



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Neformálně pečují a pracují



metodická příručka pro nejen romské neformální pečovatele

vydáno v rámci realizace projektu Neformálně pečují a pracují

z Operačního programu Zaměstnanost

reg. č. CZ.03.2.X/0.0/0.0/18_095/0011311

Praha, 2021



Obsah

ÚVOD	4
CO JE FORMÁLNÍ A NEFORMÁLNÍ PÉČE?	4
1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY PRÁCE S ROMSKOU MENŠINOU A RODINOU	6
1.1 Historie Romů	6
2. RODINA	10
3. SPECIFIKA ROMSKÉ RODINY	14
3.1. Migrace a integrace	15
3.2. Etický hodnotový systém v romské minoritě	16
4. RODINA PEČUJÍCÍ O DLOUHODOBĚ NEMOCNÉHO	18
4.1. Neformálně pečující a sdílená péče o dlouhodobě nemocného	19
4.2. Podpora pečujících osob	19
4.3. Desatero pečujícího	21
5. PRAKTICKÉ RADY V SOCIÁLNÍ OBLASTI PRO NEFORMÁLNÍ PEČOVATELE	23
5.1. Sociální zabezpečení	23
5.2. Právní úkony spojené s ochranou jedince	24
5.3. Příspěvek na péči	25
5.4. Dávky sociálního zabezpečení	27
6. PRAKTICKÉ RADY PRO SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SLUŽBY	28
7. PRAKTICKÉ RADY V ZDRAVOTNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ OBLASTI	33



7.1. Základy pečovatelsví v domácím prostředí	35
7.1.1. Vybavení a úprava domácnosti	35
7.1.2. Kompenzační pomůcky	36
7.1.3. Hygienická péče	36
7.1.4. Úkony spojené s integritou kůže (holení, úprava nehtů)	38
7.1.5. Stravování a pitný režim	39
7.1.6. Vyměšování a inkontinence	41
7.1.7. Pohybová aktivita (imobilizace, polohování)	42
7.2. Základy první pomoci	45
7.2.1. Vlastní bezpečnost	45
7.2.2. Základní vyšetření zraněného	45
7.2.3. Život ohrožující stavy	46
7.2.4. Bezvědomí	46
7.3. Paliativní péče, umírání, smrt	48
7.4. Právní a praktické rady při úmrtí	49
8. PRAKTICKÉ RADY V OBLASTI PSYCHOLOGIE A PSYCHIATRIE PRO NEFORMÁLNÍ PEČOVATELE	51
8.1. Deprese	51
8.2. Schizofrenie	53
8.3. Bipolární afektivní porucha	54
8.4. Neurotické poruchy	55
8.5. Poruchy osobnosti	56
8.6. Závislosti	58
9. PRAKTICKÉ RADY Z OBLASTI PSYCHOHYGIENY NEJEN PRO NEFORMÁLNÍ PEČOVATELE	60
9.1. Syndrom vyhoření	62
9.2. Možnosti skloubení péče o nemocného s dalšími stránkami života pečujícího	64
10. ADRESÁŘ KONTAKTŮ POMOCI PRO NEFORMÁLNÍ PEČOVATELE	67
ZÁVĚR	72
POUŽITÁ LITERATURA	73



Úvod

Péče o blízkou osobu (dítě, sourozence, rodiče) je velmi emočně, psychicky, fyzicky ale i finančně náročná práce. Náročná je nejen pro osobu, která pečuje, ale také pro „příjemce péče“, ale i pro širší rodinu a okolí. Z vlastních zkušeností víme, jak těžké jsou tyto životní situace, a tak se tímto projektem snažíme pomoci a podpořit ty, které se rozhodli jít touto nelehkou cestou neformální péče.

V rámci projektu Neformálně pečuji a pracuji (reg. č. CZ. 03. 2.X/0.0/0.0/18_095/0011311) kromě jiných forem pomoci vznikla i tato metodická příručka a doufáme, že Vám na cestě neformální péče bude k užítku. Naleznete zde nejen praktické rady z oblasti sociální, zdravotní, ošetrovatelské, psychologické a psychiatrické, ale také se více zmíníme o specifických potřebách romské rodiny a Romech obecně. Součástí tohoto průvodce je také seznam poskytovatelů různého typu pomoci (právní, sociální, metodické, zdravotní). Doufáme, že námi sdílené informace, rady a návody budou ku pomoci celým rodinám a díky zvýšení jejich kompetencí a povědomí nebudou v roli pečovatелů diskriminováni.

Co je formální a neformální péče?

Formální (odborná – zdravotní, sociální) a neformální (neodborná, laická) péče popisuje různé formy (způsoby, přístupy), zejména v nepříznivé sociální a zdravotní situaci. Cílová skupina je osoba nacházející se v dané situaci, která vlivem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a funkčních změn není schopna zajistit si základní potřeby vlastními silami.

Neformálně pečující většinou nemají odborné specifické vzdělání a nejsou za tuto službu a pomoc placeni. Kromě péče o své blízké vykonávají neformální pečující často ještě své vlastní „civilní“ zaměstnání a jejich pomoc blízkým je založena na lidských vztazích. Neformální péče je především zaměřena na oblast péče o člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Dlouhodobá péče, kdy o osobu blízkou pečují buď rodinní příslušníci nebo přátelé, kteří nejsou profesionálními pečovateli, se nazývá **neformální péče**.

Neformální péče může být krátkodobá či dlouhodobá. **Krátkodobá neformální péče** se nejčastěji poskytuje po dobu snížené soběstačnosti opečovávaného vlivem úrazu, či krátkodobého onemocnění, **dlouhodobá neformální péče** bývá zejména vymezena postižením, případně ztrátou soběstačnosti vlivem věku. S ohledem na druh, stupeň a věk opečovávaného je péče o osobu blízkou mnohdy náročná a často se pečující musí vzdát vlastní pracovní kariéry, sociálních vazeb a kontaktů. Čím déle pečování trvá a čím je péče intenzivnější, tím víc jsou



pečující ohrožení riziky, která negativně ovlivňují kvalitu jejich života (včetně sociální izolace). Péče o blízkého často negativně ovlivňuje fyzický stav pečovatele, ale také jeho psychický stav a může vést až k syndromu vyhoření. Výpadek vlastního příjmu také značně ovlivňuje finanční situaci rodiny. Rodina je klientovi vždy blíž, zná jeho osobní potřeby a je často schopna na ně reagovat mnohem flexibilněji ve srovnání s péčí poskytovanou formálními sociálními službami. Neformální péče má tedy řadu výhod – blízkou emoční vazbu, individuální přístup, domácí známé prostředí, ale také bohužel nevýhod – náročnost fyzická, psychická i sociální¹.

Tento metodický průvodce není výhradně určen jen Romům - neformálně pečujícím a současně pracujícím. Cílem je také, aby touto formou došlo k prezentaci Romů v majoritní společnosti a představení Romů, kteří jsou plnohodnotnou součástí naší společnosti se všemi zvyky a postoji.



Převzato z: <https://socialnipolitika.eu/2019/10/tretina-cechu-nevi-z-ceho-by-financovala-pripadne-oseetrovani-blizke-osoby/>

¹ <https://www.alfabet.cz/babicka-po-mrtvici/rodina-sdilena-pece-po-mrtvici/co-je-neformalni-pece/>



1. Úvod do problematiky práce s romskou menšinou a rodinou

1.1 Historie Romů

Romové – Romanes (původ, rodina, společnost). Pátrání po původní vlasti Romů bylo od středověku, kdy se objevili v Evropě, velkým úkolem pro historiky. Datum jejich příchodu není možné přesně určit, protože se jednotlivé skupiny Romů rozptylovaly nezávisle na sobě, každá svou cestou². Písemné zmínky popisují putující kejklíře bavící feudální pány, či spoře oděné tanečnice v zářivých barvách. Ve 14. století se začalo potulovat a putovat z místa na místo společenství lidí, které se od ostatních obyvatel lišilo tmavší pokožkou, oblečením, osobitým způsobem života, vlastním, zcela nerosozumitelným jazykem, temperamentem a neochotou podřízovat se tlaku většinového obyvatelstva. Migrace se považuje za důsledek sociálního vyloučení a s tím související zmínky o skupině *Kalderašů, Lovarů, Ursarů a Sintů*. Romština se považuje za jeden z evropských jazyků, i navzdory tomu, že je v ní poměrně dost základních slov indického původu, což vede k tvrzení, že Romové pocházejí z Indie.

Dohady o tom, do které kasty Romové v přísně rozdělené indické společnosti náleželi, vedou mezi sebou dlouhá léta lingvisté i historikové. Většina odborníků však předpokládá, že Romové patřili k nejspodnější kastě. Indická společnost se dělila na nejvyšší kastu brahmínů (kněží), po ní následovala kasta kšátriů (vládci a bojovníci) a vajšijů (řemeslníci, rolníci, obchodníci). Nižší kastou byli šúdrové (sluhové a pomocné síly) a nejnižší kasta byli tzv. nedotknutelní.



Příslušnost Romů k této kastě by vysvětlovala i důvod, proč Romové začali Indii od 8. století opouštět. Tento časový údaj potvrzuje i fakt, že v jejich jazyce nejsou zachyceny změny, ke kterým došlo v příbuzných indických jazycích později. Je možné, že Romy z Indie vyhnala i častá

² <https://radiozurnal.rozhlas.cz/historie-a-puvod-romu-8106621>



sucha a s nimi spojený nedostatek potravy. Můžeme také ale uvažovat o tom, že se chtěli vymanit z přísně rozdělené indické kastovní společnosti a hledat nová "odbytiště" pro své výrobky a služby.

V druhé polovině devatenáctého století nastala v Evropě velká migrační vlna, část rumunských obyvatel zasadila některé jazykové prvky do původního romského jazyka a tato jazyková skupina se začala označovat také jako valašský (olašský) Rom/dialekt. Přítomnost Romů na Moravě a ve Slezsku je zmíněna již na prahu 15. století, kdy se Morava a Slezsko staly v rámci migrace postupně cílovými místy, které Romové obohatili o několik typických řemesel dané doby.

Olašští Romové přicházeli na území Uher, Haliče a posléze i do našich zemí zejména od druhé poloviny 19. století, a to především z rumunské jazykové oblasti (rumunské knížectví Valachie, odtud v dialektu slovenských Romů pojmenování *vlachike Roma*, Olaši sami si říkají *vlašika Rom*, český přívlastek – olašští vznikl z maďarského „olaskí“). Jedná se o tradičně kočovné Romy, kteří byli nejvíce postiženi zákazem kočování v roce 1958 a především jeho realizací v roce následujícím. Stejně jako dříve zůstává i dnes olašská komunita dosti uzavřená vůči okolí (i romskému, a o to více pak i neromskému). Na ostatní skupiny Romů pohlížejí Olaši s jistým despektem. Z pohledu kočovných olašských Romů tím ochudili svoje romství – *romipen*. Slovo *Rumungro*, kterým u nás Olaši označují prakticky všechny ostatní – neolašské Romy, je proto logicky provázeno nepřehlédnutelným hanlivým nádechem.

Vzhledem k tomu, že u nás žijí především příslušníci někdejší olašské skupiny *Lovárů*, mluví se lovárským dialektem. Poněkud povýšený postoj těchto Romů vůči příslušníkům ostatních romských skupin pramení mimo jiné i z rozdílu v hodnocení fyzické práce. Vykonávání těžké fyzické práce je pro Olachy znamením neúspěšnosti a nedostatku schopností mentálních. Naopak je mezi nimi vysoce ceněno získávání finančních prostředků činnostmi, které vyžadují myšlení. Jedná se zpravidla o různé obchodní aktivity. V poslední době se velkým problémem olašské komunity stává drogová závislost.

Na území bývalého Československa bylo zaznamenáno 13 romských velkorodin³. Každá velkorodina má své vlastní tradice. Olašským Romům vládne žena, hlavně po ekonomické stránce. Povinnosti ženy v rodině jsou vychovávat děti, starat se o domácnost a být poslušná svému manželovi. Obezita zde je znakem jejich prosperity, která se nezakládá na výsledku jejich snaživé práce, protože „práce“ je pro ně něco „degradujícího“. Ve skupině olašských Romů můžeme pozorovat několik rodů s typickými znaky jako např. rod Bougešů - mají první místo v hierarchii rodů, rod Loulešů – zpěváci a tanečníci, rod. Penošů – typickým znakem pro ně je „žít přítomností“ a nestarat se o budoucnost, rod Bejáša – jejich původ je ve Švédsku, mají dobrý obchodní talent. Na území dnešní České republiky Romové přicházeli asi od konce 14. století. V současnosti zde žije několik větví romského národa. Nevýznamnější a nejpočetnější skupinou jsou „Slovenští Romové“ (zvaní Rumungři), kteří na území Čech a Moravy přišli po druhé světové válce během níž byla většina původních Českých Romů

³ <http://www.rom-praha.cz/file/ji1/WORKSHOP-PRO-PEDAGOGY.pdf>



vyhlazena. Další významnou větví Romského národa jsou olašští Romové. V současné době můžeme i u nás (na území bývalého Československa) pozorovat skupinové dělení. To jest dělení na slovenské, české nebo moravské Romy. Je nutné si uvědomit, že současná romská populace v Čechách má z 90% původ na Slovensku.

Romové v České republice patří mezi skupiny zranitelné sociálním vyloučením se všemi negativními důsledky tohoto jevu, jakými jsou zejména nízká úroveň dosaženého vzdělání. V médiích bývají Romové často zahrnováni mezi nepřizpůsobivé občany. Řešení „integrace Romů do společnosti“ se formuje již od vlády Marie Terezie přes Josefa II. až k vzniku Československé republiky (1918). Postavení Roma, jako plnohodnotného občana ve společnosti, se začalo řešit až při budování nového lidově demokratického státu (1945). Již první Československá republika (1918-1938) uznala Cikány za svébytnou národnostní menšinu. Po vzniku České republiky se národnostní menšina stvrzuje zákonem 273/2001 Sb. (Zákon o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů) v §2 definuje Roma jako příslušníka národnostní menšiny. Následně vznikla realizace cílů integrace národnostních menšin přijetím zákona č. 273/2001 Sb. na úrovni Vlády. Tento zákon určuje povinnost obcím a zvláště hlavnímu městu Praha zřídit výbor pro národnostní menšiny, jehož součástí je i řešení otázky integrace romské populace.

Jejich první poválečná migrace nastala důsledkem ekonomické, politické a sociální situace. V určitých lokalitách lze pozorovat značnou integraci, a to zejména ve smíšených manželstvích mimo romskou komunitu. Kulturní dědictví Romů se často pojí s prvky cikánské hudby. V Uhrách se tato skupina Romů nazývala Rumungři - nebo maďarští Romové. Časem se tato skupina hudebníků integrovala do majoritní společnosti takovou měrou, že se stala její nepostradatelnou součástí na všech významných kulturně-společenských akcích. Ekonomická situace hudebníků tyto Romy postavila i v sociální oblasti na vysoké místo.

Z pohledu náboženské příslušnosti lze konstatovat, že Romové nemají zakořeněny určité náboženské stereotypy, a proto není jejich vztah k náboženství vázán výhradně na určitý typ náboženského projevu⁴. Díky tomu, že křesťanská Evropa je různě církevně rozdělená (římskokatolická, řeckokatolická, pravoslavná a protestantská církev), nebyl pro romské obyvatele nikdy problém se přizpůsobit náboženství místního obyvatelstva. Nová vlna slovenských přistěhovalců v devadesátých letech minulého století je poznamenána „křesťanskými tradicemi“, které si přistěhovalci přináší i do svých nových domovů. Od počátku devadesátých let v Česku přibývá romských členů protestantských církví. Náboženské představy Romů, stejně jako zvyky a rituály s nimi spojené, se liší podle jednotlivých kmenů a podle zemí, ve kterých žijí. V Česku romské tradice v některých rodinách (zvláště ve větších městech) mizí, nejdéle se uchovávají tradice spojené se smrtí (pohřeb) a narozením (křest). Pro Romy bylo v minulosti náboženství a víra způsobem života, která určuje, jak se má člověk celý život chovat. Romové nazývali tento soubor příkazů a zákazů „romipen“ - ten dává životu řád⁵. Romové věří, že duše člověka přesahuje a existuje i po odchodu těla na onen svět. Důkazem toho je tradiční nesmírně velká víra v duchy mrtvých předků - mule, kteří jsou pro

⁴ <http://www.rom-praha.cz/file/ji1/WORKSHOP-PRO-PEDAGOGY.pdf>

⁵ <https://radiozurnal.rozhlas.cz/nabozenstvi-romu-8106613>



Romy prostředníkem Boha. Duše zesnulých se podle Romů vrací mezi živé. Ty dobré navštěvují příbuzné ve snech a dávají rady, ty zlé škodí (například při narození dítěte). Přestože se většina Romů dnes v České republice hlásí ke katolické víře, neznamená to, že by v duchovním životě Romů neexistovala určitá specifika⁶. Patří sem obřady, zvyky, pověry, náboženské písně a vlastně celý komplex tradic a představ, které uspokojí duchovní potřeby člověka. V duchovní kultuře Romů mají dominantní postavení rodinné zvyky a tradice. Dodnes je rozšířená představa, že nepokřtěnému dítěti hrozí nebezpečí. V nestřežené chvíli může přijít negativní bytost a vyměnit novorozence. Pokud k tomu opravdu dojde, panuje názor, že není možné své



dítě již získat zpátky. V mnoha případech používají Romové amulety, které mají novorozenci zabezpečit ochranu před nečistou bytostí. Mezi tyto předměty lze zařadit např. hřeben, nůžky, nožik, mýdlo, růženec, chléb, sůl, modlitební knížku, zrcadlo apod. Pokud je dítě pokřtěné, negativní síla už dítěti nemůže

ublížit. Romskému dítěti hrozí po narození i další nebezpečí – tzv. uhranutí. Poznává se to podle toho, že dítě je nepokojné, nespí, pláče, odmítá jíst atd. Pokud nechceme, aby bylo dítě uhranuté, musí každý, kdo se na něho podívá, symbolicky třikrát odplivnout a současně mu požehnat. Nejrozšířenější způsob magické ochrany dítěte před uhranutím je uvázání červené stužky na zápěstí dítěte. Tuto stužku dítě může nosit po dobu svého dětství. Romové věří v existenci ducha, který opouští lidské tělo a je zároveň i jinou formou pokračování lidského života. V představách Romů se duše po smrti mění v ducha – múlo, který je při těle až do pohřbu. Tento duch, který po smrti nepřerušil svazky se živými, se vrací mezi tyto živé ve formě zjevení, snů apod. Smrtí se neroztrhla žádná rodinná pouta, sociální interakce pokračuje. Důkazem toho je povídání si s mrtvým u jeho hrobu či modlitby k mrtvému. Několik nocí před pohřbem se příbuzní schází v domě rodiny zemřelého. I tento jev vyjadřuje sociální vazby mezi živými, ale i mezi živými a mrtvými. Múlo přichází často jako antropomorfní bytost, která má několik podob. Nemá například tvář, bere podobu nějakého konkrétního živého člověka či někoho úplně cizího. Identifikovat mrtvého mohou živí podle hlasu nebo podle drobných znamení. V jiných případech vystupuje múlo ve své vlastní podobě, tak jak vypadal v době, kdy byl živý. Múly lze rozdělit do několika kategorií - podle charakteru respektive podle charakteru jejich příchodu. Dobří múlové přicházejí něco říci ostatním, poradit. Zlí múlové chodí strašit. Tento projev je často pokračováním předcházejících nepřátelských vztahů nebo je způsobený

⁶ <http://www.czechkid.cz/si1340.html>



zanedbáním nějaké povinnosti živých vůči mrtvému apod. Nedodržování rituálů souvisejících s pohřbem znamená poskvrnění posvátna. Romové za těchto okolností sedí v domě zemřelého, vykládají si veselé příběhy ze života mrtvého, zpívají mu písně, popíjejí apod⁷. Vlastní zvyky spojené s pohřebním obřadem se u jednotlivých romských sub-etnických skupin značně liší, nicméně koncept zůstává všude stejný - Romové se snaží vyprovodit nebožtíka do hrobu tak, aby neměl žádný důvod se na tento svět vracet. Do rakve oblečou nebožtíka do jeho nejlepších šatů, dají mu s sebou předměty, které měl nejraději, kropí jeho hrob alkoholem, hlasitě a mnohdy až teatrálně ho oplakávají, aby je nikdo nemohl podezírat např. z toho, že jim na něm nezáleželo. U Romů je velmi rozšířený strach nejen z ducha mrtvého, ale i ze hřbitova. V představách Romů má charakter strašidelného až magického místa. Spiritualita Romů má zvláštní projevy, jejichž specifčnost spočívá v intenzitě, frekvenci výskytu, výrazu (např. emotivní demonstrace smutku), způsobu vyjádření a významu v dané rodině. Obecně vzato je kněz v pojetí Romů více než obyčejný člověk. Dokáže totiž komunikovat s druhým nepozemským světem, což mu zaručuje u Romů dostatečnou vážnost. Téměř vždy se jedná o gádžovského kněze, ale ne vždy je tomu tak. Celou řadu úkonů při styku s vyšší božskou mocí obstarávají některé romské ženy v rámci věštebné praxe. V životě Romů je velmi často zapotřebí i služeb profesionálních obřadníků. Jedná se především o obřady křtu, pohřbu, vymýtání duchů tzv. mulů, stvrzování přísah atp. V těchto případech již romské věštkyňe nepostačují. Funkce kněze je tak zcela nezastupitelná a Romové se musí obrátit na kněze nacházejícího se v majoritním prostředí. Mnohdy ani nerozlišují, ke které náboženské instituci daný kněz náleží. Bůh a víra v Boha, i přes postupující rozpad tradičních hodnot Romů, hraje stále v jejich životě velkou úlohu.

Spiritualita Romů a její kořeny by si zasluhovala podrobnou samostatnou studii. Ta by pak mohla být jedním z východisek, jak řešit romskou problematiku. Duchovní aspekt romského etnika však pomalu přichází v prostředí sekularizované společnosti v zapomnění, a i tím se vytrácí možnost vytvořit pomyslný most k překonání vzájemné, hluboce zakořeněné nedůvěry.

2. Rodina

V průběhu posledních desetiletí prošla česká rodina velkými proměnami, jednak v souvislosti s procesy společenské a ekonomické transformace devadesátých let minulého století a na počátku tohoto století, ale především v kontextu dlouhodobých demografických trendů, probíhajících v západních společnostech. Do proměn rodin, jejich struktury a formování, se výrazněji promítají až v poslední době jako důsledek celkově větší dynamiky společenských procesů a změn zejména v oblasti práce, ideově-kulturní i politické a dalších (Možný, 2006). Rozšiřující se možnosti různorodého směřování individuálních životních drah se promítají do proměn rodiny a stále rozmanitějších forem rodinného soužití⁸.

⁷ <http://www.czechkid.cz/si1340.html>

⁸ KUCHAŘOVÁ V. (ed.), *Zpráva o rodině 2020*, <http://praha.vupsv.cz/>



Rodina, kterou dle sociologů tvoří otec, matka a děti, je místem, jehož základní funkcí je zajistit pocit bezpečí pro všechny jeho členy. Význam rodiny by se neměl chápat pouze na rovině sociální prospěšnosti, kde tvoří instituci, která státu ušetří mnoho nákladů. Rodina jako nejmenší společenství, by měla plnit roli, která dává prostor k optimálnímu rozvoji každého člena tohoto společenství. Sociologický slovník J. Jandourka definuje rodinu jako "*formu dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti*".⁹ Český právní řád rodinu nebo její členy obecně neurčuje. Např. trestní zákoník sice obsahuje ve své části druhé, hlavě IV., trestné činy proti rodině a dětem, ale definici rodiny neobsahuje. Činí tak jen některé zvláštní zákony, ale vždy jen pro své vlastní účely, neobsahují tedy obecně použitelné vymezení rodiny. Nový občanský zákoník z roku 2014 pouze stanoví, že „rodina, rodičovství a manželství požívají zvláštní zákonné ochrany,“ jednoznačnou definici rodiny opět neobsahuje. Zůstává nicméně u principu, že hlavním účelem manželství je založení rodiny a v takovém případě hovoří o „rodinném společenství“ či „rodinné domácnosti“. Jedním z hlavních poslání rodiny je vychovávat děti. O tom, že to není vždy zcela lehký úkol, svědčí to, že nějakou negativní zkušenost spojenou s výchovou dětí má, v závislosti na typu rodiny, pětina až třetina rodin (Kuchařová a kol., 2018; Palonciová, 2019a, 2019b; Rodina 2019), obecně častěji ji zmiňují samoživitelé. Na jedné straně se může jednat o reakce dítěte na rozpad rodiny, na druhé straně je výchova pouze jedním rodičem obtížná a může vést k větší citlivosti samoživitele na jinak běžné projevy dítěte v jednotlivých fázích jeho vývoje.

