik poznámek.

Fenomenologie je filozofický přístup studující zkušenost člověka a to, jakým způsobem tato zkušenost vytváří jeho žitý svět. Fenomenologie se tedy nepokouší a ani nemůže pokoušet o popis věcí bez toho, aby je vložila do kontextu lidské percepce. Utváří tak jejich celistvý obraz ve smyslu toho, jak se tyto věci jeví člověku. Čtyřmi nejvýznamnějšími fenomenology byli Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty a Sartre.

Druhým jmenovaným přístupem či pilířem, na kterém IPA staví, je hermeneutika. Hermeneutika je nauka o interpretaci, o metodách správného chápání a výkladu textů. Od svého počátku spjatého s interpretací biblických textů se postupně začala užívat v mnohem větším rozsahu k interpretaci textů všech možných původů. Jedněmi z největších osobností v oblasti hermeneutiky, které Smith, Larkin a Lowen při tvorbě IPA následovali, jsou Heidegger, Schleiermacher a Gadamer. Z hermeneutické teorie je v kontextu IPA třeba vyzdvihnout koncept takzvaného hermeneutického kruhu. Ten popisuje dynamičnost vztahu mezi částí a celkem a závislost významu jednoho na významu druhého. Například význam slova je do značné míry určen kontextem věty, do které je zasazen. Na druhou stranu tato věta získává svůj význam právě na základě použitých slov. Interpretace tak může probíhat na mnoha úrovních s tím, že je třeba se neustále vracet v jednotlivých krocích a stále reinterpretovat význam částí na základě kontextu nabytého celku, stejně tak, jako je třeba stále reinterpretovat celek v závislosti na tom, jakého významu znovunabyly jednotlivé části. Interpretace se tak stává značně dynamickým a nekonečným procesem.

Třetím pilířem IPA je idiografický přístup, který se projevuje v zaměření na konkrétního jedince, který během svého života zažívá specifickou událost nebo situaci. Tento přístup kontrastuje s nomotetickým přístupem, který se zajímá především o odhalení obecných zákonitostí (Smith et al, 2009). IPA díky využití idiografického přístupu začíná vždy zkoumáním jednoho případu a pokračuje v něm až do té doby, než je dosaženo určitého stupně porozumění. Výzkumník tak přistupuje k formulování obecných závěrů až po tom, co dotyčnému jedinci (participantovi) hlouběji porozumí. Až po té teprve přistupuje k analýze dalšího případu (Smith, 2004). IPA tak klade důraz na to, jak dotyčný jedinec rozumí svému prožívání v kontextu událostí a dbá na hloubkovou analýzu získaných dat (Smith et al., 2009).

IPA jakožto jeden z kvalitativních přístupů k výzkumu je rozvíjena od 90. let minulého století Johnathanem A. Smithem. Uplatnila se z počátku v oblasti psychologie zdraví a následně se začala využívat i na poli psychoterapie, klinické psychologie atd. (Smith, 2011). Pro vznik IPA byla stimulem potřeba takového kvalitativního přístupu, který by umožnil v duchu fenomenologie podrobné prozkoumání subjektivní zkušenosti jedince, a zároveň by nekladla vysoké nároky na filozofické znalosti výzkumníků (Willig, 2008). IPA umožňuje detailně prozkoumat, jaký význam člověk přikládá své zkušenosti a porozumět tak jednotlivým událostem a procesům – fenoménům (Smith et al., 2009).

Ačkoliv IPA čerpá z fenomenologie, nejde o fenomenologii tradiční, zaměřenou na čisté a deskriptivní zachycení žité zkušenosti, odmítající zatíženost interpretujícího osobní zkušeností s daným fenoménem. Naopak, výzkumník si musí uvědomit, že vlastní zkušenost s daným tématem, názory a samotná interakce jeho samotného s participantem, je neoddelitelnou součástí interpretace (Smith, 2004). Fade (2004) dokonce uvádí, že výzkumníkovy prekoncepce, čili vlastní názory a domněnky, jsou přímo nezbytné k tomu, aby mohl vyjádřit, jaký význam pro participanta jeho zkušenost má. Ale i přes to, že zkušenost je v IPA prezentována jako výsledek vzájemného sdílení participanta a výzkumníka, primárním cílem nadále zůstává porozumění participantově žité zkušenosti. Aby byl výzkumník transparentní a co nejvíce naplňoval fenomenologické hledisko metody, doporučuje Smith et al. (2009) výzkumníkovi ještě před samotnou analýzou dat, řekněme vyložit vlastní karty na stůl. Tedy reflektovat, jaký je jeho vztah k danému tématu, jaké jsou motivace k jeho zpracování a pochopit vlastní prekoncepce, se kterými do výzkumu vstupuje. Výzkumník tak díky uvědomění

si vlastní interpretativní role je schopen užitečně pracovat s daty a zaručit určitou validitu analýzy.

5.1 Metoda sběru dat

K otázce sběru dat Smith et al. (2009) uvádí, že u IPA je třeba zvolit takovou metodu sběru dat, která vzhledem k fenomenologické povaze IPA poskytne detailní a bohatý popis respondentovy zkušenosti. Výzkumník by se měl snažit vstoupit do světa respondenta, sdílet jeho zkušenosti, a otázkami podněcovat vyprávění příběhů, vyjadřování myšlenek a pocitů s daným fenoménem spojených. Participantovi by mělo být umožněno volně o tématu hovořit, téma dále rozvíjet a reflektovat tak svou zkušenost s ním.

Výše uvedená kritéria asi nejlépe splňuje polostrukturovaný rozhovor, který je u IPA uveden také jako nejčastěji používaná metoda sběru dat. Respondent je v tomto případě považován za experta ve vztahu ke své zkušenosti a polostrukturovaný rozhovor by mu měl poskytnout dostatek volnosti v rozvíjení tématu. Na druhé straně může výzkumník sledovat, jakým směrem se rozhovor stáčí, jaké myšlenky vyvstávají a rozhovor usměřovat v případě, že se rozhovor odchyluje od původních témat (Smith, 2004). Je ovšem důležité, poskytnout respondentovi již zmíněnou volnost a nevést rozhovor rigidně. Právě neočekávané zvraty v rozhovoru nás mohou přivést k novým aspektům fenoménu, o kterých jsme dříve neuvažovali (Smith et al., 2009).

Rozhovory v našem případě probíhaly podle připraveného schématu 16 otázek s podotázkami, uvedeného v příloze číslo 5. V souladu s použitou metodou sběru dat, seznam otázek sloužil jen jakási pomocná struktura pro výzkumníka a v praxi tak měl respondent dostatek prostoru téma dále rozvíjet. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30 – 60 minut. Rozhovory byly vedeny v pacientově (respondentově) nemocničním pokoji, tedy prostředí, ve kterém již nějakou dobu pobýval. Všechny tři rozhovory se povedlo uskutečnit bez přítomnosti třetí osoby, která by mohla rozhovor jakýmkoliv způsobem narušovat či obohacovat o nová témata a respondent tak zároveň mohl o tématu hovořit otevřeněji.

5.2 Výzkumný vzorek

Vzhledem k povaze výzkumu, pracují studie užívající IPA obvykle s nižším počtem respondentů. IPA staví bohatost dat nad jasně stanovený počet respondentů doporučený pro každý jednotlivý formát studie (Smith, 2003). Méně je někdy více, a tak aby mohlo dojít k detailní analýze každého rozhovoru a nebyla překročena kapacita výzkumníka, Smith et al. 2009 u studentských prací doporučuje vzorek o 3 – 6 respondentech. V tomto výzkumu jsou respondenti 3 a podstatná data o nich jsou uvedena v Tabulce 1.

Důležitou podmínkou, pro výběr respondentů je, aby dotyční dobře reprezentovali daný fenomén (téma). Vzorek je tedy homogenní z hlediska zažívaných událostí, které jsou pro nás zkoumaným fenoménem a volba respondentů má pak z logiky věci povahu záměrného výběru (Smith et al., 2009). V našem případě byly podmínky, které musel každý respondent splňovat, dvě. Jelikož tématem výzkumu je: „*Překlad do LDN očima pacienta*“, první podmínkou bylo, aby byl dotyčný o záměru, že bude do LDN přeložen, již informován. Zda s daným překladem vyjádřil souhlas či ne, nebylo směrodatné. Druhou podmínkou, která měla zajistit větší homogenitu vzorku, byla absence dřívější osobní zkušenosti s LDN, tedy muselo jít o pacienta/tku, který v zařízení s tímto názvem nebyl nikdy dříve hospitalizován.

Tabulka 1

Tabulka: Respondenti

ID osoby	Fiktivní jméno	Pohlaví	Věk	Diagnóza
01	Jana	F	75 <	Zlomenina hlezenní kosti levé nohy
02	Karel	M	75 <	Zlomenina jiných zánártních kostí levé nohy
03	Marie	F	75 <	Zlomenina krčku kosti stehenní

6 Výzkumné cíle a otázky

Cílem této práce je zjistit, jak pacient prožívá svůj překlad do LDN. Je to totiž právě a jedině on, pro koho je péče v takovém zařízení určena a měla by sledovat a naplňovat primárně jeho zájmy a potřeby. Je důležité vědět, jakou má pacient představu a co ví o zdravotnickém zařízení typu LDN. Za 45 let existence LDN u nás, bylo napsáno nemálo vědeckých prací, které se zabývaly otázkou kvality péče v nich poskytovaných, a jejího vnímání, ať už z pohledu personálu, samotných pacientů nebo jejich příbuzných. Lze zahrnout i práce, které se zabývají otázkou institucionalizace péče. Doposud však bylo napsáno jen velmi málo prací, které by se zaměřily na období bezprostředně před překladem do zařízení následné péče, a které by tak vyzdvihly jeho význam vzhledem k adaptabilitě nemocného na nové prostředí, prací, které by mapovaly myšlenky, otázky, pochybnosti, očekávání a představy nemocných a přiblížily nám tak situaci, ve které se nachází.

S tím souvisí i další cíl práce, kterým je zjištění subjektivní úrovně informovanosti pacientů, tedy kolik a jaké informace mají ohledně samotného překlada a konkrétního zařízení následné péče. Nelze totiž předpokládat, že by byl pacient schopen vstřebat veškeré skutečně podané informace, ať už s ohledem na věk a zdravotní stav dotyčného, nebo momentální psychické rozpoložení a angažovanost. Na základě těchto výsledků, bychom mohli zlepšit skutečnou informovanost pacientů, ke které je však potřeba zpětná vazba.

Překlada pacienta do LDN se často v nemocnicích nevěnuje větší pozornost, přistupuje se k němu jako k běžné praxi, a pacientovo psychické rozpoložení se tak dostává na okraj zájmu. Přitom jakákoliv změna prostředí, počítaje i změnu zdravotnického zařízení, může mít dopad na pacientovu psychiku, a to i přes obecně vnímanou prospěšnost. Změna prostředí je zkrátka ve stáří závažným stresorem, který prodlužuje, ne-li znemožňuje adaptaci na nové, třebaš výhodnější podmínky. (Kalvach et al., 2004)

Dále by měla práce poodhalit, jak pacienti LDN vnímají. Během bezmála půl století fungování léčen pro dlouhodobě nemocné na našem území, si i tento typ zdravotnického zařízení vybudoval svou pověst, která i bez osobní zkušenosti bývá přejímána dál a dál, až se stává ve společnosti hluboce zakořeněnou. A právě pověst zdravotnického zařízení, ať už

v obecné či konkrétní rovině, je jedním z mnoha faktorů, které rozhodují o tom, zda dotyčný nemocný do zařízení vůbec nastoupí (Kalvach et al., 2004). Hovoříme-li v této práci o zkušenosti pacienta, jde o zkušenost zprostředkovanou pacientovými známými či příbuznými, nebo jde o zkušenost osobní, ovšem z pozice pozorovatele, nikoliv hlavního aktéra. Bylo by také dobré vědět, na kolik jejich smýšlení ovlivnila mediální prezentace léčeben pro dlouhodobě nemocné.

Práce by tedy celkově měla napomoci pochopení situace, ve které se nachází pacient indikovaný k překladu do léčebny pro dlouhodobě nemocné, a podpořit tak změny v přístupu k této běžné praxi tak, aby proces adaptace na nové prostředí započal ještě dříve, než se v něm pacient definitivně ocitne.

Výzkumná otázka

Na základě cílů, které si tato práce klade a metodologického přístupu k analýze dat, jsou výzkumné otázky formulovány v následujícím znění.

„Jak vnímá pacient svůj překlad do léčebny pro dlouhodobě nemocné?“

„Jak pacient vnímá samotné zařízení LDN?“

7 Prezentace výsledků analýzy dat

Výsledky analýzy jsem se rozhodla, vzhledem k pestrosti dat, zpracovat dvojitým způsobem tak, aby vynikly i drobné nuance žité zkušenosti jednotlivých respondentů, jako lingvistické zvláštnosti a výraznější, situační odlišnosti, které by nejspíš při prezentaci společných, styčných témat zanikly. Vyprávění bude zpracováno ze dvou perspektiv. Z perspektivy jednotlivých respondentů a z perspektivy některých témat. Tento postup je zcela v souladu s metodikou IPA. Smith (2011) vidí kombinaci obou perspektiv jako ideální způsob, jak zachovat celistvost zkoumaného fenoménu a zároveň podtrhnout význam daného tématu pro jednotlivce.

7.1 Zkušenost respondentů z perspektivy jednotlivých případů

Srovnání zkušeností jednotlivých respondentů v tematických celcích je vzhledem k různorodosti příběhů a provázanosti témat poměrně obtížné a výsledná interpretace by mohla být nepřehledná. Navíc, jak říká Smith (2011), mohla by se stát pouhým výčtem, chudým záznamem. Proto nejprve budeme přistupovat ze zkušenostem respondentů separovaně, z pohledu každého z nich.

Respondentka 01 – paní Jana

Paní Jana s překladem do LDN souhlasí, počítá s ním již týden. Nyní je na překlad připravena, má sbalené věci, působí klidně a podle vlastních slov, se cítí dobře. Neznervózuje ji ani fakt, že ač je překlad naplánován na zítřejší den, neví, do které konkrétní LDN půjde. Předpokládá, že to bude někde poblíž místa bydliště, a stačí jí, že podrobnosti zná dcera. Paní Jana je za překlad do LDN ráda a vděčná. Vyřeší se tak problém s ošetřováním, který by rodina musela řešit. První myšlenka, když se o překladu dozvěděla, se týkala právě rodiny. Sama sebe několikrát označila jako přítěž, na svou osobu a své pohodlí v tu chvíli nemyslela. Paní Jana je velmi skromný a sebekritický člověk. Pro své zranění (fraktura hlezenní kosti levé nohy), které jak říká, mohlo dopadnout i hůř, sama sebe s humorem a nadsázkou titulovala jako „*poloinvalidu*“ a „*blbce*“. Pro paní Janu je LDN jistotou, že se o ni někdo postará a je ráda, že se tam, jak říká, přes nedostatek míst dostala. Sice sama nikdy neuvažovala, že by se do LDN podívala také jako pacient, ale „*člověk neví, kam ho vítr zavane.*“ LDN paní Jana vnímá jako zařízení pro lidi, o které se nemá, nebo nemůže nikdo postarat, a je dobře, že takové zařízení

existuje. Bližší představu, jak to v léčebnách chodí, nemá. Podle ní je to tam „*jako v nemocnici*“. Paní Jana byla v prostředí léčebny v minulosti opakovaně. Navštěvovala tam svou kamarádku ještě za minulého režimu. Když od ní odcházela, řekla, že pocítovala úlevu. Ta byla způsobena tím, že opouštěla smutné prostředí, kde byli nemocní lidé bez rodiny. Vnímání LDN se u ní s věkem změnilo, nyní je ráda, že tam půjde. Rodina je pro paní Janu vůbec velmi důležitá. Paní Jana je vdova, žijící sama. Rodina, především dcera, se o paní Janu zajímá a to nejen během současné hospitalizace. Že v rodině paní Jany panují dobré vztahy, důvěra a překlad do léčebny není sobeckým přáním rodiny, která by si ho vynucovala, dokazuje její přání zemřít doma „*mezi svejma*“. O smrti paní Jana hovoří jako o přirozené součásti života, je s smířena. Fakt, že v léčebně zemřela její kamarádka, její pohled na LDN nijak nezkreslil. O častých úmrtích v LDN slyšela, ale odůvodňuje to tím, že u pacienta „*záleží na tom, jakou má nemoc, a jaká je naděje*“. Jedinou drobnou obtíž, paní Jana spatřuje ve vícelůžkových pokojích, a to kvůli možné ztrátě klidu. Paní Jana je však trpělivá a navíc tam bude jen „*než se ta noha uzdraví*“. Ke skutečnosti, že paní Jana snáší vidinu pobytu v LDN tak dobře, jistě přispívá dobré rodinné zázemí. Paní Jana se má kam vrátit, ví, že ji rodina bude chodit navštěvovat a sama si stanovila horizont pobytu v LDN na 6 týdnů. Po 6 týdnech, by chtěla na rehabilitaci jinam, do zařízení, kde byla již dříve a tamní péči si velmi chválila. Bylo to tam „*strašně prima*“. Že v LDN rehabilitace s pacienty probíhá také, ví, ale stejně by radši do zařízení, se kterým má dobrou zkušenost. Léčebna je pro ni přestupní stanicí, překlene tak období, než bude moci na rehabilitaci. Paní Jana je důvěřivá. Podle ní jsou staří lidé obecně důvěřiví, a když toho někdo zneužije, tak nemají moc, jak se bránit. Paní Jana důvěru vkládá jak ve zdravotnická zařízení, tak v personál. Podle paní Jany jsou všude dobré sestřičky, a jejich těžkou práci oceňuje slovy, že za to, co dělají, by je měli „*vozlatit*“. Případnou nespokojenost s personálem vidí spíš jako rozmar pacientů, kteří si péče neumí vážit a myslí si, „*že se kolem nich točí svět*“. Dosavadní péči v nemocnici a stejně tak přístup sestřiček, si velmi chválí. Z lingvistických zvláštností u paní Jany zmiňme slovní obraty jako „*musím jít*“, „*muselo přijít*“, nebo „*musím to vydržet*“. V prvním případě, si paní Jana uvědomuje, že v LDN je málo míst a navíc pro ni v současné situaci neexistuje schůdnější varianta. V druhém případě, jde o smíření se se skutečností, že do léčebny půjde: „*Přijít to muselo a jsem vděčná, že vůbec tak brzo*“. Ve třetím případě šlo o strpění hlučného provozu na vícelůžkových pokojích, se kterým se nedá nic dělat a tak ho „*musí vydržet*“.

Respondent 02 – pan Karel

Pan Karel překlad do LDN rezolutně odmítá. Že o žádném překladu do léčebny nechce ani slyšet, dal najevo již při první zmínce o LDN ve spojitosti s jeho osobou. Trval na to, že po ukončení pobytu zde v nemocnici půjde domů. Až při třetím dotazu, přiznal, že informaci o možném překladu dostal, ale nabídku rázně odmítá, „...do žádný takový léčebny nejde, jako.“ Už slovní spojení „*takový léčebny*“ dává tušit, že svou představu o LDN má. A jak se ukázalo, je o ní pevně přesvědčen. Jak LDN vnímá, můžeme usuzovat z jeho první reakce na návrh hospitalizace zde. Pan Karel byl tím návrhem hodně překvapen a řekl o něm, že je „*mimo*“. LDN vnímá jako zařízení pro pacienty v „*horším stavu*“, pacienty, pro které „*to už jsou poslední dny života*“, a nikoliv jako zdravotnické zařízení, které by mu mělo co nabídnout. Blízkost smrti v LDN vztahuje i k psychice pacientů, kteří si ji uvědomují a „*myslí si, že už mu vodtamtaď nikdo nepomůže*.“ On sám by překlad do LDN bral jako prohru, jako signál že „*už to vzdal*“. Že by se pacienti z léčebny mohli vrátit domů, připouští v minimu případu a spíše tehdy, „*jestli chtěj dožít doma, nebo tam byli zbytečně*“. V léčebně bylo několik starších známých pana Karla, ale není jasné, které postřehy získal konkrétně od nich, a které odjinud. Je nicméně přesvědčen, že jeho představa o léčebnách je v souladu s všeobecným vnímáním LDN. Dokonce označuje LDN za místo, kde se některé rodiny, svých starých členů, mohou „*zbavit*“. Osobně v žádné léčebně nikdy nebyl, vyprávění svých známých, kteří tam byli, věří. Jejich pozitivní zkušenosti s LDN víceméně odpovídají představě pana Karla, jak by takové zařízení, v případě, že by se tam dostal, mělo vypadat. Důležité je pro něho prostředí. LDN si představuje jako zámeček, uprostřed velkého parku, daleko od silnice a důležité pro něho je i kvalitní stravování. Všeobecně si o léčebnách myslí, že jsou takováto zařízení potřeba, je dobře, že existují, a kritizovat je, má nárok jen ten, kdo v nich byl. Jako „*nejblbější*“ na pobytu v LDN vnímá odloučení od rodiny a domácích zvířat. V jeho případě, je to jeden z dalších důvodů, proč do léčebny v žádné případě nechce. Má doma manželku a kocoura, se kterým by se těžko loučil. Omezení, které mu fraktura krčku kosti stehenní způsobuje, odhaduje na další 2 měsíce léčení a rehabilitace. Tak dlouhá doba, strávená v ústavní péči, by pro člověka tak aktivního, jako je on, jistě komfortní nebyla. A konečně to vypadá, že pacient si ani žádné velké omezení v soběstačnosti nepřipouští, když ho napadají i takové věci, jako možnost řídit automobil v období rehabilitace. Pan Karel nevěří soukromým zařízením všeobecně a náročný je i na kvalitu personálu. O výběru personálu pochybuje, a nelíbí se mu, že kvůli nedostatku personálu

zaměstnají každého, kdo se přihlásí bez ohledu na jeho kvality. Sám by si přál, aby ho tam „*obsluhovali lidi, který nejsou blbý*“. Podle pana Karla, je práce v LDN psychicky náročná, když „*vobsluhujou lidi, který brzo umřou*“, a málo placená. Pan Karel má namísto svého překladu do léčebny jinou alternativu. Jelikož neví, jakou péči LDN nabízí, když tvrdí, že tam zdravotní péče není, nebo to tam tak „*plácaj*“ a už prý nejde o léčení, je přesvědčen, že tam není ani rehabilitační péče. Pan Karel má představu, že místo do LDN, půjde domů, a na rehabilitaci bude někam dojíždět, nebo budou rehabilitační pracovníci dojíždět naopak za ním. Tato varianta však není s lékařem ještě dohodnuta. Pan Karel je veselý člověk, hodně povídavý a na svůj věk neuvěřitelně plný energie.

