



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Organizace: RomPraha, z.s.

Název projektu: Mezi námi pečujícími

Reg. číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/19_099/0015389

MEZI NÁMI PEČUJÍCÍMI

příručka pro (romské) neformální pečovatele, jejich blízké i odborníky



Obsah

1. Předmluva.....	4
2. Úvod do problematiky práce s romským neformálním pečovatelem	5
3. Neformální péče v romské rodině	11
4. Identifikace potřeb neformálního romského pečovatele	17
4.1. Definování potřeb.....	17
4.2. Riziko deprese u neformálních pečovatelů.....	18
4.3. Úskalí v naplňování potřeb neformálních pečovatelů	20
4.4. Základní potřeby neformálních pečovatelů	21
4.5. Specifika u romských neformálních pečovatelů	25
5. Nabídka služeb pro neformální pečovatele v městské části Praha 9 a Praha 14.....	28
5.1. Praha 9.....	28
5.1.1. Radnice Prahy 9	29
5.1.2. Poskytovatelé sociálních a dalších služeb na Praze 9	29
5.1.3. Zdravotnické služby na území Prahy 9.....	33
5.2. Praha 14.....	35
5.2.1. Radnice Prahy 14	36
5.2.2. Poskytovatelé sociálních a dalších služeb v Praze 14	37
5.2.3. Zdravotnické služby na území Prahy 14.....	42
5.3. Kontakty na organizace podporující neformální pečovatele	43
6. Řešení krizových situací	46
6.1. Krizové situace na straně pečujícího.....	46
6.1.1. Vyrovnání se s diagnózou potomka	46
6.1.2. Nerovný přístup a šikana	47
6.1.3. Zvládání náročného chování osoby, o kterou pečujeme	48
6.1.4. Vyčerpání pečujícího.....	49
6.1.5. Panická ataka u pečujícího.....	50
6.1.6. Když pečující nemůže poskytnout péči	51
6.1.7. SOS karty a další pomůcky pro přípravu krizové situace	52
6.2. Krizové situace na straně osoby, o kterou se pečuje.....	53
6.2.1. Hospitalizace osoby, o kterou pečujete.....	53



6.2.2. Ztratila se osoba, o kterou pečujete	54
6.2.3 Deprese.....	55
6.2.4. Agresivita	56
6.2.5. Stavy zmatenosti, delirium	57
6.2.6. Epileptický záchvat	57
6.2.7. Poruchy při vyprazdňování	58
6.2.8. Poruchy při příjmu potravy a tekutin.....	59
6.2.9. Poruchy dýchání	60
6.2.10. Pády	60
6.2.11. Umírání	61
6.2.12. Náhlé zhoršení zdravotního stavu	62
7. Vzorové příklady	64
7.1. Hana B.	64
7.2. Pavla H.	65
7.3. Lenka H.	67
7.4. Jana	68
7.5. Identifikace potřeb neformálních pečovatелů – výstupy z projektu	70
8. Použitá literatura	80



1. Předmluva

Tato metodika vznikla díky grantu Evropské unie, operačního programu Zaměstnanost v rámci projektu Mezi námi pečujícími (reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/19_099/0015389) , který získala nezisková organizace Rom Praha, aby mohla ještě více pomáhat svým klientům. Romové ctí rodinu nade vše, jejich rodinná soudružnost je jeden z hlavních rysů romské menšiny, a tak i procento těch Romů, kteří se rozhodnou pečovat o své blízké doma, je velmi vysoké. Dát svého bližního – starého, či nemocného – někam pryč od rodiny, do ústavu, zdravotního zařízení, je často pro Romy nepředstavitelné, a tak je tato příručka pro ně velmi přínosná. Pečovat o své blízké až do konce je pro většinu Romů naprosto přirozené. Věříme, že informace, ale i praktické tipy obsažené v této brožuře budou ku pomoci všem, kterých se neformální péče týká, ať už přímo nebo nepřímo. Pečovat doma o svého blízkého je důležitá, smysluplná a hluboká práce, je ale také extrémně náročná a vyčerpávající, proto každá pomoc je v této situaci dobrá. Nechme si pomoci a podporujme se navzájem!





2. Úvod do problematiky práce s romským neformálním pečovatelem

Pro práci s jakýmkoliv klientem je důležité nejdříve více pochopit, jaký je, odkud pochází, jaké jsou jeho hodnoty a zázemí. Zde je potřeba představit jednak skupinu neformálních pečovatelů a jednak samotných Romů.

Neformální pečovatel je většinou jedinec, který je více či méně podporován dalšími osobami, širší rodinou či přáteli. Tato osoba – primární pečovatel – je, dle výzkumů, ze dvou třetin ženou a není přímo za péči finančně ohodnocena. Neformálním pečovatelem se tak může stát kdokoli, kdo chce, umí a může poskytnout potřebnou péči.

I když **náplň práce** každého neformálního pečovatele je jedinečná, protože ji utváří nejen ten, který péči poskytuje, ale také sám pečovatel, jeho zázemí a životní okolnosti, i tak se dá péče charakterizovat některými společnými znaky. Jedná se především o rutinní úkony a osobní hygienu, domácí práce a emoční a společenskou podporu toho, o kterého pečuje. Dále je práce neformálního pečovatele často definována jako činnost, která nemá nijak přesně stanovený rozsah péče časově i odborně, málokdy může pečovatel „nebýt ve službě“, nemusí být pro svou práci nijak kvalifikován, zároveň je ale důležité, aby pečovatel byl po psychické i fyzické stránce stabilní. Dále je nezbytné, aby pečovatel měl vhodné bydlící podmínky, často je nutné i vzhledem k omezené pohyblivosti přizpůsobit prostředí, měl i dostačující finanční podmínky, časovou flexibilitu a alespoň základní znalosti v oblasti pečování. I přes všechny překážky, které neformální pečovatel musí překonat a zvládnout, někdy nakonec narazí na realitu, ve které již pečovat nedokáže, nemůže a ani nezvládne. I to je důležité si uvědomovat a vnímat, zda v procesu pečování již nejsou překročeny důležité hranice lidských možností.¹

Role neformálního pečovatele je v České republice velice problematická. V Národní strategii rozvoje sociálních služeb pro roky 2016 až 2025 se uvádí, že v České republice je až téměř 300 tisíc osob neformálních pečovatelů.² Z toho 200 tisíc jsou ženy ve středním nebo raném důchodovém věku, tedy mezi 35. a 64. rokem života. Význam neformálního pečování je jak ekonomický, tak společenský, posiluje



rodinnou soudružnost i mezigenerační solidaritu. I když se tato péče nazývá neformální, je to velmi významná péče, která

je také v mnoha případech dlouhodobá. Přesto ji český stát moc neoceňuje, ani ji neulehčuje. Je prokázáno, že podpora ze strany obce i komunity v České republice je minimální, chybí základní

informace o správném způsobu pečování, chybí vzdělávání pro pečovatele i jejich psychologická a psychická podpora. Systém dlouhodobé péče je právně neukotvený, nedaří se propojit péči formální s neformálními pečovateli, síť podpůrných služeb je nedostatečná a motivující výhody pro pečovatele neexistují. Výraznější institucionální podporu lze nalézt alespoň v právním nároku na zkrácení pracovní doby a na nárok na příspěvek na péči.

Dalším, neméně závažným problémem je **finanční ohodnocení** neformálních pečovatelů.



Málokdy se daří úspěšně kombinovat vlastní zaměstnání pečovatele s nároky péče o blízkého. Stále velký podíl zaměstnanců

nedokáže nabízet zkrácenou pracovní dobu, případně flexibilnější možnosti práce. A tak se často stává, že pečovatel se musí spokojit s odměnou, která mu plyne z příspěvku na péči. **Příspěvek na péči** může pokrývat náklady na asistenta sociální péče, dětský domo, speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, registrované poskytovatele sociálních služeb, nebo osobu blízkou³. Příspěvek se vyplácí přímo osobě, která je závislá na pomoci. Jedná se o opakovanou dávku, která se vyplácí každý měsíc a rozlišují se u ní 4 stupně závislosti – lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost. Stupeň závislosti posoudí lékařská posudková služba na základě doložené zdravotnické dokumentace a sociálního šetření, které probíhá



v prostředí žadatele, tedy nejčastěji u něho doma. Výše příspěvku se liší u osob do 18 let a starších, souhrnně se ale dá říct, že ani ten nejtěžší stupeň závislosti nepřesahuje 20 tisíc korun měsíčně.

Mezi další **druhy příspěvků**, na které může osoba v neformální péči dosáhnout, patří: příspěvek na mobilitu pro ty, kteří se za úhradu někam dopravují, příspěvek na zvláštní pomůcku – zde se může jednat o různé druhy a typy pomůcek, mezi nejčastější patří upravené motorové vozidlo či úprava bytu, vodící pes, maximální výše se pohybuje okolo 400 tisíc korun. Poslední dávkou je od roku 2018 dlouhodobé ošetřovné, které činí 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu a může se vyplácet nejdéle 90 kalendářních dní, pokud byl člen rodiny hospitalizován déle než 7 dní a pokud lékař, nebo častěji nemocnice, vyžaduje celodenní domácí péči trvající déle než 30 dní³. Zbylé příjmy neformálních pečovatелů jsou již na nich samotných či na dalších členech rodiny. Neformální pečovatel může pracovat bez omezení, ale ve skutečnosti to není nijak jednoduché. I poté, co péče o blízkého skončí, je pro pečovatele náročné se znovu **zařadit do pracovního procesu**, protože většinou

vypadne ze svého oboru na více let a není tedy připravený vrátit se zpět do své kvalifikace, nebo si minimálně nevěří a ztrácí v sebe důvěru. Ztráta



pracovního zařazení je kromě ztráty finanční a pocitu naplnění i ztrátou sociálních kontaktů, protože se ztrácí prostor sdílení společných zkušeností. Může vzniknout až pocit vlastní stigmatizace ztrátou zaměstnání a sociální izolace pečovatele se ještě více prohloubí. Pečující osoby tak často patří mezi osoby ohrožené chudobou.

Kromě ekonomické zátěže je péče o těžce nemocného velice **fyzicky i psychicky náročná práce**, která ale nemá pevně dané hranice zaměstnání. Dle výzkumů se ukazuje, že péče o osobu I. stupně závislosti zabere 6 a půl hodiny denně, u osoby II.



stupně více jak 10 hodin denně, u osoby III. stupně téměř 16 hodin a u osob se IV. stupněm závislosti se pečovatel věnuje jeho péči více jak 18 hodin denně. To jsou všechno tak nepředstavitelné časové dotace, které by nikdo jiný, než právě osoba blízká, nepodstupoval.

Často proto zasahuje i do celých rodinných systémů, zatěžuje partnerské, rodičovské a příbuzenské role a vztahy a není výjimkou, že samotný psychický a fyzický stav pečovatele se zhoršuje. 84 % dotazovaných pečovatelů uvedlo, že u nich došlo ke znatelné změně ve vztazích a to převážně k negativním změnám, zejména ke sporům v rodině, k hádkám s osobou závislou, k omezené komunikaci a sociální opora byla hodnocena jako nedostačující.⁴ Z analýzy dlouhodobých pečovatelů o osoby ve III. a IV. stupni vyšlo najevo, že téměř polovina pečovatelů se necítí zdráva a podstatná část pečujících uvedla, že trpí déle **trvajícíchmi stavy smutku a deprese** a péči poskytuje bez pravidelného odpočinku.¹ Téměř tři čtvrtiny dotázaných pečují bez pravidelné možnosti si odpočinout a téměř jedna třetina neměla téměř nikdy možnost se bez vyrušení najíst. A celých 92 % pečovatelů uvedlo, že se cítí na péči úplně sami.⁴ I z mezinárodních výzkumů vyplývají obdobná data, tedy že 50 až 60 % pečovatelů vykazuje známky klinické deprese, zdravotní stav pečovatelů se



postupem času zhoršuje, i kvůli faktu, že pečovatele má málokdy kdo vystřídat, aby si zašel k doktorovi nebo aby se mohl vyležet v průběhu vlastní nemoci.

Mnoho autorů dokonce nastiňuje, že poskytování dlouhodobé péče přináší zvýšené riziko předčasného úmrtí pečovatele.⁴ Zároveň víme dle demografických prognóz, že v příštích desetiletích se počet seniorů starších 75 let minimálně zdvojnásobí, a tak s největší pravděpodobností i naroste neformální péče, která se bude muset více



systematicky řešit, aby pečovatelé mohli i v budoucnu o své blízké uspokojivě pečovat.²

Jak už bylo zmíněno, neformální pečovatelé jsou nejčastěji ženy, v rodině s postiženým dítětem otec, pokud vůbec v rodině zůstane, zajišťuje finance a s péčí pouze vypomáhá. Je důležité si uvědomit, že matka se vzdává mnoha svých dalších rolí, zejména kariéry, koníčků, času na sebe i přátele, a tak je často ohrožena syndromem vyhoření a strádá psychicky i fyzicky.³

Mezi další časté komplikace patří i fakt, že se neformální péče o stárnoucího rodiče prolíná s péčí o nezletilé děti. Hovoříme o tzv. **sendvičové generaci**, kdy, opět nejčastěji ženy, musí skloubit náročnou roli mateřskou s péčí o svého stárnoucího a nemohoucího blízkého. Tento model je čím dál častější z důvodu stárnutí obyvatelstva a bude tedy i problémem dalších dekád.

Kromě mnoha překážek a problémů, které se v neformálním pečování objevují, jsou zde ale také **pozitivní přínosy neformální péče**. Uvědomění si i pozitivních zisků a přínosů je důležité nejen pro pečovatele, ale i pro jejich blízké, či profesionály, protože pozitivní vnímání skutečnosti patří mezi účinné strategie zvládnání péče. Jedním z přínosů je tzv. pozitivní přístup k životu. Díky náročnosti situace pečovatel bere život více s nadhledem, běžné či malicherné starosti, které je dříve trápily, nyní pečovatelé přisuzují menší či dokonce žádný význam. pečování také vede okolí k tomu, že se více snaží žít přítomným okamžikem, který vede k eliminaci zbytečného stresování. Péče o druhou osobu také přináší do života pečovatele naplňující činnost a hodnotu. Osoba, o kterou pečovatel pečuje, je zdrojem radosti, lásky a vztahu. U rodičů s postiženým dítětem je možné se shledat s tzv. posttraumatickým růstem, při kterém dochází k pozitivní změně v kognitivní i emoční oblasti v průběhu zvládnání krize a stresu a tím přináší dítě s postižením do života rodiče obohacení a dar. Jedním z dalších pozitivních přínosů je zvýšená osobní síla a soudružnost rodiny. Pečovatelé ale i širší okolí získává nové schopnosti a zdroje zvládnutí, vnímají osobnostní růst a někdy i duchovní či náboženskou přeměnu. Vztahy některé sice mizí, ty ostatní se ale utužují a prohlubují více, než kdy dřív. Role neformálního pečovatele také může přinášet nové výzvy, kdy se pečovatelé zapojují do různých podpůrných skupin, hovoří na konferencích, jsou aktivní ve školách, nemocnicích, neziskových



organizacích či v sociálních službách. Přínosů může být celá řada, je důležité si je zvědomovat a čerpat tak z nich sílu pro náročnou roli pečovatele.¹⁶

V případě, že pracujete s (romským) neformálním pečovatelem, je důležité znát výše uvedenou problematiku neformální péče. Kromě tedy zmíněných fyzických problémů, psychických, sociálních, finančních, problémů s časovou zátěží, problémů spojených se zaměstnáním a možného syndromu vyhoření, je také důležité nahlédnout na specifika romských rodin a na potřeby neformálních pečovatelů. Těmto tématům se detailněji věnují následující kapitoly.



3. Neformální péče v romské rodině

Pro lepší pochopení romských neformálních pečovatelů je dobré se podívat detailněji na koncept romské rodiny. Význam romské rodiny je zpravidla větší než význam rodiny u majoritní společnosti. Jednak je pro Romy symbolem základní a tradiční pospolitosti, Romové jsou v rodinných sítích více zakotveni než v jiných společenských vztazích. V žebříčku hodnot Roma je **rodina** nejvýše položená, ať už pocházejí odkudkoliv. Romské rodiny jsou vysoce soudržné, sdílí se vše od bydlení, přes jídlo až přes fyzickou pomoc a peníze. Do blízkých příbuzných patří u Romů všichni příbuzní, což dokládá i jazykově, kdy romština má i vlastní pojmenování pro děti sestřenic a bratranců, na rozdíl od českého jazyka.⁵

Dalším specifikem u romských rodin jsou **vícegenerační rodiny**, které jsou základem každé komunity. Generace spolu žijí v jednom bydlení, nebo v sousedních domech, protože pro Romy platí, čím více členů má jejich rodina, tím je silnější, má větší vážnost a více štěstí. Romská rodina je patriarchální, žena získává úctu počtem



porozených dětí. Zvláštní pozici mají starší moudré ženy, léčitelky a ty, které udržují tradice. Děti jsou v hovoru brány jako rovnocenné, jejich výchova je nedirektivní, má jen málo omezení a povinností. Moderní romská rodina se nejvíce odlišuje od té tradiční nižším počtem dětí a větším oddělením od širší rodiny, role muže a ženy jsou vyrovnanější, nejsou tak pevně a jasně vymezeny. Rodiny tolik nežijí pohromadě, vliv příbuzných není již tak velký.⁵ Stále ale přetrvává fakt, že odloučenost je pro Romy



stavem obrovské úzkosti a samoty, který je nutí být stále napojený na svou rodinu. Proto i péče o blízkého je samozřejmou součástí života Romů. Snaha jít vlastní odlišnou cestou je v romských rodinách velmi obtížná a často odsuzovaná, rodinná koheze, intenzivní vztahy jsou důležitou součástí romských rodin. Jsou to přístavy bezpečí v ohrožujícím světě. Zároveň děti projevují velkou úctu svým rodičům a prarodičům, v domovech důchodců tedy se romské staré lidi vyskytují jen velmi výjimečně.⁶

Amare Roma (naši Romové) je sousloví, které Romové používají nejen pro svou rodinu a příbuzné, ale i pro obyvatele jedné sídlištní komunity, romské osady, v nejširším možném významu to bývá společenství, které hovoří jedním jazykem – např. subdialektem. **Společenství** a především rodina je pro romskou společnost na prvním místě. Je to fakt potvrzený každodenním laickým pozorováním, Romy samotnými i vědeckým výzkumem. Zároveň ale o romské rodině nelze uvažovat obecně. Jak romská rodina funguje, ovlivňuje mnoho faktorů – příslušnost k subetnické skupině, okolí, stupeň sociální úrovně, způsob života vztahy mezi členy, ale i k samotnému romství.⁷

Pokud bychom měli shrnout některé charakteristické rysy romské rodiny, byly by to především tyto:^{7,8}

- a) Rodina se řídí přesnými **pravidly**, které určují nadřazené nebo podřazené postavení daného člena rodiny. Postavení závisí nejen na pohlaví, ale také se v průběhu biologického vývoje mění. I úlohy v rodině jsou přesně rozdělené.
- b) Příbuzenské povinnosti jsou nade vše, jsou závazné, protože i práva, která rodina poskytuje, jsou základem a ochranou existence.
- c) Dalším důležitým rysem je kolektivnost a soudržnost, která potlačuje samostatné rozhodování. Naopak řešení všech problémů se děje společně, často bouřlivě, ale s výsledkem jednoho jasného rozhodnutí. Často je to myšlenky či názor nejstaršího či nejváženějšího muže a ostatní se s ní ztotožní a přijmou ji za vlastní.
- d) Děti v romské rodině jsou více orientovány na své sourozence než děti v neromské rodině a vztahy romských rodičů k jednotlivým dětem jsou



diferencovanější, často je v nich otevřeně přiznána preference určitého dítěte, která je ostatními dětmi zcela akceptována.⁹

