



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Tísňová péče a její význam v péči o seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Aneta Dvořáková

Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Drábová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Tišňová péče a její význam v péči o seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2018

.....

Aneta Dvořáková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Magdaleně Drábové, Ph.D. za její vstřícný přístup, cenné rady, trpělivost a připomínky, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří také zaměstnancům občanského sdružení ŽIVOT 90 a zapsanému ústavu Anděl na drátě za poskytnuté informace k dané problematice. Dále děkuji všem komunikačním partnerům, kteří byli ochotni poskytnout mi rozhovor k realizaci výzkumu. Poděkování patří také mým nejbližším, kteří mi byli v průběhu celého studia velkou oporou.

Tísňová péče a její význam v péči o seniory

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tíšňovou péčí a jejím významem v péči o seniory. Konkrétně se zaměřuje na seniory, kteří jsou zároveň pacienti praktických lékařů. Praktičtí lékaři jsou pro své pacienty velkým zdrojem informací. Senioři jim důvěřují a dají na jejich doporučení. Praktičtí lékaři by měli znát sociální sužby, potažmo tíšňovou péči, aby o nich mohli informovat své pacienty. Cílem bakalářské práce je tedy zmapovat tíšňovou péči pro seniory z pohledu praktických lékařů. Výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jaký je rozsah znalostí praktických lékařů o službě tíšňové péče. Dále na to, jak praktičtí lékaři pro dospělé hodnotí význam tíšňové péče v péči o seniory. Výzkumné otázky se také zaměřovaly na to, jak informují o této službě praktičtí lékaři své pacienty, kteří by mohli být potenciálními uživateli této služby.

V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 9 praktických lékařů z Českých Budějovic a Trhových Svin. Data byla v praktické části pro větší přehlednost uspořádána do jednotlivých kategorií.

Z výzkumu vyplývá, že jen málokterý praktický lékař zná službu tíšňové péče, tudíž i informace o ní poskytují jen zřídka a málokdy. Na druhou stranu uznávají, že zdrojů, odkud získávají senioři informace o sociálních službách, je málo. Jako nejvýznamnější přínos tíšňové péče hodnotí praktičtí lékaři zvyšování jistoty, pocitu bezpečí a samostatnosti seniorů.

Výsledky mé práce mohou sloužit nejen studentům a případným zájemcům o tuto službu, ale především poskytovatelům tíšňové péče a praktickým lékařům ke zvýšení zájmu a zkvalitnění znalostí o sociálních službách, zejména o tíšňové péči.

Klíčová slova

Tíšňová péče; senior; praktický lékař; sociální služby

Emergency care and its importance in the care of seniors

Abstract

Bachelor's work engages in emergency care and its importance in the care of seniors. In particular it targets those seniors which are also patients of general practitioners. General practitioners are a great source of informations for their patients. Seniors trust them and follow their advice. General practitioners should know social service, consequently emergency care, to be able to inform their patients. Thus the aim of this bachelor's work is to chart emergency care for seniors from the view of general practitioners. The questions of my research were aimed on the range of knowledge of general practitioner about emergency care. Onwards, how general practitioners evaluate the meaning of emergency care in care of seniors. The questions of research were also targeted on how the general practitioners inform about this care those patients, who could be potential users of this particular service.

In this bachelor's work was used qualitative research, the method of questioning and the technique of halfstructured interview. Research ensemble was constituted by 9 general practitioner from České Budějovice and Trhové Sviny. The data were sorted into particular categories for better lucidity.

Research shows that hardly any of general practitioners know the service of emergency care, which means they provide this information on rare occasions and to hardly anyone. On the other hand they admit that there are just few sources of informations for seniors. As the most important contribution of emergency care is, according to the general practitioners, the encrease of security, feeling of safety and the independence of seniors.

The results of my work can be used by students and also by occasional applicants for this service, but mostly by providers of emergency care and by general practitioners to enhance interest and improve knowledge in services, particularly in emergency care.

Key words

Emergency care; senior; general practitioner; social service

Obsah

ÚVOD.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1. Senioři	10
1.1.1. Tělesné projevy stáří.....	10
1.1.2. Determinanty kvality života	11
1.1.3. Senioři a společnost.....	11
1.1.4. Senior a rodina.....	12
1.1.5. Psychické změny ve stáří.....	13
1.1.6. Sociální změny ve stáří.....	13
1.1.7. Komunikace se seniory.....	14
1.1.8. Psychosociální přístup	14
1.1.9. Péče o seniory v domácím prostředí.....	15
1.1.10. Význam sociálních služeb v péči o seniory	16
1.2. Sociální služby	17
1.2.1. Poskytování sociálních služeb	17
1.2.2. Dělení sociálních služeb	18
1.2.3. Vývojové tendence sociálních služeb pro staré občany	19
1.3. Tísňová péče.....	20
1.3.1. Základní činnosti a úkony v tísňové péči	21
1.3.2. Základní principy a cíle tísňové péče	21
1.3.3. Poslání tísňové péče	22
1.3.4. Formy tísňové péče.....	22
1.3.5. Způsob poskytování tísňové péče.....	23
1.3.6. Poskytovatelé tísňové péče.....	24
1.3.7. Subjekty součinnosti při poskytování tísňové péče.....	25
1.3.8. Uživatelé tísňové péče	25
1.3.9. Financování tísňové péče	26
1.4. Všeobecný praktický lékař pro dospělé	27
1.4.1. Vztah lékaře s pacientem.....	27
1.4.2. Komunikace lékaře s pacientem	27
2. Cíl a výzkumné otázky	29
2.1. Cíl práce	29
2.2. Výzkumné otázky.....	29

3. Metodika	30
3.1. Použitá metodika	30
3.2. Popis a výběr výzkumného souboru	31
3.3. Realizace výzkumu	31
3.4. Způsob zpracování dat	32
3.5. Etické aspekty výzkumu	32
4. Výsledky.....	33
4.1. Rozsah znalostí praktických lékařů o tísňové péči	33
4.2. Poskytování informací praktickými lékaři o tísňové péči svým pacientům	42
4.3. Hodnocení významu tísňové péče v péči o seniory z pohledu praktických lékařů ...	47
5. Diskuze	52
6. Závěr	57
7. Seznam použitých zdrojů	60
8. Seznam zkratk	65

ÚVOD

„Každý chce žít dlouho, ale nikdo nechce být starý“

Jonathan Swift

Stáří je nevyhnutelnou etapou lidského života a vyspělá společnost by na to měla být připravena. O své stárnoucí předky by se měla postarat hlavně rodina a pokud ta to nezvládá, přichází na řadu stát, potažmo poskytovatelé zdravotně sociálních služeb. I starý člověk má právo na důstojný a kvalitní život a mnohdy toho bez pomoci ostatních nemůže dosáhnout. Proto je třeba, aby se poskytovatelé sociálních služeb rozvíjeli, přizpůsobovali potřebám jedince a rozšiřovali své pole působnosti. S přibývajícím věkem se naše zdraví sice zhoršuje, ale v dnešní době se s tím lze, díky pokroku medicíny, lépe vyrovnat. Ve stáří se, bohužel, nemocem nevyhneme a jsou i takové, které nám přinášejí trvalejší problémy. Pokud takový zdravotní stav nastane, je potřeba těmto lidem nějak pomoci. Zkvalitnit život dokáže i zdánlivě nepatrná pomoc. Aktivní stárnutí předpokládá, že se o sebe budeme schopni postarat co nejdéle, a právě pro tyto případy je vhodná právě tísňová péče.

Tématem mé bakalářské práce je „Tísňová péče a její význam v péči o seniory“. Toto téma jsem si zvolila, protože si myslím, že jde o zajímavou službu, o které skoro nikdo neví a mělo by ji využívat více lidí. Tísňová péče je prospěšná hlavně z důvodu, že umožňuje mnoha lidem to, co by si přál každý z nás – zůstat po co nejdelší dobu ve svém vlastním domově s pocitem, že kdyby se s námi cokoli stalo, je o nás postaráno a dovoláme se pomoci. Senior tak může nadále plně, aktivně a důstojně žít a naplňovat své sny. Bohužel mnoho seniorů neví, že vůbec nějaká taková služba existuje. Senioři si vyměňují informace převážně mezi sebou nebo je získávají od svého praktického lékaře, kterého ve starším věku navštěvují častěji a mají k němu velkou důvěru. Proto jsem se v bakalářské práci zaměřila na praktické lékaře, jakožto významné zprostředkovatele informací pro seniory. Většinou senioři na radu svého lékaře dají. Myslím si, že kdyby se tísňová péče dostala více do podvědomí praktických lékařů, dostala by se i více mezi seniory samotné. Hlavním záměrem bakalářské práce tudíž bylo zmapování tísňové péče z pohledu praktických lékařů.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá seniory a jejich zařazením ve společnosti, dále se věnuje sociálním službám a tísňové péči konkrétněji. Zmíněn je i praktický lékař a jeho

vztah s pacienty v seniorském věku. V praktické části bylo pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně dotazováním praktických lékařů z Českých Budějovic a Trhových Svin, zjišťováno, zda znají tíšňovou péči. Dále jak vnímají její význam v péči o seniory a zda ji doporučují svým pacientům jakožto potencionálním zájemcům o tíšňovou péči.

1. Současný stav

1.1. Seniori

Klevetová a Dlabalová (2008) označují etapu stáří za stejně důležitou jako každou jinou etapu lidského života, která si zaslouží stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí, protože období stáří trvá cca 30-40 let. Zaslouží si proto pozornost a zájem nejen ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a státní sociální a zdravotní politiky (Klevetová a Dlabalová, 2008). Hranice lidského věku a vnímání staršího člověka z perspektivy gerontologie jsou ovlivňované přístupy jak přírodních, tak společenských věd, poněvadž začátkem 19. století byl „čtyřicátník“ považován za staršího člověka, dnes se však věková hranice posouvá směrem nahoru, což souvisí hlavně se změnami na úrovni somatické, psychické i sociální (Hrozenková a Dvořáčková, 2013).

Hrozenková a Dvořáčková (2013) definují stárnutí jako proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince. Definování staršího člověka se dle autorek Hrozenkové a Dvořáčkové (2013) může posuzovat z hlediska intraindividuální variability (což je pokles výkonnosti v jedné oblasti, ale naopak nárůst schopností v jiné oblasti), ale také z hlediska interindividuálních rozdílů (to jsou rozdíly mezi zástupci stejné věkové skupiny, ovlivněné nejčastěji jejich zdravotním stavem) a dále z hlediska společenského aspektu, kdy je člověk považován za staršího, resp. starého, pokud jej takto vnímá a označuje okolí.

Dělení stáří jako vývojové etapy lidského jedince může být diferenciováno dle Klevetové a Dlabalové (2008) na tři podobdobí – období počátečního stáří (od 60-74 let věku), pokročilého stáří (od 75-89 let věku) a vrcholného stáří (od 90 let věku), které můžeme také nazývat jako tzv. dlouhověkost.

1.1.1. Tělesné projevy stáří

Kalvach (2004) poukazuje na to, že tělesná výška se s věkem snižuje a tělesná hmotnost obvykle s věkem stoupá. Dále autor uvádí, že dochází k úbytku svalové hmoty a síly a významné jsou i involuční změny smyslového vnímání, hlavně zraku a sluchu, ale klesá i chuť a čich. Dvořáčková (2012) konstatuje, že všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Dále autorka zmiňuje, že se začínají objevovat

pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty a že se člověk čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi.

Pro geriatrickou medicínu je dle Hrozenkové et al. (2008) charakteristické, že celá řada onemocnění probíhá odlišně a atypicky na rozdíl od chorob vyskytujících se v mladším věku. Ke zvláštnostem klinického obrazu ve stáří patří například mikrosymptomatologie, což znamená, že chorobné příznaky jsou prezentovány jen minimálně a oligosymptomatologie, což znamená, že onemocnění se projeví jen jedním příznakem, přičemž ostatní příznaky chybí (Hrozenková et al., 2008). Dále je typická nespecifičnost příznaků a symptomatologie druhotného postižení, což je, když na chorobný stav zareaguje jiný orgán než ten postižený, obvykle ten nejzranitelnější, což je u starého člověka mozek (Hrozenková et al., 2008). A v neposlední řadě uvádí autorka také zvýšenou úmrtnost.

1.1.2. Determinanty kvality života

Čevela et al. (2012) rozděluje determinanty kvality života do dvou okruhů, kterými jsou přímé a nepřímé determinanty. Nepřímé působí obecně a zprostředkovaně, svými důsledky (patří sem např.: kulturní tradice, hierarchie hodnot v dané společnosti, společensko-ekonomická vyspělost dané společnosti a její politicko-ekonomický systém nebo penzijní systém). Kdežto přímé působí přímo na konkrétního člověka (např.: genetická dispozice, životní prostředí, životní způsob nebo dostupnost a kvalita zdravotnických služeb). Mnohé determinanty lze dále členit, jiné spolu logicky souvisí, např. nízké vzdělání, fyzicky náročná práce, chudoba, nezdravý způsob života a nízká penze (Čevela et al., 2012).

1.1.3. Senioři a společnost

Janečková (2005) zmiňuje, že psychosociální stárnutí výrazně ovlivňuje schopnost seniora adaptovat se na změny, které stáří přináší. Dále autorka uvádí, že k nim patří odchod do důchodu, který na jedné straně dává prostor k oddechu, spánku a péči o sebe sama, na druhé straně snižuje počet sociálních kontaktů člověka. Zároveň dodává Janečková (2005), že důchodový věk dává prostor novým aktivitám, různým zálibám, poskytuje možnost uskutečňovat vysněné rekreační činnosti, přičemž vše je podřízené především zdraví.

Gäng et al. (2008) zmiňuje, že domácí zvířata sice nemohou nahradit kontakt s ostatními lidmi, ale u mnoha starších lidí jsou schopna zmírnit pocit samoty a ztráty. Zvířata jsou ve stáří důležitou oporou, zprostředkovávají svým majitelům vědomí, že jsou potřební a senioři tím přicházejí vstříc touze se o někoho smět starat a mít za někoho zodpovědnost (Gäng et al., 2008).