Respondentka 03 – paní Marie

Paní Marie si překlad do LDN nepřejí. Toto rozhodnutí však není z pohledu lékaře bráno jako konečné, „*ještě se domluví*“ a nechává tak paní Marii čas na rozmyšlenou. Ona o tom, že do léčebny nenastoupí vnitřně rozhodnutá je. Z její první reakce na zmínku, o plánovaném přeložení do LDN, je patrné, že o této záležitosti se bavit příliš nechce, když popírá, že by jí někdo něco podobného nabízel. Při druhém dotázání na léčebnu najednou otáčí, ale rychle dodává, dalo by se říct, upozorňuje, na to, že nikdo neřekl, do které léčebny konkrétně by šla, kdy, a že už má jiný, alternativní plán. Vypadá to, že se paní Marie i v tuto chvíli lekla, stejně jako tomu bylo při první rozpravě s lékařem na téma překladu. První myšlenka, která jí tehdy hlavou prolétla, byla: „*to není možný*“. Vypadá to, jako by se v tu chvíli paní Marii narušila již ukotvená představa, kterou si s dcerou vytvořili a už s ní i počítala. Tou představou a alternativou, o které se zmiňuje, je „*nějaký, jako lepší zařízení*“. Slovo „lepší“ můžeme interpretovat dvěma způsoby, které se vzájemně nevylučují. „*Lepší*“ může odkazovat na přijatelnější podmínky v zařízení, které paní Marie dále několikrát ochotně porovnává s podmínkami v LDN. I když o těch, v některých ohledech „*vůbec nemá představu*“. Pak se nabízí ještě jedno vysvětlení. Pro „*lepší zařízení*“ by tak synonymem mohlo být „*nóbl*“ zařízení, zařízení „*na úrovni*“, což by zcela korespondovalo s prohlášením „*... to stojí za to, je to tam vopravdu exkluzivní*“. Oním „*lepší zařízením*“ je soukromý domov pro seniory. Paní Marie je skeptická k přístupu lékařů a jejich úspěšnosti v léčbě zdravotních problémů, a rozhodla se vzít věci do svých rukou, když „*stejně vás nevléče. Daj vám prášky a běžte. A to je furt*.“ a zařídit si přes dceru pobyt v soukromém domově pro seniory. Důvodů, proč dává tomuto zařízení přednost před LDN, je více a můžeme k nim připočítat i fakt, že nabídka další léčby v LDN přišla až jako druhá. Velmi významný je pro paní Marii faktor prostředí. Paní Marii nevyhovuje vidina dalšího překladu, nehledě k tomu, že by šlo pro ni o zcela nové prostředí „*a všude je to jiný, než si zvyknete*“ a „*než zjistíte, jak to tam chodí, kdo je jakej a tak, a jak tam vařej*“. Paní Marie, jak vyplynulo, byla v nedávné době dvakrát hospitalizována v nemocnici. Neustálé změny prostředí a „*putování z jedný do druhý*“ nemocnice, jí není příjemné, a není divu, když „*vám je mizerně*“. Paní Marii v případě soukromého zařízení zkrátka uklidňuje fakt, že ví, jaké to tam je, co může očekávat a odpadnou tak nepříjemnosti s adaptací na prostředí nové. V žádné léčebně se paní Marie nikdy nebyla podívat, ani na návštěvě za známým, nebo příbuzným. To, co ale o LDN slyšela, její rozhodnutí tam nejít, podpořilo. Stojí tu proti sobě „*lepší zařízení*“,

ve kterém paní Marie osobně byla, a léčebna, o které má zprostředkované informace nejrůznějšího rázu. Nejspíš je nepovažuje za dostatečné, když vyjádřila přání obdržet o LDN informační letáček. Ten by jí, ale posloužil pouze k dokreslení představy o LDN a ukojení zvědavosti, její rozhodnutí by asi těžko změnil. Informace, na základě kterých si paní Marie svůj obrázek o léčebnách vytvořila, pocházejí ze tří zdrojů. Od známých, od dcery a z médií. Není zcela jasné, kolik známých paní Marie v léčebně osobně bylo, a kolik jich čerpá informace z druhé ruky. Konkrétně hovoří pouze o své bývalé spolužačce, která byla v léčebně asi před rokem. Jde tak o poměrně čerstvou událost. Z výpovědi, že dotyčná „*měla zlomenou nohu, jako já*“, je jasné, že tato podobnost paní Marii neunikla. S jejím příběhem se pak mohla lehce identifikovat a být k vyprávění více vnímavá. Nejvíce jí překvapila, až šokovala, informace o tom, že na jednom pokoji leží i 7 pacientů a „*jsou tam namačkaný*“. Představa vícelůžkových pokojů, pro ni byla tak neuvěřitelná, že se k ní ještě několikrát vrátila. „*Nemáte soukromí, nemáte klid, tam furt někdo chodí, jak na nádraží.*“ Takto zhodnotila paní Marie nevýhody, které takové ubytování přináší a LDN na tomto poli prohrála v porovnání s domovem pro seniory, kde bude mít pokoj sama pro sebe a soukromí, na plné čáře. K tomu se přidal ještě další zážitek spolužačky. Ležela na pokoji vedle pacientky, která umírala a „*to nebylo nic příjemného, ležet vedle, že jo. Dovedete si to představit?*“ Blízkost smrti na paní Marii silně zapůsobila. Poslední zážitek, na který si paní Marie z vyprávění své bývalé spolužačky vzpomněla, se týkal personálu LDN. Personál často nereagoval na zvonek signalizace, nebo až s delší prodlevou, což u ní vedlo k tomu, že signalizaci používat přestala. Personál svůj příchod zřejmě doplnil o nepříjemný výraz ve tváři a komentář. Dotyčná spolužačka se prý styděla, ale paní Marie užila přímo slovo strach, ve formulaci: „*Oni u toho maj řeči a tváře se... že člověk pak se, že jo, bojí....*“ Zde se mohla projevit jiná zkušenost paní Marie s personálem, kdy strach nebo jiný diskomfort skutečně zažívala. Také to je důvod, proč jde do soukromého zařízení, kde „*jsou hrozně milý*“ a že by někdo na zvonek nepřišel, se stalo jednou, a vůbec si na chování personálu tam „*nemůže stěžovat.*“ Zájem rodiny, konkrétně dcery, na překladu z nemocnice do zmiňovaného soukromého zařízení, je v případě paní Marie evidentní. Dcera paní Marie hraje poměrně významnou roli a to jednak tím, že překlad své matky do domova pro seniory iniciovala a dále se v něm angažuje, včetně starosti s obstaráním rehabilitační sestry, a jednak na její mínění a rady paní Marie dá. Na svou dceru se paní Marie odvolává hned několikrát, čímž si může připomínat, že na starosti okolo překladu, není sama. Byla to dcera, která přišla s informacemi o LDN „*... že ta péče tam a takový, není úplně dobrá.*“ Do jakých podrobností

je diskutovala s paní Marií, nevíme, víme jen to, že šlo o recenze nejmenovaných lidí, co „*různě psali, jak to tam chodí a podobně.*“ V médiích o LDN paní Marie slyšela o kapacitním přetížení zařízení, a že se potýkají s nedostatkem personálu. Zprávy tohoto typu mohly u paní Marie vyvolat pochybnosti ohledně zajištění péče a její kvality. Za „*veliký peníze*“, což je v jejím případě 24 tisíc, nejspíše měsíčně, si paní Marie kupuje soukromí na jednolůžkovém pokoji v moderně zařízeném soukromém zařízení, a je možné, že jí to dává i pocit, že dostává péči, kterou by jinde zdarma nedostala. Paní Marie je ochotná si sama obstarat rehabilitační sestru, která v soukromém zařízení není, nebo tento problém delegovat na dceru. Jaká péče je poskytována v LDN, a proč vlastně pacienti do léčeben chodí, paní Marie „*vůbec nemá představu.*“ V tu chvíli si nevzpomněla ani na případ své spolužačky, která utrpěla stejně jako ona, frakturu dolní končetiny, a v léčbě byla. Důvod pobytu dotyčné osoby tak byl zřejmě přebit dojmy z vyprávění. Nabízí se také možnost, že paní Marie o rehabilitační péči v LDN věděla, ale pochybovala o její kvalitě, nebo je motivací k hledání rehabilitační sestry skutečně touha být ve známém prostředí domova pro seniory. Pokud by paní Marii někdo nabídl překlad do jiného zařízení, než do LDN, a podmínky tam, by byly srovnatelné s domovem pro seniory, tak by o této možnosti uvažovala. Ale možnost, že by tomu tak mohlo být i v některé LDN, resolutně odmítá. Je přesvědčená, že soukromý domov pro seniory je skutečně „*lepší*“ zařízení. Navíc „*tady je to dobrý*“, tak paní Marie nevidí důvod, proč to zkusit jinde a podstupovat zbytečné riziko, že tam nebude spokojená. Paní Marie se nyní cítí dobře, očekává totiž, že půjde do známého prostředí soukromého domova pro seniory, a to ji uklidňuje. Na závěr zmiňme drobnou lingvistickou zvláštnost. Paní Marie sice na začátku uvádí, že s ní nikdo nemluvil, do které LDN by mohla být přeložena, nicméně sama v textu užívá spojení „*tý léčebny*“ nebo „*tý elděenky*“. Mohlo by to odkazovat na fakt, že po celou dobu rozhovoru, měla paní Marie před sebou obraz „*tý*“ konkrétní LDN, kterou však, jak později uvádí, zná jen zvnějšku.

7.2 Zkušenost respondentů z perspektivy témat

Prožívání překlady a situace kolem propuštění z nemocnice

První myšlenka

Respondenti byli dotazováni na první myšlenku, která je v souvislosti s návrhem na překlad do LDN napadla. Reakce každého respondenta, tak jak ji zpětně sám popisuje, byla jiná. Návrh překlady do LDN se nesetkal s pochopením u respondenta 02 a respondentky 03. V jejich případech šlo znatelně o narušení dosavadní představy o další léčbě.

„03: No... jako že to, není možný. Že sem myslela, i dcera myslela, že.. že půjdu jinam, no...“

Respondentka 03 dále uvedla, že se dokonce lekla, když jí návrh lékař sdělil. A to především proto, že již počítala s odchodem do jiného zařízení, po vlastní ose.

„03: No, tak trochu sem se lekla, no...“

Respondent 02 byl ve chvíli přednesení návrhu na překlad do LDN překvapený. Nejen prve, ale i nyní je jeho první myšlenka stále aktuální. Návrh mu, zdá se, přijde vzhledem k jeho zdravotnímu stavu neadekvátní, dokonce „mimo“. LDN evidentně vnímá jako zařízení pro jiné spektrum pacientů, než jakým je on. Jeho reakce na prvotní zmínku výzkumníka, o navrhovaném překlady do léčebny, byla vyzněním totožná.

„02: Dyť Vám říkám, že to je mimo. Dyť to pro mě není.“

„02: No, překvapenej, to sem byl, teda. A víte co, to... bylo mimo, to, to vůbec.“

„02: dyť k tomu není důvod, jako.“

„02: Dyť na tom ještě nejsem tak špatně.“

„02: ... ve čtyřiaosmdesáti se mně zdá, že bych to dost brzo vzdával.“

Naopak respondentka 01 návrh překladu do LDN přivítala.

„01: No byla jsem ráda, protože odpadlo to, že by děti měli starost co se mnou.“

„01: Byla bych přítěží.“

První myšlenka respondentky 01 se ubírala směrem k rodině, které by odchodem do LDN ulehčila, byla ráda, že se situace, která by pro ně mohla být přítěží, vyřešila. Jako přítěž dokonce označila respondentka sebe samu, což svědčí buď o její skromnosti, nebo je jí ze strany dětí naznačeno, že přítěží skutečně je. To si ale vzhledem k tomu, jak se konkrétně její dcera v dané situaci angažuje, a jakou důvěru v ni respondentka má, nemyslím. Z její další výpovědi je patrné, že vidina toho, že bude přeložena do LDN, pro ni představuje jakousi jistotu.

„01: Napadlo mě jen to, že musím jít... teda... prostě když mě vezmou. Protože je to nedostatkový.“

„01: ... že se o mě někdo postará, když voni nemůžou doma.“

Nynější pocity

Pro respondentku 01 je překlad do LDN hotovou, uzavřenou věcí. Cítí se dobře a tomuto pocitu může napomáhat i fakt, že už má sbalené věci a dále nejen to, že jde do zařízení kde se „o ni někdo postará“, ale i skutečnost, že nebude svými problémy zatěžovat rodinu, kterou má evidentně velmi ráda a je pro ni důležitá. Respondent 02 byl pobouřen nesmyslností návrhu na překlad do LDN a tento stav zřejmě ještě trvá. Nachází se také v situaci, kdy i osud jeho alternativního plánu - být na chalupě a dojíždět na rehabilitaci, je velmi nejistý. Respondentka 03 se před překladem cítí, cituji: „Dobře, jak bych se měla cítit.“ Tento pocit se zcela jistě dán jistotou, že půjde do prostředí, které zná a kam si také sama jít vnitřně přeje, a to do soukromého domova pro seniory. Že je to jisté, má nejspíš i pocit z toho, že se v celé záležitosti angažuje dcera, která to „zařídí“.

Právo rozhodovat o léčbě

O právu rozhodovat o své další léčbě vědí, nebo alespoň tuší všichni respondenti. Ve dvou případech jsem se na něj cíleně ptala a v jednom případě ho respondent sám zmínil. Jejich přístup k uplatňování tohoto práva je rozdílný. Tento dotaz byl zařazen právě i z tohoto důvodu, abychom zjistili, jak toto pacientské právo respondenti vnímají, tím lépe v současné situaci, což by jim mohlo dát pocit větší kontroly nad ní. Vnímání tohoto práva bylo tedy rozdílné mezi respondenty, kteří do LDN nastoupit odmítají, tedy respondenty 02 a 03 a respondentkou 01, která bude přeložena již následující den.

„03: Tak, asi ano. Asi do toho mám co mluvit.“

„02: To vím, a taky to dělám.“

Respondent 02 si je svého práva vědom poměrně silně, soudě tak i podle prvotní reakce na otázku, zda se s lékařem o překladu do LDN bavili, kde zmiňuje i tu skutečnost, že svůj souhlas s překladem do LDN musí stvrdit i písemně, vyplněním žádosti a nemůže tak být přeložen proti vlastní vůli. Nabízí se i otázka, zda toto vědomí nedává respondentovi 02 pocit větší kontroly nad vzniklou situací.

„02: Do žádný léčebny, to já jim nic nepodepíšu...“

Respondentka 01, která do léčebny nastupuje následující den, v současné situaci nevidí praktické využití tohoto práva, kdy otázky léčby nechává s důvěrou, kterou několikrát vůči zdravotníkům v rozhovoru zmiňuje, na lékaři. Také konstatuje závislost na lékařském rozhodnutí.

„01: No, asi bych měla mít to právo rozhodovat, no ale nerozumím léčení, že jo, takže to musím všechno nechat, tady ... na pana doktora.“

Nicméně v kontextu toho, že s rodinou zvažovali i možnou alternativu k LDN, je patrné, že respondentka 01 ví, že pobyt v LDN je dobrovolný a v souladu s jejím rozhodnutím. Při dotázání se na to, zda vyplňovala nebo podepisovala nějakou žádost o přijetí do LDN, si nebyla

jistá. Z odpovědi vyplynulo, že listin podepisovala více a nepamatuje si za jakým účelem. V této nepozornosti může hrát roli, jak již zmiňovaná důvěra ve zdravotníky, tak respondentčina dcera. Respondentku 01 napadlo, jestli žádost nepodepisovala za ní dcera, která, jak vyplynulo z ostatních výpovědí, se v další léčbě své maminky významně angažuje. Nebo si dotyčná jednoduše nemusela ihned vzpomenout.

„01: Asi, jestli to musí být, já nevím, něco jsem podepisovala jako na začátku, je to možný, já na to špatně vidím, nebo jestli dcera něco, to...“

Informace ohledně LDN

Informace ohledně LDN hrají v případech našich tří respondentů významnou roli. Jelikož zkušenost s prostředím LDN z pozice pacienta dosud nemají, a osobně zde byla pouze respondentka 01, jsou představy o LDN vystavěny na informacích a sděleních z několika zdrojů. Těmi jsou: recenze osob v LDN hospitalizovaných, rodinný příslušník s informacemi z druhé ruky, všeobecně zakořeněná představa o LDN. Zdrojem, který se ukázal jako málo významný ve vytváření obrazu LDN, byla média. Podivuhodné je, že žádný z respondentů se ohledně získaných informací o LDN neodkazuje na „oficiálnější“ zdroje, jako je lékař, nebo nějaké prospekty o konkrétní LDN. To by vedlo k domněnce, že informování přímo osoby, které by se překlad týkal, bylo nedostatečné, nebo bylo opominuto.

„01: ... dcera to bude vědět. To stačí.“

Toto tvrzení podporuje ta skutečnost, že ač všichni respondenti vědí, že nyní je čeká rehabilitace, LDN si s rehabilitací až na respondentku 01 nespojují. Respondentka 01 nakonec ve výběru zařízení pro rehabilitaci upřednostňuje také jiné zařízení. Znamenalo by to, že o tak základní věci, jakou je spektrum poskytované péče v LDN, nebyli respondenti informováni, ačkoliv bylo všem třem nabídnuto pokračování v léčbě právě v LDN. Ačkoli v některých ohledech respondentům informace ztelně chyběly, že by tento nedostatek nějak negativně pociťovaly, se nezdálo. Nejvíce se ve svých tvrzeních respondenti odkazovali na zkušenost známých, kteří v LDN hospitalizovaní byli. Osobní zkušenost dotyčných, tak pro ně měla nejspíš největší váhu.

„02: ... takhle, já jsem věřil tomu, co mi říká.“

„03: já jen jak slyším.“

Na podporu tohoto tvrzení uvedme i případ respondentky 01, která hovořila o své kamarádce, která v LDN nakonec zemřela, a byla osamocená. Neměla děti, které by se o ni zajímaly, natož staraly. Na základě toho mohla vzniknout představa respondentky o LDN, jako řekněme azylu pro lidi, o které se nemá kdo postarat.

„01: No prostě lidi, který nemaj kolem sebe někoho, kdo by je vošetřoval...“

„Eldéenka“ a zkratka LDN

Respondenti byli dotazováni na to, zda se někdy setkali, nebo zda znají lidové označení LDN, „eldéenka“. Obě respondentky 01 i 03 uvedli, že výraz znají a svou odpověď dále rozvedly.