- e) Hlučnost romské rodiny i jednotlivých členů je také jednou z jejich charakteristik. Je dána především výše uvedenými důvody, pokud se chce jedinec prosadit ve velkém množství lidí, kteří žijí pohromadě, kolektivně řeší jakýkoliv problém, musí na sebe upozornit hlasitým projevem. Zvýšená agresivita se také objevuje, ale zároveň bouřlivá atmosféra trvá vždy jen krátce a „usmíření“ přichází velmi záhy.
- f) Dodržování vnitřních pravidel je pro bezpečnost skupiny zásadní, proto se společenství uchýlovalo k vlastnímu systému trestů, mezi nejnižší formy potrestání patřilo veřejné zostuzení, těžší prohřešky se řešily u romského soudu a nejvyšší trest bylo vyloučení z komunity. V současnosti se s těmito praktikami lze setkat u olašských Romů.
- g) Velmi důležité je pro Romy udržovat pořádek a čistotu. Romské ženy zodpovídají za úpravu a stav vnitřního vybavení a velmi si na něm zakládají. I vaření probíhá za přísných hygienických podmínek. To ale neplatí o likvidaci odpadků. Dříve se o odpadky Romové nestarali, protože kočovali a na jednom místě zůstávali jen krátkou dobu, také nevyprodukovali mnoho odpadu, většina byla organického původu, odpadky často zakopávali a ty se rozložily. Doba se ale změnila, ale často postoj k nepořádku blízko bydliště zůstává obdobný a zakořeněný z dávných dob.





h) Za výrazný znak Romů se udává také neschopnost plánovat do budoucna a žít ze dne na den. Tyto „vlastnosti“ jsou dané historií, kdy Romové ještě v druhé polovině 20. století dostávali za svou práci nejčastěji odměnu v podobě potravin, šatstva a jen výjimečně peníze. Neplánovali ani nešetřili, protože to v jejich životní situaci stejně nebylo možné. Navíc také majetek členů komunity je považován často za společný a tím, že dříve (ale i leckdy nyní) bydlí více členů na menším prostoru, nemají ani potřebu hromadit předměty, udržovat je a schraňovat.⁷

Při **komunikaci** neromů s Romy dochází někdy k nedorozuměním a konfliktům, a přitom by stačilo trochu více pochopit jinakost romského společenství.⁷

1. Mezi první komplikace často patří to, že Romové mají tendence předem naplánované schůzky rušit, i několikrát po sobě. Pokud se vyskytne totiž něco, čemu chtějí nebo musí dát přednost (ať už je to návštěva, nákup, hlídání dětí), schůzku ruší a mají pocit, že každý tuto situaci vyřeší. Nejde tedy o nezodpovědnost, či snad neochotu a neúctu, ale o odlišný postoj k času.
2. Romové často ze začátku cítí nedůvěru vůči neromské většinové společnosti. Jejich odtažitý přístup je patrný u všech, které neznají osobně. Tento počáteční nesoulad se dá vyřešit tím, že se první schůzka uskuteční v přítomnosti člověka, kterému obě strany důvěřují. Ideální by bylo, pokud by byl přítomen i další Rom, je ale důležité, aby pocházel ze stejné subetnické skupiny.
3. Podávání ruky při pozdravu je pro starší Romy nepříjemná záležitost. V tradiční romské kultuře si výjimečně podávali ruku dva muži, ženy ruku nepodávají, bylo by to považováno za neslušné až vyzývavé.⁷
4. Mladým lidem často starší Romové tykají. Neznačí to neúctu, v romštině je kritériem pro vykání či tykání stáří. Vrstevníci si mezi sebou tykají, pokud mluví Rom o starší, velmi vážené osobě, případně o zesnulém, může také hovořit v třetí osobě množného čísla.



5. Další překážkou u starší romské generace v komunikaci kromě jiného etnika může být i pohlaví a věk. Mohla by nastat mírně nepříjemná situace, kdyby se starším romským mužem hovořila žena. A obráceně, romská žena se nikdy nesvěří muži se svými myšlenkami otevřeně. Věkový rozdíl je obtížný více pro romské ženy, které cítí vysokou úctu ke starším a naopak starší romští muži by mohli mladší poučovat, nebrat vážně rady mladších.
6. Společné rozhodování o problémech se prakticky ukazuje i ve spolupráci s úřady, organizacemi a odborníky, proto je velmi pravděpodobné, že s Vámi bude jednat více členů rodiny zároveň.⁷
7. Romové obecně nemají tolik důvěru ke slově jako neromové, slova vnímají



jako
prostředky,
které
mohou
zradit, a
proto z nich
jde strach.
Romové
jsou
především

citliví na neverbální signály, které naznačují sympatie či antipatie k jejich osobě. Více času věnují tomu, aby se vyjadřovali gestem, držení těla, silou hlasu, intonací či hudbou.⁹

8. Zvyšování motivace Romů zapojit se do projektu, učení se něčeho nového, či spolupracovat s odborníky je možné názornými příklady, které ukáží, jaký konkrétní řešení jejich osobních problémů spolupráce přináší. Zvýšení motivace se u Romů děje především přes konkretizaci příkladů, které jsou spojeny s jejich vlastní osobou, s přesvědčením o důležitosti a prospěšnosti nové spolupráce a při nalezení vzájemného pochopení a úcty všech zúčastněných stran. Je důležité propojovat vzdělávání s praxí a



- s každodenním životem, navazovat na konkrétní zkušenosti, ukazovat bezprostřední užitek.⁹
9. V průběhu komunikace je velmi důležité klást na verbální i neverbální projevení respektu a úcty, dát najevo soustředěnou pozornost, trpělivost, že se nikam nespěchá a že rozhovor není ztrátou času.⁹
 10. V komunikaci uznáváme těžkosti rodiny, při projednávání závažných rozhodnutí respektujeme především hlavu rodiny, tedy otce.
 11. Při vstupu do domácího prostředí je dobré (stejně jako u všech lidí bez rozdílu) pochválit interiér, nabídnuté pohoštění, zajímat se o každodenní život rodiny. Nikdy však nechválíme čistotu a pořádek, to by bylo urážlivé.⁹
 12. V domácím prostředí Romů je velmi důležité přijmout nachystané občerstvení, výrazy díky a proseb ale v komunitě Romů nejsou běžné. Poděkovat a poprosit není běžné mezi Romy, protože společné sdílení je pro ně přirozené a vnímají, že jednou darují oni, podruhé někdo jiný jim.⁷
 13. Při návštěvě nespěcháme, respektujeme hierarchii, tedy nevyzdvihujeme např. mladší děti a nepodceňujeme ty starší, nehovoříme o nepřítomných členech rodiny, před dětmi prokazujeme rodičům úctu, pokud by bylo potřeba sdělit jakousi kritiku, učiníme tak mezi čtyřma očima.⁹
 14. V komunikaci Romové často přehánějí či neuvádějí pravdivé údaje, jednak je to jakási kompenzace pocitu méněcennosti, který se transgeneračně přenáší od okolí, jednak jsou Romové přesvědčeni, že je lepší říct to, co chce posluchač slyšet, než neupravenou pravdu.
 15. Ve vzájemné komunikaci dochází také k jazykové bariéře, kdy někteří Romové mají obavy, aby se neztrapnili, a tak raději své myšlenky neprezentují.⁷

V této kapitole je shrnuto v jasných bodech to, co může odborníkům pomoci se přiblížit romským neformálním pečovatelům, na co mají brát ohledy, co je lepší nedělat a jak se více vcítit do romské populace, která má, stejně jako všechny populace na světě, svá specifika. Zároveň jsou romští neformální pečovatelé stále jen pečovatelé, kteří mají své potřeby, které jsou detailněji probrány v následující kapitole.



4. Identifikace potřeb neformálního romského pečovatele

4.1. Definování potřeb

Pojem potřeba signalizuje nutnost organismu něco získat, něčeho dosáhnout, nebo se něčeho zbavit. Potřeba je pociťovaný nedostatek něčeho, opakem tohoto pojmu je stav rovnováhy, kdy nemáme žádné aktuální potřeby. Potřeba je životní nutnost (na rozdíl od přání) a dlouhodobé neuspokojování potřeb vede k narušení zdraví a pocitu pohody.¹

Potřeby můžeme dělit dle různých kritérií. Jednak je rozdělujeme na potřeby biologické, psychologické, sociální a duchovní, také je dělíme na potřeby jedinců – tedy individuální a potřeby více osob – kolektivní. Potřeby mohou mít buď materiální nebo nemateriální charakter. Existují také potřeby trvalé, které je nutné uspokojovat každý den, občasné s určitou pravidelností a výjimečné. Jedním z posledních dělení potřeb je také dělení na vědomé a neuvědomované.¹

Dle důležitosti se potřeby rozdělují na primární a sekundární a náročnost neformálního pečování se dotýká obou druhů potřeb. Primární potřeby jsou fyziologické, biologické a uspokojování těchto potřeb je nezbytné k samotnému životu. Patří sem potřeba potravy, vzduchu, tepla a vylučování odpadkových látek. Sekundární potřeby se označují též jako sociální, získané, naučené či kulturní, jsou to tzv. vyšší potřeby psychogenní a sociogenní. Jsou to například potřeby bezpečí, lásky, osobní hodnoty, krásy, spravedlnosti, pořádku.¹





Pokud jsou potřeby neuspokojovány, může se to projevit na psychické i tělesné stránce člověka. Člověk, v tomto případě neformální pečovatel, vykazuje možný neklid, úzkostnost, nesoustředění, nervozitu, pocity nenaplnění, stresu, který doprovází nepříjemné emoce jako např. zklamání, strach, nespokojenost, frustraci, pocity neschopnosti, selhávání.¹

4.2. Riziko deprese u neformálních pečovatelů

Při dlouhodobém neuspokojování vlastních potřeb může dlouhodobá frustrace a strádání vést až ke klinické depresi. **Deprese** patří mezi nejčastější psychiatrická onemocnění. V životě se s ní setká každý desátý člověk. Naprostá většina duševních onemocnění vzniká multifaktoriálně, to znamená, že se na vzniku nemoci podílí více faktorů – z těch zásadních jsou to vlivy genetické, změny ve fungování mozku, vrozená osobnost člověka, vlivy prostředí a výchovy, zátěžové situace, prožitá traumata, chronický stres a další.¹⁰ Při dlouhodobém neformálním pečování a neuspokojování vlastních potřeb se bohužel může kumulovat více rizikových faktorů najednou, které depresi spustí. Více studií na tuto problematiku poukazuje, že deprese u neformálních pečovatelů je bohužel několikanásobně častější než v běžné populaci. Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) ve svých materiálech zmiňuje, že deprese vyskytující se u neformálního pečovatele vyplývají z dlouhodobě náročné péče o blízkého. Další zahraniční studie poukazují i na zvýšené riziko sebevraždy u pečovatelů, ale také, že dlouhodobé deprese mohou způsobit fyzické násilí vůči nemocnému. Vědci také varují, že pokud pečovatel poskytuje kvalitní péči, a přesto se objeví zhoršení, může tato skutečnost vyvolat pocit viny a deprese. Psychicky náročnou okolností je pro pečovatele i situace, kdy potřebuje pomůcky k péči, ale jeho finanční situace nedovoluje tuto problematiku řešit.¹¹

Ženy jsou dvakrát častěji postiženy depresí než muži, riziko návratu depresivní epizody je vyšší než 50 %. Deprese se dělí na lehkou, středně těžkou, těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků a na těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky. Mezi hlavní příznaky deprese patří smutná nálada, která trvá minimálně 2 týdny, ztráta zájmu a prožitku radosti, pokles energie, zvýšená



únavnost. To vede k horšímu výkonu v zaměstnání či při pečování. K dalším symptomům patří snížená schopnost koncentrace, nerozhodnost, výčitky a pocity viny, ztráta sebedůvěry, poruchy spánku, změna chuti k jídlu, snížení libida a ranní pessima (nejhorší pokles nálady je ráno). Mezi výrazné projevy také patří zpomalení mentálních funkcí a hypochondrické myšlenky. Vysoké procento (až 2/3) depresivních pacientů má sebevražedné myšlenky a udává se, že 10-15 % těchto jedinců sebevraždu dokoná, proto je velice důležité se na tyto pohnutky ptát. Nemocný prochází různými fázemi, z počátku má pouze fantazijní představy o sebevraždě, které ale mohou nabývat postupně konkrétní představy až k realizaci. Pokud pacient dospěje k rozhodnutí sebevraždy, dochází často paradoxně k celkovému zklidnění a zdánlivému zlepšení. V léčbě deprese jsou nyní v popředí moderní antidepresiva, kterých je mnoho druhů, některá pomáhají s nespavostí, jiná naopak pacienta spíše aktivizují a mnoho z nich má mírné či žádné vedlejší účinky. Dalším přínosem poslední doby je, že velkou část antidepresiv mohou předepsat i praktičtí lékaři, kteří jsou často prvním kontaktem nemocného, nemocní mají ke svému lékaři větší důvěru, či se stydí jít do ordinace psychiatra, a tak může prvotní léčba deprese započít právě v ordinaci praktika. Naopak nejzávažnější stavy deprese se velmi často musí léčit za hospitalizace pacienta a v některých případech i využít elektrokonvulzivní terapie, která je v dnešní době bezpečným a efektivním typem léčby.

I když se uvádí možnost spontánní úzdravy, je nutné depresi léčit především pro riziko suicidia (sebevraždy), ale i pro výrazný pokles kvality života a možnosti recidiv či chronicity. Při léčbě depresí se doporučuje využít i možnosti psychoterapie, která je i dle obsáhlých studií přínosem. Je důležité, aby byl pacient poučen a vzdělán o své chorobě, aby i pacient mohl spolurozhodovat o své léčbě a probíhaly u něj časté kontroly a sledování stavu, zároveň je důležité zdůraznit, že se u deprese objevují recidivy a že čím dříve pacient příznaky rozpozná a začne se léčit, tím jednodušší bude jeho uzdravení.^{10,12,13}



4.3. Úskalí v naplňování potřeb neformálních pečovateli

V předchozí kapitole o depresi a v úvodní kapitole byla některá úskalí v neformální péči již nastíněna. Součástí práce s neformálními pečovateli je důležité zvědomovat a informovat o těchto problémech a překážkách tak, aby si pečovatel uvědomil, že s ním není „něco špatné“, ale že to patří k jeho nové a náročné roli a pokud si těchto signálů bude více všimát, dá se s nimi lépe a efektivně pracovat tak, aby byly zmírněny či zcela eliminovány z jeho života a tím zlepšil nejen život samotného neformálního pečovatele, ale i osoby, o kterou pečuje a rodiny a okolí, která pečovatele obklopuje.

Na potřeby pečujících se často nahlíží jen z perspektivy toho, co vyplývá a z péče o nemocného, jaký typ a závažnost onemocnění či zdravotního znevýhodnění pečovaný má. Jakoby se potřeby příjemce péče a pečovatele rovnaly a byly identické. Zdá se, že si široká veřejnost, úřady, ale často i odborníci myslí, že pečovatele stačí uspokojit tím, že je spokojen pečovaný. I samotní pečovatelé mají tendenci přehlížet vlastní potřeby a touhy a často nevnímají své jedinečné potřeby. Velké nebezpečí tkví v tzv. „**pohlčení péčí**“, které často i odborníci vyhodnocují jako příkladnou a bezchybnou péči a nevnímají pečovatele jako samostatnou lidskou bytost se svými vlastními potřebami.¹ Tento pohled, kdy se nerozlišuje mezi potřebami pečujícího a pečovaného, přímo plyne z péče a stavu a typu postižení pečovaného.

Rodiny neformálních pečovateli jsou nestandardní prakticky ve všech ohledech a bohužel jsou v mnoha případech znevýhodněny a ohroženy kombinací řady faktorů, které svým charakterem náleží ke skryté chudobě či psychosociální a materiální nepohodě. Poskytovaná neformální péče má závažné ekonomické dopady na pečující, protože skloubení péče a zaměstnání je často nemožné a jsou tak o 50 % více v domácnosti.³

Sociální izolace je dalším negativním důsledkem dlouhodobé neformální péče. Sami pečovatelé tvrdí, že až na základě vzniklé situace zjistili, kdo je a kdo není opravdový přítel. Pro pečující je také důležité a přínosné navazování nových přátelství a sociálních vazeb mezi pečujícími navzájem, vnímají tyto vztahy jako prospěšné a



obohacující, zejména tím, že je spojuje vzájemná výpomoc a pochopení.³ Více jak 70 % respondentů v jednom výzkumu neformálních pečovatelů uvedlo, že se v důsledku pečování cítí mnohem více izolovaní a vzdálení od ostatních lidí.¹⁶

Další výzkumy jednoznačně prokazují, že u pečovatelů se vlivem celkové psychické i fyzické zátěže **zhoršuje zdravotní stav** pečujících osob. Čím vyšší je stupeň postižení, tím více se zdravotní stav pečovatelů zhoršuje. Mnoho pečovatelů tak má své vlastní zdravotní obtíže, které jsou chronické, bolestivé a kvůli nedostatku času i energie jsou často nedostatečně řešeny.¹⁶

Všechna tato úskalí mohou vést až k **syndromu vyhoření**. Mezi hlavní spouštěče patří nedostatečný odpočinek, dlouhodobý stres, přehlížení varovných příznaků a nadměrná psychická a fyzická zátěž. To vše může vést až k totálnímu psychickému a fyzickému kolapsu organismu. Je nezbytné nepřehlížet první varovné signály. Jako prevence syndromu vyhoření stačí naplňovat základní potřeby, které jsou detailněji probrány v další podkapitole. Jedná se o péči o sebe, respektovat a držet si své vlastní hranice, mít zajištěnou podpůrnou sociální síť, umět odpočívat, mít svou vlastní pracovní aktivitu či koníček, dodržovat správnou životosprávu, včetně stravy, spánku a úměrné fyzické aktivity, zařazovat do svého života malé radosti a nezapomínat a svůj osobní život.¹⁶

4.4. Základní potřeby neformálních pečovatelů

Pro neformální pečovatele je často obtížné si uvědomovat a zvědomovat fakt, že i oni sami mají své vlastní potřeby, které je nutné naplňovat pro dlouhodobé fungování a zvládnání péče o svého blízkého. Pečovatele jsou totiž většinou nastaveni na naplňování potřeb a pocitu spokojenosti těch, kterým poskytují podporu a péči. Svě potřeby upozadují i z důvodu přesvědčení, že takto je to správně, takto si to naše společnost žádá – je třeba dát na první místo potřeby jiných, jinak jsou vnímáni jako sobečtí a egoističtí. Přestože je dokázané, že můžeme kvalitně pomáhat, podporovat a dávat jedině tehdy, když si sami naplňujeme své potřeby, většina lidí zná poučku, že v letadle napřed nasadí masku sobě, až pak svému dítěti, v realitě se takto většina



pečovatelů nechová. Kromě naplnění základních potřeb probírané výše, se vyskytují i specifické potřeby neformálních pečovatelů.¹⁶

Naplnění těchto potřeb je nejčastěji dosaženo skrze praktickou pomoc a podporu, zejména ze strany profesionálů. Mezi tyto nejužší potřeby patří ale důležitá **potřeba informací** (diagnostické, prognostické, co se postižení či onemocnění a tedy i potřeb pečovaného týče). Potřeba informací pociťovaná na straně pečovatele byla identifikována řadou studií, přičemž se jednoznačně ukazuje, že nejvyšší je na samém začátku poskytování péče, zejména když nemoc či handicap vznikl. Informace by měly být poskytnuté včas, odborníci by měli aktivně tyto informace sami od sebe poskytovat a měly by být co nejvíce specifické. Problémem je roztržitost informací nejen o nemoci, ale i o dostupnosti služeb a jak je zajistit.⁴

Kromě komplexních informací potřebují pečovatelé ale také načerpat **praktické dovednosti** a mají potřeby nácviku pečovatelských úkonů, ošetrovatelských činností a dalších. To vše jde v ruku v ruce s tím, že mezi hlavní potřeby pečovatelů patří hlubší, efektivnější a zlepšená komunikace s profesionály, ať už jsou to lékaři, pracovníci v sociálních službách, ve vzdělávacích institucích a dalších.⁴