1.1.4. Senior a rodina

Poledníková et al. (2006) uvádí, že pro psychický život seniora má mimořádný význam jeho vztah ke společnosti, především však k rodině. Dále autorka zmiňuje, že u seniora se vyskytují často pocity neužitečnosti, přítěže pro jiné, překážky pro normální a lepší život v rodině apod. Hrozenská a Dvořáčková (2013) poukazují na to, že u seniorů se můžeme setkat s tím, že obviňují své nejbližší z rodiny stejně jako profesionály, kteří se o ně starají ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních sociálních služeb, z nevědy a dalších projevů neuctivého, resp. neslušného chování. Autorky dále uvádí, že rodina má v životě staršího člověka významnou úlohu, protože každý starší člověk je rád, když ví, že je na světě někdo, kdo ho potřebuje a na koho se bude moci v těžkých situacích spolehnout. Právě rodina dává mnohým starším lidem pocit, že je ještě stále jejich existence potřebná a žádaná (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Litoměřický a Krajčík (1991) uvádí: *„Vědecké studie ukazují, že starší lidé žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější a zdravější a také déle samostatní. Rodina je nejdůležitějším faktorem v pomoci vyrovnat se se změnami, které stárnutí přináší. Domácí prostředí, každodenní styk s nejbližšími má nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře staršího člověka v době, kdy jeho zdraví slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na pomoci.“*

Hrozenská a Dvořáčková (2013) zmiňují, že potřeba kvalifikované pomoci a péče pro seniory vyššího věku je typická pro současnou českou společnost, poněvadž se vytvářejí podmínky pro zlepšení kvality života ve stáří. Dále autorky uvádí, že samotní staří lidé získávají nový vztah k této péči, kterou nechápu jen jako dobročinnou pomoc, ale též jako rovnoprávný vztah občana a sociální instituce. Autorky také konstatují, že hlavním posláním zdravotního a sociálního systému je snaha vytvořit podmínky pro udržení dobrého zdraví a aktivního prožívání stáří v prostředí mezi nejbližšími, přičemž v těchto vztazích je nejdůležitějším faktorem sám starší člověk, který se snaží být samostatným a nezávislým na pomoci jiného.

1.1.5. Psychické změny ve stáří

Stárnutí bývá spojeno se změnou osobnosti – u seniorů se projevují negativní vlastnosti a do popředí se dostávají spíše negativní rysy osobnosti (Dvořáčková, 2012). Psychické změny v kombinaci se sociálními změnami ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí (Dvořáčková, 2012).

Jedlička et al. (1991) popisuje charakteristický obraz psychiky seniorů následovně: Typické jsou psychické změny sestupné povahy, tj. pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všímavosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy. Dále psychické změny vzestupné povahy, ke kterým patří zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti. A jako poslední psychické funkce, které se s věkem nemění, mezi které řadíme např. jazykové znalosti, intelekt nebo slovní zásobu.

1.1.6. Sociální změny ve stáří

Dvořáčková (2012) popisuje sociální strukturu každé společnosti, která je vždy spojena se společenskými vztahy. Autorka uvádí, že postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění. Dále autorka konstatuje, že v důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů a strach z opuštěnosti a osamělosti se ve stáří zvyšuje (Dvořáčková, 2012). Hojda et al. (2009) popisuje, jak ke stáří neodmyslitelně patří smrt, která nejen ukončuje lidský život, ale znamená i konec partnerského soužití. Dále autor zmiňuje, že člověk se smiřuje jak se smrtí svých vrstevníků, tak i se ztrátou životního partnera. Jak uvádí Říčan (2004), vyrovnat se s ovdověním znamená přeorganizovat svůj život a upnout se k novým cílům. Křivohlavý (2002) poukazuje na rozdíly v plánování budoucnosti mezi stárnoucími lidmi. Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně oproti seniorům žijícím v domovech pro seniory, kteří upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace (Křivohlavý, 2002).

Klevetová a Dlabalová (2008) popisují, že prostřednictvím kognitivních funkcí člověk vnímá svět kolem sebe, jedná, reaguje a zvládá různé úkoly. Dále autorky uvádějí, že myšlenkové procesy dávají člověku možnost učení, zapamatování, přizpůsobování se neustále se měnícím podmínkám okolního prostředí (patří mezi ně vnímání prostřednictvím smyslů, paměť, pozornost, představy, fantazie, myšlení, úsudek a řeč) a

aby byly tyto funkce zachovány, je u seniorů velmi důležité aktivní posilování paměti. Dvořáčková (2012) dodává, že s postupujícím věkem se u seniora snižuje i manuální zručnost a nastávají problémy s orientací.

1.1.7. Komunikace se seniory

Hrozenská a Dvořáčková (2013) označují komunikaci jako stav, kdy je člověk v kontaktu s okolním světem, není sám. Uvádějí, že v jistých chvílích není nutné používat verbální komunikaci, že někdy stačí letmý pohled, dotek ruky, úsměv, pohyb těla a tím na okamžik vznikne příjemné souznění beze slov. Dále Hrozenská a Dvořáčková (2013) konstatují, že komunikace se seniory může mít svá zvláštní specifika a všeobecné rysy, které většinou souvisejí s diagnostikovanou narušenou komunikační schopností a involučními změnami provázejícími stáří. Dále autorky uvádějí, že je důležité přizpůsobit se rytmu a požadavkům starého člověka při vzájemné komunikaci.

Moderní péče vychází z myšlenky holistické filozofie, že člověk je celistvou jedinečnou bytostí (Plevová, 2011). Společnost by měla přistupovat k jedinci jako k celku, nezajímají se jen o jeho porušenou část či funkci (Plevová, 2011). V holistickém pojetí se dle Velemínského (2012) na člověka pohlíží jako na bio-psycho-sociální bytost, která vnímá, cítí, rozumí a má potřebu sociálního kontaktu. Nemocným a seniorům může sice ubývat síl, aby se postarali o sebe a svou domácnost, ale ostatní složky jejich osobnosti, jako je citění a potřeba komunikace a sociálního kontaktu však stále fungují (Plevová, 2011). Je důležité si tuto skutečnost uvědomit, brát člověka jako lidskou bytost a poskytnout mu patřičnou pozornost a ochotu (Velemínský, 2012). Je jasné, že duše seniorů je značně oslabena, ve smyslu toho, že jsou ve velkém stresu, že se o sebe nemohou postarat a musejí „obtěžovat“ personál nebo rodinu, která o ně pečuje (Plevová, 2011). Je nutné porozumět tomuto myšlení a brát seniory jako celostní osobnosti, stejné jako jsou všichni ostatní (Velemínský, 2012).

1.1.8. Psychosociální přístup

Kuzníková et al. (2011) uvádí, že vnější problémy klienta jsou symptomy vnitřní psychické problematiky klienta a prostřednictvím terapeutických rozhovorů je posilováno klientovo já. Problém je tudíž dle Kuzníkové et al. (2011) řešen ve vztahu klient a sociální pracovník. Psychosociální přístup zdůrazňuje porozumění člověku jako jedinci, který žije v interakcích se svým prostředím (Hollis et al., 2000). Usiluje o

rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu člověka a jeho mezilidským vztahům (Hollis et al., 2000). Psychosociální přístup je charakterizován jako „*pokus mobilizovat síly osobnosti a zdroje prostředí k rozvoji individua*“ (Hollis et al., 2000). Psychosociální přístup vychází z Freudovy teorie osobnosti, ale vedle biologické determinace zdůrazňuje také interakci jednotlivce s prostředím, zvláště s rodinou (Kuzníková et al., 2011).

1.1.9. Péče o seniory v domácím prostředí

Jak konstatuje Janečková (2005) ve své knize, senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoli jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Dále autorka zmiňuje, že potřeba péče však není primárně spojena s věkem (ten sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče), ale je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby.

Dudová (2015) popisuje, že poskytování péče o seniora v rodině je velmi náročný úkol. Autorka dodává, že společnost zdůrazňuje odpovědnost rodiny a příbuzných za zajištění péče v domácím či přirozeném prostředí. Haškovcová (1989) uvádí, že v minulosti bylo běžné, že rodiče, děti i prarodiče měli společné bydliště – rodina v tomto pojetí poskytovala potřebnou pomoc svým předkům. Kdežto dnes je to jiné, protože často bydlí generace rodiny daleko od sebe (Haškovcová, 1989). Pichauda a Thareauová (1998) doplňují, že však od rodiny stále očekáváme solidárnost se členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci. Dále autoři uvádí, že často dochází k tomu, že senior není schopný žít bez pomoci, s čím dál větší námahou zvládá úkony běžného dne, ztrácí soběstačnost a potřebuje pomoc. Při zhoršení situace jak zdravotní, tak sociální by rodina měla uvažovat o pomoci zvenčí (Pichaud, Thareauová, 1998). Rodiny jsou dle Pichauda a Thareauové (1998) často kritizovány za to, že se nestarají o své seniory, ale někdy to opravdu z vážných důvodů není možné. Dále autoři uvádí, že jsou rodiny, které se o svého seniora starají, ale častokrát spíše oni sami potřebují pomoc. Výsledky studie Papežské univerzity v Comillas ukazují, že po institucionalizaci staršího člena rodiny jsou jeho pečovateli částečně ulehčeny stresory a že se pečovateli snižuje i stupeň přetížení. Na druhou stranu údaje ukazují, že je důležité pro kvalitu života seniora zlepšení emocionálního zdraví a podpora pečující rodiny (Alonso, 2017).

1.1.10. Význam sociálních služeb v péči o seniory

V roce 1988 U.S. Administration on Aging uvedla, že poprvé v historii mají páry více rodičů než dětí, které by se o ně starali (Crewe et al., 2006). Ve zprávě se dále ukázalo, že ženy stráví 18 let péčí o stárnoucí rodiče, kdežto jen 17 let péčí o děti (Crewe et al., 2006). Do roku 2040 se dle Crewe et al. (2006) očekává, že starší obyvatelstvo se více než zdvojnásobí a počet lidí ve věku 85 let a starších se ztrojnásobí a polovina z nich pravděpodobně bude potřebovat pomoc s jednou nebo více každodenními životními aktivitami. Bezprecedentní růst starších osob nutí naléhavě, aby stát plánoval a rozvíjel zdravotnické a sociální služby (Crewe et al., 2006).

Jak uvádí Hrozenská a Dvořáčková (2013), zdravotní a sociální péči o seniory není možné od sebe oddělovat, v praxi jsou často sociální problémy doprovázeny zdravotními a naopak. Autorky dále uvádějí, že je důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně, v případě potřeby, nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde bude kladen důraz na jeho individuální potřeby.

Matoušek a Koldinská (2007) poukazují, že v širším pojetí jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je v maximální možné míře do společnosti začlenit. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost, jak uvádí zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dále zákon uvádí, že pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování. V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je také uvedeno, že sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důstojně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

1.2. Sociální služby

Sociální služby zajišťují dle Novákové (2011) pomoc a podporu osobám, které jsou z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, konfliktu se společností nebo sociálně znevýhodňujícího prostředí omezeny nebo oslabeny, což jim neumožňuje obnovení nebo zachování původního způsobu života.

Nováková (2011) popisuje sociální služby jako nástroj pomoci a podpory lidem především v jejich nepříznivé sociální situaci. Dále autorka uvádí, že tam, kde lidé nepříznivou sociální situaci nezvládají vlastními silami, pomáhá společnost prostřednictvím spektra sociálních služeb. Kozlová (2005) dodává, že vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami je v rozhodující míře ovlivněna demografickým vývojem.

Matoušek et al. (2010) zmiňuje, že v soudobých příručkách sociální práce je propagována zásada „pokud možno začínat vždy od klienta“ a domnívá se, že je to reakcí na doznívající období, ve kterém zájmy institucí, zejména ústavů, diktovaly způsoby poskytování služby, a to často bez ohledu na konkrétní a specifické klientovi potřeby, kdežto dnes se začíná spíše dle individuálních potřeb klienta.

Cíle sociálních služeb:

- podporovat rozvoj nebo zachování soběstačnosti člověka,
- rozvíjet schopnosti člověka a umožnit mu vést kvalitní život,
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života (Nováková, 2011).

1.2.1. Poskytování sociálních služeb

Sociální služby poskytují nevládní neziskové organizace, příspěvkové organizace obcí, krajský úřad, fyzické osoby a organizační spolky státu (Nováková, 2011). Tyto služby nabízejí dle Novákové (2011) sociální poradenství, sociálně zdravotní péči a sociální prevenci a jsou poskytovány jak jednotlivcům, tak i rodinám a skupinám obyvatel. Autorka také uvádí, že mezi početnou skupinu příjemců sociálních služeb patří především senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a lidé z různých důvodů na pokraji společnosti.

Formy poskytování sociálních služeb dělí zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách na služby pobytové, ambulantní a terénní. Králová a Rážová (2008) tyto formy služby dále rozvádí, tak že pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Dále autorky označují ambulantní služby jako služby, za kterými osoby dochází nebo jsou doprovázeny do zařízení sociálních služeb, ale součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí, například v domácnostech nebo místech, kde osoby pracují nebo se vzdělávají (Králová, Rážová, 2008).

1.2.2. Dělení sociálních služeb

Mezi sociální služby patří dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

a) Sociální poradenství (základní nebo odborné sociální poradenství)

Gerontologické poradenství je dle Arnoldové (2016) zaměřeno na zmírnění sociálního napětí v rodině, mobilizování paměti seniorů formou společenských sezení, na provoz tísňových telefonických linek, na pořádání a inzerci doplňkových služeb (zájezdů, výuky jazyků, masáže) a na využití ošetrovatelských a pečovatelských služeb.

b) Služby sociální péče

Mezi služby sociální péče patří dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

c) Služby sociální prevence

Patří sem dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

1.2.3. Vývojové tendence sociálních služeb pro staré občany

Jsou dány následujícími skutečnostmi:

- prodlužuje se lidský věk a období života, v němž potřebuje člověk pomoc jiné osoby,
- standard života v produktivním věku se předpokládá a přenáší i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby,
- kompenzace narůstající závislosti na vnější pomoci je stále nákladnější (Baumruková, 1997).