„01: Nó, jediné eldeenka. Proto nevím, jak to, jak to bylo celý ten název. Vždycky se o tom mluvilo jako o eldeence.“

Toto je krásný příklad za všechny, jelikož žádný z respondentů nedokázal říci celý název léčeben bez chyby. Nevěděli, co znamená zkratka LDN, což by se dalo vysvětlit právě tím, že se léčebnám, možná i kvůli délce názvu, říká „eldéenky“ a tak je mají respondenti zafixované.

„01: Jo, léčebna... nevím ani jak přesně se to ani jmenuje.“

„02: Jo, to je léčebna pro..., pro nemocný, nějak...“

„03: Jo, léčebna... léčebna pro nemocné, tak nějak?“

Zajímavý je případ respondenta 02, který opakovaně tvrdí, že výraz „eldéenka“ nezná,

„02: Jak se tomu říká, no to nevím. Že to.“

ovšem při analýze dat se ukázalo, že ještě dříve, než byl na tento výraz dotázán, ho sám v rozhovoru užil.

„02: ... jenomže tam, jakmile přijde do tý elděenky...“

Tento rozpor mohl vzniknout prostým nedorozuměním, což se v případě, že byl respondent na výraz dotázán dvakrát, jeví jako málo pravděpodobné. Mohli bychom také říci, že tohoto výrazu užil sám automaticky, a aniž by si to uvědomil, což by jen podpořilo myšlenku, že výraz „elděenka“ mají respondenti s tímto typem zařízení zafixovaný.

Média a LDN

Z médií mají respondenti informace, pokud, tak jen obecného rázu. Žádný z nich si nevzpomněl na jakýkoliv konkrétní případ, o kterém by média informovala v souvislosti s LDN. Můžeme tedy říci, že vědomě žádného respondenta neovlivnily mediální kauzy, které se týkaly například kvality péče v LDN apod.

„01: No tak běžně jenom, běžně, že, že třeba jenom řeknou, že ten a ten herec je v léčebně.“

Na otázku, zda zaznamenala nějaké zprávy ohledně péče v léčebnách a její úrovně, reagovala:

„01: Nezaznamenala, ale věřím tomu, že je to dobrý.“

„02: Ne..., nebo jo, jako že je málo míst v těch ústavech, ale to všude.“

„03: No, slyšela jsem, no....“

„03: No všelicos.“

„03: Že je to jako přetížený, a málo personálu a tak. Já nevím, já jsem tam ještě nebyla, tak jestli je to pravda, nevím.“

Respondentka 03 dokonce připouští, že možná není radno věřit médiím, dokud se o tom nepřesvědčí sama. Nebo může jít jen o nejistotu ve tvrzení dané skutečnosti, ve směru k výzkumníkovi.

Používání internetu vůbec, natož k vyhledávání informací, nezmínil nikdo z respondentů, což je v souladu se statistickými údaji poměrně pochopitelné. Přesto, že v seniorské kategorii uživatelů internetu každoročně přibývá, je jich podle dat Českého statistického úřadu z roku 2017 zatím „pouze“ 32,5% v kategorii obyvatel ČR starších 65 let. (Zadražilová, 2017).

Letáček

Jakýkoliv letáček nebo i propagační materiál konkrétní LDN, který by mohl poskytnout respondentům doplňující informace nebo rozptýlit možné obavy z překladu, nedostal nejspíš žádný z respondentů. Pochybnosti panují pouze u respondenta 02, kterého jsem se na tuto skutečnost nedotazovala. Respondent 02 byl o tom, že do LDN nepůjde přesvědčen tak pevně, že nepřipouštěl diskusi. Dále také sám nenaznačil nebo z jeho řeči nevyplývalo, že by s ním kdokoliv ze zdravotníků na téma LDN podrobněji hovořil či se mu snažil předat bližší informace. Respondentky 01 a 03 existenci informačního letáčku negují. Respondentka 01 již žádný informační letáček, vzhledem k tomu, že bude přeložena následující den, neočekává.

„01: No... tak celkem už asi ne, protože už asi vím, o co jde. A když je to zítra?“

Pacientka prohlášením, že „už asi ví, o co jde“, naráží spíše na postup v léčbě, který s lékařem a rodinou již probírala, nežli informace o samotné LDN, kam má být přeložena a toho, jak to tam vypadá, jaké služby nabízí apod.

„01: Hlavně dcera, no ta se stará. Pan doktor říkal, musí se to zahojit, nejdřív ta zlomenina, že jo? Naučit se chodit no a pak...když to půjde doma...“

Z odpovědí respondentky 01 na dotaz, jak to v léčebnách vypadá, vyplynulo, že konkrétnější představu nemá, je to tam prý „jako v nemocnici“ a zvědavá není.

„01: ...to se všechno uvidí.“

A to i přes to, že den před překladem neví, do které konkrétní LDN půjde. Spoléhá v této věci na dceru, která bude nejspíše o celé záležitosti spravena.

„01: ... ani nevím teda, do který tý elděenky jako to, no...půjdu.“

„01: No, dcera to bude vědět. To stačí.“

Na otázku, zda ji neznalost konkrétního zařízení neznervózňuje, odpověděla:

„01: Ne, vono přijít to muselo.“

Dále se v jejích výpovědích často objevuje apel na důvěru ve zdravotnická zařízení.

„01: Nechám se překvapit a ono je to všude dobrý.“

„01: ... takovejmhle institucím musí člověk věřit. Když se nevěří, taky to je špatný.“

„01: ... ale dyť to není možný, aby se tam jako, dělo něco...“

To respondentka 03, ačkoliv žádný informační letáček neobdržela, uvedla, že by o něj měla zájem, protože informace na internetu jsou pro ni nedostupné a chtěla by je vidět na vlastní oči a ne je mít zprostředkované od dcery.

„03: No, jo, jenže to je na počítači. Asi i dívala, já nevím, ale já bych to chtěla vidět sama. Jak já se podívám na počítač? Letáků maj všude plno, na léky a na choroby, na lázně sem tady taky viděla.“

Přesně věděla, do které LDN by šla, ovšem chtěla by vědět více konkrétních informací.

„03: Ale budovu tu já znám. Ale jaký to je vevnitř. A jak se chovaj k pacientům.“

„03: No zajímalo by mě to prostředí.“

„03: ...hlavně jak to tam vypadá.“

Představu, jak to v léčebně vypadá, prý kromě zjištění od známé, která tak byla, a vyprávěla o vícelůžkových pokojích, nemá.

„03: Bylo by to pro mě takový překvápko.“

Otázkou je, na kolik by dokázal informační letáček změnit dosavadní rozhodnutí respondentky jít do soukromého domova pro seniory. Domnívám se, že nijak.

„03: Já jsem spokojená v tom soukromém zařízení, tak proč to měnit. Tam můžu mít i svůj pokoj.“

„03: ... je to tam vopravdu exkluzivní.“

Představa LDN

Představy o LDN u respondentů odráží množství a povahu informací, které získali z různých zdrojů. Otázkou je, co se respondentům vybaví v souvislosti s LDN jako první, a jak ji vnímají, jsme vlastně získali názory, které jsou spojeny s tím, co je pro dotyčné důležité, jaké jsou jejich potřeby, protože to je důvod, proč jim tyto informace a skutečnosti ulpěly v paměti a nyní znovu vypluly na povrch. Zkusme si to ukázat na každém jednotlivém případě. Pro respondentku 01 je velmi důležitá rodina, které nechce svými problémy přidělovat starosti. Navíc měla v léčebně kamarádku, která byla bezdětná a nakonec zde bez rodiny zemřela. Tyto okolnosti se zcela jistě podepsaly na tom, že v souvislosti s LDN si vybaví „...lidi, který nemá kolem sebe někoho, kdo by je vošetřoval...“. Respondent 02 je aktivní člověk, který má ještě plány, plný energie a chuti do života. LDN je v jeho očích konečnou stanicí lidského života. V jeho věku se mu zdá, „že by to brzo vzdával.“ Respondentka 03 zase do představy o LDN promítla svou silnou potřebu klidu a soukromí, proto na ni velmi silně zapůsobilo vyprávění bývalé spolužačky o sedmilůžkových pokojích a proto pro ni primární představou LDN jsou vícelůžkové pokoje. Jak říká: „... no ale sedm si nedovedu představit“.

Dále se nabízí se otázka, zda vnímání LDN a množství a charakter informací, které si každý respondent vybaví, není podmíněno také tím, zda k překladi do léčebny jistě dojde, nebo ho dotyčný odmítá, a jinou alternativou si ještě není zcela jist. To by pomohlo vysvětlit markantní rozdíl mezi představami respondentky 01 a respondentů 02 a 03. Respondentka 01 má představy velmi obecné a mlhavé. Může to být dozajista způsobeno jistotou, že do LDN přeložena bude již následující den, a proto je zbytečné nad tím příliš přemýšlet, nebo u ní přeci jen jisté obavy panují, ale sama je zahání, a proto věří, že „*ono je to všude dobrý*“ a „*takovejmhle institucím musí člověk věřit.*“ Respondenti 02 a 03 byli naopak v hodnocení LDN otevřenější. Byli buď skutečně lépe informovaní, než respondentka 01, nebo se u nich projevil fakt, že do léčebny nechtějí, a tudíž se jim vybavovaly informace, které mluvily v jejich prospěch, nebo mají jistotu, že tam nepůjdou, a tak se jich dané téma nedotýkalo tolik, jako v případě respondentky 01.

Vícelůžkové pokoje

Více lůžkové pokoje v léčebnách pro dlouhodobě nemocné během rozhovoru sami zmiňují všichni tři respondenti. O jejich existenci mají informace jak z doslechu v případě respondentů 02 a 03, tak z osobní konfrontace během návštěvy v případě respondentky 01. Pokoje o více lůžkách jsou vnímány převážně jako nevýhoda. Buď v souvislosti se ztrátou soukromí a hlavně intimity pacienta během hygienických úkonů, nebo v souvislosti s nedostatkem klidu v případě nevhodných spolupacientů.

„02: Akorát, jo, na pokojích, si představte, jako dohromady i 10 jich tam je. Všichni dohromady a teď když někdo jako potřebuje na záchod a tento, tak do plíny, že pak se přebalej jako mimina a je to, ale všichni u toho jsou.“

Zde můžeme vnímat i jakýsi údiv, a postoj, že referuje o něčem těžko uvěřitelném.

„01: ... no a velký pokoje, že tam bylo třeba i deset lidí...“

Respondentka 01 na otázku, zda by jí to vadilo, být s dalšími 9 lidmi na pokoji uvedla, že „*jo i ne*“. Jistou výhodou vícero pacientů na pokoji mít může.

„01: Vono člověk je rád, že tam není sám... no, že si jako může s někým... tento, no, povídat a ... tak. Ale zas když některý lidi můžou bejt dost... jak to... no že furt hlučej a tak... Člověk už má taky rád klid... že jo.“

Zároveň se pro respondentku 03 obraz vícelůžkových pokojů nejspíše stal jakým si symbolem LDN, jelikož se o nich zmínila v odpovědi na otázku, co v ní vyvolává špatný pocit z „eldéenky“.

„03: To, že až 7 na pokoji jich je prej. Ale nemáte soukromí, nemáte klid, tam furt někdo chodí, jak na nádraží...já jen jak slyším.“

Dokonce fakt, že si nedokáže, představit tolik pacientů na jednom pokoji zmiňuje v rozhovoru opakovaně, vrací se k němu, a když srovnává LDN a soukromý domov pro seniory kam pravděpodobně půjde, je poměrně jasné, že jedním z hlavních důvodů, proč do léčebny nechce, je právě tento fakt. Vícelůžkový pokoj LDN kde „nemáte soukromí“ u respondentky jasně prohrává s domovem pro seniory, kde může mít pokoj jen pro sebe.

„03: No hlavně ta představa, že je tolik lidí na jednom pokoji, to člověka taky otravuje a záleží teda jaký lidi se sejdou, no.“

„03: Ale tady v tom soukromým budu mít svůj pokoj.“

Dále na ni zapůsobilo vyprávění spolužačky, která v léčebně byla a vyprávěla:

„03: ... že u ní na pokoji umírala nějaká paní vedle a že to nebylo nic příjemného, ležet vedle, že jo.“

Přímá konfrontace se smrtí, která navíc nejspíš nějakou chvíli trvala, nebyla spolužačce respondentky příjemná, ale podle dovětky „že jo“ bychom mohli soudit, že s ní tyto pocity respondentka sama sdílí a zároveň se ujišťuje nebo spíše domáhá ujištění, že s ní tyto pocity sdílíme, nebo pro ně máme pochopení.

První myšlenka ohledně LDN a vnímání „eldéenky“

Výraz „eldéenka“ byl užit k tomu, aby respondenti sdělili, jak na ně daný výraz působí, co u nich evokuje a bylo tak možné nejen přejít k rozpravě o LDN i v obecnější rovině, ale hlavně abychom zachytili první myšlenku, nebo názor, který má dotýčný s léčebnami spojený. Tak respondentky odpovídaly na otázku, co v nich výraz „eldéenka“ evokuje, co si vybaví, jaký to na ně dělá dojem.

„01: No prostře lidi, který nemaj kolem sebe někoho, kdo by je vošetřoval...“

„03: Špatnej.“

„03: To, že až 7 na pokoji jich je, prej.“

Že se pro respondentku 03 staly vícelůžkové pokoje možná až symbolem pro léčebnu, je zmiňováno již dříve. Jelikož tato otázka nepřišla hned ze začátku rozhovoru, v některých případech se prvotně navozená představa nebo názor na LDN objevili již dříve v reakcích na otázky jiného rázu. To byl případ respondenta 02, který má léčebny spojeny spíše s pacienty, jejichž život spěje k závěru. – ale myslí si, že takovýhle zařízení být mají a že „je to furt perfektní“

„02: ... že vodtamtaď už je cesta jenom do krimi..., no do krematoria, jo. Protože pro tyhlety lidi, to už jsou, jako poslední dny života.“

Zároveň z výpovědi respondenta 02 jasně vyplývá, že si nemyslí, že by LDN byla zařízením řekněme „pro něho“, nejspíš se i domnívá, že léčebny jsou pouze pro pacienty se závažným, nevyléčitelným onemocněním spějícím ke smrti a vůbec nenabízí péči pro pacienty (v jeho případě) s frakturou končetiny. Nejspíš by pro něho pobyt v LDN byl i osobní prohrou, znamením, že život „vzdává“. Zároveň, při dotazu, jak na něho výraz „eldéenka“ působí, vychází z všeobecně negativního vnímání LDN, ale je toho názoru, že na takové hodnocení by měli mít nárok jen ti, co v LDN sami byli a sám si myslí, že „je to furt perfektní“. On sám v léčebně nikdy nebyl ani na návštěvě, přes to mu některé informace, aby si sám udělal obrázek o LDN, „stačí od známejch.“

„02: Ale já si myslím, že teď je to furt perfektní, já nevím, já si myslím, že lidi nemaj důvod kritizovat, pokavád v tom nebyli.“

8 Shrnutí výsledků

V tomto výzkumu jsme si stanovili dvě výzkumné otázky, a to: „*Jak vnímá pacient svůj překlad do léčebny pro dlouhodobě nemocné?*“ a „*Jak pacient vnímá samotné zařízení LDN?*“. Nyní se pokusíme shrnout výsledky výzkumu a na obě otázky odpovědět.

V první řadě se prožívání překladu odvíjí od faktu, zda dotyčný respondent s pokračováním léčby v léčebně souhlasí, či ne. Z výpovědí respondentů vyplývá, že prožívání překladu do LDN, úzce souvisí s vnímáním a představami o léčebnách pro dlouhodobě nemocné, které vznikaly na základě informací z nejrůznějších zdrojů. Mezi těmi převažovaly ty od přátel a kamarádů, kteří v léčebně již hospitalizovaní byli. Informace „oficiálnějšího“ charakteru, tedy od lékaře, případně nelékařského zdravotnického personálu, zde sehrály druhořadou úlohu. Náznak větší snahy personálu nemocnice, odkud měl být respondent přeložen, rozšířit povědomí pacienta o tom, co je LDN za zařízení, jaké spektrum služeb mohou očekávat a vyvrátit tak třeba některé mylné představy, jsem ve výpovědích respondentů nezaznamenala. Snahou bylo zjistit, co o LDN respondenti vědí a jak si je představují.

Že v léčebnách nedochází jen k uzdravení, ale i úmrtím, vědí všichni respondenti. Představa o LDN, jakožto zařízení jen pro umírající, měl jeden respondent. Ten si dokonce myslí, že tato představa, je všeobecně zakořeněná. Důležité ale je, že tato mylná představa, měla zásadní vliv na jeho rozhodnutí do LDN nenastoupit. Obecně se v tomto výzkumu ukázalo, že respondenti měli velmi mlhavé, ba žádné povědomí o tom, jací pacienti do LDN chodí a hlavně proč. Nevědí tedy, jakou péči LDN poskytují. Respondenti neměli ani bližší představu ve vztahu ke konkrétnímu zařízení, do kterého by byli, nebo budou přeloženi. Je možné, že se o možnost získat více informací, připravili vlastním ostentativním nezájmem a nepřipouštěním debaty o přeložení do LDN, jako tomu bylo v případě respondenta 02 – pana Karla. Objevili se také pochybnosti o kvalitě zdravotní péče v LDN, ne-li její absenci.

Dále zde padly různé názory a představy ohledně personálu LDN. Jedna respondentka, tak jako paušálně vnímá všechna zdravotnická zařízení jakožto dobrá a důvěřuje jim, stejně tak bez výhrad věří v kvalitu personálu v nemocnicích i v LDN. Ostatní dva respondenti mají představu rozdílnou. Vnímají nedostatek personálu, se kterým se léčebny potýkají, a tak buď pochybují o

zaměstnávání kvalitních pracovníků s dobrým vztahem ke starým lidem, nebo pochybují o kvalitě jejich péče, byť jsou tyto pochybnosti založeny na vyprávění druhé osoby.

Co vnímají všichni respondenti jako nevýhodu, jsou nevhodné interiérové dispozice léčeben, konkrétně vícelůžkové pokoje, a zmiňována je i zastaralost mobiliáře. Mnohalůžkové pokoje jsou pro respondenty nepříjemné především kvůli ztrátě klidu a soukromí.

Důležitým zjištěním je vnímání překlady do LDN z pohledu dobrovolnosti. Respondenti rozhodně nevnímají překlad jako paternalistické rozhodnutí lékaře, ale jako návrh dalšího postupu léčby. Jsou si vědomi práva rozhodovat o své další léčbě, ať už ho jakkoliv uplatňují. Dokonce jsou sami respondenti či jejich rodina aktivní v hledání možných alternativních řešení. Respondentka 03 zmiňuje v souvislosti s překladem do LDN tíhu adaptační zátěže, kterou by zde pociťovala, proto dala přednost prostředí známému.

Z rozhovorů dále vyplynula důležitost rodiny. Rodina, zde nejčastěji dcery respondentek, se v situaci překlady do dalšího zařízení, angažovaly buď jako iniciátorky a prostřednice překlady do jiného zařízení, jako zprostředkovatelky informací o LDN, nebo vůbec jako osoby, které primárně komunikovaly s lékařem a přebíraly tak na sebe tíhu starostí. Projevil se význam rodiny, a zvláště některých členů, jakožto sociální opory. Obě respondentky se na ně odvolávaly, spoléhaly se na ně, důvěřovaly jim. Zároveň jim zájem rodiny o jejich osobu dával pocit, že na další změnu v životě, nejsou samy. Pro jednoho respondenta, byla otázka rozloučení se s manželkou a domácím mazlíčkem v případě nastoupení další ústavní léčby, argumentem, který k odmítnutí LDN přispěl.

Prožívání překlady a vůbec udělení souhlasu s ním, je velmi individuální záležitostí. Významnou roli zde hraje osobnost a temperament. Jako protiklady v přístupu k LDN, zde můžeme pozorovat respondentku 01 – paní Janu a respondenta 02 – pana Karla. Rozdíl mezi jejich prožíváním překlady, je mimo jiné dán také tím, do jaké míry je podle nich zdravotní problém limituje, a nakolik by je pobyt v léčebně omezoval v naplňování vyšších potřeb. Paní Jana je se svou situací smířena, a je ráda, že o ni bude postaráno, kdežto pan Karel je přesvědčen, že jeho stav není indikací k další léčbě v LDN a především by pro něho ústavní péče znamenala omezení v zálibách.

Prožívání překlady do LDN, jak už bylo řečeno na začátku, je tedy podmíněno souhlasem dotyčného do LDN nastoupit a tím, jaké představy o LDN má. Zkušenost každého respondenta nám dala možnost nahlédnout situaci, ve které se nachází, faktory, které jeho prožívání ovlivnily. Ať už to byla individualita osobnosti dotyčného, zájem rodiny, nebo obavy z nového neznámého prostředí, které pocity kolem překlady do léčebny pro dlouhodobě nemocné formovaly.