Dle českého výzkumu mezi potřeby pečovatelů patří i potřeba jasného definování, co to vlastně neformální péče je, mít možnost získat **komplexní poradenství přímo pro pečující**, mít jasné místo ve společnosti a být za péči jasně oceněn. Pečovatelé vnímají jako zásadní uspokojit potřebu **zastupitelnosti v péči**, která by jim umožnila mít také vlastní čas pro sebe. Tuto potřebu by uspokojily služby jako osobní asistence, odlehčovací služby nebo stacionární či svozové služby, které by dokázaly obstarat individuální péči pro široké spektrum potřebných.¹

Mezi širší, ale neméně důležité potřeby pečovatelů patří **potřeba úlevy od stresu**, odpočinek a prostor pro vlastní aktivity, které nesouvisí s poskytováním péče.⁴

K úlevě také patří **možnost ventilovat své emoce a myšlenky**, které nemusejí být sociálně přijatelné. Pečovatelé často mají pocit, že musí být neustále těmi milujícími pečujícími osobami a není zde prostor pro vlastní negativní emoce a myšlenky. Pokud se objeví, často mají pak pečovatelé pocity viny a studu. Je důležité podporovat



pečovatele v tom, že péče je nesmírně náročná, nepříjemné a negativní emoce a myšlenky jsou normální součástí života a že neznamenaají, že péči nemohou vykonávat či ji vykonávají špatně. Péče o blízkou osobu omezuje svými povinnostmi život pečovatele, vytrácí se tak spontaneita, zejména v trávení volného času. Čím více bude podpory a porozumění ze strany okolí, tím lépe bude pečovatel svou náročnou roli zvládat.⁴ Kromě podpory okolí je pro pečovatele potřebné hovořit o svých pocitech a myšlenkách také s odborníky – psychology a terapeuty a také sdílet své vlastní zkušenosti s osobami, které zažívají obdobné strasti. V tomto nejvíce pomáhá nejen individuální psychoterapie, ale i párová či rodinná, a pak také **svépomocné skupiny**, které se neformálně scházejí a sdružují osoby, které se nacházejí ve stejné životní situaci a rozumějí obtížím, kterými si pečovatel prochází. Největším přínosem těchto skupin je poskytnutí emoční podpory, podpory ke zvládnání problémů, vytvoření nových přátelských vztahů a převzetí kontroly nad svým životem. Z výzkumů se ukazuje, že pečovatelé jsou ze začátku ke svépomocným skupinám spíše odmítaví, ale po setkávání se naprostá většina z nich cítí mnohem lépe.¹⁶





Sociální opora je jedna z klíčových potřeb neformálních pečovatелů. Zejména podpora ze strany manželky, manžela či partnera je významným zdrojem pro zvládání zátěžových situací.¹⁶ Pokud jsou problémy spojené s péčí sdíleny a zapojují se a pomáhají i ostatní členové rodiny, vnímání zátěže se výrazně zmenšuje. Nejvíce, dle výsledků šetření, pomáhají pečovatелům manželé či partneři, kteří pomáhají ve více než dvou pětinach případů, přesto téměř jedna polovina neformálních pečovatелů by ocenila větší pomoc.³ Možnost sociální opory, zejména v rodinném a blízkém okruhu je pro pečovatele důležitou potřebou, bez níž pečovatelé strádají. Síť rodinných příslušníků a přátel dodává energii, emoční podporu a pocit, že se mají na koho obrátit a nejsou sami.

Neméně podstatnou potřebou pro neformální pečovatele je také **čas pro sebe**. Pečovatelé, kteří minimálně 15 minut denně věnují k načerpání síly pomocí relaxace, poslechem hudby, četbou, péčí o květiny, ale i horkou sprchou, spánkem, dechovým cvičením jógou, autogenním tréninkem apod., vnímají péči jako méně náročnou. Za významné aktivity k vlastní regeneraci se také považují masáže, lázně, meditace, čas strávený v přírodě a laskavost k vlastní osobě.³

Z výzkumů vyplývá, že **asertivní chování**, díky kterému pečovatelé lépe definují své potřeby, dokáží říci „ne“ a drží pevněji své hranice, má pozitivní vliv na psychickou pohodu pečujících.³ To se pak odráží ve vyšší míře sebedůvěry a sebehodnocení a tím lépe pečovatelé zvládají zátěžové situace, efektivnější hledají řešení a získávají lépe pomoc a podporu. Pomáhá také celkový pozitivní přístup k životu, který se pojí s větším nadhledem, radováním se z maličkostí, s plánováním pozitivních zážitků a událostí, které pak pomáhají načerpat potřebné síly.¹⁶

U části pečovatелů je potřeba, či důležitý zdroj pro zvládání péče také **víra**, spiritualita a náboženství. Pozitivně ovlivňují duševní zdraví, pomáhají přijmout život takový, jaký je a uzdravuje vnitřní zranění.

Potřeba seberealizace je u neformálních pečovatелů často velmi upozaděna. Přesto je naplňování této potřeby opravdu nezbytné k dlouhodobému fungování. Je spojena i s potřebou smysluplnosti vlastní existence a s výhledem na další život.



Seberealizace může být profesního charakteru, ale i trávením svého volného času vlastními koníčky a zájmy.¹⁷

U rodičů handicapovaných dětí se můžeme setkat se specifickými potřebami, jednak potřeba samotného přijetí postižení dítěte, kdy rodiče hledají zázračné recepty, vyhledávají nové informace, nové lékaře a postupy. Dále se jedná o potřebu sdílení a ventilování svých problémů, kdy se pečovatelé – rodiče často dostávají do neustálé emoční tenze, protože často ani přátelé ani příbuzní neumějí či nechtějí o tomto tématu s rodiči hovořit. Dalším problémem je často spirituální krize, kdy někteří pochybují o božím milosrdenství a jejich potřeba spirituality je tím ohrožena. Neméně závažným trápením je otázka, kdo zajistí péči o dítě v celé délce jeho života. Potřeby těchto rodičů jsou zejména vůči profesionálům obsaženy v upřímnosti, porozumění a profesionálním přístupu. Pečovatel potřebuje získat čas, podporu a energii pro sebe.¹

4.5. Specifika u romských neformálních pečovatelů

Ke všem těmto specifickým problémům neformálního pečovatele se přidávají ještě problémy a překážky, které postihují především **romskou komunitu**. Celkově mají Romové horší zdravotní stav, včetně vyššího výskytu dlouhodobých zdravotních problémů a zkrácenou délku života ve srovnání s běžnou populací. Mají také horší přístup ke zdravotnickým službám a dalším typům podpory. Těch důvodů, proč to tak je, je mnoho, mezi ty nejčastější patří:^{14,15}

- a) nedostatek důvěry v lékaře neromy a zdravotnický systém
- b) diskriminace
- c) jazyková bariéra
- d) nižší úroveň vzdělanosti
- e) vnímání nemoci jako důvodu k hanbě
- f) vyšší míra obezity z důvodu chudoby



- g) nesprávný životní styl
- h) rozdílné subjektivní vnímání vlastního zdraví
- i) zanedbávání preventivních prohlídek
- j) vyšší riziko zneužívání návykových látek
- k) nedostatek financí na léky a dopravu

Kromě těchto objektivních důvodů, se přidávají ještě překážky, které vyplývají ze specifik romské komunity. pro Romy může být těžké se označit jako pečovatel či pečovatelka, protože tato role v romské komunitě není tolik uznávaná, je méně ceněná a blízcí nemusí chápat ten tlak a povinnosti, které se k této roli pojí. Kulturně také může být pro romské pečovatele obtížné hledat pomoc venku mimo komunitu, především pokud má osoba, o kterou se starají, problémy s duševním zdravím nebo závislostí. Objevuje se zde hrdost na soběstačnost a udržení věcí v komunitě, což může pečovatelům ztížit situaci. Samozřejmě jsou romští pečovatelé více zatíženi chudobou, nedostatkem pomoci, vybavení a pečováním v horších bytových podmínkách.

Všechny tyto a další důvody vedou k tomu, že romští neformální pečovatelé mají v českém systému ještě horší a obtížnější postavení než je tak u jiných neformálních pečovatelů. Proto je velice důležité, aby kromě naplňování potřeb, které mají všichni pečovatelé, se profesionálové a odborníci více zaměřovali na důkladnější edukaci, více vysvětlovali, co role neformálního pečovatele obnáší, včetně péče o zdravotní stav pečovatelů. Důležitou součástí je zvědomovat u romských pečovatelů jejich novou roli, která je ovlivňuje emocionálně, prakticky i finančně. Je potřeba, aby i blízcí romských pečovatelů pochopili a byli informováni o tom, kdo je to neformální pečovatel a jaké všechny povinnosti a závazky tato role s sebou přináší a jak se také blízcí mohou do péče zapojit. Péče o zdraví neformálního pečovatele je vzhledem k jeho roli důležitější, než kdy dřív, proto je vhodné motivovat romské pečovatele, aby komunikovali se svým praktickým lékařem, více dbali o své zdraví a chodili na preventivní prohlídky, informovali lékaře o tom, že jsou neformálními pečovateli a



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

věnovali více pozornosti preventivnímu očkování (např. proti chřipce), ale i svému fyzickému a duševnímu zdraví.¹⁴





5. Nabídka služeb pro neformální pečovatele v městské části Praha 9 a Praha 14

V této kapitole naleznete seznam kontaktů na služby v městských částech Praha 9 a Praha 14, které Vám mohou usnadnit Vaše pečování.

Protože se ne vždy území Prahy 9 a Prahy 14 rozlišuje, pokud nenaleznete vhodné služby v podkapitole jedné městské části, zkuste vyhledat informace v podkapitole druhé městské části. Veškeré kontakty jsou ověřeny, pokud ale i přes to nenaleznete to, co hledáte, vždy se obraťte na příslušný odbor sociálních věcí a zdravotnictví.

5.1. Praha 9

Jako Praha 9 se označuje několik způsobů členění hlavního města Prahy, které mají pokaždé jiné územní vymezení. Městská část Praha 9 zahrnuje celé katastrální území Prosek a části katastrálních území Vysočany, Hrdlořezy, Střížkov, Hloubětín, Libeň a Malešice. Pokud ale Prahu 9 chceme vnímat jako Městský obvod Praha 9, tak k ní náleží městská část Praha 9, Praha 18 (Letňany), Praha 14 (Kyje), Praha 19 (Kbely), Praha 20 (Horní Počernice), Praha 21 (Újezd nad Lesy), Praha-Běchovice, Praha-Čakovice, Praha-Dolní Počernice, Praha-Klánovice, Praha-Koloděje, Praha-Satalice a Praha-Vinoř.²⁰

Historicky základ Prahy 9 tvořily Vysočany a o nich je první písemná zmínka již roku 1115. Původně se jednalo o zemědělskou a vinařskou obci, v druhé polovině 19. století zde vznikaly první významné továrny jako Odkolkův parní mlýn a pekárna, Freyův cukrovar a mlékárna, pivovar, vinařská podnik Tauber a První Českomoravská továrna na stroje, pozdější ČKD. S rozvíjející se průmyslovou výrobou se také začaly stavět činžovní domy, rozvinula se živnostenská síť služeb a roku 1896 Vysočany s Prahou spojila elektrická tramvaj. Na počátku 20. století pak vyrostly klíčové továrny Praga a Aero. V roce 1902 byly Vysočany povýšeny na město a v roce 1922 byly připojeny k hlavnímu městu Praha, postupně se pak rozšiřovaly až do dnešní podoby Prahy 9.²¹



Aktuálně má Praha 9 necelých 50 tisíc obyvatel. Mezi nejvýznamnější stavby patří Kostel Krista Krále ve Vysočanech, který je neobvyklý tím, že je to vlastně činžovní dům. Dále pak Kostel nanebevzetí Panny Marie v Dolních Počernicích a Kostel sv. Václava na Proseku.²²

5.1.1. Radnice Prahy 9

Hlavní budova Úřadu městské části Prahy 9 je na adrese Sokolovská 14/324.



Naleznete zde všechny důležité odbory: odbor vnitřní správy, živnostenský odbor, odbor výstavby a územního rozvoje, odbor životního prostředí, odbor správy majetku, odbor ekonomický, odbor dopravy, odbor občansko správní, odbor školství a evropských

fondů a odbor sociální.

Vedoucí sociálního odboru je Mgr. Jana Dobišová Zemanová, MBA, telefon: 283 091 435, kancelář č. 324, email: dobisovaj@praha9.cz . Sociální odbor má čtyři oddělení: oddělení sociální péče a prevence, zřizovaná organizace, Klub pro děti a mládež Harfica a oddělení sociálně právní ochrany dětí. Oddělení sociální péče a prevence řeší agendu neformálních pečovatelských osob a kontaktní osobou je zde Bc. Petr Slavíček, DiS., telefon: 283 091 422, kancelář č. 336, email: slavicekp@praha9.cz .

5.1.2. Poskytovatelé sociálních a dalších služeb na Praze 9

Mnoho služeb je popsáno v následující podkapitole o Praze 14, zde jsou uvedeny hlavní a důležité kontakty, v případě potřeby Vám vždy pomůže příslušné oddělení městské části.



1) Sociální služby Praha 9, z. ú.

- služba nabízí komplexní nabídku sociálních služeb pro obyvatele Prahy 9, včetně pečovatelské služby, stacionáře, dětské skupiny, domova seniorů, domu s pečovatelskou službou, půjčovnu kompenzačních pomůcek, aktivizační centrum, vzdělávací centrum a prodej obědů
- služba sídlí na adrese Novovysočanská 505/8, Praha 9
- kontakty: ředitelka – Mgr. Michaela Žáčková, telefon: 284 086 900, email: reditel@ssspraha9.cz, webové stránky: www.ssspraha9.cz

2) Proxima Sociale, o. p. s.

- organizace má za cíl zvyšovat kvalitu života občanů a pomoci překonat jim nepříznivé životní situace, poskytují terénní programy, krizovou pomoc, odborné sociální poradenství, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a mnoho dalšího
- organizace nabízí pro Prahu 9 terénní programy na adrese: Jablonecká 718, Praha 9
- kontakty: vedoucí – Mgr. Alice Egertová, telefon: 775 610 001, email: t9@proximasociale.cz, webové stránky: www.proximasociale.cz

3) PROSAZ, z. ú.

- organizace nabízí komplexní služby pro zdravotně postižené, včetně sociálních služeb jako je osobní asistence, pečovatelská služba, noční pohotovostní služba, domácí zdravotní péče a další
- sídlo organizace je na Praze 5, ale sociální a zdravotní služby poskytují pro Prahu 9
- kontakty pro Prahu 9: telefon: 778 085 375, email: dispecinkPB@prosz.cz, webové stránky: www.prosz.cz



4) Asistence, o. p. s.

- organizace poskytuje sociální služby pro lidi s tělesným a kombinovaným postižením včetně osobní asistence a sociální rehabilitace na celém území Prahy
- kontakty: telefon: 739 006 382, email: stredisko@asistence.org, webové stránky: www.asistence.org

5) Česká unie neslyšících, z. ú.

- organizace pomáhá lidem se sluchovým či kombinovaným postižením na celém území hl. města Prahy, nabízí sociálně aktivizační služby a sociálně terapeutické činnosti
- kontakty na pobočku pro Prahu: telefon: 725 865 823, email: paha@cun.cz, webové stránky: www.cun.cz

6) Centrum duševního zdraví pro Prahu 9

- centrum pomáhá dospělé osoby se závažným duševním onemocněním z okruhu psychóz, poruch nálada či s poruchou osobnosti, spolupracují s celými rodinami, poskytují podporu, sociální poradenství, podporu v domácím prostředí, zprostředkování psychiatrické a psychoterapeutické péče a další
- kontakty: adresa – Poliklinika Prosek, Lovosická 440/40, Praha 9, telefon: 734 785 106, email: info@cdz9.cz, webové stránky: www.cdz9.cz

7) Centrum pro domácí péči Praha 9

- nabízí odbornou zdravotní péči v domácnosti klienta, provádí všechny základní úkony
- kontakty: Poliklinika Prosek, a. s., Lovosická 440/40, Praha 9, telefon: 266 010 141, webové stránky: www.poliklinikaprosek.cz/stranka-domaci-pece-292



8) Cesta domů

- na území celé Prahy tato nezisková organizace poskytuje registrované zdravotní a sociální služby, umožňuje pečování o nevléčitelně nemocné a umírající v jejich přirozeném prostředí a nabízí podporu jejich blízkým, kromě domácího hospicu, provozují poradnu, ambulanci paliativní a podpůrné péče, podpůrné služby, odlehčovací služby a půjčovnu pomůcek
- kontakty: telefon: 775 166 863, email: poradna@cestadomu.cz, webové stránky: www.cestadomu.cz

9) Život 90

- organizace podporuje seniory na celém území hl. města Prahy, nabízí odlehčovací služby, poradenství, centrum denních služeb, fyzioterapii a ergoterapii
- kontakty: telefon: 222 333 555, email: info@zivot90.cz, webové stránky: www.zivot90.cz

10) Hestia

- organizace sdružuje dobrovolníky, kteří jsou zapojeni v různých dobrovolnických projektech, například dobrovolníci vytvářejí hodnotný vztah s dítětem, které je znevýhodněné, či organizace propojuje dobrovolníky ve věku 50+ s rodinami, kterým schází kontakt s třetí generací, projekty jsou pro celou Prahu
- kontakty: telefon: 257 328 901, email: info@hest.cz, webové stránky: www.hest.cz

11) Arcidiecézní charita – Fátima – centrum pro tělesně postižené

- služba nabízí přechodné ubytování, podporu a pomoc při dosažení a zachování maximální míry soběstačnosti, dále asistenční služby



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

- kontakty: Slaviborské náměstí 4, Praha 9 – Třeboradice, telefon: 283 932 031, email: Fatima@praha.charita.cz, webové stránky: www.praha.charita.cz

12) Diakonie ČCE – Středisko Praha

- služby jsou poskytovány pro obyvatele celé Prahy, podpora je orientovaná především na rodiny dětí a dospělých s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením, mezi nabízené služby patří týdenní stacionáře, denní stacionáře, odlehčovací služby a raná péče
- kontakty: telefon: 235 517 303, email: stredisko@diakonie-praha.cz, webové stránky: www.diakonie-praha.cz

13) SKP HOPO – Horní Počernice

- organizace nabízí azylový dům, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, psychologické a pedagogické služby
- kontakty: adresa: Křovinovo náměstí 11/16, Praha 9 – Horní Počernice, telefon: 281 091 713, email: info@skphopo.cz, webové stránky: www.skphopo.cz

5.1.3. Zdravotnické služby na území Prahy 9

Mezi větší zdravotnická střediska na Praze 9 patří:

a) Poliklinika Frýdecká Letňany

- základní lékařské obory, adresa: Frýdecká 439, Praha 18 – Letňany

b) Poliklinika Kolbenova

- základní lékařské obory, adresa: Kolbenova 473/36, Praha 9 – Vysočany, telefon: 266 032 888, email: info@poliklinikokolbenova.cz

c) Poliklinika Vajgarská

- základní lékařské obory, adresa: Vajgarská 1141, Praha 9 – Kyje, telefon: 844 300 100



d) Poliklinika Prosek

- základní lékařské obory, adresa: Lovosická 440/40, Praha 9 – Střížkov, telefon: 266 010 111, email: info@poliklinikaprosek.cz, webové stránky: www.poliklinikaprosek.cz

e) Poliklinika Vysočany

- základní lékařské obory, adresa: Sokolovská 304, Praha 9 – Vysočany, telefon: 237 777 300, webové stránky: www.mediconas.cz