Bradáčová (2017) popisuje, že v sociálních službách poskytovaných především starším občanům potřebují zaměstnanci vědět hodně o lidském zdraví, o svých klientech i o jejich práci, aby bylo poskytování služeb kvalitní.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nalezneme několik služeb, které jsou vhodné pro seniory, jedná se např. o sociální poradenství, osobní asistenci, pečovatelskou službu, odlehčovací služby, tísňovou péči, denní stacionáře, domovy pro seniory a sociálně aktivizační služby pro seniory.

1.3. Tísňová péče

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje v § 41 tuto službu následovně:

- 1) Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.
- 2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
 - b) sociálně terapeutické činnosti,
 - c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - d) pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tísňová péče pomáhá dle Kalvacha et al. (2011) řešit velký problém části seniorů – obavu z osamělosti a zejména z nemožnosti dovolat se pomoci, pokud ji budou akutně potřebovat. K nejobávanějším náhlým indispozicím patří dle Kalvacha et al. (2011) pády. Úzkostná nejistota mnohdy navozuje pocit nesoběstačnosti, neschopnosti žít sám doma, jindy se zase o osaměle žijícího člověka obává jeho rodina (Kalvach et al., 2011). Dále autor uvádí, že pro mnohé se posléze jako jediným řešením jeví pobyt v ústavu, i když jejich hlavním přáním je žít ve vlastním domě – ovšem s jistotou kontaktu. Dle Novákové (2011) tak postupně narůstá úzkost, nejistota, výskyt nedobře zvládnutých mimořádných událostí, bariéra mezi osamělými seniory a společností a počet nedobrovolných, okolnostmi vynucených nástupů do pobytových zařízení.

Výhoda tísňové péče spočívá v tom, že není potřeba žádná další osoba, která by zajišťovala trvalý dohled nebo odchod do zařízení s trvalou péčí jako jsou například domovy pro seniory (Anděl na drátě, © 2018). Jako další výhodu popisuje Anděl na drátě (© 2018), že výrazně snižuje rizika z následků nehody seniora. Je nutno si uvědomit, že pády jsou jednou z nejčastějších příčin zranění seniorů a jejich následné hospitalizace (Anděl na drátě, © 2018). Jak dále portál uvádí, klient díky tísňové péči získává větší sebedůvěru ve vlastním prostředí a nemusí si odepírat své oblíbené činnosti kvůli obavám z nečekaných problémů. V neposlední řadě je výhoda tísňové péče v tom, že prodlužuje klientovu nezávislost a samostatnost o mnoho let (Anděl na drátě, © 2018).

1.3.1. Základní činnosti a úkony v tísňové péči

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v § 7 definuje základní činnosti a úkony tísňové péče následovně:

- a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci (patří sem poskytování nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace nebo také v případě akutního ohrožení života nebo zdraví zprostředkování zákroku zdravotnické záchranné služby, policie nebo hasičů),
- b) sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržování osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob do jejich sociálního prostředí,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
- d) pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, jinak řečeno: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

1.3.2. Základní principy a cíle tísňové péče

Středisko sociálních služeb Praha 1 (© 2010) popisuje tyto základní principy tísňové péče: partnerský přístup, respektování osobnosti, respektování vlastní vůle klienta, pomoc vytvářet domov, ohleduplný přístup k osobám se zdravotním postižením, informovanost a svoboda pohybu.

Cíl této služby definuje Nováková (2011) jako snížení zdravotních a sociálních rizik starých nebo zdravotně postižených lidí a umožnit jim žít v jejich vlastním sociálním prostředí.

Další cíle definuje Kalvach et al. (2011) takto:

- rychlá pomoc v akutních a urgentních situacích (např. pády s nemožností postavit se, náhlé srdeční příhody, úrazy psychické a emoční krize, domácí násilí, technické nehody nebo snaha cizí osoby vniknout do bytu),
- snížení zdravotních, sociálních a bezpečnostních rizik,
- udržení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti,

- zajištění autonomie a maximální možné délky života ve vlastním sociálním prostředí,
- prolomení osamělosti, sociální izolace a vyloučenosti,
- pomoc při prosazování práv a zájmů a zprostředkování jejich kontaktu s různými institucemi a organizacemi,
- poskytování sociálního, zdravotního a obecného poradenství,
- snížení potřeby umístění v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech pro seniory,
- zkrácení doby hospitalizací,
- snížení potřeby následné zdravotní péče v ONP a v ošetrovatelských zařízeních.

1.3.3. Poslání tísňové péče

Poslání tísňové péče jsou následující:

- zkvalitnění života klientů a jejich rodin v domácím prostředí,
- zajistit dostupnou pomoc jednoduchou technikou v krizových situacích,
- poskytnout, zajistit nebo zprostředkovat 24 hodin denně požadovanou pomoc,
- poskytovat službu v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších úprav a novelizací,
- poskytovat službu jen vyškoleným personálem,
- dosáhnout spokojenosti klienta a jeho setrvání v přirozeném domácím prostředí, naplnění jeho představ a cílů (Středisko sociálních služeb Praha 1, © 2010).

1.3.4. Formy tísňové péče

a) Domácí tísňová péče

Je určena méně aktivním seniorům a osobám se zdravotním postižením, kteří žijí ve svých domovech, kde tráví převážnou většinu svého času sami (Život 90, © 2008-2017). Služba je dle Života 90, (© 2008-2017) navázána na pevnou telefonní linku v bytě uživatele, nebo smí být napojena přes samostatnou mobilní síť. Jak dále uvádí portál, bezpečí uživatele významně doplňuje pohybové čidlo, které reaguje při pádu uživatele nebo

nepovolenému vloupání do bytu. K tomuto zařízení je možnost i připojení dalších komponentů jako například detektoru kouře (Život 90, © 2008-2017).

b) Mobilní tísňová péče

Je spíše pro aktivní uživatele v seniorském věku nebo pro osoby se zdravotním postižením (Život 90, © 2008-2017). Tísňová péče nabízí variantu „tísňového mobilu“, tj. mobilní telefon, který má na zadní straně SOS tlačítko, SOS hodinky nebo vajíčko na krk s SOS tísňovým tlačítkem, po jehož stisknutí je vyslán poplach na dispečink, dojde ke spojení a komunikaci s operátorem o nastalé situaci (Život 90, © 2008-2017). Portál dále uvádí, že tyto tísňová tlačítka mají přesnou lokalizaci. Fungují po celé České republice tam, kde je pokrytí GSM signálem (Anděl na drátě, © 2018).

1.3.5. Způsob poskytování tísňové péče

Budoucího uživatele služby po předchozí telefonické domluvě navštíví operátorka dispečinku tísňové péče a provede zdravotně sociální šetření, ve kterém jde o evidenci osobních, zdravotních a sociálních údajů, sociálních kontaktů a klientových potřeb a přání (Kalvach et al., 2011). Kalvach et al. (2011) popisuje, že uživatel dostane informace o poskytování služby, o ovládání a používání přístroje a uzavírá se písemná dohoda o poskytování tísňové péče. Díky těmto získaným informacím je dispečink schopen nastavit na přístroji i jeho další důležité funkce mezi které patří například to, že rozpozná, když klient nefunguje standardně a dokáže v kombinaci s dalšími sofistikovanými senzory vyhodnotit jeho momentální situaci (Anděl na drátě, © 2018). Přístroj například rozpozná, pokud klient upadne, či neobvyklou, déle trvající nehybnost. V takovém případě vyšle tísňový signál a díky tomu, že všechna zařízení obsahují vysílač GPS, lokalizuje přesně, v jakém místě se klient nachází (Anděl na drátě, © 2018).

Tísňové tlačítko může dle Kalvacha et al. (2011) uživatel nosit neustále u sebe, obvykle zavěšené na krku nebo jako hodinky, aby ho mohl kdykoli zmáčknout. Pokud u klienta dojde k pádu, delší nehybnosti či klient zmáčkne sos tísňové tlačítko, tak se ze zařízení ozve hlas operátora (Anděl na drátě, © 2018). Dále Kalvach et al. (2011) uvádí, že podle povahy problému zorganizuje služba dispečinku pomoc, např. kontaktuje rodinu, sousedy, přátele nebo se domluví na kontrole zdravotního stavu každou hodinu, pokud by se stav zhoršil nebo zavolá lékařskou pohotovost. Operátor je s klientem stále v kontaktu až do úplného vyřešení celé situace (Anděl na drátě, © 2018). Díky

monitorování pohybové aktivity seniora a automatickému spuštění alarmu v případě nenadálé situace, může mít klient i jeho rodina jistotu, že se mu vždy dostane rychlé a optimální pomoci, a to v místě, kde ji potřebuje (Anděl na drátě, © 2018).

Kromě poskytnutí pomoci v krizové situaci se uživateli poskytuje i preventivní průběžná péče, která má i psychologický efekt, jak konstatuje Kalvach et al. (2011). Nejen, že operátorka dispečinku zjišťuje, zda je v pořádku zdravotní stav, ale i poskytuje poradenství a základní psychoterapeutickou podporu a tím se snaží zbavit uživatele osamělosti a ostychu v užívání tísňové péče (Kalvach et al., 2011).

Senzory zařízení mohou být doplněny i senzorem detekujícím kouř nebo senzorem detekce pohybu – zabezpečení bytu proti neoprávněnému vniknutí (Anděl na drátě, © 2018). Klient si může zažádat i o pravidelnou kontrolu svého stavu, která spočívá v každodenním nebo několika hodinovém intervalu, kdy dispečeri volají na přívěsek na krk a přesvědčují se, zda je klient v pořádku (Anděl na drátě, © 2018). Nebo mohou dispečeri pravidelně klientovi připomínat, že si má vzít svůj lék a tím předcházet pozdějším vážnějším komplikacím (Anděl na drátě, © 2018).

1.3.6. Poskytovatelé tísňové péče

Poskytovatelé tísňové péče zabezpečují v krizové situaci okamžitou odbornou pomoc, kterou si uživatel přivolá pouhým stisknutím tísňového tlačítka (Kalvach et al., 2011). Pomoc je nepřetržitá 24 hodin denně a 7 dní v týdnu (Život 90, © 2008-2017). Kalvach et al. (2011) uvádí, že v pravidelných telefonních kontaktech poskytuje odborný zdravotnický personál klientům poradenství v sociální a zdravotní oblasti i další obecné informace a pomoc při prosazování jejich práv a zájmů. Dále autor zmiňuje, že největším a nejzkušenějším poskytovatelem tísňové péče v ČR je občanské sdružení Život 90, které je také jejím průkopníkem. Dále Kalvach et al. (2011) popisuje, že sociální služba tísňová péče byla již na počátku existence sdružení vybrána do portfolia služeb. Koncem roku 1992 Život 90 zahájil realizaci projektu pojmenovaného AREÍON – posel rychlých zpráv (Kalvach et al., 2011).

V ČR je celkem 16 poskytovatelů tísňové péče, mezi něž patří např.: Agentura domácí péče Ladara o.p.s., Anděl Strážný, z.ú., Tísňová péče Girasole, Městská charita Plzeň, Linnet eu s.r.o. – Anděl na drátě, Oblastní charita Červený Kostelec, Pečovatelská služba města Mladá Boleslav – TP, Pečovatelská služba S NÁMI DOMA z.ú., Život 90 Zruč

nad Sázavou, z.ú., Sociální služby Města Sušice – příspěvková organizace, ŽIVOT Hradec Králové o.p.s., ŽIVOT 99 - Jihlava, z.ú. nebo ŽIVOT 90 - tísňová péče AREÍON pro seniory a zdravotně postižené (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2018).

V Jihočeském kraji je momentálně jeden poskytovatel tísňové péče s názvem Domovy s pečovatelskou službou o.p.s., který tísňovou péči poskytuje od 15. 2. 2005, má kapacitu 200 klientů a sídlí v Českém Krumlově (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2018).

1.3.7. Subjekty součinnosti při poskytování tísňové péče

Pro účelné poskytování tísňové péče je vhodné její propojení s dalšími subjekty dlouhodobé péče, respektive zapojení široké skupiny spolupracovníků, jakými jsou např. rodina, IZS (policie, hasiči a záchranná služba), převozná sanitní služba, příslušná městská policie, blízká osoba, ošetřující lékař, pečovatelská služba, osobní asistence, charitativní organizace apod. (Kalvach et al., 2011).

1.3.8. Uživatelé tísňové péče

Cílovou skupinou tísňové péče jsou tedy senioři a osoby se zdravotním postižením, jak uvádí Králová a Rážová (2008). Využívat ji mohou ale všichni, kteří potřebují mít pomoc stále na blízku, ať už se jedná o samostatně žijícího seniora či kohokoli jiného, kdo má nějaké zásadní zdravotní omezení či chronické zdravotní obtíže jako jsou např. kardiovaskulární onemocnění, sníženou pohyblivost, diabetes, problémy se srážlivostí krve apod. (Anděl na drátě, © 2018). Vhodná je i pro osoby, které jsou propuštěny z nemocnice do domácího léčení nebo těm, kteří se ocitli v ohrožení druhou osobou – přepadení, pocit ohrožení apod. (Anděl na drátě, © 2018).

Tísňovou péči nelze poskytnout všem zájemcům. Odmítají se většinou zájemci, kteří trpí duševním onemocněním, což znemožňuje konstruktivní spolupráci nebo lidé se závažným postižením sluchu, což znemožňuje hlasovou komunikaci (Kalvach et al., 2011).

Nyní uvádím několik údajů Tísňové péče Areíon, jakožto největšího poskytovatele tísňové péče: k roku 2009 byla tato služba jen v Praze poskytována 786 uživatelům s věkovým průměrem přibližně 83 let, v tomto roce bylo iniciováno přes 29000 kontaktů – poplachových zpráv, z nichž vyplynulo 679 řešení krizových situací formou výjezdu k uživatelům tísňové péče (Kalvach et al., 2011).