9 Diskuze

Výsledky této práce, vzhledem k užití IPA nejsou zcela zobecnitelné. Díky povaze užitých metody jsou velkou měrou zatíženy subjektivitou analyzátorovy i respondentovy interpretace. Tyto tři unikátní případy pacientů a jejich pohled na překlad do LDN a zařízení samotné, je určitě zajímavým exkurzem do pacientovy mysli. Bylo napsáno mnoho odborných prací zkoumajících vnímání kvality péče poskytované v LDN z perspektivy pacientů i jejich příbuzný. Avšak překlada pacienta do LDN, a jeho názoru na zařízení tohoto typu, bez předchozí osobní zkušenosti, se věnuje velmi málo prací. I proto je diskuse výsledků ztížena. Navíc zkušenosti respondentů jsou tak jedinečné, že je těžké je porovnávat byť mezi sebou.

Povedlo se získat 3 zcela různé pohledy pacientů na překlad a situaci kolem něho. Mohlo by se zdát, že případy respondentů, kteří nejspíš do LDN nakonec přeloženi nebudou, nemají pro tento výzkum význam, protože nebyla naplněna podmínka překlada. Opak je ale pravdou. Názory 2 respondentů, kteří do léčebny nechtějí a jejich překlad se pro danou chvíli nechystal, je možná ještě cennější a na informace ohledně LDN bohatší, než v případě respondentky, která se do LDN šla. Pomohl nám totiž získat informace o tom, které faktory v jejich případech k odmítnutí LDN přispěly nebo přímo vedly, a mohou posloužit jako podněty pro zlepšení.

Představu LDN jako „poslední stanice“, nebo „umírárny“, jak uvádí Kalvach (2004), vyjádřil a tím potvrdil jeden respondent, zároveň jím byla označena za všeobecně vnímanou. Jak uvedla Polzerová v jednom z rozhovorů, LDN či „eldéenka“ je označení zprofanované a dehonestující a stává se, že je paušálně užívané pro většinu zařízení následné péče (Štoll et al., 2019). Právě pověst LDN může u pacienta rozhodnout o jeho nesouhlasu s překladem a může být rozšířena paušálně na všechna zařízení následné péče. Především v zájmu samotných LDN by mělo být, aby se dezinformace a mylné představy, které o jejich zařízení a spektru poskytované péče, mezi pacienty kolují, povedlo uvést na pravou míru. Na svých stránkách sice často zveřejňují potřebné informace, včetně fotografií prostor, nicméně jak i sama jedna z respondentek uvedla, přístup k internetu a schopnost ho užívat, jsou v seniorské populaci omezené nebo žádné. Jsou tedy odkázáni na ústní podání informací nebo tištěné prospekty. Pokud bychom uvažovali o informačních letáčkách jednotlivých LDN jako o nástroji, který má zvýšit informovanost pacientů, a rozptýlit nebo potvrdit tak některé dohady, a dále podpořit jejich úspěšnou a rychlejší

adaptaci na nové prostředí, narážíme na praktický problém. Nejspíš by bylo velmi nesnadné, ne-li nemožné, aby v každé nemocnici či jiném zařízení, odkud by byli pacienti do LDN překládáni, byly informační letáčky zastoupeny všechny LDN v ČR. Je samozřejmě možné, a na některých klinikách tomu tak je, mít informační letáčky léčeben, do kterých jsou zdejší pacienti překládáni nejčastěji a to byť v jediném exempláři. Celkově je z výpovědí našich tří respondentů patrná nízká úroveň informovanosti. Často nevěděli, jaké typy péče LDN poskytují, dokonce se vyskytly i pochybnosti o kvalitě nebo vůbec přítomnosti rehabilitační péče, která se jich všech týkala. Přitom seznámení se s novým prostředím dopředu, je faktor, který k úspěšné adaptaci přímo přispívá a věnovat mu pozornost je doporučováno i odborníky z oboru geriatric (Kalvach et al., 2004).

Mohli bychom navrhnout změnu názvu těchto zařízení, aby zmizela ta tři zprofanovaná písmena - LDN. Problém léčeben však není tak povrchní a tímto zásahem by pravděpodobně se neodstranil. Na sektor následné péče je vynakládáno méně prostředků, než kolik by ve skutečnosti bylo třeba což vzhledem k demografickým prognózám, kdy počet obyvatel v seniorské kategorii neustále roste, bude představovat ještě palčivější problém (Medical Tribune, 2019).

Všichni respondenti se pozastavovali nad vícelůžkovými pokoji. Vícelůžkové pokoje - pro jednu respondentku něco jako symbol a jeden z hlavních důvodů, proč překlad odmítnout. Problému vícelůžkových pokojů a s tím souvisejícího omezení soukromí pacientů, jsme se věnovali v teoretické části. Bohužel jde o problém, který často není v silách samotných zařízení řešit, z důvodu celkového finančního podhodnocení. Peníze na úpravy interiérů po zaplacení nákladů na péči, které často převyšují skutečné úhrady od pojišťovny, nezůstávají. Některé LDN jsou také provozovány ve starých budovách (Motejl, 2006), u nichž je potřebná přestavba komplikovaná, nebo z důvodu památkové ochrany nemožná.

Prožívání překlada je velmi individuální záležitostí a ovlivňuje ho celá řada faktorů. Zdravotnický personál by neměl překlad pacienta vnímat jen jako fyzický transport do jiného zdravotnického zařízení, ale měl by se na něj podívat optikou samotného pacienta. Pro něho jde o významnou změnu, někdy i několikátou za poslední dobu. Změna prostředí je pro starého člověka závažným stresem a schopnost adaptace, jakkoliv individuální, je vlivem pokročilého

věku a fyziologických změn snížena (Kalvach, 2008). Pokud se vrátíme k faktorům, které samotné prožívání moderují, tím nejvýznamnějším je samotný souhlas pacienta s překladem. Nejde jen o formalitu, pro úspěšnou adaptaci je, jak potvrzuje Kalvach (2004), potřeba souhlasu vnitřního. Rozhodnutí a přání pacienta je třeba respektovat. Podílí se na něm osobní zájmy, preference, vnímání vlastního zdravotního stavu a jeho invalidizujícího charakteru, nabídka jiné alternativy k LDN. Jako velmi významný se ukázal vliv rodiny, přesně jak uvádí Křivohlavý (2009) snižuje negativní účinek nepříznivých životních situací na psychický a zdravotní stav člověka, na jeho pohodu, ať už šlo v našem případě o oporu emocionální nebo instrumentální. Na tom, jaké mají pacienti rodinné vztahy, a jaké jsou jejich osobnostní rysy, mnoho personál nezmění. Příležitost, jak zlepšit adaptaci na nové prostředí, zde vidím především v již zmiňovaném zvýšení informovanosti pacientů cestou oficiálnější, než jak tomu bylo u našich respondentů, kteří při popisu představy LDN využívali především informace od známých.

Dalo by se říct, že tento výzkum, se věnoval pouze jedné straně mince. Pokud bychom chtěly prohloubit znalosti o tom, jak pacienta ještě lépe na nové prostředí připravit, bylo by vhodné, aby se rozhovory provedly i po uskutečněním překladu, v prostředí léčebny a to bezprostředně a možná i s určitým časovým odstupem. Bylo by zajímavé nejen sledovat, zda a jak se může pohled na LDN a pocity během hospitalizace u pacienta měnit, ale také od něho získat cenné informace, jak se na celý proces dívá zpětně, čím byl zaskočen, s čím je a není spokojen. Protože je to pacient a jedině on, koho se překlad týká a je v danou chvíli v dané věci největším odborníkem.

Závěr

V práci jsme se zabývali pacientovým vnímáním a prožíváním překlady do léčebny pro dlouhodobě nemocné. Předkládá také pohled pacientů na samotné zařízení LDN, dozvídáme se, co o nich vědí, odkud informace získávají a jaký to má vliv na jejich rozhodnutí.

Na prožívání překlady má vliv především tak zjevná věc, jako souhlas eventuálně nesouhlas s ním. Co ale dále ovlivňovalo ať už pacientovo rozhodnutí, nebo jeho vnímání situace kolem, byly takové faktory jako povahové vlastnosti dotyčného, rodina dotyčného a její angažovanost v dané věci, obavy z nového prostředí, vlastní alternativa k LDN nebo třeba samotný postoj pacienta ke svému zdravotnímu stavu a nesoběstačnosti z toho plynoucí. Jde převážně o faktory, které nejsou v krátkém časovém horizontu ovlivnitelné. Z faktorů, které se ve vnímání překlady uplatnily a ovlivnitelné jsou, je to především informovanost. Ukázalo se, že vnímání LDN mělo skutečně u některých respondentů až zásadní vliv na rozhodnutí, do léčebny nejít. Navíc se ukázalo, že tyto představy se zakládají na informacích především od známých, kteří v LDN byli. Představy o tom, jaký typ péče LDN poskytují, jací pacienti jsou zde hospitalizováni, kdo a jak o ně pečuje, byly často neúplné, v některých oblastech velmi mlhavé ba žádné. Informace o LDN oficiálnějšího charakteru, tedy od lékaře případně nelékařského zdravotnického personálu, jak se ukázalo, buď podány nebyly, nebo byly respondentem opomenuty. Tak či tak, sehrály druhořadou úlohu. Mohlo jít o ojedinělé případy, stejně jako důsledek běžné praxe, jakou překlady do LDN jsou.

Tento výzkum by měl upozornit na to, že i běžný překlad pacienta z jednoho zdravotnického zařízení do druhého, může pro každého jednotlivce nabývat různého významu, na což je třeba brát ohled a uplatňovat individuální přístup. Měl by také upozornit na potřebu poskytovat pacientům dostatek hodnověrných informací a rozšířit tak jejich povědomí o tom, co je LDN za zařízení, jaké spektrum služeb mohou očekávat a vyvrátit tak třeba některé mylné představy, se kterými jsme se ve výpovědích respondentů mohli setkat.

Abstrakt

Autor:	Hana Koutná
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Překlad do LDN očima pacienta
Vedoucí práce:	PhDr. Mariana Štefačiková, Ph. D.
Počet stran:	148
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2019
Klíčová slova:	léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN), překlad, adaptace, stereotypizace, stáří, interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

Bakalářská práce se zabývá pacientovým prožíváním překladu do léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) a tím, jak toto zařízení sám vnímá, jak si ho představuje a co o něm ví. V teoretické části se zaměřuje na samotné LDN, na jejich postavení v systému péče, historii jejich vzniku a jejich stereotypizaci ve společnosti. Dále pojednává o somatických, psychických i sociálních změnách spojených se stárnutím a nakonec se věnuje pojmu adaptace, a faktorům, které ji ovlivňují, se zaměřením na adaptaci starého člověka na podmínky zařízení dlouhodobé péče.

Výzkum byl proveden metodou semistrukturovaného rozhovoru se třemi respondenty, kteří v LDN nebyli nikdy dříve hospitalizovaní. Individuální zkušenosti respondentů s plánovaným překladem do LDN byly zpracovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Výsledky nám umožňují nahlédnout na tři odlišné představy o LDN a na prožitky, které jsou pro pacienty s překladem spojeny.

Abstract

Name and surname of the author:	Hana Koutná
Institution:	Charles University in Prague Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine Division of Nursing
Title:	Transferring to sanatorium of long term diseased from the perspective of patient
Supervisor:	PhDr. Mariana Štefačíková, Ph. D.
Number of pages:	148
Number of attachments:	8
Year of defence:	2019
Keywords:	sanatorium of long term diseased (LDN), transfer, adaptation, stereotyp, old-age, Interpretative phenomenological analysis (IPA)

The bachelor thesis is focused on patients' experience of their transfer to the sanatorium of long term diseased (LDN), the way they perceive this facility and what they know about it. The goal of the theoretical part is to present LDN, their position in the health care system, history of their origin and also their stereotype in society. The thesis also deals with somatic, psychological and social changes associated with aging. Finally, it discusses the concept of adaptation and the factors that affect it, focusing on the adaptation of seniors to the conditions in long-term care facilities.

A semi-structured interview was used in the research. It was made in collaboration with three respondents with no previous experience with hospitalization in LDN whatsoever. The respondents' individual experience with the transfers into LDN were processed through the method of interpretative phenomenological analysis (IPA). The results provide a view into different patients' ideas of LDN and experiences associated with the transfer to LDN.

Použitá literatura a zdroje

Knižní zdroje

AL-HITI, T. *Masarykovy domovy*. Praha, 2006. 63 s. Diplomová práce na Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí diplomové práce Dana Jurásková.

BARTOŠEK, J. *Žurnalistika: úvod do studia*. Vyd. 1. Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého, 1997. 130 s.

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

Devine, Patricia G. 1989. *Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components*. Pp. 5–18 in *Journal of personality and social psychology* 1989, r. 56, č. 1.

DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství, 2008. 223s. ISBN 978-80-7248-494-2.

FLUCKIGER, K., M. 2006. *“Xenophobia, Media Stereotyping, and Their Role in Global Insecurity.”* Pp. 21–36 in Münster: LIT Verlag.

FN BRNO. *Uzavření LDN Bílovice nad Svitavou* [online]. FN Brno. [cit. 2019-08-15]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/uzavreni-ldn-bilovice-nad-svitavou/t3704>

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 407 s. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2002, 72 s. České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012, 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.

KALVACH, Zdeněk, Helena HAŠKOVCOVÁ a Karel DOHNAL. *Zdravotní výchova v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v doléčovacích jednotkách*. 1. Vydání. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1983, 20 s.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. Avicenum. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z.; MAREŠ, J.; PRUDKÝ, L. et al., 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídka)*. 1. vydání. Praha: Cesta domů, s. 103. ISBN 978-80-239-2832-5.

KALVACH, Z., 2006. Další z geriatrických otazníků. Jak fungují LDN?. *Medical Tribune*. Praha: Medical Tribune CZ, 2006, roč. II, č. 27. ISSN 1214-8911.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr WIJA. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721699.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. Studijní texty. ISBN 80-85850-76-1.

MINIBERGEROVÁ, L., JIČÍNSKÁ, K. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 78 s. ISBN 978-80-7013-513-6.

MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 107 s. Studijní texty. ISBN 978-80-7368-951-3.

MUTZ, D. C., GOLDMAN, Seth K. 2010. "Mass media." Pp. 241–257 in *Handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*, ed. by J.F. Dovidio – M. Hewstone – P. Glick; – V. M. Esses. Thousand Oaks, CA: Sage.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2., opravené vydání. Brno: Barrister & Principal, 2004. 523 s. Studium. ISBN 80-86598-65-9.

SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009. ISBN 978-1-4129-0834-4.

SMITH, Jonathan A. *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. 3rd edition. London: SAGE, 2015. ISBN 978-1-4462-9846-6.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezměn. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

ŠTYGLEROVÁ, T., NĚMEČKOVÁ, M., ŠIMEK M. 2010. *Projekce obyvatelstva České republiky 2009–2065*. Demografie. 2010, roč. 52, č. 1, s. 1–13

TAUCHEROVÁ, J. *Problematické chování sester v péči o pacienty léčebny dlouhodobě nemocných*. České Budějovice, 2015. 76 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Alena Polanová.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003, 771 s. ISBN 80-247-0512-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-80-7421-021-1.

Internetové zdroje

BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace* [online]. Praha: VÚPSV, 2000 [cit.2019-07-15]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/cgi-webisnt/fu.wis?dbn^t4000=epccicso&gizmo^t4001=aw-1250&prefix^t4002=AU=&pft^t4003=*@depccicso.pfg&letdisp^t4006=BEG&jump^t4501=generic&db^t4700=gen&lang^t4902=CZ&name^t4903=EPCCICSO&ctl^t4921=GA&thead1^t4922=CLASS=tabulka1%20BORDER=1%20CELLSPACING=1%20CELLPADDING=5&thead2^t4923=ALIGN=CENTER%20VALIGN=TOP&battr^t4930=BGCOLOR=white&tfattr^t4932=class=intro&metaex^t4940=LINK%20href=/webisnt/custom/cicsoepc/styl.css%20type=text/css%20rel=StyleSheet&TYPE^t4901=G&h1=1&search=~00000022

ČSÚ. *Projekce obyvatelstva České republiky*. Populační prognóza ČR do r. 2050 [online]. Praha: Český statistický úřad, 30.6.2004 [cit.2019-07-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/populacni-prognoza-cr-do-r2050-n-g9kah2fe2x>

ČSÚ. *Vývoj obyvatelstva České republiky – 2017* [online]. Praha: Český statistický úřad, 3.10.2018 [cit.2019-07-22]. ISBN 978-80-250-2865-0. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2017>

DOLEŽAL, Jíří X. Umíráme jako zvířeta? In: *Reflex* [online]. Praha: CZECH NEWS CENTER, a. s., 17. 7. 2008 [cit.2019-08-13]. Dostupné z: <https://www.reflex.cz/clanek/stary-reflex-tema-reflexu/31083/umirame-jako-zvirata.html>

DYER, R. *The Role of Stereotypes* in Paul Marris and Sue Thornham: *Media Studies: A Reader*, 2nd Edition, Edinburgh University Press. [online]. 1999. [2019-08-17]. Dostupný z: <http://thowe.pbworks.com/f/dyer.on.sterotypes.pdf>

EUROSTAT. Healthy life years and life expectancy at birth, by sex. In: *Eurostat: Your key to European statistics* [online]. Luxembourg, 17. 8. 2018 [cit.2019-07-25]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00150>

EUROSTAT. *Healthy life years statistics*. [online]. Luxembourg: Eurostat, 2019 [cit.2019-07-25]. ISSN 2443-8219. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

FADE, S. *Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. Proceedings of the Nutrition Society* [online]. 2004, 63(4), 647 - 653 [cit. 2019-08-13]. DOI: 10.1079/PNS2004398. ISSN 00296651. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/using-interpretative-phenomenological-analysis-for-public-health-nutrition-and-dietetic-research-a-practical-guide/D189E90CD20D46B77FE55BACC6C3D34D>

FIALA, P. Pacienti určení k likvidaci. In: *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů, 27.3.2009 [cit.2019-08-13]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/pacienti-urceni-k-likvidaci>

HAVRÁNEK, Bohuslav et al. *Slovník spisovného jazyka českého*. [online]. Praha: Ústav pro jazyk český, 2011. [cit. 17. 8. 2019]. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?hledej=Hledat&heslo=stereotyp&sti=EMPTY&where=hesla&hsubstr=no>

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 9788020431196.

iDnes.cz. Diskuse k článku. Nech ji o hladu, alespoň se nepo..., řekla sestra v LDN. [online]. Praha: MAFRA, a. s., 2008. [cit.2019-08-15]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/nech-ji-o-hladu-alespon-se-nepo-rekla-sestra-v-ldn.A081214_213531_domaci_zra/diskuse

KOMÁRKOVÁ, K. *Proces adaptace seniorů v Domově pro seniory v Komorní Lhotce* [online]. Brno, 2014 [cit. 2019-09-07]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/s3y2y/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Libor Musil.

LDN Hradec Králové, 2018, *Pochvaly a poděkování* [online]. Léčebna dlouhodobě nemocných Hradec Králové, 11. 5. 2018. [cit. 2019-08-11]. Dostupné z: <https://www.ldnhk.cz/informace-pacientum/pochvaly-a-podekovani/#up>

LDN Rybitví, 2019 [online]. Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví. [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: <https://www.ldn-rybitvi.cz/services-view/nasledna-pece/>

LIPPMANN, W. (1932) Public Opinion. 1921. [cit. 17. 8. 2019]. Dostupné z: <https://wps.pearsoncustom.com/wps/media/objects/2429/2487430/pdfs/lippmann.pdf>

MEDICAL TRIBUNE, 2009, *VZP: Ve většině LDN je péče kvalitní*, Medical Tribune [online]. Praha: Medical Tribune CZ [cit. 2019-07-20] ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/14420-vzp-ve-vetsine-ldn-je-pece-kvalitni>

MEDICAL TRIBUNE, 2019, *Následná péče v Česku je ztrátová*, Medical Tribune [online]. Praha: Medical Tribune CZ [cit. 2019-06-19] ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44515-nasledna-pece-v-cesku-je-ztratova>

MOTEJL, Otakar, 2006. *Zpráva z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných*. [online]. 18. 7. 2006. [cit. 2019-06-03]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/?id=101659>

NOVOTNÝ, T. LDN překvapivá zjištění. Opravdu?. *Medical Tribune* [online]. Praha: Medical Tribune CZ, 18. 8. 2008 [cit. 2019-06-19] ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/12497-ldn-amp-prekvapiva-zjisteni-opravdu>

ProMaminky.cz. Diskuse. LDN. [online]. ProMaminky.cz, 6.2.2017. [cit.2019-08-11]. Dostupné z: <https://www.promaminky.cz/diskuze/prarodice-124/ldn-19169>

PŘEHNAL, Jaroslav. *Návrh koncepce oboru geriatrie*. Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP. [online]. 2001. [2019-08-14]. Dostupný z: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ftdsFov6uIcJ:https://www.cggs.cz/customZone/files/koncepce_geriatrie.doc+&cd=4&hl=cs&ct=clnk&gl=cz

SENKOVÁ, Z., HOLEMEROVÁ, I., DUCHKOVÁ, A. Iva Holmerová: Služby následné péče jsou podfinancované, přesto fungují. Je to vlastně ekonomický zázrak. In: *Český rozhlas*. [online]. Praha, 11.4. 2019. [cit.2019-07-23]. Dostupné z: <https://dvojka.rozhlas.cz/iva-holmerova-sluzby-nasledne-pece-jsou-podfinancovane-presto-funguji-je-vlastne-7802352>

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3507-8. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:da10ce90-e1a8-11e8-bc37-005056827e51>

SMITH, Jonathan A. *Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology*. *Qualitative Research in Psychology* [online]. 2004, 1(1), 39-54 [cit. 2019-08-13]. DOI: 10.1191/1478088704qp004oa. ISSN 14780887.