Psychiatrické ambulance

- 1) MUDr. Marcela Antončíková, Poliklinika Prosek, Lovosická 440/40, Praha 9, telefon: 266 010 313, email: pa.hvezdova@seznam.cz
- 2) ZB SANIMA, s. r. o., Poliklinika Prosek, Lovosická 440/40, Praha 9, telefon: 266 010 321
- 3) LTM-PRO, s. r. o. , Poliklinika Prosek, Lovosická 440/40, Praha 9, telefon: 266 010 271, email: psychiatrie.mspoustova@gmail.com
- 4) Psychiatrická ambulance MUDr. Simona Papežová, s. r. o., Poliklinika Prosek, Lovosická 440/40, Praha 9, telefon: 608 093 430, email: psychiatrie.papezova@volny.cz, webové stránky: www.psychiatriepapezova.cz
- 5) Hélio – centrum pro duševní zdraví, s. r. o., Poliklinika Frýdecká Letňany, Frýdecká 439, Praha 9, telefon: 266 090 174, webové stránky: www.heliocentrum.cz
- 6) MUDr. Kateřina Jelínková, Poliklinika Kolbenova, Kolbenova 473/36, Praha 9 – Vysočany, telefon: 266 032 089
- 7) MUDr. Zuzana Loutocká, Poliklinika Kolbenova, Kolbenova 473/36, Praha 9 – Vysočany, telefon: 266 038 853
- 8) MUDr. Ludmila Burešová, U Elektry 82, Praha 9, telefon: 266 311 382



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

9) MUDr. Pavel Tautermann, U Elektry 82, Praha 9, telefon: 266 311 382,
email: tautermann@seznam.cz

10) Léčba duše – Psychiatrické a psychoterapeutické centrum, Lipí
2556/3, Praha 9 – Horní Počernice, telefon: 733 312 172, email:
info@lecbaduse.cz, www.lecbaduse.cz

5.2. Praha 14

Praha 14 je od roku 1994 samostatnou městskou částí Prahy. Nachází se severovýchodně na území městského obvodu Prahy 9. Zahrnuje asi dvě třetiny katastrálního území Hloubětína a celá katastrální území Kyje, Černý Most a Hostavice. Praha 14 také vykonává některé přenesené působnosti i pro území městské části Praha-Dolní Počernice.¹⁸

Městská část Praha 14 je jednou z 57 městských částí hlavního města Prahy a ke dni 1. 1. 2021 měla 48 137 obyvatel, z toho bylo 8 457 cizinců. Černý Most je tvořen výhradně panelovými sídlišti. Rozděluje se na Černý Most I (dokončen v roce 1980



s přibližně 1780 byty) a Černý most II (postupně se stavící od roku 1985 s asi 7270 byty). Pod Prahu 14 spadají části Hloubětína: Nový a Starý Hloubětín, Za horou, sídliště Lehovec a sídliště Hloubětín, nejstarší zmínka o Hloubětínu se

datuje okolo roku 1257 a od roku 1922 je obec Hloubětín součástí Prahy. Kyje byly k Praze připojeny až v roce 1968, k území Kyjí patří také výrobní areály Laktos a Coca-Cola a odlehlé sídliště Jahodnice. Hostavice byly také k Praze připojeny v roce 1968 a převládají ze rodinné domy.¹⁹



V roce 1997 byla městské části udělena i samostatná vlajka a znak. Ve znaku je vyobrazena věž kyjského tribunového kostela sv. Bartoloměje, v levém poli je znak Rytířského Řádu Křížovníků s červenou hvězdou – červený osmihrotý maltézský kříž nad šestipaprscitou hvězdou v černém poli. Vlajka se skládá ze tří barevných pruhů – horní pruh – žlutá barva – nahrazuje zlatou barvu střechy kyjského románského kostela, střední pruh – černá barva – barva znaku Řádu Křížovníků a dolní pruh – červená barva.

Mezi významné stavby patří již zmíněný románský kostel sv. Bartoloměje v Kyjích postaven kolem roku 1230, dále kostel sv. Jiří v Hloubětíně z roku 1257, Hloubětínský zámek z 19. století a zámek v Hostavicích z 2. poloviny 19. století.¹⁸

5.2.1. Radnice Prahy 14

Budova radnice Prahy 14 byla v historii na několika roztroušených pracovištích, ale od listopadu 2002 již sídlí pouze na dvou místech – Bratří Venclíků 1073 a 1072. Na Úřadu MČ Prahy 14 můžete najít odbor životního prostředí, odbor hospodářské správy, odbor strategického řízení a komunikace, odbor správy majetku, odbor správních agend a přestupků, odbor dopravy, odbor právních a kontrolních činností, odbor řízení ekonomiky a školství, odbor sociálních věcí a zdravotnictví, odbor výstavby a živnostenský odbor.¹⁹

Vedoucí odboru sociálních věcí a zdravotnictví je Mgr. Dana Havlínová, kontaktní údaje – Úřad MČ Prahy 14, Bratří Venclíků 1072, telefon: 225 295 301 a email dana.havlinova@praha14.cz. Na tomto odboru je mnoho pracovníků, kteří mají přesně rozdělené kompetence, pokud nejsou vyhledatelné na webových stránkách Úřadu MČ 14, je dobré se obrátit na centrálu na telefonním čísle 225 295 101 pro bližší informace.¹⁹



5.2.2. Poskytovatelé sociálních a dalších služeb v Praze 14

Seznam níže pochází z oficiálních zdrojů Úřadu městské části Prahy 14 a Farní charity Prahy 14.

1) Oblastní spolek Českého červeného kříže Praha 9

- kromě domovů pro seniory a domova se zvláštním režimem, spolek nabízí pečovatelskou službu a domácí ošetrovatelskou službu a to zejména pro Prahu 14.
- Sídlo pečovatelské služby je na adrese: Kpt. Stránského 996/2, Praha 14 – Černý Most. Pracovní doba: 7:00 – 15:30
- kontakty: vedoucí služby – Bc. Adéla Grolbertová, telefon: 777 680 977, email: vedouci.pecovatelska@cckp9.cz, webové stránky: www.cckp9.cz

2) Diakonie Církve bratrské

- Středisko Černý Most se zaměřuje na služby pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením. Nabízí centrum denních služeb, osobní asistenci a chráněné bydlení.
- Sídlo Střediska Černý Most je na adrese: Mansfeldova 801/4, Praha 14 – Černý Most
- kontakty: vedoucí střediska – Bc. Jan Hašek, DiS., telefon: 737 208 915, email: vedouci.cm@diakonie.cz, webové stránky: www.cb.cz/diakonie/cerny-most

3) Sdružení na pomoc dětem s handicapem, z. s./Komunitní centrum Motýlek, z. ú.

- Komunitní centrum Motýlek podporuje děti se zdravotním znevýhodněním a jejich rodiče, dále pak pomáhá dětem a dospívajícím, kteří jsou znevýhodnění sociálně. Provozují centrum denních služeb, nízkoprahový klub Pacific, sociálně aktivizační služby, terénní služby a chatu Lužanku.



- Sídlo komunitního centra je na adrese: Vlčkova 1067, Praha 14 – Černý Most
- kontakty: centrum denních služeb – telefon: 777 964 763, email: cds@motylek.org, webové stránky: www.motylek.org

4) Jahoda, o. p. s.

- Nezisková organizace Jahoda zaměřuje své sociální služby na děti, mladé lidi a jejich rodiče. Provozuje nízkoprahové kluby, terénní program pro děti a dospívající, mateřskou školu, dětské skupiny a komunitní rodinné centrum.
- sídlo neziskové organizace Jahoda je na adrese: Vybíralova 969/2, Praha 14 – Černý Most
- kontakty: ředitelka – Mgr. Magda Juráňová, telefon: 733 738 121, email: info@jahoda.cz, webové stránky: www.jahoda.cz

5) Neposedá, z. ú.

- Komunitní sociální služba pro jednotlivce i celé rodiny, do programu patří nízkoprahové kluby a terénní programy pro dospívající, sociální prevence pro osoby bez přístřeší, seniory, rodiny a jednotlivce v nouzi, prevence ztráty bydlení, psychoterapeutické a adiktologické centrum pro děti a dospívající
- sídlo je na adrese: Šimanovská 47, Praha 9
- kontakty: provozní ředitelka – Jana Haltufová, DiS., telefon: 732 228 657, email: info@neposeda.org, webové stránky: www.neposeda.org

6) Bona, o. p. s.

- Poskytují služby pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízké. Mezi nabízené služby patří chráněné bydlení, podpora zaměstnávání, terénní týmy a poradenství.



- sídlo organizace je na adrese Pod Čimickým hájem 177/1, Praha 8 – Bohnice, mají ale terénní tým, který je určený přímo pro Prahu 14
- kontakty: Terénní tým pro Prahu 14 – Lea Martoňáková, telefon: 731 233 823, email: lea.martonakova@bona-ops.cz, webové stránky: www.bona-ops.cz

7) Dětské centrum Paprsek

- Dětské centrum nabízí pobytové a ambulantní sociální služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením a poruchami autistického spektra, denní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby a náhradní rodinnou péči
- sídlo organizace je na adrese: Šestajovická 580/19, Praha 9 – Hloubětín
- kontakty: ředitelka – Mgr. Ivana Hejlová, telefon: 281 045 931, email: info@dcpaprsek.org, webové stránky: www.dcpaprsek.org

8) Farní charita Praha 14

- pečovatelská služba pro seniory, osoby se zdravotním postižením osoby s tělesným postižením, osoby s kombinovaným postižením
- sídlo farní charity je na adrese: Bobkova 34, Praha 14 – Černý Most
- kontakty: ředitelka – Viktorie Šobejova, telefon: 739 203 254, email: fch@praha14.charita.cz, webové stránky: www.praha14.charita.cz

9) Společnost Duha

- Společnost poskytuje tři sociální služby, které jsou určené pro osoby s mentálním znevýhodněním – ambulantní služba Centrum denních služeb, pobytová služba Chráněné bydlení a terénní služba Podpora samostatného bydlení
- Centrum denních služeb Nová Duha sídlí na adrese: Náměstí Plukovníka Vlčka 696/4 a 697/3, Praha 14 – Černý Most



- kontakty: ředitelka – Bc. Michaela Chromá, telefon: 734 757 213, email: novaduha@spolecnostduha.cz, webové stránky: www.spolecnostduha.cz

10) Centrum Slunečnice, o. p. s.

- Organizace provozuje na podporu osob se zdravotním znevýhodněním sociální podnik (kavárnu s chráněnými pracovními místy, dále veřejně prospěšné služby pro dospělé lidi se zdravotním znevýhodněním, smysluplné naplňování volného času a kultury)
- centrum sídlí na adrese: Maňáková 745, Praha 14 – Černý Most
- kontakty: ředitelka – Lucie Kádnerová, telefon: 777 219 162, email: info@slun.cz, webové stránky: www.slun.cz

11) Pestrá společnost, o. p. s.

- Organizace nabízí lidem se zdravotním postižením kynologické služby a integrační aktivity, které přináší moderní pohled na soužití psa s člověkem, cvičí psí asistenty pro děti i dospělé osoby, dále nabízejí služby ergoterapeutů a ambulantní sociální služby
- centrum sídlí na adrese: Kučerova 785/19, Praha 14 – Černý Most
- kontakty: vedoucí sociální služby – Mgr. Klára Pragerová, telefon: 603 553 566, email: info@pestra.cz, webové stránky: www.pestra.cz

12) Rehafit, o. p. s.

- organizace nabízí rehabilitační služby pro tělesně postižené, dále canisterapii, psychoterapeutickou poradnu, nutriční poradenství a další služby, některé jsou hrazené z pojištění, některé jsou na přímou platbu
- organizace sídlí na adrese: Kpt. Stránského 999/5, Praha 9
- kontakty: telefon: 702 12 12 81, email: recepce@rehafit.cz, webové stránky: www.rehafit.cz



13) Centrum sociálních služeb Praha

- toto centrum nabízí především sociální, ale také zdravotní, informační a vzdělávací služby obyvatelům Prahy, přímo na Praze 14 sídlí Služba nerodičovské předškolní péče v denním centru, která provozuje Dětskou skupinu BONA
- služba sídlí na adrese Šromova 862, Praha 14
- kontakty: telefon: 731 056 172, email: jana.bochnakova@csspraha.cz,
webové stránky: www.dsbona.cz

14) ČTRNÁCTKA – Centrum volného času

- Organizace nabízí volnočasové aktivity pro děti i dospělé, miniškoličku, dětskou hernu, logopedii, výpomoc s úkoly do školy a různé workshopy
- organizace sídlí na adrese Bobkova 755, Praha 14 – Černý Most
- kontakty: předsedkyně – Kateřina Chvátalová, telefon: 603 249 427,
email: katachvatalova@seznam.cz, webové stránky: www.centrum14.cz

15) Úsměv pro seniory – Pečovatelská služba pro Dolní Počernice a Hostavice

- organizace nabízí terénní sociální služby, navíc také provozuje denní stacionář pro seniory a půjčovnu zdravotnických pomůcek
- organizace sídlí na adrese Poliklinika Parník, Generála Janouška 902/17, Praha 14, kancelář č. 5 v suterénu
- kontakty: Bc. Monika Vorlíčková, telefon: 703 372 923, email:
vorlickova@usmevproseniory.cz, webové stránky:
www.usmevproseniory.cz



5.2.3. Zdravotnické služby na území Prahy 14

Na území Prahy 14 se nacházejí 3 větší zdravotnická zařízení: Poliklinika Černý Most (tzv. „Parník“), Poliklinika Bioregena Kyje a Poliklinika Hloubětín. Je zde také 8 lékáren.¹⁸

1) Poliklinika Černý Most - Parník

- zde sídlí základní lékařské odbornosti, včetně fyzioterapie, logopedie, psychologie, dále oční optika a pečovatelská služba Úsměv pro seniory (viz seznam výše)
- kontakty: Generála Janouška 902/17, Praha 14, telefon: 281 863 161, email: recepce@poliklinikaparnik.cz, webové stránky: www.poliklinikaparnik.cz

2) Poliklinika Bioregena

- sídlí zde základní lékařské odbornosti, včetně centra prenatální diagnostiky, logopedie, žilní poradny, dermatovenerologické ordinace, proktologie a psychiatrie
- kontakty: Vajgarská 1141, Praha 9 – kyje, email: poliklinika@bioregena.cz, webové stránky: www.bioregena.cz

Psychiatrické ambulance

- 1) MUDr. Milica Hrušková – Poliklinika Bioregena, Vajgarská 1141, Praha 14, 3. patro, telefon: 731 233 053, email: hruškova.milica@gmail.com, webové stránky: www.psychiatriepraha9.cz
- 2) MUDr. Miroslava Hainová, Mochovská 38/535, Hloubětín, telefon: 281 868 445



Půjčovny zdravotnických pomůcek

- 1) Úsměv pro seniory – Roman Vorlíček, Za černým mostem 865/17, Praha 9
– Hloubětín, telefon: 739 127 848, webové stránky:
www.usmevproseniory.cz
- 2) RehaKomp – U Hostavického potoka 830/24, Praha 9 – Hostavice, telefon:
704 075 555, email: pujcovna@rehakomp.cz, webové stránky:
www.rehakomp.cz

5.3. Kontakty na organizace podporující neformální pečovatele

Kromě mnoha výše uvedených kontaktů na organizace a služby, které pomáhají neformálním pečovatelům a jejich rodinám, naleznete v této kapitole ještě několik dalších organizací, které pomáhají lidem pečujícím o jinou osobu.

1) A DOMA, z. s.

- organizace poskytuje osobní asistenci a věnuje se také potřebám pečujících, zastřešuje multidisciplinární tým odborníků včetně ergoterapeuta, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta, psychoterapeuta, mediátora, klinického farmaceuta, právníka, sociálního pracovníka a trenéra paměti
- kontakty: Milan Zachariáš, telefon: 733 194 952, email: info@a-doma.cz, webové stránky: www.a-doma.cz

2) Alfa human service, z. s.

- organizace poskytuje široké spektrum pomoci pro pečující, ať již je opečovávanou osobou dítě či dospělý se zdravotním postižením, dlouhodobě nemocný, člověk po úraze či senior, včetně konzultací, terapeutického poradenství, koučinku, facilitace, vzdělávání a ergoterapie, provozuje také informační portál Alfabet (www.alfabet.cz)
- kontakty: telefon: 722 913 207, email: info@alfabet.cz, webové stránky: www.alfahs.cz



3) Byznys pro společnost, z. s. – Starám se a pracuji

- projekt poskytuje bezplatnou poradnu pro pečující, nabízí sociální a zdravotní poradenství, psychologickou pomoc, právní podporu a finanční poradenství
- kontakty: vedoucí projektu – Pavel Štern – 607 919 028, email: poradna@byznysprospolecnost.cz, webové stránky: www.staramseapracuji.cz

4) Pečuj doma

- projekt zajišťuje Diakonie ČCE, v rámci projektu je zřízená bezplatná linka pro pečující, vzdělávací kurzy, videa a příručky
- kontakty: bezplatná linka: 800 915 915, email: poradna@pecujdoma.cz, webové stránky: www.pecujdoma.cz

5) Unie pečujících, z. s.

- organizace podporuje pečující skrze poradenství, pořádání svépomocných a tvořivých setkání, obhajobou práv a vzdělávání a osvětou
- kontakty: společnost sídlí v Brně, ale poradenství lze vykonávat i na dálku, telefon: 733 678 890, email: info@uniepecujicich.cz, webové stránky: www.uniepecujicich.cz

6) Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z. s.

- asociace poskytuje služby odborného sociálního poradenství pro rodiče zdravotně postižených dětí a mládeže
- kontakty: telefon: 724 193 409, email: poradna@arpzpd.cz, webové stránky: www.arpzpd.cz

7) Pečovat a žít

- projekt organizace Spiralis, o. s., který pro pečovatele zřizuje podpůrnou skupinu, seznámí pečovatele se sociálními podniky a vhodnými



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

neziskovými organizacemi, pečovatelé získají bezplatnou psychologickou podporu, právní podporu a konzultace na míru

- kontakty: Ilona Fábry, telefon: 607 090 003, email: ifabry@spiralis.cz,
webové stránky: www.pecovatazit.cz

8) Péče bez překážek, z. s.

- spolek organizuje svépomocné skupiny, informační portál a bezplatné online fyzioporadenství pro pečující
- kontakty: email: pece.bez.prekazek@gmail.com, webové stránky: www.pece-bez-prekazek.cz

9) Česká alzheimerovská společnost

- společnost pořádá Čaj o páté – setkání svépomocných a podpůrných skupin pro pečující, často jsou zváni i odborníci
- kontakty: Eva Jarolímová, telefon: 283 880 346, email: eva.jarolimova@alzheimer.cz, webové stránky: www.alzheimer.cz



6. Řešení krizových situací

Krizové situace se v životě nevyhýbají nikomu, u neformálního pečování v domácím prostředí mohou být krizové situace častější, náročnější a mohou pečovatele i jejich blízké překvapit těžkostí v řešení.

Krizové situace se netýkají jen osoby, o kterou se pečuje, ale týká se také samotných pečovatelů, proto je tato kapitola rozdělena na dvě samostatné podkapitoly, které popisují některé konkrétní krizové situace na obou stranách a nastiňují možná řešení.

6.1. Krizové situace na straně pečujícího

V této kapitole jsou shrnuty krizové situace, které se týkají samotného pečovatele. V každé podkapitole naleznete stručné shrnutí, možnosti řešení a v poslední podkapitole jsou také tipy na vytvoření pomůcek, které ulehčí samotnou krizovou situaci, pokud nastane.

6.1.1. Vyrovnaní se s diagnózou potomka

Po zjištění diagnózy se každý člověk může zachovat zcela unikátně a nelze předvídat naše reakce. Člověk může být v šoku, v pocitech odmítání, zlosti, smutku, zklamání,



zmatku, vzteku, hněvu, bezmoci, nespravedlnosti, v pocitech viny, může se snažit najít viníka a podobně. Po určité době dochází alespoň k částečnému smíření a přichází potřeba řešit situaci prakticky.