1.3.9. *Financování tísňové péče*

Pokud se služba poskytuje v mezích zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, mohou uživatelé na její úhradu použít tzv. příspěvek na péči, který dostávají podle téhož zákona právě na úhradu sociálních služeb. Služba tísňová péče se poskytuje za úhradu, která činí okolo 500 Kč měsíčně. Dle vyhlášky 505/2006 Sb. musí být maximální výše úhrady za poskytování tísňové péče rovna skutečným nákladům na provoz technických komunikačních prostředků. Platí se předem určená paušální měsíční cena a je jedno, kolik hovorů za měsíc proběhlo (Anděl na drátě, © 2018).

Příspěvek na péči

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí v § 7, že nárok na příspěvek na péči má osoba, která je z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu závislá na pomoci jiné osoby, jako je např. poskytovatel sociálních služeb, osoba blízká nebo asistent sociální péče. Tímto poskytnutím příspěvku se stát podílí na pomoci občanům při zvládání a zabezpečení základních životních potřeb (zákon č. 108/2006 Sb.). Pro získání příspěvku na péči se u klienta hodnotí dle zákona č. 108/2006 Sb., jak je schopný zvládnout své základní životní potřeby – hodnotí se např. mobilita, komunikace, stravování, oblékání, komunikace apod. Příspěvek na péči podle tohoto zákona nemůže pobírat osoba mladší jednoho roku.

1.4. Všeobecný praktický lékař pro dospělé

Základem zdravotní péče je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé (dále jen praktický lékař) – ten mimo jiné uplatňuje i sekundární a terciární prevenci (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). V péči o seniory by měl spolupracovat jak s rodinou, tak s ostatními složkami primární péče jako např. s domácí ošetrovatelskou péčí, tísňovou péčí, pečovatelskou službou apod. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

1.4.1. Vztah lékaře s pacientem

Ptáček et al. (2015) uvádí, že mezi lékařem a pacientem se musí vytvářet proces důvěry a vzájemného respektu. Dále autor doplňuje, že interakce je ovlivňovaná jak znalostmi, zkušenostmi a laskavostí lékaře, tak i osobností pacienta, jeho životní situací, zdravotním stavem, schopností zápasit s nemocí i dopadem na jeho rodinnou a životní situaci. Ptáček et al. (2015) konstatuje, že přístup lékaře se musí měnit podle individuality pacienta a povahy jeho onemocnění, proto je důležité mít pozitivní vztah s pacienty. Důležité je mít dle Ptáčka et al. (2015) pozitivní vztah samozřejmě i s častými pacienty jako jsou např. starší pacienti s chronickou nemocí, vyžadující více péče. Dále autor uvádí, že pokud člověk onemocní a přichází k lékaři pro pomoc, očekává především slova uklidnění a ujištění, ale uslyší-li od něj nejasné vyjádření nebo nejistotu, propadá často panice. Vztah mezi pacientem a lékařem je podle Ptáčka et al. (2015) často účinnější než medikace. Pettigrew (2004) uvádí, že senioři mají zřetelné preference, pokud jde o způsob, jakým chtějí komunikovat se svými lékaři. Zejména hledají pochopení, aktuální lékařské znalosti a rychlý postup (Pettigrew, 2004). SVL ČLS J.E. PURKYNĚ (2017) uvádí, že většinu občanů péče a čas věnovaný jim v průběhu návštěvy jejich praktickým lékařem uspokojuje. Částečnou nebo úplnou nespokojenost v této záležitosti vyslovilo jen 7,2 % občanů. Dále se většina občanů ČR domnívá, že kvalita a dostupnost lékařské péče je lepší ve velkých městech než v menších obcích (SVL ČLS J.E. PURKYNĚ, 2017).

1.4.2. Komunikace lékaře s pacientem

Hlavním předpokladem pro vzájemné porozumění je dle Ptáčka et al. (2015) lékařova schopnost empatie, tedy schopnost vcítit se do pacientovi situace. Dále Ptáček et al. (2015) podotýká, že výraz empatie může být chápán nesprávně jako soucit (který ale může ostatní spíše zraňovat), ale že jde především o to, představit si, jak bych se asi cítil já v situaci, v níž je nyní pacient, a co bych v takové situaci nejvíce potřeboval. Tento

autor také tvrdí, že je zřejmé, že v mezilidském vztahu trpící postrádá především porozumění. Dále autor ve své knize uvádí, že dosud u převážné části zdravotníků přetrvává pocit, že mluvit s pacientem znamená ztrácet vzácný čas, jež lze využít efektivněji tím, že se mu nabídne biomedicínská pomoc, což kromě akutní medicíny ovšem není pravda (Ptáček et al., 2015).

2. Cíl a výzkumné otázky

2.1. Cíl práce

Zmapovat tísňovou péči pro seniory z pohledu praktických lékařů.

2.2. Výzkumné otázky

- 1) Jaký je rozsah znalostí praktických lékařů o službě tísňové péče?
- 2) Informují o této službě praktičtí lékaři své pacienty, kteří by mohli být potenciálními uživateli této služby?
- 3) Jak praktičtí lékaři pro dospělé hodnotí význam tísňové péče v péči o seniory?

3. Metodika

3.1. Použitá metodika

V empirické části bakalářské práce byla použita kvalitativní strategie výzkumu, jehož podstatou je hlubší porozumění jednotlivých situací, přičemž je nejčastěji realizován formou rozhovoru v přirozeném prostředí (Hendl, 2016).

Pro výzkum byla zvolena metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru s předem stanovenými, převážně otevřenými, otázkami. Milovský (2006) uvádí, že tato technika je nejrozšířenější podobou metody rozhovoru, kdy výzkumník má připravené předem určené schéma rozhovoru, které je pro něj závazné. Polostrukturovaný rozhovor je dle Hendla (2016) určitou střední cestou, která se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a pružností celého procesu získávání informací. Jak popisuje Disman (2011), při této technice se stává respondent spoluautorem výzkumu a otázek a tím pádem je výzkumníkovi umožněno lépe nahlédnout do dané problematiky a porozumět respondentovu myšlení.

Podle potřeby k získání kvalitních dat a informací byly komunikačním partnerům pokládány doplňující otázky.

VO1: Jaký je rozsah znalostí praktických lékařů o službě tísňové péče?

Ve vztahu s touto výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda praktičtí lékaři pro dospělé (dále jen praktický lékař) znají sociální službu tísňová péče, popř. jak by ji definovali, odkud ji znají a jak služba funguje. Zda ví, jak je to s financováním této služby nebo jestli by dokázali jmenovat nějaké poskytovatele tísňové péče. Dále bylo zjišťováno, zda lékaře kontaktoval někdo z tísňové péče a informoval je o využití této služby a zda si myslí, že se tísňová péče málo prezentuje odborné veřejnosti. Praktičtí lékaři museli také uvést, zda znají nějakou jinou sociální službu, eventuálně jakou, odkud sociální služby znají a zda chodí na nějaké semináře, kde mohou získat informace o sociálních službách.

VO2: Informují o této službě praktičtí lékaři své pacienty, kteří by mohli být potenciálními uživateli této služby?

V souvislosti s touto výzkumnou otázkou byla zmapována struktura pacientů dotazovaných praktických lékařů a zda vůbec praktičtí lékaři poskytují pacientům informace o sociálních službách. Dále bylo zjišťováno, zda ví, pro koho je tísňová péče

určena a zda ji někdy doporučili svému pacientovi, popř. o jakého pacienta šlo, jakou formou mu ji doporučili nebo kdy mu ji doporučili. V souvislosti s tím byla lékařům položena otázka, zda si myslí, že mají senioři přístup k informacím o tíšňové péči a zda chtěl nějaký pacient informace o tíšňové péči přímo od nich. Součástí této výzkumné otázky bylo také zjistit, zda nějaký jejich pacient využívá tuto službu.

VO3: Jak praktičtí lékaři pro dospělé hodnotí význam tíšňové péče v péči o seniory?

V rámci této výzkumné otázky byli praktičtí lékaři dotazováni, jak hodnotí význam sociálních služeb v péči o seniory a jaký je jejich názor konkrétně na tíšňovou péči. Dále bylo zjišťováno, jaký má tíšňová péče význam v oblasti sociální, psychologické a zdravotní. Dále byly otázky směřovány na význam tíšňové péče v péči o seniory a jaký má tato služba přínos pro pacienty.

3.2. Popis a výběr výzkumného souboru

Pomocí Registru lékařů České republiky bylo nalezeno 33 praktických lékařů pro dospělé v Českých Budějovicích a Trhových Svinech. Komunikační partneři byli vybráni na základě náhodného výběru. Prostý náhodný výběr se provádí dle Reichela (2009) tak, že z celkového seznamu prvků, případně také vloženého do osudí či očíslovaného, se jednotky výběrového souboru určují buď losem, nebo na základě vygenerovaných náhodných čísel. Jak popisuje Reichel (2009), tento postup zcela eliminuje možnost ovlivnění výběru výzkumníkem. Všichni komunikační partneři byli osloveni za základě telefonického kontaktu. Bylo osloveno 25 komunikačních partnerů, z toho 16 jich účast na výzkumu odmítlo. Vzhledem k cílům bakalářské práce nebylo pro účast rozhodující, pohlaví, věk, délka praxe ani typ ordinace komunikačních partnerů.

Výběrový soubor zahrnuje praktické lékaře pro dospělé v Českých Budějovicích a Trhových Svinech. Výzkumný soubor tvoří 9 komunikačních partnerů, kteří svolili k poskytnutí rozhovoru.

3.3 Realizace výzkumu

Rozhovory probíhaly v ordinacích oslovených komunikačních partnerů nebo v kavárně. Prostředí pro rozhovory bylo klidné a všechny rozhovory s komunikačními partnery byly vedeny po předchozí vzájemné domluvě. Rozhovory s komunikačními partnery se konaly v průběhu ledna až března 2018. Rozhovory byly zaznamenávány na mobilní telefon a

dále byly přepsány a zpracovány do elektronické podoby. Časová náročnost rozhovorů byla 30-60 minut. Výzkumná data jsou v archivu autorky.

3.4. Způsob zpracování dat

Veškerá data získaná během polostrukturovaných rozhovorů byla posléze přepsána pro větší přehlednost. K jejich následnému vyhodnocení byl využit proces kategorizace dat. Ke kategorizaci dochází dle Kajanové et al. (2017) ve dvou krocích. Jak popisuje Kajanová et al. (2017), v prvním kroku se vymezují data, která jsou potřebná k našemu výzkumnému tématu či cíli. Ve druhém potom využíváme kódování a kategorizaci (Kajanová et al., 2017). Milovský (2006) popisuje kód jako základní významovou jednotku textu, která se vytváří při opakovaném pročitání textu. Kategorie potom představuje kódům nadřizenou jednotkou – kódy totiž posléze zařadíme do kategorií dle významu (Kajanová et al., 2017). Kategorie jsou dle Hendla (2005) generovány porovnáváním, aby se ukázaly podrobnosti a rozdíly.

3.5. Etické aspekty výzkumu

Všichni komunikační partneři byli předem informováni o prováděném výzkumu a souhlasili se zpracováním a uveřejněním získaných dat. Před samotnými rozhory byli komunikační partneři ujištěni o zachování anonymity, přičemž v bakalářské práci nejsou uvedeny jejich jména ani město, kde ordinace sídlí. Dle jejich zájmu mohou být informováni o výsledcích výzkumu. U komunikačních partnerů není důležité jejich pohlaví, proto budu uvádět z důvodu větší anonymity všechny komunikační partnery a jejich odpovědi v mužském rodě.

4. Výsledky

4.1. Rozsah znalostí praktických lékařů o tísňové péči

Zdroje informací o tísňové péči

Z odpovědí na otázku, zda znají tísňovou péči z jejich vystudované vysoké školy vyplývá, že většina dotázaných komunikačních partnerů se o tísňové péči nikdy neučila. Dva komunikační partneři uvedli, že ji znají, protože o ní slyšeli na VŠ a jeden komunikační partner si nevzpomíná, zda se někdy učil o tísňové péči.

PL, kteří provozují svou lékařskou praxi přes 10 let se shodovali v odpovědích, že se v rámci studia nikdy neučili o tísňové péči.

Na otázku, zda praktické lékaře kontaktoval někdo z poskytovatelů tísňové péče a informoval je o jejím využití, se odpovědi všech komunikačních partnerů shodovaly v tom, že je nikdy nikdo z tísňové péče neinformoval.

Dále většina komunikačních partnerů uvedla, že by tyto informace uvítala. PL 1 dodává: „Každá, ať už zdravotní nebo sociální služba, která je dostupná v městě nebo kraji, kde praktický lékař pracuje, by se měla lékařům představit, protože je dobré o ní vědět a moct ji těm pacientům nabídnout.“ PL 4 konstatoval, že by alespoň nějaké letáčky určitě uvítal.

Jen jeden komunikační partner uvedl, že by o tyto informace neměl zájem, protože si myslí, že by je ani nevyužil.

Tabulka 1. Zdroj informací o tísňové péči

	Časopis	Internet	Semináře	Televize	Škola	Pacienti
PL 1				X		X
PL 2		X				X
PL 5	X		X		X	
PL 9	X	X	X		X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovídali jen čtyři komunikační partneři, kteří tísňovou péči znají. Tito komunikační partneři se poměrně shodovali v odpovědích, že tísňovou péči znají nejvíce

z internetu, časopisů, školy, seminářů, televize a od pacienta, který si ji sám vyhledal a chtěl o ní od svého praktického lékaře více informací.

Znalosti praktických lékařů o tísňové péči

Pět komunikačních partnerů uvedlo, že tísňovou péčí neznají, tudíž o ní nedokáží říci žádné další informace. Z tohoto důvodu byly těmto komunikačním partnerům položeny jiné otázky o sociálních službách. Zde chci ještě poukázat na to, že odpovědi komunikačních partnerů, kteří provozují svou lékařskou praxi přes 10 let se opět shodovaly v tom, že o tísňové péči nedokáží nic říci.