ŠABATOVÁ, Anna, 2017. *Léčebny pro dlouhodobě nemocné: Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. [online]. Brno. [cit. 2019-06-10]. ISBN 978-80-87949-61-0. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zdravotnicka-zarizeni/lecebny-dlouhodobem-nemocnych/>

ŠŤASTNÝ, O. *Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES*. In: iDNES.cz [online]. Praha: MAFRA, a. s., 7. 7. 2008 [cit.2019-08-12]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes.A080706_225553_domaci_mia

ŠTOLL, J., MIHALIK, M., PINCOVÁ, V. a kolektiv redakce. *Pacienti na LDN si prý platí „pobyt“*. *Zařízení následné péče volají u Babiše po vyšších úhradách*. In: *Ze zdravotnictví*. [online]. 23.4.2019 [cit.2019-07-20]. Dostupné z: <https://zezdravotnictvi.cz/zpravy/pacienti-na-ldn-si-pry-plati-pobyt-zarizeni-nasledne-pece-volaji-u-babise-po-vyssich-uhradach/>

ŠTOLL, J., MIHALIK, M., PINCOVÁ, V. a kolektiv redakce. *Lůžko následné péče není čekárna na konec, vyvrací mýtus Polzerová*. In: *Ze zdravotnictví*. [online]. 7.5.2019 [cit.2019-

07-21]. Dostupné z: <https://zezdravotnictvi.cz/zpravy/luzko-nasledne-pece-neni-cekarna-na-konec-vyvraci-mytus-polzerova/>

ÚZIS. *Hospitalizace v odborných léčebných ústavech v roce 2002* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2003 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/hospitalizace-odbornych-lecebnych-ustavech-roce-2002>

ÚZIS. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017. *Hospitalizovaní* [online] Praha: ÚZIS ČR, 2018 [cit.2019-07-22]. ISSN 1210-8731. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2010. *Limit 90 dní v LDN neexistuje*. In: Ombudsman, Veřejný ochránce práv. [online]. 18. 3. 2010.[cit. 2019-07-27]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2011/limit-90-dni-v-ldn-neexistuje/>

VZP ČR. *Otázka týdne*. [online]. VZP ČR [cit.2019-07-15]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/delka-hospitalizace-v-ldn>

VZP, 2017. *DŘ na rok 2018*. [online]. Praha: VZP ČR. [cit. 2019-07-07]. Dostupné z: <https://www.acmn.cz/file.php?nid=1140&oid=5674945>

WILLIG, Carla. *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method* / Carla Willig. 2nd ed. (reprint 1. vyd.). Maidenhead: Open University Press, 2008. ISBN 9780335221158. Dostupné také z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzI0NDQ0NV9fQU41?sid=32781dce-89c5-434a-8d51-9354cbe43a82@pdc-v-sessmgr03&vid=0&format=EB&rid=1>

WNENKOVÁ, Radka. *Sociální hospitalizace*. Olomouc, 2016. Bakalářská práce na Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Pavel Kliment, Ph.D. Dostupné z: https://theses.cz/id/wr6d4h/BP_-_Wnenkov.pdf?info=1;isshlret=um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADmi%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dp%C3%A9%C4%8De%20o%20um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%AD%26start%3D74

ZADRAŽILOVÁ, T. Senioři hledají na internetu praktické informace. *Statistika & my*. Měsíčník českého statistického úřadu [online] Praha: Český statistický úřad. 2017 [cit.2019-07-22]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2017/04/seniori-hledaji-na-internetu-prakticke-informace/>

Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 14. 8. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#f4436946>

Zdravotnická ročenka ČR 2017 [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018, [cit. 2019-06-15]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2017>

Zdravotnictví ČR: *Lůžková péče 2012* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2013, **2012** [cit. 2019-02-11]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

Zdravotnictví ČR: *Lůžková péče 2013* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2014, **2013** [cit. 2019-02-11]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

Zdravotnictví ČR: *Lůžkový fond 2015* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2016, **2015** [cit. 2019-02-11]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

Zdravotnictví ČR: *Lůžkový fond 2016* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2017, **2016** [cit. 2019-02-11]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

Zdravotnictví ČR: *Lůžkový fond 2017* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018, **2017** [cit. 2019-02-11]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

ZIMMELOVÁ P., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2007. *Faktory ovlivňující adaptaci klientů v Domově pro seniory Máj*, p. o. Kontakt [online]. 9(2), 353-357. [cit. 2019-08- 15] ISSN 1212-4117. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-200702-0021_faktory-ovlivnujici-adaptaci-klientu-v-domove-pro-seniory-maj-p-o.php

Seznam zkratek

AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic
ANČR	Asociace nemocnic ČR
ČSÚ	Český statistický úřad
DD	Domov důchodců
DRG	Diagnosis-related group
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
JDN	Jednotky pro doléčování nemocných
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	Long term care
MO	Ministerstvo obrany
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Tabulka respondentů	54
---------------------------------------	----

Seznam příloh

Příloha číslo 1	Souhlas s prováděním výzkumu – náměstkyně FN HK
Příloha číslo 2	Potvrzení o výzkumu – Ortopedická klinika
Příloha číslo 3	Potvrzení o výzkumu – Chirurgická klinika
Příloha číslo 4	Potvrzení o výzkumu – II. interní gastroenterologická klinika
Příloha číslo 5	Seznam otázek k rozhovoru
Příloha číslo 6	Rozhovor A – respondent 01 – paní Jana
Příloha číslo 7	Rozhovor B – respondent 02 – pan Karel
Příloha číslo 8	Rozhovor C – respondent 03 – paní Marie

Přílohy

Příloha číslo 1 - Souhlas s prováděním výzkumu – náměstkyně FN HK

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

v Hradci Králové, dne 5. 11. 2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové.

Vážená paní magistro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Hany Koutné narozené 31. 1. 1996, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit jak pacient prožívá svůj překlad do Léčebny dlouhodobě nemocných, jaké informace se k němu dostávají a jakou má představu o zařízení tohoto typu. Přínosem práce by mělo být zlepšení přípravy pacienta na překlad do LDN a podpoření adaptace na nové prostředí LDN. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního polostrukturovaného rozhovoru.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Mariany Štefančikové, Ph.D., odborné asistentky Oddělení společenských věd Ústavu sociálního lékařství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Hana Koutná
Stěžírky 108
503 12 Stěžery
hanakoutna@atlas.cz

PhDr. Mariana Štefančiková, Ph.D.
Odborný asistent Oddělení společenských věd
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
Tel. +420 495 816 415
E-mail: stefancikovam@lfhk.cuni.cz

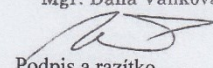
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

5. 11. 2018

Mgr. Dana Vaňková


Podpis a razítko


FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetř. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha číslo 2 - Potvrzení o výzkumu – Ortopedická klinika



FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta, titul:	Hana Koutná
datum narození:	31. 1. 1996
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Stěžírky 108, 503 12 Stěžery
telefonní kontakt:	+420 774 499 801
e-mail:	hanakoutna@atlas.cz
Název školy, fakulta, katedra:	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové
Studijní program, Studijní obor / ročník:	Ošetrovatelství, obor všeobecná sestra, 3. ročník prezenčního bakalářského studia
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Překlad do LDN očima pacienta
Jméno vedoucího práce:	PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	3 – 6 pacientů
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	Ortopedická klinika
Metodika výzkumu:	kvalitativní (polostrukturovaný rozhovor)
Období výzkumu (od – do):	12. 11. 2018 – 25. 3. 2019
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno: Mgr. Jaroslava Mandáková	 FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové ORTOPEDICKÁ KLINIKA IČO: FN00179906, tel.: 495 833 519
Pozice: vrchní sestra	
Razítko a podpis:	

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skariační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum:

Podpis žadatele:

.....
Vedoucí práce

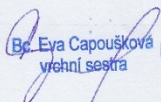

.....
Student

Příloha číslo 3 - Potvrzení o výzkumu – Chirurgická klinika



FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta, titul:	Hana Koutná
datum narození:	31. 1. 1996
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Stěžírky 108, 503 12 Stěžery
telefonní kontakt:	+420 774 499 801
e-mail:	hanakoutna@atlas.cz
Název školy, fakulta, katedra:	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové
Studijní program, Studijní obor / ročník:	Ošetřovatelství, obor všeobecná sestra, 3. ročník prezenčního bakalářského studia
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Překlad do LDN očima pacienta
Jméno vedoucího práce:	PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	3 – 6 pacientů
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	Chirurgická klinika
Metodika výzkumu:	kvalitativní (polostrukturovaný rozhovor)
Období výzkumu (od – do):	12. 11. 2018 – 25. 3. 2019
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno: Bc. Eva Capoušková	
Pozice: vrchní sestra	
Razítko a podpis:	 FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ chirurgická klinika

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum:

Podpis žadatele:

.....
Vedoucí práce

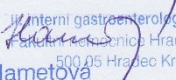

.....
Student

Příloha číslo 4 - Potvrzení o výzkumu – II. interní gastroenterologická klinika



FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta, titul:	Hana Koutná
datum narození:	31. 1. 1996
adresa bydliště (ulice, čp, PSC, město):	Stěžírky 108, 503 12 Stěžery
telefonní kontakt:	+420 774 499 801
e-mail:	hanakoutna@atlas.cz
Název školy, fakulta, katedra:	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové
Studijní program, Studijní obor / ročník:	Ošetřovatelství, obor všeobecná sestra, 3. ročník prezenčního bakalářského studia
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Překlad do LDN očima pacienta
Jméno vedoucího práce:	PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	3 – 6 pacientů
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	II. interní gastroenterologická klinika
Metodika výzkumu:	kvalitativní (polostrukturovaný rozhovor)
Období výzkumu (od – do):	12. 11. 2018 – 25. 3. 2019
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno: Květoslava Hametová Vašíčková	
Pozice: vrchní sestra	
Razítko a podpis:	 II. interní gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové 500 015 Hradec Králové K. Hametová

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum:

Podpis žadatele:

.....
Vedoucí práce


.....
Student

Příloha číslo 5 - Seznam otázek k rozhovoru

1. Jak dlouho jste ve zdejší nemocnici a s čím?
2. Víte co Vás teď čeká, kam půjdete dál?
3. Kdo první Vám o překladu řekl, kdy jste se o tom poprvé dozvěděl (a).
 - 3.1. Co Vám bylo řečeno?
4. Víte co znamená zkratka LDN?
 - 4.1. Setkal (a) jste se s hovorovým výrazem „eldéenka“? Co ve Vás toto slovo evokuje?

Jak ho vnímáte?
5. Dostal (a) jste nějaký informační letáček či brožurku, která by se týkala samotného překladu do LDN, nebo přímo zařízení, kam budete přeložen (a)?
 - 5.1. Bylo (by) to pro Vás nějak užitečné?
 - 5.2. Jak? Co by tam mělo být?
6. Je Vám známo, že máte právo rozhodovat o své další léčbě?
7. Jaká byla první myšlenka, která Vás napadla, když jste se dozvěděl (a) o překladu do LDN?
8. Byl v LDN někdo z Vašeho okolí, a co o tom vyprávěl?
 - 8.1. Vyprávěl Vám někdo ze známých, z rodiny, něco o LDN?
 - 8.2. Slyšel (a) jste o LDN v médiích? V jaké souvislosti to bylo?
9. Byl (a) jste někdy v prostředí LDN, např. na návštěvě za někým? Jaký jste z toho měl (a) dojem?

10. Jak si představujete LDN?

10.1. Představujete si teď nějakou konkrétní LDN?

10.2. Co myslíte, jak to chodí v LDN?

10.3. Proč pacienti chodí do LDN?

10.4. Kdo všechno se o pacienty v LDN stará? Jaký je tam personál?

11. Co pro Vás překlad do LDN znamená?

12. Jaký z toho máte pocit?

13. Máte pocit, že by se něco změnilo od doby, co Vám řekli o LDN?

14. Napadají Vás nějaké otázky v souvislosti s faktem, že budete přeložen (a)?

14.1. Půjde pro Vás o nové prostředí, napadá vás nyní něco, na co byste se chtěl (a)
zeptat?

15. Máte představu, jaké to pro Vás v LDN bude?

15.1. Co se tam bude dít?

15.2. Co tam budete dělat vy?

16. Vědí o Vašem překladu příbuzní/ známí? Jak k tomu přistupují, vzpomínáte si na jejich
reakci?

Příloha číslo 6 - Rozhovor A – respondent 01 – paní Jana

V: Dobrý den, paní Jano.

01: Dobrý den.

V: Tak na začátek Vás musím seznámit s tím, že celý rozhovor bude nahráván na diktafon a samozřejmě veškeré osobní údaje, které zde zazní, budou anonymizovány, tedy upraveny tak, aby Vás nikdo na základě rozhovoru nepoznal. Souhlasíte s tím, aby byl rozhovor zaznamenán?

01: Souhlasím

V: Dobře, děkuji. Tak na začátek mi povězte paní Jano, jak dlouho jste tady v nemocnici.

01: Přímo tady?

V: Ano, přímo tady, v této nemocnici.

01: Ehhh, ve čtvrtek... ne v pátek, to bylo 14 dní.

V: A pročpak tu jste? Jak jste se tu ocitla?

01: Zlomila jsem si, ne vyvrtla, ne... vyvrtla a zlomila jsem si kotník na levý noze.

V: Doma jste něco prováděla?

01: Doma, doma, doma, brzo ráno v osm hodin jsem vstávala, a že jsem takovej poloinvalida, tak mi děti daly, no, koupili mně mísu, jako na čůrání, a to jsem měla vedle postele, a ráno jsem to chtěla jako použít no a už jsem byla až u tý mísy a teď se točím točím že si sednu, no a podvrtla se mi noha a už to bylo, a už jsem byla, na zemi pod postelí.

V: Aha, a rovno Vás odvezli do nemocnice?

01: No, odvezli mě na tu pohotovost a pak sem. No sem blbec... teď si poležím.

V: A jak se teď cítíte? Jak to zvládáte?

01: Dobře, dobře, tak asi no, mohlo by to bejt i horší, kdybych si zlámala ruku, nebo obě. Ale maj to se mnou sestřičky těžký, když třeba jako potřebuju na záchod nebo, tak mě musej tahat chudáci, no...

V: Víte co Vás teď čeká?

01: Co mě čeká, rehabilitace.

V: Rehabilitace. Víte od kdy, a kam půjdete?

01: No, říkala sestřička zítra, no... tak a na rehabilitaci.

V: Vzpomenete si, do jakého zařízení Vás přeloží? Nebo zůstanete tady v nemocnici a budete rehabilitovat tady?

01: Pojedu, pojedu zítra, už mám sbalený věci. Tady ne, pojedu někam do léčebny.

V: Do léčebny půjdete ...

01: No.

V: Kdo Vám řekl první o tom, že půjdete do léčebny?

01: Kdo mně to... kdo mně to řekl ...

V: A kdy to bylo, jestli si vzpomenete.

01: Jestli pan doktor... když se ptal kde budu, po tom, no a já sem říkala, že bych teda, že není možný, aby mě děti vobsluhovaly, když choděj do práce. Chodí teda za mnou pečovatelka, no ale jen tak prostě... na hodinu na dvě denně, dopomoc, no a prostě abych nebyla sama.

V: A kdy jste se to dozvěděla, že budete přeložena? Vzpomenete kolik dní zpátky, to bylo?

01: Jo kdy to bylo, kdy se mě pan doktor...

V: Kdy Vám řekli o tom, že Vás přeloží do léčebny.

01: No.. to bude tak týden.

V: Týden.

01: Protože jsme se o tom jako bavili, děti se ho ptaly, pana doktora, co jako se mnou, že jo? Jinak by si dcera musela vzít volno, těch šest měsíců, nebo jak dávaj, no ale stejně by semnou nezvládla, protože já na tu nohu se nemůžu postavit. Bylo by to složitý, a teď se musím naučit chodit ještě asi o berlích a cvičit.

V: Takže s panem doktorem mluvily i Vaše děti a chtěli by si Vás spíš vzít domů?

01: No, dcera, ta jo, jenže má práci a děti do toho. A já taky bydlím v patře a to by mě jako těžko tam dopravovali.

V: Takže jste se shodli na tom s dcerou, že půjdte do léčebny?

01: No, tak.

V: Vzpomenete si, co Vám k tomu překladu pan doktor řekl? Vybavíte si něco?

01: No, ptal se, jak jako se o mě můžou postarat, a že by bylo dobrý, jít do tý léčebny, že tam budu rehabilitovat a tak. Že se tam o mě jako dál postaraj.

V: Podepisovala jste nějakou žádost o přijetí do léčebny?

01: Asi, jestli to musí být, já nevím, něco jsem podepisovala jako na začátku, je to možný, já na to i špatně vidim, nebo jestli dcera něco, to...

V: Teď v posledních dnech. Nevzpomenete si?

01: Ne, nevzpomenu.

V: Víte, jaký je celý název zařízení, kam půjdete?

01: To nevím.

V: A víte, co znamená zkratka LDN?

01: Jo, léčebna.... nevím ani jak přesně se to ani jmenuje.

V: Léčebna pro ... a DN je dlouhodobě nemocné.

01: ... jo dlouhodobě...

V: Je to dlouhý název, že?

01: Já sem vo tom jako nikdy neuvažovala, že bych, mohla, že bych se tam dostala.

V: Neuvažovala? Jak to myslíte? Setkala jste se někdy s léčebnou zblízka?

01: Tak člověk neví, kam ho vítr zavane, no tak, nevím.

V: Takže jste to měla vždycky jen z doslechu, že tam někdo je...

01: Ano, že tam je známej a tak dále...

V: Ale že byste se tam sama někdy dostala, to Vás nenapadlo?

01: Ne. (Smích).

V: Setkala jste se někdy s hovorovým výrazem "eldéenka"?

01: Nó, jediňě "eldéenka". Proto nevím jak to, jak to bylo celý ten název. Vždycky se o tom mluvilo jako o eldéence.

V: Jediňě "eldéenka"? A co to slovo ve Vás evokuje? Co si vybavíte?

01: No prostě lidi, který nemaj kolem sebe někoho, kdo by je vošetřoval... No...

V: Jak jste smýšlela o lidech, kteří tam byli hospitalizovaní?

01: No, že je nemocnej, že je na tom špatně.

V: Jak myslíte špatně? Samotné to, že je nemocný, nebo závažnost onemocnění?

01: No, že je nemocnej, že se o něj nemá kdo starat.

V: Že to slovo, elděnka tak nějak zlidovělo... vnímáte, že když je používáno, je to myšleno v kladném slova smyslu, nebo ne, nebo tam cítíte nějaké negativum?

01: V kladným slova smyslu. Protože pomáhaj. Je dobře, že něco takovýho je.

V: Dostala jste nějaký informační letáček, nebo brožurku v souvislosti s překladem?

01: Zatím ne.

V: A očekáváte něco takového?

01: No.. tak celkem už asi ne, protože už asi vím, o co jde. A když je to zítra?

V: Takže jste to probrali s panem doktorem?

01: Ano. Hlavně teda dcera, no, ta se stará. Pan doktor říkal, musí se to zahojit, nejdřív ta zlomenina, že jo? Naučit se chodit no a pak... když to půjde doma....

V: Neříkal Vám pan doktor, jak dlouho budete v té "eldéence"?

01: No podle mě, teda podle mě, to má bejt 6 týdnů a po těch šesti týdnech až mi sundaj sádru, tak budu rehabilitovat. A bych chtěla bejt na rehabilitaci v (město).

V: (konkrétní zařízení)?

01: Ano, (konkrétní zařízení), protože jsem tam už jednou totiž byla. No...