Historicky se „forma rodiny“ vyvíjela závisle od ekonomické situace v daném období¹⁰. Relativně malé uskupení (tj. rodiče a děti, neboť krátká střední délka života zpravidla



zabraňovala vzniku třígeneračním rodinám), udržující četné a intenzivní kontakty s celou komunitou, přičemž rodina svým členům neposkytovala větší citovou blízkost než síť širších příbuzenských a sousedských svazků. Rodina plnila především ekonomickou funkci a byla spíše zárukou přežití. Sňatky byly proto uzavírány především z majetkových důvodů. Druhá, „přechodná“ forma existovala spíše jen ve vyšších vrstvách a vyskytovala se přibližně na přelomu 17. a 18. století. Zde se malá rodina vymezovala oproti celé

společnosti, přičemž hlavní důraz začal být kladen na mateřskou lásku a na přirozenou, racionálně podloženou autoritu otce. Třetí fáze, která se začíná objevovat v průběhu 19. století a která v mnoha aspektech přetrvává dodnes, je těsně spjatá s citovým individualismem, svobodnou volbou partnera na základě lásky, pevnými citovými vazbami a uzavřeností vůči okolí a důrazem na soukromí. Během 20. století se totiž zásadně zvýšil počet domácností, aniž by se příliš změnil počet obyvatel, a tak průměrný počet osob v domácnosti klesl téměř na pouhé 2 členy, což umožnilo postupné zmenšování rodiny. Vývoj vlivem doby (ekonomické,

⁹ JANDOUREK J., *Sociologický slovník*, Portál 2001, 285 s., ISBN 80-7178-535-0, str. 206

¹⁰ https://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina#Z_historie_rodiny



sociální, zdravotní a jiné aspekty) a moderní tendence dvacátého a zejména jednadvacátého století zajistilo ženě značnou samostatnost osobní, ekonomickou a společenskou, mění se role muže a ženy.

Stabilita rodiny (matka – otec – dítě, ale i širší rodinné sítě) závisí zejména na kvalitě partnerského vztahu rodičů. Stabilita rodiny dítěte po rozchodu se odvíjí od vztahu mezi rodiči po rozchodu – již ne na bázi partnerství, ale rodičovství – a od jejich schopností spolupracovat na výchově s pozorností k potřebám dítěte. Stabilita rekonstituované rodiny se odvíjí především od kvality partnerského vztahu nového partnerského páru¹¹.

Mezi základní a nejdůležitější úlohy rodiny patří její biologicko-reprodukční funkce, ekonomicko-zabezpečovací funkce, funkce emocionální a funkce socializačně-výchovná. Výsledkem reprodukční funkce nejsou jenom děti, ale i povinnost se o ně starat a přijímat za ně odpovědnost. Ekonomicko-zabezpečovací funkce se vlivem doby zúžila jenom na složku spotřební. Na druhé straně však v době vážných problémů chudoby často vede až k selhání rodiny jako celku a ohrožení stavu, vývoje, někdy i života dítěte. K udržení rodinného společenství, kterého je základem především rozvinutý a zralý člověk, odpovědný s pevným citovým vztahem (ne chvilkovým), s trvalou bází jistoty a životním zázemím pramení v emocionální funkci. Rodina určuje sociální status dítěte, socializačně výchovná funkce, jeho sociální prestiž a sociální sebevědomí. Rodina i jeho „mikrosvět“ je vzorová společnost, v níž si dítě také osvojuje a „testuje“ základní dovednosti, návyky a strategie, které jsou pak rozhodující pro jeho orientaci v interpersonálních vztazích¹².

Soužití partnerů nabývá kromě formy manželské a nesezdaného soužití heterosexuálních partnerů v jedné domácnosti s jejich vlastními dětmi, nebo bez dětí, také dalších forem. Patří k nim např. rekonstituované rodiny (s vlastními a/nebo nevlastními dětmi), soužití stejnopohlavních párů, specifickou formou pak jsou tzv. LAT soužití (living apart together, spolu ale odděleně) bez dětí, ale i s dětmi nebo tzv. empty shell families (společné bydlení bez emocionální podpory; Možný, 2006). Důsledkem zvýšené migrace je také častější soužití na dálku, žije-li jeden z partnerů dlouhodobě např. v zahraničí. Pokud jde o „osamělé“ rodičovství, sólo rodiči dnes jsou vedle osamělých rozvedených či ovdovělých rodičů, hlavně matek, také svobodné matky žijící s partnerem, který není biologickým otcem jejich dětí, rozvedené matky s novým partnerem, svobodné matky záměrně žijící bez partnera nebo matky žijící v homosexuálním partnerství (Chromková Manea, Rabušic, 2017; Bernardi, Mortelmans, 2018). Jak se ukazuje, některé formy je podle zažitých pravidel obtížné zařadit – zda jde o partnerské soužití nebo nikoliv¹³.

Přestože není manželství považováno za zbytečnou instituci, zvyšuje se tolerance k rozvodům, nestabilitě manželství/partnerství, k „netradičním“ formám soužití, k rodičovství bez „trvalého“ partnerství. Proměňuje se i chápání vztahu rodiny jako soukromé instituce a rodiny jako předmětu veřejného zájmu. Proměny vztahů mezi členy rodiny v důsledku posilování

¹¹ KUCHAROVÁ V. (ed.), *Zpráva o rodině 2020*, <http://praha.vupsv.cz/>

¹² HRODEK O., VAVŘINEC J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002., 767 s., ISBN 80-7262-178-5, s. 589

¹³ KUCHAROVÁ V. (ed.), *Zpráva o rodině 2020*, <http://praha.vupsv.cz/>, s. 19



individualismu se projevují např. ve vzájemném oddělování nukleárních rodin, proměnách mezigeneračních vztahů co do intenzity a obsahu, ve snižování stability partnerských vztahů i oslabení vztahů v širší rodině. Dle posledních výzkumů „krize v rodině“ má stoupající trend. Ohrožení rodin oživuje a jinak nastoluje otázku, nakolik je rodina „sférou soukromou“ a nakolik „zájmem veřejným“, nakolik ji chápat jako instituci a nakolik jako svébytnou sociální skupinu s autonomními sociálními vazbami a rolemi. Najít odpověď je důležitým předpokladem pro rozhodnutí o vhodné míře ingerence státu do rodiny a o míře zodpovědnosti rodiny za výchovu dětí či péče o oslabené členy rodiny. Vnímaní krize/krizového stavu v rodině a společnosti reflektuje mj. studie zpracovaná v rámci 7. rámcového programu EU (Mynarska et al., 2015, s. 25) a upozorňuje na sedm hlavních dimenzí ohrožení dnešních rodin v evropských zemích:

- 1. ekonomický nedostatek, chudoba; ekonomická nejistota, nestabilita, obavy o budoucnost; nedostačující bydlení, nízká životní úroveň;*
- 2. sociální exkluze, chybějící sociální sítě (přátelé, širší rodina);*
- 3. stigmatizace, marginalizace, diskriminace ze strany institucí a právních norem*
- 4. nedostatek času, přepracovanost, pracovní přetížení; stres (zejména spojený se zaměstnáním) a jeho důsledky: různé zdravotní problémy, deprese, pocity úzkosti, a problémy s chováním a vzděláváním dětí;*
- 5. chybějící stabilita rodiny, riziko rozvodu, obzvláště závažné pro děti – traumatické zážitky, boje mezi rodiči atd.;*
- 6. zdravotní problémy, zejména zdravotní postižení;*
- 7. násilí, alkohol.¹⁴*

Vyvážená vzájemná rodičovská proporcionalita ve výchově potomků se zpravidla odráží v integrování do skupin, jejichž sociální chování bývá podstatně rozvinutější, jsou výrazně otevřenější v kontaktu s druhými (mívají více sociálních kontaktů, lépe se začleňují a nezištněji jednájí), lépe urovnávají konflikty (spíše slovem než násilím) a mají větší sebedůvěru. Problémy/poruchy/krize dnešní rodiny lze zejména pozorovat v narušení partnerských vztahů, které se vyznačují křehkostí. Poruchou rodiny rozumíme takovou situaci, kdy rodina z nějakých důvodů a v různé míře neplní základní požadavky a úkoly dané společenskou normou a vyjádřené v očekáváních na přiměřené začlenění jejich členů do společnosti. Jde o selhání některého člena nebo členů rodiny, jež se projevuje v nedostatečném plnění některých nebo všech základních rodinných funkcí¹⁵.

Pro úspěšné partnerství jsou důležité různé oblasti, na kterých by se měli partneři dohodnout. Podle posledních výzkumů panuje relativně nejmenší shoda mezi partnery v otázce rozdělení domácích prací a každodenních povinností. Je však nutné podotknout, že i přesto tvoří rodiny, kde partneři k dohodě v této otázce nedojdou, výraznou menšinu (přibližně pětinu). Druhým

¹⁴ www.mpsv.cz/files/clanky/30514/Zprava_o_rodine_2017.pdf

¹⁵ HRODEK O., VAVŘINEC J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002., 767 s., ISBN 80-7262-178-5, s. 589



obecně nejvíce diskutovaným tématem mezi partnery je jejich pracovní vyčerpání¹⁶. Nejzávažnější poruchy rodiny vznikají tam, kde se rodiče o děti nechtějí starat, odmítají péči o ně a neprojevují o ně náležitý zájem. Opouštějí je nebo zanedbávají jejich potřeby. V extrémní podobě je pak tento typ poruchy ve značné míře vázán na týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, jež se velmi často odehrává v rodině¹⁷.

3. Specifika romské rodiny

V předchozí kapitole jsme definovali rodinu jako základní stavební jednotku společnosti. Specifika romské rodiny se až tak moc neodlišují od typu většinových rodin. Určité odlišnosti zde určitě jsou, které plynou zejména z geopolitického, ekonomického a historického vývoje a formování romského etnika. Historie každého národa je rozsáhlý dějinný proces, který ukazuje kořeny vzniku daného národa nebo etnické skupiny. Samostatnou specifickou částí tvoří národ/etnikum, jehož vývoj je založen na časté migraci, která je podmíněná jeho genetickou predispozicí. Vnitřní nevyrovnanost s vlastním „já“, ale i „každodenní“ pokusy ve



vyhledávání a prožívání nových zážitků, „něčeho nového“ daly základy romskému etniku (velkorodině, rodu, rodině) pro „kočování“ (přesídlování). Postupné osidlování nových území a eventuální soužití s obyvateli daného území (integrace) ovlivňovalo i vzájemné prolínání „kulturních tradic“ národů. Tyto změny se staly výsledkem různých právních nebo „ústavních“ nařízení krajiny, např. zákazem kočování, podomního obchodu nebo provozování magie (věštění, ...).

¹⁶ KUCHAROVÁ V. (ed.), *Zpráva o rodině 2020*, <http://praha.vupsv.cz/>, s. 133

¹⁷ Tamtéž s. 590



3.1. Migrace a integrace

Migrace (změna místa) je považována za přirozený jev člověka. Často je ovlivněná činiteli jako např. ekonomika (práce, finance), výroba (zemědělství) nebo politická situace krajiny (válka). K migraci celých skupin obyvatel, jako je tomu u romského etnika, však nedochází velmi často.

Integrace a migrace do r. 1989 - válkou zničená země, návrat cikánských repatriantů, vězňů a partyzánů ze slovenských hor do svých zničených obydlí a celková ekonomická situace (zejména na Slovensku) měla za výsledek první migraci Romů (romských rodin) ze Slovenska do Čech, především do pohraničních a průmyslových oblastí. Poválečné Československo stanovilo priority v řešení romské otázky. K vyhodnocení plnění programových priorit poprvé došlo v roce 1954, kdy sekretariát ÚV KSČ konstatoval, že „ještě nebyla tato složitá otázka postihnuta jako celek, jako komplex na sebe navazujících a ze sebe vycházejících problémů“¹⁸. V letech 1971-1972 se v dokumentech ve vztahu k Romům kladl důraz na otázky zaměstnanosti, vzdělávání a rozmístění romské mládeže a na celkové řešení sociální situace Romů. Třetí koncepce řešení Cikánské otázky pod názvem „Společensko-kulturní integrace Cikánů“. Na základě „politických rozhodnutí“ jsou Romové hromadně stěhováni do určitých oblastí bez ohledu na interetnické rozdíly mezi rodinami, bez ohledu na jejich zvyky a v neposlední řadě pak proti jejich vlastnímu přání. Děti jsou často zařazeny do zvláštních škol, odnímané z rodin a zařazené do ústavní péče (kojenecký ústav, dětský domov, diagnostický ústav), nebo do náhradní rodinné péče.¹⁹ Romská problematika je vnímána jako „složitý a závažný celospolečenský problém“.

Politické a ekonomické změny (rozpad ČSFR a vznik ČSR a SR, kapitalistický ekonomický systém, zrušení „pracovní povinnosti“) změnily mnoha Romům a jejich rodinám sociální postavení v nové vznikající společnosti. Nedostatečná vzdělanost (často jenom základní vzdělání) a z toho plynoucí obtížné uplatnění na trhu práce vedlo k jejich trvalému vyloučení na okraj majoritní společnosti.

Od ledna 1990 společnost řešila důležitější problémy než aktuální stav politiky národnostních menšin, obzvláště pak ekonomickou integraci Romů do společnosti. Jedním z prvků novodobé demokracie bylo vyhlášení amnestie v roce 1990. Krom bývalých politických vězňů se na „vytouženou“ svobodu dostalo i mnoho Romů, jejichž kriminální činnost z hlediska trestního práva nebyla zanedbatelná. Odsouzenci, jejichž denní program byl založen na určitém pravidelném řádu, se neuměli začlenit do společnosti a v krátké době se znovu ocitli ve vězení. Příčinou toho byl návrat do předchozího způsobu života. Nelze proto opomenout ani novodobou migraci, která nenastala jen směrem do Čech, nýbrž i opačně do zahraničí.

Do roku 1993 se romské migraci nevěnovala pozornost. Vznikem samostatného českého státu vznikly nové problémy v krajině, a to z důvodů přijetí zákona o nabytí a pozbytí státního občanství České republiky, který přijala ČNR dne 29. prosince 1992. Součástí nově upravené legislativy byla možnost volby státního občanství do 30. června 1994. Po tomto termínu bylo na všechny osoby zdržující se na území České republiky nahlíženo

¹⁸ PAVELČIKOVA N., *Romové v českých zemích v letech 1945-1989*, s. 139, ISBN 80-86621-07-3 s. 110

¹⁹ Tamtéž s. 125-127



jako na cizí státní příslušníky s ohlašovací povinností na úřadě cizinecké policie ČR. Řada Romů ve stanoveném termínu nepodnikla patřičné kroky, a dostala se tím do značných ekonomických, později i do právních problémů. Novým způsobem legalizace pobytu po 30. červnu 1994 se stalo azylové řízení. Prudký nárůst byl zaznamenán v letech 2000 a 2001, a to znovu vlivem ekonomické situace v domovském státě, kdy došlo ke značným finančním úpravám sociálních dávek na jednu rodinu. Azylová politika vůči slovenským Romům ztratila platnost ve chvíli vstupu Slovenska do EU. Vstupem České a Slovenské republiky do EU (1. 5. 2004) vyvstal vlivem práv a povinností členských států nový problém v řešení otázky postavení menšin ve společnosti, kam patří i Romové (Romská národnostní menšina). První koncepce realizace cílů integrace národnostních menšin vznikla přijetím zákona č. 273/2001 Sb. na úrovni vlády ČR.

3.2. Etický hodnotový systém v romské minoritě

Etické normy chování v romském společenství přetrvávají na základě dodržování tradic²⁰. Tradice (zvykové právo) můžeme dodnes vidět v různých životních situacích, zejména jako je výběr životního partnera. Zvykové právo můžeme v současnosti pozorovat zejména u olašských Romů. V tzv. velkorodinách, neboli v určitém rodovém seskupení, platí do dnes tzv. „kris“ (zasedání rodového soudu).²¹ Vnímání vzájemných rodinných vazeb v souvislosti s tradicí nebo rodinným soudem můžeme pozorovat zejména v případech, kdy dochází k porušení rodinných tradic. Člen komunity je z ní vyloučen a je jím všeobecně opovrhováno. Opakem je, dostane-li se člen komunity do rozporu se zákonem – justicí. Zde lze pozorovat různé „aktivity“



ze strany rodiny, které mají vést k dokazování nevinu obviněného. Za nejvyšší hodnotu je u Romů považován život člověka. Reprodukce, budování rodiny je chápáno jako nejvyšší možné dosažitelné dobro. Jakékoliv zásahy do života člověka jsou ze strany romské populace vnímány jako negativní. Soudržnost rodiny lze pozorovat obzvláště při

krizové situaci rodiny (nemoc, hospitalizace, úmrtí). Zvláštní projevy úcty v rámci rodinného seskupení se projevují starým osobám, zakladatelům rodu a dětem jako budoucí generaci.

²⁰ <http://www.rom-praha.cz/file/ji1/WORKSHOP-PRO-PEDAGOGY.pdf>

²¹ PAVELČÍKOVÁ N., *Romové v Českých zemích v letech 1945-1989*, Úřad dokumentace a vyšetřování zločinů komunismu 2004, 139 s., ISBN 80-86621-07-3, s.17



Přestože navenek to nelze pozorovat, vnitřně se v rámci rodiny nebo velkorodiny dodržuje vzájemná úcta, což zvyšuje hodnotu celé rodiny, zejména pokud dosahuje jeden z členů rodiny určitého celospolečenského uznání. Opakem toho je, když se některý člen rodiny stane „asociálem“, a tak přenáší ostudu na celou rodinu a její členy. Chceme-li zkoumat sociální vztahy v rámci této minority, musíme se v první řadě dívat na tuto komunitu také z hlediska různých genetických predispozic. Tyto genetické predispozice musíme dát do vztahu s „romskou tradicí“, která se přenáší z generace na generaci. Jak již bylo výše zmíněno, historie genetických predispozic a tradice jsou v životě Romů velice silně zakořeněné po celá staletí.

V určitých životních situacích můžeme pozorovat ve skupině jevy typické pro menšinové společnosti jako²²:

Skupinová soudržnost – typický jev pro menšinové skupiny ve společnosti. Souvisí se sklonem být pospolu, všechny záležitosti prohodit a společně rozhodnout, přičemž rozhodující slovo mívá autorita. Důsledkem této skupinové soudržnosti je častá neochota romské rodiny i širší komunity dovolit jednotlivci, aby se stal individualistou.

Citová spontánnost - živý temperament. Každá životní situace se různě prožívá, vzájemná citová vazba a spontánní projev citů se vnímá jako něco samozřejmého a méně kontrolovaného. Toto lze pozorovat při jednání v pozitivním i v negativním smyslu (glorifikace nebo nadávky).

Ochota dělit se – vzájemný sociální cit, především uvnitř dané komunity. Host se dodnes považuje za něco „posvátného“, úcta se projevuje především dostatkem jídla a pití.

Orientace na přítomnost – z hlediska ekonomického se tento fenomén stal velmi problémovým. Je typické, že plánování je zde krátkodobé (dnes, dnešní den), dlouhodobé plánování (zítra) je spojeno s minimálním zájmem o budoucnost.

Strach – z hlediska psychologie typický jev pro malé skupiny osob, které jakoukoliv formou chování překračují rámec určený majoritní společností a na jehož podkladě pak vznikají různé typy projevů proti dané skupině (antisemitismus). Historicky mají hluboko v paměti útoky, ponižování, koncentrační tábory a plynové komory, aroganci totalitních úředníků.

Vzájemné interpersonální vztahy v romské rodině a v romském společenství určuje několik vnitřních znaků, např.:

- společné soužití několika generací na jednom lokálním místě (*zde se vytváří základní pravidla, kulturní a etické normy*)
- rodová hierarchie (*muž je hlava rodiny*)
- pokrevní příbuzenství, rodinné tradice a vzájemná solidarita (*odtržením od rodiny - jako kmene, tlupy, přesídlením - ztrácí veškeré sociální i lidské jistoty*)

²² <http://www.rom-praha.cz/file/ji1/WORKSHOP-PRO-PEDAGOGY.pdf>



- počet narozených dětí (*romské děti vyrůstají obklopeny třemi, někdy i čtyřmi generacemi v soudržném a okolnímu světu uzavřeném společenství*)
- ekonomická a sociální soudržnost (*vzájemná podpora a pomoc, nemyslitelné dát děti do dětského domova nebo rodiče do domova důchodců*)
- patriarchální rodinný systém (*romský muž je hlavou rodiny, hlavní slovo má v rodině nejstarší muž. Úkolem mužů je zajistit ostatním členům rodiny ekonomické zázemí. Romská žena se stará se o výchovu dětí, čistotu a ekonomickou stránku chodu domácnosti*)

4. Rodina pečující o dlouhodobě nemocného

Poskytování péče je úzce svázáno s věkem a fází životní dráhy. Jak velký podíl dospělé populace pravidelně pečuje o blízké, kteří vyžadují pomoc z důvodu stáří, nemoci či zdravotního postižení? I když většinu – přibližně 60 % – pečujících osob tvoří ženy, nezanedbatelný podíl pečujících osob – téměř dvě pětiny – tvoří muži. Data naznačují, že většina pečujících osob v produktivním věku jsou ekonomicky aktivní a jsou nuceni skloubit péči o nemocné, stárnoucí či nemohoucí členy rodiny se zaměstnáním. Skupinou, která se nejvíce potýká s nároky na péči jak o děti, tak i další členy rodiny, jsou osoby mezi 45 a 54 lety, ženy v mladším středním věku mezi 35 a 44 roky, které navíc často pečují i o malé děti. Do péče o členy se zapojují výrazně více ženy, které žijí s partnerem. Naproti tomu u mužů partnerské soužití nezvyšuje pravděpodobnost, že budou více pečovat o členy rodiny, kteří potřebují pomoc²³.

Neformální péče může být různé povahy (např. zdravotní, sociální či emocionální) a také různé intenzity. Nejčastěji se z hlediska intenzity a naléhavosti péče rozlišují tři stupně péče: podpůrná péče, neosobní péče a osobní péče [Jeřábek 2005]. Podpůrnou péčí se rozumí nepravidelná, občasná výpomoc, např. se zajištěním oprav v domácnosti či s dopravou k lékaři. Neosobní péče je pravidelnější a časově náročnější. Zahrnuje pomoc s běžnými aktivitami denního života, např. pomoc s domácími pracemi, nakupováním, vyřizováním administrativních záležitostí. Nejnáročnější, jak časově, tak fyzicky i psychicky, je osobní péče, která má většinou každodenní charakter. Jedná se o pomoc se základními denními aktivitami, tj. o osobní péči o lidi s funkčním omezením (např. pomoc s jídlem, osobní hygienou apod.) Poskytování podpory závisí na řadě faktorů. Na jedné straně je to potřeba pomoci, tj. špatný zdravotní stav člena rodiny, vysoký věk či jeho obtížná ekonomická situace, a na druhé straně zdroje, možnosti a ochota ostatních rodinných příslušníků tuto podporu poskytovat. Mezi ně patří jejich zdravotní a ekonomická situace, geografická blízkost, ale i hodnoty a sociální normy, které zastávají [Jeřábek 2005].