Všech těchto pět komunikačních partnerů si myslí, že se tísňová péče málo prezentuje odborné veřejnosti. Dále každý z nich zná nějakou jinou sociální službu, např. pečovatelské služby a osobní asistenci. PL 7 konstatuje: „*Sociální služby jsou v naší společnosti nutné.*“ PL 8 dodává: „*Sociální služby jsou potřebné, že je využívá mnoho mých pacientů a jsou s nimi spokojeni.*“ PL 4 zase uvádí, že se podle něj každým rokem zlepšují. PL 6 hodnotí sociální služby velmi kladně, ale dodává, že „*se stejně málo využívají, že by se ještě mohly a měly využívat daleko víc. Ale zároveň vím o lidech, kteří toho zneužívají. Není jich mnoho, ale existují.*“ PL 3 naopak uvádí, že se v sociálních službách moc nevyzná, ale že pokud už je někdo využívá, tak mohou být užitečné.

V následujících čtyřech tabulkách tedy budu uvádět pouze zbývající čtyři komunikační partnery, kteří znají tísňovou péči a tím pádem o ní mohou poskytnout i nějaké informace.

Zde uvedu doslovný přepis odpovědí na otázku, jak by dokázali definovat tísňovou péči:

PL 1 „*Mám představu, že lidi mají nějaké zařízení, díky kterému si dokáží přivolat pomoc, pokud jsou v nějaké zdravotní nouzi, tzn., že si představuji, že buď mají nějaké tlačítko, hodinky apod. a že jim nazpátek někdo zavolá, ti mají např. i klíče od bytu a mohou se do toho bytu dostat, kdyby ten uživatel ležel někde na zemi nebo tak podobně.*“

PL 2 „*Pokud si to myslím správně tak je to systém, ve kterém mají lidé možnost někomu zavolat v případě nouze.*“

PL 5 „*Služba pro seniory nebo pro pacienty v akutní nouzi, kteří si můžou v případě nějaké krize zavolat pomoc.*“

PL 9 „*Vzdálená pomoc pro seniora.*“

Všichni komunikační partneři, kteří znají tísňovou péči, uvedli podobné odpovědi, že je to pomoc uživateli v nějaké nouzi nebo krizi.

Tabulka 2. Cílové skupiny tísňové péče

	Senioři	Jedinci s tělesným postižením	Jiní
PL 1	X	X	Kdokoliv, kdo si tuto službu může zaplatit.
PL 2	X		Kdokoliv, kdo není schopen používat mobilní telefon
PL 5	X		
PL 9	X	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 ukazuje pro koho je tísňová péče podle praktických lékařů určena. Všichni komunikační partneři uvedli seniory a PL 1 a PL 9 ještě uvedli správně i osoby se zdravotním znevýhodněním. PL 1 uvádí konkrétně: „*Myslím si, že primární a největší skupina jsou senioři, ale představuji si, že může být pro kohokoliv, kdo si tu službu může zaplatit, tzn. jakékoliv věkové struktury, která je třeba nějakým způsobem handicapovaná nebo kteří jsou v nějakém riziku, že by to mohli využívat častěji.*“ PL 2 si myslí, že je tísňová péče určena pro: „*Osaměle žijící ne zcela soběstačné seniory – teda nejen seniory, ale i pro kohokoli, kdo není schopen používat mobilní telefon nebo u kterých je předpoklad, že ho nebudou moci použít, kdy to bude potřeba.*“

Tabulka 3. Financování tíšňové péče

	Hrazené státem	Hrazené z příspěvku na péči	Klient si ji hradí sám
PL 1		X	X
PL 2		X	X
PL 5			X
PL 9	X		X

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce byli komunikační partneři dotazováni na financování tíšňové péče. Ani jeden z komunikačních partnerů si nebyl zcela jistý, zda odpovídá správně a některé odpovědi byly i protichůdné, s tím, že komunikační partner dal na výběr dvě odpovědi a nevěděl, která je správná, např. PL 9 uvedl: *„Nejsem si jistý, ale myslím si, že buď si ji hradí senior sám nebo mu ji hradí stát.“* Z této tabulky vyplývá, že komunikační partneři sice nevědí, jak se hradí tíšňová péče, ale většina odvodila správně, že si ji uživatel musí hradit sám nebo z příspěvku na péči.

Tabulka 4. Potencionální klienti tíšňové péče

	Senioři	Tělesně znevýhodnění jedinci	Pacienti, kterým hrozí pád
PL 1	X	X	
PL 2			X
PL 5	X		X
PL 9	X	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4 ukazuje, jaké osoby (např. s jakou diagnózou) jsou podle praktických lékařů vhodnými klienty pro tíšňovou péči. Téměř všichni odpověděli, že senioři. PL 2 popisuje: *„Já si myslím, že v největší míře je tíšňová péče určena pro tzv. křehké pacienty, kteří jsou ohroženi například pády, protože babča, která má hypoglykemický záchvat si pomoc stejně nepřivolá, takže spíše pro ty lidi, kteří někde padnou.“* PL 5 konkrétně definuje, že vhodnými klienty jsou lidé starší sedmdesáti let, kterým hrozí nějaké riziko pádu. PL 9 si myslí, že nejvhodnější klienti jsou zdravotně postižení senioři žijící sami. PL1 vidí jako ideální klienty seniory například s demencí.

Tabulka 5. Fungování tísňové péče

	Pomocí tlačítka	Přes hodinky, náramek	Přes mobilní telefon	Přes tlačítko na krku
PL 1	X		X	
PL 2	X	X		
PL 5	X	X		X
PL 9	X	X		

Zdroj: Vlastní výzkum

Zde odpovídali komunikační partneři na to, jak si myslí, že funguje tísňová péče. Všichni věděli, že jde o princip zmáčknutí nějakého tlačítka, které jim následně zavolá pomoc nebo je spojí s operátorem. PL 1 si myslí, že si pomoc uživatel přivolá přes nějaké tlačítko nebo mobilní telefon. PL 2 si zase myslí: *„Uživatel má u sebe náramek nebo něco takového, co v případě potřeby zmáčkne, pokud je toho schopen.“* PL 5 uvádí: *„Pokud je člověk v tísni, přivolá si pomoc zmáčknutím tlačítka na krku nebo náramku.“* A PL 9 popisuje, že služba funguje přes hodinky vydávající signál do centrály, čímž si člověk přivolá pomoc.

Znalost praktických lékařů o poskytovatelích tísňové péče: pouze jeden komunikační partner PL 9 uvedl, že zná poskytovatele tísňové péče – konkrétně Život 90. Ostatní komunikační partneři žádné poskytovatele tísňové péče neznají.

Znalosti praktických lékařů o sociálních službách celkově

Tabulka 6. Účast praktických lékařů na seminářích (školeních nebo přednáškách) o sociálních službách

	Neúčastní se	Účastní se	Zúčastňovali by se, kdyby měli možnost	Čeho se účastní
PL 1		X	X	přednášky SVL (společnosti všeobecného lékařství)
PL 2	X			
PL 3	X			
PL 4	X		X	
PL 5		X	X	přednášky SVL
PL 6	X		X	
PL 7	X			
PL 8		X		jen v rámci seminářů a konferencí
PL 9		X	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Dále byli komunikační partneři dotazováni na to, zda se účastní nějakých seminářů, kde se mohou dozvědět něco o sociálních službách. Z tabulky 6 vyplývá, že většina praktických lékařů, která se už účastní nějakých školení, seminářů nebo přednášek o sociálních službách by měla zájem i o jiné, kdyby měla možnost. Dále se ukázalo, že ti, kteří se ničeho takového neúčastní, by se ve většině případů neúčastnili, ani kdyby tu možnost měli. A i když by měly být nějaké semináře dokonce i povinné, skoro polovina komunikačních partnerů uvedla, že se ničeho takového nezúčastňuje. Zde bych chtěla znovu poukázat na to, že odpovědi komunikačních partnerů, kteří provozují svou lékařskou praxi přes 10 let se opět shodovaly v tom, že se neúčastní žádných školení, přednášek ani seminářů.

PL 1 na tuto otázku odpovídá: „*Přímo na školení nechodím. Ale my máme každý měsíc přednášky společnosti všeobecného lékařství a tam jsou přednášky z různých úhlů a z různých oborů a nejsou čistě jen medicínské, občas zasahují i do epidemiologie nebo do té sociální sféry, ale je toho minimum. Spíš to závisí na tom, jestli se ten všeobecný doktor*

o to zajímá. Často se to člověk naučí až s tím pacientem, když ten pacient nějakou takovou službu potřebuje, tak tím pádem jsem i já jako jeho lékař donucen si v tom udělat přehled, něco víc si o tom přečíst a zjistit. A určitě bych se zúčastňoval i jiných, kdyby to bylo zdarma v rámci nějakého vzdělávání.“ PL 5 uvádí, že se účastní jen seminářů, které jsou součástí SVL/SPL, jinak ne, ale měl by zájem i o jiné přednášky, kdyby měl možnost. PL 2 naopak uvádí: „*Žádných školení se nezúčastňuji, ani se jich nehodlám zúčastňovat, ale jako vím, že nějaké určité existují.*“ PL 3 také zmiňuje, že na školení nechodí a ani nebude, protože o to nemá zájem. PL 7 je na tom podobně, ten také na školení nechodí a prý ani nebude, protože nemá čas. PL 6 na nic takového nechodí, protože neví, kde tyto školení probíhají a jak fungují, ale zájem by měl. PL 8 získává informace na konferencích a seminářích. A PL 9 upozorňuje, že některé konference a semináře jsou dokonce i povinné.

Tabulka 7. Z jakých zdrojů získávají praktičtí lékaři informace o sociálních službách

	Časopisy	Internet	Semináře, přednášky, kongresy	Letáky, brožury	Kolegové	Pacienti
PL 1		X	X	X		
PL 2					X	
PL 3				X	X	
PL 4				X	X	
PL 5	X	X	X			
PL 6		X			X	X
PL 7	X	X		X	X	
PL 8			X		X	
PL 9			X			

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 7 vidíme, odkud získávají praktičtí lékaři nejčastěji informace o sociálních službách. Nejčastěji si praktičtí lékaři vyměňují informace o sociálních službách sami mezi sebou. Jako další důležitý zdroj považují internet, letáky, semináře, přednášky a kongresy. PL 1 odpověděl: „*Informace o sociálních službách získávám jednak z přednášek, ale i z letáků a brožurek, které vydává kraj nebo město, jmenuje se to „Chci zůstat doma“ – vydala to asociace poskytovatelů sociálních služeb. Takže třeba*

z nějakých takovýchto brožurek, které my tady dostáváme a máme je tady i pro ty seniory nebo jejich příbuzné a můžeme jim to dát přímo do ruky. A dále čerpám z internetu, protože když něco chci zjistit, tak si dojdu na internet a začnu tam pátrat.“ Dále upozorňuji na to, že odpovědi komunikačních partnerů, kteří provozují svou lékařskou praxi přes 10 let se opět podobaly v tom, že všichni získávají informace od svých kolegů nebo z letáků a brožurek.

Tabulka 8. Sociální služby, které znají praktičtí lékaři

	PL 1	PL 2	PL 3	PL 4	PL 5	PL 6	PL 7	PL 8	PL 9
Domovy pro seniory						X	X	X	X
Pečovatelská služba						X	X	X	
Domovy se zvl. režimem						X	X		
Ledax		X		X				X	
Městská charita		X				X		X	
Hospice		X		X	X				
Domácí péče	X			X	X				
Jiné		Ivas	DOZP, CSS Empatie				OSP	OA	TP, DD

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 8 je uvedeno, co praktičtí lékaři uvedli při rozhovoru jako sociální služby, které znají a jejich pacienti je využívají, i když samozřejmě většina z toho sociální služby nejsou – většinou se jedná o nějakou zdravotnickou službu nebo konkrétní poskytovatele či zařízení. Nyní zde pro přehlednost rozdělím vyjmenované možnosti v tab. 8:

Mezi sociální služby patří: domovy pro seniory, pečovatelská služba, domovy se zvláštním režimem, osobní asistence, tísňová péče, odborné sociální poradenství. Mezi sociální služby nepatří: dětské domovy, domácí péče ani domácí nebo mobilní hospice. Například Ivas je poskytovatel domácí péče, takže do sociálních služeb ani poskytovatelů

také nepatří. Ostatní (Ledax, Másterská charita a CSS Empatie) jsou poskytovatelé sociálních služeb.

PL 1 odpověděl, na to jaké sociální služby zná, takto: *„My jakožto praktičtí lékaři v péči o seniory spolupracujeme hodně s domácí péčí. Kdy oni vlastně poskytují zdravotní péči, kterou my jim předepisujeme a je i hrazená ze zdravotního pojištění, ale velkou část ty domácí péče poskytují také ze sociálního hlediska a jsou hrazeny z příspěvku na péči. Takže jednak se potýkáme s těma domácíma péčema a jednak také píšeme spoustu posudků pro správu sociálního zabezpečení, jako ZTP, důchody invalidity a podobně. A my jim ty posudky pak posíláme jako podklad k rozhodnutí o sociálních dávkách.“*

Z tohoto plyne, že praktičtí lékaři sice znají nějaké sociální služby jako domovy pro seniory, pečovatelskou službu, domovy se zvláštním režimem, osobní asistenci, tísňovou péči nebo odborné sociální poradenství, ale neumí rozlišit, co je přesně sociální služba, co jsou poskytovatelé sociálních služeb a co jsou zdravotní služby nebo školská zařízení.