V: Ukazujete mi ruku...

01: No.. zlomenou ruku...

V: Aha.

01: No a byla jsem tam 14 dní, když mě sundali sádku a ještě asi 2 dny navíc, a bylo to tam strašně prima.

V: Bylo to užitečné, ruku jste zrehabilitovala...

01: Všechno, mají tam takový přístroje, že prostě ... Paráda.

V: Vráťím se zase k těm informacím... o „eldéence“, jak říkáte . Bylo by pro Vás nějakým způsobem užitečné, kdybyste viděla třeba jak to tam vypadá, jaké služby tam nabízí, mít nějaké kontakty a podobně?

01: Snad ani né.

V: Nepotřebujete? Stačí Vám, když Vám řeknou, kam půjdete?

01: Tak. Nechám se překvapit a ono je to všude dobrý.

V: Víte, že máte právo rozhodovat o své další léčbě?

01: No, asi bych měla mít to právo rozhodovat, no ale nerozumím léčení, že jo, takže to musím všechno nechat, tady.. na pana doktora.

V: Pan doktor to s Vámi probral, jste říkala, kam půjdete dál...

01: No, tak zběžně... ani nevím teda do který tý, "eldéenky" jako, to, no... půjdu.

V: Nevíte? Nevíte, do kterého města? Chápu to dobře?

01: Nevím no. Ale asi tam někde u nás, poblíž.

V: Nevíte, protože si nevzpomínáte, nebo protože Vám nikdo neřekl, o kterou léčebnu konkrétně jde?

01: No já mám pocit... ani ne.

V: Že Vám to nikdo neřekl?

01: No, dcera to bude vědět. To stačí.

V: Jaká byla vaše první myšlenka, když jste se o tom překladu dozvěděla?

01: No byla jsem ráda, protože odpadlo to, že by děti měli starost co se mnou.

V: Aha, takže prvně jste myslela na to, že ... děti nebudou mít problémy?

01: No. A taky by se to muselo nějak vyřešit, že jo. Ke mně chodí pečovatelska na jeden den, a pučujou všelijaký pomůcky, zdravotní. No tak bysme to museli takhle nějak řešit. Že by tam ta pečovatelka byla déle. Byla bych přítěží.

V: Myslela jste při tom taky na sebe? Říkala jste, že by Vás nikdy dříve nenapadlo, že byste se tam dostala, do té "eldéenky". Napadlo Vás tohle, co jste mi řekla přímo v tu chvíli, kdy jste se o překladu dozvěděla? Nebo jste myslela jen na děti?

01: Napadlo mě jen to, že musím jít... teda... prostě když mě vezmou. Protože to je, že jo, nedostatkový.

V: Myslíte, že jsou nedostatková lůžka?

01: Tak tak. A to samý je všude, na rehabilitaci... všude. Lidí je tam moc.

V: Byl v léčebně pro dlouhodobě nemocné, někdo z vašeho okolí? Ať už příbuzný, nebo kamarád?

01: Jé... já mám kapku, tady, sem si nevzala, žádný....

V: Tady máte kapesník, nabídněte si.

01: Vás otravuju.

V: Ale vůbec ne. Nikam nespěcháme.

01: Děkuju.

V: Nemáte zač. Takže nějaký Váš kamarád byl v "eldéence"?

01: Kamarád, jeden kamarád, pak další známí. Co vím. Kamarádka byla někde (konkrétní léčebna), než se jako naučí znova chodit a jde potom na tu rehabilitaci, no. Vlastně já jsem měla i starou tetu kdysi dávno, že byla v "eldéence" ve (městě), tam jsem za ní jezdila, no ale to bylo už dávno.

V: Takže jste byla osobně v nějakém konkrétním zařízení tohoto typu. Jak si to tam jinak představujete. Nebo jak si obecně představíte "eldéenku", to zařízení, prostředí?

01: Jako v nemocnici.

V: Jako v nemocnici?

01: No, pokud nemůžu chodit a to, no tak se o mne musej starat.

V: Myslíte si tedy, že mezi léčebnou a nemocnicí není rozdíl? Může tam být něco jinak?

01: No tak to já nevím, ale když byla ta teta v tom (městu), tak to tam bylo jako, prostě většina jich chodila jako, byla v civilu, že jo. Kdo chodil, tak chodil kam chtěl, po budobě, ale tohle nevím?

V: Nebyla teta náhodou v domově důchodců?

01: Jo, tak, to je ono. Byla tam dlouho, vlastně až do konce. Tak ne léčebna, sem si to spletla.

V: Ještě jste se zmínila o své kamarádce, že byla v léčebně, nebo byla také v domově pro seniory?

01: Ne, ta byla v eldéence, ta jo, co vím, no.

V: Byla jste se tam za ní podívat?

01: Byla, byla...

V: S čím tam stonala?

01: Taky si zlomila nohu, vidíte to, ale jinde, já mám kotník, no... ona to, myslím jako vejš, jestli tady stehno, asi.

V: Když skončila s rehabilitací, šla domů?

01: Ne, to už ne. Ona..., přitížilo se jí a pak už se nedalo nic dělat, umřela.

V: Říkala jste, že jste za ní chodila...

01: Jo, chodila jsem tam za ní, občas.

V: A jaký jste z toho měla dojem, když jste tam za ní chodila?

01: No dobrej. Staraj se vo ty lidi, kdo nikoho nemá.... Je to dobrý.

V: Když zaslechnete slovo "eldéenka", vybaví se vám konkrétní zařízení?

01: Ano.

V: Takže konkrétní představu o léčebně máte? Byla jste ve vícero zařízeních?

01: Ne to jsem nebyla, jenom tady za tou kamarádkou, ale prostě jen z druhý ruky ty ostatní.

V: Vyprávěli Vám známí o tom, jaké to tam je?

01: No... jako v nemocnici. Já si to taky neumím sama představit, no. Myslím si to taky, že to bude jako v nemocnici, než se uzdravím.

V: Jak myslíte, že to v "léčebně" chodí?

01: No...jako v nemocnici. Rozdaj se léky, snídaně, řeknou vám od kdy, do kdy musíte cvičit.

V: Kdo se v léčebnách o pacienty stará? Jaký tam mají personál?

01: No... zdravotní sestry.

V: Vy jste to vzala přes ta povolání, jsou tam jenom sestry?

01: No, taky nějaká rehabilitace, co jsem teda jako zaslechla. No, takže prostě se tam rehabilituje.

V: Myslíte, že tam chodí i pacienti, kteří mají jiné zdravotní omezení, než vy?

01: Asi jo, já nevím, tak lidi tam jezděj na tu rehabilitaci, no...

V: Takže tam jezdí rehabilitovat, cvičit a rozhýbávat se?

01: Ano.

V: Když jsem se ptala na personál léčebny, měla jsme namysli, jaký ten personál bude. Jaké tam budou sestřičky, jak se o pacienty starají. Jaká tam je péče.

01: Ale voni se všude dobře staraj. Vono záleží taky na tom, jak se ten pacient chová, víte. Někdy jsou takový, že kolem nich musej běhat a takový. Vynucujou si to, a takhle nějak. Jak říkám, jak se kdo chová ke mně, tak já k němu.

V: Takže jste skromnější pacient?

01: No.

V: Jste taková, že se snažíte sestřičky zbytečně nezatěžovat?

01: Ano, pokud to jde, tak udělat si to sám. Ale pokud to jde. Protože já ani tuhle nohu nedám na postel.

V: Vzpomenete si na personál v léčebně, kde byla vaše kamarádka?

01: Sestřičky tam se starali o ty lidi.

V: Jak se starali?

01: No, teď je to jiný. Dneska je tolik nových věcí a tak.

V: Co konkrétně myslíte, že je jiné? Co bylo tehdy jiné?

01: No, jako dneska mají ty přístroje, že jo a těch pomůcek, jaký taky jsme půjčovali domů a tak. Ulehčí to tu práci.

V: Takže tu práci měli dřív sestřičky těžší, než dnes?

01: Ale oni to mají pořád těžký.

V: Líbilo by se Vám v té léčebně, kde byla kamarádka?

01: Ale, no, je to dneska zase jiný, i nemocnice jsou jiný.

V: Takže byste tam nechtěla?

01: Ne, tak, když se nedá nic dělat, a být rád, že se člověk někam dostal, to je taky štěstí.

V: Co pro Vás překlad do "eldéenky" znamená?. Vy jste říkala tedy, že je to úleva pro rodinu a je tam ještě něco? Osobně? Když se nad tím tak zamyslíte? Nějaké pocity?

01: Určitě to, že se o mě někdo postará, když voni nemůžou doma. A když třeba některý nemaj ani děti, ani ani příbuzný, kdo by se o ně jako staral.

V: Slyšela jste někdy o "eldéenkách" v médiích? V rádium, v tisku, že by o nich psali, nebo v televizi nějaké reportáže?

01: No tak běžně jenom, běžně, že, že třeba jenom řeknou, že ten a ten herec je v léčebně.

V: Takže jste to zachytila, pokud se jednalo o nějakou osobnost a její situaci, zdravotní?

01: Tak, tak.

V: Zaznamenala jste nějaké zprávy, co se týče samotné péče v léčebnách, její úrovně?

01: Nezaznamenala, ale věřím tomu, že je to dobrý. Že je to jako v nemocnici. Protože je takovejch lidí, vo který se nemá kdo postarat, že jo. Děti nemaj, nebo nemaj zájem...

V: Že je nezájem ze strany těch dětí?

01: No, že nemaj zájem se starat vo starý rodiče, nebo ne, zájem, voni ani nemůžou se postarat. Kvůli práci. Dneska to není jednoduchý. Aby řek, tak já si vezmu 6 měsíců volno, protože je to uzákoněný, a mám na to právo. No ale pro zaměstnavatele... je to komplikace.

V: Někdy to může být také ze strany pacienta, že ty vztahy v rodině se nevyvíjely dobře, nebyly ideální...

01: To jsem slyšela taky. Slyšela. No... spíš čekaj ty dětičky na nějaký korunky. Já nevím já jsem nic jako nezaregistrovala, takhle, ale jako v domově důchodců, že příjdou děti jako když je vejplata, ale to si myslím, že to ani není snad možný. Protože takový lidi nemůžou ani dostávat peníze do ruky, že jo? Dávaj jim to někde na nějaký účet, ten důchod.

V: A tuhle informaci máte odkud?

01: No tak z doslechu, že dostávají nějaký kapesný, musej dostat, aby měli třeba na holiče, nebo takovýho.

V: Víte jaký je rozdíl mezi domovem důchodců a léčebnou pro dlouhodobě nemocné?

01: No, já si myslím, že je.

V: A víte jaký je tam rozdíl?

01: No, v tý léčebně, že jo, léčebna... tam lécej vlastně, lécej.

V: Máte pocit, že od doby, kdy vám řekli, nebo pak doktor řekl, že půjdete do "eldéenky", že by se něco změnilo?

01: Já čekám, že snad se naučím chodit a že půjdu domů.

V: Myslím změnilo....

01: ... že půjdu umřít domů. No, ale jako hodně, hodně se říká, že tam jako umřel, že jo, starej člověk. Ale tak záleží na tom, jakou má nemoc, a jaká je naděje.

V: Takže tam nechodí jen pacienti se zlomeninou.

01: Asi ne, tak, asi i jiný.

V: Chodí tam pacienti s různě závažným onemocněním?

01: No, to jo. Někdo už se nevyлéčí, že jo.

V: Takže ne všichni pacienti se z "eldéenky" vrací...

01: No.. i to. záleží na tom, jakou maj nemoc. Jako ta kamarádka co byla v "eldéence" v (město), do tý doby, taky měla něco zlomenýho, do tý doby byla v "eldéence" než ji měli vzít na rehabilitaci. No a už se nedočkala.

V: Ještě se vrátím k té otázce... máte pocit, že se od doby, co Vám řekli o překladu něco změnilo? Konkrétně mám namysli chování personálu vůči Vám...

01: Ne, ne, ne. Vono všude jsou dobrý sestřičky. Měli by je vozlatit, protože co dělaj, to je... že jo, takovou těžkou práci, voni řeknou, že jo. Nebo já nevím jak je to teď, voni řeknou, že ženský nemaj zvedat víc než 30 kg. No... řekněme třeba mě. Zvedaj 80 kg.

V: Napadají Vás nějaké otázky v souvislosti s překladem? Něco na co byste se ráda zeptala? Říkala jste, že konkrétní léčebnu, kam půjdete, ještě nevíte...

01: No.. to nevím no.

V: Netrápí Vás to? Nejste z toho nervózní?

01: Ne, vono přijít to muselo. Přijít to muselo a sem vděčná, že vůbec tak brzo. A že si toho taky neuměj lidi vážit, to je taky pravda. Řeknou jim, musíte, a hotovo, se o mě postarat, jako ty Cikáni. Byt zničej, ale musíte mu dát novej, že jo.

V: Takže říkáte, že by se měli změnit pacienti?

01: Tak, tak. A ona to ví dcera všechno, i s panem doktorem mluvila.

V: Máte představu, jaké to v "eldéence" bude, jak tam bude probíhat den?

01: No já myslím, že je to rozplánovaný, vod kdy do kdy budete rehabilitovat, no, a tak... nevím. Já si myslím jako tady v nemocnici, že to bude. Ráno snídaně, a člověk už se těší na oběd...

V: Nejste zvědavá, jaké to tam bude? Neptala jste se na nějaké podrobnosti sestřiček, kohokoliv?

01: Ne, to všechno se uvidí. Jak říkám, vše záleží na tom, jak se chováte k tomu personálu, k sestřičkám a tak. Jo? Tak oni se chovají pak zrovna tak. Ale myslím si, že sestřičky jsou záslužná věc. K nezaplacení.

V: Myslíte, že může být sestřička, která se nechová úplně hezky k pacientům?

01: No... asi ne.

V: Myslíte, že sestřička je hodná a dobrá už ze samé podstaty, že je sestřičkou?

01: Voni by někdy ty pacienti sami zasloužili, víte?

V: Jste na ně přísná.

01: Jsem. Voni ze sebe dělají třeba nemohoucí lidi, jo? A myslejte si, že kolem nich se točí svět.

V: Takže jste ten typ člověka, který raději počká, až bude mít na něj druhá osoba, sestřička čas?

01: Jo, než abych si někde stěžovala... tak to ne. Víím, že když řekne teď nemám čas, musím jít prostě udělat to a to, no tak, to musím vydržet.

V: A kdyby na Vás sestřička zapomněla, tak se ozvete, nebo budete stále čekat?

01: (Smích.) To se asi nestane, nikdy. Protože zase jsou spolubydlící, který... jako mám paní vedle, ta, ta se stará vo všechno, zvonila na sestřičku, že potřebuju jít na velkou stranu, noa to musím jít tady do toho křesla, musej mě vodvít na záchod, že jo a to... a pak zase zpátky. Já sem jí říkala prosím vás, já jsem, prostě nejsem... aby nemohla rozhodovat sama za sebe. Když budu potřebovat tak si na sestřičku zazvoním, jo, a řeknu, co bych chtěla udělat.

V: Paní byla zkrátka aktivnější.

01: Nooo, myslí za ty druhý. Říkám, vždyť nejsem jako nesvéprávná, abych se nemohla....

V: Dotklo se Vás to nějak?

01: Ale nééé. Vona je taková už, postižená od mládí, říkala. Obrnu, dostala obrnu jako dítě a pořád... teď je jí 55 roků nebo kolik. Člověk ji lituje, ale vona se s tím životem docela pere no tak jako... nepodléhá tomu.

V: A co Vy? Jste bojovnice?

01: Ne.

V: Nejste?

01: Ne.

V: Jak to?

01: No abych... já to беру v rámci možností, jak mě to ta (spolupacientka) říkala, kdybych mohla, tak bych Vás nakopala, jo..., že mám jinej názor než vona, já říkám, ale ty žiješ v oblacích a já stojím na zemi a je mě tolik a tolik roků, a už jako už mám nějakou zkušenost. Vydirigovala to.... Jsou takový lidi.

V: Ale s tím zraněním co máte, se snažíte zase dát dohromady, na rehabilitaci se těšíte jste říkala.... To není podle Vás bojovnost?

01: No... nevím. Někdy si říkám, že by už bylo lepší, kdybych už vodošla do kytiček a to mě ta susedka strašně má za zlý. Jak říkám... pro mě by to bylo dobrý, pro okolí by to bylo dobrý, pro děti by to bylo dobrý. No každej má svůj život, že jo.

V: Takže vy to berete spíš tak, že nechcete být na obtíž, jestli Vás dobře chápu.

01: Tak, tak. A to už jsem si říkala, vod... já nevím, když jsem šla do penze, hlavně abych nebyla nikomu na vobtěž, abych se vobsloužila, no... a takhle to dopadlo. Motám se, padám, vždycky paní pečovatelska co za mnou chodí, nebo chodila, vždycky když se loučila, tak říkala, hlavně nepadejte, hlavně nepadejte.

V: Ještě se Vás zeptám, kromě toho aktuálního zranění kotníku, máte nějaká další onemocnění?

01: No tak jako... běžný...

V: Berete nějaké léky?

01: No... na něco beru prášky...nevím na co. Léky mě chystá dcera, vždycky na ráno, poledne, večer. Já to vezmu, spolknou, a říkám, když voni mě taky hubujou, že už je to tělo starý na to aby ty prášky zabíraly, jo.., když mám nějakou bolest, tak to nemůže nějaký prášek zachránit.

V: Vy opravdu necítíte, po prášku na bolest úlevu?

01: Ne, a říkám si, že už to tak u těch starejch lidí nemá cenu. Jednou jsem stará, vím, že musím umřít, což mě ta sousedka má za zlý... musím umřít, no tak se s tím prostě musím smířit. Člověk se narodí a zase musí umřít....

V: Paní Jano, rodina už o vašem překladi do léčebny ví, jestli jsem správně vyrozuměla....

01: No... rodina už to ví....

V: A jak k tomu přistupují?

01: No, jako já, jako já, prostře to je nutnost. To se jinak nedá. No... kdybych jako byla doma, že jo, no tak se to musí zase řešit. Povypučovat ty, ty prostředky, to náradí na to.. co se dá, co je dostupnýho. A voni za mnou budou chodit, tam, na návštěvy. To oni vždycky a nanosej mi tam toho... (smích).

V: Takže kdyby měli možnost, tak si Vás nechají doma? Postarají se o Vás?

01: No jistě. Dcera už jako říkala, i když budeš doma, tak se mnou nezvládneš, jako v nemocnici... už jenom ten grif jak vás maj vzít. Je to těžký ta manipulace. Můj otec, ten zemřel v 97 letech...

V: To je požehnaný věk.

01: Jo a měl takovej prostě názor, že by měli i ty starý lidi měli mít nějakou piluli a až by nechtěli bejt na světě, tak si vzít piluli a... No já říkám, příroda, ta si pomůže. Ty, prostě nemohoucí zvířátka a takový, ty, ty nejsou, ty vodejdou.

V: Vy souhlasíte s tím, co říkal tatínek?

01: No, jo. Vím že musím umřít, to je jasný každému, že když se, ať je to zvíře nebo cokoliv, že musí umřít. Ale kdy a za jakých okolností...

V: Vrátila bych se ještě k té Vaší kamarádce, jak jste o ní mluvila, že byla nějaký čas v "eldéence"... to už je jak dlouho? Kolik let zpátky, co tam byla?

01: Ta kamarádka?

V: Ano, kolik let, přibližně to je zpátky?

01: Kolik let zpátky... bych řekla nedávínko. No... ještě za režimu, to bylo. Pár desítek let už to je. Ale říkám, taky, neměli děti ale aby s tím počítali, jo, že teda budou potřebovat to a to. Neměla děti a já říkám a co máš, něco na hřbitov, jako kde budeš odpočívat a tak. Ne... von se někdo postará. Jsou takový lidi, no. Po mě potopa.

V: Navštívila jste tu kamarádku vícekrát?

01: Ale chodila jsem tam tak jednou za 14 dní, za tejdén...

V: Utkvěla Vám nějaká skutečnost v paměti? Nebo, na co jste myslela, když jste odtamtud odcházela.

01: No.. říkala jsem si... radši umřít doma....

V: Pročpak Vás tohle napadlo? Byl k tomu nějaký konkrétní impulz?

01: No já nevím. Takovej pocit... umřít doma, no. Manžel umřel před rokem a umřel doma. A já říkám, já tu smrt jsem mu přála, že byl doma, mezi svejma.

V: Nejdůležitější je tedy zůstat s rodinou?

01: Jo, jo. Je jedno kde jste, ale že tam, že jo, s váma sou. A to mě taky, no jo, že lidi nemluvěj o smrti, že jo?

V: To máte pravdu.

01: A člověk se na to taky musí nějak připravit a myslet dopředu.