²³ Klímová Chaloupková J., *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*, Sociologický ústav AV ČR, <http://dav.soc.cas.cz/>



4.1. Neformálně pečující a sdílená péče o dlouhodobě nemocného

Pojem sdílená péče popisuje kombinaci formálně a neformálně poskytované sociální služby²⁴. Jedná se o poskytování péče v domácím prostředí prostřednictvím registrované sociální služby a tzv. neformálně pečujícího. Neformálním pečujícím může být blízká rodina, známý, nebo prostě někdo, s kým se domluvíte, že vám bude pomáhat. Cílem je, aby lidé mohli zůstat co nejdéle doma ve svém přirozeném prostředí. Neformální, laická péče propojená s péčí odbornou se ukazuje jako optimální model pečování – péče se vzájemně podporuje, prolíná, doplňuje - sdílí se. Neformální pečující „v tom není sám“. Vy, kdo již pečujete, víte, že starat se o druhého člověka je fyzicky, psychicky a finančně náročné. Někdy si i sáhnete na dno svých sil. A často vaši námahu nikdo neocení. Při poskytování péče druhému člověku je velmi důležité poskytovat péči i sobě samému. Bez výčitek, bez „ale, já musím...“. Sdílená péče může být pro toho, kdo pečuje, velkou oporou. Máte další ruku a další uši. Můžete se poradit, sdílet zkušenosti, přesunout část péče na někoho dalšího. Dělejte jenom to, co je ve vašich silách a nestyďte se požádat o pomoc. Abyste náročnou péči vydrželi, musíte mít čas věnovat se jen sobě, odpočívat, jet na výlet, koukat na film, číst si, zajít si na masáže atd. Vaší vyrovnaností, vaší duševní pohodou pak příznivě ovlivňujete své okolí. Naopak nevyrovnaný, unavený a přetížený člověk vnáší do mezilidských vztahů podrážděnost a více konfliktů.²⁵

Změny a nová opatření v rodinné politice, které přináší dokument z roku 2017 „Současná koncepce rodinné politiky“, by se měly především vycházet vstříc požadavkům rodin, jak se rýsují podle výběrových šetření, zejména v podpoře sladování rodiny a zaměstnání (konkrétně opatřeními v oblasti nerodinné denní péče a podpoře flexibilních forem práce) a v důrazu na podporu bydlení, zejména mladých rodin, seniorů a rodin sociálně znevýhodněných. Jakýmsi zastřešujícím tématem je finanční podpora rodin a eliminace chudoby ohrožených rodin. Jsou to však současně oblasti (velké) nespokojenosti veřejnosti s reálným stavem (Rodina 2019, Finanční podpora rodin s dětmi 2018, CVVM, 2019). Buď proto, že nová opatření se zavádějí relativně pomalu (např. podpora flexibilního zaměstnávání), nebo z důvodu obtížného hledání konsensu při složité struktuře kompetencí různých zapojených resortů (podpora bydlení)²⁶.

4.2. Podpora pečujících osob

Podporu pečujících osob lze vnímat ve čtyřech systémech – v oblasti sociálního (pojistné a nepojistné dávky) a nemocenského pojištění, v zákoníku práce, a v oblasti sociálních služeb.

Jiná forma podpory pečujících osob je tzv. podpůrná skupina - to je skupina rodinných příslušníků (laiků) a odborníků z oblasti medicíny, psychologie, psychiatrie, jejíž cílem je

²⁴https://www.sdruzenitulipan.cz/IS/pu_data/send_files/File/sdruzenitulipan_cz/brozura_prevence_dus_zdr_v_rod_A5_uprava_web.pdf

²⁵ Hromádková D. Bc, Priehodová H., Mgr, *Brožura pro neformální pečující*, Česká asociace pečovatelské služby, 2017

²⁶ KUCHAROVÁ V. (ed.), *Zpráva o rodině 2020*, <http://praha.vupsv.cz/>, s.33



zejména pomáhat, podporovat a informovat pečovatele. Zde si pečovatelé vzájemně sdělují každodenní radosti a starosti, problémy s péčí a podobně. Podpůrné skupiny dle počtu členů dělíme na malé skupiny, větší skupiny, dále na uzavřené, polootevřené či otevřené skupiny. Vždy ale platí, že skupina se řídí předem stanoveným programem. Může to být oblast odborných přednášek, které jsou zaměřené například na psychickou podporu pečovatele, na tzv. psychohygienu. Skupina má různý počet členů, který může přesahovat i dvacet účastníků. Po skončení oficiálního programu účastníci mají možnost při neformálním setkání se vzájemně informovat, podělit o své radosti i starosti. Organizátor by měl být zkušený ve skupinové práci a v podpůrné skupině by měl vystupovat spíše jako instruktor/moderátor než jako direktivní vedoucí. Jiná forma setkávání je skupina o 5-10 lidech, které se setkávají vždy u někoho doma. I zde je především cílem pro všechny účastníky vzájemné sdělování pocitů, problémů, vyjádření podpory. Doporučuje se, aby hned po založení skupiny se stanovila jasná a pro všechny členy srozumitelná pravidla. Jsou-li pravidla vytvořena, je vždy třeba s nimi seznamovat nově příchozí členy. Je dobré si jednou za čas připomenout základní pravidla skupiny. Pravidla by měla jasně a zřetelně reflektovat zejména „odpověď na situaci – proč jsme tady a čeho chceme dosáhnout“.

Chceme-li „základní pravidla skupiny“ vytvořit srozumitelná, je potřeba dodržet několik základních pravidel:

- Předem definovat pro koho je skupina určena
- Určit jakým praktickým detailům je třeba věnovat pozornost
- Zajistit, aby se nově příchozí cítili ve skupině dobře
- Zajistit, aby každý měl možnost promluvit
- Zajistit, aby každý měl možnost mluvit o svých pocitech
- Zajistit úroveň důvěrnosti a důstojné zacházení s každým členem skupiny





4.3. Desatero pečujícího

Linka seniorů od organizace Elpida připravila Desatero pečujícího. Může sloužit jako první rozcestník na začátku cesty pečování, aby se pečovatel lépe dokázal zorientovat v nové životní situaci. Je dobré ho mít co nejvíce na očích a připomínat si jednotlivé kroky a také si díky tomu uvědomit, že na péči o svého blízkého nejste sami²⁷.



Získejte si co nejvíce informací a zůstaňte v kontaktu s odborníky. Ujistěte se, že dobře rozumíte diagnóze – ptejte se lékařů na prognózu, možnosti podpůrné léčby, rehabilitace či snížení míry bolesti. Po určitém čase si vyžádejte kontrolní vyšetření. Pokud máte pocit, že se Vám s lékařem nedaří spolupracovat, nebojte se ho změnit. Vytvořte spolu tým, jehož cílem je dobrá péče o nemocného.



Pozorujte, naslouchejte a ptejte se. Váš blízký je tím nejcennějším zdrojem informací o tom, co skutečně potřebujete. Všimněte si, kdy je spokojený. Ptejte se, jaká forma pomoci je pro něj přijatelná a úlevná. Buďte trpělivý k němu, ale i k sobě.



Zvažte možnosti financování pomoci. V situaci péče o blízkého můžeme využít finanční příspěvek od státu. Nejčastěji se jedná o tzv. dlouhodobé ošetřovné (k žádosti je potřebné vyjádření lékaře) a příspěvek na péči.



Každá rodina je jedinečná. Péče o „osobu blízkou“ se velmi obtížně zvládá v jedné osobě. Je dobré říci si o pomoc v rodině, příbuzným či přátelům, aby vás vystřídali. Neodmívejte nápady druhých, ač se zdají nestandardní.



Nemocný potřebuje cítit oporu. Každý člověk potřebuje cítit, že je respektovaný. Pomoc a podporu nabízejte, ale nenuťte ji násilím. Pokud zrovna nějaký úkon nejde provést, zvažte, zda je nezbytně udělat ho právě teď, a to i za cenu ztráty pohody a klidu.

²⁷ <https://www.elpida.cz/desatero-pecujiciho>



Superhrdiny můžete být jen chvíli. Je důležité si uvědomit, že i přes všechna naše přání nejsme superhrdinové, ale lidé. Pokud se vám někdy něco nepodaří podle očekávání nevyčítejte si to. Je normální cítit vztek, zlost i zoufalství. V takových chvílích je užitečné vyhledat podporu či odbornou pomoc.



Nezapomínejte na sebe. Být oporou někomu dalšímu je velmi náročné. V rámci plánování péče proto myslete také na své potřeby. Nechte se vystřídat, dovolte si nechat si odborně pomoci.



Zvažte možnost institucionální péče (odlehčovací služby). Odlehčit Vám může pečovatelská služba nebo krátkodobý respitní pobyt. Možná nastane chvíle, kdy bude pro všechny lepší, pokud váš blízký bude někde umístěn, kde ho budete navštěvovat. Nedávejte si za vinu, že jste péči nezvládli sami.



Inspirujte se u druhých. Nemocný vaši péči možná náležitě neocení. Budou se střídát dny, kdy budete vděční a šťastný, že jste se rozhodli pečovat, a dny kdy budete cítit vztek či lítost a zoufalství. Sdílejte svou zkušenost s lidmi, kteří také pečují nebo pečovali. Inspirujte se u druhých. Co pomáhalo jim? V čem pro ně byla zkušenost cenná? Oporou vám mohou být svépomocné skupiny pro pečující.



Užívejte si společné okamžiky. Nenechte si kazit společné chvíle potížemi v každodenním fungování, ani nereálnými očekáváními od okolí i sebe samých. Společně strávený čas a sdílená radost budou jednou těmi nejcennějšími vzpomínkami.



5. Praktické rady v sociální oblasti pro neformální pečovatele

5.1. Sociální zabezpečení

Sociální zabezpečení je systém, který se snaží zajistit sociální stabilitu, přiměřenou a minimální úroveň sociálního zabezpečení a sociální suverenity. Snaží se pomoci lidem, kteří čelí různým hrozbám nebo jsou v mimořádné životní situaci. Tento systém vznikl v závislosti na měnících se životních podmínkách. S těmito změnami se pojí sociální rizika, která ovlivňují život každého člověka. Jedná se o soubor institucí, zařízení a opatření, s nimiž se předchází sociálnímu vyloučení a sociálním událostem. Sociální zabezpečení je souhrn právních, finančních a organizačních nástrojů a opatření.



Sociální dávky jsou financovány prostřednictvím systému sociálního a nemocenského pojištění nebo ze státního rozpočtu prostřednictvím dávek státní sociální podpory. Systém státní sociální podpory je upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona se poskytují následující dávky: přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, příspěvek na bydlení, porodné, pohřebné), sociální pomoci (upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů a další právní předpisy, zejména zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi – Dávkami příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc)



Sociální služby, které svým klientům poskytují služby ambulantně nebo v jejich přirozeném prostředí (terénní služby)



Sociální azyly jsou typem rezidenčních sociálních služeb, které jsou poskytovány lidem kteří se o sebe nemohou z ekonomických, sociálních nebo zdravotních důvodů postarat²⁸.

²⁸[https://www.mpsv.cz/Státní_sociální_podpora_\(mpsv.cz\)](https://www.mpsv.cz/Státní_sociální_podpora_(mpsv.cz)), <https://www.mpsv.cz/pomoc-v-hmotne-nouzi>, [https://socialnipolitika.eu/Přehled_dávek_sociálního_zabezpečení_v_Česku_-_Wikipedie_\(wikipedia.org\)](https://socialnipolitika.eu/Přehled_dávek_sociálního_zabezpečení_v_Česku_-_Wikipedie_(wikipedia.org)), [https://socialnipolitika.eu/Přehled_dávek_sociálního_zabezpečení_-_Revue_pro_sociální_politiku_a_výzkum_\(socialnipolitika.eu\)](https://socialnipolitika.eu/Přehled_dávek_sociálního_zabezpečení_-_Revue_pro_sociální_politiku_a_výzkum_(socialnipolitika.eu))



5.2. Právní úkony spojené s ochranou jedince

Omezení svéprávnosti se řídí zákonným předpisem (Zákon č. 89/2012 Sb. - Omezení svéprávnosti). Omezit svéprávnost je možné pouze v zájmu člověka, jehož se daný úkon týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáním jeho práv, včetně jeho osobní jedinečnosti. V úvahu musí být vzat rozsah i neschopnost člověka postarat se sám o své vlastní záležitosti²⁹. Toto jednání je možné učinit pouze, hrozila-li by dané osobě jinak závažná újma a nepostačuje-li s ohledem na jeho zájmy mírnější a méně omezující opatření. O otázce omezení svéprávnosti je příslušný rozhodnout pouze soud, přičemž musí vyvinout takové úsilí, aby zjistil názor osoby, o jehož svéprávnosti rozhoduje a to způsobem dorozumívání, které je zvoleno osobou samotnou. Soud může omezit svéprávnost člověka v jen takovém rozsahu, v jakém není pro duševní poruchu, které nemá charakter poruchy přechodné, schopen jednat a současně vymezí rozsah, v jakém svéprávnost člověka omezuje. Pouhé obtížné dorozumívání nemůže být důvodem pro omezení svéprávnosti člověka. Po úvaze může soud v průběhu řízení o omezení svéprávnosti svěřit 3. osobě provedení jednotlivých právních jednání nebo záležitosti týkající se správy majetku, aby se zabránilo závažné újmě. Omezení svéprávnosti trvá nezbytně nutnou dobu, maximálně však 3 roky. Dojde-li k zahájení řízení o prodloužení doby omezení, trvají právní účinky původního rozhodnutí do doby vydání nového rozhodnutí, nejdéle však jeden rok. Pokud se změní okolnosti, které byly podkladem pro rozhodnutí o omezení svéprávnosti, soud své rozhodnutí bezodkladně změní nebo zruší a není zapotřebí ani návrhu. Při rozhodování o omezení svéprávnosti jmenuje soud člověku opatrovníka, přičemž přihlédne k přáním i potřebám opatrovance, ale i k podnětům osob opatrovanci blízkým a dbá na to, aby svým výběrem nezaložil nedůvěru opatrovance k opatrovníkovi. Osoba jmenovaná opatrovníkem musí být způsobilá právně jednat, její zájmy nesmí být v rozporu se zájmy opatrovance a nelze též opatrovníkem jmenovat provozovatele zařízení, v němž je opatrovanec umístěn, nebo které mu poskytuje službu. **Rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezbavuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech spojených s každodenním životem.** Pokud jednal opatrovanec sám, ač tak jednat nemohl, neboť mu byl ustanoven opatrovník, lze jeho jednání prohlásit za neplatné pouze jen, působí-li mu újmu. Jednání učiněné bez vědomí opatrovníka je platné, pokud ho opatrovník dodatečně schválí, stejně tak tato podmínka platí, pokud schválí toto jednání jednající sám poté, co nabyl svéprávnosti.

Faktory/projevy osoby, které mohou vést k omezení svéprávnosti:

- Osoba trpí duševní poruchou
- Návrh na omezení je v zájmu omezené osoby
- Bez omezení hrozí závažná újma

²⁹ <https://www.vzory.cz/vzory/svepravnost-a-navrh-na-omezeni-svepravnosti/#.YXV8UC3yqCc>



Opatrovník musí splňovat tyto podmínky:

- Uvést vztah k dané osobě (společná domácnost, ekonomická vazba,)
- Věk, zdravotní stav, čistý rejstřík trestů
- Bezdlužnost, zaměstnanost, bydliště, osobní předpoklady k dané službě

5.3. Příspěvek na péči

Doba osobní péče o závislou osobu se prokazuje rozhodnutím příslušné okresní správy sociálního zabezpečení o době a rozsahu této péče. Podkladem pro rozhodnutí okresní správy sociálního zabezpečení je uznání osoby, o kterou je pečováno, za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění³⁰. V oblasti nemocenského pojištění lze pro případ podpory pečujících osob krátkodobě využít ošetřovné a od 1. června 2018 rovněž dlouhodobé ošetřovné. Ošetřovné se vyplácí nejdéle 9 kalendářních dnů (v př. 16 kalendářních dnů v případě osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku). Výše ošetřovného od prvního kalendářního dne činí 60% redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den. U dlouhodobého ošetřovného jsou stanoveny podmínky jednak pro ošetřovanou osobu a jednak pro osobu ošetřující. U ošetřované osoby muselo dojít k závažnému zhoršení zdravotního stavu, který vyžadoval alespoň 7 denní hospitalizaci v nemocnici a v den propuštění je potvrzeno, že potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů. Ošetřovaná osoba musí dát písemný souhlas k ošetřování konkrétní osobě. Ošetřující osoba může být manželem (manželkou), ošetřované osoby nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetřované osoby, příbuzným v linii přímé s ošetřovanou osobou nebo je její sourozenec, tchýně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta nebo strýc.

Ošetřující osoba nesmí po dobu ošetřování vykonávat žádnou výdělečnou činnost³¹. V průběhu 90 dnů se mohou ošetřující osoby libovolně střídat v ošetřování osoby vyžadující dlouhodobou péči po celých dnech. Nárok na další dlouhodobé ošetřovné vznikne ošetřující osobě nejdříve po uplynutí 12 měsíců od skončení předchozí dlouhodobé péče. Dlouhodobé ošetřovné se vyplácí maximálně po dobu 90 kalendářních dnů. Zaměstnavatel nemá povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance v práci po dobu poskytování dlouhodobé péče pouze v případě, brání-li tomu vážné provozní důvody, které musí sdělit zaměstnanci písemně.

Podle zákoníku práce má zaměstnanec po dobu péče o osobu, na kterou má podle zákona o nemocenském pojištění nárok na ošetřovné, právo na neplacené pracovní volno. Pro zajištění potřebných sociálních služeb je osobám s dlouhodobě nepříznivým podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, příspěvek na péči. Nárok na tuto dávku má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb. Cílem přiznání nepojistné dávky příspěvek na

³⁰ <https://socialnipolitika.eu/2017/01/postaveni-pecujicich-osob-v-duchodovem-a-nemocenskem-pojistenim/>

³¹ <https://socialnisystem.pirati.cz/davky/18-dlouhodobem-oseetrovne/>



péči je kompenzace pečujícímu ztrátu, popř. snížení příjmu z ekonomické aktivity. Tato dávka je však kromě úhrady nákladů souvisejících s péčí o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu využívána rovněž na úhradu běžných výdajů v domácnosti, úhradu nákladů na bydlení, na dopravu, na úhradu léků a plateb u lékaře, apod.

Zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu definuje:

- Životní minimum je minimální společensky uznaná hranice peněžních příjmů k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb.
- Existenční minimum je minimální hranice peněžních příjmů, které se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití. Existenční minimum (se nevztahuje) nelze použít u nezaopatřeného dítěte, u poživatele starobního důchodu, u osoby invalidní ve 3. stupni a u osoby starší 68 let.
- Životní minimum ani existenční minimum nezahrnují nezbytné náklady na bydlení.
- Zákon dále popisuje společně posuzované osoby započitatelné a nezapočitatelné příjmy. Vzhledem na možné změny (aktualizaci zákona), neuvádíme podrobné informace. Aktuální informace získáte na příslušném úřadu práce.

Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře definuje dávky státní sociální podpory:

- dávky poskytované v závislosti na výši příjmu (přídavek na dítě, příspěvek na bydlení, porodné)
- ostatní dávky (rodičovský příspěvek, pohřebné)
- Vzhledem na možné změny (aktualizaci zákona), neuvádíme podrobné informace. Aktuální informace získáte na ÚP.

Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi jednoznačně nevymezuje pojem „hmotná nouze“. Stanovuje osm situací, které charakterizují osobu v hmotné nouzi. Hmotná nouze je pro účely zákona chápána jako nedostatek peněžních prostředků, popř. věcí, které osoba potřebuje k uspokojení základních životních podmínek. Zákon definuje rozhodné období, za které se zjišťuje příjem v případě podání žádosti o dávku, opakující se dávku, jednorázovou dávku, celkové sociální a majetkové poměry, doplatek na bydlení. Mimořádná okamžitá pomoc se týká zejména situací jako jsou vážná újma na zdraví, vážná mimořádná událost, nezbytný jednorázový výdaj k pořízení nebo opravě nezbytných základních předmětů dlouhodobé potřeby, možné ohrožení sociálním vyloučením, zajištění nezbytných činností spojených se sociálně-právní ochranou dětí.

Vzhledem k možným změnám (aktualizaci zákona) neuvádíme podrobné informace. Aktuální informace opět získáte na místním úřadu práce.



Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek OZP (osoby se zdravotním postižením)

O dávkách a o průkazu osoby se zdravotním postižením podle tohoto Zákona rozhoduje Úřad práce České republiky – krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu (dále jen „krajská pobočka ÚP). Odvolání proti rozhodnutí podle odstavce 1 rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „ministerstvo“).

Zákon řeší situace: nárok příspěvku na mobilitu, nárok příspěvku na zvláštní pomůcku, stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku, příjem a rozhodné období pro přiznání nároku na příspěvek a povinnost vrátit příspěvek na zvláštní pomůcku. Dále pojednává o získání/přiznání „Průkaz osoby se zdravotním postižením“ a příspěvku na péči - „příspěvek“.

Nárok na příspěvek se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. O nároku na příspěvek rozhoduje krajská pobočka ÚP a odvolání se postupuje MPSV. V současné době dle tohoto zákona rozumíme 4 stupně závislosti a to na základě zvládnání základních životních potřeb. Základní životní funkce jsou: mobilita (pohyb, chůze), orientace (v čase a prostoru), komunikace (řeč), stravování (příprava, nákup, úklid, samoobslužnost), oblékání a obouvání (sám nebo s pomocí jiné osoby), tělesná hygiena (samostatné koupání, sprchování, nebo s pomocí jiné osoby), výkon fyziologické potřeby (inkontinence, pleny, používání WC), péče o zdraví, osobní aktivity (čtení), péče o domácnost (bez pomoci druhé osoby, základní/běžný úklid).

Vzhledem na možné změny (aktualizaci zákona), neuvádíme podrobné informace. Aktuální informace získáte na úřadu práce.

5.4. Dávky sociálního zabezpečení

Dávky sociálního zabezpečení - pod tímto obecným nástrojem sociální politiky se skrývá poměrně široké spektrum dávek a jim odpovídajících sociálních situací³².

Pojistné sociální dávky se odvozují od pracovního příjmu, který je současně vyměřovacím základem pro placení pojistného. Výše pojistného a výše dávky je určena veřejnou volbou. Tento model sociální politiky vychází z principu, že sociální potřeby mají být uspokojovány na základě (pracovního) příjmu a zásluh.

Nepojistné sociální dávky se odvozují od charakteru situací, v nichž se poskytují, a rozhodnutí veřejné volby ohledně míry podpory státu v těchto situacích. Jsou stanovené pevnou částkou. Vycházejí z univerzalistického modelu sociální politiky, vnímajícího potřeby lidí jako sociální práva, kdy je úlohou sociální politiky umožnit tato práva v adekvátní míře naplnit. Nepojistné (typicky tzv. rovné, tedy poměrně nízké a pro každého příjemce stejné) sociální dávky garantované podpory na individuálním, občanském principu, původně s cílem omezit výskyt absolutní chudoby.³³

³² Mertl J., *Pojistné a nepojistné dávky v Českém sociálním zabezpečení*, <https://relik.vse.cz/>, r.2018

³³ tamtéž



Dávky sociálního zabezpečení

Pojistné sociální dávky

starobní, invalidní,
pozůstalostní důchody

nemocenské, ošetřovné,
vyrovnávací příspěvek v
těhotenství a mat., peněžitá
pomoc v mateřství (PPM),
podpora v nezaměstnanosti

Nepojistné sociální dávky

sociální pomoc

sociální podpora

dávky ve hmotné
nouzi, dávky pro
zdravotně
postižené,
příspěvek na péči

přídavek na dítě,
příspěvek na
bydlení, rodičovský
příspěvek, porodné,
pohřebné, dávky
pěstounské péče

upraveno dle Chvátalová, Iva a kolektiv. Právo sociálního zabezpečení v České republice a Evropské unii. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2012, str. 273

6. Praktické rady pro sociální a zdravotní služby

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení³⁴. Poskytování sociálních služeb je vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon jasně definuje podmínky poskytování pomoci a podpory. Cílem sociálních služeb je snížení sociálních a zdravotních rizik uživatelů sociální služby, rozvíjení schopností uživatelů sociální služby a zlepšení nebo alespoň zachování soběstačnosti uživatelů sociální služby³⁵.