4.2. Poskytování informací praktickými lékaři o tíšňové péči svým pacientům

Obecné informace o komunikačních partnerech a jejich pacientech

Tabulka 9. Identifikační údaje komunikačních partnerů

Komunikační partner	Vystudovaná VŠ	Délka jejich lékařské praxe	Odhad počtu pacientů a z toho seniorů
PL1	1. lékařská fakulta Karlovy univerzity	6 let	2000 pacientů 800 seniorů
PL2	1. lékařská fakulta Karlovy univerzity	5 let	1600 pacientů 530 seniorů
PL3	Lékařská fakulta v Plzni	18 let	2000 pacientů 400 seniorů
PL4	1. lékařská fakulta Karlovy univerzity	13 let	1800 pacientů 630 seniorů
PL5	1. lékařská fakulta Karlovy univerzity	6 let	2000 pacientů 800 seniorů
PL6	Lékařská fakulta v Plzni	5 let	2000 pacientů 500 seniorů
PL7	1. lékařská fakulta Karlovy univerzity	24 let	2000 pacientů 1400 seniorů
PL8	1. lékařská fakulta Karlovy univerzity	4 roky	2400 pacientů 1680 seniorů
PL9	1. lékařská fakulta Karlovy univerzity	8let	1200 pacientů 600 seniorů

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je uvedeno, jakou vysokou školu vystudovali komunikační partneři, jaká je délka jejich lékařské praxe, kolik mají odhadem pacientů celkem a kolik z nich je jejich odhadem seniorů v důchodovém věku. Všichni komunikační partneři vystudovali první lékařskou fakultu univerzity Karlovy nebo lékařskou fakultu v Plzni a počet jejich pacientů se pohybuje nejčastěji okolo 2000. Délky lékařské praxe se u komunikačních partnerů liší a u lékařek by byla často delší, ale vždy několik let strávily na rodičovské dovolené.

Poskytování informací o sociálních službách

Všichni komunikační partneři odpověděli, že poskytují svým pacientům informace o sociálních službách. PL 1 uvádí konkrétně: „*Ano, často v ordinaci rozebírám s pacienty nebo jejich rodinou možnosti sociálních služeb.*“

Rovněž se všichni komunikační partneři shodli, že jim tyto informace poskytují ústní formou. PL 2 dodává, že dávat pacientům letáčky většinou nemá cenu. PL 5 a PL 9 naopak dávají pacientům letáčky o sociálních službách, aby si je nastudovali doma.

Na otázku, kde a kdy jim tyto informace poskytují se také všichni komunikační partneři shodli, že ve své ordinaci v pracovní době. PL 6 a PL 8 dodávají, že informace poskytují v případě potíží a pokud si myslí, že je to potřeba. PL 1 uvádí: „*Kdykoli sem za mnou přijde pacient nebo jeho rodina s nějakým problémem.*“

Tabulka 10. Pacienti, kterým poskytují praktičtí lékaři informace o sociální službách

	Pacienti, kteří se zeptají	Senioři	Pacienti, u kterých je vidět, že to potřebují	Jiní pacienti
PL 1	X			Lidé s demencí. Lidé, kterým se bude stav progresivně zhoršovat. Lidé, kteří pečují o druhou osobu.
PL 2	X			
PL 3	X			
PL 4	X			
PL 5	X		X	
PL 6		X		Lidé sociálně slabší. Lidé se slepotou.
PL 7		X		Lidé nějakým způsobem znevýhodnění.
PL 8		X		
PL 9			X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky je zřejmé, že oslovení praktičtí lékaři poskytují informace o sociálních službách nejčastěji seniorům, pacientům, kteří si o tyto informace řeknou nebo u pacientů, u kterých je zřejmé, že by nějakou sociální službu mohli potřebovat.

PL 1 poskytuje informace o sociálních službách: „Většinou u lidí s demencí, nebo když vím, že ten stav pacienta se bude nějak progresivně zhoršovat v nějakém krátkém úseku, tak se to snažím nějak vysvětlit té jeho rodině, že ta péče bude náročná a že si mohou zažádat o ten příspěvek na péči a z toho mu pak hradit právě tu domácí péči například. Často to až jako nutím, nebo se to snažím dostat do hlavy těm ženám seniorkám, které často sebeobětavě pečují o ty své starší nemocné partnery, kteří jsou na tom špatně a často si nenechají pomoci a sami se na tom ničí, že je potom například bolí záda a jsou samy nemocné. Nebo když se někdo zeptá samozřejmě.“ PL 2 odpověděl takto: „Většinou pacienti přijdou a ptají se přímo na něco konkrétního. Občas se stane, že pacienti přijdou a úplně neví, co by mohli využívat, tak se zeptají obecně, ale ve většině případů se ptají už cíleně na konkrétní službu.“

Tabulka 11. Mají senioři přístup k informacím o tísňové péči?

	Ano	Spíš jen minimálně	Nemohu posoudit	Ne
PL 1		X		
PL 2		X		
PL 3			X	
PL 4	X			
PL 5		X		
PL 6				X
PL 7		X		
PL 8			X	
PL 9		X		

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 11 vyplývá, že komunikační partneři si myslí, že senioři nemají příliš možnost dostat se k informacím o sociálních službách. Pokud chtějí senioři nějaké informace o sociálních službách, musí si je většinou sami aktivně vyhledat.

PL 1 si myslí: „*Informovanost je malá a myslím si, že to souvisí také s tím, že tady ty poskytovatelé moc nejsou. Myslím si, že jakmile by tady ta služba byla, tak nám jakožto obvodním lékařům by stačilo, kdyby nás někdo obešel, dal nám nějaké letáky a ono se to tím do té komunity taky dostane a oni si to potom řeknou i mezi s sebou a o informace se podělí, ale myslím si, že tady v Českých Budějovicích ani není o čem informovat, když ty poskytovatelé tady moc nejsou, to je prostě blbý.*“ PL 2 a PL 5 odpovídají, že pokud si to ti senioři aktivně vyhledávají, tak si to snadno zjistí, ale takových seniorů není mnoho a ostatní, kteří si sami nic nezjišťují mají smůlu. PL 7 také říká, že pokud si sami nic nezjistí nebo jim to neřekne jiný senior, tak o ničem neví. PL 4 si naopak myslí: „*Senioři mají dostatečný přístup k informacím o sociálních službách od doktorů, od pečovatelských služeb, z televize, od asistenta, pokud nějakého mají nebo si je předávají sami mezi sebou.*“

Zájem pacientů praktických lékařů o tíšňovou péči

Na otázku, zda chtěl od komunikačních partnerů někdy nějaký pacient informace o tíšňové péči všichni odpověděli, že se nikdy nikdo na tíšňovou sám péči nezeptal. Většina komunikačních partnerů byla ráda, že se na tíšňovou péči nikdo nezeptal, protože by jim o ní s jistotou neuměli nic říci. Jeden komunikační partner (PL 7) odpověděl: „*Sice po mě žádný pacient tyto informace nechtěl, ale myslím si, že i kdyby věděl, že nějaká tíšňová péče existuje, tak že by se mě na ni nezeptal.*“

Na otázku, zda doporučili komunikační partneři tíšňovou péči svým pacientům odpověděli kladně jen dva (PL 1 a PL 9). PL 1 odpověděl: „*Poradil jsem to jednomu pacientovi, protože chtěl poradit nějakou službu a nevěděl jakou. Byl to pacient, který je doma sám, je po mozkové příhodě, je špatně pohyblivý a riziko pádu je u něj velké. Doporučil jsem mu to zde v ordinaci před pár měsíci.*“ PL 9 uvedl: „*Řekl jsem mu o ní, protože je u něj velký předpoklad, že bude potřebovat dostupnou péči při akutní potíži. Jedná se o seniora, který žije sám v domácím prostředí. Je to cca 2 roky zpátky, jeho rodina si ji vyhledala sama a chtěla o ní říci nějaké konkrétnější informace.*“ Jako důvod, proč nedoporučují ostatní komunikační partneři tíšňovou péči uváděli nejčastěji neznalost této služby nebo neznalost všech podrobností o ní nebo nevěděli, že ji lze využívat i v Českých Budějovicích. Odpovědi komunikačních partnerů s dlouholetou lékařskou praxí se shodovaly v tom, že nikdy nikomu tíšňovou péči nedoporučili.

Na otázku, zda využívá nějaký jejich pacient tísňovou péči odpovědělo šest komunikačních partnerů, že vůbec neví, jestli ji nějaký jejich pacient využívá. Ti, kteří věděli, že ji někdo využívá, nevěděli nic konkrétnějšího. Jeden komunikační partner si byl jistý, že ji nikdo z jeho pacientů nevyužívá. PL 1 a PL 9 věděli, že nějaký jejich pacient tísňovou péči využívá. PL 1 k tomu dodává: *„Vím minimálně o jednom pacientovi, který ji využívá, ale o zbytku pacientů seniorů nevím. Myslím si, že ten pacient ji ještě nevyužil v tom smyslu, že si ještě pomoc nepřivolával. Je to pacient, který se sem přistěhoval z Prahy a již tam tuto službu využíval.“* PL 9 uvedl, že minimálně 2 jeho pacienti tísňovou péči využívají a oba jsou s ní velmi spokojeni – sice ji prý často nevolají, ale jsou si alespoň jistí.

4.3. Hodnocení významu tíšňové péče v péči o seniory z pohledu praktických lékařů

Tabulka 12. Význam tíšňové péče

	Větší jistota klienta	Větší klid pro rodinu	Pomoc v krizi, nouzi (při pádech)	Pocit bezpečí	Větší samostatnost klienta	Zvýšení sebedůvěry klienta
PL 1	X		X			X
PL 2		X	X	X		
PL 4				X		X
PL 5				X	X	
PL 6	X		X			X
PL 8		X	X			
PL 9	X		X			

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jak hodnotí význam tíšňové péče v péči o seniory odpovídali komunikační partneři tím, že pacientům může pomoci v nějaké krizi nebo nouzi jako jsou například pády, dále tím, že zvyšuje pacientovi pocit jistoty a tím že zvyšuje jeho sebedůvěru a samostatnost. Takže význam tíšňové péče hodnotí praktičtí lékaři celkem kladně. PL 4 si myslí: „*Pokud to umí ti uživatelé ovládat, tak to má dobrý význam.*“ PL 8 také uvádí, že by to význam mělo dobrý, kdyby to fungovalo, ale myslí si, že ji nikdo nevyužívá. PL 3 a PL 7 na tuto otázku neodpovídali.

Názor praktických lékařů na tíšňovou péči a její přínos pro uživatele

Zde uvedu doslovný přepis odpovědí všech komunikačních partnerů, kteří mi odpověděli na otázku, jaký má přínos tíšňová péče pro její uživatele. Z odpovědí vyplynulo, že si převážná část komunikačních partnerů myslí, že tíšňová péče je přínosná pro své uživatele, a to hlavně ve smyslu, že tíšňová péče pomáhá lidem, kteří to potřebují.

PL 1 „*Je to potřebná služba. Já jsem předtím pracoval na interně a lidí, kteří někde padnou a dlouho jen tak leží, než je někdo najde je spousta a to je šílené, takže na tohle je to určitě užitečné, takže to pro ně má přínos jednak zdravotní. A*

jednak to má dopad do psychiky, že se cítí jistější a bezpečnější. Také pro seniory to má význam ten, že nemusí obtěžovat blízké lidi. Ty o ně mají často starost, ale podle mě to ty seniory spíše stresuje, že jsou někomu na obtíž a když si tu péči dokáží zajistit oni sami přes nějakou službu, tak roste jejich sebevědomí a jejich sebeobsluha a mají i pocit, že nejsou nikomu na obtíž.“

PL 2 *„Myslím si, že to není vůbec špatná služba. Už jen v rodině by byla moje babička jistě vhodným kandidátem. Protože přestože bydlíme všichni poblíž a několikrát denně ji doma navštívíme, tak vlastně je tam většinu času sama. Pro seniory je určitě pocit jistoty to nejdůležitější, takže si myslím, že v tomto směru je tísňová péče významná.“*

PL 3 *„Nevím, nemohu komentovat.“*

PL 4 *„Je to pro málo procent lidí, protože plno lidí s těmito aplikacemi neumí. Výhoda je, že si mohou přivolat okamžitou pomoc i v případech, že se jim zrovna nic neděje, jen mají nějaké mírné potíže, které se třeba ani netýkají zdraví.“*

PL 5 *„Jistě je to zajímavá služba, která je potřebná. A význam pro seniory to má hlavně ve smyslu toho pohodlí doma, protože starší lidé jsou raději doma než v nějakém zařízení.“*

PL 6 *„Myslím si, že jí nikdo nezná, tudíž jí ani tolik lidí nevyužívá. Takže jen pro ty, co ji využívají a opravdu ji potřebují asi velký.“*

PL 7 *„Nemohu odpovídat, protože o ní nic nevím.“*

PL 8 *„Myslím si, že o ní nikdo neví a tím pádem nemá ani moc klientů. Nevím, ale možná je to dobrý, když někde spadnou ti klienti bez mobilu, že jim to zavolá záchranku.“*

PL 9 *„Je to potřebná věc, kterou by mělo využívat více lidí, protože je spoustu seniorů, kteří žijí doma sami s tím, že je jen někdo sem tam navštíví, ale převážnou většinu dne jsou doma sami. Díky tísňové péči se řeší řada problémů, ať už jde o včasné zavolání pomoci nebo i o psychologický efekt*

díky pocitu, že nejsou sami. Prostě je to pomoc v nouzi, a i to prodlužuje pobyt seniorů ve svém domově.“

Význam tíšňové péče v různých oblastech

Zde uvedu názor dotázaných praktických lékařů o významu tíšňové péče v oblasti sociální, zdravotní a psychologické.

Tabulka 13. Význam tíšňové péče v sociální oblasti

	Větší pocit jistoty a bezpečí	Prodlužuje pobyt v domácím prostředí	Vazby s rodinou (větší klid pro rodinu)	Ostatní
PL 1	X	X		delší funkčnost uživatelé
PL 2			X	
PL 4		X	X	
PL 5				nezabírají místa v ústavech
PL 6		X		více sociálního kontaktu
PL 8	X	X		
PL 9	X	X		zdokonalování samostatnosti

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této tabulky vyplývá, že největší význam tíšňové péče v sociální oblasti vidí praktičtí lékaři hlavně v tom, že prodlužuje pobyt seniorů v domácím prostředí díky pocitu jistoty a bezpečí, které jim dodává. PL 2 si myslí: „*Tíšňová péče může mít v sociální oblasti význam hlavně ve smyslu té vazby na rodinu, že ani ta nemusí být ve stresu, že se babičce něco přihodí.*“ PL 4 hodnotí význam v sociální oblasti hlavně ve větším pohodlí těch pacientů i té jeho rodiny a také, že mohou zůstat déle doma a nemusí nikam do ústavů. PL 6 si myslí, že mají alespoň více sociálního kontaktu, ať už jen s dispečery tíšňové péče.