V: Ještě se vrátím k té Vaší kamarádce. Když jste odcházela z té návštěvy. Bylo to, co jste mi tu popsala, že by člověk měl umřít doma, byla ta myšlenka vyvolána něčím konkrétním?

01: No.. tak, byla tam spousta lidí... nemohoucích, vo ketrý se neměl, nebo nemohl nikdo postarat... no a taky hodně nemocný a míň a tak. No a tak...

V: Co prostředí, jaký to na vás dělalo dojem?

01: No prostředí..., bylo to všechno bílý, jako v nemocnici... no a velký pokoje, že tam bylo třeba i deset lidí... a tak.

V: Vadilo by Vám to, kdyby v léčebně, kam půjdete, bylo tolik lidí na pokoji?

01: No... tak jo i ne. Vono člověk je rád, že tam není sám... no, že si jako může s někým... tento, no, povídat a ... tak. Ale zas když některý lidi můžou bejt dost ... jak to... no že furt hlučej a tak... Člověk už má taky rád klid... že jo. No.. ale musím to vydržet...je to jen, než se ta noha to... uzdraví a pak půjdu na tu rehabilitaci... že jo.

V: Takže to berete jako nutnou, řekněme přestupní stanici?

01: Tak, tak, tak.

V: Když jste od té kamarádky odcházela. Co jste cítila? Nebo jak jste se cítila?

01: Já? No... ani tak, ne tak, jako... tu úlevu. No.. úlevu, trošku, ale i to, že tam jako ona zůstala.

V: Co způsobilo tu, jak říkáte, úlevu.

01: No.. tak ty lidi, že jo, tam, leželi nemocný a rodinu tam neměli, no.

V: Vy jste prve říkala, že jste si nikdy nepřipustila, nebo jste nikdy nepomyslela na to, že byste tam šla taky....

01: Ne, ne, ne.. To mě nikdy nenapadlo...no..

V: Máte pocit, že léčebny pro dlouhodobě nemocné vnímáte teď jinak, než tehdy, když jste tam chodila coby návštěva?

01: No určitě. Když je člověk mladej, tak si to .., že jo, neumí představit a pak ví, no ví že tam musí a já jsem ráda, protože se mnou nebudou mít starosti, dcera a tak.

V: Co personál v léčebnách? Jaký tam asi je?

01: No tak sestřičky... no já nevím kdo ještě by tam jako... měl být...

V: A jaké jsou ty sestřičky?

01: Zlatý... jo zlatý, měli by je zasadit do zlata... co voni jako dělaj... Když nemaj moc peněz, za to co dělaj, že jo, jak se staraj...

V: Jste důvěřivá k cizím lidem?

01: Ne.. ne a to já mám nakázáno, tedy jako od dcery, že nesmím nikomu otvírat, nic nepodepisovat, když já bych ani k tý brance nedošla.

V: Ke zdravotníkům máte důvěru?

01: Jo, jo. To jsme vždycky říkali, pošťákoj, kominíkoj, tomu se musí věřit, no a vidíte to, kominík nás podved. Ale podved celou ulici, to je na tom to nejhorší a když jsme na něj jako podali trestní oznámení, byl vodsouzenej a jo.. byl vodsouzenej pak přišla amnestie za Klause no a už byl venku. Já říkám, vždyť to ani nemá cenu chodit k soudu. Pak akorát jsou nervy a ten čas, že jo.

V: Jste optimista?

01: Já bych řekla, že jo, ale sousedka mi furt říká že ne, a já jí jako říkám, že já jsem realista, já už mám nějaký zkušenosti, no jo, nakopala bych tě kdybych mohla...

V: Vám řekla ta sousedka?

01: Jo.. vona každému tyká.

V: Napadá Vás něco k tomu překladu do léčebny? Něco o čem jsme ještě nemluvili?

01: Nic mě nenapadá, jenom prostě říkám věřit, člověk musí věřit těm lidem, teda určitejm, říkám.

V: Kominíkům už ne?

01: (Smích) Ale jo, ale zase jinýmu. No ale víte, zase to dopadlo s kominíkem tak, že přišel jinej a vopravil nám to. No...Tamten.. no voni všichni, se jako zaměřujou na ty starý lidi, že choděj v poledne a to, když jsou doma sami a se nemaj jak bránit...

V: Staří lidé jsou zranitelnější, říkáte?

01: To víte, že jo. Protože víc věříme lidem...

V: Neměli by být staří lidé zkušení a tudíž obezřetnější?

01: To ne.. prostě věříme, nemáme důvod nevěřit.. a to.. no až nás někdo podvede a pak... no už je pozdě. Když vono je blbý, že není nikde dovolání, jako když jste postižená vod nějakýho, jo...

V: Myslíte si tedy, že je lepší to vzdát, a vůbec se neozývat, nebo se snažit?

01: Když ono to stejně není nic platný, že jo, vono se nic nezmění...

V: Sama byste se neozvala?

01: Ne. Ne. Vono z toho máte pak, že jo, máte pak třeba ještě větší problémy a tak. Je lepší to nechat.

V: Hraje v tom roli fakt, že byste se tím dostala s někým do konfliktu?

01: Ale tak taky, voni lidi jsou různý.. no... a nemaj svědomí... No a právě starý lidi jsou důvěřivý, no..., to já taky.

V: Mají možnost se nějak bránit?

01: No, moc nemaj ... no. Často je okolí ani nebere, tento, vážně, no... si řeknou už, stará bába, co ta může a tak... Ale jak říkám, no, lidi jsou různý. A jsou i lidi, který se uměj bránit...

V: Je to váš případ?

01: Ne, ne, není.

V: Kdyby se dělo něco v nemocnici, nebo v té léčebně, něco s čím byste nesouhlasila, nebo se Vám nelíbilo, ozvala byste se?

01: No... asi jo, ale dyť to není možný, aby se tam jako, dělo něco... nebo já nevím no... prostě každý je sám za sebe.

V: Takže si to musí každý ohlídat sám?

01: Ale ne sám, ale dyť takovejmhle institucím musí člověk věřit. Když se nevěří, taky to je špatný.

V: Myslíte, že personál vycítí, že mu nevěříte?

01: Nevím, možný to je. Nevím.... Já teda věřím každému zdravotníkovi.

V: Co ve Vás vzbuzuje sympatie u zdravotnického personálu?

01: No.. ten přístup, ale jsou taky... no jsem zažila jednu sestru, ta ani ráno neuměla pozdravit a tak, no tak to už potom se vod ní člověk drží dál. No když člověk neumí ani pozdravit, tak, no...

V: Takže i taková drobnost změní Váš pohled na člověka?

01: No... tak je to důležitý, že jo, ten člověk takovej je, a si to třeba ani neuvědomuje, a tak... Ale říkám, lidi si maj vodpouštět, ale v dnešní době, čím má kdo tvrdší lokte... Já jsem vždycky říkala vnučce, vona to byla taková, už vod školky taková, že když jí něco kluci udělali, tak radši brečela a já jí povídám, Barborko, když tě někdo "kope", tak ho máš kopnout taky... Každý je nějakej, ale říkám, většina lidí je hodnejch.

V: Tak Vám paní Jano děkuji za popovídání a za čas, který jste mi věnovala.

01: No moc jsem toho nevěděla.

V: Nejde přeci o znalosti, ale o pocity. Ale ještě jednou Vám děkuju za Váš čas, brzy se uzdravte....

01: Jo, jo....

V: Mějte se hezky.

01: Taky, vy taky. Nashledanou.

Příloha číslo 7 - Rozhovor B – respondent 02 – pan Karel

V: Dobrý den, pane Karle. Na začátek Vás tedy znovu upozorním, že náš rozhovor bude zaznamenán na diktafon a samozřejmě veškeré osobní údaje, které zde zazní, budou anonymizovány. Souhlasíte s tím?

02: Ano.

V: Zeptám se Vás pane Karle, jak dlouho jste ve zdejší nemocnici a s čím tu jste?

02: Dva tejdny.

V: Dva týdny jste tady. A s čím pak?

02: No... Jako ve svém stáří jsem nepochopitelně vyšel do lesa s pilou a skác.. a řezal jsem dříví, který bylo rozvěšený vod větru po jinejch stromech, a já jsem si nevšim toho vyvážení a když jsem jednu část uříz, tak ta druhá mě porazila, nic mi neudála, ale strčila do mě a já jsem spad zadkem na jinej kus kmenu a vo něj jsem si vlastně zlomil stehení kost v krčku. Není to žádný, jako fajnový zranění, no. Taky kdybych tam... kdyby kamarádi nevěděli, kde tam jsem v tom lese, já jsem se nemohl absolutně hnout, a měl jsem ve svý blbosti u sebe telefon, tak jsem zavolal dvoum, který mě okamžitě našli a prostě věděli, jaký to se mnou je, tak vobědnali vrtulník a ještě dokonce přijela i sanita i s osmi hasičema.

V: Pane jo.

02: No protože mě museli vodnýst dost dlouhej kus k tomu vrtulníku a přivezli mě sem a tady jsem byl už v devět hodin večer po operaci. Fantastický, bezvadný, no.. jenomže jako není to moc dobrý, protože s tím strávím určitě aspoň dva měsíce.

V: Bude to nadlouho.

02: No, je... dneska jsem se tady s nákejma lidma poprvé postavil na tu levou nohu, která je zdravá, a voni mně naznačili, co mě bude čekat za tu rehabilitaci, že jo. No a při rehabilitaci,

tady už vodejdu, to budu v (konkrétní město), kde mám blízko tam chalupu. Takže nevím jak to bude jestli přijedou na chalupu, nebo tam budu moct jezdit. Když jsem řek tomu doktorovi, že jestli teda s tou pravou nohou, kterou mám operovanou, mohl bych šlapat jen na plyn, jestli by to nešlo. No a von povídá, že nešlo.

V: Takže se ještě jednou zeptám, teď z nemocnice, půjdete kam? Jak jste se domluvili s panem doktorem.

02: No... domů. Domů půjdu.

V: Nebavili jste se o nějaké léčebně, kde byste byl, než se Vám noha zahojí?

02: Ne. Půjdu domů.

V: Já jsem dostala právě informaci, že máte jít do léčebny a že jste o tom s panem doktorem mluvil.

02: Jo... ale já sem řek, že do žádný takový léčebny nejdu, jako.

V: Ne?

02: No dyť k tomu není důvod, jako. Já si myslím, že prostě, že budu dál ještě na tý chalupě něco dělat. Dyť na tom ještě nejsem tak špatně.

V: Takže jak to s Vámi teď bude?

02: No domů, jdu, domů. Do žádný léčebny, to já jim nic nepodepíšu.. a ... voni mě snad přihlásej na nějakou takovou, já nevím, jak se to jmenuje a to jsou ty lidi, co dělaj ty rehabilitace, a buď teda zvou lidi k sobě, nebo choděj za nima, že jo.

V: Víte, že máte právo rozhodovat o své další léčbě?

02: To vím, a taky to dělám.

V: Takže budete doma a bude za Vámi někdo docházet a pomáhat Vám s běžnými denními činnostmi?

02: No, a ..no to ještě nevím.

V: To ještě nevíte.

02: No.. protože jinak by mě musel zase někdo vozit a jako kdyby mě jako měli vozit voni na svý náklady, tak by to bylo poněkud drahá služba. Já nevím, možná, že v době tý rehabilitace budu moct jezdit s autem, no, nevím.

V: Kde tedy teď budete, než budete schopen se na tu nohu postavit sám?

02: No doma, to jako... ve čtyřiaosmdesáti se mně zdá, že bych to dost brzo vzdával. Nějaká léčebna.. to...

V: Myslíte si, že to že byste tam šel, by znamenalo, že to vzdáváte?

02: No a né? Dyt' to není pro mě, mně nic krom tý nohy není... to.. Tam choděj lidi v horším stavu, že jo.

V: Vy jste se tedy s lékařem bavil o tom, že chcete zůstat doma? Nebo, co Vám nabízel?

02: Ne, to, prvně když se mě na to zeptali... ne to jsme moc daleko. Voni jako nevěděj, jak se to bude vyvíjet, to léčení, že jo, ale já bych řek, že tak ty dva měsíce.

V: Jaká byla první myšlenka, která Vás napadla, když vám překlad do léčebny pan doktor navrhl?

02: Dyt' Vám říkám, že to je mimo. Dyt' to pro mě není.

V: A to Vás napadlo i tehdy, v tu chvíli?

02: Bodejt'. No... to ne.

V: A co jste při tom pocíval? Vzpomenete si? Bylo to překvapení...

02: No, překvapenej, to sem byl, teda. A víte co, to... bylo mimo, to, to vůbec.

V: Víte co znamená zkratka LDN?

02: Jo, to je léčebna pro..., pro nemocný, tak nějak, ale byli tam už několik mejch známých.

V: A co o tom říkali?

02: No... tam je nejblbější, to vodloučení vod tech rodin...

V: Rozumím, ale to máte i v nemocnici, ne?

02: No jo, jenomže tam, jakmile přijde do tý elděenky, tak von si myslí, že už mu vodtamtaď nikdo nepomůže.

V: Ten pacient?

02: A že už je tam v podstatě doživotně, že jo.

V: Myslíte si, že je to takhle všeobecně vnímaný?

02: No já si to myslím, že všeobecně, že vodtamtaď už je cesta jenom do krimi..., no (smích) do krematória, jo. Protože, pro, tyhle ty lidi, to už jsou, jako poslední dny života.

V: Mohou se pacienti z léčebny vrátit domů?

02: No.. to si nemys... no možná pár jo, ale ne moc. Spíš jestli chtěj dožít doma, nebo tam byli zbytečně, že jo.

V: Hmm, a vyprávěli Vám ti přátelé, jak to tam chodí? Nebo jste tam přímo byl za někým na návštěvě?

02: No... znám to vod těch..., znám to vod těch mejch starších známejch, ale někde to maj perfektní. Někdo to maj jak zámeček, jo, voni zaměstnanci se tam vo ně staraj, stravování perfektní a včas, kdežto doma by si museli něco kuchtit. No... takže to zařízení, to už mělo bejt dávno. Jenomže to stojí peníze že jo. Ale věk se prodlužuje a je toho všeho málo. Takže voni takovýhle starší dědci jako jsem já a babky, to už některý jsou na tom ještě hůř. To já si jako ještě furt myslím, tak... teda já se, já kreslím všelijaký baráky a chalupy, takže já mám jako práci v sedě. Já si jen furt něco kreslím, že jo, ale je fakt, už necestuju takhle po světě, jo, jako jsem jezdil. To už musím vynechat.

V: Takže ti Vaši známí měli jen pozitivní zkušenost s léčebnou pro dlouhodobě nemocné?

02: Ale taky ne, taky ne... Není to všude tak perfektní. Někde je ta, jak jsem říkal, jo, ten zámeček a profesionálové se tam staraj vo ty lidi, a jinde je to zase, no..., jiná úroveň abych tak řek.

V: Jaká byla ta jiná úroveň?

02: No... já... hmmm, no já bych si třeba jako představoval, kdybych měl takhle jako někde skončit, aby to byl takovej zámeček nějaký zchudlý šlechty, ale s parádní zahradou, kde prostě je to park, pokud možno velkej, a že mě tam budou vobsluhovat lidi, který nejsou blbý.

V: Takže u Vás hraje velkou roli prostředí léčebny...

02: No, jasně. Hlavně aby to nebylo někde u silnice, aby tam byl klid a velká zahrada. Vono tyhle ty starý budovy, jo, co jich tady v republice máme, voni je skupujou Rusáci a různý dobrodruhové, co si myslejí, že si budou hrát na šlechtu, no a pak zjistějí, že nemaj peníze a tak to chátrá a pak se toho chtějí zbavit a místo aby to dali jako státu, nebo nějaký organizaci, tak to radši zapálěj, jako tuhle, nebo to nechaj spadnout, aby měli aspoň pozemek. Nemaj k tomu vztah, nemaj.

V: Setkal jste se někdy s hovorovým výrazem "eldéenka"?

02: Jak se tomu říká, no to nevim. Že to.

V: Ptám se, jestli jste někdy slyšel, že by se někdo bavil o "eldéence", že někdo byl v "eldéence"... Myslím konkrétní užití toho slova.

02: Ne, ne.

V: A když jsem ho teď vyslovila? Jak na vás to slovo působí? Vnímáte ho pozitivně nebo negativně?

02: Ale já si myslím, že teď je to furt perfektní, já nevím, já si myslím, že lidi nemaj důvod to kritizovat, pokavaď v tom nebyli. No a já, a mimo to, to je to vodloučení vod tý rodiny. Von vlastně ani pořádně neví, co ho tam čeká. Protože von si tam nemůže jít na tejden, to zkusit a pak zas domů, a pak si to rozmyslet. Tam taky nezapomeňte, že spousta těch příbuznejch, se třeba těchletěch lidí starejch už snaží zbavit. Vědí, že na to je zařízení, a že prostě v podstatě tam maj jídlo, a ty lidi nic jinýho nepotřebujou. Jenomže tam by měla bejt taky nějaká zdravotní péče, no a to není.

V: Myslíte, že v léčebně pro dlouhodobě nemocné, není dostupná zdravotní péče pro ty pacienty?

02: No možná něco že tam je, ale není to na takový úrovni, no, že to tam tak plácaj. Dyt' to už není žádný léčení.

V: Byl jste se za těmi svými známými, co tam byli, podívat?

02: Ne, takhle, já jsem věřil tomu, co mi říká. Tady je takovej, třeba takový zařízení v (konkrétní město), no a to je prostě za zdí, ohromnej park, se zámečkem, kterej ty šlechtici věnovali v podstatě lidem. No a to vím, že tam byly dvě babky, a ty si to prostě ohromně chválily. Protože von to takovýhle doma každej nemá. A tam když taky přijde na to jako že... že vlastně se tam žije trochu kulturnějc. Někde si tak nežijou, že jo. Je fakt, že jsou vodloučený vod domácích zvířat, a tak, to je ... jako když se má někdo rozloučit se psem, tak to je... blbý. A voni tam žádný lidi se zvířatama nejsou.... To by se taky ještě třeba mohlo zlepšit, mohli by bejt, takový... jenomže kdo by se jako zabejval s takovou spoustou čoklů, to by byl zmatek, že jo. No, třeba já bych se s kocourem těžko rozlučoval, já mám takovýho toho whiskas, mouratýho, kterej váží vosm kilo a to je prostě už takový zvíře už se zvláštním chováním, ten byl venku všehovšudy

20 minut, když prorazil na vokně sítku proti mouchám, a šel se podívat ven. Je samozřejmě kastrovaněj, což se už nemá dneska dělat, ale kastrovaněj musí bejt, protože von takzvaně kaňkuje v barákách, a když jsme měli kocoura v minulým bytě, tak každej kdo k nám přišel tak povídá, vy máte kocoura, co? Poznali to po čuchu.

V: Takže léčebna je pro vás tiché místo, zámeček, velký park...

02: No, tak jako je to představa, že jo, mohla by to bejt i nějaká moderní stavba. Když já nevěřím těm lidem, co kupujou ty starý stavby... nevěřím, no a když si pak udělaj v tom nějaký to zařízení, tak na to akorát berou prachy. Měli by to přenechat státu. Mě se to moc nelíbí, když to dělá soukromník. Říkám, berou na to prachy vod státu a je fakt, že to je jenom takový moje přesvědčení, neměl sem možnost se o tom přesvědčit, ale rád bych to viděl, kdyby to bylo.. nebo kdyby přes to byla aspoň nějaká kontrola. Jo? Třeba jednou za čtvrt roku přijdou a podívaj se, jak žijou hygienicky, jakou maj kvalitu jídla, jak se tam, jaká tam je ta příroda, jestli to tam vopravdu je takový... vyhovující.

V: Jak se pacientům v léčebně bydlí?

02: Tak záleží asi na tom, jak jsou zdravotně, že jo. Ale když je to v nějakým zámečku, tak asi dobře. Akorát, jo, na pokojích, si představte, jako dohromady i 10 jich tam je. Všichni dohromady a teď když někdo jako potřebuje na záchod a tento, tak do plíny, že pak se přebalej jako mimina a je to, ale všichni u toho jsou.

V: Popisujete to, jako byste to na vlastní oči viděl.

02: Ale to ne, ale stačí od známějch, a se to ví, že tam většina leží a, a to ještě když, tak se koupou jednou tejdně, třeba...

V: Slyšel jste někdy o léčebnách pro dlouhodobě nemocné v médií? Že by se tato zařízení probírala v televizi, že by na toto téma byly nějaké diskuse v rádiu, tisku...

02: Ne... já poslouchám jenom prakticky zprávy a já, já prostě nemám rád reklamu a takovýhle věci a jako já, já jsem prostě odchovanej swingem a jazzem. Já mám přes 500 cédéček a když budu chtít něco poslouchat, tak tuhle muziku.