Formy poskytování sociálních služeb:

- Sociální služba je uživateli poskytována v jeho přirozeném prostředí (bytě), na ulici apod. (pečovatelská služba).
- Uživatel dochází do zařízení poskytujícího sociální služby (nizkoprahové centrum pro děti a mládež, poradna).
- Uživatel je v zařízení poskytujícím sociální služby bydlí (domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením).

³⁴ <http://www.socialnisluzbytrebonsko.cz/obecne-informace-o-socialnich-sluzbach.html>

³⁵ <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>



Sociální služby dle zřizovatele dělíme na poskytovatele zřízené církevní organizací (Charita, Diakonie, apod.), organizace (poskytovatele) zřízené městem či krajem a poskytovatele zřízené přímo Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV).

Sociální služby poskytované za úhradu: týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, zdravotnické zařízení lůžkové péče, osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovských a předčitatelských služeb, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních služeb, služeb v denních stacionářích, pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb, služeb v chráněném bydlení.

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče³⁶.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou³⁷: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Zákon dále definuje služby: sociální poradenství, služby sociální péče, osobní asistence, pečovatelská služba – terénní nebo ambulantní poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby - tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy se zvláštním režimem chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Všechny tyto služby mají společné znaky: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a

³⁶ <https://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach/f3010156/>

³⁷ <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>



při obstarávání osobních záležitostí.) Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy.

Raná péče je terénní služba³⁸, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené.

Azylové domy poskytují pobytové služby³⁹ na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Domy na půl cesty⁴⁰ poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku.

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

Intervenční centra - na základě vykázaní ze společného obydlí podle zvláštního právního předpisu je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykázaní intervenčnímu centru⁴¹. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společně obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové.

Nízkoprahová denní centra⁴² poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování.

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které

³⁸ <https://www.ranapece.cz/brno/wp-content/uploads/sites/14/Standardy-SPRP-2017.pdf>

³⁹ <http://www.pomocvnouziops.cz/www/script/main.php?ac=stranka&id=1&menu=1>

⁴⁰ <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

⁴¹ <https://www.mpsv.cz/intervencni-centra>

⁴² <http://www.socialnisluzbytrebonsko.cz/obecne-informace-o-socialnich-sluzbach/podrobny-prehled-jednotlivych-socialnich-sluzeb.html>



absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.

Sociálně aktivizační služby⁴³ pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.



PORADENSTVÍ – Nevíte kam se obrátit, s kým řešit danou situaci, jaké služby jsou ve Vašem kraji dostupné a na co máte nárok? Existuje celá řada informačních center a poraden (právní, sociální, psychologická, ...). Své služby poskytují zdarma a cílové skupiny jsou zejména senioři, rodiny a děti. Přehled kontaktů naleznete na konci této brožury. Poradny jsou provozovány buď obcí, městskou částí či neziskovou organizací, poradenství je také nabízeno v rámci každé sociální služby⁴⁴.



PŮJČOVNA KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK – cílem pomůcek je zlepšit a zvýšit kvalitu života. Ne vždy každá pomůcka musí dané osobě plně vyhovovat, nebo než dojde k schválení dané pomůcky pojišťovnou, můžete využít specializovanou půjčovnu. Pomůcek je celá řada např. hole, chodítka, polohovací lůžka, klozetová křesla, vozíky, nástavce na WC a vany, berle. S výběrem Vám pomohou přímo v půjčovně.

⁴³ <http://www.socialnisluzbytrebnsko.cz/obecne-informace-o-socialnich-sluzbach/podrobny-prehled-jednotlivych-socialnich-sluzeb.html>

⁴⁴ <https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=site/index>



PEČOVATELSKÁ SLUŽBA – Pečovatelé pomáhají potřebným v jejich domovech s běžnými denními věcmi při podávání jídla, při osobní hygieně, zajišťují donášku stravy vč. přípravy a podání, pomáhají při chodu domácnosti s úklidem, nákupem, praním, žehlením.

OSOBNÍ ASISTENCE – asistent pomáhá se stejnými úkony jako pečovatel, k jeho náplni práce patří i např. posezení a rozhovor s klientem a společné trávení klientova volného času, může Vás asistent doprovodit k lékaři, ale i na kulturní akci. Maximální cena je daná vyhláškou a aktuálně je to 130 Kč za hodinu, pokud ale budete potřebovat jen při pomoci s osobní hygienou a bude to trvat 30 minut, zaplatíte jen poměrnou část⁴⁵.



ODLEHČOVACÍ SLUŽBA – Odlehčovací centra na dočasnou dobu přebírají pečovatelské povinnosti od rodin – tedy odlehčují jim – a seniora či jinou osobu potřebující péči si fyzicky přebírají do svého zařízení. Tato služba je na pomezí služeb terénních a pobytových. Je nejvíce využívána, pokud rodina potřebuje krátkodobě s pečováním pomoci – např. ke strávení vlastní dovolené, či vlastního léčení, nebo když je např. senior osamocený a po dobu rekonvalescence potřebuje zůstat v péči někoho dalšího. Délka pobytu v odlehčovací službě může být maximálně 3 měsíce a cena je opět daná vyhláškou⁴⁶.

CENTRA DENNÍCH SLUŽEB – tuto službu využívají rodiny, které pečují o své blízké, ale jejichž členové zároveň musejí chodit do práce. V centru denních služeb personál klientovi pomůže při osobní hygieně, s jídlem nabídne vzdělávací a aktivizační činnosti. **STACIONÁŘE** – z hlediska „péče“ dělíme na denní, týdenní. Stacionář nabízí ubytování, stravu, různé aktivity, (keramika, tvorba drobných předmětů, cvičení paměti,..).



TELEFONICKÁ KRIZOVÁ POMOC⁴⁷ – Všichni, kteří se nacházejí v nějaké tíživé či nepříznivé situaci se mohou v případě potřeby, nesnází, dotazů apod. obracet na telefonní linky pomoci. Senior telefon poskytuje také základní poradenství v sociální oblasti (služby, dávky,...).

⁴⁵ <https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=5>

⁴⁶ <https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=6>

⁴⁷ <https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=9>



TÍSŇOVÁ PÉČE – služba řeší aktuální krizové situace, které v životě seniorů nastávají – př. pád, nevolnost, náhlé zhoršení zdravotního stavu. Smyslem služby je rychlé zorganizování pomoci a jistota při klienty i jejich rodiny, že pomoc je vždy nablízku, i když se seniorem fyzicky nikdo není. Naprostá většina této telefonické pomoci je poskytována zdarma a většina těchto krizových a poradenských linek začínají číslem 800, které symbolizuje bezplatné volání.



DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE – tato služba, která se také nazývá anglicky Home Care je na pomezí zdravotních a sociálních služeb, je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře, hlavní výhodou je zejména psychická pohoda seniora v domácím prostředí. Zdravotníci, kteří za klientem docházejí, provádějí potřebné úkony – převazují rány, měří krevní tlak, aplikují injekce apod. Tato služba dokáže zkrátit dobu pobytu v nemocnici. Pokud tuto službu doporučí lékař, je plně hrazena ze zdravotního pojištění.

PALIATIVNÍ PÉČE – služba je určena nevléčitelně nemocným pacientům v pokročilé fázi nemoci. Jde o umožnění prožít poslední chvíle důstojně a bez zbytečných bolestí. Paliativní péče zahrnuje péči lékařů, zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků a duchovních, kteří zajišťují, aby byli pacienti a jeho rodina v co největší míře v dobrém psychickém a fyzickém stavu. Služba může být poskytována jako pobytová – LDN, hospic,... nebo terénní tj. u klienta doma, v rodinném prostředí⁴⁸.

7. Praktické rady v zdravotní a ošetrovatelské oblasti

Základní pojmy spojené se zdravotní problematikou:

- Lékař je absolvent magisterského studijního programu, *všeobecné lékařství* na lékařské fakultě. V Česku jde o šestileté prezenční studium zakončené titulem doktor medicíny, (tj. forma udělována diplomem od roku 1998; ve zkratce MUDr., *Medicinae universae doctor*, což doslovně česky znamená *doktor všeobecného lékařství*)⁴⁹.
- Všeobecná sestra (obecně se užívá také zastaralý název zdravotní sestra, popřípadě jen sestra) je nelékařské zdravotnické povolání. Všeobecné sestry jsou společně s dalším personálem zodpovědné za ošetrovatelskou, léčebnou a následnou péči lidí.

⁴⁸ <https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=8>

⁴⁹ <https://cs.wikipedia.org/wiki/Lékař>



Obecně lze úlohu sester rozdělit na samostatnou činnost a péči, bez indikace lékaře, a na činnost vykonávanou pod dohledem lékaře v pozici jeho spolupracovnice.⁵⁰

- Zdravotník je člověk s úplným středním, vyšším nebo vysokoškolským vzděláním. Zdravotníkem mohou být také ale lidé, kteří mají specializované kurzy akreditované Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy. Zdravotník může jezdit s dětmi nebo jinými osobami na letní tábory, ozdravné pobyty, ale tato osoba není vystudovaná, má pouze absolvovaný kurz v rozsahu minimálně 40 hodin. Vystudovaní zdravotníci poté mohou pracovat na různých odděleních nemocnic, na záchranných službách, horských službách, či jiných ústavech nebo v záchranných složkách⁵¹.
- Ošetřovatelství je samostatný vědní obor zkoumající ošetřovatelské aspekty péče o člověka nebo skupiny. Principem ošetřovatelství je vyhledávání i uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb ohroženého nebo nemocného, kterých není z důvodu absence dostatečné síly schopen vykonávat sám. Cílem ošetřovatele je také zaměřování se na zdraví pacienta - pomáhat postiženému jednotlivci či skupinám a zajistit jim potřebnou péči, podporovat je v péči o zdraví a poučovat o prevenci nemoci. Ošetřovatel dělá vše proto, aby snížil negativní dopad onemocnění na celkový zdravotní stav jedince. Uspokojuje potřeby nemocných, zdravotně postižených a nevléčitelně nemocných pacientů⁵².
- Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). **Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.** Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné⁵³.
- Mezi hlavní cíle ergoterapie patří:
 - podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/ zaměstnávání
 - pomáhat ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času
 - umožnit osobě naplňovat její sociální role
 - napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity
 - uplatňovat terapii zacílenou na klienta/ pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie

⁵⁰ https://cs.wikipedia.org/wiki/Všeobecná_sestra

⁵¹ <https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%ADk>

⁵² <https://cs.wikipedia.org/wiki/Ošetřovatelství>

⁵³ <https://cs.wikipedia.org/wiki/Ergoterapie>



- posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím (zvládání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí)
- usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění⁵⁴

7.1. Základy pečovatelsví v domácím prostředí

7.1.1. Vybavení a úprava domácnosti

V těchto kapitolách se více zaměříme na praktické rady, které Vám usnadní pečování v domácím prostředí. Všechny tyto rady vycházejí z dlouhodobé praxe a dá se říci, že jsou již dlouho neměnné, protože vyhovují nejlépe. Je možné je nalézt kdekoliv v literatuře či na internetu, ale věříme, že když budou součástí i této brožury, usnadní Vám hledání.



Prvním důležitým bodem je upravené prostředí doma, které je přizpůsobené nejen potřebám nemocného, ale také potřebám pečujícího, je nezbytným předpokladem dobré péče⁵⁵.

V případě zhoršené pohyblivosti:

- postavte lůžko tak, aby bylo dobře přístupné, ideálně ze tří stran
- zvyšte lůžko tak, aby dosahovalo nejméně ke kolenům pečujícího. Lůžko můžete zvýšit doma vyrobenými špalíky
- uzpůsobte množství a rozmístění nábytku, tak aby hlavně okolo lůžka byl dostatek volného prostoru
- odstraňte všechny volně položené koberečky, o které se dá zakopnout
- odstraňte prahy

⁵⁴ <https://adoc.pub/univerzita-karlova-v-praze-fakulta-humanitnich-studii-katedrfd65e6ed7a62a98f07093bcb7b1d65156795.html>

⁵⁵ <http://www.csp-uo.cz/wp-content/uploads/1.-Vybaven%C3%AD-a-úprava-domácnosti.pdf>



Zařízení bytu v péči o nepohyblivého (imobilního), které vám i nemocnému usnadní péči:

- kvalitní postel, nejlépe polohovací (může ji předepsat odborný lékař, u kterého je nemocný v péči)
- kvalitní matrace nebo antidekubitní matrace
- sprchový kout místo vany

7.1.2. Kompenzační pomůcky

V naprosté většině případů se při domácím pečování osvědčí dobrý výběr kompenzačních pomůcek. V současnosti je k dispozici široký sortiment podpůrných a kompenzačních pomůcek. Tyto pomůcky výrazně zlepšují kvalitu života a možnosti péče o nemocného doma. Často by bez nich pobyt doma vůbec nebyl možný. Kompenzační pomůcky pomáhají zvýšit možnosti pohybu nemocným, kteří jsou v důsledku úrazu nebo nemoci méně pohybliví⁵⁶.

- polohovací lůžka (elektrická, mechanická)
- antidekubitní pomůcky (k prevenci proleženin): matrace, podložky, polštáře
- pomůcky pro osobní hygienu: sedačky na vanu i do vany, stoličky do sprchy, nástavce na WC, toaletní křesla, podložní mísy, močové láhve (bažant), madla do koupelny i WC, nástavec na WC s madly
- pomůcky pro pohyb: berle, hole, chodítka, vozíky (mechanické i elektrické), elektrické rampy
- pomůcky pro jídlo a sebeobsluhu: podavače předmětů, upravený příbor, oblékač ponožek, zapínač knoflíků, ...

Část pomůcek je hrazena ze zdravotního pojištění. Na některé pomůcky nehrazené ze zdravotního pojištění je možné žádat o příspěvek na úřadu práce. S výběrem pomůcky vám pomůže praktický nebo odborný lékař, či v prodejnách zdravotních a ortopedických pomůcek. Existují také půjčovny kompenzačních pomůcek – informace o nich získáte na odborech sociální péče městských či obecních úřadů nebo u poskytovatelů terénních sociálních služeb (pečovatelské služby, či osobní asistence).

7.1.3. Hygienická péče

Koupelel

Během domácího pečování je hygienická péče jednou ze zásadních součástí. Péče o čistotu těla je základní lidskou potřebou a patří ke každodenním činnostem. Pro nemocného bývají úkony

⁵⁶ <http://www.csp-uo.cz/wp-content/uploads/1.-Vybaven%C3%AD-a-úprava-domácnosti.pdf>



hygienické péče často unavující, prožívá pocity studu a tato nesoběstačnost mu ubírá na sebevědomí⁵⁷. Denně (ráno a večer) provádějte mytí horní poloviny těla, oblast genitálu, a péči o chrup. Nejméně 1x týdně proveďte celkovou koupel. Pokud se nemocný více potí nebo je inkontinentní, je vhodné provádět celkové mytí častěji. S ohledem na zdravotní stav pečovaného zvažte, zda zvládne koupel ve vaně, sprše nebo mytí na lůžku. Při koupeli na lůžku je výhodné zajistit si pomoc druhé osoby. Potřebné pomůcky: umývadlo, 2 ručníky, 2 žínky, tekuté mýdlo, ochranný krém, kosmetické přípravky dle potřeby, podložka, čisté osobní a ložní prádlo, v případě inkontinence – pleny. Z lůžka odstraňte příkrývku, polštáře. Nemocného nenechávejte celého svlečeného, tu část těla, kterou právě nemyjete, zakryjte např. prostěradlem nebo ručníkem. Obličej myjte pouze čistou vodou. Ostatní části těla namydlete a hned důkladně opláchněte a otřete dosucha. Zvláštní pozornost věnujte kůži v kožních záhybech pod prsy, v podbřišku, v podpaží a meziprstní prostory. Důkladně je osušte a podle potřeby tato místa ošetřete ochranným krémem. Na horní i dolní polovinu těla vyměníme vodu v umývadle, žínku i ručník. U žen při hygienické péči o genitál nepoužívejte tuhá mýdla ani tekutá mýdla parfémovaná. Nejvhodnější jsou tekutá mýdla určená k intimní hygieně nebo vlhké intimní ubrousky. Mytí provádějte směrem od močové trubice ke konečníku, aby nedošlo k zanesení infekce. Je-li to možné, nechte nemocného, aby se do sebeobsluhy dle svých možností zapojil. Umožněte mu, aby si sám vykonával činnosti, které zvládne. Při mytí si všimněte změn na kůži (modřiny, otoky dolních končetin, vyrážky, opruzeniny, změny barvy kůže, otlaky a zarudnutí). Pokud si nebudete jistí, poraďte se s lékařem.

Oblékání

Ohledně oblékání vsázejte především na své vlastní zkušenosti, preference své i nemocného, je dobré najít kompromis, který vyhovuje oběma. Nesoběstačného nemocného oblékejte pokud možno do pohodlného, vzdušného a lehkého oblečení (nejlépe z přírodních – bavlněných tkanin). Pokud má nemocný poruchu hybnosti – oblečte mu nejprve nemocnou končetinu a potom zdravou. Při svlékání postupujte opačně – nejdříve zdravou a pak nemocnou končetinu⁵⁸.

Mytí vlasů

Možná to na první pohled není úplně zřejmé, ale mytí hlavy a vlasů na lůžku je náročné jak pro pečujícího, tak i pro nemocného. Vlasy myjte minimálně 1 x týdně. Připravte si potřebné pomůcky: umývadlo, nebo speciální nafukovací umývadlo do lůžka, igelitovou podložku, nádobu na oplachování, šampón na vlasy, ručník, hřeben. Z lůžka odstraňte polštář. Nemocného posuňte tak, aby měl hlavu v záklonu přes okraj postele. Můžete také přeložit polštář a podložit zátylek tak, aby hlava byla ve větším záklonu. Místo polštáře podložte hlavu a chraňte postel igelitovou podložkou. K lůžku přistavte nízkou stoličku a na ni položte umývadlo s teplou vodou. Vlasy namočte, umyjte šampónem, spláchněte čistou vodou za pomoci nádoby (například velký hrnek). Vodu si měňte podle potřeby, dokud z vlasů neteče čistá voda. Odstraňte vaničku. Vlasy vysušte ručníkem, rozčešte a podle potřeby upravte.

⁵⁷ <http://www.csp-uo.cz/wp-content/uploads/2.-Koupel-na-lůžku.pdf>

⁵⁸ <http://www.csp-uo.cz/wp-content/uploads/2.-Koupel-na-lůžku.pdf>



Péče o zuby

Péče o chrup, o dutinu ústní i umělou náhradu chrupu patří k základní hygieně. Čištění zubů provádějte 2x denně. Nesoběstačnému nemocnému čistěte zuby krouživými pohyby – vnější, vnitřní strany zubů, kousací plochy zubů. Po vyčištění nechte nemocného důkladně vypláchnout ústa. Pokud nemocný nespolupracuje, musíte mu vyčistit dutinu ústní několikrát denně. Můžete použít glycerinové štětičky z lékárny. Nebo si doma vyrobte štětičky pomocí špejle a vaty a namočte je do odvaru heřmánku, šalvěje, řepíku nebo do roztoku 3% peroxidu vodíku. Čistěte jazyk, patro, vnitřní strany tváří tak dlouho, dokud je nezbavíte povlaků. Zubní náhradu čistěte po každém jídle. Vyndejte náhradu z úst za pomoci mulových čtverců (nebo čistého kapesníku). Napusťte do umývadla trochu vody, stačí takové množství, které zabrání přímému nárazu náhrady o umývadlo při vyklouznutí z rukou. Pomocí měkkého zubního kartáčku pod proudem tekoucí vody náhradu očistěte. Po očištění umělý chrup opláchněte vodou a vložte ho do čistícího roztoku (z čistících tablet). Roztok nechte působit alespoň 10 min. Pak náhradu znovu opláchněte čistou vodou a můžete ji nasadit zpět do úst⁵⁹.

7.1.4. Úkony spojené s integritou kůže (holení, úprava nehtů)

Holení i stříhání nehtů jsou úkony, které nemusí být prováděny tak často, zároveň ale vyžadují jistou zručnost. Pokud se na ně necítíte být připraveni, můžete si vždy jen na tyto úkony



zaplatit odborníka. Stříhání a úprava nehtů jsou důležitou součástí hygienické péče, ale může přinášet určitá rizika, především u osob, kdy nemocný užívá léky na ředění krve nebo je diabetik. Lidem, kteří se léčí s cukrovkou, se hůře hojí každé poranění a jsou více náchylní k infekci. Při stříhání nehtů hrozí stříhnutí či

poranění špičkami nůžek a takové poranění může vést až k amputaci prstu nebo i části končetiny. Nehty na ruku snadno a bezpečně upravíte pilníkem. Úpravu nehtů na nohu svěřte do rukou odborníka – zkušené pedikérky. Pozor na poranění dejte také při odstraňování ztvrdlé kůže na chodidlech. Po stříhání se doporučuje dezinfikovat články prstů peroxidem vodíku 3%, nebo jiným antibakteriálním prostředkem (Septonex, Jodisol,...). Úpravu nehtů (zatvrdlé kůže) dělejte výhradně po předešlé koupeli. Nohy namočte do vaničky s teplou vodou s přídavkem mýdla, šamponu, soli min. na 15-20 min. Nemáte-li zkušenosti a praxi,

⁵⁹ <http://www.csp-uo.cz/wp-content/uploads/2.-Koupel-na-luzku.pdf>



nepoužívejte pro manikúru a pedikúru „ostré předměty“ (žiletka, skalpel). I malé poranění může vést k velkým problémům⁵⁹.

Holení

Vždy je výhodné k holení použít elektrický holicí strojek, o to víc, pokud nemocný užívá léky na ředění krve nebo je diabetik je lepší k holení používat elektrický holicí strojek. Holení je bezpečnější – nehrozí riziko pořezání. Před samotným holením holená místa navlhčete teplou vodou, což zapříčiní roztažení pórů. Pokožka tak bude více odolná proti poškrábání. Aplikujte holicí pěnu či holicí gel, které mají za úkol vousy změkčit a usnadnit jejich holení. Pěnu či gel nechte 2– 3 minuty působit. Snažte se mít pokožku co nejvíce napnutou. Na žiletku příliš netlačte, snížíte tím riziko pořezání. Na to, v jakém úhlu proti růstu vousů by měly být tahy vedeny, se názory různí; na kvalitu oholení by to nemělo mít vliv. Žiletku po každém jednom, max. dvou tazích opláchněte ve vodě, abyste se zbavili chloupků, které uvízly v čepeli holicího strojku. Voda, v které žiletku oplachujete, by měla být teplá a čistá. V případě, že došlo k pořezání, se na krvácející místa aplikuje kamenec, který krvácení účinně zastavuje. Po holení opláchněte holená místa studenou vodou. Ta způsobí stažení pórů. Přebytečnou vlhkost vysušte ručníkem (pouze jemným přikládáním na pokožku, nikoli drhnutím). Nakonec naneste vodu po holení, která zmírňuje podráždění a urychlí regeneraci pokožky. Ještě lze použít i balzám po holení, který pokožku dezinfikuje a navoní⁵⁹.