Obecně se nedoporučuje hledat informace na internetu, kde často najdete mylné a zavádějící informace. Naopak je dobré se co nejvíce ptát odborníků, u pracovníků rané péče, lékařů či psychologů. V první řadě si dopřejte čas na rozmyšlení, co



budete dělat dál, neukvapujte se. Buďte s lidmi, kteří vás podpoří, kterým se můžete svěřit, je možné, že někteří blízcí z vašeho života odejdou, ale zase přijdou jiní, velmi hluboká přátelství vznikají v podpůrných a svépomocných skupinách. Systematicky se snažte budovat síť odborníků, kteří mají odborné znalosti a zkušenosti. A také důvěřujte sobě a svému milovanému potomkovi, že to společně vše zvládnete skrze lásku. Je dobré snažit se nehledat viníka, dopřát si psychologickou pomoc pro sebe, nedělat z postižení tabu, cítit negativní a „ošklivé emoce“, myslet na sebe a dopřávat si chvíle klidu, odpočinku, respektovat potřeby dalších členů rodiny, snažit se zapojit co nejvíce lidí od počátku do pomoci s péčí, později již ochota někdy klesá. Samostatnou těžkou kapitolou je informovat o diagnóze okolí, rodinu, jakým způsobem o problému mluvit, jak to vše vysvětlit a lépe zpracovat. Pomáhá se také zaměřit na to pozitivní, co vše s vaším dítětem můžete podnikat, jaké radosti vám dítě přináší a bude přinášet i do budoucna.²³

6.1.2. Nerovný přístup a šikana

Bohužel u osob, které mají určité znevýhodnění, častěji stává, že jsou obětmi vztahu mocenského nastavení a jsou snáze zneužitelní, šikanovatelní, nebo zanedbáváni. Často se také nemohou bránit, či dokonce tuto situaci rozpoznat či pojmenovat svým blízkým, o to více je důležité znát pravidla a kontrolní mechanismy, jak se těmto situacím snáze vyhnout. Šikana může být psychická, fyzická, mít podobu nadávek, pomluv, vyhrožování, ponižování či skrze moderní technologie – tzv. kyberšikana. Šikana se objevuje nejčastěji ve školských institucích mezi vrstevníky, ale také sama autorita někdy může šikanovat a i v sociálních službách, zejména pobytových není bohužel o šikanu nouze. Jako vhodná prevence je obklopení se dobrou sítí přátel, ale i organizací a zařízení, na které máte dobré reference od jiných lidí. Dále je dobré mít „svého psychologa“ či terapeuta, který zná vás i vašeho blízkého a buď funguje jako dobrý preventivní prvek, nebo pokud už se šikana děje, snáze se trauma zpracuje. Ptejte se v zařízeních, jak takové rizikové situace vnímají, jak s nimi pracují, sledujte celkový přístup pracovníku ve službě k vám a všem uživatelům, ptejte se do detailu, jak konkrétně nabízená služba bude vypadat, jak velký je tam prostor pro individuální přístup, průběžně se informujte a zajímejte, co se ve službě děje, mluvte o tom



s personálem i samozřejmě s vaším blízkým, nejlepší jsou pravidelné schůzky např. jednou za měsíc se zaměstnanci, se kterými řešíte přímo vás. Snažte se vést „hluboké“ rozhovory s osobou, o kterou pečujete, pomáhejte si obrázky, nenechte se odbýt odpověďmi, že je vše dobré, zkuste více nahlédnout do toho, jak tráví celé dny, jak se k němu chovají ostatní. Někdy lze vyzorovat ze změny chování, že se děje něco špatného, ať už je to odmítání chodit do instituce, zhoršení psychického stavu, zhoršení kvality spánku včetně nočních děsů, časté somatické obtíže nejasného původu (bolesti břicha, zvracení, nechutenství), zhoršení soustředění až k fyzickým zraněním – modřinám či šrámům. Pokud se Vám osoba blízká svěří, že ho někdo ponižuje či šikanuje, nikdy toto sdělení nepodceňujte a plně důvěřujte právě jemu, naslouchejte a společně, pokud to lze, přicházejte se závěry, jak tuto situaci řešit dál, pokud to jde, chtějte souhlas, že takto dále můžete postupovat, že je to pro něj či pro ni přijatelné. Stále ujišťujte, že berete vážně celou situaci. Kontaktujte pracovníky služby, informujte se, co o tom vědí, chtějte informace od vedení, jaké následné kroky bude služba podnikat, pokud se situace neřeší, obraťte se na zřizovatele dané služby, popřípadě krajský úřad a odbor sociálních věcí. Dále se také můžete obrátit na Ministerstvo práce a sociálních věcí – odbor inspekce sociálních služeb, pokud je situace vážná, obraťte se na policii, a pokud nejste stále spokojeni s řešením, kontaktujte Kancelář veřejného ochránce práv (ombudsmana).²³

6.1.3. Zvládání náročného chování osoby, o kterou pečujeme

Náročné chování je velmi široký pojem, někdy se také hovoří o problémovém chování, na druhé straně je tento název stigmatizující, protože vždy poukazuje jen na jednoho viníka, tedy na problémového člověka. Chování může být náročné, pokud je dotýčný agresivní fyzicky či verbálně, sebepoškozující se, nerespektuje pravidla, ohrožuje bezpečí sebe či okolí. Vždy je v těchto případech důležité se obrátit na odborníky, kteří vám jednak mohou ulevit od náročného pečování pomocí odlehčovacích či terénních asistenčních služeb. Dále je důležité nalézt psychoterapeutickou podporu pro sebe jako pro pečujícího, mnoho organizací (zmíněné výše v této metodice) ji poskytují zcela zdarma. Náročné chování je vhodné řešit s ambulantním psychiatrem či s dalšími odborníky z této oblasti. Vy jako



pečovatel se můžete opřít o to, že se budete v této oblasti vzdělávat a více informovat, dále také sdílet své zkušenosti s ostatními pečujícími, kteří řeší obdobné či dokonce stejné náročné situace a se kterými se můžete propojit v podpůrných a svépomocných skupinách. Existuje mnoho metod, přístupů a terapií, které jsou zaměřeny na zvládnání náročného chování u různých diagnóz, někdy je tato cesta více „pokus-omyl“, ale vyplatí se tyto metody zkusit a hledat řešení, která budou vyhovovat zrovna vám a vaší situaci.

Vyplatí se pozorovat situace, které vedou k náročnému chování, můžete si je zapisovat podrobně s detaily. Z těchto zápisků můžete lépe odvodit spouštěče vašeho blízkého, ale také své vlastní, konzultujte tyto zápisky s dalšími lidmi, kteří vás znají, s psychologem, psychiatrem, s asistenty a dalšími. Snažte se vyvarovat spouštěčům, zkoušejte odvádět pozornost jinam změnou tématu, podáním oblíbené hračky, věci či dobrůtky a podobně. Zkuste změnit prostředí, najít klidné místo. Spolupracujte s ambulantním psychiatrem a mějte představu o možné pobytové psychiatrické péči ve vašem okolí, připravte si podklady pro případnou hospitalizaci, pokud by ohrožoval/a sebe či okolí, tyto hospitalizace mohou proběhnout i nedobrovolně za asistence rychlé záchranné služby. Je to v zájmu vás i vašeho blízkého. Pokud se situace takto vyhrotí, nevyčítejte si to, udělali jste maximum, co bylo ve vašich silách.²³

6.1.4. Vyčerpání pečujícího

Péče o ne zcela soběstačnou osobu je velmi náročná fyzicky i psychicky. Je spojena s malými možnostmi péče o vlastní osobu, s málo časem na sebe, své koníčky a



odpočinek. Tuto „práci“ málokdo ocení, je těžké obrátit se na někoho s prosbou o pomoc, a tak se můžete lehce dostat do situace, kdy budete popudlivější, podrážděnější, slabí, vyčerpání, bez elánu či motivace. Pokud si nebudete hlídat své vlastní



hranice, můžete dojít až do úplného pocitu vyčerpání, deprese či syndromu vyhoření. Mezi varovné signály patří na emoční úrovni pocity nestíhání, chaosu, rezignace, apatie, ztráta smyslu vašeho konání, úzkosti, téměř neustálý pocit stresu, frustrace, beznaděje či vzteku, sebelítost, plačtivost, zvýšená sebekritičnost a pocity osamění a prázdnoty. Na úrovni fyzické se jedná o pocit chronické únavy, časté bolesti hlavy či břicha, bolesti na hrudi, bušení srdce, nemožnost se nadechnout, poruchy spánku, nechutenství, poruchy paměti a soustředění, návaly horka a chladu, ubývání či přibývání na váze. A na sociální úrovni se pak projevuje nezájem o ostatní, nízká empatie, narůstání konfliktů, odcizení se s stažení se, problémy ve vztazích. Pokud máte pocit, že se vás tyto signály týkají, je klíčové vyhledat odbornou pomoc psychologa, psychoterapeuta či psychiatra, také pomáhají podpůrné skupiny. Dalším krokem je více se vzdělávat v oblasti vlastní psychohygieny, nastavovat si lépe své hranice, nenechávat se přetěžovat a naučit se říkat ne. Snížit na sebe nároky, více mluvit o svých pocitech, přeskládat své priority, upřednostnit sám sebe.^{23, 24}

6.1.5. Panická ataka u pečujícího

Zhoršení psychického stavu vás jako pečujícího se někdy může projevit poprvé jako tzv. panická ataka. Je to velmi nepříjemný stav úzkosti, který se projevuje somaticky různými způsoby, nejčastěji však problémy s dýcháním, pocením, návaly horka či naopak zimnicí, třesem, závratí, rychlým bušením srdce, bolestí na hrudi, strachem ze smrti, často panická ataka vypadá jako opravdový infarkt myokardu. Pokud si sami nejste jisti, zda-li se jedná o ataku nebo o infarkt, je nutné zavolat sanitku. Jen lékař může infarkt myokardu stoprocentně vyloučit. Pokud jste si jisti, že se jedná o ataku, je dobré následovat tyto kroky: je dobré najít co nejklidnější kout, kde se budete cítit v bezpečí, snažte se uzemnit, tedy posadit se na židli či na zem. Pokud máte někoho dalšího poblíž, jděte za ním, nechte se obejmout, utišíte, držte se za ruce. Snažte se odvést si své myšlenky a pozornost jinam, například vzpomínejte na co, co máte rádi, co hezkého jste včera dělali. Pomáhá vyjmenovávat co nejvíce věci, které vidíte ve svém okolí, jaké věci slyšíte, jaké věci cítíte nosem, jaké věci cítíte hmatem. Dále se snažte své myšlenky upnout k vlastnímu dechu. V panice se dechová frekvence zrychluje a často můžete mít pocit, že se až udusíte. Můžete se snažit provádět



dechová cvičení, či dýchat do sáčku. Položte si ruce na hrud' a na břicho, nadechnete se do břicha při hlasitém počítání do tří a na pět dob postupně vydechnete – ústy nebo nosem. Pokud je to možné, přidávejte postupně doby, vždy vydechovat delší čas než při nádechu. Není vhodné, abyste v této chvíli kouřili, pili kávu či alkohol. Je možné si dát vodu a nějakou sladkost, pokud na to budete mít chuť. Jestli nepomáhá uzemnění, je možné zvolit opačnou taktiku a snažit se začít hýbat, stačí dřepy, běh na místě. Někdy je také dobré zkusit do něčeho vši silou tlačit, například do podložky, tím se vaše myšlenky a energie zkoncentrují na vyvíjený tlak. V neposlední řadě je možné, že už víte sami nejlépe, co vám pomáhá, jsou to často oblíbené písničky, zpívání, jógová pozice, nebo něco jiného.²⁵

6.1.6. Když pečující nemůže poskytnout péči

V životě také mohou nastat situace, kdy se pečující nemůže starat o druhého, protože je sám indisponovaný. Může to být onemocnění, akutní i plánovaná hospitalizace, nehoda, stárnutí pečující osoby, rozpad rodiny, úmrtí a jiné. Jsou to situace, na které se nedá stoprocentně připravit, ale i tak vhodnými opatřeními je možné dopad krizové situace zmírnit. Pro osobu závislou na péči je samozřejmě nejméně stresující, pokud může zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí. To se dá zařídit, pokud máte dostatečnou síť lidí, kteří jsou ochotni Vám pomoci a kteří také někdy vyzkoušeli pečovat o blízkého, zná postupy péče a jak se má o něj či o ni postarat. Kromě zastupitelnosti, kterou využíváte i běžně během normální péče, je pro tyto případy dobré sestavit komplexní plán péče, který dává dohromady všechny informace potřebné i k delšímu období pečování. Měly by tam být informace o tom, jak vypadá váš běžný den, co má/nemá rád/a, v jakých úkonech je potřeba pomoci, jak komunikuje, zdravotní péče, místa, kam dochází a podobně. Je dobré zkusit, aby se o vašeho blízkého staral i někdo jiný, ze začátku stačí malé krůčky, třeba jen na hodinu, později můžete tyto intervaly prodlužovat třeba i na celý den. Tento plán péče můžete také sdílet se sociálním pracovníkem obecního úřadu, který vám jednak může pomoci při jeho sestavení a jednak ho může mít k dispozici u sebe na sociálním odboru, kdyby nastala nenadálá situace. V případě, že by byla přivolána policie např. k Vám domů a nikdo nebyl doma, pravděpodobně osobu, o kterou pečujete odvezou



do nějakého zařízení, před tím by ale policie měla kontaktovat sociální odbor, a pokud tam bude konkrétní plán péče, je pravděpodobné, že se jím budou řídit a například kontaktují osoby, které jsou tam uvedené. Je dobré mít zmapovanou profesionální pomoc od organizací, které vám mohou nabídnout terénní asistenční služby či odlehčovací služby. Opět je dobré tyto služby využít, i když je nutně nepotřebujete, berte to jako nácvik na neočekávanou situaci. Kromě plánu péče je dobré mít vyplněné další SOS karty, nebo mít chytrou ztracenku urgent ID (více v následující kapitole 6.1.7.).²³

6.1.7. SOS karty a další pomůcky pro přípravu krizové situace

Pro krizové situace je dobré mít při ruce různé pomocné kartičky a informace pro okolí či pro odborníky.

Kromě speciálních kartiček vytvořené za tímto účelem je dobré mít dobře vybavený telefon. Jednak mít nastavenou rychlou volbu – zmáčknutím jednoho tlačítka se vy nebo vaše osoba blízká spojí s někým kompetentním, dále mít stále zapnuté gps v mobilu, pokud to jde, mít aplikaci, ve které navzájem sdílíte svou přesnou gps polohu. Také můžete mít staženou aplikaci Záchranka, která je přímo napojena na záchrannou službu. Po stisknutí tlačítka se vytáčí číslo 155 a posílá nouzová zpráva s vaší polohou, až když se ale telefonicky propojíte, záchranná služba opravdu vyjíždí. Další aplikací může být tzv. Chytrá ztracenka, která je propojena s Urgent ID, kterým může být náramek či přívěsek a na kterém jsou nahrány důležité informace o onemocnění, postižení, s kontakty na vás, na lékaře, jak postupovat při záchvatu, seznam léků a podobně, pokud přiložíte tento čip (přívěsek, náramek, klip) k telefonu s nahanou aplikací, okamžitě se vám načtou potřebné informace.

Dále by měla mít osoba u sebe SOS kartu, nejlépe v peněžence nebo někde u občanského průkazu, ve které jsou zaznamenány kontakty na blízké osoby a další důležité zdravotní i jiné informace, rozšířenou verzí je pak zdravotní pas, který již podrobně popisuje celkový stav včetně toho, co má/nemá osoba ráda, jak se k ní chovat v případě náročné situace a podobně. Stejně tak je ale dobré mít jako pečující u sebe SOS kartu pro pečující, protože pokud vy sami se ocitnete v situaci, kdy



budete potřebovat okamžitou pomoc, tímto lidé, co vás zachraňují zjistí, že pečujete o člověka, který také potřebuje neodkladnou pomoc. V této kartě, kterou také nejlépe noste v peněžence uvádíte informaci o sobě, o osobě, o kterou pečujete včetně kontaktů a adresy a pak také další kontakty, na které je možné se obrátit v případě nouze.²³

Kromě krizového plánu, který máte doma na viditelném místě, mají ho také vaše blízké osoby a sociální pracovník na příslušném úřadu, také organizace Pečuj doma nabízí službu, která je propojena s tzv. Nouzovým plánem péče. Na jejich webových stránkách www.pecujdoma.cz vyplníte tento nouzový plán, označíte dvě kontaktní osoby, které souhlasí s vaším zastupováním, plán zašlete prostřednictvím webových stránek, organizace vám poštou zašle průkaz pečujícího, na kterém také bude bezplatná linka Pečuj doma 800 915 915, se kterou se pak osoby mohou propojit a organizace se pak bude snažit zajistit náhradní pečující a další náležitosti dle vašeho nouzového plánu.

6.2. Krizové situace na straně osoby, o kterou se pečuje

V této kapitole jsou přehledně rozděleny možné krizové situace, které mohou nastat u osoby, o kterou pečujete. Některé krizové situace jsou spíše psychického charakteru, v druhé části jsou pak shrnuty nejčastější krizové situace, které se objevují při zhoršení fyzického stavu.

6.2.1. Hospitalizace osoby, o kterou pečujete



Hospitalizace je náročným momentem pro každého z nás, všichni zažíváme strach, obavy a nejistoty, zároveň se někdy setkáváme s nepříjemným přístupem personálu. Krátkodobá, dlouhodobá hospitalizace, ale i pouhé ambulantní vyšetření může



být pro osobu se znevýhodněním velmi komplikovaný a stresující zážitek, který zhoršuje i menší porozumění a přizpůsobení se nemocničnímu prostředí.