V: A nezaznamenal jste ani ve zprávách, že by se mluvilo o léčebnách pro dlouhodobě nemocné?

02: Ne... nebo jo, jako že je málo míst v těch ústavech, ale to všude. Nejsou na to peníze.

V: Zůstaňme u těch léčeben pro dlouhodobě nemocné. Myslíte, že nedostatek peněz má vliv tedy na počet lůžek, kvalitu péče...

02: No a taky na počet zaměstnanců, že jo...

V: Kdo se v léčebnách o pacienty vlastně stará, podle Vás?

02: No... to je právě to. Všechno záleží na lidech. Pokažd' tam lidi nejdou vydělávat peníze a krást potraviny z kuchyně, takže... to právě jsou takový důležité věci, že jo. Musej to bejt taky lidi, který k těm starejm lidem maj nákej vztah. Čili kdo má třeba svý dědečky a babičky, tak ví, jak se s nima u nich zachází v rodině a takovým způsobem musí zacházet i v eldéence. Ale kdo to vybere, jo... protože tam se někdo přihlásí a už nazdar a už tam je zaměstnanej, jo. No a jako... já... já nevěřím tomu výběru, moc, protože to vidím všude v jinejch zaměstnáních, že prostě, taxikáři, některý hospodský, jo, to prostě jsou některý lidi, který bych vodtamtaď vyflákal. Taxikáři v tom jsou 50 let, a to, to je.... Já jsem měl několik kamarádů taxikářů, co šli potom jako dělat do těch ústavů aj do třeba tý eldéenky. A teďka náký kvalitní kuchaři a sestavení jídelníčku, aby tam bylo vod každý skupiny něco a taky zároveň, aby ty lidi hlídali co se týče náký váhy. Když jstete koupit zboží do Kauflandu, tak tam je třetina lidí obézních, některý šíleně, jo. Tam jsou ženský, vokolo padesáti, šedesáti, který vážej 130, 140 kilo. To je prostě... Vono i v Americe, jsou, jo a ještě v tý Asii, jenže tam jsou obézní jenom ty Sumó, co to maj jako zaměstnání. Ale jinak co tam pracujou, to musí bejt, jako obětování se, rozumíte? Dyť voni za to nic nemaj a přitom tam vobsluhujou lidi který, kretý brzo umřou.

V: Jaké profese tam můžete potkat v léčebně?

O2: No tak různý pečovatele, zřízence, no.. já nevim. Ale víte co, vono je to všechno vo lidech. Když tam vezmou takovýho taxikáře, kterej támdle x let kroučí volantem a nikdy se nestaral vo nikoho než vo sebe, tak... No ale kdo to rozhodne? Kdo rozhodne vo tom, že tam takovej člověk nepatří a zařídí mu, že votad' vypadne. Všechno je to prostě na řízení a když vidíte některý vládní funkcionáře a takový co se cpou do politickej funkcí, tak prostě nejhůř na poslední pohled je vidět, znát že, já jako když vidim toho hochu vod těch pirátu s těma, jak se to... s těma derdama, jo... No tak já si nedovedu představit, že bych měl dceru, který by takovýhleho blba přivedla ke mně domů, jo. Já, sice jsem ho jako skrz rozhlas slyšel, že se zdá jako bejt, že jo, mluví rozumně, ale proč potřebuje 35 letej kluk, možná že studovanej, mít na sobě takovouhle dekoraci. Já věřím, že spousta lidí, má k takovejmhle lidem vodpor. To je prostě pro mě nepředstavitelný, já když vidím prostě chlapa staršího, s dlouhejmá vlasama, tak si říkám... pročpak to tak asi máš? Jako na co. Má to ráda ta tvoje ženuška? No tak to je důvod. Vona si myslí, že mu to sluší, tak von to nosí, aby měl klid. Ale když to někdo nosí sám vo sobě, tak to znamená, že chce vybočovat z řady a von nemá chudák nic jinýho, čím by na sebe upozornil, třeba jako že něco umí dělat dobře.

V: To jsme se dostali od našeho tématu až k politice a vhledu...

O2: No, to mě musíte v čas zarazit. Já jsem strašně ukecanej.

V: Já bych se ted' zase vrátila na začátek. Vy jste tedy řekl, že do léčebny pro dlouhodobě nemocné nepůjdete. Jak to budete zvládat doma?

O2: No jo... tak jako, já se přátelil se spoustou lidí, všelijakejch, protože jsem taky na to měl čas, a mám spoustu tedy kamarádů, který i vypadaj na to, že by mně i pomohli s něčím. A dokonce... no, nedělal jsem si zbytečný nepřátele. Přesto, že jsem ukecanej, drzej a vodsuzuju kde koho za blbosti, na což nemám právo, to já vim.

V: Jste člověk, který, když se mu něco děje, něco s čím nesouhlasí, se ozve?

O2: No jistě. No ale nesmí bejt větší než já. A vono taky potom není dovolání, no... já vim jak to fungovalo za minulýho režimu.

V: Je to teď jiné?

02: Jak v čem, vono, pozor si musíte dávat furt a lidi sou stejný taky, jen záleží na příležitosti, kdy se můžou ukázat.

V: A jak Vaši situaci prožívá rodina?

02: Já nemám rodinu. Mám manželku ale... máme kocoura, psa a máme ještě asi 5 venkovskejch koček je živíme, no a pak takový starosti jako že jsem vyrobil 23 budek pro ptáky podle výkresu vod ornitologů, a tak no. A už jsme zase někde jinde, vidíte. Vy jste vůbec první živočich, kterej se se mnou vo tomhle baví. No... mate tam ještě nějaký votázky?

V: Já myslím, že už jsme téma vyčerpali.

02: A ještě jste se dozvěděla plno navíc. (Smích)

V: To máte pravdu, člověk někdy stočí hovor směrem, kterým by nikdy neřekl.

02: Jo to mně to jde.

V: Tak Vám pane Karle děkuji za Váš čas a nashledanou.

02: Nashle.

Příloha číslo 8 - Rozhovor C – respondent 03 – paní Marie

V: Ještě jednou dobrý den paní Marie. Na začátek Vás tedy znovu upozorním, že náš rozhovor bude zaznamenán na diktafon. Samozřejmě osobní údaje budou anonymizovány, tak aby Vás nikdo na základě rozhovoru nepoznal. Souhlasíte s tím, aby byl rozhovor nahráván?

03: Ano.

V: Děkuji. Paní Marie povězte mi, s čím tady v nemocnici ležíte a jak dlouho.

03: Něco.. asi 14 dní, no a ležím s nohou. Sem spadla a celou nohu... tak to dopadlo. To mám zlomený v kyčli, počkat ne v kyčli v nártu, nebo já nevím. Někde tady dole, tak jestli nárt nebo kotník, já už nevím.

V: Takže jste tu takových 14 dní, říkáte...

03: No asi tak, já už jsem po nemocnicích vod července, no všude možně.

V: Od července myslíte s tou nohou, nebo tomu předcházely jiné zdravotní problémy?

03: Né, to sem byla se srdcem, tak se mi to tam svíralo, no a se to táhlo.

V: A to jste šla od července z jedné nemocnice do druhé?

03: Né, to ne. Sem byla taky doma, ale pak zas něco... a takhle putuju, no, z jedný do druhý.

V: Jak to zvládáte, ty neustálé přesuny, z domova do nemocnice?

03: Není to příjemný, abych vám řekla pravdu. Vono stačí, že vám je mizerně a ty přesuny sem tam, a všude je to jiný, než si zvyknete a to a stejně, stejně vás nevyléčeje. Daj vám prášky a běžte. A to je furt.

V: Trvá Vám, než si zvyknete na novou nemocnici, nové prostředí?

03: Jo, protože než zjistíte, jak to tam chodí, kdo je jakej a tak, a jak tam vařej, to já nemám ráda tu mletou stavu a ryby, ryby nesnáším.

V: Vy jste někdy potřebovala mletou staru?

03: Jo, kvůli zubům, sem si je jednou zapomněla a tak jsem měla kaše.

V: Říkala jste, že než člověk zjistí, kdo jaký je, a jak to kde chodí... myslela jste při tom na něco konkrétního?

03: No lidi, musíte zjistit nejdřív, kdo je jakej, jak se chová a tak.

V: Myslíte personál, nebo ostatní pacienty?

03: No i ty. Personál i pacienti. Po kom jako můžete něco chtít a po kom ne.

V: Když je Vám, někdo z personálu nesympatický, tak po něm nic nechcete?

03: Tak, ano.

V: Paní Marie, mám informaci, že příští týden, byste měla být přeložena do léčebny.

03: Já nevím, zatím mi nikdo nic neříkal.

V: Nikdo s Vámi nemluvil o tom, jaký bude další postup v léčbě, a jak dlouho tady v nemocnici ještě budete?

03: Ale tak jó, něco naznačovali.

V: Co naznačovali a kdo? Padlo slovo léčebna?

03: Pan doktor, jako říkal, že bych někam šla, asi i do tý léčebny, no, ale kerej den, to ne. Ani do který. Vona totiž dcera mi zařídí nějaký, jako lepší zařízení abyste rozuměla.

V: Víte, že máte právo rozhodovat o své další léčbě?

03: Tak, asi ano. Asi do toho mám co mluvit.

V: Jaká byla vaše první myšlenka, nebo pocit, který jste měla, když vám o možnosti překlada do léčebny řekli? Co Vás napadlo?

03: No... jako že to, není možný. Že sem myslela, i dcera myslela, že... že půjdu jinam, no...

V: Jinam, myslíte do toho, jak vy říkáte „lepšího zařízení“?

03: Ano, tak.

V: A co jste v tu chvíli pocítovala?

03: No, tak trochu sem se lekla, no...

V: Lekla, protože by Vám to zkřížilo plány s tím „lepším zařízením“?

03: Tak, ano.

V: A konkrétněji se s panem doktorem domluvíte později, až budete vědět, jestli pro Vás v tom jiném „lepším“ zařízení budou mít místo? A co je to za zařízení, jestli se můžu zeptat?

03: Který?

V: Mám na mysli, to, které Vám bude zařizovat dcera.

03: No, to je tady, já už jsem tam jednou byla, jmenuje se to...počkejte, začínalo to na.... Si nemůžu vzpomenout, ale je to tady kousek.

V: A jaké služby poskytuje?

03: No, staraj se tam o vás a hlavně je to tam moc pěkný, moderní prostředí a tak.

V: Nemyslíte náhodou xxxxxxxx? (pozn.: jde o domov pro seniory, provozovaný soukromou společností)

03: Ano, to je ono.

V: A je to tam lepší?

03: Je, určitě, já tam byla spokojená.

V: A řekla jste panu doktorovi, kam chcete jít?

03: Jo, řekla, mluvil i s dcerou, a že se ještě domluvíme.

V: Když jsme se bavili o léčebně, paní Marie, vy jste tedy v léčebně nikdy dříve nebyla?

03: Ne, ještě ne.

V: A setkala jste se s výrazem eldéenka?

03: Setkala, jistě.

V: A jaký na Vás to slovo dělá dojem?

03: Špatnej.

V: Špatnej? Co ten pocit vyvolává?

03: To, že až 7 na pokoji jich je, prej.

V: Až 7 na pokoji... myslíte počet pacientů, ležících na jednom pokoji.

03: No.

V: A to spatřujete jako nevýhodu, jestli to správně chápu.

03: No.

V: Kvůli čemu? Co si myslíte, že je na tom nevýhodné, co Vám na tom vadí?

03: No já nevím, já sem tam nebyla. Ale nemáte soukromí, nemáte klid, tam furt někdo chodí, jak na nádraží..., já jen jak slyším.

V: Slyšíte od známých?

03: Od známých no.

V: Někdo z rodiny v léčebně byl?

03: Ne, já bych chtěla do toho soukromého zařízení, radši, než do tý eldéenky. Ale musím napřed sehnat nějakou rehabilitační sestru, aby se mnou cvičila, protože tu tam nemaj.

V: Takže to soukromé zařízení, o kterém mluvíte, je domov pro seniory, a ne léčebna.

03: No, jo. Tak. Oni tam jako sestru normálně nemaj.

V: A pro tohle soukromé zařízení jste se rozhodla na základě toho, co jste slyšela o léčebnách?

03: Já už jsem tam byla dřív jednou. Ale jo, taky. Prostě tam nechci, do tý eldéenky, když vím, že tady je to dobrý.

V: A kdyby Vám nabídli jiné zařízení, ne léčebnu, ale jiné zařízení, než kam máte namířeno? Šla byste? Nebo za jakých podmínek?

03: To by záleželo na tom, jaký to tam maj. Kdyby jako v tý xxxxxxxx (pozn. domov pro seniory), tak asi jo.

V: A kdyby to bylo stejné v léčebně, jako v xxxxxxxx (pozn. domov pro seniory)?

03: To ale není.

V: To víte?

03: No a ne? Já bych řekla, že není. Je to léčebna...

V: Vadí Vám tedy víc to, že byste šla do prostředí, kde to neznáte, nebo že byste šla do léčebny?

03: Obojí.

V: Co na Vás udělalo ze zkušenosti Vašich známých největší dojem? Co Vás třeba přesvědčilo o tom, že tam nechcete jít?

03: No hlavně ta představa, že je tolik lidí na jednom pokoji, to člověka taky votravuje a záleží teda jaký lidi se sejdou, no. Ale tady v tom soukromým budu mít svůj pokoj.

V: Co si ještě vybavíte z vyprávění?

03: No hlavně to velký množství lidí, že jsou tam namačkaný na jednom pokoji. A ta jedna známá, ona to byla moje spolužačka z reálky, tak říkala, že u ní na pokoji zrovna umírala nějaká paní vedle a že to nebylo nic příjemného, ležet vedle, že jo. Dovedete si to představit?

V: Vzpomenete si ještě na něco?

03: Hmmm, nevím.... Možná.. ještě jídlo sem slyšela, že tam nebejvá nic moc. To já si nemůžu tady stěžovat.

V: Jak je to dlouho, co Vaše spolužačka v té léčebně byla? Vzpomenete si?

03: No, přesně, nevím, ale ne víc jak rok, asi tak.

V: S čím tam byla?

03: Ona měla zlomenou nohu, jako já, ale vejš. Stehno, nebo tak.

V: Byla jste se tam za ní podívat?

03: Ne, to ne. Bylo to daleko, ona bydlí až (konkrétní město).

V: Co personál? Jaký v léčebnách je?

03: Jo, na to jsem zapomněla. Prej se tam často nemohli dozvonit, nebo že to trvalo moc dlouho, než někdo přišel. Lída pak prej přestala zvonit, radši.

V: Lída je ta spolužačka, jestli chápu dobře.

03: Jo.

V: Pročpak přestala zvonit?

03: No, že se styděla. Oni u toho maj řeči a tváře se... že člověk pak se, že jo, bojí ...

V: Není možné, že měl personál hodně práce s jiným pacientem v tu chvíli?

03: To měli pořád... a pak slyšela, jak maj zábavu...

V: Myslíte si, že je to tak ve všech léčebnách?

03: Snad ne, tak mohla to bejt výjimka, že jo, lidi nejsou všude stejný.

V: A tam kam plánujete jít se to má s personálem jak?

03: Jsou tam hrozně milý. Třeba jednou se mi stalo, že nikdo na zazvonění nepřišel, ale jen jednou.

V: Paní Marie víte, jaký je celý název pro léčebny? Používá se pro to zkratka LDN.

03: Jo, léčebna ... léčebna pro nemocné, tak nějak?

V: Je to léčebna pro dlouhodobě nemocné.

03: Aha, no vidíte.

V: Slyšela jste něco o léčebnách pro dlouhodobě nemocné v médiích?

03: No, slyšela jsem, no...

V: Co jste slyšela?

03: No všelicos.

V: Zkusíte si na něco vzpomenout?

03: Že to je jako přetížený, a málo personálu a tak. Já nevím, já jsem tam ještě nebyla, tak jestli je to pravda, nevím. Dcera, ta jako někde četla, že ta péče tam a takový, není úplně dobrá.

V: V čem není dobrá? Co vyhledala za informace?

03: To nevím, jen říkala tak a tak, že to jako není tak dobrý a co ještě říkala Lída...

V: A byl to Váš nápad, že půjdete do toho soukromého zařízení, nebo to napadlo dceru?

03: No, to jako dcera s tím přišla, že by bylo dobrý jít tam. Si našla někde na tom počítači, že je tam jako ta péče dobrá, krásný prostředí, no co na tý eldéence není.

V: A vy jste s tím souhlasila hned, že půjdete tam?

03: Jó. Protože jak jsem říkala, co jsem slyšela...

V: Slyšela jako o tom soukromém zařízení? Nějaké recenze?

03: Ne, o léčebnách. Dcera jak na počítači jako hledala nějaký informace o léčebnách a tak tam lidi různě psali, jak to tam chodí a podobně.

V: Myslíte recenze lidí, kteří mají zkušenost s léčebnami pro dlouhodobě nemocné sami, nebo zkrze někoho, třeba příbuzné?

03: No, asi tak.

V: Mluvila jste o tom, že v tom soukromém zařízení je to moderní. Máte nějakou představu, jak to vypadá v léčebně? Krom toho, že je, jak jste sama řekla, hodně lidí na jednom pokoji?

03: Já vám řeknu, že vůbec nemám žádnou představu. Nemám, ne. Bylo by to pro mě takový překvápko.

V: A chtěla byste... měla byste zájem o to, dozvědět se dopředu o tom, jak to v konkrétní léčebně chodí, jak to tam vypadá...

03: Kdo se tam o ty lidi stará... no samozřejmě, samozřejmě bych chtěla vědět, jak to tam chodí, no ale sedm si nedovedu představit.

V: Sedm? myslíte těch sedm pacientů na jednom pokoji?

03: Jo.

V: Takže byste uvítala, kdyby za Vámi někdo přišel, nebo vám sem dali nějaký letáček s fotkami dané léčebny, jak to tam vypadá, jak to tam chodí, nějaké kontakty...

03: No hlavně jak to tam vypadá.

V: Možná že na internetu jsou nějaké stránky dané léčebny, kde jsou i fotky a další informace. Možná, že se tam i Vaše dcera dívala.

03: No, jo, jenže to je na počítači. Asi i dívala, já nevím, ale já bych to chtěla vidět sama. Jak já se podívám na počítač? Letáků maj všude plno, na léky a na choroby, na lázně sem tady taky viděla.

V: Takže byste chtěla letáček?

03: No, to bych byla ráda.

V: Paní Marie, myslíte si, že se léčebny pro dlouhodobě nemocné nějak liší, od nemocničních oddělení, jako je například tohle?

03: To já nevím, tady je to perfektní.

V: Jste tady spokojená.

03: Jsem moc.

V: A proč chodí pacienti do léčebny?

03: To já vůbec nemám představu. Nemám.

V: Napadají Vás nějaké otázky v souvislosti s léčebnou?

03: No zajímalo by mě to prostředí.

V: Myslíte tím i budovu, ve které se léčebna nachází? Nebo interiéry, personál?

03: Ale budovu tu já znám. Ale jaký to je vevnitř. A jak se tam chovají k pacientům. Tady si nemůžu stěžovat. No a hlavně dcera nechce abych tam šla, no. Protože to tam je zoufale zařízený, no.

V: A kdyby bylo rozhodnutí jen na Vás? Zkusila byste to?

03: Já sem spokojená v tom soukromém zařízení, tak proč to měnit. Tam můžu mít i svůj pokoj. Vono si to tam sice platím, ale je to lepší. Jenom co tam chybí, je ta rehabilitace, jinak je to tam krásný. Jestli to tam neznáte, tak to stojí za to, je to tam vopravdu exkluzivní. No, ale hlavně ta rehabilitace tam není, akorát bydlení a stravu a veliký peníze platíme, kolik, no asi 24 tisíc.

V: Co když se Vám nepovede sehnat tu rehabilitační sestru? Změní to něco?

03: No, to nevím. Nějak by se to asi udělalo.

V: A v tom xxxxxxxx (pozn. domov pro seniory), by Vás vzali i tak?

03: Jo, to jo. To jim nevadí.

V: Jak se cítíte před překladem?

03: Dobře, jak bych se měla cítit.

V: Nepocit'ujete nervozitu?

03: Ne, když vím jaký to tam je, ne.

V: Paní Marie, já myslím, že jsem svoje otázky vyčerpala. Chcete ještě něco dodat? Napadá Vás něco?

03: Já myslím, že ne. Tak snad Vám to k něčemu bude.

V: Já vám paní Marie moc děkuji za rozhovor. Mějte se hezky a ať se brzo zbavíte těch berlí.

03: Jo, to bych chtěla (smích).

V: Nashledanou.

03: Nashle.