7.1.5. Stravování a pitný režim

Pokud pečujete o blízkého doma, součástí péče je i důkladné pozorování příjmu potravy a tekutin. Staří a nepohybliví lidé nemají pocit žízně, a proto málo pijí. Jsou ohroženi dehydratací – zejména v letních měsících a při horečce. Je nutné dbát, aby měli dostatečný přísun tekutin. Množství přijatých tekutin sledujte a tekutiny aktivně nabízejte, nejlépe po menších doušcích. Nesoběstačným nemocným tekutiny podávejte v plastových lahvích s náustkem, za pomoci brčka nebo polévkovou lžící. Upřednostňujte čistou vodu, ovocné a bylinkové čaje, ředěné džusy a ovocné šťávy. Minerální vody nejsou vhodné k pravidelnému častému pití, obsahují soli, zadržují v těle tekutiny a tím zatěžují krevní oběh. To, že je nemocný dostatečně zavodněn, poznáte podle slámově žluté barvy moče. Projevy dehydratace (nadměrný úbytek vody) se projevují následujícími: snížené napětí pokožky, suché sliznice, zmatenost, malátnost, únava, tmavá barva moči, nízký krevní tlak. Naopak mezi známky nadměrné hydratace patří: moč světlá až čirá, otoky v oblasti kotníků, a beder, zvyšující se krevní tlak, dušnost. Ideální množství přijatých tekutin za den je velmi individuální – orientačně je to asi 1,5 až 2 litry⁶⁰.

Důležité je sledovat i složení stravy, zejména množství bílkovin, vitamínů a vhodných tekutin. Při dlouhodobém nadměrném příjmu potravy a malé aktivitě vzniká obezita, při dlouhodobě sníženém množství přijímané potravy se rozvíjí celková sešlost a hubnutí. Při nevhodném složení potravy může vzniknout až podvýživa. Jestliže zdravotní stav nemocného nevyžaduje dietní opatření, volte taková jídla, která má rád a která dobře snáší. Dbejte na to, aby strava byla pestrá a obsahovala všechny potřebné složky a vitamíny. Pokud má naordinovanou dietu,

⁶⁰ <https://www.caps-os.cz/download/brozura.pdf>



dodržujte doporučení lékaře. Při potížích s polykáním nepodávejte potraviny, které mohou být vdechnuty (rýže, luštěniny, drobné těstoviny). Nemocným s nechutenstvím nepodávejte výrazně aromatická a těžká jídla. Nevhodná jsou jídla s česnekem a větším množstvím cibule, smažená jídla a nadýmová (luštěniny, zelí, květák, paprika, rajče, okurka, čerstvé ovoce a čerstvá zelenina, čerstvý chléb a pečivo, příliš sladkostí).

Potraviny (maso, zelenina, ovoce, přílohy) podávejte zásadně tepelně zpracované. Jídlo podávejte vždy dostatečně vhodné ke konzumaci (mleté, tekuté, kašovitě).



U nemocných s nechutenstvím můžete stravu doplnit výživovými doplňky – Nutridrinky. Nutridrinky patří mezi tekutou výživu, které byly vyvinuty pro pacienty se zvýšenou potřebou energie a zároveň nedostatečným příjmem živin. Mohou sloužit buď jako částečná nebo úplná náhrada stravy. Existují různé varianty pro různé typy pacientů i s různými příchutěmi⁶¹. Obsahují všechny důležité živiny v optimálním poměru. Podávání konzultujte s nutriční terapeutkou o vhodnosti podávané stravy. Nutridrinky jsou k dostání v lékárnách, kde Vám poradí s výběrem. Snídaně, obědy, večeře jsou rituály, které mají důležitý sociální význam, který má za úkol posílit pocit začlenění do rodiny. Pokud je to možné, a pokud není nemocný výrazně proti (může se v některých případech cítit zahanbeně, potupně, jakým způsobem přijímá potravu), je přínosné, aby nemocný jedl u stolu a nejlépe ve společnosti dalších členů rodiny. Jídlo by mělo být vkusně naservírované. Nemocného před jídlem upravte, umožněte mu umýt se nebo otřít si před jídlem ruce. Pokud je inkontinentní, vyměňte mu plenu. Nepohyblivého nemocného na lůžku posadte a podložte ho polštářem. Podávání jídla na lůžku

⁶¹ <https://www.nutridrink.cz>



vám usnadní použití servírovací stolku. Stravu připravujte a podávejte takovým způsobem, aby byl nemocný co nejvíce soběstačný⁶².

7.1.6. Vyměšování a inkontinence

Téma vyměšování je velmi citlivé, zároveň ho ale pečovatel řeší každý den. Váš blízký pravděpodobně zažívá pocity ponížení a studu, což už samo o sobě může ovlivňovat vyměšování. Kromě psychického stavu ovlivňuje vyměšování snížená hybnost, složení a množství stravy, příjem tekutin (málo tekutin způsobuje zácpu), některé léky a jejich vedlejší účinky, nedostatek soukromí, samotné onemocnění i jiná chronická onemocnění a věk⁶³. Frekvence vyprazdňování je velmi individuální, někdo se vyprazdňuje pravidelně každý den, někdo jednou za dva až tři dny. U stolice si všimněte změny barvy (černá, světlá, zelená) nebo příměsí (krev, hlen). Pokud pozorujete několik dní změnu barvy stolice nebo přítomnost příměsí, ohlaste to lékaři. Průjem je časté vyprazdňování řídké stolice (5 až 6 denně). U seniorů a oslabených nemocných vede rychle k dehydrataci (odvodnění). Proto je důležité při průjmu dávat dostatek tekutin. V případě průjmu je třeba přistoupit k dietním opatřením - černý čaj, suché pečivo, nemastit. Také můžete podat volně prodejně léky proti průjmu – živočišné uhlí, Endiaron, Imodium apod. Pokud se stav nezlepší do 3 dnů, je třeba informovat lékaře. Zácpa je obtížné méně časté vyprazdňování, je provázeno plynatostí, nadýmáním, bolestí břicha. Pokud zácpa trvá déle než tři dny, zeptejte se svého lékaře, zda by bylo vhodné podat projímadlo nebo použít klystýr. Zácpu, stejně jako průjem, je důležité bedlivě pozorovat, protože problémy s ní spojené mohou vést až k hospitalizaci. Lékaře kontaktujte, jestli si nemocný stěžuje na bolesti břicha, bolesti konečníku, případně zvrací.

Pravidelné vyprazdňování podporuje strava bohatá na vlákninu, pestrý jídelníček, dostatek tekutin, zakysané mléčné výrobky kefír nebo podmáslí, co nejvíce pohybu a psychické pohody, především pak soukromí a komfort při vykonávání potřeby.

Jako laxativa (léky, které pomáhají při zácpě – mají projímací efekt): laktulóza, glycerinový čípek, projímavá minerální voda, čaje s projímavým účinkem, klystýr, lék Regulax.

Inkontinence

Inkontinence neboli samovolný únik moči či stolice stav, kdy nemocný není schopen kontrolovat vyprazdňování. Stolice či moč odchází mimovolně a nechtěně. Inkontinence může přicházet postupně nebo najednou (po úrazu). Inkontinence se dělí na 3 stupně závažnosti – lehká forma, středně těžká forma a těžká forma. Dle toho se také stanovují vhodné inkontinenční pomůcky, stupeň stanoví Váš praktický lékař, urolog, neurolog, geriatr nebo gynekolog. U imobilních – nepohyblivých nemocných je unikající stolice velký hygienický problém – stolice bývá polotekutá a obsahuje mnoho bakterií. Unikající stolice způsobuje vznik proleženin, které se pak snadno infikují bakteriemi.

⁶² <https://www.caps-os.cz/download/brozura.pdf>

⁶³ <https://www.sosdomacipece.cz/pece/hygiena/vymesovani#>



Hygienická péče u ležícího nemocného má své vlastní postupy. Důležité je myslet především na to, aby plena dobře na těle držela. Dbejte na vlastní hygienu rukou a používejte rukavice na jedno použití. Používejte jednorázové nepromokavé podložky, abyste ochránili ložní prádlo. K očištění můžete použít čistící pěnu ve spreji, která je bezoplachová. Čistící pěna neutralizuje zápach a šetrně čistí pokožku od stolice. Pěnu nastříkejte na znečištěnou pokožku a suchou buničitou vatou nebo suchou žínko nebo měkkým toaletním papírem umyjte a očištěte svého blízkého. Při očištění od stolice stírejte znečištění vždy ve směru od genitálií ke konečníku (zejména u žen, abyste nezanесли nečistotu do genitálií). Očištěnou pokožku vždy ošetřete ochranným krémem. Pomůcky určené k péči: inkontinenční vložky, diskrétní kalhotky, vložné pleny, fixační kalhotky, zalepovací kalhotky, natahovací kalhotky a podložky⁶⁴. Inkontinenční pomůcky můžete koupit v prodejnách zdravotních pomůcek nebo je předepisuje praktický lékař na doporučení urologa, a pak jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Vložky a pleny se vyměňují podle potřeby. Je nutné zajistit zvýšenou hygienickou a ochranou péči o pokožku v oblasti genitálu a třísel, při každé výměně je třeba zkontrolovat, zda nedošlo ke vzniku opruzenin a ošetřit namáhanou pokožku (v oblasti genitálií, konečníku, hýždí, třísel a kříže) ochranným krémem⁶⁵.

7.1.7. Pohybová aktivita (imobilizace, polohování)

Samostatný pohyb je pro každého člověka velice důležitý, je to jeden z hlavních pilířů, který nám zajišťuje nezávislost a soběstačnost. Ztráta pohybové aktivity je pro nemocného tíživá, znamená to také to, že je odkázaný na pomoc druhých. Pokud je omezená pohyblivost přechodná, pro obě strany je situace v mnohém jednodušší. Někdy nesprávným přístupem k nemocnému (hlavně u seniorů) – tzv. „přepečováním“, nebo nadměrnou péčí můžeme způsobit ztrátu soběstačnosti trvalou. Pečující se v prvních dnech nemoci snaží nemocnému co nejvíc pomoci, a to i v úkonech, které si může udělat sám. Nemocný si na péči zvykne, přestane si věřit, a o to těžší je pak návrat k běžnému životu. Proto vše, co je schopen si zajistit sám nechte na něm. V případě, že je člověk nepohyblivý a je upoután na lůžko, ale i pokud delší čas tráví na invalidním vozíku nebo křesle, sledujte stav kůže v oblastech, které jsou ohroženy rizikem vzniku proleženin (kostrč, kyčelní klouby, paty, lokty). Pravidelně sledujte, zda se neobjevuje začervenaní kůže nebo puchýřky. Vzniku proleženin můžete předejít používáním speciálních antidekubitních podložek, či matrací. Jestliže nemocný nedokáže sám měnit polohu, musíte zajistit pravidelné polohování. Pokud zdravotní stav nemocného dovolí, nabádejte ho k přiměřené formě pohybu – procházky, kondiční cvičení. Je dobré zajistit bezbariérové prostředí – odstranit prahy a různé volně položené koberečky, o které se dá zakopnout. Na WC a v koupelně umístěte madla a protiskluzovou podložku do vany nebo sprchy. Dohlédněte, aby nemocný nosil obuv s pevnou patou (bačkory, ne pantofle!).

⁶⁴ <https://www.moliklub.cz/absorpncni-pomucky>

⁶⁵ <https://www.caps-os.cz/download/brozura.pdf>



Se sníženou pohyblivostí, problémy se stabilitou a ubýváním sil mohou pomoci kompenzační pomůcky – polohovací postele, berle, hole, chodítka nebo invalidní vozíky. Je vždy přínosné se snažit o zachování alespoň částečné pohyblivosti za pomoci kompenzačních pomůcek, než se hned „smířit“ s naprostou nepohyblivostí. S upoutáním na lůžko vznikají přicházejí komplikace, jedním z největších je právě již výše uvedený vznik proleženin (dekubitů). Polohování je



v prevenci vzniku dekubitů jedno z těch nejdůležitějších. Ani sebelepší hygiena, speciální matrace nedokážou vzniku proleženin zabránit. Při nácvičku polohování využijte rad zdravotních sester nebo rehabilitačních sester a je dobré si i práci ulehčit používáním antidekubitními pomůckami. Pomůcky k polohování: polohovací lůžka, antidekubitní matrace, antidekubitní podložka, polštáře různých velikostí, molitanové kroužky, různé podložky a klíny Polohovací pomůcky lze zakoupit v prodejnách se zdravotnickými pomůckami, některé pomůcky (zejména ty drahé, jako polohovací lůžka a antidekubitní matrace) je možné zapůjčit v půjčovnách kompenzačních pomůcek⁶⁶.

Pravidelnými změnami polohy pacienta se blokuje nadměrné působení tlaku na tlakové body a zajišťuje se tak okysličování a prokrvování tkání. Zásady polohování je nutné měnit v pravidelných intervalech (ve dne nejdéle po 2 hodinách, v noci po 4 hodinách). Dlouhodobě a takový rozsah pečování nedá zvládnout v jednom člověku, proto je při dlouhodobém pečování nutné zajistit pomoc, ať už ze strany rodiny nebo profesionální pomoc. Při každé změně poloh kontrolujte stav kůže, zejména na místech, která jsou nejvíce ohrožena vznikem proleženin (paty, křížová oblast zad, kyčelní kosti). U pacientů v terminálních stádiích nemoci často ani

⁶⁶ Seznam půjčoven www.nastaridoma.cz www.rehakomp.cz [Půjčovna kompenzačních pomůcek | Arcidiecézní charita Praha](#) [Půjčovna invalidních vozíků a kompenzačních pomůcek](#) | [Meyra ČR Půjčovna pomůcek](#) | [Cesta domů \(cestadomu.cz\)](http://cestadomu.cz)



polohování nezabrání vzniku dekubitu. Pokud se objeví příznaky počínajících dekubitů, interval mezi změnami poloh je nutné ihned zkrátit, nejlépe na každé dvě hodiny, či každou hodinu⁶⁷⁶⁸.

Někdy je blízký schopen samostatné změny polohy, i tak je důležité hlídat intervaly mezi polohami. Zásadní je komunikace s blízkým, vysvětlení všech postupů, které budou následovat. Je silně doporučováno vytvořit si denní plán polohování. Poloha musí být vždy pohodlná a nebolestivá. Polohy se nemění pouze ze zad na boky a naopak, ale za pomoci podkládání (např. polštářem, molitanovými válci, suchými polymery, gelovými podložkami apod.) využíváme i poloh šikmých, které mají tu výhodu, že působení tlaku více rozkládají (pozor ale na přímé ležení na kyčelní kosti, podložit!). Polohu na břiše obvykle nesnášejí starší pacienti, a proto se u nich tato poloha běžně nepoužívá. Pozor při popotahování pacienta po podložce směrem k podhlavníku lůžka. Běžně se v praxi provádí popotažením za ruce v poloze na zádech, přitom sedací část pacienta leží plnou vahou na podložce. Popotažením po podložce dochází ke značnému tření o podložku v této oblasti a hrozí nebezpečí vzniku dekubitu, mikrotraumat, příp. porušení vrchní vrstvy kůže vyléčeného dekubitu a otevření prostoru pro infekci. Proto je žádoucí provádět přesuny na lůžku za pomoci více osob (1 – 2 osoby nadzvednou hrudní část a další osoba nadzvedne část kyčelní a provede se posun), přesun lze u ohrožených pacientů provádět i na boku, ale v obou případech jde o fyzicky značně náročnou činnost, nechceme-li pacientovi více uškodit, než pomoci.

Pohodlí pacienta snižuje jeho psychickou zátěž a tím zlepšuje i obranyschopnost organismu. Proto je nutné nepolohovat pacienta do pozic, které jsou pro něho nepříjemné nebo bolestivé. Po přetočení by pacient neměl zůstat v nějaké nepřírodní pozici (např. prohnutý v zádech) anebo mít zalehnutou ruku tělem apod. Zde je nejdůležitější to, aby se ošetřovatel maximálně vcítil do pocitů a pozice pacienta, zvláště pak u toho, se kterým nelze komunikovat. Mysleme na pacientovo pohodlí a polohu, která nebolí. Zcela imobilní pacient ležící ve zvýšené poloze by neměl mít hlavu výš než 30 stupňů nad podložkou (vyjma období jídla), aby se zabránilo nežádoucímu „střižnímu efektu“ a „sjíždění“ po podložce dolů. Optimální je zvýšená poloha kolem 15 stupňů (polštáře, podhlavník). Pokud je možné pacienta posazovat, je nutné zajistit, aby neseseděl příliš dlouho a nesjížděl ze židle, křesla. Maximální doba bývá kolem 1 hod, záleží ale zejména na typu postižení pacienta a jeho stavu. V každém případě je nutné pacienta před posazením podložit vhodným polštářkem. Při polohování na boku je žádoucí použít polštáře nebo měkké molitanové válce, klíny mezi kolena a kotníky, aby se vzájemně nedotýkaly. Je-li pacient zcela imobilní, je žádoucí pomocí měkkých polštářů podložit nohy alespoň od poloviny lýtek ke kotníkům tak, aby paty neležely přímo na podložce. Nikdy nedávat polštáře pod kolena, možno jen pouze na velmi krátkou dobu v rámci polohování.

⁶⁷ <https://www.caps-os.cz/download/brozura.pdf>

⁶⁸ <https://www.sosdomacipece.cz/pece/dekubity/polohovani>



7.2. Základy první pomoci

Při péči o nemocného v domácím prostředí kromě mnoha úkonů a dovedností, je také důležité mít osvěžené základy první pomoci. První pomoc je povinen poskytnout každý, pokud není on sám v ohrožení života – dle trestního zákoníku. Základy první pomoci jsou souborem úkonů, které jsou snadno proveditelné, ale které prokazatelně slouží k záchraně života, či omezení zdravotních komplikací⁶⁹.

7.2.1. Vlastní bezpečnost

Je důležité vyhodnotit situaci a zároveň myslet vždy na svou vlastní bezpečnost v první řadě. Je to zejména v některých konkrétních příkladech.

- úraz elektrickým proudem – napřed přerušte působení proudu – vypnout spotřebič či jistič
- infekční onemocnění postiženého – téměř nikdy nelze jednoznačně vyloučit, zda je postižený infekční, je nutné chránit se ochrannými pomůckami
- agresivní osoba – je důležité především myslet na své vlastní zdraví, pokud vyhodnotíte, že tuto situaci nezvládnete, první pomoc poskytnete přivoláním pomoci
- tonutí – nejlépe je zachraňovat s pomocí nějaké pomůcky či plavila, nebo alespoň být jištěn lanem ze břehu
- dopravní nehoda – zastavit v bezpečné vzdálenosti (cca 10 metrů), zapnout výstražná světla, zajistit bezpečnost svých vlastních spolucestujících, označit místo nehody (100m od svého vozidla) a navléci si na sebe reflexní vestu, u havarovaného vozu se pokusit vypnout motor a zatáhnout ruční brzdu

7.2.2. Základní vyšetření zraněného

Pro efektivní poskytnutí první pomoci je důležité zhodnotit, zda se zraněný nachází v „kritickém stavu“⁷⁰. Pokud postižený chodí, dýchá bez výrazné námahy a silně nekrvácí, pravděpodobně není v bezprostředním ohrožení života, což se ale může kdykoliv během okamžiku změnit. V té chvíli je důležité uklidnit sebe i postiženého. Snažte se s postiženým navázat kontakt, oslovte ho, nabídněte pomoc. Všimněte si, zda reaguje správně, jak mluví, zda je orientovaný místem, časem, osobou i situací. Pomozte mu zaujmout takovou pozici, která je mu co nejpříjemnější. Dále pokračujte v prohlížení postiženého. Všimněte si, zda není prochládlý či přehřátý, zda ruce i nohy nejsou v netypickém postavení, nemá rány či krvácení, zda má plnou pohyblivost končetin. Na břichu a hrudníku si všímáme známek úrazu, krvácení, bolestivosti, zda při dýchání se hrudník zvedá pravidelně a symetricky. Na hlavě a v obličeji si všímáme barvy kůže, zdá mrká, sleduje nás postižený očima, zda nemá pokleslý jeden koutek, nemá zvrátky kolem úst, nekrvácí z hlavy, z úst, uší nebo nosu. Zda při dýchání nevydává nápadné zvuky (chrčení, bublání, sípání, nepravidelný dech). Zda nejsou zornice výrazně úzké nebo naopak široké nebo asymetrické (jedna je úzká a druhá široká). I když zraněného pečlivě prohlédnete a neshledáte žádná výrazná zranění či nejasnosti, je naprosto správným postupem zavolat záchrannou službu na lince 155.

⁶⁹ https://www.cervenykriz.eu/files/files/cz/edicepp/ZPP_nahled.pdf

⁷⁰ <https://zachrannasluzba.cz/zaklady-prvni-pomoci/>



7.2.3. Život ohrožující stavy

Mezi kritické stavy patří, pokud vidíte masivní krvácení, že se postižený dusí, je v bezvědomí a nedýchá nebo jen lapá po dechu. V tomto případě vždy zahajujeme první pomoc a voláme záchrannou službu na telefonním čísle 155 nebo 112.

Při volání zkuste být co nejvíce klidní, struční a jasní, zároveň neukončujte hovor, ale zůstaňte s vyškoleným dispečerem na telefonu, nejlépe až do příjezdu záchranné služby. Popište zejména, co se stalo, místo, kde se událost stala a dále již bude dispečer ten hlavní, který povede Váš rozhovor do příjezdu záchranky. Pokud to lze, dejte si telefon na hlasitý odposlech, ať zároveň můžete poskytovat první pomoc efektivně.

7.2.4. Bezvědomí



Bezvědomí ohrožuje postiženého na životě. Poznáme ho tak, že postižený nereaguje na zevní podněty, nereaguje na oslovení, zatřesení ani na bolestivý podnět a má povolené svalové napětí (je bezvládný). Pokud postižený dýchá, zakloňte hlavu a udržujte záklon hlavy do příjezdu pomoci, dýchání stále kontrolujte. Pokud nedýchá, zakloňte hlavu a zahajte resuscitaci. Pokud jste např. někde

v obchodním centru, je možné, že bude v okolí dostupný automatizovaný externí defibrilátor, můžete někoho pověřit ho přinést. Resuscitace dospělých může být provedena jen jako masáž srdce nebo kombinace masáže srdce s umělým dýcháním.

Masáž srdce – klekněte si vedle hrudníku postiženého, jedna dlaň na střed hrudníku, dlaň druhé ruky na první ruku, naklonit se nad postiženého, stlačovat hrudní kost dost hluboko (asi o 5-6cm), ruce celou dobu propnuté v loktech, tlak směřuje celou vahou kolmo dolů, stlačování je rychlé ve frekvenci 100-120 stlačení za minutu (mnemotechnická pomůcka je stlačování do rytmu písničky „Rolničky, rolničky“)

Umělé dýchání – umělé dýchání z úst do úst provádí ten, který je k tomu vyškolen a který je také ochotný tento úkon provést. U dospělého člověka po 30 stlačeních hrudníku přicházejí dva vdechy do úst. Hlava je zakloněna, nos stisknut prsty a zachránce vdechne plynule do úst zraněného. Je vidět zvedání hrudníku postiženého. Nejlépe se tato technika provádí ve dvou zachráncích, kdy jeden zachránce provádí masáž srdce a druhý vdechuje tak, aby byly úkony na sobě dobře navázány – poměr je 30 stlačení ku 2 vdechům u dospělého člověka.

Resuscitace dětí – u dětí je resuscitace téměř stejná, jen u dětí se začíná 5 vdechy do dítěte, protože je pravděpodobnější, že se dítě něčím dusí či je tam nějaká překážka, než že se jedná o nemoc srdce (např. infarkt). Pak se již pokračuje ve stejném schématu jako u dospělých, tedy



30 stlačení a 2 vdechy. Pokud jste sami u dítěte, napřed se snažte minimálně jednu minutu resuscitovat, a až pak volat záchrannou službu, u dítěte hraje roli téměř každá vteřina.