Ke zvládnutí této krizové situace se hodí mít na dosah blízké a přátele, kteří znají vás i osobu, o kterou pečujete. Dále je dobré spolupracovat se svým praktickým lékařem, který osobu dobře zná, může být v kontaktu s nemocnicí, připravit vhodně zdravotnickou dokumentaci a zařídit hladší průběh, stejně jako další lékaři jako psychiatr, pediatr a další. Osoba hospitalizovaná by měla mít u sebe např. SOS kartu, která usnadňuje orientaci a komunikaci s personálem. Dále je důležité mít na paměti, že práva a zákony České republiky jsou na Vaší straně. Všem pacientům je garantována stejná zdravotní péče, nikdo nemůže odmítnout pacientovi léčbu jen pro jeho diagnózu, pacient má právo na úctu, důstojné zacházení a ohleduplnost. Pokud se nejedná o akutní hospitalizaci, je dobré si dopředu zařídit schůzku v nemocnici s personálem na daném oddělení. Můžete vytvořit tzv. zdravotní pas, kde je sepsáno, jakou člověk potřebuje podporu, co má a nemá rád, jak komunikuje. Připravte osobu na to, co ho čeká, použijte i netradiční prostředky, aby situaci lépe pochopil (např. obrázky, fotografie atd.). Zjišťujte, jaké jsou možnosti hospitalizace s doprovodem, někdy pomůže doporučení od psychiatra, že doprovod při hospitalizaci je nutný. Člověk s těžkým mentálním postižením má možnost osobního asistenta ve zdravotnickém zařízení, o nutnosti doprovodu rozhoduje ošetřující lékař, je potřeba k osobní asistenci mít doporučení ošetřujícího lékaře a schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Když hospitalizace nastane, informujte rodinu a blízké a snažte se konkretizovat, jakou pomoc byste ocenili. Komunikujte s personálem nemocnice, zároveň se praktickým či dalším odborným lékařem. Nechte si vše dobře vysvětlit od ošetřujícího lékaře. Je dobré mít dopředu seznam věcí, které dotyčný bude v nemocnici potřebovat (léky, oblečení, hygiena atd.), je možné, že tyto věci bude muset přivést někdo jiný než vy sami.²³

6.2.2. Ztratila se osoba, o kterou pečujete

Pokud pečujete například o osobu s mentálním postižením, je možné, že nastane situace, kdy se může Váš blízký ztratit. Je dobré být na tyto situace co nejlépe připraveni. Jednak být ve spojení s rodinou, blízkými a lidmi ze sociálních služeb,



školy a pod., kteří vašeho blízkého dobře znají a mohou být nápomocní v tom, že znají jeho návyky, či chutě, kde se rád pohybuje, kudy chodí a podobně. Pokud Váš blízký umí používat alespoň základně mobilní telefon, je možné zde nastavit několik funkcí. Jednak rychlou volbu, kdy stačí zmáčknout jedno tlačítko a přímo se dovolá Vám, sdílení polohy telefonu, kdy se na Vašem telefonu ukáže, kde se Váš blízký pohybuje s velkou přesností při zapnuté GPS lokaci. Další možností je aplikace Záchranka, která je přímo napojena na systémy záchranných služeb, po stisknutí nouzového tlačítka se odesílá nouzová zpráva záchranářům a až po telefonickém spojení se zajistí výjezd posádky. Další možností je Urgent ID – chytrá ztracenka, která na náramku či přívěsku má nahrané důležité informace – jméno, onemocnění, postižení, kontakty, seznam léků a další. Tento čip se přiloží k mobilu, která má požadovanou aplikaci a vše se okamžitě zobrazí. Dále by v peněžence měly být SOS karty, které popisují obdobné informace v papírové formě. Důležitou prevencí těchto situací jsou nácviky. Je důležité si rozplánovat, co Vašeho blízkého chcete naučit – je to oslovení někoho cizího, aby mu pomohl, či aby dokázal zavolat, nebo aby se orientoval v okolí? S nácviky Vám může pomoci i odborní specialisté. Pokud se již Váš blízký ztratil, nezvedá telefon, mějte rozmyšleno, komu dalšímu budete volat, jaký má harmonogram dne, zda víte, kde se přesně v těchto chvílích může pohybovat, pokud se dokáže vrátit sám domů, aby někdo z blízkých doma zůstal, mějte u sebe vždy jeho aktuální fotografii, kde je mu dobře vidět do obličeje a neobávejte se obrátit na policii.²³

6.2.3 Deprese

S depresí se setká každý desátý člověk, je to tedy velmi časté duševní onemocnění. Deprese vzniká z různých příčin, většinou se na vzniku podílí více faktorů, také se deprese může objevit jako druhotná diagnóza např. po úrazu mozku, užíváním některých léků, po některých infekcích a podobně. Mezi hlavní příznaky deprese patří smutná nálada, která trvá minimálně 2 týdny, ztráta zájmu a prožitku radosti, pokles energie, zvýšená únavnost. To vede k horšímu výkonu v zaměstnání či ve škole. K dalším symptomům patří snížená schopnost koncentrace, nerozhodnost, výčitky a pocity viny, ztráta sebedůvěry, poruchy spánku, změna chuti k jídlu, snížení libida a



ranní pessimism (nejhorší pokles nálady ráno. Mezi výrazné projevy také patří zpomalení mentálních funkcí a hypochondrické myšlenky. Vysoké procento (až 2/3) depresivních pacientů má sebevražedné myšlenky a udává se, že 10-15 % těchto jedinců sebevraždu dokoná, proto je velice důležité se na tyto pohnutky ptát. V léčbě deprese se používají moderní antidepresiva, některá pomáhají s nespavostí, jiná naopak pacienta spíše aktivizují a mnoho z nich má mírné či žádné vedlejší účinky.³⁰

6.2.4. Agresivita

Agrese je často způsob, jak vyjadřuje blízký své potřeby, může se rozzlobit, když má strach, nebo jsou frustrovaní, cítí bolest či nepohodlí. Je přirozené, když se cítíte napadeni, že se instinktivně bráníte a hádáte, to ale situaci jen zhoršuje. Tím, že víte, že agrese je součástí onemocnění vašeho blízkého, vám může pomoci reagovat klidným a podpůrným způsobem. Zkuste se zamyslet, co se stalo těsně před tím, než výbuch začal. Možná si všimnete spouštěče, který agresivitu vyvolal. Snažte se vyloučit bolest jako spouštěč. Používejte jemný tón, popřípadě uklidňující dotek, zhluboka se nadechněte a zůstaňte co nejklidnější. Mluvte pomalu a udržujte tichá hlas, který je uklidňující a pozitivní. Někdy pomáhá tzv. validace pocitů, tedy, že blízkého ujistíte, že je v pořádku, že se takto cítí a že jste tu pro něj. Zkoušejte zklidnit prostředí kolem vás – ztišit hudbu, vypnout televizi, poprosit ostatní lidi, aby opustili místnost. Také hudba má významný vliv na náladu a zklidnění, Pusťte oblíbené písně, broukejte uklidňující melodie či přehrajte relaxační hudbu. Někdy pomáhá přesunout pozornost na nějakou jinou činnost, zejména tu, kterou má dotyčný rád. Pokud nic nezabírá, odejděte z místnosti, dejte bližnímu prostor, před odchodem však zkontrolujte, zda je prostředí bezpečné a zda si během vaší nepřítomnosti nemůže ublížit. Pokud se váš blízký stává nebezpečný sobě či okolí, ale situace není extrémní, zavolejte na pomoc někoho blízkého, pokud jste v nouzové situaci, neváhejte se obrátit na rychlou záchrannou pomoc. Je důležité, abyste raději opakovaně zmínili, že agresivita je součástí nemoci/demence/úrazu mozku a tak dále, že se nejedná o kriminálního a je potřeba ho odvézt do psychiatrické nemocnice.³²



6.2.5. Stav zmatenosti, delirium

Zmatenost může mít více příčin, ve stáří je to nejčastěji projev demence, může se také ale jednat o tzv. delirantní stavy, neboli blouznění, které se může vyskytnout u vysokých horeček, vlivem některých psychicky aktivních látek, například léků, alkoholu a podobně. U osob s pokročilou demencí se tyto stavy objevují častěji – především při zhoršení zdravotního stavu, jako jsou běžné infekce močových a dýchacích cest, užíváním některých léků či dehydratací. Deliria se také objevují u pokročilých stádiích některých chorob, například jaterní cirhózy, u umírajících lidí či při celkové vyčerpanosti. Delirium může být hypoaktivní, kdy je blízky spavý, apatický, někdy úzkostně bezradný, neorientuje se v čase, často ani v místě. Pak také existuje delirium hyperaktivní, kdy je blízky neklidný, neúčelně se pohybuje, nebo třeba něco hledá, přerovnává, chce odejít nebo odchází z bytu, neorientuje se v čas a často ani v místě, může mít halucinace i bludy, že ho někdo sleduje, pronásleduje, nebo okrádá, utíká z nemocnice, vytrhává si zdravotnické pomůcky (kanyly, katétr), vyhazuje věci z lůžka, vykřikuje, bývá vulgární, hrubý, někdy i fyzicky agresivní. U mírných forem zabírá klidnění blízkeho tónem hlasu, kontaktem (držením za ruku), vždy je ale důležité řešit příčinu. U opakovaných či hyperaktivních delirií jsou potřeba zklidňující psychofarmaka, v tu chvíli vždy je nutné volat linku 155.²⁷

6.2.6. Epileptický záchvat

Pokud jste přítomni u probíhajícího epileptického záchvatu, který většinou vypadá jako záškuby všemi končetinami, blízky ztrácí vědomí, na začátku často vykřikne, pokouše si jazyk, upadne, je ztuhlý, nedýchá a zmodrá. Postupně jak začne chrčivě dýchat, slinit a rytmicky škube končetinami, často se na konci záchvatu pomočí, zůstává ochablý a v bezvědomí. Je potřeba odstranit předměty, o které by se mohl poranit, pokud to lze, uvolnit oděv kolem krku a podložit hlavu něčím měkkým a uložit blízkeho do stabilizované polohy. nebráníme v pohybech, nerozevíráme ústa ani nic nedáváme mezi zuby. Pokud má po skončení záchvatu blízky obtíže s dechem, zakloníme mu hlavu, předsuneme dolní čelist, vyčistíme ústa. Pokud je blízky po záchvatu zmatený či agresivní, uklidňujeme ho slovně, ale ne fyzicky. Záchranou službu voláme, pokud se jednalo o první záchvat, jedná se o nakupení více záchvatů,



po záchvatu přetrvává dezorientace nebo se záchvat opakuje, nebo došlo k poranění.³¹

6.2.7. Poruchy při vyprazdňování

Na vyprazdňování má vliv mnoho faktorů, včetně nežádoucích účinků léků, psychického stavu, stravy, dostatečné pohybové aktivity a další. Pokud máte podezření na zácpu, tedy, že se váš blízký po dobu tří a více dní nedokáže vyprázdnit, nebo jen ve velmi malém množství, je vždy na místě se obrátit na praktického lékaře a tuto problematiku řešit. Nejčastěji se podávají tzv. laxativa jako je Lactuloza, Regulax, glycerinový čípek, čaje nebo klystýr.²⁶ Pokud zácpa vznikne nově bez zjevné příčiny, pokud dochází ke střídání zácpy a průjmů, objeví se krev ve stolici a nebo je zácpa provázená bolestmi břicha a zvracením, urychleně stav konzultujte s lékařem.²⁷

Naopak při průjmu, který se definuje jako řídká stolice nejméně 5x denně je v první fázi dobré podat živočišné uhlí a opět kontaktovat lékaře. Především u starších lidí a malých dětí se zdravotní stav u průjmu může dramaticky změnit i během jediného dne, zejména je blízký ohrožen dehydratací a ztrátou důležitých solí. Pokud kromě průjmu má dotýčný horečku, křeče, zvrací, má krev nebo hlen ve stolici, zrychlený pulz, zažloutlé bělmo očí, silně rozpraskané rty nebo vyrážku, kontaktujte doktora ihned, popřípadě rovnou linku 155.²⁶

Zadržení (retence) moči se může objevit jako další komplikace při vyprazdňování, častěji se objevuje u mužů, kdy je způsobena zvětšením prostaty. Močový měchýř je někdy hmatný jako bolestivý pružný útvar nad stydkou kotí, blízký si stěžuje na bolest břicha, bolestivé nucení na močení, někdy jen neklidem a zmateností, někdy odchází jen malé množství moči, aniž by se močový měchýř zcela vyprázdnil. Na vymočení někdy pomáhá přiložení teplého termoforu nebo posazení se do vany s teplou vodou, ale většinou je nutný lékařský zásah – vycévkování.²⁷



6.2.8. Poruchy při příjmu potravy a tekutin

K projevům nedostatečné výživy patří kromě úbytku hmotnosti, která ale nemusí být nápadná nebo je maskována otoky, ubývá také výrazně svalová hmota, je zvýšená



únava,
zimomřivost,
svalová
slabost,
nejistá
chůze,
omezování
pohybové
aktivity,
špatné

hojená ran a časté infekce. Při výrazném nechutenství je potřeba odstranit zácpu, přechodně podávat nedráždivá jídla, konzultovat stav s lékařem, popřípadě podávat nutriční doplňky z lékárny, např. Nutridrink. Za určitých okolností je lékařem doporučeno zavedení žaludeční sondy či umělé vyústění žaludku (PEG).²⁷

K příznakům nedostatku tekutin, tzv. dehydratace, patří zejména: únava, bolest hlavy, neklid, zmatenost, pokles krevního tlaku, závratě s pády, rychlá srdeční akce s bušením srdce, oschlá sliznice úst včetně jazyka, nepružnost pokožky, náhlý úbytek hmotnosti, klesající objem tmavé moči. Pokud se nedaří dosáhnout dostatečného příjmu tekutin, zejména při zvracení, průjmech a pocení, je nutné podávání nitrožilních infuzí, které je možné zařídit i v domácím prostředí skrze návštěvu praktického lékaře či zdravotní sestry z agentury domácí péče. Při pocení, průjmech a zvracení je důležité pít minerální vodu, zejména s obsahem sodíku, nepodává se čistá voda a při zvracení se lépe udrží chladné nápoje po malých doušcích.²⁷

Naopak vysoký objem tělesných tekutin se projevuje jako velmi světlá moč, dušnost, otoky v oblasti kříže a kotníků, stoupající krevní tlak.²⁶



6.2.9. Poruchy dýchání

Poruchy dýchání se projevují jako dušnost, kdy má člověk pocit, že se může udusit a úzkost, která s dušností přichází, pak poruchy dýchání jen prohlubuje. Dušnost není onemocnění, je to projev nějaké nemoci, člověk cítí tíži na prsou, nedostatek vzduchu, obtížně se mu dýchá. Může se objevit náhle nebo se postupně zhoršuje, fyzicky ho omezuje, mohou se objevit otoky kotníků, únava, pocení či horečka. Náhlá dušnost se může objevit při astmatickém záchvatu, vdechnutí cizího tělesa, infarktu, srdeční arytmie či plicní embolie, dlouhodobá dušnost pak při onemocnění plic, srdce, krve, psychického vypětí, stresu, nadváhy a špatné kondice. Celkově ke zmírnění dušnosti prospívá časté větrání, nepřetápění, zvlhčený vzduch (alespoň mokrým ručníkem na radiátoru), v poloze polosedě, zvlhčení úst doušky pití, dýcháním přes vlhký kapesník, dechovými cvičeními (hluboký nádech nosem a dlouhý výdech ústy), dýchání do balónku či pytlíku, masáž stimulující dýchání. Závažná dušnost je doprovázena modrofialovým zbarvením rtů a okrajových částí těla. Pokud máte pocit, že se dušnost zhoršuje, vždy volejte 155.^{26, 27}

6.2.10. Pády

Pády ohrožují člověka na zdraví od drobných odřenin, naraženin, přes vážnější zlomeniny až po ztrátu vědomí. Léčba je často nepříjemná, komplikovaná a zdlouhavá. Příčiny pádu jsou buď vnitřní (slabost, závrať, dehydratace, onemocnění, přecenění svých sil), či vnější (překážky v cestě, kluzké povrchy, velké množství léků, alkohol, nevhodné pomůcky a podobně). Existují preventivní opatření pádu, kdy se upravuje prostředí, vybírají bezpečné pomůcky a aktivizuje se blízký. Pokud již dojde k pádu, v doporučeních se píše, že by vašeho blízkého vždy měl vyšetřit a ošetřit lékař, i když nejsou na první pohled viditelná zranění. Také se snažte zamezit manipulaci s člověkem na zemi, aby nedošlo k dalšímu zranění, přivolejte pomoc, zkontrolujte stav vědomí a schopnost reagovat na oslovení, zkontrolujte základní životní funkce (vědomí, dech, popř. tep), uklidněte blízkého, později pak pád nahlaste ošetřujícímu lékaři.²⁸



6.2.11. Umírání

Umírání v domácím prostředí je možné a je vysoce humánní. Umožňuje být v těsném kontaktu s umírajícím člověkem a završit tak vztah s blízkým člověkem. Zároveň je to velmi náročná situace pro pečující rodinu, nejen psychicky, vztahově, komunikačně a emočně, ale také ošetrovatelsky a zdravotně. Je naprosto nezbytné být v těsné spolupráci s praktickým lékařem, s agenturou domácí péče, mít zpracovaný krizový plán, jak postupovat při různých komplikacích včetně napojení nejlépe na profesionální zdravotníky z mobilního hospice a také mít nejlépe zajištěnou psychoterapeutickou podporu po úmrtí ošetřovaného člověka.²⁸

Někdy dojde ke smrti velmi náhle, často v noci ve spánku, beze svědků, jindy předchází poslední fázi postupné vyhasínání života, nebo naopak posledního zápasu – agonie. Dýchání v závěru života může být nepravidelné a přestávky mezi jednotlivými dechy velmi dlouhé (10 i 15 vteřin), že se nám může zdát, že blízký již zemřel a on opět začne dýchat. Je dobré být v posledních chvílích u lůžka nemocného, není nutné mnoho říkat, ale pamatujte si, že umírající vás stále slyší. Smrt poznáte podle toho, že člověk nereaguje ani na silné hlasové podněty, na bolestivé podněty (např. štípnutí do ruky), není patrné dýchání (chybí pohyby hrudníku, není nic slyšet, pokud máte ucho u úst, zrcátko se nezamlží), puls není hmatatelný ani na krčních tepnách, zornice oka je široká, nereaguje na světlo, někdy oči zůstávají otevřené a nejdou zavřít.

Bezprostředně po smrti zavolejte praktického lékaře (v pracovní době) nebo lékaře záchranné služby a požádejte je o návštěvu, aby konstatoval úmrtí. Dále zesnulého uložte do vodorovné polohy – vyndejte polštář a další podložky, je lepší nechat tělo přikryté dekou, zpomalíte tak chladnutí. Ztlumte topené, otevřete okno. Před příjezdem lékaře a pohřební služby je vhodné se rozloučit se zesnulým, můžete k tomuto aktu přizvat i příbuzné.

Před příjezdem lékaře nachystejte občanský průkaz zemřelého, jeho kartičku pojištěnce, rodný a oddací list a lékařské zprávy. Lékař musí být zavolán neodkladně, ale pro převoz mrtvého těla pohřební službou nejsou žádné zákonné lhůty, můžete a nemusíte zesnulého sami umýt a obléknout, je dobré to učinit hned na začátku před jeho ztuhnutím. Tyto úkony ale také samozřejmě zajistí pohřební služba, kterou si



vyberete sami dle vlastního výběru. Pohřební služba si odveze kopie zdravotních protokolů, které vystavil lékař (list o prohlídce mrtvého a příkaz k převozu zesnulého). Pak si stanovíte termín schůzky k dojednání pohřbu, kam přijdete se svým občanským průkazem, občanským průkazem a rodným listem zesnulého, se kterým pak může pohřební služba zařídit na matrice úmrtní list. I když je po smrti k zařizování mnoho formálních úkonů, je dobré najít si čas na rozloučení se zemřelým, udělat tečku, vzdát mu hold, projevit úctu. Rozloučení usnadní i vaše následné vyrovnávání s jeho odchodem.²⁹

6.2.12. Náhlé zhoršení zdravotního stavu

Náhlé zhoršení zdravotního stavu může vypadat různě a není možné vyjmenovat všechny možné scénáře. Mezi obtíže patří například:²⁷

- a) bezvědomí – řešením je uložení do stabilizované polohy na boku, zavolání 155
- b) bolest na hrudi – pokud se váš blízký léčí se srdcem, možná máte doma nitroglycerin tabletu či sprej pod jazyk, zavolat 155
- c) dušnost – pokud nepomáhají úlevové mechanismy vč. polohy vsedě, volat 155
- d) meléna – černá dehtovitá, páchnoucí stolice – natrávená krev, která pochází z horní části trávicího traktu, volat 155
- e) zvracení krve čerstvé (světle červené) či natrávené (barva kávové sedliny) při větším objemu volat 155



Obecně lze říci, že linku 155 voláte v případě, kdy se u vašeho blízkého objeví poruchy vědomí a bezvědomá, dýchací obtíže a dušení, náhlé problémy s řeší,



zrakem, koordinací a hybností (příznaky mrtvice), objeví se náhlá bolest na hrudi vystřelující do zad a do levé ruky a nevolnosti (příznaky infarktu), po pádu a úrazu, po otravě chemikáliemi a léky, při agresivním chování, kdy váš blízký ohrožuje sebe či své okolí. Mějte pro tyto případy připravené desky s dokumenty: občanský průkaz, průkaz zdravotní pojišťovny, poslední lékařské zprávy, seznam užívaných léků a jejich dávkování, kontakt na ošetřujícího lékaře. Pokud bude potřeba vašeho blízkého resuscitovat, operátor na tísňové lince vás bude tímto procesem krok za krokem provázet a dávat podrobné informace a bude s vámi v nepřetržitém spojení až do příjezdu zdravotníků.²⁶



7. Vzorové příklady

V této kapitole lze nalézt několik autentických příběhů z průběhu tohoto projektu a také shrnutí výsledků evaluace, která byla především zaměřena na reálné potřeby pečovatelů.

Krátké příběhy jsou sepsány za souhlasu klientů, často oni sami byli těmi, kteří aktivně shrnovali svůj život pečujícího se všemi jeho překážkami a obtížemi, proto je to především niterná sonda do obyčejného každodenního života romského neformálního pečovatele v Praze. Všechna jména a údaje, které by mohly prozradit pravou identitu klientů, jsou samozřejmě pozměněna, příběhy ale zůstávají autentické, s minimálními stylistickými zásahy tak, aby se jednalo o co nejvíce autentické sdělení.