Tabulka 14. Význam tísňové péče ve zdravotní oblasti

	Pomoc při pádech	Pomoc v nouzi přivoláním odborné pomoci	Prevence nemocí
PL 1	X		X
PL 2	X	X	
PL 4		X	X
PL 5		X	X
PL 6		X	
PL 8	X		
PL 9	X		X

Zdroj: Vlastní výzkum

Je patrné, že největší význam ze zdravotního hlediska vidí praktičtí lékaři v pomoci v nouzi nebo při pádech přivoláním odborné pomoci a v předcházení nemocí, díky odbornému poradenství, které tísňová péče poskytuje. PL 1 uvádí: „Podle mě to opravdu dokáže snižovat i zdravotní újmu. Pokud např. ten člověk spadne, tak si sice zlomí nohu, ale už například neprochladne a nebude mít třeba zápal plic.“ PL 8 naopak tvrdí: „O zdravotním významu úplně přesvědčen nejsem, protože pokud dostane například infarkt nebo epileptický záchvat, tak si tu pomoc stejně nezavolá, a to tlačítko nemáčkne. Pokud padne a je to o hodinu déle nebo míň to už takový rozdíl není, ale jsou bohužel i takové příklady, že tam ty lidi musí ležet třeba tři dny, než si jich někdo všimne, tak leda tak v těchto případech to význam má.“ PL 5 vidí velký význam v tom, že si zavolají rychlou pomoc i v případech, kdy se nic vážného neděje, kdy to mají jen jako prevenci a nebojí se zavolat, že obtěžují. PL 9 má podobný názor, že to má význam i v prevenci před nemocemi, pokud si zavolají jen o nějakou lékařskou radu.

Tabulka 15. Význam tíšňové péče v psychologické oblasti

	Větší jistota a pocit bezpečí	Větší samostatnost, sebedůvěra	Ostatní
PL 1	X		spokojenost
PL 2	X	X	
PL 4	X		kontakt s lidmi
PL 5	X		domácí prostředí
PL 6	X		
PL 8		X	dobrá pocit v pohodlí domova
PL 9	X	X	udržování ve vlastním prostředí

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této tabulky je zřejmé, že téměř všichni komunikační partneři spatřovali psychologický význam tíšňové péče hlavně ve větší jistotě a pocitu bezpečí. Dále uváděli komunikační partneři často, že tíšňová péče posiluje samostatnost a zvyšuje sebedůvěru. PL 1 odpovídá: „*Dokáží si představit, že mají větší jistotu, tím pádem se i cítí lépe v tom svém domácím prostředí, takže jim to může prodloužit tu dobu pobytu, kdy jsou doma ty lidi a tím pádem se to samozřejmě nabaluje. Když jsou doma a jsou spokojení, tak budou zdravější a nějakým způsobem funkčnější a déle si udrží zdravou mysl i tělo.*“ PL 5 vidí největší význam v tom, že „*mají větší jistotu, že když se jim něco stane, tak že jim rychle někdo pomůže a mohou zůstat déle v domácím prostředí a tím pádem nezabírají místa například v domech s pečovatelskou službou, když to ještě pořádně nepotřebují.*“

5. Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na znalosti tíšňové péče z pohledu praktických lékařů a zjištění jejího významu v péči o seniory. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat tíšňovou péči pro seniory z pohledu praktických lékařů. Hlavní část výzkumu se zabývala otázkou, do jaké míry znají praktičtí lékaři službu tíšňová péče, zda o ní informují své pacienty a jaký si myslí, že má tíšňová péče význam v péči o seniory. Ale pro získání celistvého konceptu se výzkum také zabýval otázkou podvědomí praktických lékařů o sociálních službách obecně a doporučování jich svým pacientům. Pro získání předem zvolených cílů byl zvolen kvalitativní výzkum. Výzkumný soubor tvořilo 9 praktických lékařů z Českých Budějovic a Trhových Svin. Většina jich spolupráci na výzkumu odmítla, tak se pomocí náhodného výběru vybírali stále noví praktičtí lékaři, dokud jich nebylo 9, kteří souhlasili s poskytnutím rozhoru. Ke zpracování byla použita technika kategorizace dat.

Z výzkumu lze shrnout, že jen málokterý dotázaný praktický lékař zná službu tíšňová péče, tudíž i informace o ní poskytují jen zřídka. Ti, kteří tíšňovou péči znají, o ní neví všechny dostačující informace nebo si nejsou jisti, zda to ví správně, a proto si ji ani netroufají doporučit nějakému svému pacientovi. Na druhou stranu uvádí, že těch zdrojů, odkud získávají senioři informace o sociálních službách, je málo. Jako nejvýznamnější přínos tíšňové péče hodnotí praktičtí lékaři zvyšování jistoty a pocitu bezpečí seniorů, dále větší sebedůvěru a samostatnost seniorů a v neposlední řadě fakt, že mohou senioři zůstat déle ve svém přirozeném domácím prostředí.

V identifikačních údajích je uvedena délka lékařské praxe jednotlivých komunikačních partnerů. Mohlo by se zdát, že se jedná o poměrně mladé lékaře, ale v tomto údaji jsou uvedeny pouze skutečné roky, ve kterých dotázaní praktičtí lékaři pracovali v ordinaci praktických lékařů pro dospělé. Nejsou zde uvedeny roky, kdy pracovali lékaři v jiných lékařských oborech nebo doba, kterou strávily dotázané praktické lékařky na rodičovské dovolené. Dále jsem chtěla poukázat na fakt, že někteří praktičtí lékaři uvedli poměrně vysoký počet pacientů seniorů. Někteří uvedli, že až 70% jejich pacientů je v důchodovém věku, což je opravdu vysoký počet na to, že žádný z dotazovaných lékařů neměl ordinaci při domově pro seniory nebo něco podobného. Myslím si, že je to jen jejich subjektivní pocit. Že se jim jen zdá, že jich mají většinu, protože senioři nejspíš dochází ke svému lékaři častěji, než ostatní pacienti a často o nich musí vyplňovat různou administrativu na okresní správu sociálního zabezpečení apod.

Rozsah znalostí praktických lékařů o tísňové péči

Čtyři komunikační partneři, kteří uvedli, že znají tísňovou péči se poměrně shodovali v tom, že tísňovou péči znají z internetu, časopisů, školy, seminářů a od samotných pacientů. Dle Novákové (2011) je tísňová péče terénní distanční sociální služba, která poskytuje nepřetržitou hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveny stálému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Oslovení praktičtí lékaři ji definují převážně jako pomoc uživateli v nějaké nouzi nebo krizi.

Hlavní cílovou skupinou tísňové péče jsou dle Králové a Rážové (2008) senioři a osoby se zdravotním postižením. Praktičtí lékaři také věděli, že je tato služba určena pro seniory a několik komunikačních partnerů vědělo, že další cílovou skupinou jsou i lidé s tělesným postižením. Využívat ji mohou ale dle Anděla na drátě (© 2018) všichni, kteří potřebují mít pomoc stále na blízku, ať už se jedná o samostatně žijícího seniora či kohokoli jiného, kdo má nějaké zásadní zdravotní omezení či chronické zdravotní obtíže. Dále je vhodná i pro osoby, které jsou propuštěny z nemocnice do domácího léčení nebo pro ty, kteří se ocitli v ohrožení druhou osobou – přepadení, pocit ohrožení (Anděl na drátě, © 2018). Tísňovou péči však nelze poskytnout všem zájemcům – odmítají se většinou zájemci, kteří trpí duševním onemocněním, což znemožňuje konstruktivní spolupráci nebo lidé se závažným postižením sluchu, což znemožňuje hlasovou komunikaci (Kalvach et al., 2011).

Tito praktičtí lékaři sice neví přesně, jak se hradí tísňová péče, ale většina odvodila správně, že si ji uživatel musí hradit sám nebo z příspěvku na péči. Dle vyhlášky 505/2006 Sb. musí být maximální výše úhrady za poskytování tísňové péče rovna skutečným nákladům na provoz technických komunikačních prostředků. Anděl na drátě (© 2018) to má stanovené tak, že se platí předem určená paušální měsíční cena a je jedno, kolik hovorů za měsíc proběhlo.

Všichni tito dotázaní komunikační partneři věděli, že jde o princip zmáčknutí nějakého tlačítka, které jim následně zavolá pomoc nebo je spojí s operátorem. S tím se shoduje i popis Života 90 (© 2008-2017) o fungování služby: stiskem tlačítka, které u sebe uživatel nosí, se v případě nouze spojí s nonstop dispečinkem, odborný personál poté komunikuje s uživatelem a případně ihned zprostředkuje adekvátní pomoc (podle situace kontaktují rodinu, osoby blízké, smluvní dopravní službu, obvodního lékaře, záchrannou službu,

hasiče nebo policii). Operátor je s klientem stále v kontaktu až do úplného vyřešení celé situace (Anděl na drátě, © 2018).

Pouze jeden komunikační partner ze všech zná poskytovatele tísňové péče, konkrétně Život 90. Dle Kalvacha et al. (2011) je právě občanské sdružení Život 90 největším a nejzkušenějším poskytovatelem tísňové péče v ČR, které je také jejím průkopníkem. Sociální služba tísňová péče byla již na počátku existence sdružení vybrána do portfolia služeb. Koncem roku 1992 Život 90 zahájil realizaci projektu pojmenovaného AREÍON – posel rychlých zpráv (Kalvach et al., 2011). Ostatní komunikační partneři žádné poskytovatele tísňové péče neznají.

Většina praktických lékařů, která se již účastní nějakých seminářů, školení nebo přednášek o sociálních službách, by měla zájem i o jiné, kdyby měla možnost. Dále se ukázalo, že ti, kteří se ničeho takového nezúčastňují, by se nejspíš nezúčastňovali, ani kdyby tu možnost měli. I když by měly být nějaké semináře pro praktické lékaře dokonce povinné, skoro polovina komunikačních partnerů uvedla, že se ničeho takového nezúčastňuje. Což by měli, protože Dobiášová et al. (2015) ve svém výzkumu ukazuje, že pečující osoby očekávají od praktických lékařů kromě poskytování zdravotní péče i podporu v oblasti informování o možnostech pomoci v rámci systému zdravotní a sociální péče, o možných sociálních dávkách a při obstarávání zdravotnických pomůcek. Výzkum také ukázal, že současné nastavení systému primární péče v České republice spolu s nedostatkem praktických lékařů vede v praxi k nerovnoměrné kvalitě poskytovaných služeb a sociální péče zůstává v řadě případů nenaplněna (Dobiášová et al., 2015). Oslovení praktičtí lékaři uváděli jako důvod, proč se neúčastní různých školení především nedostatek času, nezájem a nepotřebnost vědět tyto informace. Já si ale myslím, že je to velmi potřebné, protože poskytují praktičtí lékaři vůbec kvalitní a komplexní péči, když tyto informace nemají? A pokud nemají čas docházet na semináře, mají vůbec čas na samotné pacienty? Tím pádem, jestli někteří lékaři opravdu berou komunikaci s pacienty jako „marný čas“, tak si nemyslím, že si lze vytvořit s těmito pacienty nějaký pozitivní vztah a získat si jejich důvěru. Tento fakt potvrzuje i Ptáček et al. (2015), který popisuje, že dosud u převážné části zdravotníků přetrvává pocit, že mluvit s pacientem znamená ztrácet vzácný čas, jež lze využít efektivněji tím, že se mu nabídne biomedicínská pomoc, což kromě akutní medicíny ovšem není pravda.

Praktičtí lékaři sice znají nějaké sociální služby jako domovy pro seniory nebo pečovatelskou službu, ale neumí rozlišit, co je přesně sociální služba dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a co jsou poskytovatelé sociálních služeb, zdravotní služby nebo školská zařízení.

Poskytování informací praktickými lékaři o tísňové péči svým pacientům

Praktičtí lékaři si myslí, že senioři nemají příliš možnost dostat se k informacím o sociálních službách. Senioři ztrácejí sociální kontakty a nemají proto tolik možností, kde si informace zjistit. Pokud tedy chtějí nějaké informace o sociálních službách, musí si je většinou sami aktivně vyhledat. A velkým informátorem v této oblasti je právě jejich praktický lékař. Tísňovou péči ale doporučili jen dva dotázaní praktičtí lékaři. Jako důvod, proč nedoporučují komunikační partneři tísňovou péči uváděli nejčastěji neznalost této služby. Většina dotázaných praktických lékařů ani neví, jestli nějaký jejich pacient využívá tísňovou péči a ti, kteří ví, že ji někdo využívá, neví nic konkrétnějšího. Homola (2009) také zdůrazňuje, že nadmíra papírování, administrativy a zejména dokumentace pro správu sociálního zabezpečení ubírá praktickým lékařům volný čas, který by mohli více věnovat svým pacientům. A kvůli tomu i většina lékařů nestíhá žádné prevence.

Na druhou stranu všichni praktičtí lékaři odpověděli, že poskytují svým pacientům informace o sociálních službách. Rovněž se všichni komunikační partneři shodli, že jim tyto informace poskytují ústní formou, ve své ordinaci a v pracovní době. Praktičtí lékaři uvedli, že poskytují informace o sociálních službách převážně jen těm pacientům, kteří si o tyto informace řeknou. S tím souvisí i průzkum SVL ČLS J.E. PURKYNĚ (2017), který ukázal, že většinu občanů péče a čas věnovaný jim v průběhu návštěvy jejich praktickým lékařem uspokojuje. Částečnou nebo úplnou nespokojenost v této záležitosti vyslovilo jen 7,2 % občanů.

Hodnocení významu tísňové péče v péči o seniory z pohledu praktických lékařů

Jako největší význam tísňové péče v péči o seniory hodnotí praktičtí lékaři ten, že tísňová péče může pacientům pomoci v nějaké krizi nebo nouzi jako jsou například pády, ale také tím, že zvyšuje pacientovi pocit jistoty a tím i zvyšuje jeho sebedůvěru a samostatnost. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Kalvach et al. (2011), který popisuje, že tísňová péče pomáhá dle řešit velký problém části seniorů – obavu z osamělosti a zejména z

nemožnosti dovolat se pomoci, pokud ji budou akutně potřebovat. K nejobávanějším náhlým indispozicím patří dle Kalvacha et al. (2011) pády.