Resuscitace kojenců – Resuscitace kojenců je totožná jako u dětí, tedy 5 vdechů, pak poměr 30 stlačení a 2 vdechy, rozdíl je v umělém dýchání, kdy se vdechuje zároveň přes nos i ústa dítěte, vdechuje se malé množství vzduchu, do jednoho roku dítěte se hlavička nezaklání a masírování srdce se provádí dvěma prsty.

Odstranění překážky z dýchacích cest – pokud postižený vdechne cizí těleso, je potřeba postupovat rychle. Pravděpodobně postižený kašle, sípá, chroptí, nemůže dýchat nebo mluvit, drží se za ohryzek, zrudne až zmodrá a v posledním stádiu dochází k zástavě dechu a bezvědomí. Pokud postižený kašle, podpořte ho v usilovném kašlání. Pomoci také mohou úderů mezi lopatky, stoupněte si za postiženého, ten se předkloní a silně ho udeříte mezi lopatkami dlaní, úderů se opakují. Pokud se jedná o kojence, položte si ho na předloktí hlavou dolů, pokud je to starší dítě, položte si je přes svá stehna hlavou dolů a úderů proveďte mezi lopatkami, nejlépe hranou dlaně⁷¹.

Masivní krvácení – Nezáleží, zda postižená krvácí z žíly či tepny, první pomoc je stejná a ohrožení života je také v obou případech, protože to hlavní, co se rozlišuje, je, zda je krácení masivní či drobné. U drobného použijete náplast či jednoduchý obvaz. U masivního krvácení je základní a nejrychlejší technikou zástavy dát prsty do rány, myslíte u toho na svou bezpečnost a použijte nejlépe rukavice, pokuste se prsty stisknout krvácející cévu přímo v ráně, pokud to zraněný zvládne, může použít své prsty. Vždy přivolejte odbornou pomoc. Pokud prsty v ráně krvácení nezastavily, je nutné vytvořit tlakový obvaz, většina lékárníček ho obsahuje. Jeden smotaný obvaz použijte jako tlakovou vrstvu a přiložte ho přímo na ránu. Dalším obvazem začněte vytvářet tlak, zesílíte ho překřížením v místě prvního obvazu, celkem ho překřížte 3x. Je nutné, aby krev nikde neobtékala, pokud stále krev prosakuje, přiložte další vrstvu, Pokud ani takto nezastavíte krvácení, je nutné končetinu zaškrtnit. Je to úplně ta poslední možnost zástavy krvácení a pokud nejste proškolený, nedělejte to. Zaškrcovadlo by mělo být nejméně 5cm široké, můžete je přiložit pouze do středu stehna nebo do střední části paže mezi loket a rameno, první dvě omotávky výrazně utáhněte, pak již jen omotejte. Poznamenejte si čas počátku zaškrtnutí, nikdy ho nesundávejte sami bez odborné pomoci⁷².

Alergický šok – Pokud postižený hlásí, že má knedlík v krku, nemůže dýchat, kolabuje, podejte mu 2 až 3 tablety jakéhokoliv léku proti alergii, chladte krk ledovým obkladem, popřípadě nechte ho vycucat kostky ledu a okamžitě volejte rychlou záchrannou službu⁷³.

Opaření / popálení – Pokud to jde, sundejte zasažený oděv, pokud to nejde, nevádí. Chladte část popálenin tekoucí vodou, nejlépe z kohoutku až do příjezdu záchranné služby. Na chlazení není vhodný led, který ještě více zhoršuje prokrvení postiženého místa. Chladte tak dlouho, dokud nepřijde úleva, což může být i několik desítek minut. Při rozsáhlém postižení chladte pomocí obkladů zejména obličej a krk. Naprosto nevhodná je koupel ve studené vodě. Na kůži

⁷¹ https://www.cervenykriz.eu/files/files/cz/edicepp/ZPP_nahled.pdf

⁷² <https://www.prpom.cz/zastava-krvaceni/>

⁷³ <https://zachrannaslužba.cz/zaklady-prvni-pomoci/>



kromě vody nepatří nic kromě speciální hydrogelových náplastí, puchýře nikdy nepropichujte. Puchýř vždy chrání novou kůži před infekcí⁷⁴.



7.3. Paliativní péče, umírání, smrt

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stadiu (v posledním stádiu*). Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým⁷⁵. Vyrovňování se s nevléčitelnou nemocí, s umíráním a truchlením je z mnoha hledisek velmi náročná životní situace nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké. Kromě tělesných příznaků spjatých s nemocí je třeba zvládnout i psychické a existenciální obtíže, stejně jako praktické aspekty péče. Z těchto důvodů je paliativní péče poskytována multidisciplinárním týmem, ve kterém úzce spolupracují lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog či psychoterapeut a duchovní. Společně s pacientem a jeho rodinou pak hledají cesty, jak v dané situaci umožnit co nejlepší kvalitu života.

Smrt, úmrtí, skon⁷⁶ je zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí. Umírání je postupný proces, na jehož konci je smrt. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu. Smrt nastává u každého živého organismu v jiném věku a ve většině případů ji nelze dopředu přesně určit.

⁷⁴ <https://www.benu.cz/jak-osetrit-popaleniny-prvni-pomoc-a-pece>

⁷⁵ [Paliativní péče – Wikipedie \(wikipedia.org\)](#)

⁷⁶ [Smrt – Wikipedie \(wikipedia.org\)](#)



Ke konci života biologické potřeby ustupují do pozadí a nemocný přestává jíst a pít. Nenuťte ho do jídla a pití, zbytečně zatěžujete organismus. Péči v tomto období zaměřte hlavně na tišení bolestí. Pro umírajícího člověka je nejdůležitější nebýt sám, být obklopen svou rodinou a blízkými lidmi a být bez bolesti. Výzkumy ukazují, že většina lidí se nebojí smrti samotné. Nejčastějšími obavami jsou strach z bolesti, strach ze ztráty důstojnosti a strach z toho, že člověk zůstane sám. Paliativní péče si díky zapojení multidisciplinárního týmu umí velmi dobře poradit se všemi těmito obavami a nejen to. Spolu s možností poskytovat ji v mnoha různých prostředích, od nemocnice až po domácnost, dokáže udržet vysokou kvalitu života až do úplného konce⁷⁷. Cílem paliativní péče je podporovat kvalitu života pacienta a to až do jeho samotného závěru. Mezi služby paliativní péče patří například mobilní hospic. Ten poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta dostupnou 24 hodin denně. Multidisciplinární tým dochází za pacienty domů a umožňuje ve spolupráci s rodinou, aby nemocný mohl důstojně a bezbolestně zemřít v prostředí, kde se cítí dobře. Lůžkový hospic je vhodný pro pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí prožít závěr života doma. Lůžkové hospice nabízejí komplexní péči multidisciplinárního paliativního týmu a snaží se přitom o co největší přiblížení domácímu prostředí. Poskytují podporu i příbuzným pacientům, kteří mají neomezené návštěvní hodiny a mohou být se svými blízkými ubytováni přímo v hospici. V nemocničním prostředí se s paliativní péčí můžeme setkat ve formě konziliárních paliativních týmů, které pomáhají s péčí o pacienty na různých odděleních nemocnice, slouží jako expertní poradenský tým pro kolegy z jiných oddělení a často pracují s rodinou pacienta. Druhou možností jsou lůžková oddělení paliativní péče, která mají podobu klasických oddělení s hospicovými lůžky.

7.4. Právní a praktické rady při úmrtí

Smrt z právního hlediska (v české legislativě je smrt definována pouze v ustanovení § 2 písm. e) zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) § 10 odst. 3 téhož zákona pak dále stanovuje, že Smrt § 2 písm. e) se zjišťuje prokázáním: nevratné zástavy krevního oběhu, nevratné ztráty funkce celého mozku, ...

Člověk, který je dlouho nezvěstný, nebo který zcela jistě zemřel, ale nelze to prokázat, může být na základě žádosti příbuzných soudně prohlášen za mrtvého.

Postup při úmrtí pacienta se řídí zákonem č. 372/2011 Sb. To, že nemocný zemřel, poznáte podle těchto fyzických kritérií:⁷⁸

- nemocný nereaguje na silné podněty (štípnutí, zmáčknutí nehtového lůžka)
- očividně nedýchá
- není hmatný pulz na krčních tepnách
- zornice oka jsou široké a nereagují na světlo (oči někdy nejdou zavřít)

⁷⁷ <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

⁷⁸ <http://www.csp-uo.cz/wp-content/uploads/12.-Péče-o-um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%AD.pdf>



Pokud zjistíte výše uvedená kritéria, zavolejte jeho obvodního lékaře (všeobecný praktický lékař, u kterého je nemocný registrován). Jestliže nemocný zemřel mimo pracovní dobu lékaře, volejte dispečink rychlé záchrané služby (tel. číslo 155), kde je důležité oznámit, že se jedná o „očekávané úmrtí“. Před příjezdem lékaře připravte občanský průkaz nemocného, kartičku pojištěnce, lékařské zprávy, ev. rodný a oddací list. Po odjezdu lékaře kontaktujte pohřební službu. Její pracovníci vám poskytnou informace o dalším postupu. Pokud je to možné, mějte pro tento případ v dosahu někoho z blízkých nebo známých, abyste v těchto nejtěžších chvílích nebyli na všechno sami.

Další užitečné rady najdete na: www.hospice.cz, www.asociacehospicu.cz, www.umirani.cz⁷⁹

Informační zdroje: umirani.cz, cestadomu.cz, paliativnimedicina.cz, mobilnihospice.cz, asociacehospicu.cz, www.eapcnet.eu



⁷⁹ [Co je to paliativní péče \(paliativnicentrum.cz\)](http://paliativnicentrum.cz)



8. Praktické rady v oblasti psychologie a psychiatrie pro neformální pečovatele

O duševním onemocnění se v posledních letech hovoří více než kdy dřív. I přesto ale ve společnosti přetrvávají předsudky, či dokonce mylné informace o psychických nemocech. Kromě toho, že duševní nemoc není vidět, se i duševní onemocnění velmi špatně definuje. Základním vodítkem ale je, když se u osoby objevuje výrazně narušené myšlení, prožívání a chování člověka, které znesnadňuje fungování ve společnosti a přináší nepohodu nemocnému nebo okolí. Jednodušeji řečeno – osoba s duševním onemocněním velmi často selhává v zaměstnání, ve vztazích, nezvládá nebo jen s velkými obtížemi zvládá základní dovednosti (vč. hygieny), výrazně ztrácí zájem o své koníčky, blízké, či o svou vlastní osobu, má často narušený spánek, koncentraci či příjem potravy.

Psychických poruch stále přibývá, některé statistiky dokonce hovoří o tom, že každý čtvrtý



jedinec se v průběhu svého života setká s nějakou formou duševního onemocnění. Bohužel i v dnešní době se osoba s duševním onemocněním stále často setkává s nepříznivou reakcí ze strany veřejnosti – tzv. stigmatizace. Proto je nesmírně důležité o psychických poruchách mluvit, znát je, umět je rozlišit, pochopit a porozumět těmto stavům, aby nedocházelo k nedorozuměním a předsudkům. Tato kapitola se zaměří především na stručné představení nejčastějších duševních poruch včetně praktických informací a

informací o lécích, které se se zmíněnými stavy mohou předepisovat.

8.1. Deprese

Jedna z nejčastějších duševních poruch je deprese, setkává se s ní téměř každý 10. člověk, a tak je pravděpodobné, že znáte někoho ve svém okolí, kdo se s depresí potýkal. Ženy mají dvakrát vyšší riziko, že se setkají s depresí a 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.



Jako většina psychických nemocí, i u deprese je příčina vzniku nejasná – vzniká multifaktoriálně, tedy více faktorů se podílí na vzniku deprese. V první řadě jsou to vlivy dědičnosti a genetiky, vrozené změny ve fungování mozku, osobnost jedince, se kterou se již narodí, ale i vliv prostředí a výchovy, jaké stresující, traumatické a zátěžové situace člověk prožil ve svém životě, ale i dlouhodobý stres, který na první pohled nevypadá nijak závažně. Deprese se také může rozvinout po úrazu hlavy, nadměrným užíváním alkoholu a drog (včetně marihuany), ale i jako vedlejší účinky některých léků (betablokátory - léky na vysoký tlak, antikoncepce, kortikoidy) a infekcí (např. borelióza).

Příznaky:

- smutná nálada trávající alespoň 2 týdny
- ztráta radosti
- ztráta zájmu o okolí
- pokles energie, únava
- ztráta sebedůvěry
- horší soustředěnost
- horší výsledky v práci či ve škole
- nerozhodnost
- pocity viny, výčitky
- poruchy spánku
- snížení libida
- ranní pessimismus – nálada je nejhorší ráno
- zpomalení mentálních funkcí – pocit „pomalého“ myšlení, že „mi to nemyslí“
- hypochondrické myšlenky – pocit, že je člověk tělesně nemocný, něco na „něj leze“, má nějakou závažnou neodhalenou nemoc
- poruchy chuti k jídlu (zvýšený či snížený příjem)
- až 2/3 osob s depresí uvádí sebevražedné myšlenky

Léčba:

V popředí léčby deprese jsou nyní antidepresiva. Mnoho z nich mohou napsat i praktičtí lékaři. Pokud byste se setkali s názvy jako Cipralex, Seropram, Zoloft, Asentra, Deprex, Fevarin, Trittico, Valdoxan či Mirtazapin, jedná se o antidepresiva, která jsou nenávyková a účinná v léčbě deprese. Je potřeba si dávat pozor na benzodiazepiny, které často pacientům lékaři předepíší v přesvědčení, že jim pomohou, ale tyto léky sice velmi efektivně zklidňují, pomáhají se spánkem, snižují úzkost, ale dlouhodobé užívání (delší než 4-6 týdnů) způsobuje závislost, která je pak obtížně řešitelná. Pokud tedy Vy nebo Váš blízký užívá léky s názvy jako Diazepam, Valium, Xanax, Neurolept, Lexaurin, Oxazepam, Rivotril, Loram, Dormicum, Midazolam, nebo také hypnotika (Stilnox, Hypnogen, Imovane) – je dobré mít se na pozoru a užívat léky buď krátce, nebo ve výjimečných případech.



Druhou možností léčby deprese je psychoterapie, která je dle studií srovnatelně účinná jako léky. V dnešní době se nabízí mnoho druhů terapií, směrů a někdy je těžké se v nich vyznat. Vodítkem by pro klienty mělo být, že dotyčný psychoterapeut, terapeut, psycholog, odborný poradce, či jak se různě nazývají tyto profese, měl mít dostatečné vzdělání – nejlépe vystudovanou vhodnou školu, ale především dlouhodobý psychoterapeutický výcvik (obvyklá doba trvání těchto výcviků je okolo 5 let). Studie ukazují, že tím nejhlavnějším v léčebném procesu je ale terapeutický vztah – tedy, zda se klient cítí s terapeutem dobře a bezpečně, terapeut respektuje osobnost klienta, nenutí mu své názory na svět, ani ho nemanipuluje do technik, které jsou klientovi nepříjemné. Ostatní již tak podstatné není. Někdy je dobré, když se především na začátku propojí terapeut s psychiatrem, či s praktickým lékařem, a klienta podpoří nízkou dávkou antidepresiv, aby se lépe a příjemněji dokázal se svou nemocí vypořádat.

8.2. Schizofrenie

Schizofrenie postihuje asi 1% populace a patří mezi nejzávažnější psychické poruchy. Patří do okruhu nemocí nazvaných psychotické poruchy, někdy se používá jen obecnější výraz psychóza. Bohužel se stále mnoho lidí domnívá, že se jedná o jakýsi rozštěp mysli (Jekyll a Hyde), že jsou lidé se schizofrenií velice nebezpeční, agresivní a nepředvídatelní. Pokud jsou pacienti se schizofrenií správně zaléčeni, mohou prožít kvalitní život bez výraznějších omezení. Toto onemocnění se nejčastěji objevuje okolo 20. roku života a jak již bylo popsáno výše, vznik nemoci je opět multifaktoriální – nejvíce se podílí dědičnost, infekce matky v těhotenství, průběh porodu, vliv prostředí a životní události.

Příznaky:

Mezi tzv. pozitivní příznaky patří halucinace a bludy.

Halucinace jsou klamné vjemy bez reálného podnětu, mohou být:

- zrakové – např. malá zvířata, menší věci než jsou, vidí věci za svými zády atd.
- sluchové – hlasy přikazující, radící, více hlasů, zpěv, hudba
- čichové – nejčastěji nepříjemné pachy, plyn, tlející maso
- chuťové – nejčastěji chuť zkaženého, otráveného jídla
- tělové – například pocit chybějícího orgánu, cítí něco v hlavě
- intrapsychické – někdo mu do hlavy vkládá nebo odjímá myšlenky
- a další

Bludy jsou nepravdivá a nevyvratná přesvědčení a rozdělujeme je na:

- paranoidní, perzekuční – někdo pacienta pronásleduje
- emulační (žárlivecký) – přesvědčen, že ho partner podvádí



- extrapotenční – pacient je přesvědčen o svých mimořádných schopnostech (umí číst myšlenky...)
- megalomaničké – pacient si myslí, že je někdo významný – Napoleon, zpěvák)
- autoakuziční – pacient je přesvědčen, že zavinil nějaké veliké neštěstí (požár, tsunami atd.)
- a další

Negativní příznaky schizofrenie připomínají depresivní příznaky a patří mezi ně:

- pokles nálady
- pokles vůle
- ztráta zájmů
- zpomalení motoriky
- emoční plochost
- kognitivní
- narušení paměti
- narušení slovní plynulosti
- narušení pozornosti



Léčba:

Léky patří k hlavní léčbě

schizofrenie. Jejich hlavní funkcí je zajišťovat rovnováhu neurotransmiterů v mozku tak, aby se obnovilo normální fungování mozku. Tyto léky se jmenují antipsychotika (dříve neuroleptika) a jejich názvy mohou být: Risperdal, Risperen, Clozapin, Zyprexa a další. K podpůrné léčbě pak patří psychoedukace, tedy důkladné poučení nemocného a jejich blízkých o povaze onemocnění. Tím vzniká důvěrný vztah mezi lékařem a nemocným, i jeho rodinou a díky tomu se pak daří úspěšně a dlouhodobě schizofrenie léčit. Další podpůrnou nelékovou léčbou jsou například kognitivní, pracovní a sociální rehabilitace a psychoterapie.

8.3. Bipolární afektivní porucha

Dříve se tato nemoc nazývala maniodepresivní psychóza. Onemocní jí asi 1% populace. Mezi nebezpečí tohoto onemocnění patří vyšší riziko spáchání sebevraždy, je asi 15krát vyšší než u zdravých osob a téměř polovina pacientů s touto poruchou se o sebevraždu pokusí a 15 % pacientů ji bohužel i dokoná. Na vzniku onemocnění se podílí více faktorů, od genetiky, vrozených dispozic, přes sníženou adaptaci na stres až po závažné negativní životní události.



Příznaky:

- střídání fází deprese a mánie
- Deprese má stejný průběh, jak je vylíčen v textu výše
- Mánie je pravým opakem deprese
- cítí se skvěle, zažívá pocity štěstí
- pocít, že vše zvládne
- pocít, že nic a nikdo ho nemůže zastavit
- příliš energie a nápadů
- není potřeba spánku, jídla ani pití
- časté rizikové chování - užívání drog, alkoholu, holdování hazardu
- pouští se do velkých riskantních projektů
- sexuálně nezdrženlivý
- impulzivní
- často končí v psychiatrické nemocnici

Léčba:

Toto onemocnění vyžaduje léčbu psychofarmaky, většinou se jedná o kombinaci léků, mohou se zde objevovat antidepresiva (jako např. Cipralex, Seropram, Zoloft, Asentra, Deprex, Fevarin), antipsychotika (jako např. risperidon, olanzapin, quetiapin), či např. lithium nebo antiepileptika (jako např. karbamazepin, kyselina valproová, lamotrigin) jako stabilizátor nálady. I pacienti s touto diagnózou ale mohou žít plnohodnotný život bez výraznějších omezení.

8.4. Neurotické poruchy

Neurotické poruchy se často laicky nazývají úzkosti, ale mezi neurotické poruchy patří několik skupin onemocnění, jsou to: panické poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, somatoformní poruchy, smíšená úzkostně depresivní porucha a další podskupiny. S nějakou z variant se ve svém životě setká až jedna čtvrtina populace, a tak je velice pravděpodobné, že někoho s tímto problémem osobně znáte. Nejčastěji se rozvíjí mezi 25. a 40. rokem života, ale často lze již v dětství či dospívání zaznamenat první příznaky. Vznik těchto poruch zapříčiní více faktorů najednou, zejména vrozené vlohly pro neurotické projevy v kombinaci se stresujícím a náročným životním obdobím, či s mnoha konflikty či traumatem.





Příznaky:

Hlavním společným příznakem je pocit úzkosti a její tělesné příznaky (bolest na hrudi, bušení srdce, dušnost, bolesti končetin a svalů, brnění, necitlivost kůže, pocity slabosti, zvýšená teplota, pocení, třes, závrať, bolesti hlavy, žaludeční problémy, bolesti břicha, průjem, mravenčení, vnitřní neklid, svalové napětí, sucho v ústech, návaly horka, ochromující strach ze smrti a další). Úzkost se může objevit v konkrétních vypjatých situacích, ale také zcela nečekaně, či je přítomna trvale. Důležitým příznakem jsou také omezení, která jedinci ztěžují fungování v zaměstnání, ve vztazích i ve volném čase.

Fobické úzkostné poruchy jsou vyvolány jasně definovanými podněty, nejčastěji jsou to fobie z otevřeného prostoru či veřejných místa dopravních prostředků (tzv. agorafobie), strach z mluvení na veřejnosti (tzv. sociální fobie), z uzavřených prostorů (klaustrofobie), nebo jsou také časté tzv. specifické fobie (z výšek, z krve, ze zvířat, z nemocí atd.).

Obsedantně-kompulzivní porucha je také charakterizovaná úzkostí, ale k ní se přidávají vtírající se opakující se představy nebo myšlenky (obsese – např. že mám bakterie na ruku, nevypnula jsem plyn, stane se mi hrozná neštěstí...), tyto myšlenky vyvolávají obrovskou tíseň a jedinec se je snaží zaplašit nějakým opakovaným úkonem (kompulzí – např. si myje mnohokrát denně ruce, vrací se domů a opakovaně kontroluje vypnutí přístrojů, opakovaně provádí určité vlastní rituály atd.). Nemocný si uvědomuje nesmyslnost svých myšlenek i svého chování, ale nutkavost je silnější než jeho vůle. Pacienti jsou často také depresivní, sociálně stažení a zde při léčbě nasazujeme léky jako terapii číslo jedna.

Léčba:

Na rozdíl od předchozích poruch je klíčovou léčbou neurotických poruch psychoterapie (kromě zmíněné obsedantně-kompulzivní poruchy). Prvními kroky je zaměření se na své potřeby, to může udělat každý z nás – starat se o sebe, praktikovat tzv. psychohygienu (více je zmíněno v další kapitole). Úzkost souvisí často s tím, že je jedinec přetížený, nemá zdroje pro vlastní pocit pohody. Klíčové je začít u sebe, nejen snahou o odbourání stresorů, ale také se soustředit na svou životosprávu, dostatek spánku, fyzické aktivity, mít prostor pro odpočinek, možnost zastavit se a zpracovat své myšlenky a emoce. Je ale časté, že i přes tyto kroky se nepodaří stav zcela zvládnout a nemocný vyhledá odbornou pomoc, což je ten nejlepší možný krok. Je možné, že na začátku lékař předepíše tisíce léky, ale cílem je vést především pacienty k porozumění, proč se u nich úzkost objevila a léky posléze vysadit. Protože mezi léky na úzkost dominují benzodiazepiny, je vždy důležité být s jejich užíváním velice opatrný. Mezi další možnosti léků pak patří nenávykový Atarax, Prothazin, někdy pomohou i antidepresiva.