7.1. Hana B.

Hana je 47letá žena starající se o svého manžela na invalidním vozíku. Hana je momentálně nezaměstnaná. Předchozí práci musela opustit, aby se mohla plně věnovat manželovi a pečovat o něj. Paní Hana působí odevzdaně, svého muže miluje a péči o něho vnímá jako poslání. Říká o sobě, že sama nic nemá, ale i přesto by se rozdala pro ostatní. Na oplátku nic neočekává, chce ostatním pomáhat.

Paní Hana je 5 let vdaná, její manžel je polymorbidní pacient, který je částečně upoutaný na invalidní vozík. Trpí svalovou atrofií. Manželovi by přiznán II. stupeň příspěvku na péči, který mu byl v březnu roku 2022 odepřen po sociálním šetření, kdy manžel požadoval navýšení na III. stupeň. Manžel se ale odvolal a vyžaduje opětovné přiznání II. stupně závislosti, nebo navýšení na III. stupeň. Věc odvolání je stále v řešení. Paní Hana je ve vztahu spíše v podřízeném postavení.

Paní Hana má z prvního manželství syna, který trpí mentálním postižením. Dle jejích slov mu nechala být a odstěhovala se. Syn nyní žije sám, má ustanoveného opatrovníka.

Paní Hana žije společně se svým manželem v azylovém domě. Dříve žili v pronajatém bytě na Žižkově, kde jim ale navýšili ceny pronájmu, které nebyli schopni společně



uhradit, proto se rozhodli pro toto řešení. Manželé se nachází v tíživé finanční situaci, bydlí v azylovém domě, kde jim smlouva končí v listopadu 2022. Již nyní hledají nové bydlení. Požádali o pronájem magistrátního bytu, který jim byl přislíben. Jedná se o bezbariérový byt velikosti 3+1 v panelovém domě. Paní Hana uvedla, že se jí zdá moc velký, ale pokud by to vyšlo, chtěla by si k sobě vzít syna a starat se o něj. Zároveň uvedla, že by chtěla požádat o opatrovnictví.

V současné době manželé řeší získání příspěvku na péči, který jim byl odejmut. Manžel paní Hany se domnívá, že mu byl příspěvek odejmut z důvodu tmavé pleti. Odvolal se proto na ministerstvo, kde se jeho případ projednával. Výsledek zatím není znám, manželé budou písemně vyrozuměni. Na společných schůzkách opakovaně zmiňuje, že mu nikdo nic nechce dát kvůli barvě pleti, všichni jsou zaujatí a všichni jsou proti němu. Říká, že si jednotliví pracovníci různých institucí protiřečí.

Paní Hana dochází občas do místního komunitního centra trávit smysluplně čas, říká, že když je manželovi dobře, může odejít klidně na celý den a věnovat se svým koníčkům. Na otázku, zda by se chtěla alespoň částečně vrátit do práce odpověděla, že zatím ne, takhle jí to vyhovuje. Manželé využívají i potravinovou pomoc. Za krizovou situaci považují to, když se pan K. na schůzce rozčiloval, proč něco nejde a jak je to možné, že úřady rozhodly takto a ne jinak. Pana K. jsem se snažila uklidnit s vysvětlením, že rozhodnutí úřadů my nemůžeme ovlivnit, ale můžeme mu pomoci jejich rozhodnutí porozumět a v případě nesouhlasu jej můžeme řešit odvoláním apod. Paní Hana se snaží svému manželovi ve všem pomoci a vyjít mu vstříc, přesto ale ji pan K. často opravuje a do jejího vyprávění vstupuje. Po doručení výše uvedených rozhodnutí budeme i nadále pokračovat ve spolupráci, pokud manželé dostanou byt, budeme postupovat v možnosti převzetí opatrovnictví syna. Dále navrhuji motivovat paní Hanu k tomu, aby si našla zaměstnání alespoň na částečný úvazek.

7.2. Pavla H.

Pavla vyrůstala v neúplné rodině, matka česká Romka, otec Čech. Její matka pracuje jako zdravotní sestra, její bratr Honza pracuje také ve zdravotnictví jako sanitář. Pavla má základní vzdělání. V dětství problémy s kázní a prospěchem na základní



škole. V prvním partnerském vztahu byla Pavla týraná, má z tohoto vztahu dceru Ivanku, otec dítěte byl závislý na drogách, nemá žádný kontakt s dcerou, nemá zájem o výchovu a výživu, výživné neplatí. Z druhého vztahu má dceru Petru, otec dítěte projevuje zájem o dítě, pravidelně dítě navštěvuje, pravidelně platí alimenty.

Do dospělosti vyrůstala v péči své matky, její otec neměl dlouhodobě zájem.

Pavla je 34letá matka samoživitelka 2 dětí. Momentálně je nezaměstnaná. Děti trpí ADHD. Bydlí společně se svým otcem, o kterého pečuje. Pavla nemůže začít pracovat z důvodu celodenní péče o svého otce.

Klientka žije společně s dětmi a svým otcem v pronajatém bytě 2+kk. Otec má diagnostikovanou cirhózu jater a z tohoto důvodu o něj musí Pavla pečovat celodenně. Otec má problémy s konzumací alkoholu a je odkázán na nošení plen.

Otci je uznán II. stupeň závislosti, Pavla bude žádat o navýšení na III. stupeň. Zakázkou je pomoc při podání žádosti o navýšení stupně závislosti, přednější zakázka je psychická podpora.

Klientka je samoživitelka, musí pečovat o své děti, které trpí ADHD a zároveň o svého otce, který je na její pomoci závislý. Někdy ji s pomocí vypomůže její matka.

Na Pavlu je kladen velký nátlak. Na vše je sama, nemá žádný volný čas, trpí nedostatkem spánku a cítí vyčerpanost.

Potýká se s velkými psychickými problémy způsobenými především péčí o jejího otce. Tyto problémy se snaží řešit častým telefonováním, chce se z nich vypovídat.

Momentálně řeší bydlení. Byt o velikosti 2+kk, cca 50 m² neumožňuje žádné soukromí, Pavla si stěžuje, že nemá prostor pro chvíli odpočinku, z pohovorů je zřejmé, že by došlo ke zlepšení stavu tím, že by otec měl svoji místnost.

Velkým rizikem jsou časté konflikty s otcem, slovní nevybíravé ataky od otce způsobují psychické krize, pocity marnosti, bezmoci a pocity osamocení.

Pavla nyní potřebuje především psychickou pomoc.

Dosažené úspěchy:

Navýšení stupně závislosti

Navázání spolupráce s OSVZ Praha 14



7.3. Lenka H.

Lenka je 37 letá matka čtyř dětí. Syn trpí ADHD, dcera 17 let na vozíku, dcera předškolní věk – onemocnění srdce.

Anička se narodila jako zdravé dítě, v roce života ji byla diagnostikována Dandy - Walkerová malformace a paleocerebelární syndrom, nyní je jí 17 let, je stále odkázána na pomoc matky a zbytku rodiny, nechodí, nemluví, je nutná dopomoc při hygienických úkonech.

Pohybuje se na invalidním vozíku. V současné době je nutností pořídit nový automobil, který Aničce umožní s novým vozíkem dojíždět do školy a k lékařům.

Anička je veselé dítě, které dochází do speciální základní školy. Miluje hudbu, ráda kreslí a je spokojená v kolektivu dětí. Aby jí to mohlo být umožněno, potřebuje Anička k přesunům automobil, kterým lze převážet pojízdný vozík. Aničce se většinu dne věnuje matka sama, ale pro rozvoj Aničky jsou pobyt v kolektivu a návazné rehabilitace velmi prospěšné. V létě Anička dojíždí na rehabilitační pobyty do lázní, kde ji velmi pomáhají s fyzioterapií. Do DC Paprsek je přihlášena i po dokončení školní docházky. Na zlepšení sociální situace dlouhodobě rodina spolupracuje s KC Motýlek, OSVZ Praha 14. Ve spolupráci s OSVZ Praha 14, MHMP, RomPraha získala byt o velikosti 3+1, bezbariérový, nyní situace ohledně možnosti poskytování kvalitnější péče zlepšená, Anička má svůj pokoj, přístup do koupelny hlavně bezbariérový, má i předzahrádku. (spolupráce s úřady – podání žádosti o zvláštní pomůcku, pomoc s předškolní přípravou mladší dcery, poskytnutí psychické podpory, sociální poradenství). S ohledem na to, že je péče o dceru velmi náročná, není možné si domluvit stálé zaměstnání, kterým by se zvýšil finanční příjem rodiny.

Lenka uvádí, že velkou oporou je její partner. Vedle péče o nejstarší dceru dochází také na pravidelné kontroly své nejmladší dcery, která trpí onemocněním srdce. Napříč překážkám, které v životě paní Lenka měla, nebylo jich málo, se staví k problémům aktivně, je sociálně zdatná, z větší části si umí záležitosti vyřešit sama. Lenka potřebuje poradenství, další komunikace a jednání s úřady zvládá sama velmi dobře. V případě, že není úspěšná, umí si o další poradenství požádat.



Matka doufá, že se jim podaří určenou částku na automobil vybrat. Zatím se jí to moc nedaří, matka si myslí, že sbírka není úspěšná z důvodu jejich etnicity.

Závěry spolupráce:

Úspěch - získání bytu o velikosti 3+1, bezbariérový, Založení sbírky na automobil

7.4. Jana

Paní Jana je velmi milá starší dáma důchodového věku, která se stará o celou rodinu a je již psychicky vyčerpaná. Leží na ní mnoho zodpovědnosti a starostí.

Paní Jana žije se svým manželem, o kterého trvale pečuje. Pan G. je závislý na péči paní Jan, sebeobsluha je velmi náročná a vzhledem k míře postižení téměř nemožná. Pan G. prodělal cévní příhodu, má omezenou mobilitu, postižené centrum řeči a neorientuje se v čase ani prostoru. Z domu nevychází, je trvale na lůžku, nebo na vozíku. Paní Jana zmínila, že se muž bojí výšek, takže nevyjde ani na balkon.

Manželé měli syna, který zemřel ve velmi mladém věku. Právě po jeho smrti prodělal pan G. cévní příhodu. Dále mají dospělou dceru, která má již své děti.

Paní Jana vychovala svá dvě vnoučata a zároveň je opatrovníkem své vnučky, která je v současné době umístěna ve výchovném ústavu v Ostravě. Do výchovného ústavu byla umístěna na základě žádosti paní Jany, která již nezvládala její opakované noční návraty domů, vnučka nerespektovala domácí pravidla a nechodila do školy. V současné době stále řeší její problémy s útekem z ústavu, během nichž páchá přestupky (např. zavolá si taxi, na jehož úhradu nemá finance). S klientkou jsme řešili vyjádření k přestupku, jenž byl projednáván ve správním řízení. Na vnučku paní Jany bylo podáno trestní oznámení, které však pro nezletilost neprojednával soud, ale přešlo do správního řízení.

Další problém, který klientka řeší, je umístění vnučky na učiliště. Přihlášku, kterou podávala, byla podána pozdě, a proto vnučka nebyla na SOU přijata. S paní Janou jsme podávali žádost o prominutí. Žádost byla kladně vyřízena, paní Jana byla velmi ráda. Učiliště je v Praze a paní Jana si vnučku vezme zpět domů. S učilišti komunikuje vše sama, protože má strach ze stigmatizace dcery, pokud by se na učilišti dozvěděli o jejím umístění ve výchovném ústavu.

Paní Jana dále již v minulosti žádala o odškodnění za neoprávněnou sterilizaci. K tomu potřebovala výpis ze zdravotní dokumentace, ta ale není k nalezení. Požádali



jsme tedy vedení nemocnice, kde se měla sterilizace před 40 lety provést, nyní čekáme na zprávu z nemocnice. V případě nenalezení složky plánujeme obrátit se na ministerstvo zdravotnictví.

Celá rodina lpí na starostlivosti paní Jany. Jana je obětavá a velmi hodná. Je však velmi psychicky vyčerpaná a někdy neví kudy kam. Dochází často jen si popovídat a vyplakat. Uleví se jí. Potřebovala by psychickou pomoc, ale vzhledem k zdravotnímu stavu manžela se nemůže z domu vzdálit na delší dobu.

Paní Jana naší pomoc velmi oceňuje. Pokud se vyskytne nějaký problém, se kterým si neví rady, přijde za námi a společně problém řešíme. Naše spolupráce a pomoc je založena na blízkém vztahu, důvěře, možnostem, že si paní Jana může ulevit od dalších starostí, které řeší a má po boku někoho, kdo ji s náročnými situacemi může pomoci.



7.5. Identifikace potřeb neformálních pečovatелů – výstupy z projektu

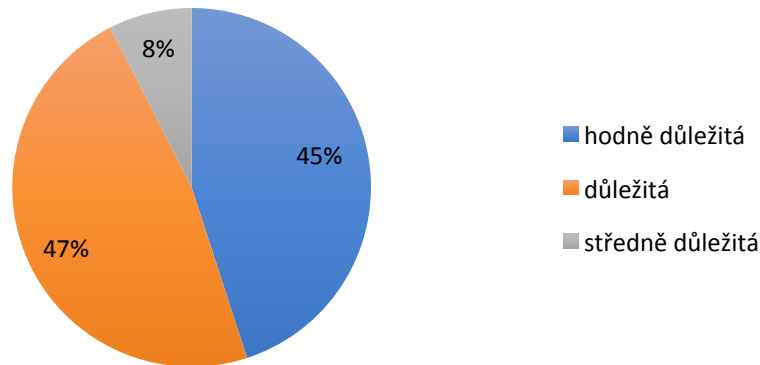
V rámci projektu 40 klientů vyplnilo dotazník pro identifikaci potřeb neformálních pečovatелů. Tento dotazník byl sestaven za pomoci rešerše odborné literatury, a tak bylo identifikováno 40 možných potřeb neformálních pečujících. Klienti měli jednak u každé potřeby zakroužkovat, jak moc je pro ně tato potřeba osobně důležitá a za druhé, jak moc je tato konkrétní potřeba v jejich případě naplněna. Hodnotící škála byla pětistupňová, slovní, potřeby se hodnotily na škále „hodně důležitá – důležitá – středně důležitá – není moc důležitá – nedůležitá“ a naplňování jednotlivých potřeb byly na obdobné pětistupňové slovní škále. Výsledkem tohoto dotazníku je zmapování opravdových potřeb neformálních pečujících a zjištění aktuálního stavu jejich naplňování u konkrétních pečovatелů v projektu.

Analýza se zabývá vybranými odpověďmi, především těmi, které byly hodnoceny spíše pozitivně či spíše negativně.

První část potřeb se zaměřovala na potřeby podpory. Nejdůležitější byla pro pečovatele potřeba podpory od rodiny – jen 3 osoby odpověděly, že je pro ně podpora rodiny středně důležitá, pro zbylé pečovatele je podpora od rodiny důležitá (19 osob) či hodně důležitá (18 osob) – viz graf č. 12.



Potřeba podpory od rodiny



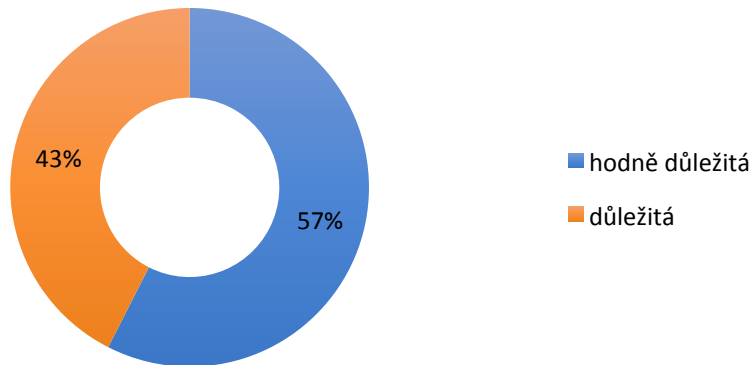
Graf č. 12 ukazuje procentuálně vyjádřené odpovědi, jak moc je pro klienty důležitá podpora od rodiny

Obdobně byla hodnocena i důležitost podpory od okolí, i když u ní se objevilo již více odpovědí, že jejich podpora je jen středně důležitá (8 osob), pro 20 osob je podpora od okolí důležitá a pro 12 osob hodně důležitá. Podpora od profesionálů byla nejméně důležitá pro neformální pečovatele.

Potřeby informací ohledně onemocnění a možností služeb mapovala druhá sada otázek v dotazníku. Nejdůležitější byla potřeba informací ohledně diagnózy, pro pečující byla buď jen velmi důležitá (23 osob) nebo důležitá (17 osob), viz graf č. 13. Méně důležitá byla potřeba ohledně prognózy. Ze služeb bylo pro pečující nejdůležitější mít informace ohledně dostupných služeb, nejméně důležité pak byla potřeba odlehčujících a navazujících služeb.



Potřeba informací ohledně diagnózy

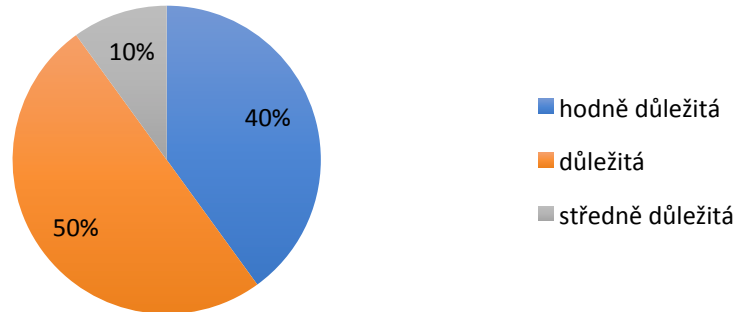


Graf č. 13 procentuálně vyjadřuje odpovědi klientů na otázku, jak důležitá je pro ně potřeba informací ohledně diagnózy.

Pro pečovatele je velmi důležité, aby měli nácvik pečovatelských, v menší míře pak ošetrovatelských úkonů a činností. Klienti u potřeby nácviku pečovatelských úkonů zaškrtnuli odpověď, že je to pro ně hodně důležité, důležité či středně důležité (graf č. 14). Příjemnější a lepší komunikace s lékaři a s pracovníky v sociálních službách pro klienty v projektu nebyla nikdy hodně důležitá, naprostá většina klientů odpovídala, že je to buď pro ně důležité či středně důležité. Naopak potřeba pomoci v zaměstnání byla pro většinu pečujících nedůležitou.



Potřeba nácviku pečovatelských úkonů



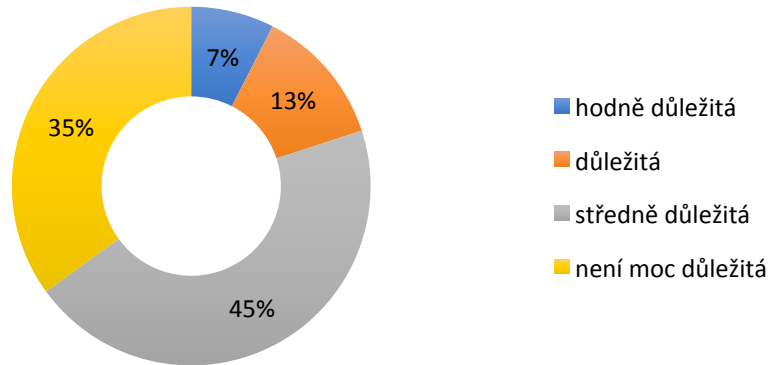
Graf č. 14 ukazuje procentuální vyjádření odpovědí klientů na otázku, jak moc je pro ně důležitá potřeba nácviku pečovatelských úkonů.