Největší význam tíšňové péče v sociální oblasti vidí praktičtí lékaři hlavně v tom, že prodlužuje pobyt seniorů v domácím prostředí díky pocitu jistoty a bezpečí, které jim dodává. Jak popisuje i Drlíková (2017), pro seniora je důležité zůstat ve svém přirozeném prostředí se svou rodinou. Dále autorka uvádí, že v České republice mnoho dospělých potomků musí upozornit na jejich povinnosti vůči rodičům soud, a často to i přesto bývá bez pozitivních výsledků. Jsou státy, kde je péče o rodiče samozřejmostí a vůbec není předmětem diskuse – u nás by tomu mělo být samozřejmě také tak, ale často tomu tak není (Drlíková, 2017).

Skoro všem praktickým lékařům přišel psychologický význam tíšňové péče hlavně ve větší jistotě a pocitu bezpečí a dále v posilování samostatnosti a zvyšování sebedůvěry. Americký psycholog Maslow (1908-1970) předpokládal, že existuje hierarchické uspořádání potřeb, které je odstupňované podle toho, jak moc jsou pro náš život důležité. Na prvním místě jsou podle něj potřeby fyziologické a hned na druhém je potřeba bezpečí a jistoty. Následují potřeby lásky, blízkosti, úcty, uznání a sebeaktualizace. Potřeba jistoty a bezpečí je dle Maslowa (2014) považována za nejzákladnější psychickou potřebu, je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Pocit bezpečí potřebuje každý člověk v jakémkoli věku (Maslow, 2014).

Největší význam ze zdravotního hlediska vidí praktičtí lékaři v pomoci v nouzi nebo při pádech přivoláním odborné pomoci. K tomu se přiklání i Hronovská (2012), která uvádí, že pády jsou u starší generace velmi časté a mají za následek velké zdravotní následky, pokud se nezasáhne včas. Jako nejčastější příčinu hodnotí Hronovská (2012) špatné vybavení bytu: špatné osvětlení, kluzká podlaha, koberce, mokrá podlaha, vlhké dlaždičky v koupelně, šňůry elektrospotřebičů, nevhodná obuv a zejména schody.

6. Závěr

V bakalářské práci s názvem „Tísňová péče a její význam v péči o seniory“ byl použit kvalitativní výzkum, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Odpovědi devíti komunikačních partnerů byly zpracovány do kategorií. Cílem bylo zmapovat tíšňovou péči pro seniory z pohledu praktických lékařů.

Pro výzkumné šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1) Jaký je rozsah znalostí praktických lékařů o službě tíšňové péče?

Praktičtí lékaři uvedli, že o tíšňové péči v rámci svého studia spíše neslyšeli. Dále praktické lékaře nikdy nikdo z tíšňové péče nekontaktoval a neinformoval je o jejím využití, i když většina komunikačních partnerů by tyto informace uvítala.

Pět komunikačních partnerů tíšňovou péči vůbec nezná, tudíž o ní nedokázali říci žádné další informace a myslí si, že se tíšňová péče málo prezentuje odborné veřejnosti, protože jiné sociální služby znají.

Ostatní čtyři komunikační partneři, kteří tíšňovou péči znají, se poměrně shodovali v tom, že tíšňovou péči znají nejčastěji z internetu, časopisů, seminářů, školy a od samotných pacientů. Tito praktičtí lékaři si tíšňovou péči představují jako pomoc uživateli v nějaké nouzi nebo krizi. Také věděli, že je tato služba určena pro seniory a několik komunikačních partnerů vědělo i to, že další cílovou skupinou jsou lidé s tělesným postižením. Tito komunikační partneři sice nevědí přesně, jak se hradí tíšňová péče, ale většina odvodila správně, že si ji uživatel musí hradit sám nebo z příspěvku na péči. Pokud by měli praktičtí lékaři určit nějakého jejich pacienta jakožto vhodného kandidáta pro tíšňovou péči, byl by to v každém případě senior, kterému hrozí pád. Všichni tyto komunikační partneři věděli, že jde o princip zmáčknutí tlačítka, které jim následně zavolá pomoc nebo je spojí s operátorem.

Pouze jeden praktický lékař ze všech dotázaných zná poskytovatele tíšňové péče, konkrétně Život 90. Přestože by měly být nějaké semináře pro praktické lékaře povinné, skoro polovina komunikačních partnerů uvedla, že se ničeho takového nezúčastňuje. Většina praktických lékařů, která se již účastnila seminářů o sociálních službách by měla zájem i o jiné, kdyby měla možnost. Dále se ukázalo, že ti, kteří se ničeho takového nezúčastnili, nemají ani do budoucna zájem se takovýchto seminářů zúčastňovat.

Nejčastěji si praktičtí lékaři vyměňují informace o sociálních službách sami mezi sebou, za další důležitý zdroj považují internet, letáky, semináře, přednášky a kongresy. Praktičtí lékaři sice znají nějaké sociální služby jako domovy pro seniory nebo pečovatelskou službu, ale neumí rozlišit, co přesně je sociální služba, co jsou poskytovatelé sociálních služeb a co jsou zdravotní služby nebo školská zařízení.

2) Informují o této službě praktičtí lékaři své pacienty, kteří by mohli být potenciálními uživateli této služby?

Všichni praktičtí lékaři odpověděli, že poskytují svým pacientům informace o sociálních službách. Rovněž se všichni komunikační partneři shodli, že jim tyto informace poskytují ústní formou, ve své ordinaci a v pracovní době. Praktičtí lékaři poskytují informace o sociálních službách nejčastěji seniorům a pacientům, kteří si o tyto informace sami řeknou. Praktičtí lékaři si myslí, že senioři nemají příliš možnost dostat se k informacím o sociálních službách a pokud tyto informace senioři chtějí, musí si je většinou sami aktivně vyhledat. Dále se žádný pacient dotázaných praktických lékařů nikdy na tísňovou péči nezeptal. Tísňovou péči někdy doporučili jen dva dotázaní praktičtí lékaři. Jako důvod, proč ji nedoporučují, uváděli nejčastěji neznalost této služby. Většina dotázaných praktických lékařů ani neví, jestli nějaký jejich pacient využívá tísňovou péči a ti, kteří ví, že ji někdo využívá, neví nic konkrétnějšího.

3) Jak praktičtí lékaři pro dospělé hodnotí význam tísňové péče v péči o seniory?

Největší význam tísňové péče v sociální oblasti vidí praktičtí lékaři hlavně v tom, že prodlužuje pobyt seniorů v domácím prostředí díky pocitu jistoty a bezpečí, které jim dodává. Skoro všichni praktičtí lékaři spatřují psychologický význam tísňové péče hlavně ve větší jistotě a pocitu bezpečí, v posilování samostatnosti a zvyšování sebedůvěry. Za nejvýznamnější ze zdravotního hlediska považují praktičtí lékaři pomoc v nouzi nebo při pádu přivoláním odborné pomoci a v předcházení nemocí, díky odbornému poradenství, které tísňová péče poskytuje.

Mimo výše uvedené otázky jsem chtěla poukázat na zajímavý fakt, který také vzešel z bakalářské práce a to ten, že odpovědi tří komunikačních partnerů, kteří provozují svou lékařskou praxi přes 10 let se často shodovaly. Tito praktičtí lékaři uvedli, že se o tísňové péči na vysoké škole neučili a vůbec neví, co to tísňová péče je. Tím pádem neznají ani žádné poskytovatele, nedokáží o ní nic říci a ani ji nikdy nikomu nedoporučili. Dále se

tito praktičtí lékaři nezúčastňují žádných seminářů a informace o sociálních službách získávají především od svých kolegů.

Cíl mé bakalářské práce byl splněn. Výsledky mé práce mohou sloužit především poskytovatelům tísňové péče, ve smyslu zamyšlení se nad propagací a větší osvětou tísňové péče mezi odbornou veřejností. Dále mohou být užitečné pro případné zájemce o tuto sužbu nebo pro studenty sociálních a zdravotních oborů. V neposlední řadě mohou být užitečné i pro praktické lékaře, aby zvýšili svůj zájem o sociální služby (mezi které patří i tísňová péče) a zkvalitnili tak péči, kterou by měli svým pacientům poskytovat.

Závěrem bych chtěla ještě dodat, že je velká škoda, že v dnešní době nemají praktičtí lékaři dostatek času na své pacienty, tudíž jim ani nemohou dopřávat kvalitní a komplexní péči, která by měla zahrnovat i informování o sociálních službách. Přála bych si, aby se tísňová péče dostala více do podvědomí lidí, ať už laické veřejnosti nebo i odborníků. Aby ji mohli senioři aktivně využívat a nemuseli odcházet ze svých domovů do pobytových zařízení.

7. Seznam použitých zdrojů

Anděl na drátě, © 2018. *Asistenční a tíšňová péče* [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.andelnadrate.cz/pomahame/asistencni-a-tisnova-pece>.

ALONSO, MS-I. et al., 2017. *The family caregiver after the institutionalization of the dependent elderly relative*. Educational Gerontology. 43 (12), 650-661, doi: 10.1080/03601277.2017.1386403.

ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 318 s. ISBN 978-80-247-5148-1.

BAUMRUKOVÁ, P., 1997. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: Sociopress. 250 s. ISBN 80-902260-1-9.

BRADÁČOVÁ, J., 2017. Úvodní slovo. In: *Péče o seniory: česko-slovenský časopis sociálních služeb*. 1, 3. ISSN 2570-5032.

BÝMA, S. et al., 2017. *Názory občanů České republiky na vybrané aspekty činnosti všeobecných praktických lékařů v roce 2016*. Praktický lékař. 97 (4), 151-155, ISSN: 00326739.

CREWE, S.E. Chipungu, S.S., 2010. *Services to Support Caregivers of Older Adults*. Handbook of Social Work in Health and Aging. doi: 10.1093/acprof:oso/9780195173727.003.0047.

ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

DOBIÁŠOVÁ, K. et al., 2015. *Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících*. Praktický lékař. 95(4). ISSN 161-165.

DRLÍKOVÁ, E., 2017. *Psychologická poradna*. Revue 50 plus. 9(13), 61. ISSN 1802-6249.

DUDKOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: SLON. 199 s. ISBN 978-80-7419-182-4.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GÄNG, M., 2005. *Mit Tieren leben im Alter*. 2. vydání. München: E. Reinhardt. Reinhardts Gerontologische Reihe. 200 s. ISBN 3-497-01757-4.

HAŠKOVCOVÁ, H., 1989. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 400 s. ISBN 80-7038-158-2

HEGYI, L., 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press. 127 s. ISBN 80-88908-80-9.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOJDA, Z. et al., 2009. *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia. 325 s. ISBN 978-80-200-1691-1.

HOLLIS, F. et al., 2000. *Casework: a psychosocial therapy*. 5. vydání. Boston: McGraw-Hill. 300 s. ISBN 978-0-07-290179-5.

HOMOLA, A. 2009. *Co praktickým lékařům nejvíce ztěžuje každodenní práci v jejich ordinaci* [online]. [cit. 2018-03-28]. Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/15814>.

HRONOVSKÁ, L., 2012. *Závratě, instabilita a pády ve stáří*. Interní Medicína. 14(12). ISSN 470–472.

HROZENSÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HROZENSKÁ, M. et al., 2008. *Aktuálne otázky sociálnej gerontologie pre stredné odborné školy I*. Nitra: UKF. 130 s. ISBN 978-80-8094-347-9.

JANEČKOVÁ, H., 2005. *Sociální práce se starými lidmi: sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-02-X.

JEDLIČKA, V. et al., 1991. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

KAJANOVÁ, A. et al., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: ZSF JU. 108 s. ISBN 978-80-7394-639-5.

KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZLOVÁ, L., 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2008. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 2. vydání. Olomouc: ANAG. 373 s. ISBN 978-80-7263-462-0.

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

KUZNÍKOVÁ, I. et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrovatelský personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

LITOMĚŘICKÝ, Š., KRAJČÍK, Š., 1991. *Starý člověk v rodině*. In: DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domech pro seniory*. Praha: Grada. 53 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

MASLOW, A., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0618-7.

MATOUŠEK, O. et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, O., KOLDINSKÁ, K., 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2.díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

PETTIGREW, S. et al., 2004. *Serving seniors better: Service guidelines for general practitioners*. Australasian Journal on Ageing. 23 (3), 136-138, doi: 10.1111/j.1741-6612.2004.00030.x.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., 1998. *Coexistence with older people*. Praha: Portál. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

POLEDNÍKOVÁ, L. et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

PTÁČEK, R. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-5788-9.

Registr lékařů České republiky, © 2018. *Praktičtí lékaři pro dospělé v okrese České Budějovice* [online]. [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: <https://www.registrlekaru.cz/kraj-jihocesky/ceske-budejovice/prakticky-lekar/>.

Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2018. *Vyhledávání služby: Tísňová péče* [online]. [cit. 2017-10-05]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1519996567964_2

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-2476-935-6.

ŘÍČAN, P., 2004. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

Středisko sociálních služeb Praha 1, © 2010. *Systém tíšňové péče* [online]. [cit. 2017-10-05]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby-praha1.cz/system-tisnove-pece>.

VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF. 168 s. ISBN: 978-80-7394-360-8.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 42/2012. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1266-1282. ISSN 1211-1244.

Život 90, © 2008-2017. *Tíšňová péče* [online]. [cit. 2017-10-15]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/201-tisnova-pece>.

8. Seznam zkratek

DD – dětský domov

DOZP – domovy pro osoby se zdravotním postižením

CSS Empatie – centrum sociálních služeb Empatie

OA – osobní asistence

ONP – oddělení následné péče

OSP – odborné sociální poradenství

SVL ČLS J.E. PURKYNĚ – Společnost všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně

TP – tísňová péče