8.5. Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou často opomíjenou či zlehčovanou skupinou duševních poruch. Názvy těchto onemocnění se dostaly do normální hovorové řeči, i dřívější označení psychopatie je často používané mezi laiky. Tyto poruchy vznikají na základě vlivu dědičnosti, vrozených vloh,



ale velkou měrou i v důsledku rodinného prostředí, různých traumat a dalších psychosociálních vlivů.

Příznaky:



Jedná se však o skupinu onemocnění, kdy se u jedince vyskytují rigidní vzorce myšlení, prožívání a chování, které se vytvořily v průběhu života, a i když jsou pro osobu nevýhodné, stále je ve svém životě opakuje. Jedním z největších úskalí těchto poruch je fakt, že nemocní nenahlíží svou poruchu, nevidí, že jsou i jiné možnosti chování a myšlení, a tím dochází k častým konfliktům s okolím, ve

vztazích, rodině, ale i v práci.

Poruchy osobnosti se rozdělují do několika podtypů, mezi ty ustálené patří např.:

- *emočně nestabilní porucha osobnosti* - také někdy nazývaná hraniční, typické jsou změny nálad, emoční nestálost, impulzivní jednání
- *histrionická porucha osobnosti* - dříve také nazývaná hysterická, jedinci jsou teatrální, snaží se být středem pozornosti, často přehánějí a zkreslují skutečnost
- *disociální porucha osobnosti* - jedinci často porušují normy, nezajímají se o jiné lidi, jsou lhostejní ke společenským pravidlům
- *narcistická porucha osobnosti* - mezi hlavní rysy patří citový chlad, přesvědčení o své důležitosti a dokonalosti
- *Paranoidní porucha osobnosti* - mezi hlavní znaky patří podezřavost, vztahovačnost či patologická žárlivost
- *schizoidní porucha osobnosti* - mezi rysy patří samotářství, uzavření se do sebe, odtržení se od reality
- *anankastická porucha osobnosti* - jedinci vše musejí mít dokonalé, pod kontrolou, jsou často pedanštití a úzkostní
- *úzkostná porucha osobnosti* - jedinci jsou přecitlivělí ke kritice, zažívají pocity strachu, napětí a nejistoty
- *závislá porucha osobnosti* - mezi znaky patří strach z odmítnutí, pocity neschopnosti a bezmoci, rádi spoléhají na ostatní

Léčba:

Na rozdíl od neurotických poruch jsou tyto poruchy prakticky trvalé a léčbou se rysy dají pouze zmírnit. Léčbou je především psychoterapie, snaha o vytvoření náhledu, někdy se v kombinaci



a k podpoře léčby předepisují i léky, nejčastěji antidepresiva, či léky mírnící úzkost. Tím, že nemocný téměř nikdy nenahlíží svou poruchu, je léčba mnohdy velmi svízelná. Často klienti přicházejí buď pod tlakem rodiny, nebo s jinými doprovodnými symptomy. To, že ale vnímají a vyhodnocují celkově chybně každodenní situace, je tím nejtěžším na celé léčbě. Často tomu pomáhá např. skupinová psychoterapie, kde mezi sebou mohou sdílet své různé pohledy, jsou v chráněném prostředí a vzájemně se podporují v pokrocích. Psychoedukace, tedy porozumění vlastní poruše je velice důležité, stejně jako osvojení sociálních dovedností, které často u klientů chybějí.

8.6. Závislosti

Závislost má mnoho podob, protože každý z nás je jedinečný a má tak také jedinečné preference a slabosti. Závislost se obecně vnímá jako dlouhodobý, trvalý vztah vzbuzující touhu a nutkání tuto touhu stále uspokojovat. Tento stav člověka výrazně ovlivňuje a omezuje. Může to být nejen závislost na něčem nebo někom konkrétním, ale i na činnostech. K běžným typům závislosti patří závislost na alkoholu, drogách, marihuaně, na lécích, ale také sem patří nelátkové závislosti jako gambling – patologické hráčství, a přidávají se i další závislosti na počítači, na pornu, nakupování, na facebooku, na vztazích, na sektách, na práci a jiné. Jako u všech předchozích poruch, i zde při vzniku závislosti hrají roli dědičné předpoklady, prostředí, ve kterém se jedinec vychovával, ale i pohybuje, ale také příležitost a zvědavost. Na rozdíl od jiných duševních onemocnění se u závislostí klade velký důraz na prevenci od útlého věku. Mezi ochranné faktory patří kromě osobních faktorů (jak jedinec zvládá zátěžové situace, jak je odolný, emočně stabilní, svědomitý, jak moc má pozitivní vztah k sobě), rodinných faktorů (podpora rodičů, zdravý životní styl v rodině, jednoznačná pravidla a hranice, emocionální podpora, soudružnost rodičů, důslednost atd.), také školní faktory (dobré vztahy s učiteli, srozumitelná pravidla, zapojení žáků a rodičů do chodu školy, zdravé školní prostředí), také hrají důležitou roli vrstevnické vztahy (dobrá a zdravá skupina kamarádů se zájmy a aktivitami, dobrá komunikace, vzájemná podpora, dostatek přátel) a komunita a společenství, které dítě či mladistvého obklopují. Klíčové je také s dětmi o drogách mluvit, nedělat z drog tabu a tajemství, nedávat jim zbytečně velkou moc, kterou nemají. Nemělo by se jednat o jednostrannou přednášku, ale o dialog. Děti čarsto o drogách vědí více, než si sami myslíme, proto je důležité děti pozorně vyslechnout a zapojit rozhovory o drogách a závislostech do normálního běhu rodiny. Rodiče mají velký vliv na utváření sebeúcty a sebedůvěry svých dětí, proto je důležité dítě podporovat, plně mu naslouchat, chválit ho za konkrétní úspěchy, dávat jasné a srozumitelné hranice, být důslední, podporovat své dítě v jeho jedinečnosti, snažit se o trávení volného času smysluplně a v neposlední řadě být dítětem příkladem.

Příznaky:

Abychom mohli někoho prohlásit za nemocného – závislého, musí naplnit dlouhodobě alespoň 3 z těchto příznaků:

- silná touha užívat látku (tzv. craving)



- potíže v kontrole užívání látky
- průkaz tolerance (dotyčný potřebuje vyšší dávky k dosažení žádoucího stavu)
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (závislý je nemocný, nakazil se virem, má cirhózu jater, má deprese apod.)
- při odejmutí látky vykazuje tělesné odvykací příznaky

Léčba:

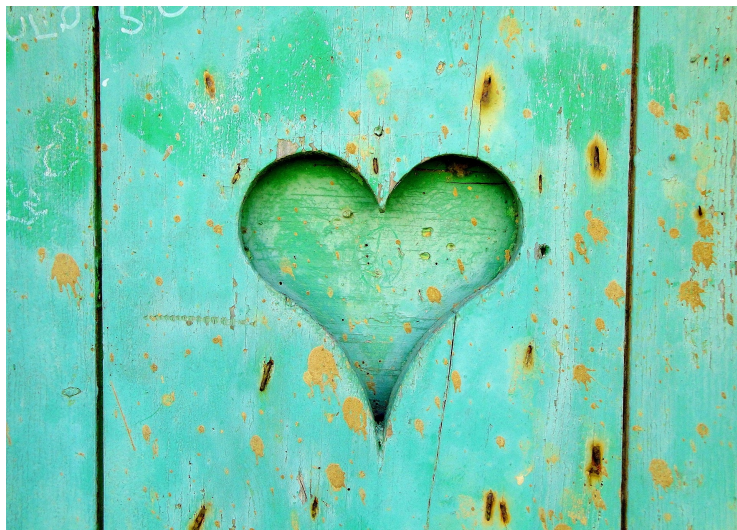
Na začátku léčby je nutná alespoň základní spolupráce závislého. Je důležité odborně zvládnout abstinční příznaky, které se nejlépe zvládají v některém ze zdravotnických zařízení, dále je pak zapotřebí dlouhodobá psychoterapie, pomoc psychiatra, ale vhodné a efektivní jsou i dlouhodobé pobyty v terapeutických komunitách, či alespoň v psychiatrických nemocnicích. Do podpůrné léčby patří i antidepressiva, léky snižující úzkost (ne benzodiazepiny!), látky snižující bažení, či u alkoholu Antabus – jako bariéra recidivy.





9. Praktické rady z oblasti psychohygieny nejen pro neformální pečovatele

Pojem duševní hygiena nebo také psychohygieny znamená, že člověk dodržuje určité rady, pravidla a postupy tak, aby našel duševní rovnováhu a byl duševně zdravý. Pro každého jedince to může znamenat trochu něco jiného, ale zároveň jsou oblasti, které jsou nám všem společné. Především se jedná o odpočinek, kvalitní spánek, pestrá a rovnoměrná strava a



přirozený a pokud možno pravidelný pohyb.

Další nedílnou součástí psychohygieny je soustavná práce na sobě – jakýsi osobní rozvoj. Člověk se tedy snaží sám sebe vychovávat, lépe poznávat, regulovat své patologické projevy, chování i emoce. Jedná se o jakousi kultivaci osobnosti, která by měla probíhat po celý život. Další důležitou součástí je

práce se stresem – nejen jak ho mírnit a odbourat, ale také definovat své stresory, umět je rozpoznat, předcházet stresovým situacím a v neposlední době umět se zklidnit v zátěži. Zde pak nastupují již konkrétní techniky, které si člověk sám nebo s pomocí odborníka osvojuje. Jedná se především o práci s dechem, relaxaci, meditaci, ale i jógu či jiné další východní techniky. Uvolnění také může přicházet skrze tvoření. Je na každém z nás, abychom si dokázali vytvořit jakýsi seznam metod a technik, které nám ve vypjatých a náročných situacích umí pomoci.

Jednou z klíčových myšlenek by ale pro každého z nás měla být „Být na sebe hodný“. Seběpěče není totiž jen nadstandard, něco, co přichází jen ve výjimečných chvílích, nemusíme si ji nijak zasloužit, měla by být naší nedílnou a každodenní součástí života. U lidí, kteří pečují o jiné, to platí více než dvojnásob. Pokud chcete a musíte druhým nabízet a pomáhat, musíte mít sami z čeho brát a také tyto zásoby pravidelně doplňovat. Pojem sebelaskavost je možná pro některé pojmem novým, dobrá zpráva je, že není nikdy pozdě začít tuto dovednost sebelaskavosti rozvíjet právě u sebe.

Mezi techniky, které nám pomáhají se „zotavit“ duševně patří metoda tzv. mindfulness. Dobré je, že není potřeba podstupovat drahé kurzy, ale základní myšlenky si může zkusit každý sám na sobě okamžitě. První technikou je snaha o to, aby člověk byl přítomen v právě probíhajícímu okamžiku. Snažíte se tedy zaměřit na okamžik tady a teď, snažíte se neutíkat svými myšlenkami do minulosti ani s obavami do budoucnosti, ale uvědomujete si, kde se právě teď nacházíte, jak se právě teď cítíte a co můžete udělat právě teď, aby vám bylo alespoň o trošičku lépe a



příjemněji. V té chvíli se také můžete zaměřit na svůj dech, pokud se vám to daří, svůj dech pozvolna zpomalovat a prohlubovat, představovat si, že prodýcháváte části těla, kde cítíte napětí či bolest a s každým výdechem a nádechem se více uvolňovat, vydychávat ven z nás nepříjemnosti a zbytečnosti a vdechovat novou čistou energii. V této chvíli, kdy si dovolíte se zastavit a vnímat jen sami sebe, možná zjistíte, že vaše negativní automatické myšlenky jsou zbytečné, že se ve svých úvahách a myslí zaměřujete na věci, které buď nejsou důležité, nebo je nijak nedokážete ovlivnit. Místo toho, abyste se na sebe zlobili, že se zabýváte negativními myšlenkami, buďte k sobě laskaví, přijměte, že ke každému patří i nepříjemné pocity a není potřeba je nijak potlačovat. Je v pořádku, že při péči o druhé cítíte strach, vztek, bezmoc, úzkost či frustraci. Nic to o vás nevypovídá a ani to neznamená, že byste byli špatným člověkem, syne, dcerou, matkou či pečovatelem a ani to neznamená, že jste příliš slabí na to, abyste pečovali dál. Je důležité si uvědomit, že vaše současná situace může trvat velmi dlouho, a tak sice jednejte, ale také šetřete síly. Zařazujte do svého dne krátké pauzy, plánujte pečlivě čas jen pro sebe, při zvládání stresu požívejte to, co se vám osvědčilo již v minulosti. Jak již bylo řečeno výše, je zcela zásadní, pečovat o své tělo i duši. Dbát na pravidelný spánek, zdravou a vyváženou stravu, dodržovat pitný režim, vyhýbat se nadměrné spotřebě kofeinu, alkoholu i tabáku. I když to může znít jako banalita, právě péče o naše základní potřeby je nezbytná k tomu, aby jedinec zvládl jakkoliv náročnou a dlouhodobou práci, včetně péče o druhé. Protože je člověk bytostí vztahovou, je pro nás nezbytné udržovat vztahy s našimi blízkými. A protože se někdy stává, že na vztahy zapomínáme, je důležité aktivně vztahy s blízkými pěstovat, být pravidelně v kontaktu nejen s rodinou, ale i s přáteli, a pokud to doba nedovoluje, tak alespoň si vyčlenit na vztahy čas přes moderní technologie. Dalším důležitým bodem sebepéče je dopřívání si odměny, kterou dáváme sami sobě. Odměnu si každý zasloužíme, nejlépe pravidelně. Také je dobré se soustředit na udržování našich malých oblíbených rituálů tak, aby nevypadly z našeho denního režimu (čas na kávu či oblíbený čaj, vonná koupel, relaxace u svíčky atd.). Hledat radost se dá i v maličkostech a je nezbytnou součástí každého dne takové maličkosti zažívat. Je dobré, když se pečující alespoň částečně vzdělávají v oblasti pečování tak, aby si nabytými informacemi a znalostmi především zjednodušili a zpříjemnili svou každodenní práci o blízkého. Je dobré sledovat věrohodné zdroje z oblasti ošetřovatelství a péče o druhého, či využívat odborníky, které pečovatele lépe zasvěťí do jednotlivých oblastí pečování. Je příjemné hledat oporu a pomoc u odborníků, kteří rozumí situaci, ve které se nalézáte, a kteří mají letité zkušenosti s prací s rodinami. I jenom tím, že vzájemně sdílíte, co vás tíží a co vám způsobuje problémy, si pomáháte. Také se můžete inspirovat příklady dobré praxe, ať už se zapojíte do nějaké skupiny či klubu pečujících, nebo tyto příběhy uslyšíte právě od odborníků. Kromě podpory od odborníků a od rodin s podobnou situací samozřejmě čerpejte podporu, útěchu a pomoc od ostatních členů rodiny a přátel. Budování sítě kontaktů a udržování vztahů je klíčové pro vaše dlouhodobé duševní zdraví a pohodu, protože právě dobré a blízké vztahy jsou tím, které nám dávají sílu pokračovat v našem úsilí. V neposlední řadě je nutné podotknout, že máte právo na odbornou pomoc a to kdykoliv. Věnujte prosím pozornost varovným signálům, že je toho na vás již prostě moc (nejčastěji mezi tyto varovné signály patří extrémní výkyvy nálad, potíže se spánkem, potíže s příjmem potravy, krize ve vztazích, potíže se soustředěním, tělesné obtíže – více v následující podkapitole o syndromu vyhoření). Pokud cítíte, že jste v dlouhodobé nepohodě, nestyďte se požádat o pomoc. Může se jednat o služby krizové intervence, o práci psychoterapeuta či



psychologa, konzultaci s psychiatrem, či můžete požádat o intenzivnější spolupráci se sociálním pracovníkem, pečovateli, ošetřovateli a nastavit jiný systém péčování o svého blízkého. V každém případě je důležité nezůstat na to sám, obklopit se lidmi, ať už blízkými nebo odborníky, sdílet své pocity i obavy a neúspěchy a nepřestávat hledat řešení, ve kterém by vám bylo dlouhodobě příjemně.

9.1. Syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření se poprvé objevil v 70. letech 20. století. Jedná se o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Příčinou je dlouhodobé setrvání v emocionálně těžkých situacích souvisejících především s pracovní zátěží. Týká se ale také např. matek na rodičovské, či pečovateli. Tento syndrom vzniká i u osob, které jsou jinak psychicky zcela zdravé. Mezi rizikové faktory patří specifická povolání, vrozená psychická odolnost, neznalost tohoto syndromu, určité životní postoje, nesprávný pohled na priority ve svém životě, málo zájmů, špatný tělesný stav, neúnosné pracovní či domácí podmínky. Mezi „riziková“ přesvědčení patří především to, že dbají na to, aby dobře či perfektně odvedli svou práci, ptají se často, co by mohli na sobě zlepšit, vzdají se pro ostatní i svého volna, mají pocit nepostradatelnosti, soustředí se hodně na detaily a mají snahu dělat vše sami.

Varovné symptomy syndromu vyhoření se dělí do 3 skupin:

emoční

- cynismus, negativismus
- pocit, že mě vše obtěžuje
- nepřiměřené emoční výbuchy kvůli nepodstatným věcem, agresivita
- podezíravost
- zvýšená tendence riskovat, zvýšená impulzivita
- ztráta motivace
- oploštění emocí
- depresivní ladění, duševní vyčerpání
- nemístně sebekritické poznámky
- pocity a postoje, že nemohu všem požadavkům vyhovět
- frustrace, nesnášenlivost
- pocit bezvýchodnosti a beznaděje, bezcennosti
- sebelítost, úzkost, plačtivost
- pocit prázdnoty a osamění

fyzické

- chronický pocit únavy, vyčerpání
- časté bolesti hlavy
- bolesti na hrudi, noční bušení srdce, poruchy krevního tlaku
- bolesti žaludku, pálení žáhy, nadýmání
- dušnost, nemožnost se nadechnout, pocit zkráceného dechu



- poruchy spánku
- nechutenství
- ubývání nebo přibývání na váze
- bolest svalů, bolest zad, stěhovavé bolesti
- poruchy paměti a soustředění
- riziko vzniku závislosti
- náchylnost k infekčním onemocněním
- návaly horka a chladu
- náchylnost k nehodám
- pískání v uších

sociální

- nezájem o ostatní
- nízká empatie
- narůstání konfliktů
- stažení se
- odcizení
- problémy ve vztazích
- zlost na jedince, kteří něco požadují



U syndromu vyhoření byly definovány určité fáze. Jako nultá fáze, nazvaná také předfáze, se nazývá stav, kdy je jedinec plný velkého očekávání i nadšení, ale zároveň lze zaznamenat první známky pocitu nestíhání, nedocenění. V první fázi syndromu má jedinec pocit, že nestíhá, ztrácí systém, začíná drobně zanedbávat vlastní potřeby a je citlivý na komentáře a kritiku, jakým způsobem žije („moc pracuješ, moc se obětováváš, nemyslíš na sebe...“). V druhé fázi již dotyčný cítí velmi často úzkost a napětí, má pocit, že musí pořád něco dělat, přitom ale začíná nestíhat a objevuje se chaos. Ve třetí fázi se začínají objevovat vážnější problémy ve vztazích, má pocit, že ostatní jsou pro něj jen přítěží, přitom jedinec popírá, že by měl nějaký problém.



Ve čtvrté fázi dochází k jakési proměně jedince, kdy převládá únava, vyčerpání, zklamání a ztráta zájmu. Člověk se cítí roboticky, vnitřně prázdný, ostatní ho především dráždí a rozčilují. V páté fázi přicházejí poruchy spánku, poruchy soustředění, tělesné potíže, pocit, že nic nemá smysl, pocity chycení v pasti a velká únava. Často je jedinec hodně sebelítostivý, vyhledává izolaci, znevažuje druhé, nevidí a nedokáže ocenit hodnotu druhých. V poslední šesté fázi dochází často k úplnému selhání, zkolabování, dostávají se různé podoby rizikového chování, včetně rizika sebevraždy, jedinec je silně depresivní s pocitem vnitřní prázdnoty.

Pokud máte pocit, že Vy nebo někdo z Vašich blízkých trpí syndromem vyhoření, mezi první kroky pomoci patří zejména vyhledat sociální oporu, nejen v rodině a přátelích, ale také v širší komunitě a u profesionálů. Dalším krokem je vzdělávat se nejen o tomto syndromu, ale celkově o psychohygieně. Naučit se říkat ne, nenechat se přetěžovat. Zkusit se zastavit a správně si nastavit priority, snížit na sebe nároky, nepropadat syndromu pomocníka. Pomáhá také vyjadřovat pocity, doplňovat energii a uvědomit si, že chybovat je lidské. Kromě těchto kroků, přeorganizování své práce a priorit, je důležité pracovat na vlastní sebedůvěře, nevyhýbat se problémům a konfliktům, zaujímat spíše optimistický postoj a především dát na první místo vždy sám sebe. To se daří tehdy, pokud se jedinec snaží dosáhnout své vlastní osobní pohody – přijme sám sebe, buduje a pracuje na pozitivních vztazích s druhými, dovolí si být sám sebou, nachází smysl života, osobně se rozvíjí a dokáže ustát to, co se děje v jeho okolí.

9.2. Možnosti skloubení péče o nemocného s dalšími stránkami života pečujícího



Dlouhodobá péče o stárnoucího či nemocného člena rodiny je vždy spojeno s velkou fyzickou, psychickou i společenskou zátěží. A protože se nejedná o „zaměstnání“, spousta pečovatelů přehlíží u sebe varovné signály, až se bohužel dostane

do posledních stádií syndromu vyhoření. Je tedy nejen žádoucí, ale naprosto nezbytné starat se také sám o sebe, protože jedině tak je pečovatel schopen se starat dlouhodobě i o ostatní. Jedním ze stavebních kamenů by mělo být využívání odlehčovacích služeb. V dalším kroku je důrazně doporučováno, aby se pečovatelé vzdělávali. Ne však tolik v pečovatelsví jako



takovém, ale v péči o sebe sama – využívali možnosti vzdělávání se v psychologických aspektech, nebáli se využívat psychologické poradenství, naučili se základy relaxací, pečovali o své záliby a v neposlední řadě pracovali na svém sebevědomí a sebedůvěře. Protože to, jak bude pečovatel dobře psychicky nastaven, bude určovat i míru zvládnutí péče v domácím prostředí. Psychická stabilita a sebedůvěra pečovatele pak také pomůže v udržení si zaměstnání, popřípadě vyjednání si úpravy pracovní doby na některou z flexibilních forem zaměstnání, nebo alespoň udržování svých znalostí a kompetencí tak, aby i delší časový výpadek ze zaměstnání neohrozil schopnost udržet se v oboru.

Jedním z důležitých bodů je uvědomit si hlavní nastavení neformálních pečovatelů. Mezi ty nejčastější „vnitřní programy“ patří, že pečovatel vše musí zvládnout sám, musí se o vše postarat a zajistit a současná situace se nedá nijak jinak řešit. Často pečovatel nemá možnost a dovednosti nahlédnout celou svou situaci a od toho je dobré si nechat poradit, zkontrolovat a nechat se provádět odborníky, kteří podobné situace řeší ve své pracovní náplni a kteří mají nejen dostatečné vědomosti a znalosti této specifické oblasti, ale i dostatečný odstup od situace tak, aby ji mohli efektivně a pozitivně řešit a zlepšovat. To hlavní je postarat se především v první řadě sám o sebe jako o pečovatele. Je to sice často používané klišé, ale pravdivé – i v letadle napřed musíte nasadit masku sám sobě, a pak až vašemu dítěti, protože musíte být při vědomí a při síle především vy sami. U dlouhodobého domácího pečování o blízkou osobu to funguje zcela obdobně. Je potřeba hlídat si dostatek svých sil, nejt na plný plyn, protože je pravděpodobné, že přijdou kritické a náročnější situace, stav blízkého se může i mnohonásobně zhoršit, a tak je důležité mít dostatek vlastních zdrojů a zásob na „horší časy“. I pečovatel musí zažívat ve své každodennosti pocity štěstí, věnovat se činností a koníčkům, které mu přinášejí radost a uvolnění. V neposlední řadě pocit, že pečovatel také umí sám přinést finance do rodiny, není odkázán jen na pomoc států, či neziskových organizací, je důležitý pro další motivaci k dlouhodobému pečování. V neposlední řadě je potřeba se zamyslet, zda máme správně seřazené priority. Možná zjistíme, že kvůli každodennímu shonu při zajišťování praktických potřeb a péči jako takovou, již nemáme dostatek času a prostoru si společně s našimi nejbližšími jen tak posedět, popovídat a příjemně a smysluplně spolu strávit čas, který ještě zbývá.