V bloku otázek, které zjišťovaly důležitost potřeb související s duševní hygienou každého jedince, byly nejvíce zaznamenávány potřeby spánku a potřeby věnovat se své rodině. Následovala potřeba odpočinku, úlevy od stresu a věnovat se vlastním aktivitám. Méně významné bylo pro pečující věnovat se svým přátelům a překvapivě nejméně důležité bylo pro pečovatele věnovat se vlastnímu zdraví. Téměř polovina klientů odpověděla, že pro ně není moc důležité věnovat se vlastnímu zdraví, jen pro 3 klienty bylo hodně důležité se věnovat svému zdraví, více graf č. 15.

V bloku, který se týkal vyrovnávání se se svými vlastními emocemi, bylo pro neformální pečující nejdůležitější potřeba vypořádání se. Pro všechny klienty je vypořádání hodně až středně důležité. Nemusí to být ale odborného charakteru, potřeba pomoci od psychologa byla pro většinu (29 osob) nedůležitá nebo nebyla moc důležitá. Stejně tak klienti zapojeni do projektu neměli potřebu sdílet své zkušenosti s ostatními pečujícími, důležité či středně důležité to bylo jen pro 8 klientů, pro ostatní to nebylo moc důležité, či to bylo zcela nedůležité.



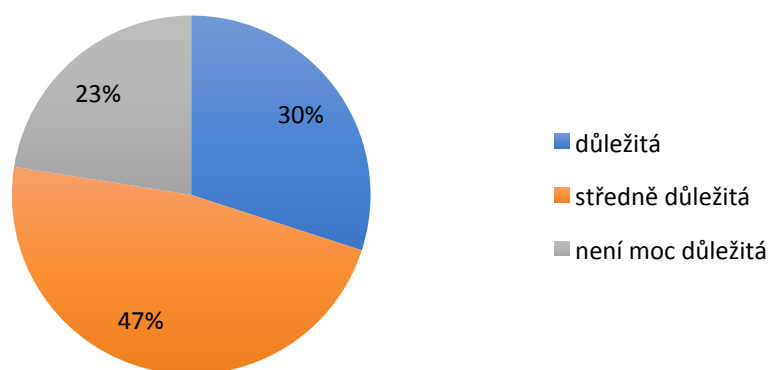
Potřeba věnovat se vlastnímu zdraví



Graf č. 15 procentuálně vyjadřuje odpovědi klientů na otázku, jak důležitá je pro ně potřeba věnovat se vlastnímu zdraví.

Potřeba uznání byla pro 12 osob důležitá, pro 19 osob středně důležitá a pro 9 osob nebyla moc důležitá, nikdo z klientů neoznačil odpovědi na koncích škály (viz graf č. 16).

Potřeba uznání



Graf č. 16 procentuálně vyjadřuje odpovědi klientů na otázku, jak důležitá je pro ně potřeba uznání.



Obdobně rozprostřené odpovědi byly i na potřebu zapojení se do společenských akcí, pro 10 pečujících to bylo důležité, pro 19 pečujících to bylo středně důležité a pro 11 pečujících to nebylo moc důležité.

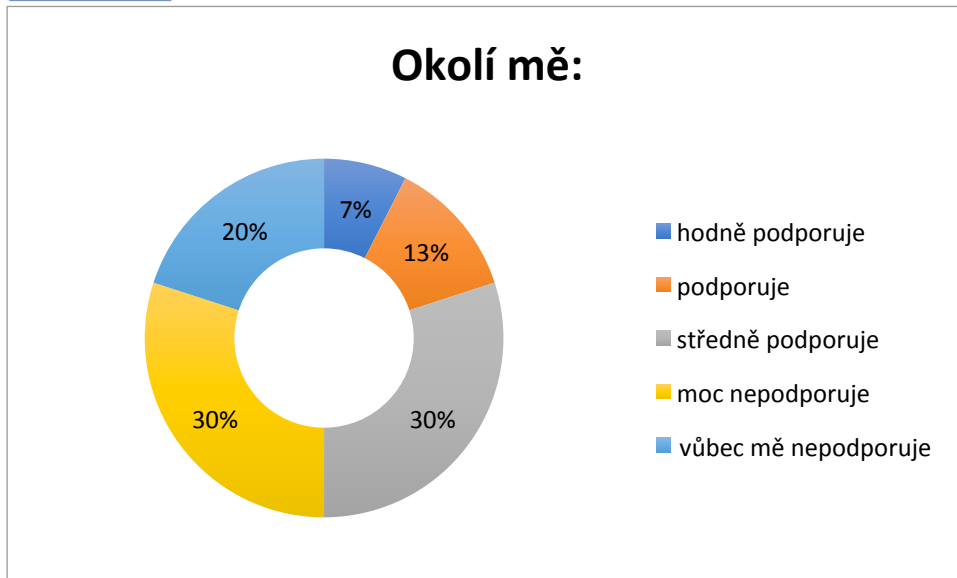
Poslední blok se zabýval převážně materiálními potřebami. Potřeba finančního zajištění byla pro všechny klienty buď hodně důležitá nebo důležitá, obdobně i potřeba přiměřených bytových podmínek. Naopak potřeba dostatečného vybavení domácnosti či dostupnosti kompenzačních pomůcek byla pro většinu klientů jen středně důležitá.

Nikdo z klientů neodpověděl na dodatečnou otevřenou otázku, jaká další potřeba, která nebyla na seznamu, je pro ně důležitá.

Dotazník pro identifikaci potřeb neformálních pečovatelů neměl za cíl jen identifikovat nejdůležitější potřeby pečujících, ale také se snažil zmapovat jejich reálné naplnění u klientů, kteří se zapojili do projektu. U každé potřeby proto pečující také odpovídali, jak moc či málo je jejich potřeba naplňována – opět byla použita škála o pěti stupních, které byly vyjádřeny slovně (např. rodina mě: hodně podporuje – podporuje – středně podporuje – moc nepodporuje – vůbec mě nepodporuje).

Potřeby podpory měli klienti projektu nejméně naplněné od okolí, 8 klientů mělo pocit, že je okolí vůbec nepodporuje, 12 klientů mělo pocit, že je okolí moc nepodporuje (viz graf č. 17). O trochu lepší byla podpora od rodiny, i tak mělo 5 pečujících pocit, že je rodina vůbec nepodporuje a 10 klientů si myslelo, že je rodina moc nepodporuje. Potřeba podpory od profesionálů nebyla pro pečující příliš důležitá, a i její naplňování bylo velmi nízké, jen 7 klientů mělo pocit, že je profesionálové podporují a 15 klientů označilo, že je profesionálové středně podporují, zbytek se vyjádřil negativně.

Potřeby informací mají klienti středně nasyceny ohledně dostupných služeb, většina pečujících má pocit, že má tak středně informací ohledně dostupnosti služeb, obdobně jsou na tom s informacemi ohledně diagnózy, nejméně informací mají pečovatelé ohledně prognózy – vůbec žádné informace nebo jen málo informací má 23 klientů.



Graf č. 17 procentuálně vyjadřuje odpovědi klientů na otázku, jak moc je okolí podporuje.

Potřeby nácviku pečovatelských a ošetrovatelských úkonů a činností u klientů byly velmi mizivě naplněny. Nácvik pečovatelských úkonů proběhl z větší části jen u 3 klientů, kompletně neproběhl u nikoho, u 15 klientů proběhl částečně (něco ano, něco ne), u 11 klientů nácvik téměř neproběhl a taktéž u 11 klientů nácvik neproběhl vůbec (viz graf č. 18).

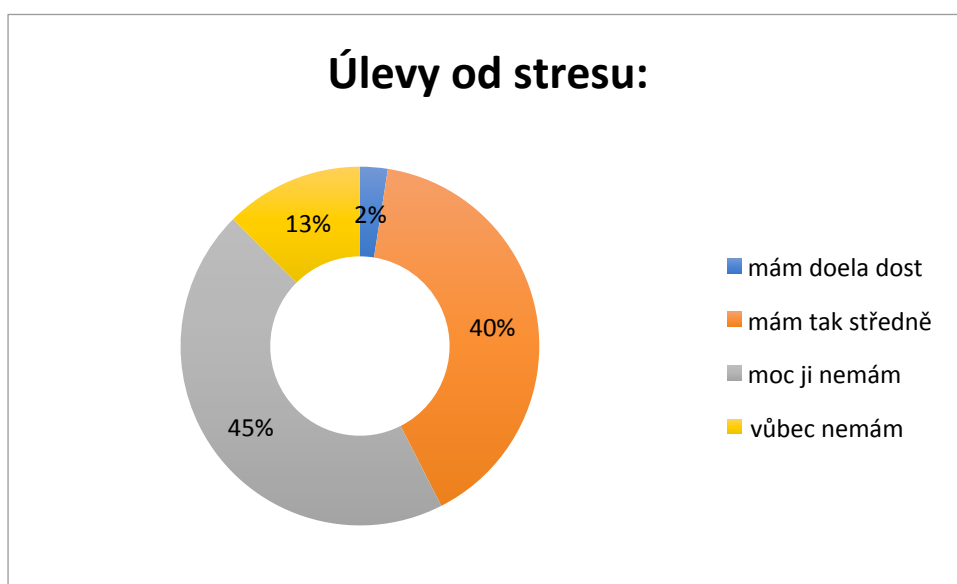


Graf č. 18 procentuálně vyjadřuje odpovědi klientů na otázku, jak moc u nich proběhl nácvik pečovatelských úkonů.



Komunikace s lékaři byla ve většině případů středně příjemná, příjemná byla ve 3 případech, ne moc příjemná byla v 6 případech, komunikace s pracovníky v sociálních službách byla o něco příjemnější, příjemná byla 10 klientům, ne moc příjemná 5 klientům, ostatní klienti měli pocit, že někdy byla komunikace příjemná, někdy méně.

Naplňování potřeb, které jsou spojeny s duševní hygienou pečujících, dle dotazníku, se příliš nedařilo. Nejméně mají pečovatelé odpočinku, kdy nikdo z klientů nezaškrtl, že by měl odpočinku hodně a jen 3 klienti uvedli, že mají odpočinku docela dost. Dále se také pečujícím nedostává úlevy od stresu (viz graf č. 19) a dostatku spánku. Pečující mají pocit, že se docela dost věnují své rodině (hodně či docela dost se věnují své rodině odpovědělo 21 osob), naopak se většina nedostatečně věnuje svým přátelům.



Graf č. 19 procentuálně znázorňuje odpovědi klientů na otázku, jak moc mají úlevu od stresu.

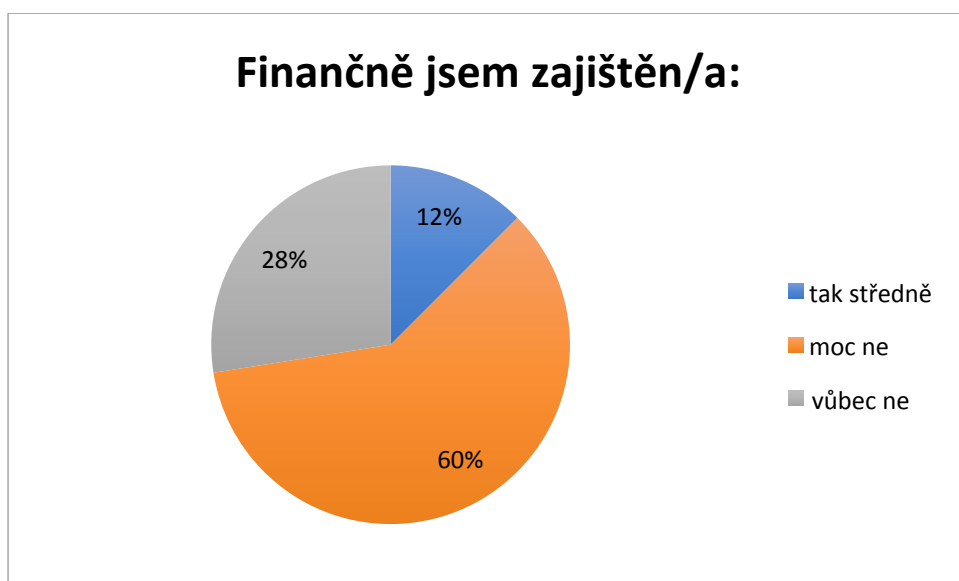
Čas pro své aktivity nemá vůbec 11 klientů a jen 3 klienti odpověděli, že má docela dost. Obdobně negativně pečující odpovídali na otázku, jak moc se věnují svému zdraví, „hodně“ či „docela dost“ neodpověděl ani jeden pečující.

Možnosti zvládat své emoce, negativní myšlenky a vypovídat se měli pečující docela dost, často se vypovídat mohlo 21 klientů, pomoc se zvládáním emociálních potíží



mělo většinu klientů (25 osob) tak středně, obdobný počet pečujících (23 osob) pociťovalo občas uznání. Nikdo z klientů se často či velmi často nezapojoval do společenských akcí.

Materiální potřeby byly u klientů převážně naplňovány středně, kromě pocitu finančního zajištění, kdy středně se cítilo zajištěno 5 klientů, ostatní klienti se moc či vůbec necítili finančně zajištěni (graf č. 20).



Graf č. 20 procentuálně vyjadřuje odpovědi klientů na otázku, jak moc jsou finančně zajištěni.

Závěr

- dotazník pro identifikaci potřeb neformálních pečovatelů přinesl odpovědi, jaké potřeby jsou pro neformální pečovatele velmi důležité a které potřeby mají klienti málo naplněné
- 10 nejdůležitějších potřeb pro pečující jsou: podpora od rodiny, informace ohledně diagnózy, nácvik pečovatelských úkonů, dostatek spánku, věnovat se své rodině, čas pro vlastní aktivity, finanční zajištění, vypovídání se, uznání a přiměřené bytové podmínky (viz tabulka č. 2)
- 10 nejméně naplněných potřeb klientů, kteří vstoupili do projektu: podpora od okolí, nácvik pečovatelských úkonů, úleva od stresu, dostatek spánku, od-



počinek, věnovat se svým přátelům, věnovat se vlastním koníčkům, věnovat se vlastnímu zdraví, finanční zajištění, zapojení do společenských akcí (viz tabulka č. 3)

- je jen na nás jako na společnosti, abychom z těchto závěrů vyvodili důsledky a pomohli této ohrožené skupině co nejvíce ulehčit jejich náročnou, ale také hodnotnou a smysluplnou práci

	Nejdůležitější potřeby
1	podpora od rodiny
2	informace ohledně diagnózy
3	nácvik pečovatelských úkonů
4	dostatek spánku
5	věnovat se své rodině
6	čas pro vlastní aktivity
7	finanční zajištění
8	vypovídání se
9	uznání
10	přiměřené bytové podmínky

Tabulka č. 2 10 nejdůležitějších potřeb neformálních pečujících

	Nejméně naplněné potřeby
1	podpora od okolí
2	nácvik pečovatelských úkonů
3	úleva od stresu
4	dostatek spánku
5	odpočinek
6	věnovat se svým přátelům
7	věnovat se vlastním koníčkům
8	věnovat se vlastnímu zdraví
9	finanční zajištění
10	zapojení do společenských akcí

Tabulka č. 3 10 nejméně naplněných potřeb neformálních pečujících



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

8. Použitá literatura

obrázky jsou použity z databáze pixabay nebo wikipedie

1 MATÚŠOVÁ, Veronika. *Potřeby neformálních pečovatelů na poli formálních zdrojů při řešení jejich sociálního vyloučení*. Brno, 2019. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Zdeňka Dohnalová, Ph.D.

2 Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025). *Česká společnost pro gerontologii*, z. s. [online]. 11.4.2017. Dostupné z: <https://prostari.cz/pecujici-osoby-a-neformalni-pecce-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>

3 POUZAROVÁ, Dana. *Dlouhodobá péče a neformální osoby pečující o klienty*. České Budějovice, 2019. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

4 DOHNALOVÁ, Zdeňka a Olga HUBÍKOVÁ. *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně: „Zajištění odborných studií a analýzy pro účely sestavení 3. komunitního plánu sociálních služeb města Brna pro období 2013 – 2015“*. Brno, 2013.

5 DRBOHLAVOVÁ, Nikol. *Výchova a socializace v romské rodině*. Hradec Králové, 2017. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce Mgr. Gabriela Caltová Hepnarová.

6 MOZGOVÁ, Martina. *Vývoj romské rodiny na našem území ve 20. století*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Markéta Dvořáková.

7 POLÁKOVÁ, Jana. *Romská rodina – základní normy chování, principy výchovy, specifika komunikace*. [online]. 2014. Dostupné z <http://docplayer.cz/14517716-Romska-rodina->



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

zakladni-normy-chovani-principy-vychovy-specifika-komunikace-mgr-jana-polakova-ph-d.html

8 *Tradiční romská společnost, příčiny a důsledky jejího rozpadu: Informace pro učitele*. Člověk v tísni, 2002.

9 KUČEROVÁ, Jarmila. *Specifika vzdělávání Romů*. Brno, 2009. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Doc. PhDr. Bohumíra Lazarová, Ph.D.

10 POLÁCH, Ladislav. Jak vzniká deprese?. *U psychiatra* [online]. 12.7.2015. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/jak-deprese-vznika/>

11 KŘÍŽKOVÁ, Hana. *Zátěž rodinného pečovatele v domácí paliativní péči*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. Helena Kisvetrová.

12 RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-726-2140-8.

13 RABOCH, Jiří. *Můžeme vyléčit depresi?*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-862-5714-2.

14 Carers in the Gypsy, Roma and Traveller Communities. In: *Action for Carers (Surrey)* [online]. Dostupné z: <https://www.actionforcarers.org.uk/who-we-help/adult-carers/carers-in-gypsy-roma-and-traveller-communities/>

15 SOVKOVÁ, Daniela. *Zdravotní stav a využívání zdravotnických služeb u romské populace*. Olomouc, 2017. Bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Vedoucí práce Mgr. Renáta Váverková.

16 OULEHLOVÁ, Zuzana. *Sebepéče pečujících o osoby s kombinovaným postižením*. Olomouc, 2018. Absolventská práce. CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Vedoucí práce Mgr. Miloslava Šotolová.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

17MARCINKOVÁ GERŽOVÁ, Marta. *Potřeby osob pečujících o osobu blízkou*. Zlín, 2017. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, Ph.D.

18 Praha 14. *Wikipedie* [online]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Praha_14

19 *Městská část Praha 14* [online]. Dostupné z: www.praha14.cz

20 Praha 9. *Wikipedie* [online]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Praha_9

21 *Místopisný průvodce po České republice: Historie obce Praha 9* [online]. Dostupné z: <https://www.mistopisy.cz/pruvodce/obec/4842/praha-9/historie/>

22 *Neznámá Praha: Praha 9* [online]. Dostupné z: <https://www.neznamapraha.cz/praha-9/>

23 *Prevence Podpora Plánování. Pro pečující* [online]. 2020 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: <https://propecujici.org>

24 STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

25 VOGELOVÁ, Eva. Jak pomoci lidem, které přepadl záchvat paniky?. *Patálie* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <https://patalie.cz/jak-pomoci-lidem-ktere-prepadl-zachvat-paniky/>

26 OTŘÍSALOVÁ, Ivana. *Ošetřovatelská příručka*. Praha: Diakonie ČCE.

27 KALVACH, Zdeněk. *Rady lékařské: rady pro pečující*. Druhé vydání. Ostrava: Diakonie ČCE, 2017.

28 VAŇOUS, František. *Základy rehabilitačního (pohybového) ošetřování: (pohybová péče o málo pohyblivé z pohledu fyzioterapeuta)*. Diakonie ČCE.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

29 SLÁMA, Ondřej a Ludmila PLÁTOVÁ. *Rady pro závěr života: Rady pro pečující*. Vydání druhé. Ostrava: Diakonie ČCE, 2017.

30 RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-726-2140-8.

31 První pomoc při záchvatu. *Nemocnice Na Homolce* [online]. Dostupné z:

<https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-specializovana-centra/11635-centrum-pro-epilepsii/11856-pro-pacienty/11858-prvni-pomoc-pri-zachvatu/>

32 10 tipů, jak si poradit s agresí při demenci. *Seňorina nadační fond* [online]. Dostupné z:

<https://www.nfsenorina.cz/10-tipu-jak-si-poradit-s-agresi-pri-demenci/>