Osvědčenou metodou, jak zjistit, co by pečovatelé potřebovali a jak změnit zajaté rigidní koleje, kde není prostor na odpočinek, ani na seberealizaci a na alespoň částečné zaměstnání je vyzkoušení odlehčovacího pobytu. tyto pobyty jsou vždy jen na omezenou dobu, a tak se pečovatelé uklidní myšlenkou, že je to jen na chvíli a zanedlouho bude vše jako dřív. V té době má ale pečovatel a potažmo i celá jeho rodina možnost zjistit, jak moc je celodenní pečování náročné a zatěžující, jak moc je odpočinek i zážitek úlevy potřebný a lépe se nastavují a připravují v tomto čase změny, které naleznou rovnováhu v rodině tak, aby se pečování nestalo osobní obětí. Věta „Teď už na Vás zbyde jen to hezké“ může být pomyslnou nosnou myšlenkou, podle které se budou pečovatelé orientovat. Překvapivě se také stává, že někdy řešení přinese externí pracovník jen tím, že začne mluvit o umístění do pobytového zařízení. Děti se často stydí hovořit o této variantě, aby tím rodiče nezranili, ale tento jev se děje i naopak. Rodiče se bojí vyslovit přání umístění do domova důchodců, aby to nevypadalo, že si péče dětí neváží. Samostatným problémem, který je častější, než by se očekávalo, je tzv.



přepečovávání. Tedy situace, kdy pečovatel natolik pečuje o klienta, až mu tím brání k větší samostatnosti. Pečovatel mu tak nevědomky ubírá možnosti dělat věci, na které sám stačí a tím dostává nemocného do role, kdy se od něj neočekává téměř nic, nemá motivaci se zlepšovat, zároveň se často cítí už jen jako břemeno, které není ničím užitečné. Tímto přepečováváním ale také přibývá povinností, které musí zastat pečovatel, a tak má méně času a prostoru pro vlastní seberealizaci. Na tyto případy opět lépe nahlíží někdo z externích odborníků, protože dokáže srovnat situaci s jinými rodinami, které mají obdobně nemocného blízkého. Zde je ale nesmírně důležité otevírat toto téma velice citlivě a nenásilně, protože by pečovatele tato kritika mohla velmi zranit.

I když je pracovat při péči neskutečně náročné, má to mnoho výhod. Získáte finanční nezávislost a snížíte napětí ohledně rodinného rozpočtu. Díky vyššímu příjmu si budete moci dovolit více odlehčovacích služeb, které zajistí to, že budete společně s blízkou osobou zažívat více radostnějších a příjemnějších chvil a zbavíte se každodenních náročných a frustrujících úkonů. To, že nevypadnete z pracovního návyku Vám pomůže nejen tady a teď, budete mít



lepší pocit sami ze sebe, podpoříte svou seberealizaci, udržíte si svůj vlastní sociální status, kontakty i přátelství, ale i do budoucna neztratíte přehled, co se ve Vaší profesi děje, nepřijdete o pracovní návyky a nebudete muset řešit případný návrat na trh práce i

s mnohaletou pauzou. Proto, pokud je to jen trochu možné domluvit si nějakou formu flexibilního úvazku, či zajištění si práce z domova, snažte se tuto nabídku hned neodmítnout, ale poraďte se nejen se svou nejbližší rodinou, ale pokud možno i s nestranným odborníkem v péči o nemocné.



10. Adresář kontaktů pomoci pro neformální pečovatele

V případě nepříznivé životní situace jednotlivce nebo celé rodiny, která se může dotýkat každého z nás, je vhodné využívat poskytovatele sociálních služeb. V současné široké nabídce nacházíme domovy pro seniory, pečovatelské služby, azylové domy, kontaktní centra, chráněné bydlení, denní i týdenní stacionáře a mnoho dalších.

Není snadné v současné době vybrat vhodného poskytovatele bez dalších důležitých informací. Proto zde uvádíme několik doporučení:

- každá REGISTROVANÁ SLUŽBA se řídí zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění
- podléhá inspekci sociálních služeb, při které se sleduje, zda se sociální služby poskytují kvalitně, odborně a ve vyhovujících podmínkách
- jsou přesně definovány služby, které musí být poskytovány zdarma
- je garantována maximální výše úhrady nákladů za poskytované služby
- všechny registrované služby jsou zapsány v registru poskytovatelů
- služby jsou poskytovány profesionály, kteří splňují předpoklady stanovené zákonem, což znamená kromě odborné kvalifikace i další povinné vzdělávání
- poskytovatel může klienta odmítnout jen v případech jednoznačně specifikovaných v § 91 odst. 3 zák. č. 108/2006 Sb.

Neregistrovaná sociální služba

- je založena převážně na souhrnu živnostenských oprávnění
- není jednoznačně zákonem stanovena maximální výše úhrady za poskytnutou službu
- nepodléhá inspekci kvality poskytovaných služeb⁸⁰

ZDROJ INFORMACÍ O REGISTROVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Ministerstvo práce a sociálních věcí:

iregistr.mpsv.cz (seznam zde rozlišuje poskytovatele dle kraje (město, obec), dle služby (terénní, pobytová),

Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

<http://nrpzs.uzis.cz/>

Magistrátu hl. města Prahy se sídlem v Praze 1, Charvátova 4

⁸⁰ <https://socialni.praha.eu/jnp/cz>



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

<https://www.praha.eu/>

odbor správních činností ve zdravotnictví a sociální péči

Úřad městské části

Sociální odbor, zdravotní odbor, sociálně-zdravotní odb.

Formuláře Ministerstva práce a sociálních věcí

<http://portal.mpsv.cz/forms>

Elektronické formuláře pro sociální služby a dávky osobám se zdravotním postižením

<https://formulare.mpsv.cz/oksluzby/cs/welcome>

Úřad práce ČR

<http://portal.mpsv.cz/upcr>

Call centrum Úřadu práce ČR – poradenská linka: 844 844 803

Česká správa sociálního zabezpečení – kontakt na regionální pobočky

<http://www.cssz.cz/cz/kontakty>

Portál veřejné správy – životní situace

<http://portal.gov.cz/urednik/zivotni-situace/>

Infolinka: 270 005 200

Centrum sociálních služeb Praha (csspraha.cz)

<https://www.csspraha.cz/>

Linky důvěry

Pražská linka důvěry Centrum sociálních služeb Praha tel.: 222 580 697 provozní doba:
nepřetržitý provoz

Linka pro děti a mládež v krizových životních situacích Linka bezpečí, z. s. ☎ tel.: 116 111
(bezplatné volání) provozní doba: nepřetržitý provoz nabízené služby: • krizová intervence
a poradenství pro děti, mládež a studující do 25 let včetně • pomoc s řešením náročných
životních situací i každodenních starostí a problémů

Sociálně právní poradna Kontakt Centrum sociálních služeb Praha e-mail:

poradna.kontakt@csspraha.cz www.csspraha.cz nabízené služby: • sociální poradenství
v obtížné životní situaci – sociální dávky, sociální služby, problémy s bydlením, při zadluženosti,



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

při hledání vhodného zaměstnání, při záležitostech spojených s nečekanou životní změnou, s nemocí, se zdravotním postižením nebo sníženou soběstačností apod.

Centrum sociálních služeb Praha e-mail: linka.duvery@csspraha.cz chat: www.chat-pomoc.cz
(Po, Čt, So 15–21; Út, St 9–21 hod.) www.csspraha.cz

ROSA – centrum pro ženy, z. s. e-mail: poradna@rosa-os.cz www.rosa-os.cz, nabízené služby:
• poradenství všem obětem domácího násilí

Linka seniorů Elpida o. p. s. e-mail: linkaseniору@elpida.cz www.linkaseniору.cz nabízené služby: poradenství pro seniory a osoby, které o seniory pečují

ŽIVOT 90, o.p.s. seniortelefon@zivot90.cz, www.zivot90.cz/cs/asistence/senior-telefon
nabízené služby: • linka důvěry pro seniory (od 60 let) a jejich blízké poznámka - Senior telefon: 800 157 157

Informační servis o službách pro seniory

<http://www.alzheimer.cz/databaze-sluzeb/>

Zlatá linka seniorů, Email: linkaseniору@elpida.cz, Tel: 800 200 007

RIAPS Centrum sociálních služeb Praha Chelčického 842/39, 130 00 Praha 3, tel.: 222 586 768
e-mail: riaps@csspraha.cz www.csspraha.cz

provozní doba: nepřetržitý provoz nabízené služby: • krizová ambulantní pomoc je určena osobám v náročné životní situaci nebo v krizi • na základě rozhodnutí lékaře KC RIAPS je možná krátkodobá hospitalizace

SOS centrum Diakonie ČCE Středisko křesťanské pomoci v Praze Varšavská 738/37, 120 00 Praha 2, tel.: 222 514 040, 777 734 173, 608 004 444 e-mail: linka.duvery@diakonieskp.cz, www.elinka.iporadna.cz/sos-centrum, služby: poradenství v obtížné či krizové životní situaci

Diakonie ČCE – aktivity Pečuj doma
(podpora neformálních pečujících)

www.pecujdoma.cz

Tel.: 800 915 915 – bezplatná linka pro pečující (poradenství v oblasti sociálně-právní, ošetrovatelské, psychologické a duchovní)

www.soscentrum.cz provozní doba: každý pracovní den 9–20 hod • krizová pomoc (osobně, telefonicky nebo prostřednictvím emailu) • sociální poradenství • sociálně terapeutické činnosti • případová práce • pastorační rozhovory spojení

Dětské krizové centrum, z.ú. V Zápolí 1250, 141 00 Praha 4-Michle ☎ tel.: 241 480 511, 241 483 853, 777 664 672 (tel. čísla pro objednání) e-mail: ambulance@ditekrize.cz www.ditekrize.cz • telefonická pomoc v krizové životní situaci pro děti i dospělé (Linka důvěry



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

DKC: 777 715 215, 241 484 149 nepřetržitý provoz) • jednorázová okamžitá krizová pomoc dětem a dospívajícím bez objednání, a to vždy v úterý, středu a čtvrtek 16–18 hod • ambulantní služby po objednání telefonicky nebo přes e-mail

Unie pečujících – obhajoba práv pečujících

<http://www.uniepecujících.cz>

Tel.: 733 678 890

Krizová LINKA EDA pro pečující o děti se závažnou diagnózou, po těžkém úrazu nebo s postižením

www.eda.cz/cz/co-delame/linka-eda/

Tel.: 800 40 50 90

Umírání.cz – informační portál pro vážně nemocné, pečující o umírající a pozůstalé

<http://www.umirani.cz>

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

<http://www.asociacehospicu.cz>

Ubytování v krizi

Azylový dům pro matky s dětmi Centrum sociálních služeb Praha Jasmínová 2904/35, 106 00 Praha 10 tel.: 272 657 058 e-mail: lada.kellnerova@csspraha.cz , jana.moravcova@csspraha.cz

www.csspraha.cz nabízené služby: • azylové ubytování pro matky s dětmi (minimální věk matky 18 let, děti maximálně 12 let), které se nacházejí v těžké sociální nebo životní situaci spojené se ztrátou bydlení

Azylový dům pro rodiny s dětmi Centrum sociálních služeb Praha Horáčkova 1096/3, 140 00 Praha 4 tel.: 222 201 610 (611, 612) e-mail: sandra.ulrychova@csspraha.cz www.csspraha.cz

nabízené služby: • azylové ubytování pro rodiny s dětmi (minimální věk rodiče 18 let, děti maximálně 18 let), případně matky (otce) s dětmi, kteří se nacházejí v těžké sociální nebo životní situaci spojené se ztrátou bydlení •

Azylový dům Středisko křesťanské pomoci Horní Počernice Křovinovo náměstí 11/16, 193 00 Praha 9 ☞ tel.: 281 091 713, 734 393 597 e-mail: info@skphopo.cz www.skphopo.cz

nabízené služby: • dočasné ubytování pro rodiny (manžele, partnery) s dětmi, matky s dětmi, otce s dětmi, popř. jiné osoby, které mají do péče svěřeny děti a které se ocitly v tíživé životní situaci, pro rodiny připravující se na návrat dětí do vlastní péče • případně ubytování pro těhotné ženy v 8. a 9. měsíci těhotenství •



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Ubytovna Slaba Dvořištská 348, 198 00 Praha 9 tel.: 736 609 124 e-mail: info@ubytovnahelp.cz

www.ubytovnahelp.cz • 2lůžkové pokoje • minimální délka ubytování je 1 měsíc

Ubytovna Hostivař Dolnoměcholupská 19, 102 00 Praha 10 tel.: 777 775 522 e-mail:
info@tophostel.cz www.tophostel.cz



Závěr

Dostáváte do rukou metodického průvodce, který je svým obsahem zaměřen na kvalitu péčování. Protože celý projekt je zaměřen zejména na romskou komunitu, bylo potřebné i pro neznalé osoby celou příručku obsahově vést tak, aby byla dobrým průvodcem, také pro lidi, kteří ne jenom na základě svého povolání, vstupují jako pečovatelé do této komunity.

Každá rodina je vnímána jako mikro jednotka majoritní společnosti, kterou charakterizuje jimi vlastní specifika. Vzájemné mezilidské, ekonomické a kulturní vztahy v rodině, tradice a rituály vytvářejí rodinu jako společenství svébytným a neopakovatelným.

Cílem je, aby Vám tato příručka dala „základní informace“, „návod“ jak správně pečovat, ale také co vše Vás může potkat na Vaší pečovatelské cestě. Jak již je v úvodu zmíněno, péče o jinou osobu, je velmi časově, psychicky a ekonomicky náročná situace, která často může vést k tomu, že sama osoba v roli neformálního pečovatele tuto roli nezvládne. Proto je nutné dbát na všechna doporučení zde obsažená. Není nic horšího v rodině, jako když se „neformálně pečující“ stane opečovávanou osobou, neboli když u neformálně pečujícího dojde k tzv. „vyhoření“. *Příčinou je dlouhodobé setrvání v emocionálně těžkých situacích souvisejících především s pracovní zátěží. Týká se ale také např. matek na rodičovské, či pečovatelů.*

Praktické návody/rady, které jsou zde uvedeny, Vám mají napomoci zejména k Vaší lepší „orientaci“ v spleti různých zákonů. Žádný člověk není schopen se v dnešní době úplně orientovat v právních předpisech, proto Vám zde nabízíme zejména „cestu“, tj. na koho se obrátit v případě mimořádné situace v rodině, a to od ekonomické pomoci, přes pomoc ošetřovatelskou a zdravotní až k „osobní“ podpoře samého pečovatele.

Pečování o jinou osobu, které taky často označujeme jako 24/7 (dvacet čtyři hodin denně sedm dní v týdnu), přináší hodně povinností a zejména odpovědností. Od ekonomického zajištění (vyřízení různých dávek), přes přímou péči, kdy je potřeba dbát na kvalitu stravy a dostatečný pitný režim, přes pravidelný pohyb až k úkonům spojeným s tělesným vylučováním. V neposlední řadě největší problém začíná ve chvíli, když si pečující uvědomí, že pro blízkého nastaly poslední chvíle života. Náhle nebo někdy pomalé zhoršování zdravotního stavu, všichni někde v pozadí myslí očekáváme, ale nejhorší životní chvíle nastane, až se tato situace stane skutečností a blízká osoba nás navždy opustí. Role neformálního pečovatele nekončí ve chvíli smrti opečovávaného. Osobu pečovatele v dané chvíli čeká ještě hodně povinností, zejména spojených s právním povědomím.

Kolektiv autorů věří, že všechny zde uvedené „rady“ budou pro Vás „neformálně pečující“ cestou při hledání pomoci a zejména Vás vyvedou ze všech mimořádných situací, které mohou kdykoliv nastat. Máte náš hluboký obdiv a přejeme Vám hodně síly a co nejvíce příjemných a mimořádných zážitků na Vaší společné cestě.



Použitá literatura

- ATKINSON Rita L. et al, *Psychologie*, 2. akt. vyd., Portál 2003, ISBN 80-7178-640-3, s. 527
- BICKOVÁ, Lucie, kolektiv autorů. *Pečovatelská služba v České republice*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Tábor 2010. str. 432. ISBN 978-80-904668-0-7
- FUNKE, Marie. *Léčba úzkosti*. *Psychologie.cz* [online]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/lecba-uzkosti/>
- GEISLER, Hana. *Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a zahraničí* [online]. Diakonie ČCE, 2016. ISBN 978-80-87953-26-6.
- HRODEK O., VAVŘINEC J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002., 767 s., ISBN 80-7262-178-5, s. 588
- Hromádková, D., Priehodová H., *Brožura pro neformální pečující*, Česká asociace pečovatelské služby, 2017
- Mertl J., *Pojistné a nepojistné dávky v Českém sociálním zabezpečení*, <https://relik.vse.cz/>, r.2018
- HORÁČEK, Jiří. *Co je úzkost*. *Www.deprese.com* [online]. Dostupné z: <https://www.deprese.com/co-je-uzkost/>
- HOLÁ, Michaela. *Jaké existují poruchy osobnosti?*. *Zdravě.cz* [online]. 2010. Dostupné z: <https://dusevni-poruchy.zdrave.cz/jake-existuji-poruchy-osobnosti/>
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-807-6010-048.
- CHRISTIANIA, O.P.S. *Pečující pracující* [online]. In: . Ostrava, 2018, s. 75.
- IDEÁL 2014,108 s., ISBN 978-80-86995-28-1, s. 67
- JANDOUREK J., *Sociologický slovník*, Portál 2001, 285 s., ISBN 80-7178-535-0, str. 206
- JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. Poradce pro praxi. ISBN 80-869-9174-1.
- Klímová Chaloupková J., *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*, Sociologický ústav AV ČR, <http://dav.soc.cas.cz/>
- KOLÁŘOVÁ, Zdena. *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv* [online]. 26.3.2015. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnich-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>



KUCHAŘOVÁ V. (ed.), *Zpráva o rodině 2020*, <http://praha.vupsv.cz/>

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

MARKOVÁ, Zuzana. *ZÁSADY DUŠEVNÍ HYGIENY*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Iveta Tichá.

PAVELČIKOVA N., *Romové v českých zemích v letech 1945-1989*, s. 139, ISBN 80-86621-07-3 s. 110

PRAŠKO, Ján a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 527 s. ISBN 978-802-4425-702.

PFIZER ČR. *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Maxdorf. 1998, str. 96. ISBN 80-85800-96-9

PETERKOVÁ, Michaela. *Schizofrenie: Vše o schizofrenii - podrobně a srozumitelně pro každého* [online]. 2008-2019. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz>

PLOCOVÁ, Monika. *Závislost a návykové poruchy. Branické sanatorium Moniky Plocové* [online]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/zavislost>

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

PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. 3. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-802-4753-942.

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

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

RODINA A SPOLEČNOST, sborník příspěvků, Poslanecká sněmovna Parlamentu Praha, ČR, 22.5.2014,

SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie - vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-232-9.

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

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ E., *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vydání. Praha: Portál, 2012. [ISBN 978-80-262-0216-5](https://www.portall.cz/ISBN/978-80-262-0216-5)

ŠÁCHOVÁ, Klára. *Neformální péče a neformální pečovatelé v systému sociální péče perspektivou zúčastněných aktérů*. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D.



VAVROŇ, Jiří. Péče o příbuzné lidem často zcela změni život, ne každý ji zvládne. *Novinky.cz* [online]. 9.2.2019. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/pece-o-pribuzne-lidem-casto-zcela-zmeni-zivot-ne-kazdy-ji-zvladne-40270716>

10 tipů pro pomáhající & pečující. *Nevypust' duši* [online]. 26.10.2020 [cit. 2020-12-19]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2020/10/26/10-tipu-pro-pomahajici-pecujici/>

Jak podpořit neformální pečovatele: Publikace pro pracovníky veřejné správy [online]. Fond dalšího vzdělávání, 2015

<https://cs.wikipedia.org/Ošetřovatelství>

http://www.mpsv.cz/files/clanky/6880/Prioritni_cile.pdf

<http://www.rehabilitace.info/zajimavosti/psychohygiena-ci-dusevni-hygiena-jak-na-ni/>

<http://socialni-davky-2014.eu/hmotna-nouze-2014/>

<http://www.pecujdoma.cz/>

<http://www.prispevek-na-peci.cz>

MPSV ČR. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. www.mpsv.cz. (online)

http://www.mpsv.cz/files/clanky/6880/Prioritni_cile.pdf

<http://www.skrtilek.cz/vse-o-prispevku-na-peci-jeho-zvyseni-odsrpna/?gclid=CKurn9jc6dECFe0A0wodzPoAfw>

<http://iregistr.mpsv.cz>

<http://zdravi.ceskyprehled.cz/druhy-demenci-pcz-1092-7367.html>

<http://www.rehabilitace.info/zajimavosti/psychohygiena-ci-dusevni-hygiena-jak-na-ni/>

<http://www.invarena.cz/?p=20596>

<http://www.penize.cz/kalkulacky/prispevek-na-bydleni>

• https://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/prisp_na_bydleni

<http://socialni-davky-2014.eu/hmotna-nouze-2014/>

<http://www.uncitesiporadite.cz/>

<http://www.pecujdoma.cz/>

<http://www.prispevek-na-peci.cz>

<http://www.ochrance.cz>



<http://www.pecujdoma.cz/poradna/poradna-socialne-pravni/podnet-k-omezeni-svepravnosti-a-jak-postupovat/>

<https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-pro>

Deprese jako nežádoucí účinek má dvě stě léků. Přispívají k častějšímu výskytu duševních problémů? *Zdravotnický deník* [online]. 15.6.2018. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/06/deprese-jako-nezadouci-ucinek-ma-dve-ste-leku-prispivaji-k-astejsimu-vyskytu-dusevnich-problemu/>

Úzkostné či neurotické poruchy. *Psychoterapeutické centrum Řipská: Psycholog Praha* [online]. Dostupné z: <https://psycholog-praha.cz/klasifikace-dusevnich-poruch/uzkostne-ci-neuroticke-poruchy>

Poruchy osobnosti: diagnóza a léčba. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/696-poruchy-osobnosti-diagnoza-a-lecba>

Závislost: co to je? *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/249-jak-predchazet-uzivani-drog>

Jak předcházet užívání drog? *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/249-jak-predchazet-uzivani-drog>

Úzkostné či neurotické poruchy. *Psychoterapeutické centrum Řipská: Psycholog Praha* [online]. Dostupné z: <https://psycholog-praha.cz/klasifikace-dusevnich-poruch/uzkostne-ci-neuroticke-poruchy>

Poruchy osobnosti: diagnóza a léčba. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/696-poruchy-osobnosti-diagnoza-a-lecba>

Závislost: co to je? *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/249-jak-predchazet-uzivani-drog>

Jak předcházet užívání drog? *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/249-jak-predchazet-uzivani-drog>

Fotografie:

Photo by [Nedko](#) on [Foter](#) – úvodní fotografie

ilustrační fotografie z volně dostupné fotobanky na www.pixabay.com